



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 31 grudnia 2024 r.

Poz. 6655

OBWIESZCZENIE WOJEWODY ZACHODNIOPOMORSKIEGO

z dnia 31 grudnia 2024 r.

w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego

Na podstawie art. 95c ust. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) ogłasza się zaktualizowany wojewódzki plan transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

z up. Wojewody Zachodniopomorskiego
II Wicewojewoda Zachodniopomorski

Dawid Krystek

Załącznik do Obwieszczenia
Wojewody Zachodniopomorskiego
z dnia 31 grudnia 2024 r.

WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO
na lata 2022-2026
- AKTUALIZACJA -

Szczecin

grudzień 2024 r.

Spis treści

1.	Wprowadzenie	3
2.	Główne obszary działań.....	4
2.1.	Czynniki ryzyka i profilaktyka	4
2.2.	Podstawowa opieka zdrowotna.....	6
2.3.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	10
2.4.	Leczenie szpitalne	15
2.5.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	21
2.6.	Rehabilitacja medyczna	23
2.7.	Opieka długoterminowa	27
2.8.	Opieka paliatywna i hospicyjna.....	28
2.9.	Państwowe Ratownictwo Medyczne	30
2.10.	Kadry.....	31
2.11.	Sprzęt medyczny.....	32
2.12.	Leczenie uzdrowiskowe	33

1. Wprowadzenie

Zgodnie z art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), uwzględniający Krajowy Plan Transformacji i rekomendowane kierunki działań wskazane w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia, Wojewoda Zachodniopomorski ustalił **Wojewódzki Plan transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego na lata 2022-2026**.

Wojewódzki plan obejmuje:

- 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;
- 2) działania wymagające koordynowania na poziomie województwa;
- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
- 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
- 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
- 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2,
- 8) działania podejmowane na danym obszarze w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów.

Wojewódzki plan został zaktualizowany na podstawie sprawozdania śródkresowego z jego realizacji, w związku z:

- osiągnięciem założonych wartości wskaźników z realizacji działań;
- identyfikacją nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;
- koniecznością doprowadzenia do zgodności wojewódzkiego planu z krajowym planem po jego aktualizacji.

Zgodnie z art. 95c ust. 14 ww. ustawy Wojewoda Zachodniopomorski ogłosił, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym, zaktualizowany wojewódzki plan transformacji.

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.1.1 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację dotyczących walki z uzależnieniami tj. nowe narkotyki, alkohol, leki. 2) Stworzenie programu profilaktycznego dotyczącego szkodliwości używania wyrobów elektronicznych, nawiązanie współpracy ze stowarzyszeniami oraz wypracowanie wspólnych działań z innymi jednostkami rządowymi i samorządowymi.	Wśród mieszkańców województwa prognozowany jest wzrost wskaźnika zgonów na zaburzenia związane z piciem alkoholu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Dodatkowo u kobiet z województwa prognozowany jest wzrost zapadalności, chorobowości i zgonów z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, przy jednoczesnym spadku tych wskaźników u mężczyzn. Pomimo utrzymania wysokich nakładów ponoszonych przez Fundusz na leczenie uzależnień od alkoholu w województwie utrzymuje się wysoki wpływ spożywania alkoholu na odsetek zgonów.	1) Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie negatywnych skutków uzależnień. 2) Zmniejszenie wskaźników zapadalności i zgonów z powodu uzależnień.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Wojewódzka i Powiatowe Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne	2022-2026	około 30 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	1) Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczącymi uzależnień danym roku w stosunku do roku poprzedniego 2) Wskaźnik zapadalności i zgonów z powodu nadużywania alkoholu 3) Wskaźnik zapadalności i zgonów z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych
2.1.2.1 Intensyfikacja działań profilaktycznych w dziedzinie diabetologii W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Promowanie kultury fizycznej przez: zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej oraz promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego. 2) Skierowanie celowanych programów edukacyjnych do zagrożonych otyłością i cukrzycą grup społecznych województwa, nawiązanie współpracy ze stowarzyszeniami oraz wypracowanie wspólnych działań z innymi jednostkami rządowymi i samorządowymi.	Powszechne występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób. Analizując trendy z ostatnich 10 lat wzrasta wpływ czynników ryzyka związanych z dietą na wzrost liczby zgonów: wysokie BMI o ok. 15% i ryzyka żywieniowe o ok. 8%. Zależność pomiędzy nadmierną masą ciała, a występowaniem chorób układu krążenia i umieralnością z tego powodu wykazana została w wielu badaniach.	Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie pozytywnych skutków korzystania z aktywności fizycznej	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Wojewódzka i Powiatowe stacje Sanitarne-Epidemiologiczne	2022-2026	około 40 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących rozpowszechniania aktywnego stylu życia w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
2.1.2.2 Intensyfikacja działań profilaktycznych w dziedzinie diabetologii Nowa rekomendacja	Wczesne wykrywanie cukrzycy w województwie w obszarach nasilonych problemów zdrowotnych	Uzasadnieniem działań jest powszechne występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa, które może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób. Trendy z ostatnich 10 lat charakteryzują się wzrostem wpływu czynników ryzyka związanych z dietą na wzrost liczby zgonów: wysokie BMI o ok. 15% i ryzyka żywieniowe o ok. 8%. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Według prognoz do 2028 roku zarówno w Polsce jak i w województwie wzrośnie zapadalność (19,74%) i chorobowość (25,1%) na cukrzycę. Wskaźnik zgonów prognozowany jest wzrost o 10,94%. Niewystarczający dostęp do wczesnego diagnozowania i kompleksowego leczenia oraz edukacji zdrowotnej sprzyja postawianiu powikłań cukrzycowych.	Identyfikacja osób ze stanem przedcukrzycowym i cukrzycą	1) podmioty lecznicze 2) JST 3) Wojewódzki Urząd Pracy	2024-2026	9,9 mln zł	MPZ, NPZ 2021-2025, Zdrowa Przyszłość, WPT	1) Liczba osób ze stwierdzoną cukrzycą. 2) Liczba osób ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym.

2.1.3 Intensyfikacja działań profilaktycznych wśród mieszkańców powyżej 65 roku życia W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Działania edukacyjne i profilaktyczne z zakresu zdrowia publicznego mające na celu poprawę stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa powyżej 65 roku życia. 2) Realizacja kampanii społecznych skierowanych do seniorów np. w ramach obchodów Dni Seniora (np. prelekcje). 3) Organizowanie akcji społecznych, ćwiczeń ruchowo- rozwojowych, spotkań tematycznych w lokalnej społeczności. 4) Rozwój infrastruktury umożliwiającej aktywizację i utrzymanie sprawności seniorów.	Kształt piramidy wieku mieszkańców wskazuje na znaczny udział osób starszych. Odsetek ludności w wieku powyżej 65 lat przewyższa odsetek osób poniżej 14 roku życia. Według danych GUS w kolejnych latach dysproporcje te będą się powiększać. W 2050 roku dominanta wieku wyniesie aż 67 lat. Szybko postępujące starzenie się mieszkańców województwa powoduje wzrost liczby osób wymagających stałej opieki medycznej.	Poprawa stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa powyżej 65 roku życia. Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie podejmowania właściwych postaw prozdrowotnych w kontekście poprawy/ utrzymania właściwego poziomu stanu zdrowia.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Wojewódzka i Powiatowe stacje Sanitarно- Epidemologiczne 3) ZOW NFZ	2022-2026	około 25 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	Liczba osób w wieku powyżej 65 lat objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
2.1.4.1 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych Nowa rekomendacja	Prowadzenie profilaktyki w zakresie zapobiegania zaburzeniom czynnościowym i przywracania sprawności psychofizycznej pacjentów podczas leczenia i po leczeniu nowotworów złośliwych poprzez rehabilitację leczniczą, wsparcie psychologiczne, konsultacje dietetyczne, edukację zdrowotną pacjentów i szkolenia pracowników medycznych.	Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna stanowić integralną formę wsparcia leczenia onkologicznego i spełniać zasady wczesności, powszechności, ciągłości i kompleksowości. Należy dążyć do zapewnienia pacjentom onkologicznym szybkiej i efektywnej rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych, uzyskanych dużym nakładem, efektów leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej. Działania wpisują się w profilaktykę II fazy, która polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby, poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowaniu oraz w profilaktykę III fazy, która dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta	Poprawa sprawności i jakości życia u chorych będących w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym poprzez zastosowanie rehabilitacji leczniczej.	1) podmioty lecznicze 2) JST 3) Wojewódzki Urząd Pracy	2024-2026	8,6 mln zł	MPZ, NPZ 2021-2025, Zdrowa Przyszłość, NSO	Odsetek osób, u których stwierdzono wyższy stopień sprawności i jakości życia
2.1.4.2 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych Nowa rekomendacja	Prowadzenie programów profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania powikłań sercowo-naczyniowych u pacjentów leczonych onkologicznie i podejmowanie szybkich działań naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby, poszukiwanie czynników ryzyka i ich eliminowanie, w tym m.in. prowadzenie: badań diagnostycznych, działań informacyjno-promocyjnych, edukacji zdrowotnej pacjentów oraz szkoleń personelu medycznego.	Z danych opartych na długoletniej obserwacji pacjentów wyleczonych z choroby nowotworowej wynika, że pacjenci ci najczęściej umierają z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Kardiologiczną przyczyną zgonów są najczęściej: zaawansowana niewydolność serca, choroba wieńcowa czy groźne zaburzenia rytmu serca. Wszystkie te jednostki chorobowe mogą być indukowane oraz akcelerowane przez chemio i radioterapię. Wykazano jednocześnie, że wczesna opieka kardiologiczna nad pacjentami z wysokim ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i wczesne wdrożenie terapii zdiagnozowanych chorób pozwala na większą skuteczność leczenia i zmniejszenie śmiertelności.	Zmniejszenie zapadalności i umieralności na choroby układu krążenia w przebiegu leczenia onkologicznego poprzez wczesną opiekę kardiologiczną nad pacjentami z wysokim ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych.	1) podmioty lecznicze 2) JST 3) Wojewódzki Urząd Pracy	2024-2026	4 mln zł	MPZ, NPZ 2021-2025, Zdrowa Przyszłość, NSO	Odsetek pacjentów, u których nastąpiło zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych wynikających z kardiotoxyczności leczenia onkologicznego i włączono leczenie kardioprotekcyjne.
2.1.4.3 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych Nowa rekomendacja	Prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu zapobiegania i wczesnego wykrywania raka płuc, w tym m.in.: przesiewowe badania diagnostyczne, działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia personelu na	Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary. Możliwość wczesnego wykrycia choroby ma znaczny wpływ na stan pacjenta oraz jego rokowania, co	Wykrycie podejrzenia raka płuca.	1) podmioty lecznicze 2) JST 3) Wojewódzki Urząd Pracy	2024-2026	7,6 mln zł	MPZ, NPZ 2021-2025, Zdrowa Przyszłość, NSO	Odsetek osób ze zdiagnozowanym podejrzeniem raka płuc

	temat wczesnej diagnostyki i leczenia raka płuca.	odzwierciedla się również w kosztach leczenia, a także możliwościach dłuższego funkcjonowania chorego na rynku pracy. Dlatego tak niezwykle ważna jest profilaktyka pierwotna i wtórna. Profilaktyka wtórna obejmuje badania przesiewowe, nakierowane na wykrywanie zmian nowotworowych w bardzo wczesnych stadiach. NDTK w grupie aktywnych palaczy pozwala wykryć podejrzenie wczesnej postaci raka płuca i wdrożyć odpowiednie postępowanie.						
2.1.5 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie chorób zawodowych i związanych z pracą Nowa rekomendacja	Prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy, w tym m.in.: działania informacyjno-edukacyjne, konsultacje diagnostyczno-terapeutyczne, działania rehabilitacyjne, szkolenie personelu medycznego.	Dolegliwości związane z bólami kręgosłupa obniżają sprawność psychofizyczną człowieka, ograniczają komfort wykonywanych codziennych czynności, wpływają zasadniczo na wykonywaną pracę lub podejmowane zatrudnienie. Powszechność ich występowania i długi okres utrzymywania się dolegliwości, oddziałuje na jakość życia, a zaniedbane i nieleczone prowadzą do niepełnosprawności. W dużym stopniu dotyka osób aktywnych zawodowo. Niezależnie od wykonywanej pracy (siedząca/fizyczna/umysłowa), realizacja jej przez dłuższy okres może przyczynić się do powstawania bólów kręgosłupa. Czynnikiem zwiększającym ryzyko są również: palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, czy przyjmowanie niewygodnych pozycji.	Zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencja przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób czynnych zawodowo.	1) podmioty lecznicze 2) JST 3) Wojewódzki Urząd Pracy	2024-2026	6,8 mln zł	MPZ, NPZ 2021-2025, Zdrowa Przyszłość, WPT, rekomendacje AOTMiT	Odsetek osób zmagających się z przewlekłymi bólami kręgosłupa, u których po zakończeniu działań edukacyjno-rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych.

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.2.1.1 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ W trakcie realizacji Zaktualizowane	Utworzenie dodatkowych miejsc udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich, głównie dla gmin „obwarzankowych” miasta Koszalina.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich, jak również utrzymanie tych które już funkcjonują. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	↗ Liczba powstałych dodatkowych miejsc udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

		stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.						
2.2.1.2 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ W trakcie realizacji	Zwiększenie zaangażowania władz samorządu terytorialnego w politykę zdrowotną, poprzez pozyskanie lekarzy i pozostałego personelu medycznego.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2027	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	Liczba nowozatrudnionych lekarzy i pozostałego personelu medycznego w dodatkowych miejscach udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
2.2.1.3 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ W trakcie realizacji	Opracowanie systemu wsparcia na obszarach wiejskich.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2029	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	Liczba osób na listach aktywnych na terenach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.

<p>2.2.2.1 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej</p> <p>W trakcie realizacji</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego w zakresie medycyny rodzinnej lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach.</p>	<p>Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym.</p> <p>Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynosił: dla lekarzy 58,54 (11 pozycji w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju).</p> <p>1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę.</p> <p>2) W województwie występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatrii (59 lat), a lekarze interniści (56 lat).</p> <p>3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno).</p> <p>4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny rodzinnej.</p> <p>5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie.</p> <p>Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Przechodzenie personelu pielęgniarskiego na emeryturę ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej POZ a także pielęgniarki medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa rośnie liczba rozwiązanych umów pielęgniarek medycyny szkolnej.</p>	<p>Odmłodzenie kadry medycznej.</p> <p>Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP</p>	<p>2022-2023</p>	<p>Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>Liczba dodatkowych miejsc szkoleniowych w danym roku w stosunku do roku poprzedniego</p>
<p>2.2.2.2 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej</p> <p>W trakcie realizacji</p>	<p>Zwiększenie liczby lekarzy POZ z kwalifikacjami do tworzenia listy aktywnej na niezabezpieczonych terenach województwa.</p>	<p>Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynosił: dla lekarzy 58,54 (11 pozycji w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju). 1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę. 2) W województwie</p>	<p>Odmłodzenie kadry medycznej. Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP</p>	<p>2022-2024</p>	<p>Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych.</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>Liczba osób na listach aktywnych w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności.</p>

		występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatri (59 lat), a lekarze internści (56 lat). 3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno).4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny rodzinnej.5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Przechodzenie personelu pielęgniarskiego na emerytury ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej POZ a także pielęgniarki medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa rośnie liczba rozwiązanych umów pielęgniarek medycyny szkolnej.						
2.2.2.3 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej W trakcie realizacji	Propagowanie zawodu pielęgniarki i położnej wśród młodzieży we wszystkich rodzajach szkół ponadpodstawowych w województwie.	Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynosił: dla lekarzy 58,54 (11 pozycji w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju). 1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę. 2) W województwie występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatri (59 lat), a lekarze internści (56 lat). 3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno). 4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny rodzinnej. 5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Przechodzenie personelu pielęgniarskiego na emerytury ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej POZ a także pielęgniarki	Odmłodzenie kadry medycznej. Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP	2022-2025	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności

		medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa rośnie liczba rozwiązanych umów pielęgniarek medycyny szkolnej.						
2.2.2.4 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej	Przygotowanie infrastruktury lokalowo-sprzętowej docelowo w każdej gminie województwa	<p>Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym.</p> <p>Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynoszą: dla lekarzy 58,54 (11 pozycji w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju).</p> <p>1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę.</p> <p>2) W województwie występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatri (59 lat), a lekarze internści (56 lat).</p> <p>3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno).</p> <p>4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny rodzinnej.</p> <p>5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie.</p> <p>Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Przechodzenie personelu pielęgniarstwa na emeryturę ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarstwa i położnej POZ a także pielęgniarki medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa rośnie liczba rozwiązanych umów pielęgniarek medycyny szkolnej.</p>	<p>Odmłodzenie kadry medycznej.</p> <p>Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) ZOW NFZ,</p> <p>3) Konsultanci wojewódzcy</p> <p>4) PUM</p> <p>5) podmioty lecznicze</p> <p>6) CMKP</p>	2022-2026	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
W trakcie realizacji								

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań

<p>2.3.1 Zwiększenie dostępności do poradni, których liczba w przeliczeniu na 10 tys. ludności w porównaniu z resztą kraju jest najmniejsza, bądź w których liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. ludności niekorzystnie odbiega od wartości dla Polski.</p> <p>W trakcie realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Zwiększenie dostępności do deficytowych poradni między innymi poradni w dziedzinach: - kardiologii dziecięcej, - neurologii dziecięcej, - reumatologii, - endokrynologii, - hematologii poprzez zawarcie umów z nowymi podmiotami lub zwiększanie potencjałów kadrowych w już funkcjonujących podmiotach na terenie powiatów, w których dostępność jest najmniejsza.</p> <p>2) Rozwój opieki ambulatoryjnej w szpitalach powiatowych, gdzie nastąpiła restrukturyzacja/konsolidacja oddziałów szpitalnych</p>	<p>Pod względem liczby udzielonych porad przypadających na tys. mieszkańców województwa osiągnięte zostały następujące wartości wskaźników dla poradni: 1) kardiologicznej dla dzieci - wskaźnik 4,74 (16. najniższa wartość wśród 16 województw) 2) neurologicznej dla dzieci - wskaźnik 7,12 (15. najniższa wartość wśród 16 województw) 3) reumatologicznej - wskaźnik 24,38 (15. najniższa wartość wśród 16 województw) 4) endokrynologicznej - wskaźnik 45,29 (14. najniższa wartość) 5) hematologicznej – wskaźnik 9,52 (14. najniższa wartość).</p> <p>Na tle kraju szczególnie niekorzystnie wypada, dostępność mieszkańców województwa do wymienionych poradni. Wskaźniki odnoszące się do liczby porad udzielonych w tych poradniach w przeliczeniu na tys. mieszkańców lokują województwo na jednym z ostatnich miejsc w kraju.</p>	<p>1) Utworzenie nowych poradni jak najbliższe miejsca zamieszkania pacjenta</p> <p>Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy</p>	2022-2026	Koszt kontraktów NFZ około 8,2 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	<p>1) liczba wykonanych porad w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. 2) Liczba poradni w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców</p>
<p>2.3.2 Zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo długim czasem oczekiwania na świadczenia.</p> <p>W trakcie realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Poprawa warunków funkcjonowania, w tym infrastruktury lokalowo-sprzętowej poradni specjalistycznych z utrudnioną dostępnością do świadczeń. 2) Przekazywanie ustabilizowanych pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych do POZ i zwolnienie miejsca dla nowych pacjentów. 3) Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w zakresach deficytowych w województwie. 4) Dążenie do zakontraktowania poradni, gdzie czas oczekiwania jest odległy oraz zwiększanie potencjałów w już funkcjonujących podmiotach.</p>	<p>W województwie najdłuższy czas oczekiwania dla przypadków stabilnych występuje do poradniach: chirurgii naczyń i leczenia naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, neurochirurgii, chorób metabolicznych, hepatologicznej, genetycznej, leczenia bólu, gastroenterologii dla dzieci, hematologii, okulistyki, kardiologii, nefrologii, gastroenterologii. Najdłuższe czasy oczekiwania dla przypadków pilnych występują w poradniach: chorób zakaźnych, neurochirurgicznej, gastroenterologii dla dzieci, endokrynologii, hematologii, hepatologii, leczenia bólu, chorób naczyń, nefrologicznej, chirurgii ogólnej, kolonoskopii, chirurgii naczyniowej, rezonansu medycznego, neurochirurgii dla dzieci, reumatologicznej.</p> <p>We wskazanych poradniach czasy oczekiwania są znacznie zróżnicowane. W poradniach przyszpitalnych, zwykle pracują specjaliści z oddziałów, co zapewnia najwyższy poziom leczenia i dostęp do lepszego sprzętu i kompleksowej diagnostyki, ale często czas oczekiwania na świadczenia jest znacznie wydłużony.</p> <p>Należałoby uzupełnić dostępność do poradni specjalistycznych w miejscach, gdzie nie ma zabezpieczenia lub jest bardzo ograniczone. Główny problem stanowi powiat koszaliński (obwarzankowy), w którym brak jest poradni podstawowych (zlokalizowane w mieście Koszalin).</p> <p>1. Brak zabezpieczenia w południowo-zachodniej części województwa do poradni chirurgii naczyń i leczenia naczyń. 2. Część wschodnia i województwa - niska dostępność do poradni endokrynologicznej, brak poradni w mieście Koszalin. W części północno-zachodniej całkowity brak. 3. Poradnia hematologiczna - brak w południowej części województwa. 4. Rozwiązywane są umowy z reumatologią, dermatologią</p>	<p>1) skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia o 20% 2) leczenie pacjentów przewlekłe chorych w ramach podstawowej opieki 3) Zwiększenie o 20% na poziomie POZ liczby pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych (kardiologia, diabetologia, endokrynologia, inne).</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP</p>	2022-2026	Okolo 200 mln zł – dane od szpitali – wszystkie poradnie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	<p>1) Przeciętny czas oczekiwania w dniach w poradniach z utrudnionym dostępem do świadczeń 2) Liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi określonymi w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 115/2019/DSOZ Prezesa NFZ, którzy odbyli w POZ minimum 2 wizyty z powodu tej samej choroby przewlekłej w ciągu 6 miesięcy. 3) Liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi określonymi jw., którzy odbyli w AOS więcej niż 2 wizyty z powodu tej samej choroby przewlekłej w ciągu 6 miesięcy.</p>

<p>2.3.3 Intensyfikacja opieki nad pacjentem z cukrzycą poprzez zapewnienie konsultacji specjalistycznych, monitorowanie i nadzór nad pacjentem wraz z konieczną diagnostyką w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań. Zakontraktowane świadczeń KAOS nad pacjentem z Cukrzycą. Stworzenie i współpraca z wyznaczonym ośrodkiem koordynującym leczenie ran przewlekłych.</p> <p>Do realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Zawarcie większej ilości umów w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej (AOP) w diabetologii. AOP powinna obejmować wszystkie poradnie diabetologiczne.</p> <p>2) Zawarcie umów w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą - „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)”.</p> <p>3) Zwiększenie nacisku na wczesną diagnostykę (medycyna pracy)</p>	<p>Wrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Niewystarczający dostęp do wczesnego diagnozowania i kompleksowego leczenia oraz edukacji zdrowotnej sprzyja postawianiu powikłań cukrzycowych. W zakresie poradni diabetologicznej: brak dostępności do świadczeń występuje w 4 powiatach: kamieńskim, koszalińskim, świdwińskim i wałeckim. W województwie mamy 32 poradnie diabetologiczne i tylko w jednym podmiocie jest porada pielęgniarska w diabetologii. Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek Położnych na dzień 19.07.2018 r. w województwie było 61 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.</p>	<p>1) zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS) 2) poprawa dostępu do edukacji diabetyków, oraz ich rodzin 2) zapewnienie dostępu do leczenia ran przewlekłych</p> <p>Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszt kontaktów NFZ około 3,5 mln zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>1) liczba pacjentów objętych koordynowaną opieką w stosunku do liczby pacjentów ogółem z rozpoznaniem cukrzycy 2) liczba pacjentów objętych kompleksowym leczeniem ran przewlekłych (KLRP) 3) liczba zawartych umów</p>
<p>2.3.4 Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej na obszarze województwa</p> <p>Do realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Równomierne rozmieszczenie poradni geriatrycznych w województwie. Zakontraktowanie jeszcze przynajmniej dwóch poradni w części wschodniej województwa.</p> <p>2) budowa nowych obiektów poradni specjalistycznych z wymianą infrastruktury i wyposażenia.</p> <p>3) Stworzenie zespołów interdyscyplinarnych prowadzących seniorów z wielochorobowością w zakresach: kardiologii, neurologii, diabetologii, reumatologii</p>	<p>Prognozowany udział osób w Polsce w wieku 65–79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, co pociąga za sobą konieczność zapewnienia im opieki geriatrycznej. W województwie są zakontraktowane 4 poradnie geriatryczne w części zachodniej, wschodnia część – brak zabezpieczenia.</p>	<p>1) Poprawa jakości życia osób powyżej 65 roku życia i wczesna diagnostyka geriatryczna 2) polepszenie dostępu do tego rodzaju świadczeń medycznych dla wszystkich mieszkańców województwa 3) Poprawa jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych</p> <p>Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszt kontaktów NFZ około 300 tys. zł 20 mln zł na budowę 1 nowej poradni</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>liczba osób powyżej 65 roku życia objętych opieką w stosunku do populacji powyżej 65 roku życia</p>
<p>2.3.5 Poprawa skuteczności leczenia bólu</p> <p>W trakcie realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Zwiększenie dostępności dla mieszkańców województwa do poradni leczenia bólu poprzez dokontraktowanie 3 nowych poradni w obszarach niezabezpieczonych.</p> <p>2) Doszkalanie lekarzy w wiedzę o nowoczesnych metodach leczenia bólu</p>	<p>Województwo znajduje się na 4 miejscu w kraju pod względem najdłuższego, przeciętnego czasu oczekiwania w poradniach leczenia bólu, który wynosi: 168 dni, przy średniej dla Polski 120 dni. Aktualnie świadczenia realizowane są przez 4 poradnie w województwie, zlokalizowane w 3 powiatach.</p>	<p>1) zabezpieczenie poradni leczenia bólu na poziomie powiatu 2) poprawa jakości życia pacjentów, życie bez bólu 3) Podniesienie świadomości pacjentów i decydentów na temat zasadności właściwego leczenia bólu co pozwoli na lepsze funkcjonowanie pacjentów, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.</p> <p>Od 1 lipca 2021 roku świadczenia</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszt kontaktów NFZ około 2 mln zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>Liczba poradni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwo</p>

			ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.					
2.3.6 Zabezpieczenie specjalistycznych poradni osteoporozy z dostępem do profesjonalnego sprzętu, pełnej diagnostyki laboratoryjnej oraz konsultacyjnego zespołu specjalistycznego. W trakcie realizacji Zaktualizowane	Zapewnienie dostępu do poradni osteoporozy poprzez zakontraktowanie świadczeń w dwóch subregionach województwa	Osteoporoza dotyczy głównie osób po pięćdziesiątym roku życia, przede wszystkim kobiet. Prognozy mówią, że w 2035 roku blisko 30% kobiet i mężczyzn w Polsce będzie narażonych na złamanie osteoporotyczne. W Polsce funkcjonuje 66 poradni osteoporozy i 8 endokrynologicznych poradni osteoporozy, które podpisały z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń w tym zakresie. W województwie nie ma specjalistycznej poradni leczenia osteoporozy. Świadczenia w tym zakresie realizowane są w poradniach: urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, endokrynologicznej.	1) zabezpieczenie poradni osteoporozy przy ośrodkach specjalistycznych Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2024	Koszt kontaktów NFZ około 2,2 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem osteoporozy 2) liczba udzielonych porad w przeliczeniu na tys. mieszkańców 3) liczba poradni w przeliczeniu na tys. mieszkańców
2.3.7 Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń przez podmioty szpitalne poprzez dostęp do szerokiej diagnostyki usług na etapie diagnostyczno-lecznym w szczególności w placówkach zapewniających specjalistyczne leczenie szpitalne. W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) W miejscu udzielania całodobowych świadczeń szpitalnych zapewnienie diagnostyki kosztochłonnej w sposób ciągły w północnej części województwa (finansowanie ze środków publicznych). 2) Zabezpieczenie dostępności w zakresie badań obrazowych Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego w podmiotach szpitalnych w celu zapewnienia kompleksowości świadczeń. Działanie dotyczy zwiększenia liczby zakontraktowanych świadczeń na obszarach o niższym poziomie zabezpieczenia.	Świadczenie usług na najwyższym poziomie. Według map potrzeb zdrowotnych np. w zakresie rezonansu magnetycznego województwo zachodniopomorskie zajmuje odległą pozycję w przeliczeniu liczby świadczeń na tys. mieszkańców. W ramach rekomendacji nie będą dokonywane zakupy sprzętu.	1) Uzyskanie szybkiej diagnozy w procesie diagnostyczno-lecznym 2) Szybkie rozpoczęcie procesu leczenia i celu uniknięcia niepożądanych działań. 3) Kompleksowość świadczenia usług	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Konsultanci wojewódzcy 3) NFZ	2022-2026	Koszt kontraktów NFZ około 15 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) Liczba pacjentów w przeliczeniu na tys. mieszkańców 2) Liczba wykonanych świadczeń w przeliczeniu na tys. mieszkańców
2.3.8 Dostosowanie infrastruktury ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym także z zakresu rehabilitacji medycznej, do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego	Poprawa warunków funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie w celu poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych we wschodniej części województwa zachodniopomorskiego (dotyczy powiatu koszalińskiego i terenów subregionu koszalińskiego). Działanie dotyczy wdrożenia projektów związanych z budową, przebudową, modernizacją i wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną z przeznaczeniem na rehabilitację dzieci i młodzieży oraz dorosłych, a także poradnie specjalistyczne m.in. kardiologiczną, neurologiczną, diabetologiczną, chirurgiczną.	Szpital Wojewódzki w Koszalinie jest największym i głównym świadczeniodawcą wielospecjalistycznych usług zdrowotnych we wschodniej części województwa. Szpital realizuje kompleksowe usługi zdrowotne od nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej poprzez AOS, świadczenia SOR, wysokospecjalistyczną diagnostykę, leczenie zachowawcze i zabiegowe oraz rehabilitację leczniczą. Odbiorcą usług są mieszkańcy byłego województwa koszalińskiego. Ze względu na zły stan techniczny obiektów istnieje potrzeba budowy nowego budynku na potrzeby AOS, w tym rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.	- poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych AOS, w tym rehabilitacji, - skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne AOS,	- Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego o - Szpital Wojewódzki w Koszalinie	2024-2029	60 mln zł	- MPZ - Zdrowa Przyszłość - Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego	- liczba pacjentów objętych ambulatoryjną opieką specjalistyczną - przeciętny czas oczekiwania na świadczenia w poradniach specjalistycznych

i zużytego sprzętu i aparatury. Nowa rekomendacja								
2.3.9 Stworzenie warunków dla powstawania i funkcjonowania poradni zwłaszcza w rejonach deficytowych województwa, umożliwiających diagnostykę i opiekę w miarę możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta Nowa rekomendacja	Wdrażanie projektów konkurencyjnych i niekonkurencyjnych w AOS w ramach środków UE i Ministerstwa Zdrowia. Działanie dotyczy dostosowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki jednego dnia szpitali powiatowych do wymagań określonych obowiązującym prawem, poprzez budowę i przebudowę obiektów, niezbędne remonty pomieszczeń i ich wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny oraz wymianę przestarzałego i zużytego sprzętu. W ramach działania przewiduje się dofinansowanie przedsięwzięć wspierających rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rozwój opieki jednego dnia poprzez inwestycje w infrastrukturę, nowoczesną aparaturę i sprzęt w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 w celu poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece i wzmocnienie procesu odwracania piramidy świadczeń przy szpitalach powiatowych. Projekt został już zaakceptowany Uchwałą Nr 58/2024/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia z dnia 8 października 2024 r. w sprawie przyjęcia <i>Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2024 w zakresie programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego</i> . Beneficjentami projektu będzie 15 szpitali I stopnia Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego wg wykazu NFZ. Średnio przypada po ok. 1 200 000 zł na jeden szpital powiatowy w naszym województwie, wobec czego nie ma ryzyka że do tych szpitali trafi zbyt	W województwie zachodniopomorskim zmniejszeniu uległa liczba poradni w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców. Zgodnie z rekomendacjami z MPZ należy stworzyć warunki dla powstania i funkcjonowania poradni zwłaszcza w rejonach deficytowych województwa, umożliwiających diagnostykę i opiekę w miarę możliwości w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta.	- poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych AOS,	- Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego - szpitale powiatowe I stopnia Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego	2024 -2026	24 mln zł	- MPZ - Zdrowa Przyszłość Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego	- liczba wspartych podmiotów

	specjalistyczny sprzęt nieadekwatny do wachlarza udzielanych świadczeń.							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

2.4. Leczenie szpitalne

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.4.1 Wzmocnienie roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia Wzmocnienie roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Utworzenie co najmniej jednego dodatkowego ośrodka, który realizowałby kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (Kos-Zawał). Ośrodkiem, który planuje przystąpić do realizacji świadczeń koordynowanych KOS-Zawał jest ośrodek w Szczecinie, w którym funkcjonuje oddział kardiologiczny z pracownią hemodynamiczną. 2) Wzmocnienie infrastruktury i wyposażenie istniejących ośrodków w zakresie zwiększenia roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia	Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu wśród mieszkańców województwa były urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych - 18,7% (dla Polski 15,1%), następnie choroby układu krążenia -10,8% (dla Polski 12,1%), na trzeciej pozycji znalazły się nowotwory - 9,4% (dla Polski 9,2%). Według prognozy epidemiologicznej w województwie wzrośnie chorobowość o 8,9% w 2028 roku w stosunku do 2019 na choroby układu krążenia przy stałej zapadalności.	1) Zapewnienie pacjentom szybkiej i efektywnej pomocy udzielanej przez specjalistów oraz kompleksowej, w pełni spersonalizowanej opieki i monitoringu na rok po niebezpiecznym incydencie wraz z pełną edukacją o chorobie wieńcowej oraz czynnikach ryzyka. 2) Poprawa dostępności do wczesnej diagnostyki chorób serca. 3) Poprawa warunków leczenia na oddziałach kardiologicznych 4) Zwiększenie skuteczności prewencji chorób układu krążenia	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	Koszt kontaktów NFZ około 25 mln zł Około 260 mln zł na wzmocnienie infrastruktury	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1. Liczba pacjentów objętych KOS-Zawał w stosunku do liczby pacjentów z zawałami ogółem. 2. Stosunek liczby ośrodków realizujących kompleksową opiekę nad pacjentem z zawałem serca w stosunku do roku bazowego. 3. Liczba ośrodków realizujących opiekę koordynowaną nad pacjentem z chorobami układu krążenia w których dokonano doposażenia/poprawy infrastruktury.
2.4.2 Restrukturyzacja szpitali, szczególnie w powiatach, w których znajdują się po dwa szpitale z dublującymi się oddziałami W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Racjonalizacja zasobów kadrowo-sprzętowych, 2) profilowanie szpitali powiatowych 3) reorganizacja struktury bazy łóżkowej 4) alokacja oddziałów ginekologiczno-położniczych w których liczba porodów jest mniejsza niż 400, łóżka te przenieść do szpitali o lepszej infrastrukturze lokalowo-kadrowej. 5) alokacja oddziałów lub redukcja łóżek dla leczenia urazów narządu ruchu, łóżka te przenieść do szpitali o lepszej infrastrukturze lokalowo-kadrowej. 6) likwidacja lub przekwalifikowanie oddziałów chirurgii ogólnej w zależności od potrzeb w oddziały opieki długoterminowej	W województwie na terenie dwóch powiatów znajdują się po dwa szpitale z tymi samymi oddziałami, co powoduje zbyt małe obłożenie łóżek. Na terenie dwóch powiatów województwa (myśliborskiego i goleniowskiego) znajdują się po dwa szpitale I poziomu zabezpieczenia z pokrywającymi się oddziałami: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria, neonatologia, izba przyjęć. Szpitale powiatu myśliborskiego na oddziale chorób wewnętrznych mają obłożenie poniżej 65% (Barlinek 62,32, Dębno 52,75).	1) optymalne wykorzystanie bazy łóżkowej 2) racjonalizacja wykorzystania środków finansowych 3) poprawa dostępności i jakości świadczeń	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	wskaźnik obłożenia łóżek szpitalnych Liczba przekształconych łóżek szpitalnych Liczba przekształconych oddziałów szpitalnych Liczba zlikwidowanych oddziałów szpitalnych Liczba skonsolidowanych podmiotów

2.4.3 Dostosowywanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych Do realizacji	1) Utworzenie jeszcze jednego oddziału geriatrycznego w województwie bądź innych form opieki geriatrycznej (pododdziały geriatryczne). Kształcenie na tych oddziałach kadry lekarzy specjalistów, która w przyszłości zasili oddziały internistyczne całego województwa wspierając je w zakresie konsultacji geriatrycznych. 2) objęcie pacjentów geriatrycznych kompleksową opieką w ramach której utworzenie oddziału połączonego z oddziałem rehabilitacji i opieki długoterminowej - lokalizacja m. Szczecin lub powiat pyrzycki Liczba łóżek około 20 w ramach zatwierdzonej nowej inwestycji w USK 1 w Szczecinie	Prognozowany w Polsce udział osób w wieku 65–79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Krajowy wskaźnik liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosi 3,27, wskaźnik dla województwa był dużo niższy i wyniósł 2,0. W województwie funkcjonuje jeden oddział geriatryczny z 26 łóżkami. Wskaźnik zabezpieczenia łóżek na 100 tys. mieszkańców plasuje województwo na 13 miejscu w kraju (na 15 województw mających zakontraktowane świadczenia geriatryczne stacjonarne). Za małą dostępność dla mieszkańców województwa do świadczeń geriatrycznych. W województwie zachodniopomorskim jest 5 geriatrów.	Zwiększenie dostępności do świadczeń geriatrycznych i opieki długoterminowej	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	około 50 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) liczba udzielonych świadczeń 2) średni czas oczekiwania 3) liczba łóżek geriatrycznych 4) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych 5) Liczba nowoutworzonych oddziałów geriatrycznych.
2.4.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu hematologii W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Utworzenie nowego oddziału hematologicznego we wschodniej części województwa na około 20 łóżek. 2) Zwiększenie liczby łóżek hematologicznych w istniejącej Klinice Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku w USK Nr 1 PUM wraz z odpowiednim powiększeniem oddziału jednego dnia i adekwatnym do tego doposażeniem w wysokospecjalistyczny sprzęt;	Na terenie województwa do 2019 roku działały trzy oddziały hematologiczne. Na początku 2019 roku zamknięty został jeden z oddziałów w Szczecinie. Środki przekazano do ryczałtu szpitala, w którym taki oddział nadal działał, jednak świadczeniodawca nie zwiększył liczby łóżek dla pacjentów hematologicznych. Pomimo utrzymania poziomu środków finansowych ograniczona została dostępność do świadczeń. Wskazaniem byłoby utworzenie oddziału około 20-łóżkowego (zlikwidowanych było 20 łóżek). Oddział w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu realizuje ograniczony zakres świadczeń- bez hematookologii. Na tle innych województw, województwo zachodniopomorskie znajduje się na 3 miejscu pod względem długości czasu oczekiwania do oddziału hematologicznego. Dla przypadków stabilnych w Kołobrzegu przyjęcia odbywają się na bieżąco, a w Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie 118 dni (według stanu na luty 2020r) przy średnim czasie oczekiwania w Polsce 32,7 dni. Migracja pacjentów z powiatów: myśliborskiego, koszalińskiego i wałeckiego do innych województw.	1) Zwiększenie dostępności do świadczeń hematologicznych w województwie 2) objęcie kompleksową opieką pacjentów z rozpoznaniem hematologicznymi 3) skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	Roczny kontrakt z NFZ nowo utworzonego oddziału hematologii 6 mln zł 3.200.000 zł na sprzęt	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie 3) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych 4) Liczba nowoutworzonych oddziałów
2.4.5 Zwiększenie dostępności do otolaryngologii dziecięcej. Do realizacji Zaktualizowane	1) Utworzenie oddziału w trybie hospitalizacji całodobowej w szpitalu pediatrycznym - lokalizacja SPZOZ ZDROJE, około 10 łóżek powstałych w drodze przekształcenia. 2) Zwiększenie liczby specjalistów poprzez utworzenie ośrodka z akredytacją na szkolenie.	W województwie funkcjonuje jeden oddział otorynolaryngologii dziecięcej w trybie chirurgii jednego dnia w Szczecinie. Kolejka oczekujących na świadczenie usunięcia migdałków podniebiennych (procedura możliwa do wykonania tylko na oddziałach specjalistycznych dziecięcych) wynosiła 196 dni w lutym 2020, PWT luty 2021[5]. W zakresie otolaryngologii dziecięcej w województwie jest 3 specjalistów. Z uwagi na brak oddziałów otolaryngologii dziecięcej dzieci leczone są również na oddziałach dla dorosłych – siedem oddziałów w województwie, 27% stanowią pacjenci poniżej 18 roku życia. Największy udział dzieci były w Szpitalu w Wałczu - 44%. Najmniejszy udział 21% w szpitalu w Stargardzie. W Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie leczonych jest 60% wszystkich dzieci w wieku od 0-3 lat. Natomiast procedura usunięcia migdałków	1) Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zabiegowe z otolaryngologii dziecięcej 2) Wzrost dostępności do świadczeń na obszarze województwa 3) Zwiększenie ilości zabiegów w ranach chirurgii jednego dnia	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	1 mln zł +10 mln zł na niezbędny sprzęt	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie 3) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych / Liczba przekształconych łóżek szpitalnych 4) Liczba nowoutworzonych oddziałów 5) Utworzenie Uniwersyteckiego Centrum Zabiegowego dla Dzieci 6) Utworzenie ośrodka z akredytacją na szkolenie.

		podniebiennych realizowana jest tylko w szpitalach szczecińskich: Szpital w Zdrojach i USK nr 1 (na oddziale chirurgii dziecięcej).						
2.4.6 Zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod i technologii leczenia w zakresie immunologii klinicznej Zrealizowane	Stworzenie ośrodka/oddziału przy szpitalu klinicznym z kontraktacją do świadczeń z zakresu immunologii klinicznej, który pozwoli na organizację miejsc specjalizacyjnych do szkolenia kadry medycznej - lokalizacja Szczecin, około 5-8 łóżek w ramach wyodrębnienia z istniejących zasobów.	Immunologia kliniczna jest specjalnością bardzo dynamicznie rozwijającą się, co wynika z postępu wiedzy medycznej, ale przede wszystkim z zwiększającej się liczby pacjentów, którzy wymagają często wysokospecjalistycznej diagnostyki oraz leczenia. Immunologia kliniczna jest specjalnością wielodyscyplinarną tzn. etiopatogeneza wielu chorób ma podłoże immunologiczne, co stwarza konieczność konsultacji immunologa klinicznego dla wielu pacjentów leczonych przez innych specjalistów (pediatrii, interny, neurologii, hematologii, gastroenterologii, ginekologii i położnictwa, onkologii, reumatologii, chorób zakaźnych, transplantologii klinicznej). W Polsce oddział immunologii klinicznej był zakontraktowany w 7 województwach – w woj. zachodniopomorskim oraz lubuskim i wielkopolskim brak takiego oddziału. Brak oddziału szpitalnego z zakontraktowanymi świadczeniami w tym zakresie (dodatkowo brak tych świadczeń w najbliższej położonych województwach sprawia, że pacjenci celem uzyskania konsultacji, diagnostyki czy leczenia immunologicznego muszą podróżować na znaczne odległości. Brak właściwego zabezpieczenia w wyspecjalizowaną kadrę medyczną. W województwie było 4 lekarzy ze specjalizacją z immunologii klinicznej, według rekomendacji Konsultanta Krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej oczekiwana liczba to 17 specjalistów.	Otwarcie oddziału immunologii klinicznej.	1) PUM, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2023	Wartość kontraktu z NFZ na oddział immunologii klinicznej: 2,5 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przewidywany czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie
2.4.7 Poprawa dostępności do kompleksowej opieki diabetologicznej W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Zwiększenie dostępności do leczenia cukrzycy poprzez otwarcie kolejnego oddziału stacjonarnego we wschodniej części województwa - około 10 łóżek w ramach wyodrębnienia z oddziału wewnętrznego. 2) Zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii.	Pełne zabezpieczenie świadczeń z zakresu diabetologii mają jedynie mieszkańcy m. Szczecin i okolic. Widoczny jest brak zlikwidowanego oddziału diabetologii w Koszalinie. Konieczne staje się zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii, które stwarza szansę na poprawę kontroli cukrzycy i ograniczy liczbę hospitalizacji związanych z ciężkimi hipoglikemiami, a w dalszej perspektywie z rozwojem przewlekłych powikłań cukrzycy. Wzrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Według prognoz do 2028 roku zarówno w Polsce jak i w województwie wzrośnie zapadalność (19,74%) i chorobowość (25,1%) na cukrzycę. Wskaźnik zgonów prognozowany jest wzrost o 10,94%. Ogólna liczba hospitalizacji w ramach leczenia szpitalnego w 2019 roku spadła w stosunku do 2015 roku o 2,4% co oznacza 11.375 hospitalizacji mniej. Największy spadek liczby hospitalizacji nastąpił na oddziałach diabetologicznych (o 50,9% zamknięcie oddziału diabetologicznego w Koszalinie). Wzrost zapadalności i chorobowości mieszkańców województwa na cukrzycę może spowodować znaczny wzrost zgonów z tej	1) zwiększenie liczby łóżek dedykowanych pacjentom diabetologicznym 2) objęcie opieką większej liczby pacjentów diabetologicznych 3) spadek liczby negatywnych skutków niewłaściwej opieki	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	Koszty w ramach umów z NFZ: około 2,5 mln.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) liczba pacjentów z rozpoznaniem E 10-E14 2) liczba hospitalizacji

		przyczyny. Brak równomiernego zabezpieczenia mieszkańców województwa w stacjonarną opiekę diabetologiczną.						
2.4.8 Dostosowanie infrastruktury leczenia szpitalnego, w tym także z zakresu rehabilitacji medycznej, do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury	Przeprowadzenie modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, będących w stanie znacznego zużycia oraz niedostosowanych do określonych standardów. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.	Leczenie szpitalne ma duże znaczenie w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na zapewnienie im odpowiedniej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Właściwa jakość tego rodzaju opieki jest możliwa przy odpowiednim dostosowaniu infrastruktury podmiotów leczniczych do wymaganych standardów. Zgodnie z zapisem rekomendacji modernizacje będą dotyczyły dostosowania infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresu leczenia stacjonarnego do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury. Inwestycje będą prowadzone we wszystkich tego typu podmiotach w całym województwie. Harmonogram inwestycji uzależniony jest od planów finansowych podmiotów je wdrażających.	Wzrost dostępności i jakości udzielanych świadczeń w ramach leczenia szpitalnego	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Podmioty wykonujące działalność leczniczą 3) MZ	2022-2026	Około 1765 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba zmodernizowanych podmiotów
2.4.9 Stałe wzmocnienie opieki onkologicznej	1) Utworzenie wysokospecjalistycznego centrum z kontraktacją do świadczeń z zakresu onkologii klinicznej w leczeniu szpitalnym. 2) Modernizacja istniejących oddziałów Onkologii i Chemioterapii wraz z wyposażeniem 3) Utworzenie centrum koordynacji opieki onkologicznej oraz zespołu psychoonkologii jako przykład włączenia telemedycyny do opieki koordynowanej. Lokalizacja - Szczecin. Powstanie: 37 nowych łóżek dla pacjentów onkologicznych, 21 stanowisk do chemioterapii jednodniowej oraz system poradni zapewniających właściwą opiekę skoordynowaną.	Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny odpowiedzialny za drugą największą przyczynę zgonów. Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary. Spośród wymienionych problemów zdrowotnych nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc jako jedyny odnotował wzrost wartości wskaźnika DALY w okresie 1999-2019. Wpływ na to miał przede wszystkim wzrost liczby utraconych lat życia na skutek przedwczesnej śmierci, podczas gdy zarówno dla udaru, jak i dla choroby niedokrwiennej serca, wskaźnik YLL zmalał. W ramach Programu Wieloletniego realizowana jest inwestycja finansowana ze środków pochodzących z budżetu Państwa. W ramach tego działania powstanie system poradni w których działał będzie zespół zapewniający skoordynowaną opiekę onkologiczną dla pacjentów USK-1 PUM. Dodatkowo planowane jest utworzenie 37 łóżek dla pacjentów onkologicznych poddawanych systemowej, skojarzonej chemioterapii, radioterapii i immunoterapii klinicznej w ramach hospitalizacji oraz 21 stanowisk do chemioterapii jednodniowej.	1) Poprawa organizacji i warunków systemu opieki onkologicznej 2) Zapewnienie dostępu do najwyższej jakości świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych. 3) Kontynuowanie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej	1) NFZ, 2) Konsultanci wojewódzcy 3) podmioty wykonujące działalność leczniczą 4) jednostki samorządu terytorialnego	2022-2026	145,7 mln zł Wartość kontraktów z NFZ: 12 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Program Wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030	1)liczba leczonych pacjentów 2)średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne 3) liczba nowych i zmodernizowanych łóżek
2.4.10 Dostęp do nowoczesnych metod i technologii w zakresie chorób zakaźnych	Utworzenie wysokospecjalistycznego centrum w ramach szpitala klinicznego w zakresie chorób zakaźnych. W ramach jednego ze Szpitali Klinicznych powstanie 20-25 łóżkowy oddział chorób zakaźnych jako nowy oddział lub w formie przekształcenia obecnie funkcjonujących oddziałów.	Obciążenie systemu wywołane pandemią SARS-CoV-2 w sposób szczególny obrazuje liczba łóżek oraz łóżek respiratorowych zajętych przez pacjentów z COVID-19. Według stanu na 31 grudnia 2019 roku liczba łóżek na oddziałach zakaźnych (chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, obserwacyjno-zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych dla dzieci) wyniosła 2418, co w perspektywie sytuacji epidemicznej okazało się dalece niewystarczające. W szczytowym momencie na początku	1) Poprawa organizacji i warunków leczenia chorób zakaźnych 2) Zapewnienie dostępu do najwyższej jakości świadczeń w tym zakresie	1) NFZ, 2) PUM 3) podmioty lecznicze	2022-2024	150 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027,	1)liczba leczonych pacjentów 2)średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne
W trakcie realizacji								
W trakcie realizacji	Zaktualizowane							
Anulowane								

		listopada 2020 obłożenie łóżek przez pacjentów zakażonych SARS- CoV-2 wyniosło ponad 23 tysiące czyli niemal 10-krotnie więcej niż istniejąca baza łóżek „zakaźnych”. W związku z tym niezbędne było przekształcenie łóżek innego typu w łóżka „zakaźne” oraz budowa szpitali tymczasowych. Obłożenie łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 w tym okresie sięgało 70%, a łóżek respiratorowych przekroczyło 80%.”					z perspektywą do 2030 r	
2.4.11 Kompleksowe leczenie schorzeń neurologicznych Do realizacji	Wdrożenie na szeroką skalę diagnostyki w kierunku wczesnego wykrywania czynników będących powodem udarów niedokrwiennych, ich wczesne rozpoznawanie celem wdrożenia leczenia zabiegowego i farmakologicznego poprzez utworzenie Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu w USK Nr 1 PUM w Szczecinie- przewidywany wzrost bazy łóżkowej o 55 miejsc.	Choroby naczyń mózgowych (CHNM), a w szczególności udar mózgu, stanowią coraz istotniejszy problem medyczny, społeczny i ekonomiczny, stanowią ok. 40% wszystkich hospitalizacji na oddziałach neurologicznych w Polsce i 3,8% hospitalizacji ogółem (dane MZ).Rocznie w Polsce dochodzi do około 60 tys. udarów mózgu, z czego około 80% to udary niedokrwienne. Udar jest chorobą rozpoczynającą się nagle i w krótkim czasie może doprowadzić do głębokiej niesprawności i całkowitej niesamodzielności w codziennych czynnościach (dane wg MZ). Zadanie pozwoli zwiększyć realizację procedur w ramach programu „Trombektomia mechaniczna w leczeniu ostrej fazy udaru mózgu” w Regionie oraz zapewni monitorowanie pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu celem monitorowania wczesnych powikłań, efektów leczenia oraz kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych. W ramach powyższych działań zostanie utworzone Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu w USK Nr 1 PUM w Szczecinie (pozytywna opinia IOWISZ), dzięki któremu baza łóżek udarowych wzrośnie w województwie o kolejne 55 miejsc. Takie rozwiązanie pozwoli na zabezpieczenie regionu w zakresie udarów mózgu.	Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń dla pacjentów udarowych w jednym miejscu, w obrębie jednej struktury, zapewniającej leczenie farmakologiczne, zabiegowe – radiologia interwencyjna oraz wczesna rehabilitacja, co ma skrócić czas powrotu do zdrowia i krótszy czas poszpitalnej rehabilitacji	1) NFZ, 2) Konsultanci wojewódzcy	2022	131 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba hospitalizacji
2.4.12 Dostęp do nowoczesnych metod i technologii w zakresie transplantologii szpiku Do realizacji Zaktualizowane	Utworzenie wyspecjalizowanego ośrodka w ramach USK Nr 1 PUM w Szczecinie w zakresie transplantologii szpiku	Pacjenci z obszaru działania ośrodka będą objęci kompleksową opieką medyczną zarówno diagnostyczną jak i leczniczą w warunkach nowoczesnej bazy szpitalnej. Taka sytuacja przyczyni się do poprawy w dostępie do świadczeń medycznych na terenie województwa, a także kraju. Dzięki tej inwestycji pacjenci leczeni w regionie uzyskają dostęp z jednej strony do kompleksowej opieki medycznej a drugiej do najnowocześniejszych metod leczenia oferowanych w ramach realizowanego programu wieloletniego przez PUM i USK Nr 1 PUM w Szczecinie. Działanie zostało zaplanowane w ramach obowiązującego do końca 2021 r. Programu Wieloletniego na lata 2011–2021 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”	Powstanie zintegrowanego ośrodka transplantacyjnego przyczyni się do kompleksowej poprawy wyników leczenia pacjentów po przeszczepieniach.	1) NFZ, 2) Konsultanci wojewódzcy	2022-2024	350 mln zł	Mapa potrzeb zdrowotnych Program Wieloletni na lata 2011–2021 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.	Liczba wykonanych procedur w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
2.4.13 Rozbudowa sieci onkologicznej Nowa rekomendacja	1) Poprawa jakości świadczeń i zwiększenie bazy kompleksowego leczenia onkologicznego na terenie województwa według aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz stosowanie nowoczesnych terapii leczenia nowotworów 2) Wyrównanie dostępu do radioterapii na terenie województwa w jego środkowej części w celu	Rośnie liczba chorych zapadających na choroby nowotworowe a prognozy w tym zakresie są niepokojące. Wsparcia wymagają ośrodki kompleksowo leczące pacjentów, dysponujące wachlarzem usług i specjalistów, od leczenia zabiegowego poprzez chemio i radioterapię aż do rehabilitacji i opieki paliatywnej. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej zaleca maksymalny dojazd do ośrodka radioterapii nie dłuższy niż 100 km. Pomiędzy ośrodkami w Szczecinie i Koszalinie istnieje "biała plama" dostępności do radioterapii, stąd potrzeba utworzenia ośrodka radioterapii w tej części województwa.	Poprawa warunków świadczeń onkologicznych oraz poprawa dostępności do radioterapii na terenie województwa zachodniopomorskiego	- podmioty lecznicze realizujące świadczenia w zakresie onkologii - Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego	2025-2029	280 mln zł	- MPZ - Zdrowa Przyszłość - Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, NSO	- utworzenie nowego ośrodka radioterapii w środkowej części województwa - wysokość nakładów na infrastrukturę jednostek realizujących świadczenia w zakresie onkologii

	<p>odpowiedzi na rekomendacje Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.</p> <p>Działania dotyczą przebudowy, budowy i wyposażenia obiektów w podmiotach świadczących usługi onkologiczne, utworzenia centrum rehabilitacji onkologicznej i bazy ambulatoryjnych form opieki paliatywnej i leczenia bólu oraz wsparcia ambulatoryjnej diagnostyki i leczenia onkologicznego. Poprawa jakości dotyczy przebudowy, budowy i wyposażenia obiektów Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie: 1)ze środków Funduszu Medycznego: budowa i wyposażenie bloku operacyjnego, przebudowa budynku oddziału chirurgii onkologicznej, budowa i wyposażenie nowego budynku oddziału klinicznego radioterapii i oddziału medycyny paliatywnej oraz zakładu medycyny nuklearnej i centrum diagnostyki i terapii nowotworów; 2)ze środków KPO: nadbudowa i przebudowa budynku zakładu patomorfologii i zakładu biologii molekularnej, budowa obiektu diagnostyki laboratoryjnej; 3)ze środków FEPZ 2021-2027: utworzenie centrum rehabilitacji onkologicznej i bazy ambulatoryjnych form opieki paliatywnej i leczenia bólu.</p> <p>3) Utworzenie zamiejscowego ośrodka radioterapii Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w środkowej części województwa zachodniopomorskiego.</p> <p>4) Poprawa jakości świadczeń onkologicznych dotyczy także wsparcia ambulatoryjnej diagnostyki i leczenia onkologicznego z dofinansowaniem KPO poprzez modernizację oraz wyposażenie poradni specjalistycznych i pracowni diagnostycznych w: SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie, SP ZZOZ w Gryficach.</p>	<p>Głównym uzasadnieniem dla poprawy jakości i wyrównania dostępu do opieki onkologicznej jest utrzymujący się wysoki poziom zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych (wskaźniki zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w województwie są wyższe od średnich krajowych).</p> <p>Na podstawie analizy dostępnych danych dotyczących wydawanych kart DiLO w województwie zachodniopomorskim stwierdza się wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe. Liczba wydanych kart wzrosła z 3 748 w 2019 r. do 5 090 w 2023 r.</p>						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.5.1.1 Rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej z naciskiem na opiekę środowiskową W trakcie realizacji Zaktualizowane	Równomierne rozmieszczenie Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa - docelowo otwarcie jednego CZP w każdym powiecie lub w grupach powiatów (drawski, łobeski i świdwiński oraz szczeciński i białogardzki), wyjątek m. Szczecin, w którym powinny powstać dwa. CZP może powstać również w powiecie gryfickim, gdzie znajduje się oddział psychiatryczny i dodatkowo objąć swym zasięgiem powiat kamieński i część powiatu goleniowskiego. W pierwszej kolejności do Szpitali Psychiatrycznych dysponujących Zespołem Leczenia Środowiskowego, następnie do innych Szpitali Psychiatrycznych w województwie. Następnie w tych powiatach, w których są poradni z preferencją opieki środowiskowej.	Wśród pacjentów dorosłych w województwie najczęściej występującymi grupami zaburzeń były zaburzenia lękowe, uzależnienia oraz zaburzenia organiczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w przypadku zaburzeń lękowych (1653,1) i organicznych (789,44) była w województwie nieznacznie niższa niż w kraju, w przypadku uzależnień wartość dla województwa była wyższa niż w kraju (województwo - 951,76; Polska – 841,38). Leczenie środowiskowe/domowe w województwie realizowane było w 5. obszarach: Szczecin, Stargard, Gryfice, Koszalin i Sławno. Pomimo faktu, że wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką środowiskową plasuje województwo na trzecim miejscu w kraju, jest to zbyt mała liczba ośrodków, które powinny być przynajmniej każdym z 21 powiatów. Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdują się we wszystkich powiatach poza powiatem drawskim i powiatem koszalińskim, z tym, że powiat koszaliński objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Koszalinie (jest to jedyne CZP w województwie). Oddziały dzienne znajdują się w 6. powiatach - w północnej i zachodniej części województwa; Oddziały szpitalne znajdują się w 8. powiatach, głównie w północnej części województwa. W 2023 roku osiągnięto docelowy wskaźnik liczby powiatów objętych CZP (12), ponieważ poszczególne Centra objęły zasięgiem działania obszary większe niż jeden powiat. Wskaźnik powinien zostać zmieniony do wartości 14 powiatów.	Wzrost dostępności do świadczeń psychiatrycznych w obszarach jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta i opieki środowiskowej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Koszty w ramach kontraktów NFZ: 400 mln zł.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022 Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego edycja II lata 2024-2030 w opracowaniu.	1. liczba powiatów objętych opieką CZP 2. Zwiększenie udziału opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej w stosunku do opieki stacjonarnej.
2.5.1.2 Rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej z naciskiem na opiekę środowiskową Nowa rekomendacja	Zwiększenie bazy łóżkowej na oddziale psychiatrycznym do 16 łóżek, utrzymanie 20 łóżek na oddziale psychosomatycznym oraz utworzenie oddziału dziennego w powiecie białogardzkim	Działania podyktowane są rosnącymi potrzebami mieszkańców powiatu białogardzkiego oraz miasta Białogard w zakresie opieki psychiatrycznej. Informacje statystyczne wykazują wzrost liczby pacjentów wśród mieszkańców powiatu, a także zwiększoną migrację pacjentów z innych obszarów. Wg danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia w powiecie białogardzkim w ostatnich latach liczba pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w wieku do 18 roku życia wzrosła o 41%, tj. od 3249 w 2019 r. do 4588 w 2023 r. Jednocześnie nastąpił wzrost migracji pacjentów. W 2019 r. nadwyżka bezwzględna pacjentów wyniosła -9, a w 2023 r. wzrosła do poziomu 26.	Zwiększenie dostępności do leczenia pacjentów stacjonarnie i dochodzących, skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie, realizacja świadczeń w okolicach miejsca zamieszkania	Powiat Białogardzki	2026 rok	21 mln	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 Powiatowy Program Ochrony	Wzrost liczby pacjentów leczonych na oddziale stacjonarnym i dziennym, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne

							Zdrowia Psychicznego dla Powiatu białogardzkiego na lata 2024-2030	
2.5.2.1 Rozwój psychiatrii dziecięcej	Rozwój psychiatrii dziecięcej poprzez otwieranie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów województwa; a także ośrodków II poziomu referencyjnego, zapewniając pacjentom małoletnim dostęp do opieki dziennej i ZLS. Ośrodki I stopnia referencyjności powinny powstać w każdym powiecie, przynajmniej 1 Ośrodek na jeden powiat. Na rok 5 ośrodków, zaczynając od powiatów najbardziej licznych pod względem ludności. Ośrodki II stopnia referencyjności w miastach na prawach powiatu- Świnoujście, Koszalin, Szczecin. Przynajmniej jeden taki ośrodek w ciągu roku.	Wśród pacjentów dorosłych w województwie najczęściej występującymi grupami zaburzeń były zaburzenia lękowe, uzależnienia oraz zaburzenia organiczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w przypadku zaburzeń lękowych (1653,1) i organicznych (789,44) była w województwie nieznacznie niższa niż w kraju, w przypadku uzależnień wartość dla województwa była wyższa niż w kraju (województwo - 951,76; Polska – 841,38). Leczenie środowiskowe/domowe w województwie realizowane było w 5. obszarach: Szczecin, Stargard, Gryfice, Koszalin i Sławno. Pomimo faktu, że wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką środowiskową plasuje województwo na trzecim miejscu w kraju, jest to zbyt mała liczba ośrodków, które powinny być przynajmniej każdym z 21 powiatów. Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdują się we wszystkich powiatach poza powiatem drawskim i powiatem koszalińskim, z tym, że powiat koszaliński objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Koszalinie (jest to jedyne CZP w województwie). Oddziały dzienne znajdują się w 6. powiatach - w północnej i zachodniej części województwa; Oddziały szpitalne znajdują się w 8. powiatach, głównie w północnej części województwa.	Wzrost dostępności do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w obszarach jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta i opieki środowiskowej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Koszty w ramach kontraktów NFZ: 91 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022 Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego edycja II lata 2024-2030 w opracowaniu.	1. liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na I, II i III poziomie referencyjności 2.Liczba wykonanych świadczeń.
2.5.2.2 Rozwój psychiatrii dziecięcej	Inwestycje na potrzeby stacjonarnego oraz ambulatoryjnego leczenia chorób psychicznych dzieci i młodzieży wraz z rozwojem opieki środowiskowej i dziennej. Działania dotyczą budowy i wyposażenia obiektów w podmiotach świadczących usługi psychiatryczne dla dzieci.	Koniecznym jest zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania, poprzez zwiększenie dostępności do opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej oraz poprawa warunków świadczeń. Informacje statystyczne wykazują wzrost liczby dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. Wg danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia, w województwie zachodniopomorskim w ostatnich latach liczba pacjentów w wieku do 18 roku życia wzrosła o 128,99%, tj. od 4 247 osób w 2018 r. do 9 725 w 2023 r.	Wzrost dostępności świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych dla dzieci i młodzieży. Rozwój środowiskowych form wsparcia.	- podmioty lecznicze realizujące świadczenia w zakresie psychiatrii dziecięcej i młodzieży - Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego	2024-2029	220 mln zł	Zdrowa Przyszłość, Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, NPOZP	liczba udzielonych usług w ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej opiece psychiatrycznej - osobne wskaźniki

2.5.3 Dostosowanie infrastruktury opieki psychiatrycznej do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury. W trakcie realizacji	Przeprowadzenie modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń psychiatrycznych, będących w stanie znacznego zużycia oraz niedostosowanych do określonych standardów.	W województwie zachodniopomorskim funkcjonuje 7 oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych (Gryfice, Kołobrzeg, Koszalin, Szczecin, Szczecin, Szczecinek, Wałcz, Szczecinek), 1 oddział psychosomatyczny w Białogardzie oraz 1 oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży (Szczecin, SPSZOZ - Zdroje) Oddziały dzienne znajdują się w 6 powiatach -w północnej i zachodniej części województwa; Psychiatryczna opieka długoterminowa jest realizowana w 4 oddziałach/zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych (Szczecin, Koszalin, Szczecinek, Nowe Czarnowo). Większość placówek wymaga modernizacji pomieszczeń i wyposażenia.	Wzrost dostępności i jakości udzielanych świadczeń psychiatrycznych	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Podmioty wykonujące działalność leczniczą 3) MZ	2022-2026	Okolo 80 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022	Liczba zmodernizowanych podmiotów
---	--	--	---	---	-----------	-----------------	---	-----------------------------------

2.6. Rehabilitacja medyczna

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.6.1 Zabezpieczenie świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej na terenie województwa Do realizacji Zaktualizowane	Zakontraktowanie świadczeń gwarantowanych, realizowanych w oddziałach/zakładach stacjonarnych w ramach rehabilitacji pulmonologicznej. Na obszarze województwa przynajmniej jedna umowa zabezpieczająca świadczenia realizowane na co najmniej 20 łózkach.	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych jest świadczeniem gwarantowanym, którego brakuje w województwie zachodniopomorskim. NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w tym zakresie na obszar całego województwa zachodniopomorskiego. Celem takiego działania będzie wyłonienie w województwie zachodniopomorskim, w drodze konkursu ofert, przynajmniej 1 potencjalnego świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Z rekomendacji dla województwa zachodniopomorskiego w Mapie potrzeb zdrowotnych zapisane jest, że nie było ofert w ogłoszonym konkursie na świadczenia z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej (str. 28-27), więc trudno mówić o optymalizacji.	Dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej na terenie województwa zachodniopomorskiego	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Koszty w ramach kontraktów NFZ: około 4 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	11) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności 2) wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności

<p>2.6.2 Zabezpieczenie świadczeń rehabilitacji na terenie województwa ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodkach/oddziałach dziennych.</p> <p>Do realizacji Zaktualizowane</p>	<p>Zakontraktowanie świadczeń realizowanych w ośrodkach/oddziałach dziennych z uwzględnieniem równomiernego rozmieszczenia podmiotów na terenie województwa. Docelowo w każdym powiecie. Zabezpieczenie co najmniej jednego ośrodka w każdym z poniższych obszarów kontraktowania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. choszczeński, pyrzycki, stargardzki 2. gryficki, kamieński, Świnoujście <p>NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w dwóch grupach powiatów (brak świadczeniodawców w tych obszarach):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) choszczeński, pyrzycki, stargardzki; 2) gryficki, kamieński, Świnoujście. <p>Celem takiego działania będzie wyłonienie w każdym z w/w obszarów kontraktowania, w drodze konkursu ofert, przynajmniej po 1 potencjalnym świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.</p>	<p>Rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasuje województwo na ostatnim 16 miejscu w kraju; - wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 13 miejscu w kraju na 15 miejsc (0,47), poniżej wsk. Polski (0,79). Występuje nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi (8 ośrodków na 21 powiatów). Brak zabezpieczenia w środkowej części województwa. 	<p>Utworzenie ośrodków rehabilitacji dziennej w każdym obszarze kontraktowania (grupy powiatów)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą 	<p>2022-2026</p>	<p>Koszty w ramach kontraktów NFZ: około 3,5 mln zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności 2) wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności 3) wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności
--	--	---	---	--	------------------	---	---	---

<p>2.6.3 Zabezpieczenie mieszkańców województwa w świadczenia w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku</p> <p>Do realizacji Zaktualizowane</p>	<p>Zakontraktowanie przynajmniej jednego podmiotu w województwie wykonującego świadczenia z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.</p> <p>W dużych miastach w ramach oddziałów Dziennych Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku jest świadczeniem gwarantowanym, którego brakuje w województwie zachodniopomorskim. NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w tym zakresie na obszar całego województwa zachodniopomorskiego. Celem takiego działania będzie wyłonienie w województwie zachodniopomorskim, w drodze konkursu ofert, przynajmniej 1 potencjalnego świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. W przypadku większej liczby oferentów możliwe jest ogłoszenie konkursu uzupełniającego (na ogłoszone dotychczas postępowanie konkursowe wpłynęła 1 oferta, która nie spełniała wymogów określonych w przepisach).</p>	<p>W województwie brak jest zakontraktowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.</p>	<p>Utworzenie ośrodków rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszty w ramach kontraktów NFZ: około 500 tys. zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1. liczba podmiotów realizujących świadczenie 2. liczba pacjentów objętych opieką</p>
---	---	---	---	--	------------------	--	---	--

<p>2.6.4 Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).</p> <p>Do realizacji Zaktualizowane</p>	<p>1) Zakontraktowanie co najmniej po jednej poradni w powiatach: kamieńskim, koszalińskim, łobeskim i świdwińskim oraz w mieście Świnoujściu. Obecnie brak w tych obszarach podmiotów wykonujących te świadczenia.</p> <p>2) Utworzenie ośrodków aktywizujących ruchowo seniorów w powiatach województwa.</p>	<p>Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych (fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna);</p> <p>- wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności, wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasuje województwo na 16 ostatnim miejscu w kraju. Natomiast wskaźnik liczby porad lekarskich na 100 tys. ludności, plasuje województwo na 12 miejscu.</p> <p>- usługi z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie udzielane są w każdym powiecie. Natomiast usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej zlokalizowane są w 17 na 21 powiatów.</p> <p>W ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat i więcej stanowią 42,3 % w województwie (38,0 % Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 roku ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo – szkieletowego (województwo 76 %; Polska 78 %). Według prognoz do 2028 roku zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań. Na drugim miejscu plasują się choroby układu nerwowego (województwo 15,60 %; Polska 15,30 %). Według prognoz w województwie wzrośnie chorobowość w tej grupie zachorowań. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane byłoby zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w trybie rehabilitacji ambulatoryjnej.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach poradni lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszty w ramach kontraktów NFZ: około 1,5 mln zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1. liczba poradni rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ 2. liczba miejsc w ośrodkach aktywizujących (finansowanych poza NFZ)</p>
<p>2.6.5. Poprawa jakości i dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej.</p> <p>Nowa rekomendacja</p>	<p>1) Utworzenie na terenie Szczecina nowego oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej z około 25 łózkami.</p> <p>2) Poprawa infrastruktury i doposażenie istniejących podmiotów realizujących świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej</p>	<p>Szczecin jest miastem wojewódzkim, na terenie którego działają liczne zabiegowe ośrodki specjalistyczne, udzielające świadczeń dla mieszkańców całego województwa. Wskaźnik dostępności do łóżek w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej na terenie Szczecina jest niski i wynosi 0,7 łóżka na 10 tys. mieszkańców. Według danych z kwietnia 2024 w kolejce na rehabilitację ogólnoustrojową stacjonarną w ośrodkach zlokalizowanych w województwie zachodniopomorskim czeka ponad 5 794 osób. Według Map Potrzeb Zdrowotnych za 2022 rok saldo migracji w Szczecinie jest ujemne, co oznacza, że pacjenci wyjeżdżają do innych powiatów i województw w celu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych. Ponadto w perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych liczba osób potrzebujących usług z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej będzie rosła.</p>	<p>Zwiększenie jakości i dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2025-2026</p>	<p>7 100 000,- zł (koszt umów z NFZ na dwa lata w ramach opieki stacjonarnej)</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej 2) liczba podmiotów ze zmodernizowaną bazą infrastrukturalną służącą rehabilitacji</p>
<p>2.6.6. Zabezpieczenie mieszkańców województwa w świadczenia w zakresie rehabilitacji dziecięcej</p>	<p>Wydzielenie z istniejącej lub utworzenie nowej bazy łóżkowej dla oddziału stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci. Najkorzystniejsza lokalizacja to szpital</p>	<p>W województwie zachodniopomorskim brak jest dostępu do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla dzieci. Według Map Potrzeb Zdrowotnych w 2023 roku z rehabilitacji tej skorzystało w Polsce 11 235 pacjentów do 18 rż. Według sprawozdawczości ZOW NFZ w 2023 roku z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało łącznie 229 pacjentów do 18 rż z województwa zachodniopomorskiego. Wśród tych</p>	<p>Zabezpieczenie dostępności do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty</p>	<p>2025-2026</p>	<p>3 000 000,- zł (koszt umów z NFZ na dwa lata w przypadku utworzenia nowych łóżek)</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności</p>

Nowa rekomendacja	pediatryczny lub szpital posiadający oddziały zabiegowe dla dzieci	osób: 10 miało prowadzoną rehabilitację w oddziałach stacjonarnych działających na terenie województwa zachodniopomorskiego, natomiast 219 dzieci korzystało z rehabilitacji stacjonarnej w innych województwach. Najwięcej osób skorzystało z rehabilitacji pulmonologicznej 152 osoby, następnie z rehabilitacji neurologicznej 61 osób, ogólnoustrojowej 23 osoby i z leczenia dzieci ze śpiączką 1 pacjent. Niektórzy korzystali z kilku form rehabilitacji.		wykonujące działalność leczniczą				
-------------------	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	--

2.7. Opieka długoterminowa

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.7.1.1 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej W trakcie realizacji Zaktualizowane	1) Zwiększenie istniejącej, jak również utworzenie nowej bazy łóżkowej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych. 2) Zwiększenie liczby łóżek aż do osiągnięcia średniej ogólnopolskiej dostępności do łóżek ZOL na 100 tys. mieszkańców (zgodnie z KPO). Zakontraktowanie dodatkowych 250 łóżek w ZOL. Powiaty, w których zwiększona zostanie baza łóżkowa: kołobrzeski, świdwiński, policki, białogardzki, sławieński, koszaliński, gryfiński, pyrzycki, stargardzki oraz m. Szczecin i m. Koszalin.	Dostępność do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych / opiekuńczo-leczniczych jest jedną z niższych w kraju . - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z niższych wskaźników w Polsce – 14 miejsce); - ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności w województwie; - mała liczba ośrodków na 100 tys. mieszkańców i nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa (są obszary na terenie województwa , gdzie brak jest potencjalnych świadczeniodawców).	Zwiększenie dostępności do świadczeń pacjentom, którzy wymagających tej formy opieki. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Odciążenie opiekunów rodzinnych niewydolnych pod względem opiekuńczym	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Koszty w ramach kontraktów NFZ: – na lata 2024-2026: 46 mln zł, – na lata 2025-2026: 16,6 mln zł (koszt zwiększenia o kolejne 100 łóżek)	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) liczba łóżek w ZOL/ZPO w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności
2.7.1.2 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej Zrealizowane	Zakontraktowanie dodatkowych co najmniej 10 miejsc w zolach dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.	Dostępność do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych / opiekuńczo-leczniczych jest jedną z niższych w kraju . - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z niższych wskaźników w Polsce – 14 miejsce); - ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności w województwie; - mała liczba ośrodków na 100 tys. mieszkańców i nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa (są obszary na terenie województwa , gdzie brak jest potencjalnych świadczeniodawców).	Zwiększenie dostępności do świadczeń pacjentom, którzy wymagających tej formy opieki. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Odciążenie opiekunów rodzinnych niewydolnych pod względem opiekuńczym	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2027	Koszty w ramach kontraktów NFZ lata 2024-2026 – 9,3 mln zł (10+ 6 łóżek).	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) liczba łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności

2.7.2.1 Rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację istniejącej bazy sprzętowo lokalowej oraz budowę nowej. W trakcie realizacji	1) Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do wymagań sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury.	Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych oraz niesamodzielnych, co pociąga za sobą nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Utrudniony dostęp do tego rodzaju opieki zniweluje odpowiednie dostosowanie istniejącej infrastruktury podmiotów leczniczych.	Zapewnienie właściwej jakości usług w nowoczesnych ośrodkach spełniających wszystkie standardy	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Konsultanci wojewódzcy 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Okolo 85mln	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego 2) Liczba nowopowstałych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego
2.7.2.2 Rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację istniejącej bazy sprzętowo lokalowej oraz budowę nowej. Nowa rekomendacja	Rozbudowa Centrum Opieki Długoterminowej w Koszalinie – etap II	Starzejące się społeczeństwo i utrzymujące się w tym zakresie trendy długookresowe wskazują na wzrost zapotrzebowania populacyjnego na leczenie chorób przewlekłych i opiekę długoterminową. Obecnie w Koszalinie wykonano I etap prac, utworzono Centrum Opieki Długoterminowej przy Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie mieszczące 47 łóżek długoterminowych. Obiekt został przygotowany konstrukcyjnie do nadbudowy dodatkowych kondygnacji w przypadku rozszerzenia działalności. Etap II przewiduje nadbudowę 2 pięter i uruchomienie kolejnych 94 łóżek.	Wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej i zmniejszenie liczby oczekujących pacjentów.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2025-2028	65 mln zł	Zdrowa Przyszłość, Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego	1) liczba nowych łóżek długoterminowych, 2) liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie do zakładów opieki długoterminowej.

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań

<p>2.8.1 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej.</p> <p>W trakcie realizacji</p> <p>Zaktualizowane</p>	<p>Zwiększanie liczby łóżek w istniejących ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej lub utworzenie nowych hospicjów stacjonarnych w województwie zachodniopomorskim.</p> <p>Zwiększenie ilości łóżek hospicyjno-paliatywnych powinno mieć w m. Świnoujściu, powiecie choszczeńskim i świdwińskim.</p>	<p>W województwie w stacjonarnej opiece paliatywno-hospicyjnej jest najniższa dostępność do świadczeń w porównaniu z innymi województwami.</p> <ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (najniższy wskaźnik, ostatnie 16 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju; w 2018 roku 16 miejsce w kraju; w 2019 roku 15 miejsce); - mała liczba ośrodków na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju, znacznie poniżej wskaźnika Polski); - nierównomierne rozłożenie ośrodków na terenie województwa; - ujemne saldo migracji na 100 tys. Ludności; - jednostki z województwa, które mają podpisane umowy na świadczenie usług w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym według rejestrów posiadają łącznie 137 łóżek. Do wykorzystania w ramach kontraktów z NFZ przeznaczyli łącznie 125 łóżek. <p>Według prognoz udział osób w Polsce w wieku 65-79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie.</p> <p>Najwięcej osób korzystających z opieki paliatywno-hospicyjnej to pacjenci w wieku 65–79 lat (47,7% pacjentów w województwie tj.: więcej niż wskaźnik Polski, który wynosi 44,2% – wg danych z 2019 roku). W drugiej kolejności są to pacjenci w wieku 80 lat i więcej (25,5 % pacjentów w województwie; 28,7 % w Polsce – wg danych z 2019 roku).</p>	<p>1) Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej</p> <p>2) Wg rekomendacji powinno być 100 łóżek na 1 mln mieszkańców, czyli ok 171 łóżek w województwie.</p> <p>W ciągu 5 lat do kontraktowanie 40 dodatkowych łóżek</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszty w ramach kontraktów NFZ: 19,6 mln zł.</p> <p>Finasowanie modernizacji infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych.</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>1) liczba łóżek hospicyjno-paliatywnych w stosunku do roku poprzedniego</p> <p>2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności</p> <p>3) liczba osobodni na 100 tys. ludności</p> <p>4) Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego</p> <p>5) Liczba nowopowstałych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego</p>
<p>2.8.2 Zwiększenie dostępności do usług w opiece paliatywno-hospicyjnej świadczonej w warunkach ambulatoryjnych</p> <p>Do realizacji</p> <p>Zaktualizowane</p>	<p>1) Zakontraktowanie dodatkowych 4 poradni medycyny paliatywnej w 4 obszarach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. choszczeński, stargardzki 2. kołobrzeski, świdwiński, białogardzki 3. szczecinecki, wałecki, drawski 4. Świnoujście, kamieński, goleniowski, gryficki, łobeski <p>Po jednej poradni w obszarze.</p>	<p>W poradni medycyny paliatywnej wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasują województwo powyżej wskaźnika Polski. Jednakże w województwie występuje problem nierównomiernego rozłożenia podmiotów świadczących usługi. Zabezpieczona jest zachodnia część województwa. Na pozostałym terenie brak jest świadczeniodawców, którzy udzielaliby porad z zakresu poradni medycyny paliatywnej.</p> <p>Zgodnie ze specyfiką świadczeń wykonywanych w ramach poradni medycyny paliatywnej świadczeniodawcy powinny być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.</p> <p>Docelowo należy dążyć do tego, aby świadczenia udzielane były w każdym powiecie województwa.</p>	<p>Docelowo świadczenia powinny być udzielane w każdym powiecie województwa.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszt w ramach kontraktów NFZ: 1 mln zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>1) liczba poradni w stosunku do roku poprzedniego</p> <p>2) liczba pacjentów objętych opieką w stosunku do roku poprzedniego</p>
<p>2.8.3 Zabezpieczenie świadczeń dla pacjentów potrzebujących usług z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p> <p>Do realizacji</p> <p>Zaktualizowane</p>	<p>1) Zakontraktowania świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej przez NFZ w drodze konkursu ofert.</p> <p>2) Utworzenie jednego ośrodka w Szczecinie zabezpieczającej świadczenia dla minimum 60 osób.</p>	<p>W województwie brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.</p>	<p>Wyłonienie świadczeniodawcy, który będzie wykonywał usługi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, co zapewni dostęp do tego typu świadczeń dla mieszkańców województwa.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Koszt w ramach kontraktów NFZ: 400 tys. zł</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p>1) liczba pacjentów objętych opieką w stosunku do roku poprzedniego</p> <p>2) liczba ośrodków udzielających świadczeń w stosunku do roku poprzedniego</p>

2.9. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.9.1 Przekształcenie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego Do realizacji Zaktualizowane	Zmniejszenie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz zespołów podstawowych.	Specjalistyczne ZRM stanowią 19% wszystkich ZRM w województwie.	Zwiększenie liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego pozwoli na zwiększenie dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	Zmniejszenie liczby specjalistycznych Zespołów Ratunkowych istnieje szansa na zwiększenie środków finansowych na rzecz utworzenia podstawowych ZRM	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Wskaźnik czasu trwania akcji ratunkowej.
2.9.2 Zmniejszenie zbyt długiego czasu dotarcia ZRM do pacjenta poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. W trakcie realizacji Zaktualizowane	Utworzenie nowych zespołów ratownictwa medycznego (np. Szczecin, Borne Sulinowo i przedłużenie funkcjonowania sezonowego ZRM w Świnoujściu na całoroczny), a także po zakończeniu budowy ekspresowej S6 i S3 uruchomienie motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego na sezon wakacyjny w rejonie Goleniowa na styku dróg ekspresowych.	W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców zespoły ratownictwa medycznego w 94% przypadków dojeżdżają do pacjentów w czasie zgodnym z ustawą. Problem powstaje przy zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 17,51% wyjazdów ma przekroczony określony ustawą czas.	Zwiększenie liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w celu poprawy dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zwiększenie o 3 ZRM (Szczecin, Świnoujście, Borne Sulinowo).	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	4 mln zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Wskaźnik czasu trwania akcji ratunkowej.
2.9.3 Zapewnienie właściwego funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W trakcie realizacji Zaktualizowane	Podjęcie działań umożliwiających funkcjonowanie lotniczego ZRM w rejonie koszalińskim przez cały rok.	Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w województwie interweniowały 204 razy. Największa liczba interwencji lotniczych ZRM na terenie województwa w porównaniu do innych województw.	Zwiększenie dostępności do LPR - świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach pozaszpitalnych na terenie województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	2 mln zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Liczba interwencji LPR w stosunku do roku bazowego

2.9.4 Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń medycznych udzielanych w SOR w poszczególnych powiatach. Do realizacji	W województwie należy rozważyć uruchomienie nowych SOR tam, gdzie czas dotarcia ZRM jest najdłuższy.	5 z 10 SOR zlokalizowane są w mieście wojewódzkim Szczecin (4) i byłym mieście wojewódzkim Koszalin (1). Świadczenia w SOR udzielane były pacjentom z tego samego powiatu 68%. Średnio co trzeci pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem.	Zwiększenie liczby SOR na terenie województwa przyczyni się do dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych na terenie województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	50 mln zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - liczba przyjętych pacjentów na SOR w województwie
2.9.5 Poprawa dostępności do świadczeń udzielanych w ramach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR). Anulowane	Należy dążyć do wprowadzenia mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR.	W Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR) przyjęto 376 970 pacjentów, których największą liczbę stanowiły osoby z jednostką chorobową „inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego”.	Zwiększenie dostępności do SOR - zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	50 mln zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - liczba SOR w stosunku do liczby IP na terenie województwa

2.10. Kadry

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.10.1.1 Zwiększenie dostępności do personelu medycznego dla wszystkich mieszkańców województwa W trakcie realizacji	Z uwagi na położenie geograficzne województwa wprowadzenie mechanizmów, które zachęcą kadrę medyczną do podejmowania pracy na terenie województwa i ograniczą ich zarobkową emigrację, np. kampanie promujące podmioty lecznicze (informujące o renomie podmiotu, tj. nowoczesnym wyposażeniu, informatyzacji podmiotu i wysokokwalifikowanej kadrze medycznej), zachęcanie podmiotów leczniczych przez konsultantów wojewódzkich do tworzenia miejsc specjalizacyjnych, promowanie podejmowania pracy w zawodach medycznych przez konsultantów wojewódzkich i samorządy zawodowe	W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2019 r. województwie było: - o 7 lekarzy mniej, - o 13 lekarzy dentyistów więcej, - o 65 pielęgniarek mniej (trzecia od końca lokata w kraju), - o 7 położnych mniej (piąta od końca lokata w kraju), - o 8 fizjoterapeutów więcej (szósta lokata w kraju) niż średnio w całym kraju. Dostęp do personelu medycznego w województwie jest gorszy niż średnio w Polsce w przypadku: lekarzy, pielęgniarek i położnych. Dostęp do personelu medycznego w województwie jest lepszy niż średnio w Polsce w przypadku: lekarzy dentyistów i fizjoterapeutów.	Zapewnienie odpowiedniej liczby kadry medycznej, która zaspokoi potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa	1) PUM 2) Konsultanci wojewódzcy 3) Jednostki samorządu terytorialnego 4) samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne	2022-2026	Działanie bezkosztowe	Mapy potrzeb zdrowotnych Krajowy Plan Odbudowy	Liczba personelu medycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

2.10.1.2 Zwiększenie dostępności do personelu medycznego dla wszystkich mieszkańców województwa W trakcie realizacji	Opracowanie programów wsparcia dla absolwentów kierunków medycznych, ułatwiających im podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie, poprzez m.in.: fundowanie nagród specjalnych dla najlepszych absolwentów, wsparcie socjalne, pomoc prawna, kursy i szkolenia doszkalające oraz dostęp do wirtualnej biblioteki.	Szybko postępujące starzenie się mieszkańców ma również wpływ na strukturę wieku kadry medycznej w województwie. Na tle innych województw niemal we wszystkich zawodach (poza lekarzami dentydami) pracuje najwięcej personelu w wieku emerytalnym.	Zwiększenie liczby młodego personelu medycznego.	1) PUM 2) Konsultanci wojewódzcy 3) Jednostki samorządu terytorialnego 4) samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne	2022-2026	Koszty uzależnione od liczby absolwentów w danym roku Około 1,2 mln zł rocznie na wsparcie dla kadry medycznej, w tym absolwentów	Mapy potrzeb zdrowotnych Krajowy Plan Odbudowy	Liczba personelu medycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
2.10.1.3 Zwiększenie dostępności do personelu medycznego dla wszystkich mieszkańców województwa W trakcie realizacji	Stworzenie większej liczby miejsc szkoleniowych (w ramach posiadanych zasobów) w dziedzinach medycyny, w których w przyszłości powstaną znaczne luki kadrowe spowodowane brakiem wymienialności pokoleniowej oraz w tych dziedzinach, w których liczba specjalistów odbiega od zarekomendowanej przez konsultantów krajowych.	W ostatnich latach wystąpiła tendencja spadkowa wchodzenia na rynek nowych specjalistów, co biorąc pod uwagę dużą liczbę lekarzy w wieku emerytalnym może spowodować brak zabezpieczenia mieszkańców województwa w specjalistyczną kadrę medyczną. Biorąc pod uwagę rekomendacje konsultantów krajowych oraz wymienialność pokoleniową najwięcej miejsc specjalizacyjnych w województwie powinno powstać w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (991 miejsc), medycyna rodzinna (270 miejsc), psychiatria (170 miejsc), medycyna pracy (148 miejsc) i geriatrya (123 miejsca).	Zapewnienie odpowiedniej liczby kadry medycznej, która zaspokoi potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa	1) PUM 2) Konsultanci wojewódzcy 3) Jednostki samorządu terytorialnego 4) samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne	2022-2026	Bezkosztowo	Mapy potrzeb zdrowotnych Krajowy Plan Odbudowy	Wskaźnik zastępowalności pokoleń

2.11. Sprzęt medyczny

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.11.1.1 Optymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej W trakcie realizacji	Działanie 2: Odniesienie do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	Według danych za 2019 r. prognoza zapotrzebowania na inwestycje w nowy sprzęt wskazuje, że w województwie zachodniopomorskim za 3 lata tylko aparat PET nie będzie musiał być wymieniony. Najniższe odsetki sprzętów, które będą w grupie sprzętów starych będą miały angiografy, rezonanse i tomografy, natomiast wszystkie ECMO osiągną status do wymiany. Zdecydowanie gorzej przedstawia się sytuacja w 2025 roku, kiedy wszystkie rodzaje sprzętów będą miały więcej niż połowę sprzętów starych i aż 5 z nich (aparat do brachyterapii, ECMO gammakamera, mammograf i PET) osiągnie 100% zapotrzebowania na wymianę. Do 2021 r. część sprzętów została już wymieniona.	Zapewnienie utrzymania odpowiedniej struktury wiekowej sprzętu medycznego w województwie	podmioty tworzące podmioty lecznicze	2022-2026	Okolo 230 mln zł	Mapy potrzeb Zdrowotnych	wskaźnik sprzętu z wysokim priorytetem do wymiany w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

2.11.1.2 Optymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej	1) Zapewnienie właściwego dostępu do sprzętu i aparatury medycznej dla mieszkańców tych powiatów, w których dostęp jest utrudniony, poprzez zakup nowego lub alokację istniejącego sprzętu. 2) Zakup sprzętu i aparatury niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym wymiana sprzętu wyeksploatowanego	Województwo zachodniopomorskie, podobnie jak cała Polska, jest bardzo zróżnicowane pod względem dostępu do poszczególnych sprzętów diagnostycznych i radiologicznych. Dla akceleratorów, ECMO, aparatów do brachyterapii, RTG i USG w 2022 roku gęstość sprzętów była na zbliżonym poziomie do benchmarku. Niższą gęstość w odniesieniu do normy miały: angiografy, gammakamery, mammografy i rezonanse. Podobnie jak we wszystkich województwach najmocniej od benchmarku odchyłała się gęstość PET. Jako jedyne województwo w skali całego kraju miało mniejszą liczbę tomografów niż założona wartość minimalna. Rozwój medycyny i postęp technologiczny wymusza na realizatorach stosowanie coraz bardziej zaawansowanych urządzeń, jak roboty medyczne i sztuczna inteligencja.	Zniwelowanie nierówności w dostępie mieszkańców województwa do sprzętu medycznego	podmioty tworzące podmioty lecznicze	2022-2026	Około 250 mln	Mapy potrzeb Zdrowotnych	Gęstość rozmieszczenia sprzętu i aparatury medycznej.
Nowa rekomendacja	Działania dotyczą aktualnie realizowanych świadczeń gwarantowanych. Koszt jednostkowy sprzętu nie będzie przekraczał 2 mln zł.							

2.12. Leczenie uzdrowiskowe

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.12.1.1 Zlikwidowanie braków kadrowych wśród personelu, który sprawuje opiekę medyczną w ramach leczenia uzdrowiskowego	Stworzenie w województwie co najmniej dwóch jednostek kształcących kadrę medyczną na potrzeby uzdrowisk w gminach uzdrowiskowych, tj. Darłowo, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Połczyn-Zdrój i Świnoujście.	Obecnie nie ma lekarzy specjalizujących się w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej i brak jest również miejsc specjalizacyjnych, natomiast do 2024 roku 10 lekarzy mających tę specjalizację osiągnie wiek emerytalny. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia na jesienne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie (1-31 października 2020 r.) przyznane zostały tylko 2 miejsca rezydencie w skali całej Polski.	Wypełnienie braków kadrowych wśród lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami.	1) podmioty lecznicze 2) Naczelny Lekarz Uzdrowisk	2022-2026	Finansowanie uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapy potrzeb Zdrowotnych	Liczba lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami na 100 tys. mieszkańców.
Do realizacji								
2.12.1.2 Zlikwidowanie braków kadrowych wśród personelu, który sprawuje opiekę medyczną w ramach leczenia uzdrowiskowego	Utworzenie ośrodka prowadzącego szkolenie dla lekarzy chcących uzyskać certyfikat z balneologii uprawniający do pracy w jednostkach leczących kuracjuszy skierowanych przez NFZ.	Województwo zachodniopomorskie jest jednym z dwóch województw, które posiadając uzdrowiska, nie dysponują miejscami akredytacyjnymi do szkolenia lekarzy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Zapewnienie luki kadrowej może być również możliwe poprzez utworzenie ośrodka prowadzącego kursy dla lekarzy chcących uzyskać certyfikat w tej dziedzinie. Lekarz specjalista po odbytych kursach w zakresie podstaw balneologii mógłby być lekarzem prowadzącym leczenie uzdrowiskowe.	Wypełnienie braków kadrowych wśród lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami.	1) podmioty lecznicze 2) Naczelny Lekarz Uzdrowisk	2022-2026	Finansowanie uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapy potrzeb Zdrowotnych	Liczba lekarzy mających uprawnienia do pracy w jednostkach leczących kuracjuszy skierowanych przez NFZ na 100 tys. mieszkańców.
Nowa rekomendacja								

2.13. Pozostałe

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.13.1 Zwiększenie dostępności do szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia Nowa rekomendacja	Utworzenie Centrów Zdrowia 75+ na terenie województwa zachodniopomorskiego w związku z realizacją Planu z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej.	Populacja seniorów powiększa się istotnie, co spowodowane jest wydłużeniem przeciętnej długości życia w ostatnich dziesięcioleciach. Wydłużeniu życia nie towarzyszy niestety zdrowe starzenie się. Polscy seniorzy oceniają swoje samopoczucie gorzej niż mieszkańcy innych krajów unijnych w tym samym wieku. Zaspokojenie potrzeb osób w podeszłym wieku wymaga stworzenia odpowiedniej infrastruktury i usług oraz wykształcenia wykwalifikowanej kadry medycznej i opiekuńczej.	1) Zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych do korzystania ze szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej. 2) Planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami Centrum Zdrowia 75+. 3) Zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom centrum. 4) Zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych.	starostowie, Wojewoda Zachodniopomorski,	2024-2026	Koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych	Wojewódzki plan działania szczególnej opieki geriatrycznej - w związku z zapisami ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej	1) Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców województwa, którzy ukończyli 60. rok życia 2) Liczba mieszkańców województwa, którzy ukończyli 75. rok życia