

**ZARZĄDZENIE
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 31 sierpnia 2018 r.

**w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa
Lubuskiego na lata 2019-2021**

Na podstawie art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.¹⁾) w związku z art. 17 ustawy z dnia z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz.U. z 2017 r. poz. 2234) zarządza się co następuje:

§ 1. Na podstawie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa lubuskiego, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, ustala się Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021, stanowiące załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021, ustalono w porozumieniu z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych mając na względzie uchwałę Wojewódzkiej Rady do Spraw Potrzeb Zdrowotnych w województwie lubuskim z dnia 28 sierpnia 2018 r. w sprawie akceptacji projektu Zarządzenia Wojewody Lubuskiego w sprawie ustalenia Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Lubuskiego na lata 2019-2021.

§ 3. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapę regionalną, tj. od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

¹⁾Zmiany niniejszej ustawy ogłoszone zostały w Dz.U. z 2018 r., poz. 1515, 1532.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

wz. Wojewody
Lubuskiego
Wicewojewoda
Lubuski

Robert Paluch

Załącznik do zarządzenia
Wojewody Lubuskiego
z dnia 31 sierpnia 2018 r.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO na lata 2019-2021

| L.P. | PRIORYTET | CEL | DZIAŁANIE | MIERNIKI I CZAS OCENY | UZASADNIENIE | Przekierowanie strumienia finansowego LOW NFZ |
|----------|---|--|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Dostosowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymogów prawnych i standardów | Poprawa bezpieczeństwa i standardu świadczonych usług. | <ol style="list-style-type: none"> Usunięcie nieprawidłowości w zakresie dostosowania szpitali do określonych przepisami prawa wymagań m.in.: <ul style="list-style-type: none"> sanitarnych i sanitarno-technicznych, w szczególności bloki operacyjne, OIOM, oddziały szpitalne, sterylizatornie, awaryjne źródła zaopatrzenia w wodę, właściwa wentylacja w blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności. budowlanych, przeciwpożarowych. Dostosowanie do obowiązujących przepisów prawnych m.in. w kwestii systemów teleinformatycznych. Działania mające na celu ograniczenie zakażeń szpitalnych, w szczególności poprzez poprawę warunków pobytu pacjentów w szpitalach z zachowaniem reżimu sanitarnego. | <p><u>Miernik:</u> Liczba nieprawidłowości w podmiocie wykonującym działalność leczniczą mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.</p> <p>Liczba hospitalizacji z powodu zakażeń szpitalnych do ogólnej liczby hospitalizacji.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p>Niedostosowanie jednostek do wymagań zagraża bezpieczeństwu pacjentów i personelu.</p> <p>Może skutkować utratą kontraktu lub likwidacją komórek organizacyjnych/zakładów/podmiotów leczniczych.</p> <p>Niewystarczające stosowanie określonych standardów w ochronie zdrowia.</p> <p>Zbyt duża liczba zakażeń szpitalnych.</p> <p>Konieczność minimalizacji kosztów z tytułu odszkodowań.</p> | NIE |
| 2 | Uzupełnienie deficytowej kadry medycznej. | Zapewnienie zatrudnienia pozwalającego na bezpieczne funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia | <ol style="list-style-type: none"> Zwiększenie liczby personelu medycznego m.in. poprzez tworzenie systemu zachęt pozyskiwania kadry medycznej. Kształcenie specjalistycznej kadry medycznej. Zwiększenie liczby miejsc | <p><u>Miernik:</u> Liczba personelu medycznego wg grup zawodowych na 100 tys. ludności</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok</p> | <p>Uwzględnienie obowiązujących przepisów prawa, MPZ-SZ oraz faktyczne zapotrzebowanie (biorąc pod uwagę m.in. opinie konsultantów wojewódzkich).</p> <p>Odpowiednie zasoby kadrowe są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych i zwiększenia dostępności do nich.</p> | NIE |

| | | | | | | |
|----------|---|--|---|--|--|-----|
| | | i ich rozwój. | akredytowanych. 4) Doposażenie jednostek szkolących w celu spełnienia warunków do uzyskania lub utrzymania akredytacji. 5) Zwiększenie liczby placówek o funkcji kliniczno-dydaktycznej w obrębie całego województwa lubuskiego. 6) Doposażenie jednostek o funkcji kliniczno-dydaktycznej. 7) Propagowanie systemu zachęt dla lekarzy do kształcenia podyplomowego w zakresie deficytowych specjalizacji i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w podmiotach na terenie woj. Lubuskiego. | po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Posiadanie odpowiedniej grupy specjalistów pozwala na kształcenie kolejnych specjalistów, a tym samym uzupełnienie luki pokoleniowej. Jednostki muszą być atrakcyjne dla lekarzy i konkurencyjne w stosunku do jednostek z innych województw i perspektyw zatrudnienia oraz dalszego rozwoju zawodowego. Jednostki szkolące realizujące małą liczbę procedur nie gwarantują właściwego poziomu wykształcenia specjalistycznej kadry medycznej. | |
| 3 | Optymalizacja wykorzystania zasobów oraz poprawa dostępności do deficytowych świadczeń specjalistycznych z uwzględnieniem rekomendacji, posiadanej infrastruktury i zasobów kadrowych oraz dostępu terytorialnego. | Poprawa dostępności i jakości udzielanych świadczeń oraz dostosowanie infrastruktury do potrzeb i rekomendacji | 1) Racjonalizacja i profilowanie świadczeń dostosowanych do potrzeb i możliwości. 2) Dostosowanie liczby łóżek/miejsc/stanowisk/stołów/poradni do faktycznych potrzeb przy uwzględnieniu kompleksowości i ciągłości leczenia, dostępności terytorialnej i rekomendacji. 3) Działania mające na celu skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne. 4) Poprawa dostępności do AOS w dziedzinach deficytowych z zachowaniem rekomendacji i równomiernego terytorialnie dostępu. 5) Centralizacja i specjalizacja w wykonywaniu dużych i kompleksowych zabiegów. 6) Przeniesienie wykonywania zabiegów małych i diagnostycznych do oddziałów jednodniowych lub AOS. 7) Wdrażanie małoinwazyjnych metod leczenia. | <u>Miernik</u> 1. Liczba łóżek/miejsc/stanowisk/stołów/poradni w poszczególnych specjalnościach na 100 tys. ludności. 2. Odsetek zabiegów dużych i kompleksowych w oddziałach zabiegowych. 3. Wskaźnik wykorzystania łóżek. 4. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. 5. Liczba zabiegów w roku na 1 stół operacyjny w porównaniu do średniej krajowej. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Niskie wykorzystanie łóżek w niektórych oddziałach przy równoczesnym braku optymalnego zabezpieczenia w innych dziedzinach. <ul style="list-style-type: none"> istnieje potrzeba zwiększenia liczby łóżek w oddziałach chirurgii klatki piersiowej od 1-5 łóżek do roku 2031 r., prognozuje się wzrost liczby hospitalizacji w oddziałach chirurgii jednego dnia (w zakresach chir. ogólna, urologia, okulistyka, otorynolaryngologia) w sumie: <ul style="list-style-type: none"> 3,49 tys. hospitalizacji w 2020 r., 3,61 tys. hospitalizacji w 2024 r., 3,70 tys. hospitalizacji w 2031 r. <p><i>Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego prognozuje się do 2031 r. wzrost liczby łóżek na oddziałach:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> chorób wewnętrznych od 181-398 łóżek; dermatologii od 6-11 łóżek; gruźlicy i chorób płuc od 76-107 łóżek; nefrologii od 19-65 łóżek; reumatologii od 2-6 łóżek. <p>Zgodnie z ww. mapą w 2016 r. śr. krajowa - 680 operacji rocznie /1 stół operacyjny.</p> <p><i>Dane szczegółowe zawarte w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób dla woj. lubuskiego.</i></p> | NIE |
| 4 | Poprawa dostępności do diagnostyki oraz zakup lub wymiana wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i | Zapewnienie dostępności do diagnostyki z zachowaniem | 1) Zakup nowego i wymiana wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu diagnostycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, | <u>Miernik:</u> Liczba wysokospecjalistycznego sprzętu | Konieczność wymiany wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i aparatury medycznej na nowoczesny sprzęt i aparaturę. | NIE |

| | | | | | | |
|----------|--|---|--|--|---|---|
| | aparatury medycznej z zachowaniem rekomendacji, optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług. | możliwości optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz podnoszenie jakości udzielanych świadczeń. | niezbędnych do udzielania świadczeń zgodnie z umową i wymaganiami publicznego płatnika (przy uwzględnieniu optymalnego wykorzystania). 2) Poprawa dostępności do diagnostyki wysokospecjalistycznej - uruchomienie i zakontraktowanie świadczeń, przy uwzględnieniu rekomendacji, optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług. 3) Zakup innowacyjnego sprzętu i aparatury medycznej. | diagnostycznego na 100 tys. ludności w porównaniu ze wskaźnikiem krajowym. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | <i>Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubuskiego w 2016 r. w woj. lubuskim w leczeniu szpitalnym były:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 3 rezonanse magnetyczne, tj. 0,29/100 tys. ludności przy średniej kraj. 0,53; • 13 tomografów, tj. 1,28/100 tys. ludności przy średniej kraj. 1,36; • 4 urządzenia angiograficzne, tj. 0,39/ 100 tys. ludności przy średniej kraj. 1,06 (najniższa wartość w kraju); • 29 echokardiografów, tj. 2,85/100 tys. ludności przy średniej kraj. 4,08; • 1 aparat HDR/PDR, tj. 0,98 1 mln ludności przy średniej kraj 1,41. | |
| 5 | Zapewnienie wysokiej jakości usług oraz rozwój innowacyjnych technologii medycznych | Poprawa bezpieczeństwa i standardu świadczonych usług | 1) Dążenie do wysokiej jakości świadczonych usług potwierdzonej uzyskaniem akredytacji i certyfikatów jakości w zakresie spełniania określonych standardów udzielanych świadczeń. 2) Rozwój usług i świadczeń telemedycznych (teleopieki, teleterapii, telekonsultacji, telenauczania, telezabiegów). 3) Rozwój innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia optymalizujących proces diagnostyczny i leczniczy. | <u>Miernik:</u> Liczba szpitali posiadających akredytację/ certyfikaty jakości. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Podnoszenie standardów świadczonych usług zdrowotnych i oczekiwań społecznych. Rozwój telemedycyny zgodnie z Lubuską Strategią Ochrony Zdrowia i wprowadzanymi zmianami legislacyjnymi. Standardy i rekomendacje. | NIE |
| 6 | Poprawa opieki nad kobietami w okresie ciąży, porodu i pólgu. | Poprawa jakości udzielanych świadczeń oraz dostosowanie Infrastruktury do potrzeb. | 1) Dostosowywanie oddziałów położniczo-ginekologicznych do faktycznych potrzeb i rekomendacji. 2) Utworzenie dwóch ośrodków perinatologicznych w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze z możliwością badań cytogenetycznych 3) Utworzenie poradni laktacyjnych oraz poradni konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy oddziałach ginekologiczno - położniczych III i II stopnia referencji 4) Rozwój leczenia niepłodności na bazie istniejącego potencjału opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego. 5) Paliatywna opieka perinatalna. | <u>Miernik:</u> Odsetek porodów przedwczesnych. Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | <i>Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych ciąży, poród, pólóg dla woj. lubuskiego:</i> <ul style="list-style-type: none"> • w szpitalach, w których liczba porodów nie osiąga wartości progowej 400 porodów należy rozważyć zasadność funkcjonowania zarówno oddziału położniczego/ginekologiczno-położniczego (w zakresie porodów) oraz oddziału/pododdziału neonatologicznego; • wyjątek stanowi sytuacja, w której odległość pomiędzy powiatem miejsca zamieszkania pacjentki a powiatem funkcjonowania szpitala przekracza 40km. | Planowane utworzenie dwóch ośrodków perinatologicznych w Gorzowie Wielkopolskim i w Zielonej Górze powinno mieć bezpośredni wpływ na zmniejszenie migracji zewnętrznej pacjentów, co pozwoli na przekierowanie środków finansowych, które w chwili obecnej LOW NFZ przeznacza na sfinansowanie udzielonych świadczeń w ramach migracji, na finansowanie świadczeń w omawianych ośrodkach. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|
| 7 | Zapewnienie pacjentom pediatrycznym realizacji większej liczby świadczeń specjalistycznych w jednostkach na terenie województwa. | Poprawa dostępności do leczenia dzieci i młodzieży na terenie województwa lubuskiego. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Organizacja systemu opieki szpitalnej z dwoma centrami wielospecjalistycznymi na północy i południu województwa (z uzupełniającym się zakresem świadczeń specjalistycznych). 2) Koncentracja wykonywania zabiegów dużych i kompleksowych w oddziałach stacjonarnych. 3) Przeniesienie części zabiegów małych i średnich do oddziałów jednodniowych. 4) Przeniesienie zabiegów diagnostycznych do AOS lub oddziałów jednodniowych. 5) Poprawa dostępności do świadczeń specjalistycznych dla dzieci, a w szczególności w zakresie: endokrynologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, chorób zakaźnych, okulistyki, urologii, kardiologii, onkologii i hematologii, nefrologii, laryngologii , opieki paliatywnej- zapewnienie kontynuacji leczenia szpitalnego. 6) Utworzenie Oddziału Onkologii i Hematologii Dziecięcej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Zielonej Górze. 7) Utworzenie na bazie istniejących struktur, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali wojewódzkich oddziałów/pododdziałów, które zapewnią świadczenia w zakresie intensywnej terapii dla dzieci. 8) Dążenie do tworzenia oddziałów 24-godzinnej przedszpitalnej pomocy pediatrycznej, na bazie istniejących oddziałów pediatrycznych o małej liczbie świadczeń oraz o niepełnym zabezpieczeniu kadrowym i sprzętowym. 9) Doposażenie oddziałów z łózkami dziecięcymi w sprzęt specjalistyczny dla dzieci. 10) Wydzielenie 2-4 miejsc stacjonarnych dla dzieci | <p><u>Miernik:</u> Liczba leczonych dzieci i młodzieży poza woj. lubuskim (migracje) do liczby pacjentów leczonych w poszczególnych oddziałach/poradniach o profilu pediatrycznym na terenie woj. lubuskiego.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p>Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych choroby dziecięce dla woj. lubuskiego</i> wartością warunkującą rekomendacje pozostawienia oddziału pediatrycznego jest liczba hospitalizacji powyżej wartości brzegowej zdefiniowanej na poziomie 700 hospitalizacji zakwalifikowanych jako ogólnopediatryczne rocznie. Dla pozostałych szpitali rekomendacja polega na połączeniu lub przekształceniu istniejących oddziałów pediatrycznych w jednostki lecznictwa otwartego lub formy pośrednie.</p> <p>Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prognozowany jest wzrost liczby hospitalizacji dzieci z terenu woj. lubuskiego na oddziałach onkologii oraz transplantacji , tj. 0,67 tys. hospitalizacji w 2031 r.; • występuje duży odsetek zabiegów diagnostycznych wykonywanych w oddziałach chirurgii dziecięcej (rozważanie zasadności przeniesienia części diagnostyki do AOS lub części zabiegów małych i średnich do oddziałów jednodniowych). | Utworzenie w Zielonej Górze wielospecjalistycznego centrum pediatrii jako ośrodka o funkcji klinicznej i dydaktycznej będzie miało wpływ na zmniejszenie migracji zewnętrznej pacjentów poza województwo i środki finansowe, które w chwili obecnej Lubuski OW NFZ przeznacza na sfinansowanie udzielonych świadczeń w ramach migracji, które mogły zostać przekierowane na sfinansowanie świadczeń w centrum pediatrii. |
|---|---|---|---|--|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|-----|
| | | | w Hospicjum w Zielonej Górze. | | | |
| | | | 11) Wzmocnienie roli ośrodków wczesnej interwencji dla dzieci z zaburzeniami neurologicznymi – tworzenie dziennych ośrodków rehabilitacji dla dzieci. | | | |
| 8 | Scentralizowane, kompleksowe wysokospecjalistyczne świadczenia w zakresie kardiologii, kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej. | Zapewnienie kompleksowej opieki osobom z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz zmniejszenie migracji do specjalistycznych ośrodków w innych województwach. | <p>1) Zapewnienie kompleksowej scentralizowanej opieki kardiologicznej i kardiochirurgicznej (diagnostyka, inwazyjne leczenie kardiologiczne, rehabilitacja kardiologiczna, kontynuacja leczenia w opiece ambulatoryjnej, wysokospecjalistyczna kadra medyczna).</p> <p>2) Racjonalizacja liczby łóżek w oddziałach (rozważenie utworzenia w woj. oddziału niewydolności serca na bazie oddziału kardiologicznego zachowawczego – nie wykonującego procedur zabiegowych).</p> <p>3) Rozwój i modernizacja istniejącej bazy oraz doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, a w szczególności planowe wymiany angiografów dla istniejących pracowni hemodynamicznych.</p> <p>4) Rozwój rehabilitacji kardiologicznej, w tym oddziałów wczesnej rehabilitacji kardiologicznej.</p> <p>5) Zapewnienie dostępności do poradni kardiologicznych finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności wysokospecjalistycznych (np. niewydolności serca, leczenia nadciśnienia itp.) przy zapewnieniu równomiernego rozmieszczenia.</p> <p>6) Zwiększenie dostępu dla pacjentów do specjalistycznego leczenia zachowawczego i zabiegowego oraz wprowadzanie innowacyjnych technik: -w kardiologii inwazyjnej dzięki obecności w miejscu oddz. kardiochirurgii (na bazie potencjału kadrowego i doświadczenia w strukturalnych chorobach serca, np. zamykanie przeskórne ubytków w przegrodzie m-</p> | <p><u>Miernik:</u> wskaźnik łóżek, aparatury i sprzętu medycznego /100 tys. ludności.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p><i>Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii:</i> Obecna liczba ośrodków wykonujących zabiegi kardiologii inwazyjnej (4) jest wystarczająca. Finansowanie nielimitowanych procedur leczenia ostrych zespołów wieńcowych (OZW), takich jak zawał serca i niestabilna dławica piersiowa jest odpowiednie i należy zabezpieczyć środki na najbliższe lata na podobnym, lub nieznacznie zwiększonym poziomie.</p> <p>Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego</i> prognozuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> wzrost liczby łóżek do roku 2031 r. na oddziałach kardiologii od 79-233 łóżek oraz na oddziałach kardiochirurgii od 15-31 łóżek. (liczba łóżek w oddziałach kardiologii/100 tys. ludności wynosi 15,0 i jest niższa od średniej krajowej – 19,7). w lubuskim najwyższy w kraju odsetek świadczeń zabiegowych w oddziałach kardiologii; w lubuskim najwyższy w kraju odsetek hospitalizacji - angioplastyka wieńcowa (PCI) 31,9% (śr. kraj. 23,6%). <p>Z danych w <i>Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego ogólnopolskiej i wojewódzkiej z 2018 r.</i> wynika, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> istnieje pilna potrzeba rozwoju chirurgii naczyniowej w woj. lubuskim: <ul style="list-style-type: none"> w oddziałach chirurgii naczyniowej w woj. lubuskim w 2016 r. liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wynosiła 253,9 przy średniej krajowej 198,7 (o 78,25% przewyższa średnią krajową). Prognozowane jest zwiększenie liczby hospitalizacji z 2,74 tys. w 2018 r. do 3,34 tys. w 2031 r.; mediana czasu oczekiwania do oddziału wynosi 39 dni (IV miejsce w kraju pod względem długości czasu oczekiwania) przy średniej krajowej 25 dni; obciążenie standardowe w oddziałach chir. naczyniowej w woj. lubuskim wynosi 81% przy | NIE |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | <p>przedsionkowej, zamykanie uszka lewego przedsionka, zabiegi z wykorzystaniem wspomagania lewej komory; rozpoczęcie wykonywania zabiegów przezskórnego wszczepiania zastawek aortalnych oraz zakładanie miltraclipów w wadzie zastawki mitralnej);</p> <p>- i chirurgii naczyniowej z wykorzystaniem istniejącego potencjału, w tym poprzez zwiększenie zabiegów przezskórnej implantacji stentografów aortalnych, oraz przezskórnych implantacji stentów do tt. szyjnych (referencyjna min. roczna liczba 50 zabiegów przezskórnych implantacji stentów tt szyjnych w ośrodku gwarantująca wysoką jakość i niski wskaźnik śmiertelności).</p> <p>7) Zwiększenie dostępności do ww. świadczeń chirurgii naczyniowej dla mieszkańców północnej części województwa - utworzenie ośrodka w Gorzowie Wlkp. oraz rozwój dwóch funkcjonujących ośrodków o pełnym profilu naczyniowym z dobrze wykształconą kadrą (Zielona Góra i Nowa Sól).</p> <p>8) Zwiększenie liczby plastik tętnic poniżej kolana (głównie w cukrzycy).</p> | | <p>średniej krajowej 57,9% (najwyższe obciążenie w kraju);</p> <p>– prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – wzrost od 27 do 86 łóżek.</p> | |
| 9 | Poprawa dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego i hematologicznego na terenie województwa lubuskiego. | Poprawa dostępności i kompleksowości i leczenia onkologicznego | <p>1) Centralizacja leczenia onkologicznego i hematologicznego – dążenie do zapewnienia kompleksowego, specjalistycznego, interdyscyplinarnego leczenia (diagnostyka, leczenie w trybie stacjonarnym, dziennym i ambulatoryjnym, rehabilitacja, opieka paliatywno-hospicyjna oraz domowa) w jednostkach leczniczych posiadających właściwe zasoby infrastrukturalne, diagnostyczne i kadrowe.</p> <p>2) Rozwój specjalistycznych dziedzin onkologicznych na terenie województwa</p> | <p><u>Miernik:</u> Liczba leczonych poza woj. lubuskim (migracje) do liczby pacjentów leczonych w poszczególnych oddziałach/poradniach o profilu onkologicznym na terenie woj. lubuskiego.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p>W Polsce, z roku na rok wzrasta zachorowalność na choroby nowotworowe, a w województwie lubuskim notuje się jeden z najwyższych wskaźników zachorowań na nowotwory, z jednocześnie najniższym wskaźnikiem przeżycia, dlatego istotnym jest, aby dostęp do specjalistycznej opieki i leczenia onkologicznego był równomierny w całym województwie. Dodatkowo, diagnostyka i opieka onkologiczna w województwie lubuskim wymaga rozwoju z uwagi na zapóźnienie w zakresie diagnostyczno-leczniczym w stosunku do innych województw.</p> <p>Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego</i></p> | <p>W związku z utworzeniem w Gorzowie Wielkopolskim kompleksowego ośrodka onkologicznego z radioterapią Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w planie zakupu świadczeń na rok 2019 zaplanuje środki finansowe na finansowanie świadczeń realizowanych w ramach radioterapii. Powstanie kompleksowego ośrodka będzie miało wpływ na zmniejszenie migracji zewnętrznej pacjentów i środki finansowe, które w chwili obecnej</p> |

| | | | | | | |
|-----------|---|---|--|---|--|---|
| | | | <p>lubuskiego.</p> <p>3) Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinach onkologicznych.</p> <p>4) Rozwój psychoonkologii oraz zwiększenie liczby innego personelu, w szczególności pielęgniarek onkologicznych, psychologów, dietetyków, edukatorów zdrowotnych.</p> <p>5) Utworzenie całodobowego oddziału chemioterapii w południowej i północnej części województwa.</p> <p>6) Rozbudowa Oddziału Hematologii w Gorzowie Wlkp. z wykorzystaniem aktualnego potencjału do stworzenia możliwości przeszczepów szpiku kostnego.</p> | | <p>prognozuje się wzrost liczby łóżek do roku 2031 r.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • na oddziałach hematologii od 78-162 łóżek, • na oddziałach radioterapii od 24-54 łóżek, • na oddziałach chirurgii onkologicznej od 5-10 łóżek. | <p>LOW NFZ przeznacza na sfinansowanie udzielonych świadczeń w ramach migracji, będą mogły zostać przekierowane na finansowanie świadczeń w ośrodku gorzowskim.</p> |
| 10 | <p>Zwiększenie dostępności do kompleksowych świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu i innych schorzeń neurologicznych</p> | <p>Zapewnienie równomiernego dostępu do oddziałów neurologicznych /udarowych i świadczeń specjalistycznych</p> <p>Przeciwdziałanie niepełnosprawności i poprawa jakości życia</p> | <p>1) Zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia szpitalnego i poszpitalnego z zachowaniem równomiernego terytorialnie dostępu.</p> <p>2) Rozwój rehabilitacji neurologicznej.</p> <p>3) Utworzenie przyszpitalnych poradni udarowych, chorób układu pozapiramidowego i otepień.</p> <p>4) Zapewnienie leczenia (SM) lekami II rzutu dla pacjentów, u których brak jest reakcji lub niewystarczająca reakcja na leczenie lekami pierwszego rzutu. Ośrodki dysponować powinny wykwalifikowanym personelem i szybką diagnostyką obrazową.</p> <p>5) Utworzenie ośrodków neuroradiologii interwencyjnej.</p> | <p><u>Miernik:</u> Liczba łóżek w przedmiotowych specjalnościach na 100 tys. ludności.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p><i>Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii:</i> Poprawa dostępności do świadczeń ze wskazań neurologicznych w pobliżu miejsca ich zamieszkania (zmniejszenie liczby zgonów lub niepełnosprawności). Zmniejszenie kosztów związanych z dalszym leczeniem i rehabilitacją schorzeń neurologicznych.</p> <p><i>Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego prognozuje się:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>wzrost liczby łóżek do 2031 r. na oddziałach neurologii od 64-131 łóżek oraz na oddziałach neurochirurgii od 9-18 łóżek.</i> | NIE |
| 11 | <p>Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej.</p> | <p>Minimalizowanie skutków zdrowotnych i społecznych wynikających z niepełnosprawności.</p> | <p>1) Zwiększenie dostępności do rehabilitacji medycznej finansowanej ze środków publicznych.</p> <p>2) Dążenie do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenie</p> | <p><u>Miernik:</u> Czas oczekiwania do poradni i zakładów rehabilitacji.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji</p> | <p>Zapobieganie utracie zdolności do pracy (czasowej lub stałej), bezrobociu, „utrwalonemu bezrobociu”, degradacji zawodowej, społecznej, degradacji rodzin. Szybki powrót do pracy. Rehabilitacja w schorzeniach i zdarzeniach nagłych u niepracujących dorosłych, związanych z wiekiem (udar, zawał, amputacje, nowotwory, zdarzenia</p> | NIE |

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|-----|
| | | | interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta (uwzględniając dowóz na rehabilitację oraz objęcie opieką również opiekunów pacjentów). | (dane roczne). | pourazowe). Często schorzenia tych osób obciążają rodziny pracujące, opiekunów, powodują wykluczenie społeczne i rodzinne tych osób, depresje, przyspieszenie demencji itp. Brak zapewnienia rehabilitacji po zakończonym leczeniu szpitalnym w określonych dziedzinach skutkuje obniżeniem efektywności interwencji zabiegowych lub bezpowrotną utratą możliwości uzyskania optymalnej sprawności. Wczesna rehabilitacja (w rozumieniu podjęcia interwencji w możliwie najkrótszym czasie po uzyskaniu diagnozy /kwalifikacji) zapobiega powikłaniom (w tym: wieloukładowym) i pozwala na uzyskanie pożądanego efektu terapeutycznego i/lub stopnia sprawności. | |
| 12 | Zagwarantowanie instytucjonalnej opieki dla osób przewlekłe chorych . | Poprawa dostępności do opieki długoterminowej. | Zwiększenie dostępności do specjalistycznych form opieki długoterminowej w ramach środków publicznych (ZOL, ZPO, hospicjów domowych i stacjonarnych, domowej opieki długoterminowej, wentylacji mechanicznej pacjentów w warunkach domowych i stacjonarnych, leczenia bólu, rehabilitacji domowej oraz zabezpieczenie w sprzęt specjalistyczny niezbędny do opieki długoterminowej. | <u>Miernik:</u> Czas oczekiwania na świadczenia opieki długoterminowej. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Z uwagi na rosnącą od kilku lat liczbę osób w wieku poprodukcyjnym oraz prognozowany systematyczny wzrost odsetka osób starszych w populacji województwa (w 2050 roku ponad 40% ludności województwa będą stanowiły osoby starsze) istotny staje się problem zabezpieczenia opieki geriatrycznej oraz długoterminowej, zarówno w formie opieki instytucjonalnej (DPS, ZOL i ZPO), jak i domowej (opieka pielęgnarska, usługi opiekuńcze). Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie lecznictwa szpitalnego dla woj. lubuskiego</i> prognozuje się: <ul style="list-style-type: none"> • zapotrzebowanie na miejsca opieki paliatywno-hospicyjnej ogółem w stosunku do roku 2017 r. wzrośnie o <ul style="list-style-type: none"> ➤ o 19,5% w 2020 roku oraz ➤ o 17,6% w 2029 r. (potrzebne ogółem 2843 miejsc w 2020 r. oraz 2797 w 2029 r.) w tym: <ul style="list-style-type: none"> ➤ w hospicjach stacjonarnych <ul style="list-style-type: none"> – o 42% w 2020 r. oraz – o 38% w 2029 r. (potrzebne 101 miejsc w 2020r. oraz 98 miejsc w 2029 r.), ➤ w hospicjach domowych o <ul style="list-style-type: none"> – o 19,8% w 2020 r. oraz – o 16,9% w 2029 r. (potrzebne 2742 miejsc w 2020r. oraz 2699 miejsc w 2029r.) | NIE |
| 13 | Rozwój opieki geriatrycznej oraz zwiększenie efektywności procesu | Poprawa opieki nad osobami starszymi oraz | 1) Tworzenie lub dostosowywanie oddziałów do leczenia schorzeń geriatrycznych z | <u>Miernik:</u> Liczba geriatrów na 100 tys. | Starzenie się społeczeństwa oraz konieczność holistycznego podejścia do pacjenta geriatrycznego. | NIE |

| | | | | | | |
|-----------|---|--|--|---|---|---|
| | diagnostyczno-terapeutycznego. | dążenie do utrzymania zdrowia i samodzielności seniorów jak najdłużej. | fachową obsadą, rehabilitacji geriatrycznej oraz ZOL, ze szczególnym uwzględnieniem równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa i kompleksowości oferowanych usług. 2) Tworzenie pozaszpitalnych form opieki dziennej i środowiskowej oraz ZOL, ZPO. 3) Stworzenie warunków do zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy geriatrów i innych lekarzy w dziedzinach związanych z opieką nad osobą starszą. | ludności. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Zgodnie z <i>Mapą Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. lubuskiego</i> prognozuje się wzrost liczby hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych oraz dedykowanych zakresach jednoimiennych tj.: <ul style="list-style-type: none">• 1,60 tys. hospitalizacji w 2018 r.,• 1,72 tys. hospitalizacji w 2020 r.,• 1,96 tys. hospitalizacji w 2024 r.,• 2,12 tys. hospitalizacji w 2031 r. | |
| 14 | Tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego | Dążenie do nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej stawiającego na leczenie środowiskowe, opiekę nad chorym w jego otoczeniu. | Działania zgodne z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. | <u>Miernik:</u> Liczba mieszkańców przypadająca na 1 Centrum Zdrowia Psychicznego. <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. | Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852) do realizacji pilotażu wyznaczeni zostali świadczeniodawcy: <ol style="list-style-type: none">1. Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo Chorych w Międzyrzeczu;2. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o. Rozpoczęcie realizacji świadczeń w ramach pilotażu planowane jest od października 2018 roku. Umowy zawarte zostaną do 30 czerwca 2021 roku. Realizacja priorytetu wpłynie na przekierowanie strumienia finansowego – planowane jest przesunięcie środków finansowych z obecnie zawartej umowy w zakresach wchodzących do umowy o realizację pilotażu. |
| 15 | Rozwój ratownictwa medycznego | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. | Działania w zakresie ratownictwa medycznego (Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Zespoły Ratownictwa Medycznego) realizowane zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa, wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, Wojewódzkim Planem Działania Systemu | <u>Miernik:</u> Liczba centrów urazowych w województwie. Czas dotarcia ZRM do pacjenta. | | NIE |

| | | | | | | |
|----|--|---|--|---|--|---|
| | | | Państwowe Ratownictwo Medyczne | <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | | |
| 16 | Zapewnienie transportu sanitarnego. | Umożliwienie sprawnego transportu pacjentów szpitalnych. | Umożliwienie sprawnego transportu pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami. | <u>Miernik:</u> Liczba przewozów Liczba skarg, w tym z SDM <u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne). | Sygnalizowane problemy z transportem pacjentów między placówkami ochrony zdrowia oraz z i do miejsca zamieszkania, zgodnie z obowiązującymi przepisami. | NIE |
| 17 | Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej na podstawie rozpoznanych potrzeb | Zmniejszenie współczynnika chorobowości i umieralności oraz społecznych skutków chorób, a także wzrost świadomości odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych. | <ol style="list-style-type: none"> 1) Na podstawie rozpoznanych potrzeb zdrowotnych opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, a także działania na rzecz promocji zdrowia. 2) Podnoszenie kompetencji zdrowotnych społeczeństwa (w tym: świadomości społeczeństwa w zakresie Odpowiedzialności i możliwości wpływu na swoje zdrowie, a także ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania). 3) Działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa ludności w badaniach przesiewowych oraz badaniach profilaktycznych. 4) Działania zapobiegające zewnętrznym przyczynom zgonów (m.in. samobójstwom). | <u>Miernik:</u> Miednik zgodny z programami polityki zdrowotnej realizowanymi w woj. lubuskim. <u>Czas oceny:</u> na etapie opracowywania programu polityki zdrowotnej i co najmniej rok po zakończeniu jego realizacji (dane roczne). | Programy polityki zdrowotnej opracowywane zgodnie z przepisami prawa, wytycznymi Ministerstwa Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, krajowymi i regionalnymi programami i strategiami oraz na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów zdrowotnych. | Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zamieścił na BIP informację o możliwości składania przez jednostki samorządu terytorialnego województwa lubuskiego wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na rok 2019, na ten cel Lubuski OW NFZ utworzył rezerwę na sfinansowanie pozytywnie ocenionych programów polityki zdrowotnej. |
| 18 | Rozwój kompleksowej, wszechstronnej i ciągłej podstawowej opieki | Poprawa podstawowej opieki zdrowotnej | <ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa jakości opieki podstawowej: <ol style="list-style-type: none"> a) wdrażanie zewnętrznych metod monitorowania jakości w POZ, | <u>Miernik:</u> Liczba pacjentów przypadających na 1 | Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej określa cele i organizację POZ. Duży nacisk, w tym akcie prawnym, położono na zagadnienia koordynacji świadczeń, pracy zespołowej, | NIE |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|-----|
| | zdrowotnej, opartej o medycynę rodzinną, świadczonej przez wybranego lekarza, niezależnie od wieku pacjenta i rodzaju problemu zdrowotnego | | <ul style="list-style-type: none"> b) popularyzacja i stworzenie zachęt do wewnętrznej poprawy jakości w POZ oraz stałego rozwoju profesjonalnego lekarzy i pielęgniarek, c) wspieranie rozwoju informatyzacji w POZ. <p>2. Rozwój pracy zespołowej w POZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wspieranie tworzenia i preferowanie zespołów POZ składających się z lekarza rodzinnego; pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, położnej środowiskowo-rodzinnej, b) wspieranie poszerzenia zespołu POZ o innych specjalistów – fizjoterapeutów, dietetyków. <p>3. Zwiększenie koordynacji świadczeń medycznych, poprawa holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem.</p> | <p>lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej.</p> <p><u>Czas oceny:</u> Na etapie oceny celowości inwestycji oraz co najmniej rok po zakończeniu inwestycji (dane roczne).</p> | <p>poprawy jakości opieki, kwalifikacji personelu, nowych metod opłacania świadczeń. Zasadne jest uwzględnienie tych zagadnień i podejmowanie działań na terenie województwa w celu zapewnienia obywatelom dostępnej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki podstawowej.</p> | |
| 19 | Poprawa opieki profilaktycznej nad pracownikami lubuskimi | Zmniejszenie absencji chorobowej pracowników | <ul style="list-style-type: none"> 1) Zwiększanie potencjału zdrowotnego pracowników lubuskich poprzez realizowanie w środowisku pracy w stosunku do pracowników działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń cywilizacyjnych (otyłość, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej, nikotynizm, czynniki ryzyka chorób onkologicznych). 2) Poszerzenie rutynowego zakresu badań profilaktycznych pracowników o elementy badań przesiewowych w kierunku najczęstszych schorzeń o znaczeniu populacyjnym (morfologia, cukier we krwi, lipidogram), czy o elementy profilaktyki nowotworowej (np. „paszport zdrowej kobiety”). 3) Zwiększenie zdolności długotrwałego, efektywnego wykonywania pracy zawodowej przez łączenie świadczeń z zakresu medycyny pracy (badania przesiewowe, poradnictwo profilaktyczne) ze świadczeniami z zakresu rehabilitacji medycznej (przywracanie utraconej | <p><u>Miernik:</u> Przeciętna długość absencji chorobowej w roku przypadająca na 1 osobę ubezpieczoną w ZUS.</p> <p><u>Czas oceny</u> Na etapie opracowywania programu i co najmniej rok po zakończeniu jego realizacji (dane roczne).</p> | <p>Propozycja Konsultanta Wojewódzkiego ds. medycyny pracy.</p> | NIE |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | <p>zdolności do pracy) i zawodowej (poradnictwo medyczno-zawodowe celem optymalizacji warunków zatrudnienia).</p> <p>4) Zmiana nastawienia kadr medycznych medycyny pracy z ujęcia orzeczniczego na poradnictwo medyczno-zawodowe, celem większego skupienia się na indywidualnych problemach zdrowotnych pracowników i możliwościach zaradzenia im (zmiana stylu życia, badania przesiewowe, modyfikacje w miejscu pracy) aniżeli na samym aspekcie zdolności do pracy („zdolny/niezdolny”).</p> | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|