



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 17 grudnia 2021 r.

Poz. 5716

OBWIESZCZENIE WOJEWODY ZACHODNIOPOMORSKIEGO

z dnia 17 grudnia 2021 r.

w sprawie ustalenia wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego

Na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1292) w związku z 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.) ustala się na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. wojewódzki plan transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

WOJEWODA ZACHODNIOPOMORSKI

Zbigniew Bogucki

WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO
na lata 2022 -2026

Szczecin

2021

Spis treści

1.	Wprowadzenie.....	3
2.	Główne obszary działań.....	6
2.1.	Czynniki ryzyka i profilaktyka	6
2.2.	Podstawowa opieka zdrowotna	7
2.3.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	13
2.4.	Leczenie szpitalne.....	16
2.5.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....	23
2.6.	Rehabilitacja medyczna.....	25
2.7.	Opieka długoterminowa.....	30
2.8.	Opieka paliatywna i hospicyjna	32
2.9.	Państwowe Ratownictwo Medyczne	33
2.10.	Kadry.....	35
2.11.	Sprzęt medyczny.....	37
3.	Monitorowanie planu transformacji	39
4.	Aktualizacja planu transformacji	39

1. Wprowadzenie

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

Wojewódzki plan obejmuje:

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

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa.

W województwie zachodniopomorskim utrzymują się trendy demograficzne podobne jak, w całej Polsce. Ujemny przyrost naturalny, niskie wartości współczynnika dzietności kobiet wskazujące na brak zastępowalności pokoleń oraz rosnący udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności mieszkańców województwa dają jasny obraz starzejącego się społeczeństwa. Ma to w konsekwencji wpływ na wzrost zachorowań na choroby przewlekłe oraz rosnące zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze i rehabilitacyjno-lecznicze. W związku z tym jednym z priorytetów na najbliższe lata będzie polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej m.in. poprzez zwiększenie istniejącej, jak również powstanie nowej bazy łóżkowej w ramach opieki stacjonarnej, polepszenie dostępności do opieki w środowisku domowym i przede wszystkim równomierne rozłożenie podmiotów udzielających tego typu świadczeń na terenie całego województwa zachodniopomorskiego.

Z danych epidemiologicznych wynika, że główne problemy zdrowotne mieszkańców województwa zabierające im najwięcej lat życia w zdrowiu oraz będące najczęstszymi przyczynami zgonów, nie

zmieniły się od 20 lat i zgodnie z prognozami nadal nimi będą. Podobnie jak w innych regionach Polski są to choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca i udar oraz nowotwory, w szczególności nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy. Istotnymi problemami zdrowotnymi mieszkańców województwa są też cukrzyca oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne. Na utratę wartości współczynnika DALY największy wpływ w województwie mają czynniki ryzyka tj.: wysokie BMI i ryzyka żywieniowe oraz palenie tytoniu. W celu zapewnienie lepszej jakości życia mieszkańców, ważne jest zapewnienie spójności i ciągłości pomiędzy działaniami promującymi zdrowie i działaniami profilaktycznymi, nasilenie edukacji prozdrowotnej i zwiększenie wachlarza badań profilaktycznych oraz kontynuacja działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe.

Starzenie się społeczeństwa oraz rozwój chorób cywilizacyjnych mają wpływ na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Jednym z ważniejszych elementów ułatwiających dobre jej funkcjonowanie jest koordynacja podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W województwie zachodniopomorskim dostępność do świadczeń zdrowotnych POZ zapewniona jest w każdym powiecie, jednak zdecydowanie gorzej wygląda sytuacja w dostępie do świadczeń zdrowotnych w ramach AOS, dlatego jednym z priorytetów jest skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia w ramach poradni specjalistycznych. Najdłuższy czas oczekiwania jest w poradniach przyszpitalnych przy ośrodkach klinicznych i dużych szpitalach. Pracują w nich specjaliści zatrudnieni na oddziałach, co zapewnia najwyższy poziom leczenia i umożliwia dostęp do wyspecjalizowanego sprzętu, dlatego zasadnym byłoby wprowadzenie dwupoziomowej opieki specjalistycznej poprzez ustalenie referencyjności poradni. Skalę problemu kolejek do poradni specjalistycznych zmniejszyć może również równomierne ich rozłożenie w całym województwie oraz przekazywanie ustabilizowanych pacjentów ponownie pod opiekę lekarzy POZ, co zwolniłoby miejsce dla tych pacjentów, którzy oczekują na wizytę.

Jednym z najważniejszych problemów w leczeniu szpitalnym jest właściwe wykorzystanie łóżek, dlatego istotne jest dążenie do zmniejszenia liczby hospitalizacji poprzez zwiększenie roli opieki ambulatoryjnej w wykonywaniu badań diagnostycznych lub przeprofilowanie niektórych oddziałów w zakłady opieki długoterminowej. Istnieje też konieczność restrukturyzacji szpitali, szczególnie w powiatach, w których znajduje się więcej niż jeden szpital z dublującymi się oddziałami. Zasadne wydaje się również likwidowanie oddziałów ginekologiczno-położniczych w szpitalach, w których liczba porodów jest najmniejsza, a odległość do szpitala zapewniającego świadczenia medyczne tego rodzaju nie stwarza zagrożenia.

Prognozy epidemiologiczne dla województwa zachodniopomorskiego w odniesieniu do roku 2028 zakładają wzrost wpływu na jakość życia mieszkańców problemów zdrowotnych związanych ze zdrowiem psychicznym. Wzrośnie wskaźnik zapadalności na choroby psychiczne, w tym szczególnie na zaburzenia depresyjne. W związku z tym jednym z priorytetów jest też ułatwienie dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej jak największej liczbie mieszkańców. Obecnie w województwie funkcjonuje tylko jedno Centrum Zdrowia Psychicznego, dlatego zasadnym byłoby utworzenie kolejnych, równomiernie rozmieszczonych w województwie. Ponadto w ramach

rozwoju psychiatrii dziecięcej konieczne jest otwieranie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży docelowo w każdym powiecie.

Ilość i jakość wykształcenia kadry medycznej jest kluczowym czynnikiem w całym systemie ochrony zdrowia. W województwie zachodniopomorskim sytuacja w tym zakresie jest zła. Dostęp mieszkańców do opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej jest gorszy w porównaniu do reszty kraju. Województwo jest drugie pod względem odsetka lekarzy i położnych w wieku emerytalnym i posiada największą w Polsce wartość tego odsetka dla pielęgniarek w tym wieku. Średni wiek pielęgniarek to 50,8 lat. Należy zatem wspierać te dziedziny medycyny, w których w przyszłości powstaną znaczne luki kadrowe spowodowane brakiem wymienialności pokoleniowej oraz w tych dziedzinach, w których liczba specjalistów odbiega od zarekomendowanej przez konsultantów krajowych. Z uwagi na położenie geograficzne województwa zasadne będzie też wprowadzenie mechanizmów, które zachęcą kadrę medyczną do podejmowania pracy na terenie naszego województwa i ograniczą ich zarobkową emigrację.

Podobnie jak w całej Polsce, w województwie zachodniopomorskim szczególny nacisk zostanie położony na optymalne/maksymalne wykorzystanie istniejących zasobów sprzętowych, przy utrzymaniu odpowiedniej ich struktury wiekowej oraz alokację sprzętu w taki sposób, aby wyrównywać dostęp do wybranych sprzętów na terenie kraju. Prognoza zapotrzebowania na inwestycje w nowy sprzęt wskazuje, że będą one dotyczyły prawie całego sprzętu, ponieważ za 3 lata tylko aparat PET nie będzie musiał być wymieniony.

Z uwagi na położenie geograficzne i walory przyrodnicze województwa, oferuje ono najszerszą w kraju gamę działalności w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. Według Naczelnego Lekarza Uzdrawiska rekomendowane działania w najbliższej perspektywie w zakresie polepszenia jakości świadczeń zdrowotnych w leczeniu uzdrowiskowym to przede wszystkim zwiększenie w planie NFZ środków finansowych na nie przeznaczonych i skrócenie czasu oczekiwania do uzdrowiskowej rehabilitacji szpitalnej, uzdrowiskowego leczenia szpitalnego, uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego oraz uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego.

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.1.2.1 Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa	Działanie 1: Prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację dotyczących walki z uzależnieniami tj. nowe narkotyki, alkohol, leki	Wśród mieszkańców województwa prognozowany jest wzrost wskaźnika zgonów na zaburzenia związane z piciem alkoholu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Dodatkowo u kobiet z województwa prognozowany jest wzrost zapadalności, chorobowości i zgonów z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, przy jednoczesnym spadku tych wskaźników u mężczyzn. Pomimo utrzymania wysokich nakładów ponoszonych przez Fundusz na leczenie uzależnień od alkoholu w województwie utrzymuje się wysoki wpływ spożywania alkoholu na odsetek zgonów.	1) Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie negatywnych skutków uzależnień. 2) Zmniejszenie wskaźników zapadalności i zgonów z powodu uzależnień.	1) ZOW NFZ, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzka i Powiatowe stacje Sanitarно-Epidemiologiczne	2022-2026	około 19,3 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	1) Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczącymi uzależnień danym roku w stosunku do roku poprzedniego 2) Wskaźnik zapadalności i zgonów z powodu nadużywania alkoholu 3) Wskaźnik zapadalności i zgonów z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych
2.1.4.3 Intensyfikacja działań profilaktycznych w dziedzinie diabetologii	Działanie 3: Promowanie kultury fizycznej przez: zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej oraz promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego.	Powszechne występowanie otyłości wśród mieszkańców województwa może spowodować wybuch epidemii cukrzycy typu 2 oraz innych chorób. Analizując trendy z ostatnich 10 lat wzrasta wpływ czynników ryzyka związanych z dietą na wzrost liczby zgonów: wysokie BMI o ok. 15% i ryzyka żywieniowe o ok. 8%. Zależność pomiędzy nadmierną masą ciała, a występowaniem chorób układu krążenia i umieralnością z tego powodu wykazana została w wielu badaniach.	Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie pozytywnych skutków korzystania z aktywności fizycznej	1) ZOW NFZ, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzka i Powiatowe stacje Sanitarно-Epidemiologiczne	2022-2026	około 31 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących rozpowszechniania aktywnego stylu życia w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

2.1.5 Intensyfikacja działań profilaktycznych wśród mieszkańców powyżej 65 roku życia	1) Działania edukacyjne i profilaktyczne z zakresu zdrowia publicznego mające na celu poprawę stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa powyżej 65 roku życia. 2) Realizacja kampanii społecznych skierowanych do seniorów np. w ramach obchodów Dni Seniora (np. prelekcje). 3) Organizowanie akcji społecznych, ćwiczeń ruchowo- rozwojowych, spotkań tematycznych w lokalnej społeczności. 4) Rozwój infrastruktury umożliwiającej aktywizację i utrzymanie sprawności seniorów.	Kształt piramidy wieku mieszkańców wskazuje na znaczny udział osób starszych. Odsetek ludności w wieku powyżej 65 lat przewyższa odsetek osób poniżej 14 roku życia. Według danych GUS w kolejnych latach dysproporcje te będą się powiększać. W 2050 roku dominanta wieku wyniesie aż 67 lat. Szybko postępujące starzenie się mieszkańców województwa powoduje wzrost liczby osób wymagających stałej opieki medycznej.	Poprawa stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa powyżej 65 roku życia. Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie podejmowania właściwych postaw prozdrowotnych w kontekście poprawy/ utrzymania właściwego poziomu stanu zdrowia.	1) ZOW NFZ, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzka i Powiatowe stacje Sanitarно-Epidemiologiczne	2022-2026	około 22,1 mln zł rocznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Narodowy Program Zdrowia 2012-2025	Liczba osób w wieku powyżej 65 lat objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
---	--	---	--	--	-----------	------------------------------	---	---

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

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

2.2.1.1 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ	Działanie 1: Utworzenie dodatkowych miejsc udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich, głównie dla gmin „obwarzankowych” miasta Koszalina.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	z) Liczba powstałych dodatkowych miejsc udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego
2.2.1.2 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ	Działanie 2: Zwiększenie zaangażowania władz samorządu terytorialnego w politykę zdrowotną, poprzez pozyskanie lekarzy i pozostałego personelu medycznego.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2027	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	z) Liczba nowozatrudnionych lekarzy i pozostałego personelu medycznego w dodatkowych miejscach udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.

2.2.1.3 Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ	Działanie 3: Opracowanie systemu wsparcia na obszarach wiejskich.	Dostępność do świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w województwie jest na dobrym poziomie. Zakres zabezpieczenia tych świadczeń był zróżnicowany wewnątrz województwa. Stosunek procentowy liczby zapisanych pacjentów do liczby mieszkańców był najniższy w powiatach: koszalińskim (59,47%) i polickim (73,9%), łobeskim (74,7%) oraz sławieńskim (79,37%). W pozostałych powiatach wynosił ponad 80%, z czego najwyższy był w Szczecinie (93%) oraz Koszalinie (106%). Analizując powiat koszaliński i miasto Koszalin pod względem dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej, można zaobserwować, że na terenie miasta Koszalin znajdują się 24 podmioty realizujące umowę POZ, a 11 podmiotów POZ w gminach tzw. „obwarzankowych” (Będzino, Bobolice, Mielno, Polanów i Sianów). Powiat koszaliński i miasto Koszalin wpisują się w tendencję niższego odsetka mieszkańców zapisanych w ramach POZ w stosunku do ludności ogółem w gminach tzw. „obwarzankowych”, a wyższego w miastach na prawach powiatu, co wskazuje na migrację pacjentów do miast.	1) Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich. 2) Równomierne rozmieszczenie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie na terenie wsi i miasteczek.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2029	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	Liczba osób na listach aktywnych na terenach wiejskich w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
2.2.2.1 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej	Działanie 1: Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego w zakresie medycyny rodzinnej lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach.	Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynosił: dla lekarzy 58,54 (11 pozycja w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju). 1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę. 2) W województwie występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatry (59 lat), a lekarze interniści (56 lat). 3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno). 4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny	Odmłodzenie kadry medycznej. Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) ZOW NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP	2022-2023	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba dodatkowych miejsc szkoleniowych w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

		<p>rodzinnej.</p> <p>5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie.</p> <p>Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ.</p> <p>Przechodzenie personelu pielęgniarskiego na emerytury ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej POZ a także pielęgniarki medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa rośnie liczba rozwiązanych umów pielęgniarek medycyny szkolnej.</p>						
2.2.2.2 Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej	Działanie 2:Zwiększenie liczby lekarzy POZ z kwalifikacjami do tworzenia listy aktywnej na niezabezpieczonych terenach województwa.	<p>Obecnie funkcjonujące pojedyncze praktyki lekarskie działają w oparciu o lekarzy w wieku tuż przedemerytalnym lub emerytalnym. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie było 362 lekarzy POZ, którzy ukończyli 60 rok życia, co stanowiło 41,56% z ogółu lekarzy POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Biorąc pod uwagę dane krajowe szacuje się, że blisko 44 proc. lekarzy w kraju jest w wieku emerytalnym, a 8 proc. przekroczyło 71. rok życia. Wskaźniki liczby personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności wynosił: dla lekarzy 58,54 (11 pozycji w kraju), dla pielęgniarek 76,81 (9 pozycja w kraju), dla położnych 13,5 (10 pozycja w kraju).1) Problem braku kadry lekarskiej dotyka całej Polski. W województwie obserwowana jest tendencja starzenia się pracowników służby zdrowia, a w konsekwencji zamykania praktyki lekarskiej z powodu przejścia lekarzy pierwszego kontaktu na emeryturę.2) W województwie występuje olbrzymia luka pokoleniowa wśród lekarzy POZ – średnia wieku to 59,15 lat, lekarze pediatrzy (59 lat), a lekarze interniści (56 lat). 3) Zakończenie działalności wiązać się będzie z zamknięciem przychodni oraz brakiem dostępności do świadczeń POZ (Trzebież, Nowe Warpno, Tuczno, Człopa, Węgorzyno).4) W województwie rośnie liczba niezabezpieczonych obszarów z najniższym dostępem do świadczeń medycyny rodzinnej.5) Jedną z przyczyn braku lekarzy w systemie jest zmniejszenie przyjęć na kierunki lekarskie. Według danych na dzień 01.06.2019 r. w województwie były 204 pielęgniarki POZ, które ukończyły 60 rok życia, co stanowiło 27,02% z ogółu pielęgniarek POZ udzielających świadczeń w ramach zawartych umów z ZOW NFZ. Przechodzenie personelu pielęgniarskiego na emerytury ograniczy dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej POZ a także pielęgniarki medycyny szkolnej. W powiatach i gminach województwa</p>	Odmłodzenie kadry medycznej.Wzrost liczby kadry medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej oraz personelu pomocniczego.	1) jednostki samorządu terytorialnego,2) ZOW NFZ,3) Konsultanci wojewódzcy4) PUM5) podmioty lecznicze6) CMKP	2022-2024	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba osób na listach aktywnych w podstawowej opiece zdrowotnej na 100 tys. ludności.

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

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

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.3.1 Zwiększenie dostępności do poradni, których liczba w przeliczeniu na 10 tys. ludności w porównaniu z resztą kraju jest najmniejsza, bądź w których liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. ludności niekorzystnie odbiega od wartości dla Polski.	1) Utworzenie nowych poradni w dziedzinach: - kardiologii dziecięcej, - neurologii dziecięcej, - reumatologicznej - endokrynologicznej - hematologicznej 2) Rozwój opieki ambulatoryjnej w szpitalach powiatowych, gdzie nastąpiła restrukturyzacja/konsolidacja oddziałów szpitalnych	Pod względem liczby udzielonych porad przypadających na tys. mieszkańców województwa osiągnięte zostały następujące wartości wskaźników dla poradni: 1) kardiologicznej dla dzieci - wskaźnik 4,74 (16. najniższa wartość wśród 16 województw) 2) neurologicznej dla dzieci - wskaźnik 7,12 (15. najniższa wartość wśród 16 województw) 3) reumatologicznej - wskaźnik 24,38 (15. najniższa wartość wśród 16 województw) 4) endokrynologicznej - wskaźnik 45,29 (14. najniższa wartość) 5) hematologicznej – wskaźnik 9,52 (14. najniższa wartość). Na tle kraju szczególnie niekorzystnie wypada, dostępność mieszkańców województwa do wymienionych poradni. Wskaźniki odnoszące się do liczby porad udzielonych w tych poradniach w przeliczeniu na tys. mieszkańców lokują województwo na jednym z ostatnich miejsc w kraju.	1) Utworzenie nowych poradni jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba wykonanych porad w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. 2) Liczba poradni w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców
2.3.2 Zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo długim czasem oczekiwania na świadczenia.	1) Poprawa warunków funkcjonowania, w tym infrastruktury lokalowo-sprzętowej poradni specjalistycznych z utrudnioną dostępnością do świadczeń, tj.: chirurgii naczyń i leczenia naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, neurochirurgii, chorób metabolicznych, hepatologicznej, genetycznej, leczenia bólu, gastroenterologii dla dzieci, hematologii, okulistyki, kardiologii, nefrologii, gastroenterologii oraz endokrynologii, hepatologii, leczenia bólu, chorób naczyń, chirurgii ogólnej,	W województwie najdłuższy czas oczekiwania dla przypadków stabilnych występuje do poradniach: chirurgii naczyń i leczenia naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, neurochirurgii, chorób metabolicznych, hepatologicznej, genetycznej, leczenia bólu, gastroenterologii dla dzieci, hematologii, okulistyki, kardiologii, nefrologii, gastroenterologii. Najdłuższe czasy oczekiwania dla przypadków pilnych występują w poradniach: chorób zakaźnych, neurochirurgicznej, gastroenterologii dla dzieci, endokrynologii, hematologii, hepatologii, leczenia bólu, chorób naczyń, nefrologicznej, chirurgii ogólnej, kolonoskopii, chirurgii naczyniowej, rezonansu medycznego, neurochirurgii dla dzieci, reumatologicznej. We wskazanych poradniach czasy oczekiwania są znacznie zróżnicowane. W poradniach przyszpitalnych, zwykle pracują specjaliści z oddziałów, co zapewnia najwyższy poziom leczenia i dostęp do lepszego sprzętu i kompleksowej diagnostyki, ale często czas oczekiwania na świadczenia jest znacznie wydłużony. Należałoby uzupełnić dostępność do poradni	1) skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia o 20% 2) leczenie pacjentów przewlekle chorych w ramach podstawowej opieki 3) Zwiększenie o 20% na poziomie POZ liczby pacjentów leczonych z powodu chorób przewlekłych (kardiologia, diabetologia, endokrynologia, inne).	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) PUM 5) podmioty lecznicze 6) CMKP	2022-2026	Około 200 mln zł – dane od szpitali – wszystkie poradnie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) Przeciętny czas oczekiwania w dniach w poradniach z utrudnionym dostępem do świadczeń 2) Liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi określonymi w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 115/2019/DSOZ Prezesa NFZ, którzy odbyli w POZ minimum 2 wizyty z powodu tej samej choroby przewlekłej w ciągu 6 miesięcy. 3) Liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi

	<p>kolonoskopii, rezonansu medycznego, neurochirurgii dla dzieci, reumatologicznej.</p> <p>2) Przekazywanie ustabilizowanych pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych do POZ i zwolnienie miejsca dla nowych pacjentów.</p> <p>3) Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w zakresach deficytowych w województwie.</p>	<p>specjalistycznych w miejscach, gdzie nie ma zabezpieczenia lub jest bardzo ograniczone. Główny problem stanowi powiat koszaliński (obwarzankowy), w którym brak jest poradni podstawowych (zlokalizowane w mieście Koszalin).</p> <p>1. Brak zabezpieczenia w południowo-zachodniej części województwa do poradni chirurgii naczyń i leczenia naczyń.</p> <p>2. Część wschodnia i województwa - niska dostępność do poradni endokrynologicznej, brak poradni w mieście Koszalin. W części północno-zachodniej całkowity brak.</p> <p>3. Poradnia hematologiczna - brak w południowej części województwa.</p> <p>4. Rozwiązywane są umowy z reumatologii, dermatologii</p>						określonymi jw., którzy odbyli w AOS więcej niż 2 wizyty z powodu tej samej choroby przewlekłej w ciągu 6 miesięcy.
<p>2.3.3 Intensyfikacja opieki nad pacjentem z cukrzycą poprzez zapewnienie konsultacji specjalistycznych, monitorowanie i nadzór nad pacjentem wraz z konieczną diagnostyką w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań. Zakontraktowane świadczeń KAOS nad pacjentem z Cukrzycą. Stworzenie i współpraca z wyznaczonym ośrodkiem koordynującym leczenie ran przewlekłych.</p>	<p>1) Zawarcie większej ilości umów w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa (AOP) w diabetologii. AOP powinna obejmować wszystkie poradnie diabetologiczne.</p> <p>2) Zawarcie umów w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą - „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)”.</p> <p>3) Zwiększenie nacisku na wczesną diagnostykę (medycyna pracy)</p>	<p>Wrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Niewystarczający dostęp do wczesnego diagnozowania i kompleksowego leczenia oraz edukacji zdrowotnej sprzyja postawianiu powikłań cukrzycowych. W zakresie poradni diabetologicznej: brak dostępności do świadczeń występuje w 4 powiatach: kamieńskim, koszalińskim, świdwińskim i wałeckim.</p> <p>W województwie mamy 32 poradnie diabetologiczne i tylko w jednym podmiocie jest porada pielęgniarska w diabetologii. Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek Położnych na dzień 19.07.2018 r. w województwie było 61 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.</p>	<p>1) zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS)</p> <p>2) poprawa dostępu do edukacji diabetyków, oraz ich rodzin</p> <p>2) zapewnienie dostępu do leczenia ran przewlekłych</p> <p>Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Konsultanci wojewódzcy</p>	2022-2026	<p>500.000 zł + 500.000 zł</p> <p>wartość szacowanego kontraktu na podstawie wsk. krajowego 59 pkt na 10.000 ubezpieczonych przy cenie średniej punktu 55 zł oraz na leczenie ran przewlekłych 500.000 zł na 35 pacjentów (tyle leczy się w ramach migracji) i wartość katalogowa</p>	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	<p>1) liczba pacjentów objętych koordynowaną opieką w stosunku do liczby pacjentów ogółem z rozpoznaniem cukrzycy</p> <p>2) liczba pacjentów objętych kompleksowym leczeniem ran przewlekłych (KLRP)</p> <p>3) liczba zawartych umów</p>
<p>2.3.4 Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej na obszarze województwa</p>	<p>1) Równomierne rozmieszczenie poradni geriatrycznych w województwie. Zakontraktowanie jeszcze przynajmniej dwóch poradni w części wschodniej województwa.</p> <p>2) budowa nowych obiektów poradni specjalistycznych z wymianą infrastruktury i</p>	<p>Prognozowany udział osób w Polsce w wieku 65–79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, co pociąga za sobą konieczność zapewnienia im opieki geriatrycznej.</p> <p>W województwie są zakontraktowane 4 poradnie geriatryczne w części zachodniej, wschodnia część – brak zabezpieczenia.</p>	<p>1) Poprawa jakości życia osób powyżej 65 roku życia i wczesna diagnostyka geriatryczna</p> <p>2) polepszenie dostępu do tego rodzaju świadczeń medycznych dla wszystkich</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Konsultanci wojewódzcy</p>	2022-2026	<p>50.000 zł</p> <p>wartość szacowanego kontraktu na podstawie istniejących kontraktów - świadczenie nielimitowane</p> <p>20 mln zł na budowę 1 nowej poradni</p>	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	<p>liczba osób powyżej 65 roku życia objętych opieką w stosunku do populacji powyżej 65 roku życia</p>

	wyposażenia. 3) Stworzenie zespołów interdyscyplinarnych prowadzących seniorów z wielochorobowością w zakresach: kardiologii, neurologii, diabetologii, reumatologii		mieszkańców województwa 3) Poprawa jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.					
2.3.5 Poprawa skuteczności leczenia bólu	1) Zwiększenie dostępności dla mieszkańców województwa do poradni leczenia bólu poprzez dokontraktowanie 3 nowych poradni w obszarach niezabezpieczonych. 2) Doszkalanie lekarzy w wiedzę o nowoczesnych metodach leczenia bólu	Województwo znajduje się na 4 miejscu w kraju pod względem najdłuższego, przeciętnego czasu oczekiwania w poradniach leczenia bólu, który wynosi: 168 dni, przy średniej dla Polski 120 dni. Aktualnie świadczenia realizowane są przez 4 poradnie w województwie, zlokalizowane w 3 powiatach.	1) zabezpieczenie poradni leczenia bólu na poziomie powiatu 2) poprawa jakości życia pacjentów, życie bez bólu 3) Podniesienie świadomości pacjentów i decydentów na temat zasadności właściwego leczenia bólu co pozwoli na lepsze funkcjonowanie pacjentów, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej. Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	600.000 zł Nowy kontrakt na 1 poradnię 200.000 zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba poradni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwo

2.3.6 Zabezpieczenie specjalistycznych poradni osteoporozy z dostępem do profesjonalnego sprzętu, pełnej diagnostyki laboratoryjnej oraz konsultacyjnego zespołu specjalistycznego.	Zapewnienie dostępu do poradni osteoporozy poprzez zakontraktowanie świadczeń w dwóch subregionach województwa	Osteoporoza dotyka głównie osób po pięćdziesiątym roku życia, przede wszystkim kobiet. Prognozy mówią, że w 2035 roku blisko 30% kobiet i mężczyzn w Polsce będzie narażonych na złamanie osteoporotyczne. W Polsce funkcjonuje 66 poradni osteoporozy i 8 endokrynologicznych poradni osteoporozy, które podpisały z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń w tym zakresie. W województwie nie ma specjalistycznej poradni leczenia osteoporozy. Świadczenia w tym zakresie realizowane są w poradniach: urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, endokrynologicznej.	1) zabezpieczenie poradni osteoporozy przy ośrodkach specjalistycznych Od 1 lipca 2021 roku świadczenia ambulatoryjne ze strony NFZ są nielimitowane.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2024	500.000 zł wartość szacowanego kontraktu na podstawie wskaźnika krajowego 3 422 pkt na 10.000 ubezpieczonych przy cenie średniej punktu 1 zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem osteoporozy 2) liczba udzielonych porad w przeliczeniu na tys. mieszkańców 3) liczba poradni w przeliczeniu na tys. mieszkańców
2.3.7 Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń przez podmioty szpitalne poprzez dostęp do szerokiej diagnostyki usług na etapie diagnostyczno-leczniczym w szczególności w placówkach zapewniających specjalistyczne leczenie szpitalne.	W miejscu udzielania całodobowych świadczeń szpitalnych zapewnienie diagnostyki kosztochłonnej w sposób ciągły w północnej części województwa (finansowanie ze środków publicznych).	Świadczenie usług na najwyższym poziomie. Według map potrzeb zdrowotnych np. w zakresie rezonansu magnetycznego województwo zachodniopomorskie zajmuje odległą pozycję w przeliczeniu liczby świadczeń na tys. mieszkańców	1) Uzyskanie szybkiej diagnozy w procesie diagnostyczno-leczniczym 2) Szybkie rozpoczęcie procesu leczenia i celu uniknięcia niepożądanych działań. 3) Kompleksowość świadczenia usług	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Konsultanci wojewódzcy 3) NFZ	2022-2026	1.000.000 zł wartość szacowanego kontraktu na podstawie istniejących kontraktów - świadczenie nielimitowane	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) Liczba pacjentów w przeliczeniu na tys. mieszkańców 2) Liczba wykonanych świadczeń w przeliczeniu na tys. mieszkańców

2.4. Leczenie szpitalne

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.4.1 Wzmocnienie roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia Wzmocnienie roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia	1) Utworzenie co najmniej jednego dodatkowego ośrodka, który realizowałby kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (Kos-Zawał). Ośrodkiem, który mógłby przystąpić do realizacji świadczeń koordynowanych KOS-Zawał jest ośrodek w Szczecinku, w którym funkcjonuje	Najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu wśród mieszkańców województwa były urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych - 18,7% (dla Polski 15,1%), następnie choroby układu krążenia -10,8% (dla Polski 12,1%), na trzeciej pozycji znalazły się nowotwory - 9,4% (dla Polski 9,2%). Według prognozy epidemiologicznej w województwie wzrośnie chorobowość o 8,9% w 2028 roku w stosunku do 2019 na choroby układu krążenia przy stałej zapadalności.	1) Zapewnienie pacjentom szybkiej i efektywnej pomocy udzielanej przez specjalistów oraz kompleksowej, w pełni spersonalizowanej opieki i monitoringu na	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022	3 mln na jeden kos-zawał Okolo 150 mln zł na wzmocnienie infrastruktury	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1. Liczba pacjentów objętych KOS-Zawał w stosunku do liczby pacjentów z zawałami ogółem. 2. Stosunek liczby ośrodków realizujących kompleksową opiekę nad pacjentem z zawałem serca w stosunku do roku

	<p>oddział kardiologiczny z pracownia hemodynamiczną, na bazie łóżkowej którego nastąpi poprawa jakości świadczeń poprzez zapewnienie kompleksowości leczenia.</p> <p>2) Wzmocnienie infrastruktury i wyposażenie istniejących ośrodków w zakresie zwiększenia roli opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobami układu krążenia</p>		<p>rok po niebezpiecznym incydencie wraz z pełną edukacją o chorobie wieńcowej oraz czynnikach ryzyka.</p> <p>2) Poprawa dostępności do wczesnej diagnostyki chorób serca.</p> <p>3) Poprawa warunków leczenia na oddziałach kardiologicznych</p> <p>4) Zwiększenie skuteczności prewencji chorób układu krążenia</p>					<p>bazowego.</p> <p>3. Liczba ośrodków realizujących opiekę koordynowaną nad pacjentem z chorobami układu krążenia w których dokonano doposażenia/poprawy infrastruktury.</p>
2.4.2 Restrukturyzacja szpitali, szczególnie w powiatach, w których znajdują się po dwa szpitale z dublującymi się oddziałami	<p>1) Racjonalizacja zasobów kadrowo-sprzętowych,</p> <p>2) profilowanie szpitali powiatowych</p> <p>3) reorganizacja struktury bazy łóżkowej</p> <p>4) alokacja oddziałów ginekologiczno-położniczych w których liczba porodów jest mniejsza niż 400, łóżka te przenieść do szpitali o lepszej infrastrukturze lokalowo-kadrowej.</p> <p>5) przekwalifikowanie dwóch szpitali z III stopniem referencyjności w jednostkę z II stopniem referencyjności.</p> <p>6) alokacja około 2-3 oddziałów lub redukcja łóżek dla leczenia urazów narządu ruchu, łóżka te przenieść do szpitali o lepszej infrastrukturze lokalowo-kadrowej.</p> <p>7) likwidacja lub przekwalifikowanie 5-6 oddziałów chirurgii ogólnej</p>	<p>W województwie na terenie dwóch powiatów znajdują się po dwa szpitale z tymi samymi oddziałami, co powoduje zbyt małe obłożenie łóżek.</p> <p>Na terenie dwóch powiatów województwa (myśliborskiego i goleniowskiego) znajdują się po dwa szpitale I poziomu zabezpieczenia z pokrywającymi się oddziałami: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria, neonatologia, izba przyjęć.</p> <p>Szpitale powiatu myśliborskiego na oddziale chorób wewnętrznych mają obłożenie poniżej 65% (Barlinek 62,32, Dębno 52,75).</p>	<p>1) optymalne wykorzystanie bazy łóżkowej</p> <p>2) racjonalizacja wykorzystania środków finansowych</p> <p>3) poprawa dostępności i jakości świadczeń</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Konsultanci wojewódzcy</p>	2022-2026	koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	<p>wskaźnik obłożenia łóżek szpitalnych</p> <p>Liczba przekształconych łóżek szpitalnych</p> <p>Liczba przekształconych oddziałów szpitalnych</p> <p>Liczba zlikwidowanych oddziałów szpitalnych</p> <p>Liczba skonsolidowanych podmiotów</p>

	w oddziały opieki długoterminowej 8) przekształcenie oddziałów wewnętrznych w zakłady opiekuńczo-lecznicze lub zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze							
2.4.3 Dostosowywanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych	1) Utworzenie jeszcze jednego oddziału geriatrycznego w województwie bądź innych form opieki geriatrycznej (pododdziały geriatryczne). Kształcenie na tych oddziałach kadry lekarzy specjalistów, która w przyszłości zasili oddziały internistyczne całego województwa wspierając je w zakresie konsultacji geriatrycznych. 2) objęcie pacjentów geriatrycznych kompleksową opieką w ramach której utworzenie oddziału połączonego z oddziałem rehabilitacji i opieki długoterminowej - lokalizacja m. Szczecin lub powiat pyrzycki Liczba łóżek około 20 w ramach zatwierdzonej nowej inwestycji w SPSK 1 w Szczecinie	Prognozowany w Polsce udział osób w wieku 65–79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Krajowy wskaźnik liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosi 3,27, wskaźnik dla województwa był dużo niższy i wyniósł 2,0. W województwie funkcjonuje jeden oddział geriatryczny z 26 łózkami. Wskaźnik zabezpieczenia łóżek na 100 tys. mieszkańców plasuje województwo na 13 miejscu w kraju (na 15 województw mających zakontraktowane świadczenia geriatryczne stacjonarne). Za małą dostępność dla mieszkańców województwa do świadczeń geriatrycznych. W województwie zachodniopomorskim jest 5 geriatrów.	Zwiększenie dostępności do świadczeń geriatrycznych i opieki długoterminowej	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	około 50 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) liczba udzielonych świadczeń 2) średni czas oczekiwania 3) liczba łóżek geriatrycznych 4) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych 5) Liczba nowoutworzonych oddziałów geriatrycznych.
2.4.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu hematologii w	1) Utworzenie nowego oddziału hematologicznego w południowo-wschodniej części województwa na około 20 łóżek. 2) Zwiększenie liczby łóżek hematologicznych w istniejącej Klinice Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku w SPSK Nr 1 PUM wraz z odpowiednim	Na terenie województwa do 2019 roku działały trzy oddziały hematologiczne. Na początku 2019 roku zamknięty został jeden z oddziałów w Szczecinie. Środki przekazano do ryczałtu szpitala, w którym taki oddział nadal działał, jednak świadczeniodawca nie zwiększył liczby łóżek dla pacjentów hematologicznych. Pomimo utrzymania poziomu środków finansowych ograniczona została dostępność do świadczeń. Wskazaniem byłoby utworzenie oddziału około 20-łóżkowego (zlikwidowanych było 20 łóżek). Oddział w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu realizuje ograniczony zakres świadczeń- bez hematologii. Na tle innych województw, województwo zachodniopomorskie	1) Zwiększenie dostępności do świadczeń hematologicznych w województwie 2) objęcie kompleksową opieką pacjentów z rozpoznaniem hematologicznymi 3) skrócenie czasu	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	3.200.000 zł na jeden oddział + 3.200.000 zł na sprzęt	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie 3) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych 4) Liczba nowoutworzonych oddziałów

	powiększeniem oddziału jednego dnia i adekwatnym do tego doposażeniem w wysokospecjalistyczny sprzęt;	znajduje się na 3 miejscu pod względem długości czasu oczekiwania do oddziału hematologicznego. Dla przypadków stabilnych w Kołobrzegu przyjęcia odbywają się na bieżąco, a w Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie 118 dni (według stanu na luty 2020r) przy średnim czasie oczekiwania w Polsce 32,7 dni. Migracja pacjentów z powiatów: myśliborskiego, koszalińskiego i wałeckiego do innych województw.	oczekiwania na świadczenia					
2.4.5 Zwiększenie dostępności do otolaryngologii dziecięcej.	1) Utworzenie oddziału w trybie hospitalizacji całodobowej w szpitalu pediatrycznym - lokalizacja SPZOZ ZDROJE, około 10 łóżek powstałych w drodze przekształcenia. 2) Zwiększenie liczby specjalistów poprzez utworzenie ośrodka z akredytacją na szkolenie. 3) Utworzenie Uniwersyteckiego Centrum Zabiegowego dla Dzieci w SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, w ramach którego nastąpi konsolidacja zabiegowych świadczeń dla dzieci w następujących zakresach: otolaryngologia, chirurgia szczękowo-twarzowa, chirurgia dziecięca, ortopedia dziecięca zarówno w hospitalizacji i zabiegów jednego dnia.	W województwie funkcjonuje jeden oddział otorynolaryngologii dziecięcej w trybie chirurgii jednego dnia w Szczecinie. Kolejka oczekujących na świadczenie usunięcia migdałków podniebiennych (procedura możliwa do wykonania tylko na oddziałach specjalistycznych dziecięcych) wynosiła 196 dni w lutym 2020, PWT luty 2021[5]. W zakresie otolaryngologii dziecięcej w województwie jest 3 specjalistów. Z uwagi na brak oddziałów otolaryngologii dziecięcej dzieci leczone są również na oddziałach dla dorosłych – siedem oddziałów w województwie, 27% stanowią pacjenci poniżej 18 roku życia. Największy udział dzieci były w Szpitalu w Wałczu - 44%. Najmniejszy udział 21% w szpitalu w Stargardzie. W Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie leczonych jest 60% wszystkich dzieci w wieku od 0-3 lat. Natomiast procedura usunięcia migdałków podniebiennych realizowana jest tylko w szpitalach szczecińskich: Szpital w Zdrojach i SPSK nr 1 (na oddziale chirurgii dziecięcej).	1) Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zabiegowe z otolaryngologii dziecięcej 2) Wzrost dostępności do świadczeń na obszarze województwa 3) Zwiększenie ilości zabiegów w ranach chirurgii jednego dnia	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2026	1 mln zł +10 mln zł na niezbędny sprzęt 230 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie 3) Liczba nowotworzonych łóżek szpitalnych / Liczba przekształconych łóżek szpitalnych 4) Liczba nowoutworzonych oddziałów 5) Utworzenie Uniwersyteckiego Centrum Zabiegowego dla Dzieci 6) Utworzenie ośrodka z akredytacją na szkolenie.
2.4.6 Zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod i technologii leczenia w zakresie immunologii klinicznej	Stworzenie ośrodka/oddziału przy szpitalu klinicznym z kontraktacją do świadczeń z zakresu immunologii klinicznej, który pozwoli na organizację miejsc specjalizacyjnych do szkolenia kadry medycznej - lokalizacja Szczecin, około 5-8 łóżek w ramach wyodrębnienia z istniejących zasobów.	Immunologia kliniczna jest specjalnością bardzo dynamicznie rozwijającą się, co wynika z postępu wiedzy medycznej, ale przede wszystkim z zwiększającej się liczby pacjentów, którzy wymagają często wysokospecjalistycznej diagnostyki oraz leczenia. Immunologia kliniczna jest specjalnością wielodyscyplinarną tzn. etiopatogeneza wielu chorób ma podłoże immunologiczne, co stwarza konieczność konsultacji immunologa klinicznego dla wielu pacjentów leczonych przez innych specjalistów (pediatrii, interny, neurologii, hematologii, gastroenterologii, ginekologii i położnictwa, onkologii, reumatologii, chorób zakaźnych, transplantologii klinicznej). W Polsce oddział immunologii klinicznej był zakontraktowany	Otwarcie oddziału immunologii klinicznej.	1) PUM, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy	2022-2023	600 tys. zł dla populacji ubezpieczonych województwa zachodniopomorskiego według wskaźnika krajowego 3.847 pkt na 10 tys. Ubezpiecz. Przy cenie 1 zł = 584.974 zł.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia 2) Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie

		<p>w 7 województwach – w woj. zachodniopomorskim oraz lubuskim i wielkopolskim brak takiego oddziału.</p> <p>Brak oddziału szpitalnego z zakontraktowanymi świadczeniami w tym zakresie (dodatkowo brak tych świadczeń w najbliższej położonych województwach sprawia, że pacjenci celem uzyskania konsultacji, diagnostyki czy leczenia immunologicznego muszą podróżować na znaczne odległości.</p> <p>Brak właściwego zabezpieczenia w wyspecjalizowaną kadrę medyczną.</p> <p>W województwie było 4 lekarzy ze specjalizacją z immunologii klinicznej, według rekomendacji Konsultanta Krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej oczekiwana liczba to 17 specjalistów.</p>						
2.4.7 Poprawa dostępności do kompleksowej opieki diabetologicznej	<p>1) Zwiększenie dostępności do leczenia cukrzycy poprzez otwarcie kolejnego oddziału stacjonarnego we wschodniej części województwa - około 10 łóżek w ramach wyodrębnienia z oddziału wewnętrznego.</p> <p>2) Zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii.</p>	<p>Pełne zabezpieczenie świadczeń z zakresu diabetologii mają jedynie mieszkańcy m. Szczecin i okolic. Widoczny jest brak zlikwidowanego oddziału diabetologii w Koszalinie. Konieczne staje się zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii, które stwarza szansę na poprawę kontroli cukrzycy i ograniczy liczbę hospitalizacji związanych z ciężkimi hipoglikemiami, a w dalszej perspektywie z rozwojem przewlekłych powikłań cukrzycy.</p> <p>Wrasta liczba zachorowań na cukrzycę, często zbyt późno wykrywanej. Wskaźnik DALY wskazuje cukrzycę jako narastający problem zdrowotny, który uległ przesunięciu z 9 pozycji na 5. Według prognoz do 2028 roku zarówno w Polsce jak i w województwie wzrosnie zapadalność (19,74%) i chorobowość (25,1%) na cukrzycę. Wskaźnik zgonów prognozowany jest wzrost o 10,94%.</p> <p>Ogólna liczba hospitalizacji w ramach leczenia szpitalnego w 2019 roku spadła w stosunku do 2015 roku o 2,4% co oznacza 11.375 hospitalizacji mniej. Największy spadek liczby hospitalizacji nastąpił na oddziałach diabetologicznych (o 50,9% zamknięcie oddziału diabetologicznego w Koszalinie). Wzrost zapadalności i chorobowości mieszkańców województwa na cukrzycę może spowodować znaczny wzrost zgonów z tej przyczyny.</p> <p>Brak równomiernego zabezpieczenia mieszkańców województwa w stacjonarną opiekę diabetologiczną.</p>	<p>1) zwiększenie liczby łóżek dedykowanych pacjentom diabetologicznym</p> <p>2) objęcie opieką większej liczby pacjentów diabetologicznych</p> <p>3) spadek liczby negatywnych skutków niewłaściwej opieki</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) NFZ,</p> <p>3) Konsultanci wojewódzcy</p>	2022-2026	<p>500.000 zł</p> <p>szacunkowy koszt kontraktu dla oddziału stacjonarnego na podstawie realizacji obecnie funkcjonujących oddziałów</p> <p>glikemia – około 5000 zł miesięcznie przy 10 pacjentach</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p> <p>Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1) liczba pacjentów z rozpoznaniem E 10-E14</p> <p>2) liczba hospitalizacji</p>
2.4.9 Dostosowanie infrastruktury lecznictwa szpitalnego, w tym także z zakresu rehabilitacji medycznej, do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza	<p>1) Przeprowadzenie modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego, będących w stanie znacznego zużycia oraz niedostosowanych do</p>	<p>Leczenie szpitalne ma duże znaczenie w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na zapewnienie im odpowiedniej opieki w warunkach ambulatoryjnych. Właściwa jakość tego rodzaju opieki jest możliwa przy odpowiednim dostosowaniu infrastruktury podmiotów leczniczych do wymaganych standardów .Zgodnie z zapisem rekomendacji modernizacje będą dotyczyły dostosowania infrastruktury podmiotów wykonujących</p>	<p>Wzrost dostępności i jakości udzielanych świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego,</p> <p>2) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p> <p>3) MZ</p>	2022-2026	Około 1765 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba zmodernizowanych podmiotów

sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury	określonych standardów. Działanie nie wpłynie na ogólne zwiększenie liczby łóżek.	działalność leczniczą z zakresu leczenia stacjonarnego do wymagań określonych obowiązującym prawem, w tym zwłaszcza sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury. Inwestycje będą prowadzone we wszystkich tego typu podmiotach w całym województwie. Harmonogram inwestycji uzależniony jest od planów finansowych podmiotów je wdrażających.						
2.4.10 Stałe wzmocnienie opieki onkologicznej	<p>1) Utworzenie wysokospecjalistycznego centrum z kontrakcją do świadczeń z zakresu onkologii klinicznej w leczeniu szpitalnym.</p> <p>2) Modernizacja istniejących oddziałów Onkologii i Chemioterapii wraz z wyposażeniem</p> <p>3) Utworzenie centrum koordynacji opieki onkologicznej oraz zespołu psychoonkologii jako przykład włączenia telemedycyny do opieki koordynowanej.</p> <p>Lokalizacja - Szczecin. Powstanie: 37 nowych łóżek dla pacjentów onkologicznych, 21 stanowisk do chemioterapii jednodniowej oraz system poradni zapewniających właściwą opiekę skoordynowaną.</p>	<p>Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny odpowiedzialny za drugą największą przyczynę zgonów. Do 2009 r. wskaźnik DALY dla nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc zajmował trzecie miejsce. W ostatnich dziesięciu latach ten problem zdrowotny okazał się dla mieszkańców województwa na tyle dotkliwy, że w rankingu przesunął się na drugą pozycję, wyprzedzając udary. Spośród wymienionych problemów zdrowotnych nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc jako jedyny odnotował wzrost wartości wskaźnika DALY w okresie 1999-2019. Wpływ na to miał przede wszystkim wzrost liczby utraconych lat życia na skutek przedwczesnej śmierci, podczas gdy zarówno dla udaru, jak i dla choroby niedokrwiennej serca, wskaźnik YLL zmalał.</p> <p>W ramach Programu Wieloletniego realizowana jest inwestycja finansowana ze środków pochodzących z budżetu Państwa.</p> <p>W ramach tego działania powstanie system poradni w których działał będzie zespół zapewniający skoordynowaną opiekę onkologiczną dla pacjentów SPSK-1 PUM. Dodatkowo planowane jest utworzenie 37 łóżek dla pacjentów onkologicznych poddawanych systemowej, skojarzonej chemioterapii, radioterapii i immunoterapii klinicznej w ramach hospitalizacji oraz 21 stanowisk do chemioterapii jednodniowej. Do pełnej realizacji tego zadania konieczne jest rozszerzenie kontraktowania przez NFZ o następujące zakresy: onkologia kliniczna – hospitalizacja, świadczenia w zakresie DILO i poza pakietem oraz teleradioterapia – hospitalizacja, teleradioterapia pakiet onkologiczny, brachyterapia – hospitalizacja, brachyterapia pakiet onkologiczny.</p>	<p>1) Poprawa organizacji i warunków systemu opieki onkologicznej</p> <p>2) Zapewnienie dostępu do najwyższej jakości świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych.</p> <p>3) Kontynuowanie kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej</p>	<p>1) NFZ,</p> <p>2) Konsultanci wojewódzcy</p> <p>3) podmioty wykonujące działalność leczniczą</p> <p>4) jednostki samorządu terytorialnego</p>	2022-2026	145,7 mln zł	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p> <p>Program Wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030</p>	<p>1)liczba leczonych pacjentów</p> <p>2)średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne</p> <p>3) liczba nowych i zmodernizowanych łóżek</p>
2.4.11 Dostęp do nowoczesnych metod i technologii w zakresie chorób zakaźnych	<p>Utworzenie wysokospecjalistycznego centrum w ramach szpitala klinicznego w zakresie chorób zakaźnych.</p> <p>W ramach jednego ze Szpitali Klinicznych powstanie 20-25</p>	<p>Obciążenie systemu wywołane pandemią SARS-CoV-2 w sposób szczególny obrazuje liczba łóżek oraz łóżek respiratorowych zajętych przez pacjentów z COVID-19. Według stanu na 31 grudnia 2019 roku liczba łóżek na oddziałach zakaźnych (chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, obserwacyjno-zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych dla dzieci) wyniosła 2418, co w perspektywie sytuacji</p>	<p>1) Poprawa organizacji i warunków leczenia chorób zakaźnych</p> <p>2) Zapewnienie dostępu do</p>	<p>1) NFZ,</p> <p>2) PUM</p> <p>3) podmioty lecznicze</p>	2022-2024	150 mln zł	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p> <p>Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–</p>	<p>1)liczba leczonych pacjentów</p> <p>2)średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne</p>

	łóżkowy oddział chorób zakaźnych jako nowy oddział lub w formie przekształcenia obecnie funkcjonujących oddziałów.	epidemicznej okazało się dalece niewystarczające. W szczytowym momencie na początku listopada 2020 obłożenie łóżek przez pacjentów zakażonych SARS- CoV-2 wyniosło ponad 23 tysiące czyli niemal 10-krotnie więcej niż istniejąca baza łóżek „zakaźnych”. W związku z tym niezbędne było przekształcenie łóżek innego typu w łóżka „zakaźne” oraz budowa szpitali tymczasowych. Obłożenie łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 w tym okresie sięgało 70%, a łóżek respiratorowych przekroczyło 80%.”	najwyższej jakości świadczeń w tym zakresie				2027, z perspektywą do 2030 r	
2.4.12 Kompleksowe leczenie schorzeń neurologicznych	Wdrożenie na szeroką skalę diagnostyki w kierunku wczesnego wykrywania czynników będących powodem udarów niedokrwiennych, ich wczesne rozpoznawanie celem wdrożenia leczenia zabiegowego i farmakologicznego poprzez utworzenie Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu w SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie- przewidywany wzrost bazy łóżkowej o 55 miejsc.	Choroby naczyń mózgowych (CHNM), a w szczególności udar mózgu, stanowią coraz istotniejszy problem medyczny, społeczny i ekonomiczny, stanowią ok. 40% wszystkich hospitalizacji na oddziałach neurologicznych w Polsce i 3,8% hospitalizacji ogółem (dane MZ).Rocznie w Polsce dochodzi do około 60 tys. udarów mózgu, z czego około 80% to udary niedokrwienne. Udar jest chorobą rozpoczynającą się nagle i w krótkim czasie może doprowadzić do głębokiej niesprawności i całkowitej niesamodzielności w codziennych czynnościach (dane wg MZ). Zadanie pozwoli zwiększyć realizację procedur w ramach programu „Trombektomia mechaniczna w leczeniu ostrej fazy udaru mózgu” w Regionie oraz zapewni monitorowanie pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennych mózgu celem monitorowania wczesnych powikłań, efektów leczenia oraz kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych. W ramach powyższych działań zostanie utworzone Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu w SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie (pozytywna opinia IOWISZ), dzięki któremu baza łóżek udarowych wzrośnie w województwie o kolejne 55 miejsc. Takie rozwiązanie pozwoli na zabezpieczenie regionu w zakresie udarów mózgu.	Kompleksowe zabezpieczenie świadczeń dla pacjentów udarowych w jednym miejscu, w obrębie jednej struktury, zapewniającej leczenie farmakologiczne, zabiegowe – radiologia interwencyjna oraz wczesna rehabilitacja, co ma skrócić czas powrotu do zdrowia i krótszy czas poszpitalnej rehabilitacji	1) NFZ, 2) Konsultanci wojewódzcy	2022	131 mln zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	Liczba hospitalizacji
2.4.13 Dostęp do nowoczesnych metod i technologii w zakresie transplantologii klinicznej	Utworzenie wysokospecjalistycznego ośrodka w ramach SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie w zakresie transplantologii na około 150 łóżek.	Pacjenci z obszaru działania ośrodka będą objęci kompleksową opieką medyczną zarówno diagnostyczną jak i leczniczą w warunkach nowoczesnej bazy szpitalnej. Taka sytuacja przyczyni się do poprawy w dostępie do świadczeń medycznych na terenie województwa, a także kraju. Dzięki tej inwestycji pacjenci leczeni w regionie uzyskają dostęp z jednej strony do kompleksowej opieki medycznej a drugiej do najnowocześniejszych metod leczenia oferowanych w ramach realizowanego programu wieloletniego przez PUM i SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie. Działanie zostało zaplanowane w ramach obowiązującego do końca 2021 r. Programu Wieloletniego na lata 2011–2021 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”	Powstanie zintegrowanego ośrodka transplantacyjnego przyczyni się do kompleksowej poprawy wyników leczenia pacjentów po przeszczepieniach.	1) NFZ, 2) Konsultanci wojewódzcy	2022-2024	350 mln zł	Mapa potrzeb zdrowotnych Program Wieloletni na lata 2011–2021 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.	Liczba wykonanych procedur w danym roku w stosunku do roku poprzedniego

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.5.1 Rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej z naciskiem na opiekę środowiskową	<p>1) Równomierne rozmieszczenie Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie województwa - docelowo otwarcie jednego CZP w każdym powiecie lub w grupach powiatów (drawski, łobeski i świdwiński oraz szczecinecki i białogardzki), wyjątek m. Szczecin, w którym powinny powstać dwa CZP.</p> <p>W pierwszej kolejności do Szpitali Psychiatrycznych dysponujących Zespołem Leczenia Środowiskowego, następnie do innych Szpitali Psychiatrycznych w województwie. Następnie w tych powiatach, w których są poradni z preferencją opieki środowiskowej.</p>	<p>Wśród pacjentów dorosłych w województwie najczęściej występującymi grupami zaburzeń były zaburzenia lękowe, uzależnienia oraz zaburzenia organiczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w przypadku zaburzeń lękowych (1653,1) i organicznych (789,44) była w województwie nieznacznie niższa niż w kraju, w przypadku uzależnień wartość dla województwa była wyższa niż w kraju (województwo - 951,76; Polska - 841,38).</p> <p>Leczenie środowiskowe/domowe w województwie realizowane było w 5. obszarach: Szczecin, Stargard, Gryfice, Koszalin i Sławno. Pomimo faktu, że wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką środowiskową plasuje województwo na trzecim miejscu w kraju, jest to zbyt mała liczba ośrodków, które powinny być przynajmniej każdym z 21 powiatów.</p> <p>Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdują się we wszystkich powiatach poza powiatem drawskim i powiatem koszalińskim, z tym, że powiat koszaliński objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Koszalinie (jest to jedyne CZP w województwie).</p> <p>Oddziały dzienne znajdują się w 6. powiatach - w północnej i zachodniej części województwa; Oddziały szpitalne znajdują się w 8. powiatach, głównie w północnej części województwa.</p> <p>W Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa zachodniopomorskiego na lata 2018-2022 (aktualizacja 2021 r.) po analizie zgłoszonych uwag i propozycji powiatów, uwzględniając uwarunkowania i możliwości organizacyjne, finansowe, sposób kontraktowania świadczeń, a przede wszystkim zasoby kadrowe w opiece psychiatrycznej, zaplanowano utworzenie 12 CZP na terenie województwa (średnio 1 CZP na 142 tys. mieszkańców) na terenie następujących powiatów: białogardzkim, drawskim, gryfickim, kołobrzeskim, sławieńskim, „szczecineckim, wałeckim, pyrzyckim, m. Koszalin, m. Świnoujście i m. Szczecin 2 CZP.</p>	Wzrost dostępności do świadczeń psychiatrycznych w obszarach jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta i opieki środowiskowej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	140 mln koszt wynika z aktualnej wyceny świadczeń i obowiązujących przepisów zabezpiecza całą populację województwa powyżej 18 roku życia	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych</p> <p>Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p> <p>Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022</p> <p>Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022</p>	<p>1. liczba powiatów objętych opieką CZP</p> <p>2. Zwiększenie udziału opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej w stosunku do opieki stacjonarnej.</p>

2.5.2 Rozwój psychiatrii dziecięcej	Rozwój psychiatrii dziecięcej poprzez otwieranie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny docelowo w każdym powiecie lub grupie powiatów województwa; a także ośrodków II poziomu referencyjnego, zapewniając pacjentom małoletnim dostęp do opieki dziennej i ZLŚ. Ośrodki I stopnia referencyjności powinny powstać w każdym powiecie, przynajmniej 1 Ośrodek na jeden powiat. Na rok 5 ośrodków, zaczynając od powiatów najbardziej licznych pod względem ludności. Ośrodki II stopnia referencyjności w miastach na prawach powiatu- Świnoujście, Koszalin, Szczecin. Przynajmniej jeden taki ośrodek w ciągu roku.	Wśród pacjentów dorosłych w województwie najczęściej występującymi grupami zaburzeń były zaburzenia lękowe, uzależnienia oraz zaburzenia organiczne. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w przypadku zaburzeń lękowych (1653,1) i organicznych (789,44) była w województwie nieznacznie niższa niż w kraju, w przypadku uzależnień wartość dla województwa była wyższa niż w kraju (województwo - 951,76; Polska – 841,38). Leczenie środowiskowe/domowe w województwie realizowane było w 5. obszarach: Szczecin, Stargard, Gryfice, Koszalin i Sławno. Pomimo faktu, że wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką środowiskową plasuje województwo na trzecim miejscu w kraju, jest to zbyt mała liczba ośrodków, które powinny być przynajmniej każdym z 21 powiatów. Poradnie psychiatryczne/psychologiczne znajdują się we wszystkich powiatach poza powiatem drawskim i powiatem koszalińskim, z tym, że powiat koszaliński objęty jest obszarem odpowiedzialności Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Koszalinie (jest to jedyne CZP w województwie). Oddziały dzienne znajdują się w 6. powiatach - w północnej i zachodniej części województwa; Oddziały szpitalne znajdują się w 8. powiatach, głównie w północnej części województwa.	Wzrost dostępności do świadczeń psychologicznych i psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w obszarach jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta i opieki środowiskowej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	20 mln koszt wynika z aktualnej wyceny świadczeń i obowiązujących przepisów zabezpiecza wszystkie powiaty województwa w ośrodki I poziomu (23 ośrodki) oraz 3 ośrodki II poziomu i 1 III poziomu	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2022 Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022	1. liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na I, II i III poziomie referencyjności 2. Liczba wykonanych świadczeń.
-------------------------------------	--	--	--	--	-----------	--	---	---

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

2.6. Rehabilitacja medyczna

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

2.6.1 Zabezpieczenie świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej na terenie województwa	Zakontraktowanie świadczeń gwarantowanych, realizowanych w oddziałach/zakładach stacjonarnych w ramach rehabilitacji pulmonologicznej. Na obszarze województwa przynajmniej jedna umowa zabezpieczająca świadczenia realizowane na co najmniej 20 łózkach.	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych jest świadczeniem gwarantowanym, którego brakuje w województwie zachodniopomorskim. NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w tym zakresie na obszar całego województwa zachodniopomorskiego. Celem takiego działania będzie wyłonienie w województwie zachodniopomorskim, w drodze konkursu ofert, przynajmniej 1 potencjalnego świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Z rekomendacji dla województwa zachodniopomorskiego w Mapie potrzeb zdrowotnych zapisane jest, że nie było ofert w ogłoszonym konkursie na świadczenia z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej (str. 28-27), więc trudno mówić o optymalizacji.	Dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej na terenie województwa zachodniopomorskiego	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	1.000.000 zł (kontrakt roczny według obowiązujących aktów prawnych)	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	11) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności 2) wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności
2.6.2 Zabezpieczenie świadczeń rehabilitacji na terenie województwa ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodkach/oddziałach dziennych.	Zakontraktowanie świadczeń realizowanych w ośrodkach/oddziałach dziennych z uwzględnieniem równomiernego rozmieszczenia podmiotów na terenie województwa. Docelowo w każdym powiecie. Zabezpieczenie co najmniej jednego ośrodka w każdym z poniższych obszarów kontraktowania: 1. choszczeński, pyrzycki, stargardzki 2. gryficki, kamieński, Świnoujście NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym w dwóch grupach powiatów (brak świadczeniodawców w tych obszarach): 1) choszczeński, pyrzycki, stargardzki; 2) gryficki, kamieński,	Rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym: - wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasuje województwo na ostatnim 16 miejscu w kraju; - wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 13 miejscu w kraju na 15 miejsc (0,47), poniżej wsk. Polski (0,79). Występuje nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi (8 ośrodków na 21 powiatów). Brak zabezpieczenia w środkowej części województwa.	Utworzenie ośrodków rehabilitacji dziennej w każdym obszarze kontraktowania (grupy powiatów)	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	800.000 zł w skali jednego roku	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1) wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności 2) wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności 3) wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności

	<p>Świnoujście. Celem takiego działania będzie wyłonienie w każdym z w/w obszarów kontraktowania, w drodze konkursu ofert, przynajmniej po 1 potencjalnym świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.6.3 Zabezpieczenie mieszkańców województwa w świadczenia w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku	<p>Zakontraktowanie przynajmniej jednego podmiotu w województwie wykonującego świadczenia z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.</p> <p>W dużych miastach w ramach oddziałów Dziennych Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku jest świadczeniem gwarantowanym, którego brakuje w województwie zachodniopomorskim. NFZ ogłosi konkurs na świadczenie usług w tym zakresie na obszar całego województwa zachodniopomorskiego . Celem takiego działania będzie wyłonienie w województwie zachodniopomorskim, w drodze konkursu ofert, przynajmniej 1 potencjalnego świadczeniodawcy, który będzie udzielał usług z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. W przypadku większej liczby oferentów możliwe jest ogłoszenie konkursu uzupełniającego (na ogłoszone dotychczas postępowanie konkursowe wpłynęła 1 oferta, która nie spełniała wymogów określonych w przepisach).</p>	W województwie brak jest zakontraktowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku.	Utworzenie ośrodków rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	200.000 zł kontrakt roczny na jedną umowę	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych	1. liczba podmiotów realizujących świadczenie 2. liczba pacjentów objętych opieką
--	--	--	--	--	-----------	---	---	--

<p>2.6.4 Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).</p>	<p>1) Zakontraktowanie co najmniej po jednej poradni w powiatach: kamieńskim, koszalińskim, łobeskim i świdwińskim. Obecnie brak w tych obszarach podmiotów wykonujących te świadczenia.</p> <p>2) Utworzenie ośrodków aktywizujących ruchowo seniorów w powiatach województwa.</p>	<p>Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych (fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna);</p> <p>- wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności, wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasuje województwo na 16 ostatnim miejscu w kraju. Natomiast wskaźnik liczby porad lekarskich na 100 tys. ludności, plasuje województwo na 12 miejscu.</p> <p>- usługi z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie udzielane są w każdym powiecie. Natomiast usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej zlokalizowane są w 17 na 21 powiatów. W ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat i więcej stanowią 42,3 % w województwie (38,0 % Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 roku ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo – szkieletowego (województwo 76 %; Polska 78 %). Według prognoz do 2028 roku zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań. Na drugim miejscu plasują się choroby układu nerwowego (województwo 15,60 %; Polska 15,30 %). Według prognoz w województwie wzrośnie chorobowość w tej grupie zachorowań. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane byłoby zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w trybie rehabilitacji ambulatoryjnej.</p>	<p>Zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej poradni lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia</p>	<p>1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą</p>	<p>2022-2026</p>	<p>350.000 zł w skali jednego roku</p>	<p>Mapa Potrzeb Zdrowotnych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych</p>	<p>1. liczba poradni rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ 2. liczba miejsc w ośrodkach aktywizujących (finansowanych poza NFZ)</p>
--	---	---	---	--	------------------	--	---	---

2.7. Opieka długoterminowa

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.7.1 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej	Zwiększenie istniejącej, jak również utworzenie nowej bazy łóżkowej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych. Zakontraktowanie dodatkowych 150 łóżek w ZOL. Powiaty, w których zwiększona zostanie baza łóżkowa: kołobrzeski, świdwiński, policki, białogardzki, sławieński, koszaliński, gryfiński, pyrzycki, stargardzki oraz m. Szczecin i m. Koszalin.	Dostępność do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych / opiekuńczo-leczniczych jest jedną z niższych w kraju . - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z niższych wskaźników w Polsce – 14 miejsce); - ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności w województwie; - mała liczba ośrodków na 100 tys. mieszkańców i nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa (są obszary na terenie województwa , gdzie brak jest potencjalnych świadczeniodawców).	Zwiększenie dostępności do świadczeń pacjentom, którzy wymagających tej formy opieki. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Odciążenie opiekunów rodzinnych niewydolnych pod względem opiekuńczym	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	kontrakt na 150 łóżek w skali roku według najniższej wagi punktowej wynosi 7 mln (w skali 5 lat 35 mln)	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) liczba łóżek w ZOL/ZPO w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności
2.7.1 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej	Zakontraktowanie dodatkowych co najmniej 10 miejsc w zolach dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, ale z lokalizacją w zachodniej części województwa (powiaty subregiony szczecińskiego)	Dostępność do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych / opiekuńczo-leczniczych jest jedną z niższych w kraju . - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z niższych wskaźników w Polsce – 14 miejsce); - ujemne saldo migracji na 100 tys. ludności w województwie; - mała liczba ośrodków na 100 tys. mieszkańców i nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa (są obszary na terenie województwa , gdzie brak jest potencjalnych świadczeniodawców).	Zwiększenie dostępności do świadczeń pacjentom, którzy wymagających tej formy opieki. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Odciążenie opiekunów rodzinnych niewydolnych pod względem opiekuńczym	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Konsultanci wojewódzcy 4) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2027	kontrakt na 10 łóżek w skali roku według najniższej wagi punktowej wynosi 1,2 mln (6,1 mln kontrakt pięcioletni) dla wentylowanych mechanicznie	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) liczba łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności

2.7.2 Rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację istniejącej bazy sprzętowo lokalowej oraz budowę nowej.	1) Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do wymagań sanitarnych, BHP i PPOŻ, niezbędne remonty i modernizacje pomieszczeń oraz wymiana przestarzałego i zużytego sprzętu i aparatury. 2) Kontynuacja budowy Centrum Opieki Długoterminowej w Koszalinie	Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby osób przewlekle chorych oraz niesamodzielnych, co pociąga za sobą nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Utrudniony dostęp do tego rodzaju opieki zniweluje odpowiednie dostosowanie istniejącej infrastruktury podmiotów leczniczych.	Zapewnienie właściwej jakości usług w nowoczesnych ośrodkach spełniających wszystkie standardy	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) Konsultanci wojewódzcy 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Okolo 85mln	Mapa Potrzeb Zdrowotnych Krajowy Plan Transformacji	1) Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego 2) Liczba nowopowstałych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego
--	---	--	--	---	-----------	-------------	--	---

2.8. 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
2.8.1 Polepszenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej.	1) Zwiększanie liczby łóżek w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej w obszarach, w których dostępność jest ograniczona. Zwiększenie ilości łóżek hospicyjno-paliatywnych powinno mieć w m. Świnoujściu, powiecie choszczeńskim i świdwińskim.	W województwie w stacjonarnej opiece paliatywno-hospicyjnej jest najniższa dostępność do świadczeń w porównaniu z innymi województwami. - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (najniższy wskaźnik, ostatnie 16 miejsce w kraju); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju; w 2018 roku 16 miejsce w kraju; w 2019 roku 15 miejsce); - mała liczba ośrodków na 100 tys. ludności (jeden z najniższych wskaźników w kraju, znacznie poniżej wskaźnika Polski); - nierównomierne rozłożenie ośrodków na terenie województwa; - ujemne saldo migracji na 100 tys. Ludności; - jednostki z województwa, które mają podpisane umowy na świadczenie usług w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym według rejestrów posiadają łącznie 137 łóżek. Do wykorzystania w ramach kontraktów z NFZ przeznaczyci łącznie 125 łóżek. Według prognoz udział osób w Polsce w wieku 65-79 lat w populacji do roku 2060 ma się zwiększyć dwukrotnie, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. Najwięcej osób korzystających z opieki paliatywno-hospicyjnej to pacjenci w wieku 65–79 lat (47,7% pacjentów w województwie tj.: więcej niż wskaźnik Polski, który wynosi 44,2% – wg danych z 2019 roku). W drugiej kolejności są to pacjenci w wieku 80 lat i więcej (25,5 % pacjentów w województwie; 28,7 % w Polsce – wg danych z 2019 roku).	1) Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej 2) Wg rekomendacji powinno być 100 łóżek na 1 mln mieszkańców, czyli ok 171 łóżek w województwie. W ciągu 5 lat do kontraktowanie 40 dodatkowych łóżek	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	1) 1.300.000 zł - zakontraktowanie 10 łóżek w 1 roku (według najniższego wskaźnika) 2) 2.600.000 zł zakontraktowanie kolejnych 10 łóżek w drugim roku (według najniższego wskaźnika) 3) 3.900.000 zł zakontraktowanie kolejnych 10 łóżek w trzecim roku (według najniższego wskaźnika) 4) 5.200.000 zł zakontraktowanie kolejnych 10 łóżek w czwartym roku Łączna kwota 13.000.000 zł Finasowanie modernizacji infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba łóżek hospicyjno-paliatywnych w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów na 100 tys. ludności 3) liczba osobodni na 100 tys. ludności 4) Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego 5) Liczba nowopowstałych podmiotów leczniczych w stosunku do roku poprzedniego

2.8.2 Zwiększenie dostępności do usług w opiece paliatywno-hospicyjnej świadczonej w warunkach ambulatoryjnych	1)-Zakontraktowanie dodatkowych 4 poradni medycyny paliatywnej w 4 obszarach: 1. choszczeński, stargardzki 2. kołobrzescki, świdwiński, białogardzki 3. szczecinecki, wałecki, drawski 4. Świnoujście, kamieński, goleniowski, gryficki, tobeski Po jednej poradni w obszarze.	W poradni medycyny paliatywnej wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasują województwo powyżej wskaźnika Polski. Jednakże w województwie występuje problem nierównomiernego rozłożenia podmiotów świadczących usługi. Zabezpieczona jest zachodnia część województwa. Na pozostałym terenie brak jest świadczeniodawców, którzy udzielaliby porad z zakresu poradni medycyny paliatywnej. Zgodnie ze specyfiką świadczeń wykonywanych w ramach poradni medycyny paliatywnej świadczeniodawcy powinni być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo należy dążyć do tego, aby świadczenia udzielane były w każdym powiecie województwa.	Docelowo świadczenia powinny być udzielane w każdym powiecie województwa.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	Roczny kontrakt dla czterech poradni: 250.000 zł Na pięć lat 1.250.000 zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba poradni w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba pacjentów objętych opieką w stosunku do roku poprzedniego
2.8.3 Zabezpieczenie świadczeń dla pacjentów potrzebujących usług z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.	1) Zakontraktowania świadczeń gwarantowanych z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej przez NFZ w drodze konkursu ofert. 2) Utworzenie jednego ośrodka w Szczecinie zabezpieczającej świadczenia dla minimum 60 osób.	W województwie brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.	Wyłonienie świadczeniodawcy, który będzie wykonywał usługi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, co zapewni dostęp do tego typu świadczeń dla mieszkańców województwa.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) NFZ, 3) Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2022-2026	kontrakt roczny na 60 pacjentów: 87.000 zł	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	1) liczba pacjentów objętych opieką w stosunku do roku poprzedniego 2) liczba ośrodków udzielających świadczeń w stosunku do roku poprzedniego

2.9. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.9.1 Likwidacja całkowicie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego	Zmniejszenie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz	Specjalistyczne ZRM stanowią 19% wszystkich ZRM w województwie.	Zwiększenie liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego pozwoli na zwiększenie dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej w	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	W ramach likwidacji specjalistycznych Zespołów Ratunkowych	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

	zespołów podstawowych.		rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego			istnieje szansa na zwiększenie środków finansowych na rzecz utworzenia podstawowych ZRM		Wskaźnik czasu trwania akcji ratunkowej.
2.9.2 Zmniejszenie zbyt długiego czasu dotarcia ZRM do pacjenta poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.	Utworzenie nowych zespołów ratownictwa medycznego (np. Szczecin, Borne Sulinowo i przedłużenie funkcjonowania sezonowego ZRM w Świnoujściu na całoroczny), a także po zakończeniu budowy ekspresowej S6 i S3 uruchomienie motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego na sezon wakacyjny w rejonie Goleniowa na styku dróg ekspresowych.	W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców zespoły ratownictwa medycznego w 94% przypadków dojeżdżają do pacjentów w czasie zgodnym z ustawą. Problem powstaje przy zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 17,51% wyjazdów ma przekroczony określony ustawą czas.	Zwiększenie liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w celu poprawy dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zwiększenie o 3 ZRM (Szczecin, Świnoujście, Borne Sulinowo).	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	2 000 000 zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Wskaźnik czasu trwania akcji ratunkowej.
2.9.3 Zapewnienie właściwego funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.	Podjęcie działań umożliwiających funkcjonowanie lotniczego ZRM w Zegrzu Pomorskim przez cały rok.	Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w województwie interweniowały 204 razy. Największa liczba interwencji lotniczych ZRM na terenie województwa w porównaniu do innych województw.	Zwiększenie dostępności do LPR - świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach pozaszpitalnych na terenie województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	2 000 000 zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Liczba interwencji LPR w stosunku do roku bazowego

2.9.4 Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń medycznych udzielanych w SOR w poszczególnych powiatach.	W województwie należy rozważyć uruchomienie nowych SOR w Kołobrzegu, Świnoujściu i Wałczu.	5 z 10 SOR zlokalizowane są w mieście wojewódzkim Szczecin (4) i byłym mieście wojewódzkim Koszalin (1). Świadczenia w SOR udzielane były pacjentom z tego samego powiatu 68%. Średnio co trzeci pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem.	Zwiększenie liczby SOR na terenie województwa przyczyni się do dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych na terenie województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	50 000 000 zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - liczba przyjętych pacjentów na SOR w województwie
2.9.5 Poprawa dostępności do świadczeń udzielanych w ramach Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR).	Należy dążyć do wprowadzenia mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR.	W Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR) przyjęto 376 970 pacjentów, których największą liczbę stanowiły osoby z jednostką chorobową „inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego”.	Zwiększenie dostępności do SOR - zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2022-2026	50 000 000 zł	Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne województwa zachodniopomorskiego	Wskaźnik - liczba SOR w stosunku do liczby IP na terenie województwa

2.10. Kadry

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

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

	przez konsultantów krajowych.							
--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

2.11. Sprzęt medyczny

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

2.12. Leczenie uzdrowiskowe

Rekomendacja	Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa	Uzasadnienie działania	Oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań	Podmiot odpowiedzialny za realizację działań	Planowany rok lub lata w których działanie będzie realizowane	Szacunkowe koszty działań	Zgodność działania z dokumentami strategicznym w sektorze ochrony zdrowia	Wskaźniki realizacji poszczególnych działań
2.12.3.2 Zlikwidowanie braków kadrowych wśród personelu, który sprawuje opiekę medyczną w ramach leczenia uzdrowiskowego	Stworzenie w województwie co najmniej dwóch jednostek kształcących kadrę medyczną na potrzeby uzdrowisk w gminach uzdrowiskowych, tj. Darłowo, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Połczyn-Zdrój i Świnoujście.	Obecnie nie ma lekarzy specjalizujących się w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej i brak jest również miejsc specjalizacyjnych, natomiast do 2024 roku 10 lekarzy mających tę specjalizację osiągnie wiek emerytalny. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia na jesienne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie (1-31 października 2020 r.) przyznane zostały tylko 2 miejsca rezydencie w skali całej Polski.	Wypełnienie braków kadrowych wśród lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami.	1) podmioty lecznicze 2) Naczelny Lekarz Uzdrowisk	2022-2026	Brak danych	Mapy potrzeb Zdrowotnych	Liczba lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami na 100 tys. mieszkańców.

3. 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.

4. 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.