



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 31 grudnia 2021 r.

Poz. 12691

OBWIESZCZENIE

WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

z dnia 31 grudnia 2021 r.

w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego

Na podstawie art. 95c ust. 1 i 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) oraz art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2021 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1292) ogłasza się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa mazowieckiego na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r., zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego obwieszczenia.

§ 2. Obwieszczenie podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Wojewoda Mazowiecki:
Konstanty Radziwiłł

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270.

WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

na lata 2022-2026

Warszawa

2021

Spis treści

Spis treści.....	2
Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie	5
1.1. Podstawowa opieka zdrowotna	5
2.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6
2.2. Opieka szpitalna.....	7
2.3. Opieka psychiatryczna	11
2.4. Rehabilitacja (REH)	11
2.5. Opieka Długoterminowa.....	13
2.6. Hospicja (stacjonarne, domowe) – opieka paliatywna	15
2.7. Państwowe Ratownictwo Medyczne	16
2.8. Kadry.....	17
2.8.1. Lekarze.....	17
2.8.2. Ratownicy medyczni.....	18
2.8.3. Pielęgniarki	19
2.8.4. Położne	21
2.8.5. Diagnosty laboratoryjni	21
2.8.6. Fizjoterapeuci	22
2.8.7. Psycholodzy	23
2.8.8. Personel techniczny.....	23
2.9. Sprzęt.....	24
2.10. Infrastruktura budowlana	25
3. Główne obszary działań	27
3.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka.....	27
3.2. Podstawowa opieka zdrowotna	31
3.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	33
3.4. Leczenie szpitalne	37
3.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	39
3.6. Rehabilitacja medyczna	43

3.7.	Opieka długoterminowa	50
3.8.	Opieka paliatywna i hospicyjna	52
3.9.	Państwowe Ratownictwo Medyczne	54
3.10.	Kadry	58
3.11.	Sprzęt medyczny	61
4.	Monitorowanie planu transformacji.....	64
5.	Aktualizacja planu transformacji.....	64

Wykaz skrótów

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

DALY – ang. *disability adjusted life-years*, lata życia skorygowane niesprawnością – wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa

IP – Izba Przyjęć

JST – Jednostka Samorządu Terytorialnego

KPT – Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026

KPO – Krajowy Plan Odbudowy

MPZ – Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026

MUW – Mazowiecki Urząd Wojewódzki

MKO – Mazowieckie Kuratorium Oświaty

MOW NFZ – Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

NGO – Organizacje pozarządowe

NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022

NPZ – Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030

NiŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

OIPiP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PWP na rzecz PIP – Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce

RPWDL – Podmioty Wykonujące Działalność Leczącą

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

UM – Uczelnia Medyczna

WPT – Wojewódzki Plan Transformacji

WPDzSPRM - Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

WSSE – Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

ZOL – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

ZPO – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

ZP RSRZOZ – Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.

ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego

1. Wprowadzenie

Celem Wojewódzkiego Planu Transformacji jest wzmocnienie zasobów w zakresie infrastruktury i sprzętu oraz procesów ochrony zdrowia, uwzględniających potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa mazowieckiego oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia na poziomie wojewódzkim.

Cel ten zostanie osiągnięty poprzez określenie działań wymagających koordynacji na poziomie wojewódzkim wraz z harmonogramem wskazującym okres ich realizacji, a także wskazaniem podmiotów odpowiedzialnych za ich wdrożenie, szacowanych kosztów działań, oczekiwanych rezultatów wynikających z ich realizacji, wskaźników realizacji poszczególnych działań, w tym określających zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.

Wojewódzki Plan Transformacji o którym mowa w art. 95c ust. 1 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 poz. 1285 z późn. zm.), Wojewoda ustala dla obszaru województwa, na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r., uwzględnia on KPT i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz rekomendacje wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

1.1. Podstawowa opieka zdrowotna

W 2019 roku Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ zawarł umowy z 838 podmiotami na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w nw. zakresach świadczeń:

- ✓ **świadczenia lekarza POZ** - 683 podmioty, 1 117 miejsc udzielania świadczeń; 4 905 lekarzy wskazanych do realizacji świadczeń;
- ✓ **świadczenia pielęgniarki POZ** - 687 podmiotów, 1 073 miejsc udzielania świadczeń; 3 518 pielęgniarek wskazanych do realizacji świadczeń;
- ✓ **świadczenia położnej POZ** - 606 podmiotów, 812 miejsc udzielania świadczeń, 896 położnych wskazanych do realizacji świadczeń;
- ✓ **świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej** - 370 podmiotów, 2 274 szkół objętych opieką pielęgniarki szkolnej, świadczenia udzielane były przez 1 316 pielęgniarek, 20 higienistek szkolnych i 3 położne, posiadające odpowiednie kursy;
- ✓ **transport sanitarny w POZ** – 118 podmiotów, 126 miejsc udzielania świadczeń;
- ✓ **świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** - 73 podmioty, 69 obszarów zabezpieczenia, 80 miejsc udzielania świadczeń

Liczba podmiotów POZ w poszczególnych powiatach:

białobrzegi - 9, ciechanowski - 16, garwoliński - 22, gostyniński - 7, grodziski - 25, grójecki - 19, kozienicki - 13, legionowski - 22, lipski - 10, łosicki - 9, makowski - 18, miński - 19, mławski - 16, nowodworski - 13, ostrołęcki - 26, ostrowski - 19, otwocki - 16, piaseczyński - 25, plocki - 24, płoński - 15, pruszkowski - 27, przasnyski - 12, przysuski - 14, pułtuski - 9, radomski - 25, siedlecki - 15, sierpecki - 13, sochaczewski - 20, sokołowski - 8, szydłowiecki - 6, warszawski zachodni - 16, węgrowski - 11, wołomiński - 37, wyszkowski - 22, zwoleński - 6, żuromiński - 9, żyrardowski - 18, Ostrołęka - 22, Płock - 24, Radom - 60, Siedlce - 13, Warszawa - 150

2.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na terenie Mazowsza w 2019 roku ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne realizowało - 520 świadczeniodawców.

Informacja o średnim czasie oczekiwania do wybranych poradni/pracowni specjalistycznych

Zakres świadczeń (zgodnie z rekomendacjami do planu transformacji)	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb pilny)	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb stabilny)
położnictwo i ginekologia	2,45	29,30
chirurgia onkologiczna	5,8	22,40
onkologia	5,70	25,20
badania rezonansu magnetycznego	54,90	112
badania tomografii komputerowej	17,60	38
badanie endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia	22	61,40
badanie endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	43	121,20

Liczba zgłoszonego do realizacji zawartych umów personelu medycznego:

- Lekarze - 8933,
- Pielęgniarki - 2965,

- Położne – 630.

W 2019 rok ze świadczeń w poradniach i pracowniach specjalistycznych skorzystało 2 373 211 osób.

Najwięcej pacjentów skorzystało z:

- poradni okulistycznej - 457 857,
- poradni położniczo-ginekologicznej – 422 344,
- poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej – 381 384,
- poradni kardiologicznej – 328 241,
- poradni otorynolaryngologicznej – 293 154.

2.2. Opieka szpitalna

W rodzaju świadczeń leczenie szpitalne – oddziały szpitalne w 2019 roku w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umowy realizowało – 111 świadczeniodawców.

Średni czas oczekiwania w 2019 roku, w wybranych zakresach świadczeń przedstawiają poniższe tabele:

- Oddziały szpitalne/ świadczenia z najkrótszym czasem oczekiwania dla kategorii stabilnej
- Oddziały szpitalne/ świadczenia z najdłuższym czasem oczekiwania dla kategorii stabilnej

Oddziały i świadczenia z najkrótszym czasem oczekiwania dla kategorii stabilnej		
Oddział/Świadczenie	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb pilny)	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb stabilny)
ODDZIAŁ ALERGOLOGICZNY DLA DZIECI	0	1
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY	1	14
ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY DLA DZIECI	0	6
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	7	5
ODDZIAŁ GRUŻLICY I CHOROÓB PŁUC	0	15
ODDZIAŁ GRUŻLICY I CHOROÓB PŁUC DLA DZIECI	0	0
ODDZIAŁ HEMATOLOGICZNY	4	7
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY DLA DZIECI	0	0
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY	1	11
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	5	22
ODDZIAŁ ONKOLOGICZNY	5	6
ODDZIAŁ ONKOLOGICZNY DLA DZIECI	2	4
ODDZIAŁ ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ	0	0
ODDZIAŁ TOKSYKOLOGICZNY	0	0
ODDZIAŁ TRANSPLANTACJI SZPIKU	0	0
ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY DLA DZIECI	0	0
KORONAROGRAFIA	13	42
OPERACJE PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ	6	43
USUNIĘCIE ZWĘŻENIA TĘTNICY WIĘNCOWEJ (ANGIOPLASTYKA)	3	22
WSZCZEPIENIE ALBO WYMIANA ROZRUSZNIKA DWUJAMOWY	18	30
WSZCZEPIENIE ALBO WYMIANA ROZRUSZNIKA JEDNOJAMOWY	3	14
ZABIEGI W ZAKRESIE CIAŁA SZKLISTEGO (WITREKTOMIA)	14	41

Oddziały i świadczenia z najdłuższym czasem oczekiwania dla kategorii stabilnej		
Oddział/Świadczenie	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb pilny)	Średni czas oczekiwania w dniach (tryb stabilny)
ODDZIAŁ AUDIOLOGICZNO-FONIATRYCZNY	106	251
ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ	11	123
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	43	128
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ DLA DZIECI	29	140
ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH	4	85
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY	54	144
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGICZNY DLA DZIECI	0	129
ODDZIAŁ IMMUNOLOGII KLINICZNEJ	4	155
ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY DLA DZIECI	18	120
ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY DLA DZIECI	21	108
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY	72	82
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY	25	135
ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY DLA DZIECI	91	245
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY	50	188
ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY DLA DZIECI	108	288
ODDZIAŁ UROLOGICZNY DLA DZIECI	13	126
ODDZIAŁ WIELOPROFILOWY ZABIEGOWY	46	200
ARTROSKOPIA LECZNICZA STAWU KOLANOWEGO	36	122
ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA WIĘZADEŁ KRZYŻOWYCH	24	97
ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO	86	322
ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO	86	337
OPERACJE JASKRY Z ZAĆMĄ	12	102
WSZCZEPIENIE PROTEZY ŚLIMAKA LUB WSZCZEPIENIE WIELO	0	235
WYMIANA PROCESORA MOWY IMPLANTÓW ŚLIMAKOWYCH	0	481
ZABIEGI W ZAKRESIE SOCZEWKI (ZAĆMA)	90	439

Dane dotyczące potencjału w umowach realizujących leczenie szpitalne przedstawia poniższa tabela.

Kwartał 2019 r.	Liczba podmiotów	Obłożenie łóżek (kwartalnie)	Średni czas pobytu
Pierwszy	118	85,3%	4,90
Drugi	118	81,0%	4,90
Trzeci	118	79,0%	4,90
Czwarty	118	80,4%	5,00

Liczba zgłoszonego do realizacji zawartych umów personelu medycznego w rodzaju LSZ.

Zawód	Liczba
położna	2 625
diagnosta laboratoryjny	20
felczer	1
fizjoterapeuta	563
lekarz	12 614
lekarz dentysta	87
farmaceuta	77
pielęgniarka	18 746
inni	2 107

Łącznie w ramach świadczeń realizowanych w rodzaju leczenie szpitalne odbyło się 1 493 375 hospitalizacji, w tym 43% stanowili mężczyźni a 57% kobiety. Łączna liczba osobodni wyniosła 5 997 240, średni czas hospitalizacji to 4 dni.

Najliczniejszą grupę hospitalizowanych pacjentów stanowiły osoby powyżej 75 roku życia - 15,3%, osoby w wieku 65 – 69 - 8,8%, osoby poniżej 1 roku życia -8,6%, najmniejszą grupę stanowiły osoby w grupie wiekowej od 21 do 24 lat – 2,5%.

Lp.	Grupy wiekowe	Liczba					
		osób	hospitalizacji			osobodni	Średni czas hospitalizacji
			ogółem	mężczyźni	kobiety		
Ogółem		792 530	1 493 375	643 946	849 429	5 997 240	4
1	poniżej roku	67 932	76 808	40 599	36 209	394 659	5
2	1-4	39 217	60 304	33 871	26 433	226 386	4
3	5-9	27 768	42 905	24 264	18 641	119 828	3
4	10-14	21 521	35 611	19 387	16 224	108 085	3
5	15-19	20 114	33 197	16 140	17 057	109 798	3
6	20-24	19 486	29 399	9 936	19 463	107 659	4
7	25-29	38 507	55 058	13 304	41 754	201 180	4
8	30-34	48 967	71 199	17 676	53 523	258 388	4
9	35-39	45 196	70 636	22 117	48 519	245 174	3
10	40-44	38 744	68 165	25 614	42 551	218 072	3
11	45-49	35 810	69 765	26 955	42 810	222 125	3
12	50-54	35 400	73 786	30 181	43 605	251 469	3
13	55-59	42 460	96 515	43 101	53 414	357 261	4
14	60-64	60 431	147 864	70 823	77 041	583 179	4
15	65-69	69 619	174 513	83 308	91 205	699 582	4

Lp.	Grupy wiekowe	Liczba					Średni czas hospitalizacji
		osób	hospitalizacji			osobodni	
			ogółem	mężczyźni	kobiety		
16	70-74	60 277	146 113	67 884	78 229	598 635	4
17	75+	121 081	241 537	98 786	142 751	1 295 760	5

2.3. Opieka psychiatryczna

W ramach opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień świadczenia w 2019 r. udzielane były przez 179 podmiotów.

W ramach opieki stacjonarnej średnie obłożenie łóżek wyniosło 97,4%, natomiast średni czas pobytu 30,14 dni.

W ramach umów zawartych przez MOW NFZ z podmiotami na realizację ww. świadczeń zatrudnionych było:

- Psychiatrów - 849,
- Psychologów - 1 065,
- Psychoterapeutów - 865.

Średni czas oczekiwania na świadczenia kształtował się następująco.

Rodzaj komórki	Średni czas oczekiwania
oddziały dzienne i zespoły leczenie środowiskowego	26
oddziały stacjonarne	10
poradnie	40
zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	209

2.4. Rehabilitacja (REH)

W 2019 roku, na terenie Mazowsza umowy w ww. rodzaju świadczeń, w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię ambulatoryjną.
- 2) domowych, które obejmują fizjoterapie domową,
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują:
- a) ogólnoustrojową ,
 - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
 - d) osób z dysfunkcją narządu słuchu,
 - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową.
- 4) stacjonarnych, które obejmują:
- a) ogólnoustrojową,
 - b) neurologiczną,
 - c) pulmonologiczną,
 - d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową.

realizowało – 313 świadczeniodawców.

Liczbę podmiotów i średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji leczniczej w poszczególnych zakresach przedstawia tabela poniżej.

Zakres świadczeń	Liczba podmiotów w	Średni czas oczekiwania (tryb pilny)	Średni czas oczekiwania (tryb stabilny)
lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	172	28,60	72,10
fizjoterapia ambulatoryjna	235	71,10	147,30
fizjoterapia domowa	54	27,60	43,60
rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	43	27,20	65,10
rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	119	58,90	138,30
rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	11		
rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	4		

Zakres świadczeń	Liczba podmiotów	Średni czas oczekiwania (tryb pilny)	Średni czas oczekiwania (tryb stabilny)
rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym	10	46	38
rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	37	74,70	470,40
rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	2	0,5	124
rehabilitacja neurologiczna	30	14,80	293,80
rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	12	3,40	11,90

Średnie obłożenie łóżek w kwartale 2019 roku wyniosło 73,8%, natomiast średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale rehabilitacyjnym wyniosła 25 dni.

Liczba zgłoszonego do realizacji zawartych umów personelu medycznego:

- Lekarze – 2029,
- Fizjoterapeuci – 7208,
- Pozostały personel w tym (pielęgniarki, technicy masażyści, logopedzi, psychologzy, terapeuci zajęciowi, pedagodzy) – 3161.

Najczęściej zgłaszane do MOW NFZ braki kadrowe dotyczą lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej.

W roku 2019 ze świadczeń rehabilitacyjnych skorzystało 785 776 osób, w tym pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności 21 395 osób.

2.5. Opieka Długoterminowa

W ramach opieki długoterminowej na terenie Mazowsza świadczenia zabezpieczono w ramach opieki pielęgniarskiej domowej oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych/ opiekuńczo leczniczych.

Rodzaj opieki	liczba osób	średnia długość pobytu w	średnie kwartalne	liczba podmiotów
---------------	-------------	--------------------------	-------------------	------------------

		dniach w 2019 r.	wykorzystanie łóżek*	na 31.12.2019
Opieka domowa				
Zespoły wentylacji domowej	747	274	n/d	8
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	6 646	261	n/d	131
Opieka stacjonarna				
Zakłady pielęgnacyjno- opiekuńcze/ opiekuńczo- lecnicze	6 066	211	100%	47

* Na podstawie liczby łóżek zakontraktowanych na rok 20219

W ramach zawartych umów z MOW NFZ świadczeń udzielało:

Opieka domowa:

- Lekarze – 119,
- Pielęgniarki – 1 493,
- Fizjoterapeuci – 175.

Opieka stacjonarna:

- Lekarze – 360,
- Pielęgniarki – 1 034,
- Fizjoterapeuci – 349

Średni czas oczekiwania przedstawia tabela poniżej.

Komórka	Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych*
PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA	6,3
ZAKŁAD/ODDZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY	134,2
ZAKŁAD/ODDZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY DLA DZIECI	4,5
ZAKŁAD/ODDZIAŁ PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY	38,25
ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ	0
ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA DZIECI	0

* Dane za luty 2020 r.

2.6. Hospicja (stacjonarne, domowe) – opieka paliatywna

W ramach świadczeń realizowanych w opiece paliatywnej i hospicyjnej świadczenia realizowane było poprzez poradnie medycyny paliatywnej, opiekę paliatywną (hospicja stacjonarne i domowe). Szczegółowe informacje na temat liczby pacjentów, średniej długości pobytu, obłożeniu i liczbie podmiotów zawiera tabela poniżej.

wyszczególnienie	liczba osób	średnia długość pobytu w dniach w 2019 r.	średnie kwartalne wykorzystanie łóżek	liczba podmiotów na 31.12.2019
Opieka ambulatoryjna				
Poradnie medycyny paliatywnej	473	n/d	n/d	12
Perinatalna opieka paliatywna	216	n/d	n/d	1
Opieka domowa				
Hospicja domowe	8 530	99	n/d	60
Opieka stacjonarna				
Hospicja stacjonarne	3 852	30	100%	19

Kadra realizująca świadczenia w roku 2019 na terenie Mazowsza składała się z:

Opieka ambulatoryjna:

- Lekarze – 41,
- Pielęgniarki – 31.

Opieka domowa:

- Lekarze – 235,
- Pielęgniarki – 384,
- Fizjoterapeuci – 156.

Opieka stacjonarna:

- Lekarze – 87,
- Pielęgniarki – 273,
- Fizjoterapeuci – 31.

Średni czas oczekiwania przedstawia tabela poniżej.

Komórka	Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych*
HOSPICJUM DOMOWE DLA DZIECI/ZESPÓŁ DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ DLA DZIECI	0
HOSPICJUM DOMOWE/ZESPÓŁ DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ	4,2
HOSPICJUM STACJONARNE/STACJONARNY OŚRODEK OPIEKI PALIATYWNEJ	6,3

* Dane za luty 2020 r.

2.7. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Stale zmieniająca się sytuacja demograficzno-społeczna zobowiązuje cały system ochrony zdrowia – w szczególności System Państwowe Ratownictwo Medyczne dalej: PRM – do uważnego i adekwatnego dostosowywania sił i środków względem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne ludności. Charakter i kierunek zmian wskazuje na zwiększone potrzeby względem świadczeń udzielanych przez jednostki Systemu PRM, zwłaszcza przez zespoły ratownictwa medycznego dalej: ZRM. W związku z powyższym, istotną kwestią jest dostosowywanie liczby i rodzaju ZRM, weryfikacja obciążenia pracą poszczególnych ZRM, właściwa alokacja zespołów oraz racjonalne przekształcanie ZRM typu specjalistycznego na ZRM typu podstawowego. Wyżej wymienione działania mają istotny wpływ na dostępność zespołów, zatem - na czas niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej pacjentom przez personel medyczny ZRM. Zaznaczyć jednak należy, że problemy kadrowe w ZRM w szczególności w kontekście lekarzy Systemu, ograniczają możliwość zwiększenia, a nawet utrzymania obecnej liczby załóg ambulansów typu specjalistycznego. Braki w obsadzie lekarzy w jednostkach przedszpitalnych mają ogólnokrajowy charakter, toteż pod uwagę należałoby wziąć wymagania dotyczące kwalifikacji lekarzy Systemu PRM określone prawem. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż rozwój zawodu ratownika medycznego sprawia, że na obecną chwilę stanowi on filar działania Systemu. W kontekście działania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania tych świadczeń, za zasadne należy przyjąć utrzymanie tzw. harmonogramów. Systematyzują one pracę poszczególnych oddziałów szpitalnych, istotnie wpływają także na odnotowywane odmowy przyjęć pacjentów przewożonych przez ZRM.

Dla zapewnienia ciągłej, kompleksowej pomocy medycznej równie istotnym czynnikiem są bezsprzecznie nowoczesne ambulanse wraz z niezbędnym wyposażeniem. Personel medyczny w pełni polega na pojeździe oraz sprzęcie, który musi być bezpieczny, sprawny, niezawodny, bowiem wykorzystywany jest do celów ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Możliwość udzielenia świadczeń zdrowotnych w najcięższych stanach bezpośredniego zagrożenia życia wymaga szybkiego dojazdu ZRM do pacjenta. Wyposażenie ambulansu w

odpowiedni sprzęt (w tym do kompresji klatki piersiowej) ma ułatwiać działania personelowi medycznemu, w szczególności w warunkach, gdzie czynnik czasu odgrywa kluczową rolę dla dalszego przeżycia i rekonwalescencji chorego.

Analiza sytuacji i problemów poszczególnych obszarów województwa mazowieckiego, analiza potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w kontekście liczby i rodzaju ZRM, analiza możliwości udzielania i właściwego otrzymywania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez jednostki organizacyjne szpitali, wszystkie wyżej opisane działania mają na celu zapewnienie wysokiego poziomu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa w kontekście otrzymywania pomocy medycznej, w szczególności w stanach nagłego i bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego.

2.8. Kadry

Odpowiednia liczbowo i jakościowo kadra medyczna jest podstawowym warunkiem skutecznej realizacji działań województwa w obszarze zdrowia, na wszystkich jego poziomach - od profilaktyki, wczesnego wykrywania, po diagnostykę i leczenie chorób. Profil i natężenie procesu kształcenia kadr medycznych powinien być ściśle związany z zapotrzebowaniem na kadry konkretnej specjalności, wynikającej z trendów epidemiologicznych i demograficznych występujących w województwie mazowieckim.

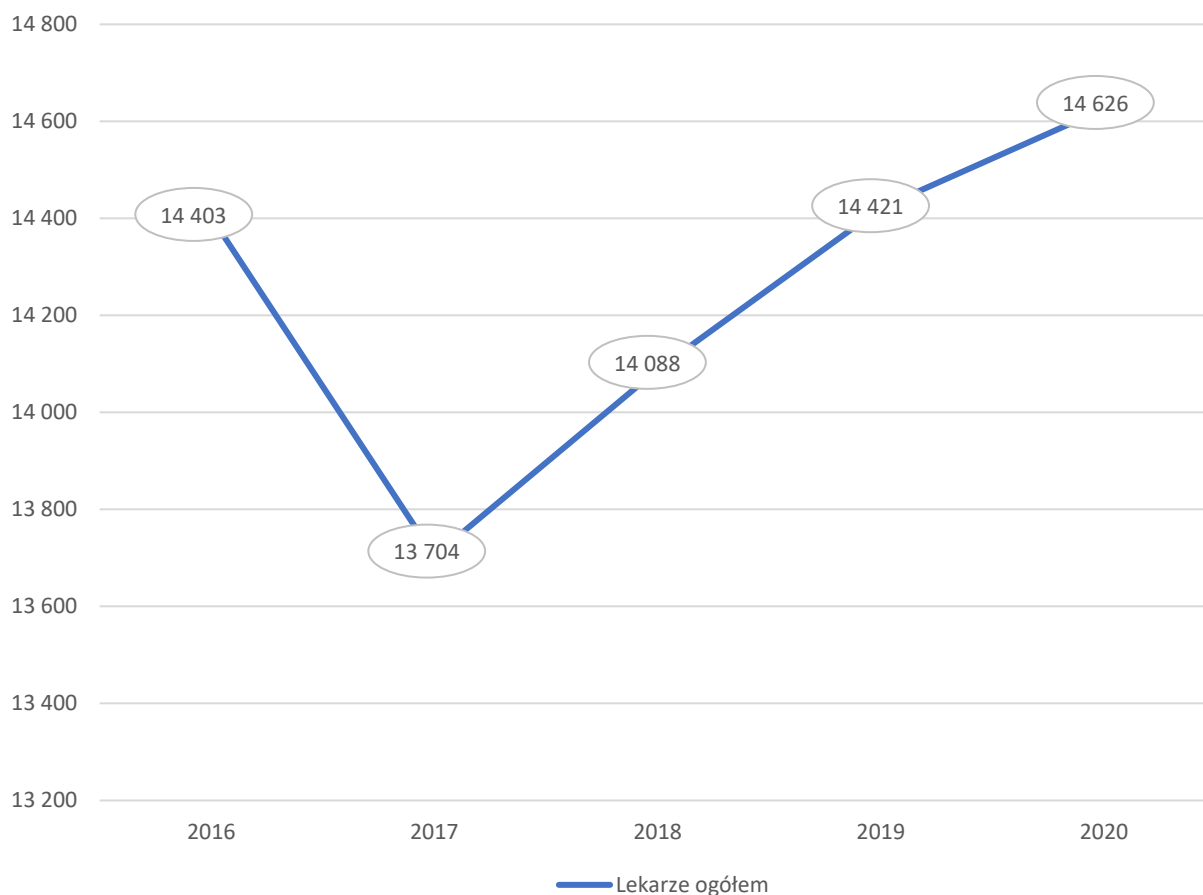
Tymczasem jednym z głównych wyzwań, przed którym stoi obecnie system ochrony zdrowia w województwie mazowieckim, jest ogólna niska liczba kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysponowanie względem rzeczywistego zapotrzebowania.

Na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się ich nierównomierne rozmieszczenie terytorialne. Liczba lekarzy jest zróżnicowana między powiatami.

Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów jest odsetek specjalistów.

2.8.1. Lekarze

Wykres 1. Liczba lekarzy w latach 2016 – 2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

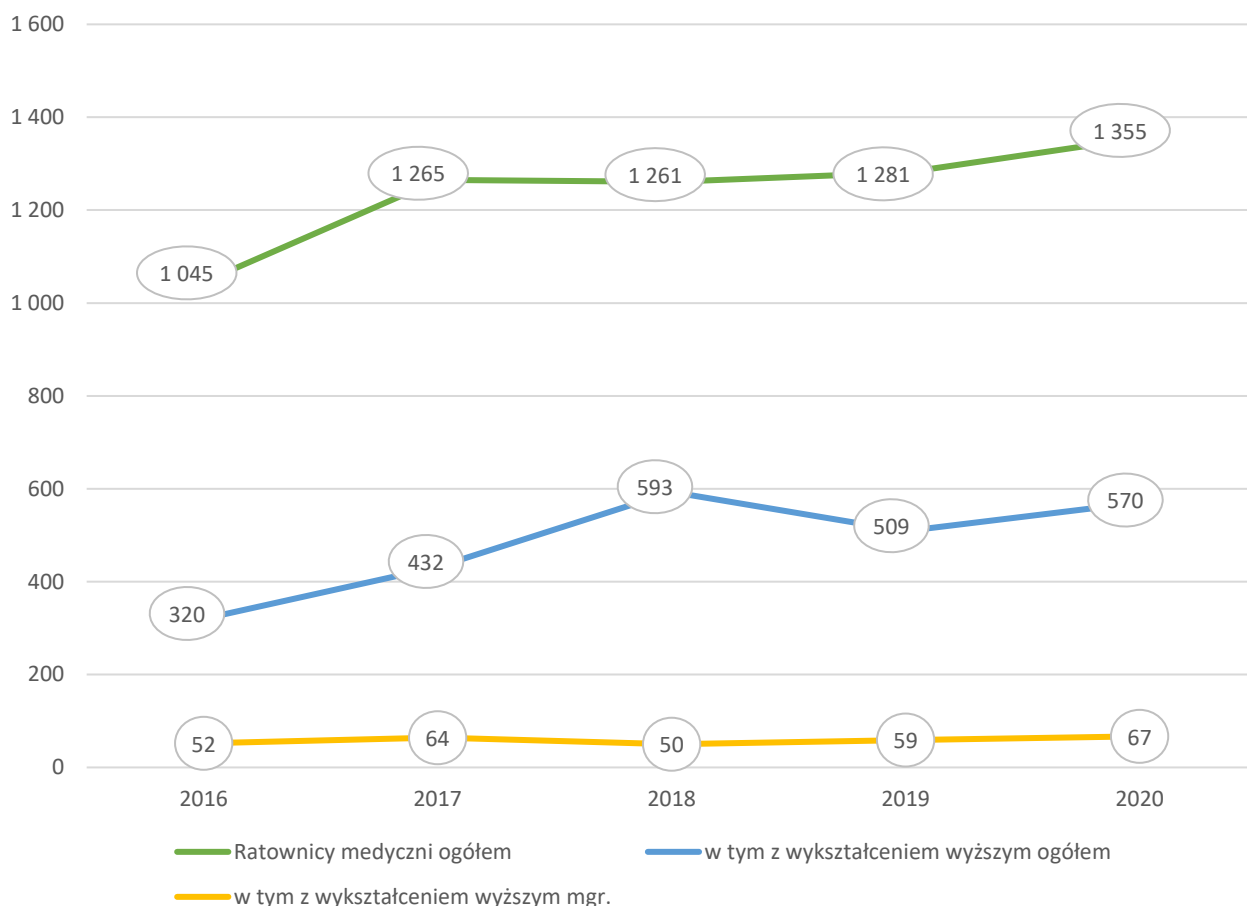


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

W roku 2020 w województwie mazowieckim w publicznych, niepublicznych podmiotach leczniczych oraz praktykach prywatnych według podstawowego miejsca pracy najwięcej było zatrudnionych lekarzy bo aż 14 626 . Natomiast najmniej lekarzy odnotowano w 2017 roku (13 704).

2.8.2. Ratownicy medyczni

Wykres 2. Liczba ratowników medycznych w latach 2016 – 2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

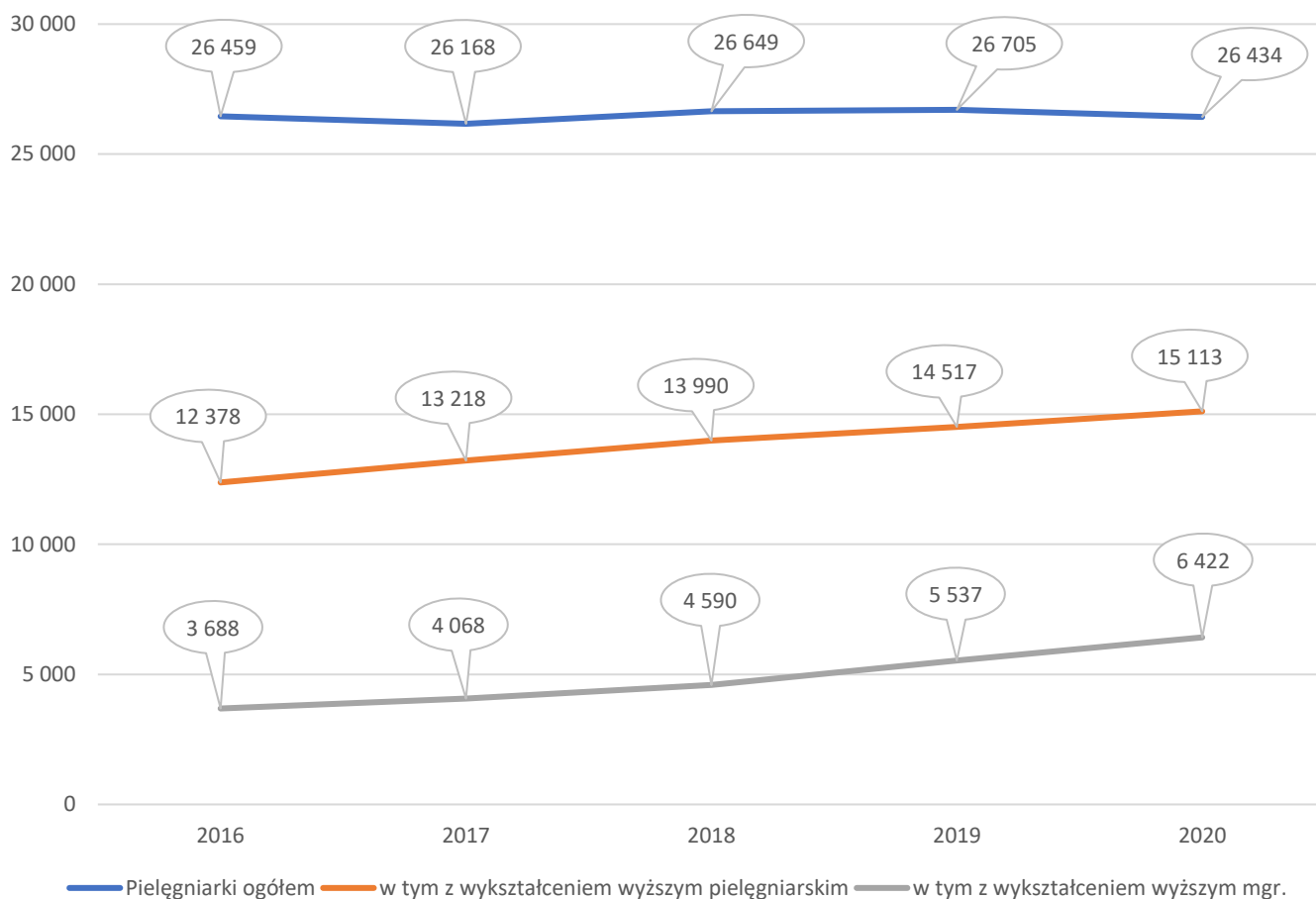


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Liczba ratowników medycznych ogółem od 2017-2019 roku utrzymuje się na wyrównanym poziomie. W roku 2018 można zauważyć wzrost ratowników medycznych z wykształceniem wyższym ogółem. Natomiast w roku 2020 mamy najwięcej ratowników medycznych ogółem oraz z wykształceniem wyższym magisterskim.

2.8.3. Pielęgniarki

Wykres 3. Liczba pielęgniarek w latach 2016 – 2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

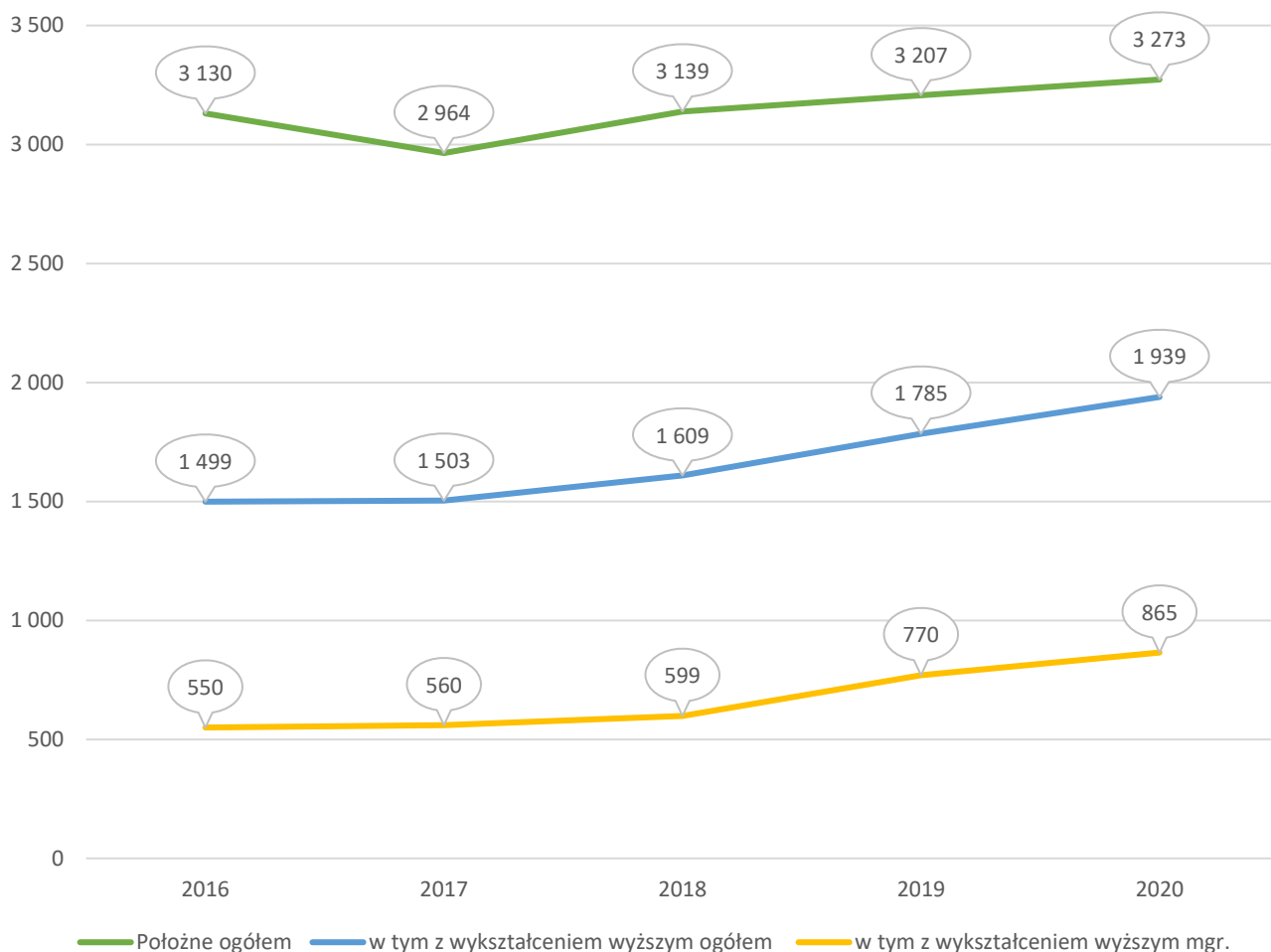


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Z danych przedstawionych na wykresie wynika, że liczba zatrudnionych pielęgniarek ogółem w województwie mazowieckim na przestrzeni lat 2016-2020 utrzymuje się na wyrównanym poziomie. Można jednak zauważyć, że liczba osób z wykształceniem wyższym z roku na rok wzrasta.

2.8.4. Położne

Wykres 4. Liczba położnych w latach 2016-2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

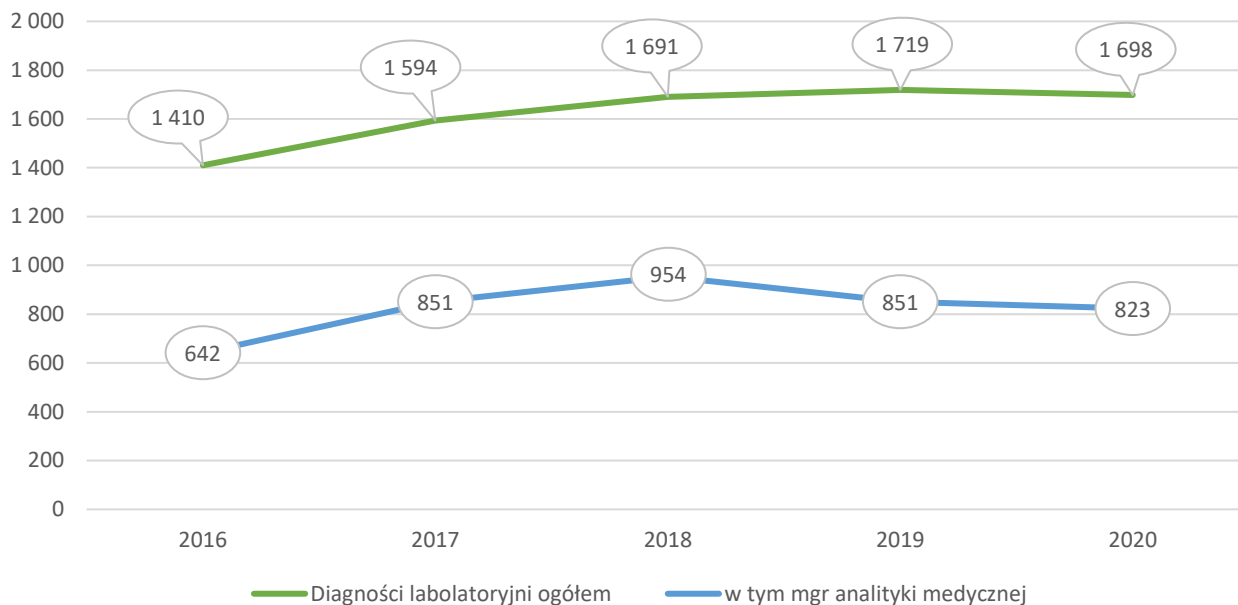


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Powyższe dane pokazują, że liczba pracujących położnych w latach 2016-2020 w województwie mazowieckim niewiele się zmieniała, jednak największą ich liczbę odnotowano w 2020 roku. Można również zauważyć tak jak w przypadku pielęgniarek, że liczba osób z wykształceniem wyższym z roku na rok wzrasta.

2.8.5. Diagnostyci laboratoryjni

Wykres 5. Liczba diagnostów laboratoryjnych w latach 2016-2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

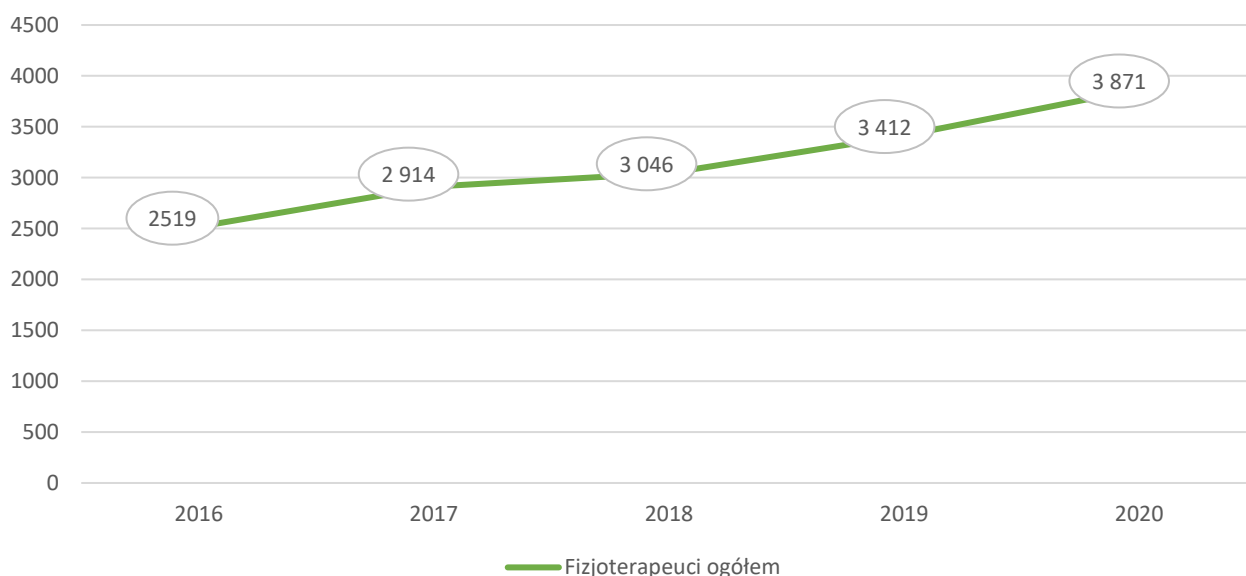


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Z wykresu wynika, że od 2016 roku w województwie mazowieckim według podstawowego miejsca pracy liczba diagnostów laboratoryjnych z roku na rok wzrasta, mały spadek widać w 2020 roku. Również liczba osób z magistrem analityki medycznej od 2017 roku utrzymuje się na wyrównanym poziomie.

2.8.6. Fizjoterapeuci

Wykres 5. Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w latach 2016-2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

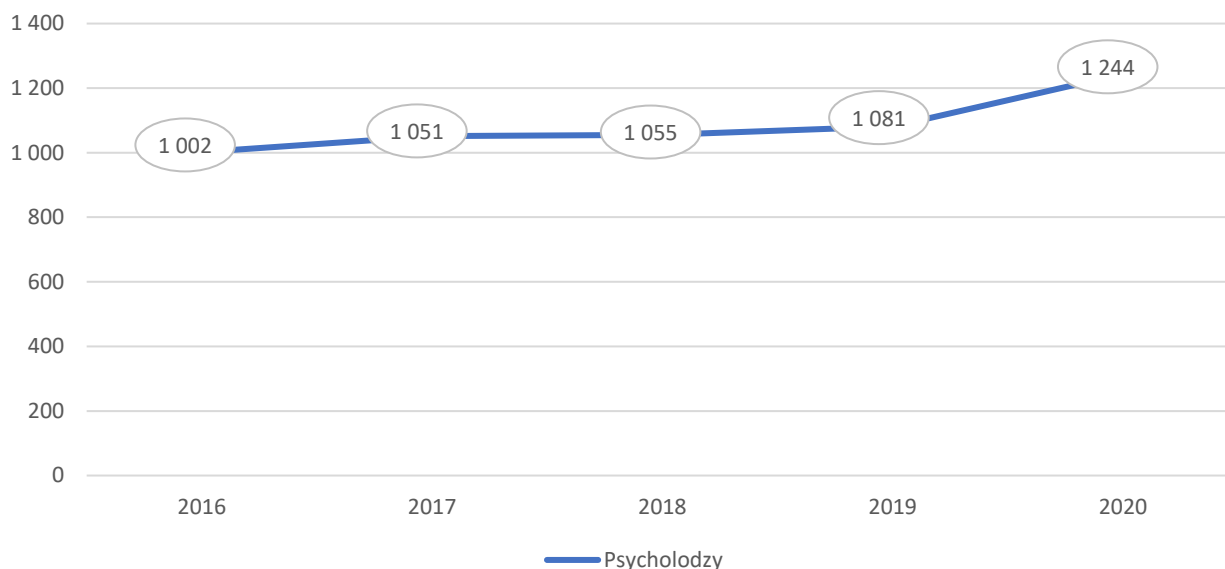


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Z wykresu wynika, że od 2016 roku w województwie mazowieckim według podstawowego miejsca pracy liczba fizjoterapeutów z roku na rok wzrasta.

2.8.7. Psycholodzy

Wykres 6. Liczba psychologów zatrudnionych w latach 2016-2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.

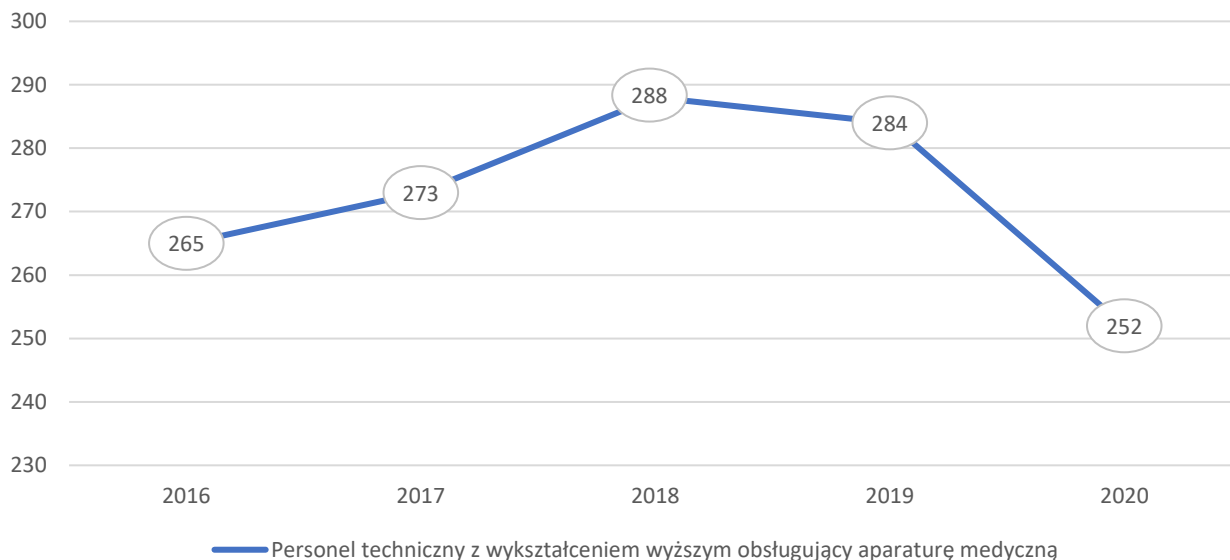


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Z danych przedstawionych na wykresie widać, że od 2016 roku w województwie mazowieckim według podstawowego miejsca pracy liczba psychologów z roku na rok wzrasta.

2.8.8. Personel techniczny

Wykres 7. Liczba personelu technicznego z wykształceniem wyższym obsługującym aparaturę medyczną zatrudnionych w latach 2016-2020 zatrudnionych w województwie mazowieckim.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych sprawozdania MZ-88.

Z wykresu wynika, że w 2018 i 2017 roku w województwie mazowieckim według podstawowego miejsca pracy było najwięcej zatrudnionego personelu technicznego z wykształceniem wyższym, najmniej odnotowano w 2020 roku (252).

2.9. Sprzęt

Inwestycje w obszarze sprzętu powinny skupić się na wymianie zużytego sprzętu i koniecznych w związku z tym pracach modernizacyjnych.

Jednocześnie ze starzejącą się infrastrukturą budowlaną, obserwowane jest również zjawisko starzenia się sprzętu i aparatury z powodu ograniczonych możliwości działań inwestycyjnych poszczególnych podmiotów leczniczych - ze względu na duże koszty zakupu specjalistycznej aparatury.

Wiek i stan techniczny posiadanego przez podmioty lecznicze sprzętu implikuje kosztowne awarie, tj. zarówno koszty serwisowe, jak i koszty przestoju operacyjnych również praca na sprzęcie o wysokim stopniu zużycia negatywnie wpływa na jakość, skuteczność i efektywność udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak i na efektywność finansową podmiotów leczniczych.

Inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego są konieczne z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych, który wpływa na konieczność ciągłego udoskonalania narzędzi, którymi posługują się specjaliści. Postęp w medycynie, organizacji ochrony zdrowia, technice i informatyce oraz zwiększone wymagania prawne obligują do wprowadzania zmian dotyczących wielkości i jakości zasobów szpitalnych. Jest to istotne zarówno z powodów zwiększania możliwości diagnostycznych

i terapeutycznych, a także tworzenia nowych procedur i terapii. Ponadto, użytkowanie wyeksploatowanego i starego sprzętu medycznego może powodować powstawanie błędów w diagnozach oraz stosowanie nieskutecznej oraz drogiej terapii.

Dokonano analizy danych dla wybranych sprzętów w województwie mazowieckim i zwrócono uwagę na sprzęt taki jak: akceleratory, gammakamery, mammografy, aparaty PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografy komputerowe, ECMO, aparaty do brachyterapii, angiografy oraz USG ze względu na jego wiek oraz wykorzystanie.

Jednak największym wyzwaniem wiążącym się z jakąkolwiek nową inwestycją w sprzęt medyczny jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa tj. do maksymalizacji wykorzystania przy jednoczesnym ograniczeniu zróżnicowania w dostępie do świadczeń na terenie województwa mazowieckiego.

Inną ważną kwestią jest rozkład wieku danego sprzętu w województwie mazowieckim. Należy mieć na uwadze fakt, iż w wielu przypadkach np. angiografy, aparaty do brachyterapii, gammakamery, mammografy, rezonanse magnetyczne, tomografy komputerowe, USG w przeciągu najbliższych kilku lat baza sprzętowa znacząco się zestarzeje, co może skutkować przeprowadzeniem procedur z użyciem tych sprzętów w mniej efektywny sposób niż dotychczas.

Warto podkreślić, że priorytet do wymiany sprzętu wyznaczany jest na podstawie wieku oraz liczby badań, które wykonywane są na danym sprzęcie.

Z kolei zgodnie z prognozowanym w Mapie potrzeb zdrowotnych 2020 zapotrzebowaniem na nowe inwestycje w sprzęty medyczne, które będą zakwalifikowane do grupy sprzętów „starych” jest dość wysoki. Tym samym w perspektywie 5 lat znacząca liczba sprzętów diagnostycznych i radiologicznych osiągnie wiek, w którym powinny zostać wymienione, aby umożliwić efektywną eksploatację.

2.10. Infrastruktura budowlana

Podczas gdy infrastruktura zarówno budowlana, jak i sprzętowa jest jednym z fundamentalnych czynników dla zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, większość budynków, w których są zlokalizowane podmioty lecznicze liczy co najmniej kilkadziesiąt lat. W efekcie użytkowane obecnie do celów prowadzenia działalności leczniczej budynki są stare i wyeksploatowane. Posiadają pogorszone cechy użytkowe w stosunku do obiektów obecnie projektowanych, co jest związane m.in. z brakiem spełniania aktualnych wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych. Wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie, często nie nadają się do przystosowania do obowiązujących wymogów. W przypadku części podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ich infrastruktura nie spełnia wymogów określonych w przepisach prawa, w szczególności rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019, poz. 595). Część ma trudności ze spełnieniem obowiązujących standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych, technicznych i funkcjonalnych w zakresie: wymaganych powierzchni, ich wielkości,

rozmieszczenia, wykończenia i niezbędnego wyposażenia; przebiegu dróg komunikacyjnych, transportowych wewnątrzszpitalnych z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych; energochłonności.

Infrastruktura podmiotów leczniczych często nie gwarantuje również dobrej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami - obiekty wymagają szeregu dostosowań do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. W przypadku wielu podmiotów leczniczych, ich stan techniczny a także przestarzały układ funkcjonalny (w tym częste rozproszenie w ramach kilku budynków, a nawet lokalizacji) są jednymi z głównych czynników hamujących nie tylko niezbędne przemiany, ale i dalszy rozwój.

W obecnej dobie, szczególnie priorytet powinien być skierowany na wykorzystanie rozwiązań ekologicznych i niskoemisyjnych przy modernizacji, rozbudowie i/lub budowie infrastruktury. Wymiana obecnie funkcjonujących emisyjnych źródła ciepła zasilanych paliwami stałymi na źródła niskoemisyjne wspomagane źródłami odnawialnymi, optymalizacja zużycia wody np. poprzez wprowadzenie obiegu szarej wody, termomodernizacja wraz z wymianą okien, wymiana i zastosowanie oświetlenia o najwyższej klasie energetycznej wspomagane czujnikami ruchu i zmierzchowym, stosowanie zasad technologii budownictwa ekologicznego, energooszczędnego i pasywnego, zmniejszy tzw. ślad węglowy sektora zdrowia i zminimalizuje jego wpływ na efekt cieplarniany i zanieczyszczenie powietrza.

Z danych zebranych z podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz powiatów wynika, że wiele podmiotów planuje modernizację, rozbudowę czy budowę nowych obiektów zamiast „starych” niespełniających norm oraz niezgodnych z obowiązującymi przepisami, a także budowę nowych obiektów w miejscach gdzie ich umiejscowienie jest niezbędne ze względu na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

3. Główne obszary działań

3.1. 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
3.1. Wyrównanie dostępności do działań profilaktycznych. Zwiększanie dostępności do skutecznych programów profilaktycznych i programów polityki zdrowotnej w zakresach czynników ryzyka najbardziej obciążających populację regionu tj. palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, wysokie BMI, odżywianie i inne czynniki związane ze stylem życia.	1. Prowadzenie działań mających na celu zwiększenie liczby realizatorów świadczeń profilaktycznych, w tym: - cykliczne prowadzenie postępowań uzupełniających w zakresie programu chorób odtytoniowych w tym POChP, - prowadzenie postępowań na realizację programów polityki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, - cykliczne monitorowanie realizacji umów POZ pod kątem wykonania świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia oraz pisma monitujące do świadczeniodawców, - kampania informacyjna skierowana do świadczeniobiorców nt. dostępności do świadczeń w ramach profilaktyki chorób w umowach z NFZ - corocznie w okresie objętym planem transformacji - kampania informacyjna mająca na celu podniesienie świadomości zdrowotnej populacji w zakresie czynników ryzyka zachorowania na choroby cywilizacyjne (CHUK, cukrzyca, choroby nowotworowe) - corocznie w okresie objętym planem transformacji	Czynniki ryzyka mające największy udział w DALY są zbieżne z czynnikami ryzyka dla Polski, a ich wartości są nieznacznie mniejsze od wartości dla Polski. Są to: tytoń, wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI. Na zgon w woj. mazowieckim, tak jak i w kraju, najbardziej wpływają: wysokie ciśnienie krwi, tytoń i ryzyka żywieniowe. Wysokie ciśnienie krwi przewyższa wartości dla Polski o ok. 1%. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz niedostateczna wiedza społeczna w zakresie czynników ryzyka a także wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie. Wskazane jest podejmowanie i promowanie działań w zakresie zdrowego stylu życia a także promowanie prozdrowotnych zachowań.	Zwiększenie kompetencji zdrowotnych populacji Zwiększenie liczby osób korzystających z programów profilaktycznych i programów polityki zdrowotnej Ograniczenie wpływu czynników ryzyka na liczbę zgonów Wydłużenie i poprawa jakości życia	JST AOTMiT MOW NFZ WSSE	2022-2026	5 000 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ KPT	Liczba nowych programów. Liczba osób objętych programem.

3.2. Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności. Aktywizacja świadczeniodawców, w tym POZ, do zwiększenia zaangażowania w realizację działań z zakresu promocji zdrowia.	1. Udostępnianie świadczeniodawcom, w tym POZ, informacji o działaniach edukacyjnych i profilaktycznych prowadzonych przez MOW NFZ i Centralę Funduszu, dotyczących zdrowego stylu życia, promowania aktywności fizycznej oraz istotnych problemów zdrowotnych, takich jak np. nowotwory, choroba niedokrwienna serca, udary, cukrzyca, celem dalszego propagowania.	Mimo, że w regionie przeprowadzono dużą liczbę programów profilaktycznych np. z zakresu profilaktyki tytoniu, zdrowego stylu życia i rozwiązywania problemów alkoholowych, nadal czynniki te wywierają istotny wpływ na utratę lat życia w zdrowiu i zgony.	Zwiększenie dostępności do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób poprzez wzrost liczby realizatorów programów	JST MOW NFZ	2022-2026	Bezkosztowo	MPZ NPZ ZP RSRSOZ	Liczba realizatorów programów profilaktycznych. Liczba osób objętych działaniami z zakresu profilaktyki. Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych
3.2. Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej ludności. Aktywizacja świadczeniodawców, w tym POZ, do zwiększenia zaangażowania w realizację działań z zakresu promocji zdrowia.	2. Udostępnianie świadczeniobiorcom w domenie publicznej informacji edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia, profilaktyki chorób oraz przeprowadzanie kampanii edukacyjnych.	Mimo, że w regionie przeprowadzono dużą liczbę programów profilaktycznych np. z zakresu profilaktyki tytoniu, zdrowego stylu życia i rozwiązywania problemów alkoholowych, nadal czynniki te wywierają istotny wpływ na utratę lat życia w zdrowiu i zgony.	Zwiększenie dostępności do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób poprzez udostępnianie informacji na stronach internetowych JST, urzędu wojewódzkiego, MOW NFZ	JST MOW NFZ	2022-2026	Bezkosztowo	MPZ NPZ ZP RSRSOZ	Liczba realizatorów programów profilaktycznych.
3.3. Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie cytologii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem powiatów o najniższej zgłaszalności.	1. Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych na terenach o najniższej zgłaszalności na badania z udziałem lekarzy/pielęgniarek i położnych POZ.	Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w zakresie cytologii w systemie publicznej opieki zdrowotnej wyniosła w 2019 roku jedynie 11,71% (46 916 kobiet) populacji do przebadania. Jest to najniższy wynik spośród wszystkich województw. Średnia wartość dla Polski w 2019 r. wynosiła 16,22%. Najniższy wskaźnik objęcia populacji, nieprzekraczający 10% odnotowano w następujących powiatach: białobrzeskim, ciechanowskim, grójeckim, makowskim, nowodworskim, ostrowskim, piaseczyńskim, pruszkowskim, przysuskim, pułuskim, szydłowieckim, warszawskim zachodnim, zwoleńskim oraz miastach: Radom oraz St. Warszawa.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka szyjki macicy. Wzrost liczby kobiet przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ PWDL NGO JST	2022-2026	120 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba kobiet przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.

3.3. Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie cytologii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem powiatów o najniższej zgłaszalności.	2. Dystrybucja materiałów promujących programy profilaktyczne.	Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w zakresie cytologii w systemie publicznej opieki zdrowotnej wyniosła w 2019 roku jedynie 11,71% (46 916 kobiet) populacji do przebadania. Jest to najniższy wynik spośród wszystkich województw. Średnia wartość dla Polski w 2019 r. wynosiła 16,22%. Najniższy wskaźnik objęcia populacji, nieprzekraczający 10% odnotowano w następujących powiatach: białobrzeskim, ciechanowskim, grójeckim, makowskim, nowodworskim, ostrowskim, piaseczyńskim, pruszkowskim, przysuskim, pułtuskim, szydłowieckim, warszawskim zachodnim, zwoleńskim oraz miastach: Radom oraz St. Warszawa.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka szyjki macicy. Wzrost liczby kobiet przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ PWDL NGO	2022-2026	50 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba kobiet przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.
3.4. Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie mammografii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania	1. Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych na terenach o najniższej zgłaszalności na badania z udziałem lekarzy/pielęgniarek i położnych POZ	Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w zakresie mammografii wyniosła w 2019 r. 37,09% populacji do przebadania, jest to wartość poniżej średniej wartości dla Polski (39,01%). W 2019 r. mammograficzne badania przesiewowe w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy na terenie województwa mazowieckiego wykonano u 123 227 kobiet. Najniższy wskaźnik objęcia populacji nieprzekraczający 30% odnotowano w następujących powiatach: przasnyskim, przysuskim oraz żuromińskim.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi. Wzrost liczby kobiet przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ JST PWDL NGO	2022-2026	120 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba osób przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.
3.4. Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie mammografii oraz zintensyfikowanie działań promujących badania	2. Dystrybucja materiałów promujących programy profilaktyczne.	Liczba przebadanych kobiet w ramach badań profilaktycznych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w zakresie mammografii wyniosła w 2019 r. 37,09% populacji do przebadania, jest to wartość poniżej średniej wartości dla Polski (39,01%). W 2019 r. mammograficzne badania przesiewowe w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy na terenie województwa mazowieckiego wykonano u 123 227 kobiet. Najniższy wskaźnik objęcia populacji nieprzekraczający 30% odnotowano w następujących powiatach: przasnyskim, przysuskim oraz żuromińskim.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi. Wzrost liczby kobiet przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ JST PWDL NGO	2022-2026	50 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba osób przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.

3.5.Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie jelita grubego oraz zintensyfikowanie działań promujących badania	1.Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych na terenach o najniższej zgłaszalności na badania z udziałem lekarzy/pielęgniarek POZ.	Liczba przebadanych osób w ramach badań profilaktycznych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w zakresie jelita grubego jest niewystarczająca w województwie mazowieckim.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka jelita grubego. Wzrost liczby osób przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ PWDL NGO JST	2022-2026	120 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba osób przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.
3.5 Podjęcie działań poprawiających zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie jelita grubego oraz zintensyfikowanie działań promujących badania	2.Dystrybucja materiałów promujących programy profilaktyczne.	Liczba przebadanych osób w ramach badań profilaktycznych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w zakresie jelita grubego jest niewystarczająca w województwie mazowieckim.	Poprawa zgłaszalności do programu profilaktyki raka jelita grubego. Wzrost liczby osób przebadanych w ramach programu profilaktycznego. Poprawa wykrywalności chorób onkologicznych we wczesnych fazach rozwoju.	MOW NFZ PWDL NGO	2022-2026	50 000 zł	MPZ NPZ ZP RSRSOZ NSO	Liczba osób przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania.

3.2. 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
4.1. Zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych”	1. Stworzenie zachęt dla pielęgniarek i położnych w zakresie wypisywania recept.	Najwięcej porad lekarskich sprawozdawanych jest z rozpoznaniem głównym dotyczącym powtórzenia recept.	Wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ, w realizacji zadań przychodni POZ.	MOW NFZ PVDL	2022-2026	Bezkosztowo	MPZ ZP RSRSOZ KPT	Liczba recept wystawianych przez pielęgniarki i położne w stosunku do roku poprzedniego. Liczba pielęgniarek i położnych z ukończonym kursem specjalistycznym. Monitorowanie liczby pielęgniarek i położnych faktycznie wystawiające recepty.
4.2. Wzmocnienie roli NiŚOZ, celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenia SOR.	1. Prowadzenie kampanii informacyjnych nt. dostępności NiŚOZ na obszarze województwa mazowieckiego oraz zakresu świadczeń możliwych do uzyskania.	Na podstawie analizy danych dotyczących pacjentów, którym udzielono pomocy na SOR oraz analizy grup rozpoznanych z jakimi zgłaszają się pacjenci na SOR, można wywnioskować, że NiŚOZ nie jest należycie wykorzystywaną formą pomocy. Spośród wizyt w POZ, w województwie mazowieckim tylko 4,78% stanowiły wizyty w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jest to wskaźnik nieco niższy niż średni dla Polski, który wynosi 4,91%.	Zmniejszenie liczby pacjentów zgłaszających się na SOR/IP.	PVDL MOW NFZ	2022 - 2026	120 000 zł	MPZ KPT	Liczba porad w NiŚOZ w stosunku do ogólnej liczby porad w POZ w latach ubiegłych oraz w innych województwach. Liczba porad w NiŚOZ w stosunku do ogólnej liczby porad na SOR i IP w latach ubiegłych oraz w innych województwach.

4.3. Promowanie POZ, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, na których pojawiają się deficyty.	1. Stworzenie zachęt dla podmiotów w zakresie realizacji umów POZ tj. dofinansowanie działalności przez JST, np. w zakresie dofinansowania wynajmu, zakup sprzętu, wyposażenia, finansowanie dodatkowych etatów - dotyczy obszarów jak w uzasadnieniu.	Na obszarze województwa mazowieckiego świadczenia POZ są w pełni zabezpieczone. Podmioty POZ występują prawie we wszystkich gminach województwa. Wyjątek dotyczy jedynie 5 jednostek graniczących z miastami Ciechanów, Łaskarzew, Mińsk Mazowiecki, Płońsk i Przasnysz. Powyższe nie wpływa na ograniczenie dostępu do świadczeń. Dążenie na terenie województwa do utrzymania i organizacji POZ przez JST.	Poprawa dostępności do świadczeń na obszarach deficytowych.	JST PVDL	2022 - 2026	25 000 000 zł	MPZ KPT	Liczba nowych umów w rodzaju podstawowa opieki zdrowotna. Liczba obszarów niezabezpieczonych (gmin) w stosunku do roku poprzedniego.
4.4. Podejmowanie działań mających na celu odwrócenie trendu - rosnącą liczbę lekarzy i pielęgniarek w umowach, nietworzących list świadczeniobiorców.	1. Monitorowanie list świadczeniobiorców przekazywanych przez świadczeniodawców pod kątem liczby osób zadeklarowanych do osób nie występujących w potencjale świadczeniodawców oraz przypomnienie o prawidłowych zasadach organizacji świadczeń POZ 2. Monitorowanie potencjału umów POZ pod kątem liczby personelu zgłoszonego do realizacji świadczeń nie spełniającego wymagań do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców oraz przypomnienie o prawidłowych zasadach organizacji świadczeń POZ	Działanie wynika z rosnącej liczby lekarzy i pielęgniarek w umowach, nie tworzących list świadczeniobiorców, co może wynikać z problemów kadrowych oraz niskiego zainteresowania trwałym związaniem się z podstawową opieką zdrowotną. W umowach POZ realizowanych na obszarze województwa mazowieckiego wg stanu na koniec 2019 r. wykazanych było 4,9 tys lekarzy i 3,5 tyś pielęgniarek. Według stanu na koniec 2019 r. liczba lekarzy w umowach POZ nie przyjmujących deklaracji wyboru stanowiła ok. 29,7%. Liczba pielęgniarek udzielających świadczeń w umowach POZ nie tworząca własnych list świadczeniobiorców oscylowała na poziomie ok. 16%.	Zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek tworzących listy POZ.	PVDL JST MOW NFZ	2022 - 2026	bezkosztowo	MPZ KPT	Liczba lekarzy tworzących listy POZ Liczba pielęgniarek tworzących listy POZ
4.5. Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwa pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.	Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury. Dostosowanie infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm. Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm w powiatach: białobrzeski, ciechanowski, garwoliński, gostyniński, grójecki, legionowski, łosicki, makowski, miński, mławski, nowodworski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, pułtuski, radomski, sochaczewski, węgrowski, Radom, Siedlce, Warszawa. Chodzi o POZ należące do JST.	Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.	Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.	PVDL JST	2022-2026	200 000 000 zł	ZP RSRSOZ	Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów.

3.3. 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
5.1. Utworzenie i zakontraktowanie dodatkowych poradni ginekologiczno-położniczych, w celu poprawienia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich.	1.Utworzenie poradni położniczo - ginekologicznych. Zwiększenie liczby poradni docelowo o 179, na terenie gmin wiejskich województwa mazowieckiego, w których aktualnie nie funkcjonują poradnie ginekologiczno-położnicze.	W odniesieniu do świadczeń położniczo-ginekologicznych stwierdzono, że kobiety zamieszkałe na obszarach wiejskich stanowiły 30 % wszystkich pacjentek objętych opieką poradni położniczo-ginekologicznych. Jednocześnie ponad 80% z nich korzystało ze świadczeń na terenie gmin miejskich, czyli poza terenem swojego zamieszkania.	Zabezpieczenie i poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno - położniczych blisko miejsca zamieszkania /na poziomie gminy/	PWDL JST	2022-2026	20 000 000 zł	MPZ	Liczba gmin wiejskich z zabezpieczonym dostępem do poradni ginekologiczno-położniczej.
5.1. Utworzenie i zakontraktowanie dodatkowych poradni ginekologiczno-położniczych, w celu poprawienia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresie położnictwa i ginekologii na obszarach gmin wiejskich województwa mazowieckiego. Docelowo zakupienie świadczeń ginekologiczno-położniczych w 179 gminach wiejskich, na terenie których brak jest przedmiotowych poradni.	W odniesieniu do świadczeń położniczo-ginekologicznych stwierdzono, że kobiety zamieszkałe na obszarach wiejskich stanowiły 30 % wszystkich pacjentek objętych opieką poradni położniczo-ginekologicznych. Jednocześnie ponad 80% z nich korzystało ze świadczeń na terenie gmin miejskich, czyli poza terenem swojego zamieszkania.	Zabezpieczenie i poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno - położniczych blisko miejsca zamieszkania /na poziomie gminy/	MOW NFZ	2022-2026	270 000 000 zł	MPZ	Liczba przeprowadzonych postępowań konkursowych do roku poprzedniego.
5.2. Zwiększenie liczby poradni onkologicznych oraz poradni chirurgii onkologicznej, w szczególności na obszarach deficytowych.	1.Utworzenie poradni: - onkologicznych na terenie powiatów białobrzeskiego, lipskiego, ostrołęckiego, płockiego, siedleckiego, gostynińskiego i nowodworskiego. - chirurgii onkologicznej na terenie powiatów białobrzeski, gostyniński, grodziski, grójecki, kozienicki, lipski, łosicki, nowodworski, ostrołęcki,	Województwo mazowieckie ma największą liczbę pacjentów przyjmowanych w poradniach na terenie województwa, jednocześnie ma jedną z najniższych wartości porad na mieszkańca (1,96) oraz najniższy wskaźnik liczby pacjentów na mieszkańca (0,42) na tle kraju. Obserwuje się spadek liczby porad na jednego mieszkańca na	Zabezpieczenie i poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń w zakresach: onkologia i chirurgia onkologiczna poprzez zakontraktowanie	PWDL JST	2022-2026	13 000 000 zł	MPZ NSO	Liczba poradni onkologicznych. Liczba poradni chirurgii onkologicznej. Liczba

	Ostrołęka, ostrowski, płocki, płoński, przasnyski, przysuski, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydłowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski.	przeźreni lat 2015 – 2019. W latach 2015 - 2019 r. obserwuje się sukcesywny wzrost liczby porad związanych z leczeniem chorób nowotworowych. Najliczniejszą grupą osób korzystających ze świadczeń w związku z leczeniem nowotworowym są kobiety w wieku 40-64 r.ż. i powyżej 65 r.ż. Najwięcej porad, w związku z tym problemem zdrowotnym udzielono w poradniach: onkologicznej, chirurgii ogólnej, dermatologii, chirurgii onkologicznej, urologii, położniczo-ginekologicznej oraz w pracowni tomografii komputerowej.	dodatkowych poradni. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie					pacjentów poradni onkologicznej. Liczba pacjentów poradni chirurgii onkologicznej. Czas oczekiwania i liczba pacjentów oczekujących na świadczenia w poradniach.
5.2. Zwiększenie liczby poradni onkologicznych oraz poradni chirurgii onkologicznej, w szczególności na obszarach deficytowych.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresie świadczeń onkologicznych i chirurgii onkologicznej, mających na celu zakontraktowanie co najmniej 1 poradni w każdym z niżej wymienionych obszarów: - świadczenia w zakresie onkologii na terenie powiatów białobrzесьkiego, lipskiego, ostrołęckiego, płockiego, siedleckiego, gostynińskiego i nowodworskiego. - świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej na terenie powiatów białobrzесьki, gostyniński, grodziski, grójecki, kozienicki, lipski, łosicki, nowodworski, ostrołęcki, Ostrołęka, ostrowski, płocki, płoński, przasnyski, przysuski, siedlecki, sierpecki, sochaczewski, sokołowski, szydłowiecki, warszawski zachodni, węgrowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski.	Województwo mazowieckie ma największą liczbę pacjentów przyjmowanych w poradniach na terenie województwa, jednocześnie ma jedną z najniższych wartości porad na mieszkańca (1,96) oraz najniższy wskaźnik liczby pacjentów na mieszkańca (0,42) na tle kraju. Obserwuje się spadek liczby porad na jednego mieszkańca na przeźreni lat 2015 – 2019. W latach 2015 - 2019 r. obserwuje się sukcesywny wzrost liczby porad związanych z leczeniem chorób nowotworowych. Najliczniejszą grupą osób korzystających ze świadczeń w związku z leczeniem nowotworowym są kobiety w wieku 40-64 r.ż. i powyżej 65 r.ż. Najwięcej porad, w związku z tym problemem zdrowotnym udzielono w poradniach: onkologicznej, chirurgii ogólnej, dermatologii, chirurgii onkologicznej, urologii, położniczo-ginekologicznej oraz w pracowni tomografii komputerowej.	Zabezpieczenie i poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń w zakresach: onkologia i chirurgia onkologiczna poprzez zakontraktowanie dodatkowych poradni. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie	MOW NFZ	2022-2024	30 000 000 zł	MPZ NSO	Liczba przeprowadzonych postępowań konkursowych do roku poprzedniego.
5.3. Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni endoskopowych przewodu pokarmowego na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	1.Utworzenie pracowni endoskopowych przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: białobrzесьki, lipski, ostrołęcki, płocki, radomski, siedlecki, szydłowiecki, zwoleński, na których aktualnie brak jest tego typu pracowni.	Na Mazowszu udzielono najwięcej z całej Polski świadczeń w pracowniach endoskopii, przy czym, Mazowsze ma najniższy wskaźnik liczby tego typu badań na tysiąc mieszkańców (15,41) oraz liczbę poradni na tys. mieszkańców (0,15). Sukcesywne działania zmierzające do zwiększenia o ok. 25% dostępności do świadczeń endoskopowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w celu zminimalizowania liczby krótkich	Zwiększenie dostępności do badań endoskopowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	PWDL JST	2022-2026	24 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba pracowni endoskopowych Liczba wykonanych badań diagnostycznych Liczba osób oczekujących.

		hospitalizacji, realizowanych w celu wykonania rzeczonych badań. Zapewnienie pacjentom dostępu do szybkiej diagnostyki istotnej w procesie leczenia chorób nowotworowych.						Średni czas oczekiwania.
5.3. Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni endoskopowych przewodu pokarmowego na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresach badań endoskopowych przewodu pokarmowego - gastroscopia i kolonoskopia, w celu zwiększenia miejsc udzielania świadczeń oraz zakontraktowania co najmniej 1 pracowni w powiatach: białobrzeski, lipski, ostrołęcki, płocki, radomski, siedlecki, szymborski, zwoleński, na których aktualnie brak jest tego typu pracowni.	Na Mazowszu udzielono najwięcej z całej Polski świadczeń w pracowniach endoskopii, przy czym, Mazowsze ma najniższy wskaźnik liczby tego typu badań na tysiąc mieszkańców (15,41) oraz liczbę poradni na tys. mieszkańców (0,15). Sukcesywne działania zmierzające do zwiększenia o ok. 25% dostępności do świadczeń endoskopowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w celu zminimalizowania liczby krótkich hospitalizacji, realizowanych w celu wykonania rzeczonych badań. Zapewnienie pacjentom dostępu do szybkiej diagnostyki istotnej w procesie leczenia chorób nowotworowych.	Zwiększenie dostępności do badań endoskopowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	MOW NFZ	2022-2024	5 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba przeprowadzonych postępowań konkursowych w stosunku do poprzedniego roku.
5.3.1. Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni Rezonansu Magnetycznego na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	1.Utworzenie nowych pracowni rezonansu magnetycznego, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: białobrzeski, gostyniński, kozienicki, lipski, łosicki, makowski, miński, nowodworski, ostrołęcki, płocki, przysuski, pułtuski, radomski, siedlecki, sierpecki, sokołowski, szymborski, warszawski zachodni, węgrowski, wyszkowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski.	Pomimo nie limitowości i największej liczby pracowni, Mazowsze ma jeden z najdłuższych czasów oczekiwania i liczby oczekujących na badania rezonansu magnetycznego. Wiąże się to z zauważalnym wzrostem świadczeń onkologicznych, a także ze wzrostem znaczenia diagnostyki obrazowej w procesie leczenia pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń rezonansu magnetycznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	PWDL JST	2022-2026	200 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba pracowni RM. Liczba wykonanych badań. Liczba osób oczekujących. Średni czas oczekiwania.
5.3.1. Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni Rezonansu Magnetycznego na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresie badań rezonansu magnetycznego, w celu zwiększenia miejsc udzielania świadczeń oraz zakontraktowania co najmniej 1 pracowni w powiatach: białobrzeski, gostyniński, kozienicki, lipski, łosicki, makowski, miński, nowodworski, ostrołęcki, płocki, przysuski, pułtuski, radomski, siedlecki, sierpecki, sokołowski, szymborski, warszawski zachodni, węgrowski, wyszkowski, zwoleński, żuromiński, żyrardowski, w których aktualnie nie ma pracowni RM.	Pomimo nie limitowości i największej liczby pracowni, Mazowsze ma jeden z najdłuższych czasów oczekiwania i liczby oczekujących na badania rezonansu magnetycznego. Wiąże się to z zauważalnym wzrostem świadczeń onkologicznych, a także ze wzrostem znaczenia diagnostyki obrazowej w procesie leczenia pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń rezonansu magnetycznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	PWDL JST	2022-2026	140 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba pracowni RM. Liczba wykonanych badań. Liczba osób oczekujących. Średni czas oczekiwania.

5.3.2.Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni Tomografii Komputerowej na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	1.Utworzenie nowych pracowni tomografii komputerowej, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów: białobrzeski, ostrołęcki, płocki, siedlecki, sztybołowiecki, warszawski zachodni, zwolenński.	Pomimo nie limitowości i największej liczby pracowni, Mazowsze ma jeden z najdłuższych czasów oczekiwania i liczby oczekujących na badania tomografii komputerowej. Wiąże się to z zauważalnym wzrostem świadczeń onkologicznych, a także ze wzrostem znaczenia diagnostyki obrazowej w procesie leczenia pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń tomografii komputerowej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	PWDL JST	2022-2026	30 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba pracowni TK. Liczba wykonanych badań. Liczba osób oczekujących. Średni czas oczekiwania.
5.3.2.Zabezpieczenie optymalnej dostępności do pracowni Tomografii Komputerowej na poziomie powiatów województwa mazowieckiego.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresie badań tomografii komputerowej, w celu zwiększenia miejsc udzielania świadczeń oraz zakontraktowania co najmniej 1 pracowni w powiatach: białobrzeski, ostrołęcki, płocki, siedlecki, sztybołowiecki, warszawski zachodni, zwolenński, w których aktualnie nie ma pracowni TK.	Pomimo nie limitowości i największej liczby pracowni, Mazowsze ma jeden z najdłuższych czasów oczekiwania i liczby oczekujących na badania tomografii komputerowej. Wiąże się to z zauważalnym wzrostem świadczeń onkologicznych, a także ze wzrostem znaczenia diagnostyki obrazowej w procesie leczenia pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	Zwiększenie dostępności do świadczeń tomografii komputerowej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	MOW NFZ	2022-2026	12 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba przeprowadzonych postępowań do poprzedniego roku.
5.4.Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych, w których czas oczekiwania jest najdłuższy.	1.Utworzenie nowych poradni na obszarze województwa mazowieckiego, w tym dedykowanych dla osób poniżej 18 rż., w szczególności w dziedzinach medycyny: endokrynologia, choroby płuc, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa, urologia, genetyka, reumatologia, hematologia, alergologia, gastroenterologia, kardiologia.	Województwo mazowieckie ma największą liczbę pacjentów przyjmowanych w AOS co powoduje długie oczekiwanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych.	Skrócenie czasu oczekiwania na poradę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	PWDL JST	2022-2026	5 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba osób oczekujących. Średni czas oczekiwania.
5.5.Zwiększenie dostępności do poradni specjalistycznych, w których czas oczekiwania jest najdłuższy.	1. Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresach endokrynologia, choroby płuc, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa, urologia, genetyka, reumatologia, hematologia, alergologia, gastroenterologia, kardiologia, w tym dedykowanych dla osób poniżej 18 rż., w celu zwiększenia miejsc udzielania świadczeń oraz zwiększenie o 25% liczby porad pierwszorazowych w AOS, w stosunku do roku poprzedniego.	Województwo mazowieckie ma największą liczbę pacjentów przyjmowanych w AOS co powoduje długie oczekiwanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych.	Skrócenie czasu oczekiwania na poradę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.	MOW NFZ	2022-2024	9 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba porad w stosunku do roku poprzedniego.

<p>5.6.Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.</p>	<p>1. Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury. Dostosowanie infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm.</p>	<p>Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.</p>	<p>Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p>PWDL JST</p>	<p>2022-2026</p>	<p>400 000 000 zł</p>	<p>ZP RSRSOZ.</p>	<p>Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów. Liczba pacjentów w AOS w porównaniu z rokiem poprzednim (zakładany wzrost) Liczba pacjentów pierwszorazowych w AOS w porównaniu z rokiem poprzednim (zakładany wzrost) Liczba pacjentów w AOS vs liczba hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim (zakładany spadek).</p>
---	---	--	--	---------------------	------------------	-----------------------	-------------------	--

3.4. 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
<p>6.1. Optymalizacja wykorzystania łóżek na oddziałach stacjonarnych. Przeznaczenie ok 5 % obecnej bazy łóżkowej, szczególnie w szpitalach powiatowych, na potrzeby opieki długoterminowej i opieki hospicyjnej.</p>	<p>Utworzenie około 300 łóżek dedykowanych opiece długoterminowej poprzez przekształcenie w ramach istniejącej infrastruktury (tj oddziałów o specjalnościach w których stwierdzono obciążenie poniżej 75 %) w subregionach: - ciechanowski - 15 łóżek z oddziałów o specjalnościach pediatria i chirurgia ogólna, - ostrołęcki - 35 łóżek z oddziałów o specjalnościach pediatria, położnictwo i ginekologia, nefrologia, kardiologia, - plocki - 20 łóżek z oddziałów o specjalnościach</p>	<p>Ludność województwa z każdym rokiem nieznacznie się starzeje. Stan zaawansowania starości demograficznej ludności wyraża tzw. wiek środkowy ludności (mediana wieku). W latach 2000–2019 wartość mediany w województwie wzrosła z 36,8 do 40,9 lat. Ludność zamieszkała w miastach jest starsza niż na wsi (41,5 wobec 39,5 lat), przy czym większy wzrost mediany wystąpił na wsi. O nasilającym się procesie starzenia się ludności świadczy stopniowe zwiększanie się udziału</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej i hospicyjnej poprzez optymalizację wykorzystania łóżek na oddziałach stacjonarnych do ok 85%.</p>	<p>PWDL JST</p>	<p>2022-2026</p>	<p>10 000 000 zł</p>	<p>MPZ KPT</p>	<p>Obciążenie łóżek na oddziałach szpitalnych. Liczba utworzonych łóżek długoterminowych (wartość docelowa min. 300), w tym liczba przekształconych łóżek.</p>

	<p>neonatologia i położnictwo i ginekologia, - radomski - 40 łóżek z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, okulistyka, pediatria, urologia, neonatologia, - siedlecki - 55 łóżek z oddziałów o specjalnościach: pediatria, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, neonatologia, - Warszawa - 65 łóżek z oddziałów o specjalnościach: chirurgia ogólna, kardiologia, choroby wewnętrzne, okulistyka, otolaryngologia, - okołowarszawski - 75 łóżek z oddziałów o specjalnościach choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, urologia, pediatria.</p>	<p>roczników starszych oraz zmniejszanie się udziału roczników młodszych. W ciągu ostatnich 9 lat liczba osób 65-letnich i starszych wzrosła w województwie o blisko 30%, przy czym w miastach wzrost ten był relatywnie większy niż na wsi (odpowiednio: 35% i 19%). Wzrost udziału osób powyżej 65 r. ż. odnotowano we wszystkich powiatach województwa mazowieckiego. Zachodzi, zatem uzasadniona konieczność utworzenia dodatkowych łóżek dla pacjentów wymagających długoterminowej opieki stacjonarnej.</p>						<p>Liczba łóżek w opiece długoterminowej i hospicyjnej w szpitalach powiatowych w stosunku do roku poprzedniego.</p>
<p>6.2. Zwiększenie dostępności do leczenia stacjonarnego, gdzie optymalizacja wykorzystania łóżek jest powyżej 85% lub gdzie brak dostępności oraz długi czas oczekiwania.</p>	<p>Utworzenie ok. 95 łóżek neurologicznych poprzez przekształcenie w ramach istniejącej infrastruktury (tj. oddziałów o specjalnościach, w których stwierdzono obłożenie na terenie wskazanych obszarów poniżej 85 %), w subregionach (grupach powiatów): siedleckim - 15 łóżek, z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, okulistyka, pediatria, w ciechanowskim - 20 łóżek, z oddziałów o specjalnościach nefrologia, urologia, okulistyka, w radomskim - 20 łóżek, z oddziałów o specjalności okulistyka, chirurgia szczękowo-twarzowa, chirurgia naczyniowa, onkologia kliniczna, chirurgia dziecięca, Warszawa i okołowarszawski - 40 łóżek, z oddziałów o specjalnościach okulistyka, otolaryngologia, chirurgia ogólna, chirurgia naczyniowa, położnictwo i ginekologia, gastroenterologia.</p>	<p>Województwo mazowieckie ma dużą liczbę pacjentów z wielochorobowością i schorzeniami neurologicznymi. Występuje też długi okres oczekiwania na przyjęcie planowe w celu wykonania zabiegu, który poprawiłby jakość życia.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do łóżek przy obłożeniu na poziomie minimum 85%.</p> <p>Zmniejszenie odległość od miejsca zamieszkania.</p>	<p>MOW NFZ JST PWDL</p>	<p>2022-2026</p>	<p>18 000 000 zł</p>	<p>MPZ ZP RSRSOZ</p>	<p>Liczba łóżek w stosunku do roku poprzedniego. Liczba utworzonych łóżek neurologicznych (wartość docelowa min. 95) poprzez przekształcenie łóżek. Obłożenie łóżek na oddziałach przekształcanych.</p>
<p>6.3. Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.</p>	<p>Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury na obszarze woj. mazowieckiego. Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm w powiatach: garwoliński, grójecki, grodzki, lipski, makowski, miński, otwocki, ostrowski, nowodworski, pruszkowski, radomski, radzyński, warszawski zachodni, węgrowski, wołomiński, wyszkowski, żuromiński, sierpcki, sokołów podl., żyrardowski, m. Radom, Ciechanów, Siedlce, Płock, Warszawa. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.</p>	<p>Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.</p>	<p>Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p>PWDL JST</p>	<p>2022-2026</p>	<p>5 000 000 000 zł</p>	<p>ZP RSRSOZ</p>	<p>Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów Liczba łóżek szpitalnych w województwie w porównaniu z rokiem ubiegłym (zakładamy brak wzrostu) Obłożenie łóżek szpitalnych w województwie w</p>

								porównaniu z rokiem ubiegłym (zakładany wzrost)
--	--	--	--	--	--	--	--	---

3.5. 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
7.1. Zwiększenie dostępności do poradni ambulatoryjnych, oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego. Rozwiązanie tego problemu może nastąpić wyłącznie w drodze wzmocnienia segmentu opieki ambulatoryjnej i środowiskowej.	1. Zwiększenie bazy ośrodków opieki ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej.	Odsetek osób korzystających ze stacjonarnej formy opieki w odniesieniu do średniej dla Polski (Mazowsze 18,82% do 18,04% w Polsce) wskazuje na potrzebę prowadzenia działań dążących do obniżenia tego wskaźnika na Mazowszu, co najmniej do średniej dla Polski. Zmniejszenie liczby hospitalizacji, a także obniżenie wskaźnika obłożenia łóżek na oddziałach stacjonarnych, a tym samym zracjonalizowanie liczby łóżek opieki stacjonarnej, poprzez przekształcenie ich w oddziały opieki dziennej lub, zgodnie z prognozami demograficznymi, w ośrodki opieki długoterminowej psychiatrycznej (zmniejszenie liczby łóżek o 10%).	Zwiększenie dostępności do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego	PWDL JST	2022-2026	20 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT	Liczba hospitalizacji w oddziałach stacjonarnych. Liczba ośrodków opieki dziennej i środowiskowej. Liczba pacjentów objętych dzienną i środowiskową opieką psychiatryczną. Liczba pacjentów hospitalizowanych.

7.1. Zwiększenie dostępności do poradni ambulatoryjnych, oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego. Rozwiązanie tego problemu może nastąpić wyłącznie w drodze wzmocnienia segmentu opieki ambulatoryjnej i środowiskowej.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresach: poradnia zdrowia psychicznego (2 na terenie Warszawy), świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych (po 1 oddziale na obszarach: Ostrołęka, Radom, powiaty: otwocki, przasnyski, sochaczewski, grójecki, kozienicki, legionowski, radomski, wyszkowski, 3 oddziały na terenie Warszawy), i leczenie środowiskowe (domowe) na obszarach: Ciechanów, Ostrołęka, Płock, Siedlce, powiaty: gostyniński, przasnyski, sochaczewski, grójecki, kozienicki, legionowski, płoński, radomski, wyszkowski, żyrardowski, 5 oddziałów na terenie Warszawy)	Odsetek osób korzystających ze stacjonarnej formy opieki w odniesieniu do średniej dla Polski (Mazowsze 18,82% do 18,04% w Polsce) wskazuje na potrzebę prowadzenia działań dążących do obniżenia tego wskaźnika na Mazowszu, co najmniej do średniej dla Polski. Zmniejszenie liczby hospitalizacji, a także obniżenie wskaźnika obłożenia łóżek na oddziałach stacjonarnych, a tym samym zracjonalizowanie liczby łóżek opieki stacjonarnej, poprzez przekształcenie ich w oddziały opieki dziennej lub, zgodnie z prognozami demograficznymi, w ośrodki opieki długoterminowej psychiatrycznej (zmniejszenie liczby łóżek o 10%).	Zwiększenie dostępności do oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego	MOW NFZ	2022-2026	77 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT	Liczba umów na świadczenia w zakresach dziennej i środowiskowej opieki psychiatrycznej do roku poprzedniego.
7.2. Zapewnienie dostępu do poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień dla pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	1.Zwiększenie bazy poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień. Dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólnej) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień skumulowany jest w dużych miastach, głównie w Warszawie, przy jednocześnie widocznych potrzebach pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	Zwiększenie dostępności do poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień, w szczególności na obszarach poza dużymi ośrodkami administracyjnymi	PWDL JST	2022-2026	20 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT	Liczba poradni i oddziałów leczenia uzależnień. Liczba pacjentów objętych opieką przez poradnie i oddziały dzienne leczenia uzależnień.
7.2. Zapewnienie dostępu do poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień dla pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	2. Przeprowadzenie postępowań konkursowych w zakresach świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólna) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz dla oddziałów dziennych leczenia uzależnień - w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	Niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień. Dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólnej) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień skumulowany jest w dużych miastach, głównie w Warszawie, przy jednocześnie widocznych potrzebach pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych województwa.	Zwiększenie dostępności do poradni i oddziałów dziennych leczenia uzależnień, w szczególności na obszarach poza dużymi ośrodkami administracyjnymi	MOW NFZ	2022-2024	27 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT	Liczba umów na świadczenia realizowane w poradniach i oddziałach dziennych leczenia uzależnień do roku poprzedniego.

7.3. Zwiększenie liczby hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób uzależnionych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.	1. Tworzenie bazy hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu. Z uwagi na małą liczbę miejsc udzielania świadczeń wskazane jest utworzenie na terenie województwa nowych placówek z przeznaczeniem na działalność uwzględniającą możliwość realizacji świadczeń w hostelu: dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dla uzależnionych od alkoholu, dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Niewystarczająca w odniesieniu do zapotrzebowania jest liczba hosteli i miejsc readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.	Poprawa dostępności do hosteli i miejsc readaptacyjnych	PWDL JST	2022-2026	8 400 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP	Liczba hosteli i miejsc readaptacyjnych do roku poprzedniego.
7.4. Zapewnienie dostępu do odpowiedniej opieki psychiatrycznej niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym. W przypadku całościowych zaburzeń rozwojowych, które są najczęściej występującym rozpoznaniem wśród dzieci, prawidłowa diagnoza powinna być postawiona do 2. roku życia. Podobnie, aby zapobiec wielu zaburzeniom psychicznym, w tym poważnym zaburzeniom osobowości, diagnoza i terapia zaburzeń więzi i przywiązania powinna być prowadzona nawet w pierwszych miesiącach życia dziecka.	1. Opracowanie programu pozwalającego na wczesne postawienie diagnozy.	Liczba pacjentów poniżej 18. roku życia na 100 tys. ludności małoletniej była na 4. miejscu wśród województw (2307). Najwyższa liczba pacjentów na 100 tys. ludności wystąpiła w powiecie żyrardowskim (4432), płońskim (3703) i otwockim (3220). Najczęściej występującymi rozpoznaniem były całościowe zaburzenia rozwojowe (7,45 tys.), pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży (7,28 tys.) i zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (4,79 tys.).	Wdrożenie i rozwijanie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, adekwatnie do zmieniających się potrzeb.	MOW NFZ Zespół konsultantów JST		400 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT	Liczba dzieci i młodzieży objętych opieką.

<p>7.5.Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci (docelowo zwiększenie liczby poradni, na terenie powiatów stanowiących tzw. „białe plamy”).</p>	<p>1.Tworzenie ośrodków I, II poziomu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jak poniżej w pkt 2.</p>	<p>Poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci dostępne były w części powiatów województwa. Oddziały szpitalne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży można było znaleźć w Warszawie, dwóch przylegających do niej powiatach (piaseczyński i otwocki) oraz w powiecie garwolińskim, co oznacza, że nie było ich w północnej części województwa, ani w powiatach południowych. W województwie nie było w ogóle zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci, a oddziały dzienne znajdowały się w 7 powiatach, brakowało ich przede wszystkim w północnej części województwa. Warto zwrócić uwagę, że problem słabego zabezpieczenia opieki psychiatrycznej w północno-wschodniej części województwa przekracza granice województwa mazowieckiego, ponieważ w województwie podlaskim nie ma oddziału stacjonarnego dla dzieci i młodzieży, a dostęp do opieki ambulatoryjnej i dziennej jest mocno ograniczony.</p>	<p>Zwiększenie dostępności poprzez wzrost liczby ośrodków opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, poradni psychiatrycznych i oddziałów dziennych. Zabezpieczenie dostępności do oddziałów stacjonarnych adekwatnie do potrzeb pacjentów.</p>	<p>PWDL JST</p>	<p>2022-2026</p>	<p>263 000 000 zł</p>	<p>MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT</p>	<p>Liczba ośrodków psychologicznych. Liczba ośrodków psychiatrycznych (poradnia i oddział dzienny). Liczba oddziałów stacjonarnych. Liczba pacjentów objętych opieką w ośrodkach opieki psychologicznej. Liczba pacjentów objętych opieką w ośrodkach opieki psychiatrycznej. Liczba pacjentów objętych opieką w ośrodkach opieki stacjonarnej.</p>
<p>7.6.Zwiększenie dostępu do świadczeń poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dzieci (docelowo zwiększenie liczby poradni, na terenie powiatów stanowiących tzw. „białe plamy”).</p>	<p>1. .Przeprowadzenie postępowań konkursowych dla zakresu Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny tj. zakontraktowanie conajmniej jednego miejsca udzielania świadczeń na obszarach powiatu żuromińskiego, pułtuskiego, ostrowskiego, mławskiego, siedleckiego, płońskiego oraz dzielnicy m.st. Warszawy - Białołęka oraz przeprowadzenie postępowań konkursowych dla zakresu świadczeń środowiskowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny mających na celu zakontraktowanie 18. miejsc udzielania świadczeń na terenie województwa.</p>	<p>Poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci dostępne były w części powiatów województwa. Oddziały szpitalne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży można było znaleźć w Warszawie, dwóch przylegających do niej powiatach (piaseczyński i otwocki) oraz w powiecie garwolińskim, co oznacza, że nie było ich w północnej części województwa, ani w powiatach południowych. W województwie nie było w ogóle zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci, a oddziały dzienne znajdowały się w 7 powiatach, brakowało ich przede wszystkim w północnej części województwa. Warto zwrócić uwagę, że problem słabego zabezpieczenia opieki psychiatrycznej w północno-wschodniej części województwa przekracza granice województwa mazowieckiego, ponieważ w województwie podlaskim nie ma oddziału stacjonarnego dla dzieci i młodzieży, a dostęp do opieki ambulatoryjnej i dziennej jest mocno ograniczony.</p>	<p>Zwiększenie dostępności poprzez wzrost liczby ośrodków opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, poradni psychiatrycznych i oddziałów dziennych. Zabezpieczenie dostępności do oddziałów stacjonarnych adekwatnie do potrzeb pacjentów.</p>	<p>MOW NFZ</p>	<p>2022-2026</p>	<p>300 000 000 zł</p>	<p>MPZ ZP RSRSOZ NPOZP KPT</p>	<p>Liczba umów na świadczenia realizowane w ośrodkach w stosunku do roku poprzedniego.</p>

7.7. Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.	1. Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury. Dostosowanie infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm oraz do nowych zasad opieki psychiatrycznej.	Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.	Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.	PWDL JST	2022-2026	100000000	ZP RSRSOZ	Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów.
---	--	---	---	-------------	-----------	-----------	-----------	--

3.6. 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
8.1. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji ambulatoryjnej poprzez zawieranie dodatkowych umów.	1.Zwiększenie liczby zakładów/ pracowni fizjoterapeutycznych pracowni rehabilitacyjnych, na obszarach powiatów: białobrzeskiego, grodziskiego, ostrowskiego, siedleckiego.	Popyt na świadczenia przewyższa podaż - czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 156 dni). Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności w 2019 roku wyniósł 5 (14. miejsce w kraju, -27% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 14 świadczeniodawców. Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 88,2% wszystkich pacjentów, którym	Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Skrócenie czasu oczekiwania.	PWDL JST	2022-2026	30 000 000 zł	MPZ KPT	Wskaźnik dostępności na 100 tys mieszkańców. Liczba osób oczekujących i czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji stacjonarnej. Liczba osób korzystających ze świadczeń.

		udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 629 (4. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 11 %).						
8.1. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji ambulatoryjnej poprzez zawieranie dodatkowych umów.	2. Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń na obszarach o najniższym wskaźniku zabezpieczenia, tj. powiatach białobrzeskiego, grodziskiego, ostrowskiego, siedleckiego.	<p>Popyt na świadczenia przewyższa podaż - czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 156 dni).</p> <p>Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności w 2019 roku wyniósł 5 (14. miejsce w kraju, -27% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 14 świadczeniodawców. Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 88,2% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 629 (4. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 11 %).</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.</p> <p>Skrócenie czasu oczekiwania.</p>	MOW NFZ	2022-2025	44 000 000 zł	MPZ KPT	Liczba miejsc udzielania świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w stosunku do roku poprzedniego.
8.2. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji stacjonarnej poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne.	1. Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacji stacjonarnej, w poszczególnych subregionach województwa mazowieckiego, o najniższym wskaźniku zabezpieczenia głównie poprzez przekształcenie w ramach istniejącej infrastruktury (tj oddziałów o obłożeniu mniejszym niż 85 %) tj. w zakresie: - rehabilitacji neurologicznej - ok 40 łóżek w subregionie ostrołęckim z oddziałów o specjalności kardiologia, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, - rehabilitacja ogólnoustrojowa - ok 50 łóżek w subregionach: ostrołęckim (30 łóżek) z oddziałów o specjalności kardiologia, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna subregion ostrołęcki, ciechanowski (20 łóżek) z oddziałów o specjalności choroby wewnętrzne, pediatria, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, - rehabilitacja kardiologiczna - ok. 100 łóżek w subregionach (grupach powiatów): siedleckim - 30 łóżek, z	<p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 825 dni, a w przypadku pilnym 163 dni). Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,05 (9. miejsce w kraju, -9% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w 13 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 6 świadczeniodawców. Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 4,6% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 450 (ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 23%).</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń rehabilitacji stacjonarnej/liczby łóżek. Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.</p> <p>Zwiększenie liczby osób korzystających ze świadczeń rehabilitacji stacjonarnej wyrównanie do wskaźnika ogólnopolskiego.</p>	PWDLJST	2022-2026	124 000 000 zł	MPZKPT	Wskaźnik dostępności na 100 tys mieszkańców. Liczba łóżek rehabilitacji stacjonarnej w stosunku do roku poprzedniego. Liczba osób oczekujących i czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji stacjonarnej. Liczba osób korzystających ze świadczeń.

	<p>oddziałów o specjalności onkologia, położnictwo i ginekologia, pediatria, w okołowarszawskim - 10 łóżek, z oddziału o specjalności pediatria, płockim 10 łóżek z oddziałów o specjalności położnictwo i ginekologia oraz pediatria. Utworzenie co najmniej 1 oddziału w subregionie radomskim, poprzez przekształcenie 20 łóżek z oddziałów o specjalnościach onkologia, hematologia i chirurgia dziecięca oraz w ostrołęckim poprzez przekształcenie 30 łóżek z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, okulistyka, chirurgia ogólna.- rehabilitacja pulmonologiczna - utworzenie co najmniej 1 oddziału na obszarach subregionów: ostrołęckiego 10 łóżek z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, pediatria, urologia, ciechanowskiego - 10 łóżek z oddziałów o profilach pediatria, położnictwo i ginekologia, radomskiego 10 łóżek z oddziałów o profilu położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, okołowarszawskiego i miasta st. Warszawy - 10 łóżek z oddziałów o profilu otolaryngologia, chirurgia ogólna i chirurgia urazowo-ortopedyczna, w których aktualnie nie ma oddziału rehabilitacji pulmonologicznej - łącznie około 40 łóżek.</p>							
<p>8.2. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie rehabilitacji stacjonarnej poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne.</p>	<p>2. Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacji neurologicznej - 40 łóżek subregion ostrołęcki - rehabilitacja ogólnoustrojowa - 50 łóżek subregion ostrołęcki i ciechanowski, - rehabilitacja kardiologiczna - 100 łóżek subregion siedlecki, radomski i ostrołęcki oraz okołowarszawski, - rehabilitacja pulmonologiczna - docelowo co najmniej 1 oddział na obszarach subregionów: ostrołęckiego, ciechanowskiego, radomskiego, okołowarszawskiego i miasta st. Warszawy, w których aktualnie nie ma oddziału rehabilitacji pulmonologicznej - łącznie ok. 40 łóżek. 	<p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 825 dni, a w przypadku pilnym 163 dni).Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,05 (9. miejsce w kraju, -9% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w 13 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 6 świadczeniodawców. Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 4,6% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 450</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń rehabilitacji stacjonarnej/liczby łóżek. Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Zwiększenie liczby osób korzystających ze świadczeń rehabilitacji stacjonarnej wyrównanie do wskaźnika ogólnopolskiego.</p>	MOW NFZ	2022-2026	30 000 000 zł	MPZ KPT	Liczba umów na świadczenia realizowane w podmiotach leczniczych w stosunku do roku poprzedniego.

		(ostatnie miejsce w Polsce, poniżej średniej dla kraju o 23%).						
8.3. Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej.	1.Zorganizowanie dodatkowej liczby miejsc do rehabilitacji pulmonologicznej, głównie poprzez przekształcenie w ramach istniejącej infrastruktury (tj oddziałów o obciążeniu mniejszym niż 85 %) i utworzenie co najmniej 1 oddziału na obszarach subregionów: ostrołęckiego 10 łóżek z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, pediatria, urologia, ciechanowskiego - 10 łóżek z oddziałów o profilach pediatria, położnictwo i ginekologia, radomskiego 10 łóżek z oddziałów o profilu położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, okołowarszawskiego i miasta st. Warszawy - 10 łóżek z oddziałów o profilu otolaryngologia, chirurgia ogólna i chirurgia urazowo-ortopedyczna , w których aktualnie nie ma oddziału rehabilitacji pulmonologicznej - łącznie około 40 łóżek.	W latach 2016-2019 wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych zmniejszył się (ze 133 w 2016 r. do 124 w 2019 r.). Głównymi odbiorcami tego typu świadczeń w 2019 r. byli pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (46,5%), astmą (32,4%) oraz innymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego (8,4%). Mazowsze jest jednym z dwóch województw o najniższym poziomie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej (wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,04 i jest o 50% niższy od średniego wskaźnika dla Polski). Aktualnie przedmiotowych świadczeń udzielają 2 podmioty lecznicze. Przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w przypadku stabilnym w lutym 2020 roku wynosił 140 dni.	Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej. Wyrównanie wskaźnika dostępności do średniej wartości krajowej. Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	PWDL MOW NFZ JST	2022-2026	12 000 000 zł	MPZKPT	Liczba miejsc udzielania świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej w stosunku do roku poprzedniego.Wskaźnik dostępności do świadczeń na 100 tys. mieszkańców.Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.
8.3. Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej.	2.Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń z rehabilitacji pulmonologicznej - docelowo co najmniej 1 oddział na obszarach subregionów: ostrołęckiego, ciechanowskiego, radomskiego, okołowarszawskiego i miasta st. Warszawy , w których aktualnie nie ma oddziału rehabilitacji pulmonologicznej - łącznie ok. 40 łóżek.	W latach 2016-2019 wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. mieszkańców w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych zmniejszył się (ze 133 w 2016 r. do 124 w 2019 r.). Głównymi odbiorcami tego typu świadczeń w 2019 r. byli pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (46,5%), astmą (32,4%) oraz innymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego (8,4%). Mazowsze jest jednym z dwóch województw o najniższym poziomie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej (wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców wynosi 0,04 i jest o 50% niższy od średniego wskaźnika dla Polski). Aktualnie przedmiotowych świadczeń udzielają 2 podmioty lecznicze. Przeciętny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w przypadku stabilnym w lutym 2020 roku wynosił 140 dni.	Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej. Wyrównanie wskaźnika dostępności do średniej wartości krajowej. Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	MOW NFZ	2022-2024	2 000 000 zł	MPZ KPT	Liczba umów na świadczenia realizowane w podmiotach leczniczych w stosunku do roku poprzedniego.

8.4. Zawieranie dodatkowych umów w zakresie stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej.	1. Utworzenie ok. 100 łóżek rehabilitacji kardiologicznej poprzez przekształcenie w ramach istniejącej infrastruktury (tj. oddziałów o specjalnościach, w których stwierdzono obłożenie na terenie wskazanych obszarów poniżej 85 %), w subregionach (grupach powiatów): siedleckim - 30 łóżek z oddziałów o specjalności onkologia, położnictwo i ginekologia, pediatria, w okołowarszawskim - 10 łóżek z oddziału o specjalności pediatria, płockim 10 łóżek z oddziałów o specjalności położnictwo i ginekologia oraz pediatria. Utworzenie co najmniej 1 oddziału w subregionie radomskim, poprzez przekształcenie 20 łóżek z oddziałów o specjalnościach onkologia, hematologia i chirurgia dziecięca oraz w ostrołęckim poprzez przekształcenie 30 łóżek z oddziałów o specjalnościach położnictwo i ginekologia, okulistyka, chirurgia ogólna.	W rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności wyniósł 1 238, co plasuje Mazowsze na 15 miejscu spośród 16 województw (średnia dla Polski 2 255 osobodni na 100 tys. mieszkańców). Aktualnie świadczenia w tym zakresie realizowane są przez 12 podmiotów leczniczych, a średnia liczba dni hospitalizacji wynosi 20 dni	Zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej.	PWDL JST	2022-2026	5 000 000 zł	MPZ KPT	Liczba miejsc udzielania świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w stosunku do roku poprzedniego. Wskaźnik dostępności do świadczeń na 100 tys. mieszkańców. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.
8.4. Zawieranie dodatkowych umów w zakresie stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej.	2. Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń - w subregionach (grupach powiatów): siedleckim - 30 łóżek, okołowarszawskim - 10 łóżek, płockim 10 łóżek, radomskim - 20 łóżek, ostrołęckim - 30 łóżek.	W rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności wyniósł 1 238, co plasuje Mazowsze na 15 miejscu spośród 16 województw (średnia dla Polski 2 255 osobodni na 100 tys. mieszkańców). Aktualnie świadczenia w tym zakresie realizowane są przez 12 podmiotów leczniczych, a średnia liczba dni hospitalizacji wynosi 20 dni	Zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej.	MOW NFZ	2022-2024	9 000 000 zł	MPZKPT	Liczba umów na świadczenia realizowane w podmiotach leczniczych w stosunku do roku poprzedniego.
8.5. Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji domowej.	1. Utworzenie bazy zespołów rehabilitacji domowej, co najmniej 1 zespołu na obszarach powiatów: ostrołęckiego i żuromińskiego.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,42 (6. miejsce w kraju, +3% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 2 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie oraz Radomiu. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 67 świadczeniodawców.	Poprawa dostępności do świadczeń. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	PWDL JST	2022-2026	1 000 000 zł	MPZ	Liczba umów na świadczenia rehabilitacji domowej. Liczba podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji domowej. Liczba pacjentów objętych opieką. Liczba obszarów niezabezpieczonych (liczba powiatów).

8.5. Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji domowej.	2.Przeprowadzenie postępowań konkursowych, w celu zakontraktowania co najmniej 1 zespołu rehabilitacji domowej na obszarach powiatów: ostrołęckiego i żuromińskiego, na których aktualnie żaden podmiot nie zgłaszał gotowości realizacji świadczeń fizjoterapii domowej.	Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji domowej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 1,42 (6. miejsce w kraju, +3% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 2 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie oraz Radomiu. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 67 świadczeniodawców.	Poprawa dostępności do świadczeń. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	MOW NFZ	2022-2026	7 000 000 zł	MPZ	Liczba umów na świadczenia realizowane w podmiotach leczniczych w stosunku do roku poprzedniego.
8.6. Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej.	1.Utworzenie podmiotów realizujących świadczenia rehabilitacji dziennej, w szczególności rehabilitacji słuchu, wzroku i dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń na obszarach subregionów o najniższym wskaźniku zabezpieczenia, tj. w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy - ostrołęckiego, w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku - miasta st. Warszawy, w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego - ostrołęckiego, ciechanowskiego, płockiego, radomskiego i okołowarszawskiego oraz utworzenie co najmniej 1 oddziału na obszarach subregionów: w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy - ciechanowskiego, w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku - ostrołęckiego, siedleckiego, radomskiego, ciechanowskiego, w których aktualnie nie ma przedmiotowych oddziałów rehabilitacji dziennej.	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 294 dni).Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 3,08 (2. miejsce w kraju, +41% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w 8 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 21 świadczeniodawców.	Poprawa dostępności do świadczeń. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	PWDLIST	2022-2026	80 000 000 zł	MPZ	Liczba podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji dziennej w stosunku do roku poprzedniego.Liczba pacjentów objętych opieką.Liczba obszarów niezabezpieczonych.
8.5. Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej.	2. Przeprowadzenie postępowań konkursowych, w celu zwiększenia miejsc udzielania świadczeń na obszarach subregionów o najniższym wskaźniku zabezpieczenia, tj. w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy - ostrołęckiego, w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku - miasta st. Warszawy, w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego - ostrołęckiego, ciechanowskiego, płockiego, radomskiego i okołowarszawskiego oraz zakontraktowania co najmniej 1 oddziału na obszarach subregionów: w zakresie	Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 294 dni).Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji dziennej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 3,08 (2. miejsce w kraju, +41% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w 8 powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do roku 2016 przybyło 21 świadczeniodawców.	Poprawa dostępności do świadczeń. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.	MOW NFZ	2022-2026	32 000 000 zł	MPZ	Liczba umów na świadczenia rehabilitacji dziennej w stosunku do roku poprzedniego.

	rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy - ciechanowskiego, w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku - ostrołęckiego, siedleckiego, radomskiego, ciechanowskiego, w których aktualnie nie ma przedmiotowych oddziałów rehabilitacji dziennej.							
8.7.Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.	1.Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury. Dostosowanie infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm w powiatach: radzyński, m. Warszawa, m .Radom, m. Ostrołęka, otwocki, żuromiński, nowodworski, wołomiński, sierpcki, miński. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.	Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania. Chodzi o podmioty, w których jest przestarzała infrastruktura, która wymaga m.in.. wymiany okien, naprawy wind, wdrożenie rozwiązań proekologicznych m.in. fotowoltaika, pompy ciepła. W niektórych przypadkach należy wybudować nową część szpitala czy przychodni, gdyż obecne nie spełniają wymagań przepisów prawa budowlanego i wymagań fachowych i sanitarnych. Własne wyliczenie na podstawie zebranych danych z podmiotów leczniczych	Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.	PWDL JST	2022-2026	150 000 000 zł	ZP RSRSOZ	Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów.

3.7. 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
9.1. Dostosowanie dostępności opieki długoterminowej we wszystkich oferowanych zakresach do średniego poziomu dla Polski.	1. Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych	Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności wynosiła 4,81 – była to wartość niższa od ogólnopolskiej o 8%. Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 3,95 (mniej niż w Polsce o 6%), opieki długoterminowej stacjonarnej 0,98 (mniej niż w Polsce o 19%). Województwo charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem migracyjnym w Polsce (379 w 2019), co oznacza, że stosunkowo duży odsetek mieszkańców innych województw objętych jest opieką długoterminową na Mazowszu.	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej	PWDL JST	2022-2026	100 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ	Wskaźnik liczby podmiotów leczniczych posiadających komórki organizacyjne w rodzaju SPO na 100 tys. mieszkańców.
9.1. Dostosowanie dostępności opieki długoterminowej we wszystkich oferowanych zakresach do średniego poziomu dla Polski.	2. Zwiększenie zakontraktowanej liczby świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń poprzez przeprowadzenie postępowań konkursowych/renegocjacje.	Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności wynosiła 4,81 – była to wartość niższa od ogólnopolskiej o 8%. Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 3,95 (mniej niż w Polsce o 6%), opieki długoterminowej stacjonarnej 0,98 (mniej niż w Polsce o 19%). Województwo charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem migracyjnym w Polsce (379 w 2019), co oznacza, że stosunkowo duży odsetek mieszkańców innych województw objętych jest opieką długoterminową na Mazowszu.	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej	MOW NFZ	2022-2026	22 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ	Liczba zakontraktowanych świadczeń w stosunku do roku poprzedniego.
9.2. Zwiększenie dostępności do świadczeń długoterminowej opieki domowej.	Zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń, do osiągnięcia wskaźnika dostępności równego średniej krajowej t.j. 36561 jednostek rozliczeniowych na 100 tys. mieszkańców.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką długoterminową na 100 tys. ludności był niższy od średniej ogólnopolskiej o 16% (240 - Mazowsze względem 286 - Polska), w opiece domowej było 135 pacjentów na 100 tys. ludności (-24% w stosunku do średniej kraju), a w opiece stacjonarnej 109 (+3% w stosunku do średniej).	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej domowej - dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej osiągnięcie docelowo wskaźnika 36 560 liczby jednostek rozliczeniowych na 100 tys. mieszkańców	MOW NFZ	2022-2026	22 000 000 zł	MPZ ZP RSRSOZ KPT	Wskaźnik zakontraktowanej liczby świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców. Liczba ośrodków opieki domowej w stosunku do roku poprzedniego.

9.3. Utworzenie dodatkowych ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem powiatów w których brak jest zabezpieczenia.	Tworzenie zakładów opiekuńczych w powiatach na obszarach niezabezpieczonych i kontaktowanie w wyniku postępowań konkursowych, w szczególności na terenie powiatów ostrołęcki, ostrowski, wyszkowski, węgrowski, wołomiński, sochaczewski, grodziski, grójecki.	W opiece stacjonarnej w województwie istnieje 8 powiatów bez zakontraktowanych zakładów opiekuńczych, mieszkańcy tych powiatów korzystają z opieki domowej lub trafiają pod opiekę stacjonarną w sąsiednich powiatach.	Poprawa dostępności do zakładów opiekuńczo – leczniczych.	PVDL JST MOW NFZ	2022-2026	425 000 000 zł	MPZ KPT	Wskaźnik zakontraktowanej liczby świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjnych no-opiekuńczych na 100 tys. mieszkańców. Liczba ZOL/ZPO.
Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.	Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury na obszarze woj. mazowieckiego. Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm w powiatach: mławski, mińskim, m. Siedlce. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.	Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.	Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.	PVDL KPO JST	2022-2026	40 000 000 zł	ZP RSRSOZ	Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów.

3.8. 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
10.1. Zwiększenie dostępności stacjonarnej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących świadczenia stacjonarne - utworzenie hospicjów dysponujących łącznie co najmniej 50 łózkami, na obszarze północno - wschodnim i południowym Mazowsza.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze, 251,26 - Polska). W przypadku opieki stacjonarnej 71,19 pacjentów/100 tys. ludności (14. miejsce w kraju, -25% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej	PWDL JST	2022-2026	25 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Wskaźnik liczby hospicjów stacjonarnych/oddziałów medycyny paliatywnej na 100 tyś. mieszkańców.
10.1. Zwiększenie dostępności stacjonarnej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie zakontraktowanej liczby stacjonarnych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej - docelowo co najmniej 111 325 jednostek rozliczeniowych rocznie, co umożliwi realizację świadczeń w hospicjach stacjonarnych na dodatkowych 50 łózkach, w szczególności na obszarach północno - wschodnim i południowym Mazowsza.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze, 251,26 - Polska). W przypadku opieki stacjonarnej 71,19 pacjentów/100 tys. ludności (14. miejsce w kraju, -25% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej	MOW NFZ	2022-2026	12 500 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba zakontraktowanych stacjonarnych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w stosunku do roku poprzedniego.
10.2. Zwiększenie dostępności domowej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących świadczenia domowe - utworzenie dodatkowych podmiotów realizujących świadczenia domowe na obszarach o najniższym zabezpieczeniu (powiaty: grodziski, płoński, pruszkowski, sochaczewski, siedlecki).	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze, 251,26 - Polska). W przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 164,31 pacjentów/100 tys. ludności (7. miejsce w kraju, +1% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej	PWDL JST	2022-2026	5 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Wskaźnik liczby hospicjów domowych na 100 tyś. mieszkańców.
10.2. Zwiększenie dostępności domowej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie zakontraktowanej liczby domowych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w powiatach: grodziski, płoński, pruszkowski, sochaczewski, siedlecki, co najmniej do poziomu 14 700 jednostek rozliczeniowych na 100 tys. mieszkańców powiatu.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze, 251,26 - Polska). W rozbięciu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń skorzystało 164,31 pacjentów/100 tys. ludności (7. miejsce w kraju, +1% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej	MOW NFZ	2022-2026	5 000 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba zakontraktowanych domowych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w stosunku do roku poprzedniego.

10.3. Niezbędne jest dostosowanie dostępności ambulatoryjnej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących świadczenia ambulatoryjne - utworzenie poradni medycyny paliatywnej - co najmniej 12 na terenie województwa (po 2 poradnie w każdym subregionie: plockim, radomskim, siedleckim, ostrołęckim, ciechanowskim i warszawskim)	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze,251,26 - Polska). W przypadku opieki a w warunkach ambulatoryjnych 9,02 pacjentów/100 tys. ludności (ostatnie miejsce w kraju, -76% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej	PWDL JST	2022-2026	500 000 zł	MPZ NSO KPT	Wskaźnik liczby poradni medycyny paliatywnej na 100 tyś. mieszkańców.
10.3. Niezbędne jest dostosowanie dostępności ambulatoryjnej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.	Zwiększenie zakontraktowanej liczby świadczeń poradni medycyny paliatywnej - 12 poradni medycyny paliatywnej w subregionach: plockim, radomskim, siedleckim, ostrołęckim, ciechanowskim i warszawskim, co najmniej do poziomu 150 jednostek rozliczeniowych na 100 tys. mieszkańców województwa.	Wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa jest nieznacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze,251,26 - Polska). W przypadku opieki w warunkach ambulatoryjnych 9,02 pacjentów/100 tys. ludności (ostatnie miejsce w kraju, -76% w stosunku do średniej dla Polski).	Poprawa dostępności do ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej	MOW NFZ	2022-2026	500 000 zł	MPZ NSO KPT	Liczba zakontraktowanych świadczeń poradni medycyny paliatywnej w stosunku do roku poprzedniego.
10.2 Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.	Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury na obszarze woj. mazowieckiego w podmiotach, w których jest przestarzała infrastruktura, która wymaga m.in.. wymiany okien, naprawy wind, wdrożenie rozwiązań proekologicznych m.in. fotowoltaika, pompy ciepła. W niektórych przypadkach należy wybudować nową część szpitala czy przychodni, gdyż obecne nie spełniają wymagań przepisów prawa budowlanego i wymagań fachowych i sanitarnych. Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm w powiatach: żuromiński, żyrardowski, miński, mławski, warszawski. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.	Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.	Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.	JST PWDL	2022-2026	80 000 000 zł	ZP RSRSOZ KPO	Liczba zmodernizowanych obiektów świadczących stacjonarną opiekę paliatywną i hospicyjną . Liczba wybudowanych obiektów świadczących stacjonarną opiekę paliatywną i hospicyjną. Liczba zmodernizowanych obiektów świadczących ambulatoryjną opiekę paliatywną i hospicyjną . Liczba wybudowanych obiektów świadczących ambulatoryjną opiekę paliatywną i hospicyjną.

3.9. 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
11.1. Dostosowanie liczby ZRM do stale zmieniającego się stanu (liczebności) i struktury społeczeństwa województwa (starzenie się społeczeństwa, migracje społeczeństwa z aglomeracji wiejskich do aglomeracji miejskich)	1. Dostosowanie Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa mazowieckiego w zakresie liczby, rodzaju i rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego do aktualnych potrzeb zdrowotnych.	Zwiększenie ilości zespołów ratownictwa medycznego i bieżące dostosowywanie rozmieszczenia wpłynie korzystnie na poprawę dostępności i jakości medycznych czynności ratunkowych. Stale zmieniająca się sytuacja demograficzno-społeczna (z uwzględnieniem czynników ekonomicznych) narzuca na cały system ochrony zdrowia - w szczególności na System Państwowe Ratownictwo Medyczne - konieczność dostosowywania sił i środków do zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Charakter i kierunek zmian wskazuje na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia realizowane w warunkach przedszpitalnych (tj. przez ZRM). Liczba ZRM przekłada się m.in. na ich dostępność, zatem ma istotny wpływ na czas przekazania zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych do realizacji dla personelu medycznego ZRM. Przykład trwającej od ponad roku epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 skutecznie wykluczył jednak możliwość dalekosiężnych planów - toteż kluczowa jest bieżąca analiza potrzeb i dostosowywanie liczby/rodzaju jednostek Systemu do potrzeb i warunków.	Wskaźnik liczby ZRM na 100 tys., czasy dotarcia do zdarzeń, czasy od momentu przyjęcia zgłoszenia do dotarcia zespołu na miejsce wezwania.	MUW MOW NFZ	2022-2026	1 440 000 000 zł	WPDzSPRM MPZ	Wskaźnik liczby ZRM na 100 tys., czasy dotarcia do zdarzeń, czasy od momentu przyjęcia zgłoszenia do dotarcia zespołu na miejsce wezwania.
11.1. Dostosowanie liczby ZRM do stale zmieniającego się stanu (liczebności) i struktury społeczeństwa województwa (starzenie się społeczeństwa, migracje społeczeństwa z aglomeracji wiejskich do aglomeracji miejskich)	2. Dostosowywanie liczby ZRM do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.	Zwiększenie ilości zespołów ratownictwa medycznego i bieżące dostosowywanie rozmieszczenia wpłynie korzystnie na poprawę dostępności i jakości medycznych czynności ratunkowych. Stale zmieniająca się sytuacja demograficzno-społeczna (z uwzględnieniem czynników ekonomicznych) narzuca na cały system ochrony zdrowia - w szczególności na System Państwowe Ratownictwo Medyczne - konieczność dostosowywania sił i środków do zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Charakter i kierunek zmian wskazuje na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia realizowane w warunkach przedszpitalnych (tj.	Liczba ZRM w stosunku do roku poprzedniego.	MUW MOW NFZ	2022-2026	17 520 000 zł	WPDzSPRM MPZ	Liczba ZRM w stosunku do roku poprzedniego.

		przez ZRM). Liczba ZRM przekłada się m.in. na ich dostępność, zatem ma istotny wpływ na czas przekazania zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych do realizacji dla personelu medycznego ZRM. Przykład trwającej od ponad roku epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 skutecznie wykluczył jednak możliwość dalekosiężnych planów - toteż kluczowa jest bieżąca analiza potrzeb i dostosowywanie liczby/rodzaju jednostek Systemu do potrzeb i warunków.						
11.1. Dostosowanie liczby ZRM do stale zmieniającego się stanu (liczebności) i struktury społeczeństwa województwa (starzenie się społeczeństwa, migracje społeczeństwa z aglomeracji wiejskich do aglomeracji miejskich)	3. Zwiększenie ZRM poprzez przekształcenie ZRM typu specjalistycznego na ZRM typu podstawowego.	Zwiększenie ilości zespołów ratownictwa medycznego i bieżące dostosowywanie rozmieszczenia wpłynie korzystnie na poprawę dostępności i jakości medycznych czynności ratunkowych. Stale zmieniająca się sytuacja demograficzno-społeczna (z uwzględnieniem czynników ekonomicznych) narzuca na cały system ochrony zdrowia - w szczególności na System Państwowe Ratownictwo Medyczne - konieczność dostosowywania sił i środków do zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Charakter i kierunek zmian wskazuje na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia realizowane w warunkach przedszpitalnych (tj. przez ZRM). Liczba ZRM przekłada się m.in. na ich dostępność, zatem ma istotny wpływ na czas przekazania zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych do realizacji dla personelu medycznego ZRM. Przykład trwającej od ponad roku epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 skutecznie wykluczył jednak możliwość dalekosiężnych planów - toteż kluczowa jest bieżąca analiza potrzeb i dostosowywanie liczby/rodzaju jednostek Systemu do potrzeb i warunków.	Liczba przekształconych ZRM w stosunku do roku poprzedniego.	MUW	2022-2026	Bezkosztowo	WPDzSPRM MPZ	Liczba przekształconych ZRM w stosunku do roku poprzedniego.
11.2. Zwiększenie liczby ZRM, alokacja z ewentualnym rozproszeniem zespołów - ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki województwa, ewentualnych zagrożeń, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ponadto, przeanalizowania wymaga możliwość usprawnienia Systemu PRM poprzez uruchomienie zespołów motocyklowych, po	1. Jeżeli system prawny będzie na to pozwalał /Uruchomienie zespołów motocyklowych na obszarze dużych miast w województwie mazowieckim, tj. 2 Warszawa, Radom, Płock, Siedlce.	Duże aglomeracje miejskie na terenie województwa mazowieckiego charakteryzują się dużym natężeniem ruchu, co skutkuje wydłużającym się czasem dojazdu ambulansów drogowych na miejsce zdarzenia W kontekście motocyklowych ZRM wymagane są odpowiednie odgórne uregulowania prawne.	Czasy dojazdu zespołów ratownictwa medycznego Liczba uruchomionych zespołów motocyklowych.	MUW MOW NFZ	2022-2026	4 500 000 zł	WPDzSPRM MPZ	Czasy dojazdu zespołów ratownictwa medycznego Liczba uruchomionych zespołów motocyklowych.

wprowadzeniu stosownych uregulowań prawnych. Rekomenduje się w szczególności funkcjonowanie zespołów motocyklowych na obszarze dużych miast w województwie mazowieckim, tj. Warszawa, Radom, Płock, Ostrołęka, Siedlce, Ciechanów.								
11.3. Wobec dalszych problemów z zapewnieniem dostępności lekarzy do pracy w ZRM oraz faktu rozwoju zawodu ratownika medycznego jako filaru działania Systemu PRM, rekomenduje się planowanie ilości zespołów specjalistycznych z uwzględnieniem możliwości realnego wsparcia działań medycznych przez te zespoły dla zespołów ratownictwa medycznego typu podstawowego. Rekomenduje się również przeanalizowanie obowiązujących wymagań dotyczących kwalifikacji lekarzy Systemu PRM oraz wymogów co do składu osobowego ZRM specjalistycznych.	1. Dostosowanie składów zespołów, kwalifikacji osób udzielających świadczeń w zespołach ratownictwa medycznego od aktualnej dostępności personelu medycznego i stopniowe przechodzenie na zespoły typu "P"	Brak personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach skutkuje brakiem zabezpieczenia dostępności do świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego. Problemy kadrowe w ZRM, w szczególności w kontekście lekarzy Systemu, ograniczają możliwość zwiększenia - a nawet utrzymania - obecnej liczby ZRM typu specjalistycznego. Braki w obsadzie lekarzy w ZRM mają ogólnokrajowy charakter, toteż pod uwagę należałoby wziąć wymagania dotyczące kwalifikacji lekarzy Systemu PRM określone prawem. Rozwój zawodu ratownika medycznego sprawia, iż na obecną chwilę stanowi to filar działania przedszpitalnych jednostek Systemu PRM. Zmniejszenie liczby ZRM typu specjalistycznego przy jednoczesnym zwiększaniu liczby ZRM typu podstawowego wydaje się być najskuteczniejszym rozwiązaniem w obecnej sytuacji.	Liczba zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w pełnym składzie osobowym. Liczba ZRM S do liczby ZRM P. Liczby interwencji ZRM w podziale na S i P	MUW MOW NFZ	2022-2026	Bezkosztowo	WPDzSPRM MPZ KPT	Liczba zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w pełnym składzie osobowym.
11.4. Wsparcia wymaga wymiana środków transportu ZRM ze szczególnym uwzględnieniem wyposażania ambulansów w sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej, zwłaszcza w ZRM funkcjonujących w składzie dwuosobowym	1. Wymiana środków transportu ZRM ze szczególnym uwzględnieniem wyposażania ambulansów w sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej, zwłaszcza w ZRM funkcjonujących w składzie dwuosobowym. Analiza sytuacji i problemów poszczególnych obszarów województwa mazowieckiego, analiza zgłaszanych przez Dysponentów ZRM problemów w kontekście eksploatowanych pojazdów. Współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, Urzędem Marszałkowskim Województwa Mazowieckiego w Warszawie.	Sprawne i dobrze wyposażone środki transportu mają wpływ na poprawę bezpieczeństwa oraz skuteczność udzielanych medycznych czynności ratunkowych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku minimalnego składu osobowego zespołów podstawowych (2 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym kierowca) sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej daje możliwość sprawnego i skutecznego prowadzenia czynności ratunkowych.	Udział nowych środków transportu w stosunku do roku poprzedniego. Liczba środków transportu wyposażonych w sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej	Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego Organy założycielskie MUW	2022-2026	49 400 000 zł	WPDzSPRM MPZ	Udział nowych środków transportu w stosunku do roku poprzedniego. Liczba środków transportu wyposażonych w sprzęt do automatycznej kompresji klatki piersiowej

<p>11.5. Rekomenduje się utrzymanie objęcia ww. harmonogramami świadczeń ("ostre dyżury") z zakresu m.in. psychiatrii dziecięcej, okulistyki oraz ewentualne rozszerzenie o inne zakresy świadczeń w miarę zgłaszanych przez podmioty potrzeb</p>	<p>1. Ustalanie harmonogramów "ostrych dyżurów" z uwzględnieniem zabezpieczenia dostępności do świadczeń</p>	<p>Wskazanie harmonogramu podmiotów udzielających świadczeń specjalistycznych w warunkach zwiększonej gotowości na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest korzystne ze względu na poprawę dostępności do świadczenia we właściwym zakresie</p>	<p>Liczba odmów przyjęcia pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego. liczba udzielonych świadczeń, czas obsługi zdarzenia przez ZRM Liczba transportów międzyszpitalnych</p>	<p>PWDL MOW NFZ MUW</p>	<p>2022-2026</p>	<p>Nie dotyczy MUW</p>	<p>WPDzSRM MPZ</p>	<p>Liczba odmów przyjęcia pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego. Liczba transportów międzyszpitalnych</p>
<p>11.6. Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Wszystkie inwestycje mające wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych i przekraczające 2 mln powinny podlegać ocenie IOWISZ.</p>	<p>Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury. Dostosowanie infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm.</p>	<p>Infrastruktura podmiotów leczniczych biorąc pod uwagę stan techniczny, układ funkcjonalny nie spełnia wymogów użytkowników, norm i warunków technicznych oraz nie gwarantuje dobrej dostępności szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Infrastruktura wymaga dostosowania do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic w dostępie do opieki zdrowotnej a także do obowiązujących przepisów budowlanych, ppoż., wod-kan. itd. Inwestycje prowadzone w podmiotach leczniczych powinny podlegać ocenie IOWISZ ze względu na zasadność ich wykonania.</p>	<p>Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p>	<p>PWDL JST</p>	<p>2022-2026</p>	<p>W zależności od rodzaju i skali podejmowanych działań</p>		<p>Liczba zmodernizowanych obiektów. Liczba wybudowanych obiektów</p>

3.10. 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
12.1. Ograniczenie niedoboru specjalistów, szczególnie lekarzy w dziedzinach deficytowych	1. Zwiększenie liczby studentów poprzez: zwiększenie liczby przyjęć dla studentów, którzy będą kształcić się w języku polskim; Planujemy wykształcić ok 6000 studentów, przyjmując że koszt 1 studenta to ok. 40 tyś na rok	Odczuwalny brak kadry medycznej oraz eliminacja pogłębiającej się luki pokoleniowej w wielu dziedzinach powoduje ograniczenia w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych.	Zwiększenie liczby specjalistów. Zapewnienie zastępowalności pokoleniowej	UM	2022-2026	1 500 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ KPT	Liczba studentów w stosunku do roku poprzedniego
12.1. Ograniczenie niedoboru specjalistów, szczególnie lekarzy w dziedzinach deficytowych	2. Występowanie do organów tworzących podmioty lecznicze o utworzenie programów stypendialnych	Odczuwalny brak kadry medycznej oraz eliminacja pogłębiającej się luki pokoleniowej w wielu dziedzinach powoduje ograniczenia w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych	Zwiększenie liczby specjalistów. Zapewnienie zastępowalności pokoleniowej	MUW	2022-2026	Bezkosztowo	ZP RSRSOZ MPZ KPT	Liczba osób otrzymujących stypendia.
12.1. Ograniczenie niedoboru specjalistów, szczególnie lekarzy w dziedzinach deficytowych	3. Zachęcanie podmiotów o występowanie z wnioskiem o akredytacje	Odczuwalny brak kadry medycznej oraz eliminacja pogłębiającej się luki pokoleniowej w wielu dziedzinach powoduje ograniczenia w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych	Zwiększenie liczby specjalistów. Zapewnienie zastępowalności pokoleniowej	MUW	2022-2026	Bezkosztowo	ZP RSRSOZ MPZ KPT	Liczba podmiotów posiadających akredytacje w stosunku do roku 2021.
12.1.1. Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych dla dziedzin deficytowych oraz w dziedzinach alergologia i diabetologia ze względu na przyrost zapadalności na przewlekłe choroby układu oddechowego oraz cukrzycę	Występowanie do podmiotów leczniczych o podjęcie działań w celu pozyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego oraz stworzenie systemu motywującego ubieganie się placówek o udzielenie akredytacji szczególnie w dziedzinach priorytetowych	Poprawa dostępności do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach, w których przyczyną małej liczby specjalistów jest niewystarczająca liczba miejsc szkoleniowych	Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych zgodnie z zapotrzebowaniem Zwiększenie liczby specjalizujących	MUW	2022-2026	Bezkosztowo	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba miejsc szkoleniowych w stosunku do roku poprzedniego. liczba osób specjalizujących.
12.2. Rozszerzanie możliwości ustawicznego podnoszenia kwalifikacji przez fizjoterapeutów, a w szczególności zwiększenie miejsc specjalizacyjnych	1. Utrzymanie przyrostu absolwentów kierunku fizjoterapia poprzez promocję zawodu fizjoterapeuty	Dostępność do świadczeń fizjoterapeutycznych jest zbyt mała i nadal zróżnicowana. Dotyczy przede wszystkim fizjoterapii stacjonarnej w miejscu zamieszkania i świadczeń realizowanych w domach pacjentów. Szczególnie niezadowolający jest dostęp do fizjoterapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z mniejszych miast.	Zwiększenie liczby fizjoterapeutów	UM	2022-2026	50 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba fizjoterapeutów w stosunku do roku poprzedniego

		Duże zainteresowanie specjalizacją. Zwiększenie wykwalifikowanej kadry, co będzie miało wpływ na jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych.						
12.2. Rozszerzanie możliwości ustawicznego podnoszenia kwalifikacji przez fizjoterapeutów, a w szczególności zwiększenie miejsc specjalizacyjnych	2. Występowanie do podmiotów leczniczych o podjęcie działań w celu pozyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego	Dostępność do świadczeń fizjoterapeutycznych jest zbyt mała i nadal zróżnicowana. Dotyczy przede wszystkim fizjoterapii stacjonarnej w miejscu zamieszkania i świadczeń realizowanych w domach pacjentów. Szczególnie niezadowolający jest dostęp do fizjoterapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z mniejszych miast. Duże zainteresowanie specjalizacją. Zwiększenie wykwalifikowanej kadry, co będzie miało wpływ na jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych.	Zwiększenie liczby specjalistów	MUW	2022-2026	Bezkosztowo	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba miejsc szkoleniowych.
12.3. Promocja zawodów pielęgniarstwa i położnictwa, wzrost miejsc na studiach pielęgniarstwa oraz ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych	1. Zachęcanie młodzieży do kształcenia w tych kierunkach w ramach zajęć w szkołach z zakresu doradztwa zawodowego, spotkań z przedstawicielami okręgowych izb pielęgniarstwa i położnictwa.	W województwie mazowieckim na przestrzeni najbliższych lat będzie wzrastało zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki i położne. Jedną z głównych przyczyn są nieuchronne zjawiska demograficzne generujące zwiększony popyt na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Generowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa wynika również z danych epidemiologicznych, w tym najistotniejszymi z punktu widzenia skutków dla ogólnego stanu zdrowia populacji grupami chorób: chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu oddechowego, chorobami zakaźnymi. Konieczne jest również zintensyfikowanie działań w zakresie promowania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Niezbędne jest podejmowanie działań, które wpłyną na zwiększenie atrakcyjności tego zawodu.	Zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych	UM MKO OIPiP	2022-2026	Bezkosztowo	PWP na rzecz PiP MPZ KPT	Liczba pielęgniarek i położnych na 10 0000 ludności.

12.3. Promocja zawodów pielęgniarzy i położnych, wzrost miejsc na studiach pielęgniarczych oraz ustawiczne podnoszenia kwalifikacji zawodowych	2. Zwiększenie liczby wydziałów w uczelniach prowadzących kształcenie pielęgniarzy i położnych; programy stypendialne	W województwie mazowieckim na przestrzeni najbliższych lat będzie wzrastało zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarzy i położne. Jedną z głównych przyczyn są nieuchronne zjawiska demograficzne generujące zwiększony popyt na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Generowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarczą wynika również z danych epidemiologicznych, w tym najistotniejszymi z punktu widzenia skutków dla ogólnego stanu zdrowia populacji grupami chorób: chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu oddechowego, chorobami zakaźnymi. Konieczne jest również zintensyfikowanie działań w zakresie promowania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Niezbędne jest podejmowanie działań, które wpłyną na zwiększenie atrakcyjności tego zawodu.	Zwiększenie liczby studentów	UM MKO OIPiP	2022-2026	50 000 000 zł	PWP na rzecz PiP MPZ KPT	Liczba pielęgniarzy i położnych na 10 0000 ludności. Liczba stypendiów dla pielęgniarzy i położnych. Liczba miejsc kształcących pielęgniarzy i położne
12.3. Promocja zawodów pielęgniarzy i położnych, wzrost miejsc na studiach pielęgniarczych oraz ustawiczne podnoszenia kwalifikacji zawodowych	3. Podnoszenie kwalifikacji pielęgniarzy i położnych poprzez szkolenie specjalistyczne oraz kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne	W województwie mazowieckim na przestrzeni najbliższych lat będzie wzrastało zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarzy i położne. Jedną z głównych przyczyn są nieuchronne zjawiska demograficzne generujące zwiększony popyt na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Generowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarczą wynika również z danych epidemiologicznych, w tym najistotniejszymi z punktu widzenia skutków dla ogólnego stanu zdrowia populacji grupami chorób: chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu oddechowego, chorobami zakaźnymi. Konieczne jest również zintensyfikowanie działań w zakresie promowania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Niezbędne jest podejmowanie działań, które wpłyną na zwiększenie atrakcyjności tego zawodu.	Liczba pielęgniarzy i położnych ze specjalistycznymi kwalifikacjami	PWDL OIPiP	2022-2026	20 000 000 zł	PWP na rzecz PiP MPZ KPT	Liczba pielęgniarzy i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty, zakwalifikowanych do szkolenia specjalistycznego.

3.11. 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
13.1. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania akceleratorów, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych akceleratorów, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Akceleratory zlokalizowane są w czterech powiatach (m. Warszawa, pow. legionowski, m. Siedlce, m. Radom). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu ostrołęckiego (108 km). Szacuje się, że do 2023 roku 42% akceleratorów osiągnie wiek powyżej którego nie jest w stanie wykonywać efektywnej liczby badań i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2026 roku 18 w akceleratorów będzie wymagało wymiany w powiecie legionowskim, w Warszawie i Radomiu.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	250 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ NSO	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany akceleratorów. Liczba akceleratorów na 100 tys. ludności województwa
13.2. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania angiografów, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych angiografów, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	64 angiografy znajdują się w dziewięciu powiatach (ciechanowski, grodziski, otwocki, sierpecki, wołomiński, m. Ostrołęka, m. Radom, m. Siedlce, m. Warszawa). Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym jest, co najmniej 1 angiograf jest powiat ostrowski (54 km). Do 2026 roku 54 angiografy będą wymagały wymiany we wszystkich ww. powiatach, z wyjątkiem sierpeckiego.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	640 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany angiografów Liczba angiografów na 100 tys. ludności województwa
13.3. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania aparatów do brachyterapii, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych aparatów do brachyterapii, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	W województwie znajduje się 12 aparatów do brachyterapii, ulokowanych w m. Warszawa, m. Radom, powiecie legionowskim i powiecie lipskim. Średni wiek aparatów to 9,5 roku, do 2026 roku 11 aparatów do brachyterapii będzie wymagało wymiany we wszystkich wskazanych powiatach.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	35 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ NSO	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany do brachyterapii. Liczba aparatów do brachyterapii na 100 tys. ludności województwa

13.4. W najbliższych latach należy dążyć do zwiększenia dostępności i optymalnego wykorzystania aparatów ECMO, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane)	1. Zakup nowych oraz bieżąca wymiana wyeksploatowanych aparatów ECMO, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Województwo dysponuje 15 aparatami ECMO, służącymi do pozaustrojowego utleniania krwi. Odległość od najbliższego aparatu jest największa dla mieszkańców powiatu sierpeckiego (117 km). W 2019 r. niski priorytet do wymiany posiadało 80% sprzętu, a średni priorytet 20%. Do 2026 roku 14 aparatów ECMO będzie wymagało wymiany w Radomiu i Warszawie.	Zwiększenie dostępności do aparatów ECMO oraz odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej.	PWDL	2022-2026	6 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany ECMO. Liczba ECMO na 100 tys. ludności województwa
13.5. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania gammakamer, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych gammakamer, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Na terenie województwa znajduje się 40 gammakamer, zlokalizowane są w trzech powiatach (m. Warszawa, pow. ciechanowski, m. Siedlce). Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu kozienickiego (92 km). Aktualnie średni wiek sprzętu to 11 lat. Do 2026 roku 35 gammakamer będzie wymagało wymiany w Warszawie i Siedlcach.	Zwiększenie dostępności do gammakamer oraz odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej.	PWDL	2022-2026	190 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany gammakamer. Liczba gammakamer na 100 tys. ludności województwa
13.6. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania mammografów, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych mammografów, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Stacjonarne mammografy działają w większości powiatów województwa mazowieckiego - 180 mammografów w 27 powiatach. Średni aktualny wiek mammografów to 6,5 roku. Do 2026 roku 163 mammografy będzie wymagało wymiany.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	180 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany mammografów. Liczba mammografów na 100 tys. ludności województwa
13.7. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania aparatów PET, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych aparatów PET, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Na terenie województwa znajduje się 6 aparatów PET. Średni wiek aparatów wynosi 6,6 lat. Obszarem najbardziej oddalonym od powiatu, w którym zlokalizowane są aparaty PET jest powiat sierpecki (119 km). Do 2026 roku 5 aparatów PET będzie wymagało wymiany w powiecie legionowskim, Warszawie i Radomiu.	Zwiększenie dostępności do aparatów PET oraz odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej.	PWDL	2022-2026	96 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ NSO	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany PET. Liczba aparatów PET na 100 tys. ludności województwa

13.8. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania rezonansów magnetycznych, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych rezonansów magnetycznych a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Rezonans magnetyczny - 75 aparatów zlokalizowanych jest w 12 powiatach: m. Warszawa, m. Ostrołęka, m. Płock, m. Radom, m. Siedlce, powiecie ciechanowskim, powiecie garwolińskim, powiecie grodziskim, powiecie legionowskim, powiecie otwockim, powiecie płońskim i powiecie pruszkowskim. Do 2026 roku 61 RM będzie wymagało wymiany we wszystkich powiatach z wyjątkiem Siedlec.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	600 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ NSO	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany rezonansów magnetycznych. Liczba rezonansów magnetycznych na 100 tys. ludności województwa
13.9. W najbliższych latach należy dążyć do optymalnego wykorzystania tomografów komputerowych, a także skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).	1. Bieżąca wymiana wyeksploatowanych tomografów komputerowych, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	136 tomografów komputerowych działa w 30 powiatach województwa. Średni aktualny wiek to około 7 lat. Do 2026 roku 96 TK będzie wymagało wymiany w 27 powiatach.	Odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej	PWDL	2022-2026	340 000 000 zł	ZP RSRSOZ MPZ NSO	Liczba wymienionych w stosunku do liczby zaplanowanych do wymiany tomografów komputerowych. Liczba tomografów komputerowych na 100 tys. ludności województwa

4. Monitorowanie planu transformacji

Kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia mają takie elementy jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w Krajowym Planie Transformacji.

Wojewoda corocznie **do dnia 30 kwietnia** będzie przygotowywał monitoring z realizacji WPT zawierający określenie **wartości wskaźników** osiągniętych w danym roku. Informację o realizacji wskaźników Wojewoda każdorazowo zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

W ramach oceny śródkresowej Wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego po wejściu w życie WPT (czyli do 30.06.2024 r.), będzie sporządzał sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji. Przedmiotowe sprawozdanie Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Kolejnym etapem sprawozdawczości następującym po okresie pięcioletniej realizacji KPT, Wojewoda **do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania WPT**, będzie sporządzał końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji WPT. Sprawozdanie to Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Sprawozdanie śródkresowe jak i końcowe będą zawierały:

- 1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie,
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w MPZ,
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań zrealizowanych lub podjętych w danym okresie,
- 4) stopień realizacji wskaźników,
- 5) nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej,
- 6) wnioski wynikające z realizacji KPT,
- 7) propozycje aktualizacji działań.

5. Aktualizacja planu transformacji

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą wykorzystane przy aktualizacji działań ujętych w WPT w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 3 lat (czyli w 2024 r.) lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających

podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa lub w przypadku konieczności doprowadzenia do zgodności WPT z KPT po jego aktualizacji.

Procedura sporządzania i przyjmowania aktualizacji WPT jest analogiczna jak procedura przyjmowania pierwotnego WPT.

Ewentualna aktualizacja WPT będzie obowiązywać od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.