

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

(w przypadku zmiany obowiązujących przepisów prawnych, zmiany lub opracowania kolejnych regionalnych map potrzeb zdrowotnych forma bądź treść dokumentu może ulec zmianie)

Zgodnie z art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 581 z późn. zm.) wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych ustala Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

I. ANALIZA I DIAGNOZA

Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa lubuskiego opracowano na podstawie:

- Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa lubuskiego
- Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubuskiego
- Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa lubuskiego
- krajowych i wojewódzkich programów i dokumentów strategicznych, w tym :
 - Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
 - Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020,
 - Kierunków rozwoju leczenia w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim na lata 2012-2020,
 - Kierunków rozwoju leczenia w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie lubuskim,
 - Kierunków rozwoju leczenia w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020,
- opinii i propozycji członków Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych w województwie lubuskim oraz jednostek samorządu terytorialnego i szpitali z terenu województwa lubuskiego,
- danych statystycznych, w tym: Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia,
- opracowań własnych Wydziału Zdrowia LUW, w tym:
 - „Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie lubuskim”,
 - „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego (poziom powiatów). Nierówności w zdrowiu w województwie lubuskim. Podsumowanie rozmów o zdrowiu w powiatach” (raport wojewódzki oraz raporty szczegółowe odrębne dla każdego powiatu),
- wytycznych Ministerstwa Zdrowia zawartych w dokumencie „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej (PRPZ)” .

1. Diagnoza stanu aktualnego

- 1) Choroby układu krążenia, nowotwory, zewnętrzne przyczyny zgonów (w tym urazy, wypadki i samobójstwa) choroby układu oddechowego, udary mózgu jako główna przyczyna zgonów oraz wzrost chorób sercowo-naczyniowych, zaburzeń psychicznych (w tym związanych z używaniem alkoholu, środków psychoaktywnych, depresją i przemocą) oraz ich społecznych skutków powodują rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczne kompleksowe leczenie.
- 2) Starzenie się społeczeństwa (odmienność procesu leczenia i pielęgnacji pacjentów starszych) oraz długi czas oczekiwania do zakładów opieki długoterminowej.

- 3) Wysoki współczynnik niepełnosprawności, długie kolejki oczekujących na zabiegi ortopedyczne (w szczególności endoprotezoplastykę) oraz wzrastająca liczba osób posiadających problemy związane z narządem ruchu w każdym przedziale wiekowym, a także długi czas oczekiwania na rehabilitację.
- 4) Utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki pediatrycznej oraz duża liczba migracji poza województwo na leczenie specjalistyczne.
- 5) Niedostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa oraz zbyt mało szpitali posiadających akredytacje i certyfikaty jakości w zakresie ochrony zdrowia.
- 6) Braki kadry medycznej i starzejący się personel medyczny (brak zastępowalności międzypokoleniowej) oraz zbyt mały rozwój telemedycyny, jako narzędzia wspierającego pracę personelu medycznego do zapewnienia podstawowego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego Lubuszan, poprawienia i wyrównania terytorialnego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz jakości ich udzielania.
- 7) Ograniczony dostęp do diagnostyki oraz brak lub wyeksploatowany i przestarzały sprzęt i aparatura medyczna oraz nierównomierny dostęp do leczenia szpitalnego na terenie województwa.
- 8) Niedostosowanie stanu łóżek w oddziałach o profilu zachowawczym w odniesieniu do potrzeb, zbyt duże rozproszenie oddziałów wykonujących duże i kompleksowe zabiegi, nadmierna liczba zabiegów małych i diagnostycznych wykonywanych w oddziałach całodobowych oraz utrudniony szybki transport pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami, celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.
- 9) Wysoki odsetek porodów przedwczesnych i śmiertelności okołoporodowej.
- 10) Niskie kompetencje zdrowotne społeczeństwa - zbyt mała dbałość społeczeństwa o swoje zdrowie, zdrowego stylu życia i czynników mających wpływ na zdrowie oraz niewielki odsetek programów polityki zdrowotnej kompleksowo oddziałujących na zwiększenie kompetencji zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia populacji.

2. Stan docelowy:

- 1) Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego, standardu pobytu i leczenia pacjentów.
- 2) Zapewnienie zatrudnienia kadr medycznych na poziomie pozwalającym na bezpieczne funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia i ich rozwój.
- 3) Podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.
- 4) Racjonalizacja wykorzystania łóżek w oddziałach zachowawczych, redukcja zabiegów małych i diagnostycznych w oddziałach całodobowych.
- 5) Zapewnienie mieszkańcom województwa dostępu do kompleksowej i wysokiej jakości opieki medycznej z zachowaniem optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia zasobów oraz zmniejszenie migracji do specjalistycznych ośrodków w innych województwach, a w szczególności w zakresie:
 - a) zapewnienia szybkiej diagnostyki i pomocy wysokospecjalistycznej w zakresie chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, udarów, urazów wielonarządowych,
 - b) specjalistycznego leczenia dzieci i młodzieży na terenie województwa lubuskiego,
 - c) poprawy dostępności do opieki długoterminowej oraz opieki nad osobami starszymi (dążenia do utrzymania zdrowia i samodzielności seniorów jak najdłużej).
- 6) Skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia w zakresie zabiegów okulistycznych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej.
- 7) Zminimalizowanie skutków zdrowotnych i społecznych wynikających z niepełnosprawności.
- 8) Dążenie do nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej stawiającego na leczenie środowiskowe, opiekę nad chorym w jego otoczeniu, co wymaga silnego rozwoju placówek pozaszpitalnych, jako miejsc podstawowego leczenia i opieki nad pacjentem.
- 9) Zmniejszenie współczynnika chorobowości i umieralności oraz społecznych skutków chorób.
- 10) Wzrost kompetencji zdrowotnych, świadomości i odpowiedzialności społeczeństwa za zdrowie swoje i innych.

3. Różnice pomiędzy stanem docelowym, a aktualnym i ich istotność

Mając na względzie dążenie do niwelowania różnic pomiędzy stanem aktualnym a docelowym, na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, propozycji przesłanych przez Członków Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych, jednostek samorządu terytorialnego szczebla powiatowego oraz przedstawicieli szpitali z terenu woj. lubuskiego, krajowych i regionalnych programów i dokumentów strategicznych oraz analiz własnych Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp., sporządzono zbiorczą listę problemów i priorytetów zdrowotnych dla województwa lubuskiego, które skatalogowano w 3 grupach.

- 1) Problemy i priorytety o charakterze ogólnym (6 priorytetów).
- 2) Problemy i priorytety dziedzinowe (17 priorytetów) .
- 3) Problemy i priorytety istotne dla realizacji programów polityki zdrowotnej (10 priorytetów).

Lista rankingowa Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Woj. Lubuskiego stanowi załącznik 1.

II. STRATEGIA I WDRAŻANIE

1. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej

- 1) Problemy i priorytety o charakterze ogólnym - 6 priorytetów w zakresie:
 - a) uzupełnienia kadry medycznej,
 - b) poprawy dostępności do diagnostyki oraz zakupu lub wymiany wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług,
 - c) dostosowania szpitali do wymagań określonych przepisami prawa,
 - d) poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta i jakości świadczonych usług medycznych,
 - e) dążenia do równomiernego dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych na poziomie powiatów,
 - f) rozwoju usług i świadczeń telemedycznych (teleopieki, teleterapii, telekonsultacji, telenauczania, telezabiegów).
- 2) Problemy i priorytety dziedzinowe - 17 priorytetów w zakresie:
 - a) poprawy dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego na terenie województwa lubuskiego,
 - b) dostosowania struktury łóżek oddziałów zachowawczych do faktycznych potrzeb, rozwoju opieki geriatrycznej oraz zwiększenia efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
 - c) zagwarantowania profesjonalnej opieki dla osób przewlekle chorych,
 - d) zapewnienia pacjentom pediatrycznym realizacji większej liczby świadczeń w jednostkach na terenie województwa (m.in. w oddziałach specjalistycznych w tym jednodniowych),
 - e) centralizacji i kompleksowości wysokospecjalistycznych świadczeń w zakresie kardiologii i kardiochirurgii oraz rozwoju kadry i oddziałów chirurgii naczyniowej wraz z doposażeniem technicznym,
 - f) centralizacji i specjalizacji w wykonywaniu dużych i kompleksowych zabiegów poprzez przeniesienie wykonywania zabiegów małych i diagnostycznych do oddziałów jednodniowych, dążenia do zminimalizowania okresu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne oraz poprawy dostępności do rehabilitacji medycznej, rozwoju w zakresie leczenia urazów wielonarządowych oraz lotniczego pogotowia ratunkowego na północy województwa, umożliwienia sprawnego transportu pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej,
 - g) rozwoju pozaszpitalnych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi,
 - h) poprawy opieki nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu,
 - i) zwiększenia dostępności do kompleksowych świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu i innych schorzeń neurologicznych powodujących niepełnosprawność,
 - j) usprawnienia diagnostyki, leczenia i rehabilitacji schorzeń układu oddechowego.

- 3) Problemy i priorytety istotne dla realizacji programów polityki zdrowotnej (10 priorytetów), dotyczących:
- a) opracowywania i realizacji kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, cukrzycy i otyłości, chorób zakaźnych, przeciwdziałania wczesnej zachorowalności i ograniczenia schorzeń układu kostno-stawowego, ochrony zdrowia psychicznego, zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży i innych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych, a także działania na rzecz promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży,
 - b) poprawy wiedzy wśród ogółu społeczeństwa oraz wśród służb medycyny ratunkowej, oddziałów SOR oraz oddziałów specjalistycznych, w celu wczesnej trafnej kwalifikacji pacjentów w zakresie objawów udaru mózgu oraz wczesnej diagnostyki tzw. ostrych zespołów aortalnych.

Szczegółowe zestawienie problemów, priorytetów, preferowanego sposobu ich realizacji wraz z uzasadnieniem, horyzontem czasowym realizacji (krótkoterminowym do 2020r. oraz długoterminowym po 2020r.) oraz proponowanym miernikiem i czasem oceny zawiera załącznik 2.

Legenda do załączników

	Problemy i priorytety o charakterze ogólnym
	Problemy i priorytety dziedzinowe
	Problemy i priorytety istotne dla programów polityki zdrowotnej
MPZ-ONK	Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubuskiego
MPZ-SZ	Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa lubuskiego
LSOZ	Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020

Załącznik 1

LISTA RANKINGOWA PRIORYTETÓW DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJ. LUBUSKIEGO

Ranga (1- priorytet najistotniejszy)	PRIORYTET REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA WOJ. LUBUSKIEGO
1.	Poprawa dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego dla dorosłych i dla dzieci na terenie województwa lubuskiego.
2.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych, a także działania na rzecz promocji zdrowia.
3.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki występowania cukrzycy i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.
4.	Rozwój opieki geriatrycznej oraz zwiększenie efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
5.	Uzupełnienie kadry medycznej.
6.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, a także działania na rzecz promocji zdrowia.
7.	Zagwarantowanie profesjonalnej opieki dla osób przewlekle chorych.
8.	Zapewnienie pacjentom pediatrycznym realizacji większej liczby świadczeń w jednostkach na terenie województwa (m.in. tworzenie specjalistycznych oddziałów, w tym jednodniowych).
9.	Scentralizowane, kompleksowe wysokospecjalistyczne świadczenia w zakresie kardiologii i kardiochirurgii.
10.	Poprawa dostępności do diagnostyki oraz zakup lub wymiana wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług.
11.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży.
12.	Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej.
13.	Dostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa.
14.	Rozwój pozaszpitalnych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.
15.	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego, pacjenta i jakości świadczonych usług medycznych.
16.	Dążenie do równomiernego dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych na poziomie powiatów.
17.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, a także działania na rzecz promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem: uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych i dopalaczy oraz depresji i przemocy.
18.	Rozwój w zakresie leczenia urazów wielonarządowych oraz lotniczego pogotowia ratunkowego na północy województwa
19.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania wczesnej zachorowalności i ograniczenia schorzeń układu kostno-stawowego, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki wad postawy i postaw wadliwych u dzieci i młodzieży.
20.	Poprawa opieki nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu.
21.	Zwiększenie dostępności do kompleksowych świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu i innych schorzeń neurologicznych powodujących niepełnosprawność.
22.	Przeniesienie wykonywania zabiegów małych i diagnostycznych do oddziałów jednodniowych.
23.	Dążenie do zminimalizowania okresu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne.
24.	Dostosowanie struktury łóżek oddziałów zachowawczych do faktycznych potrzeb.
25.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu oddechowego, a także działania na rzecz promocji zdrowia.
26.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym, szczególnie wśród dzieci.
27.	Centralizacja i specjalizacja w wykonywaniu dużych i kompleksowych zabiegów.
28.	Rozwój usług i świadczeń telemedycznych (teleopieki, teleterapii, telekonsultacji, telenauczania, telezabiegów).
29.	Rozwój kadry i oddziałów chirurgii naczyniowej wraz z wyposażeniem technicznym.
30.	Poprawa wiedzy wśród ogółu społeczeństwa oraz wśród służb medycyny ratunkowej, oddziałów SOR oraz oddziałów specjalistycznych w celu wczesnej, trafnej kwalifikacji pacjentów w następujących zakresach: a) objawy udaru mózgu, b) wczesna diagnostyka tzw. ostrych zespołów aortalnych.
31.	Umożliwienie sprawnego transportu pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.
32.	Opracowywanie i realizacja kompleksowych innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.
33.	Usprawnienie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji schorzeń układu oddechowego.

Szczegółowe zestawienie problemów, priorytetów (z uwzględnieniem wydzielonych obszarów o charakterze: ogólnym, dziedzinowym oraz istotnym dla programów polityki zdrowotnej), preferowanego sposobu ich realizacji wraz z uzasadnieniem, horyzontem czasowym realizacji (krótkoterminowym do 2020r. oraz długoterminowym po 2020r.) oraz proponowanym miernikiem i czasem oceny zawiera załącznik 2.

Załącznik 2.

PROBLEMY I PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO Z UWZGLĘDNIENIEM WYDZIELONYCH OBSZARÓW (O CHARAKTERZE OGÓLNYM, DZIEDZINOWYM ORAZ ISTOTNYM DLA PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ)

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT - czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
1	Poprawa dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego dla dorosłych i dla dzieci na terenie województwa lubuskiego.	Poprawa dostępności i kompleksowość i leczenia onkologicznego	Nowotwory jako druga przyczyna zgonów oraz wzrost liczby pacjentów onkologicznych i rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczne kompleksowe leczenie onkologiczne dla dorosłych i dla dzieci.	długoterminowy	1) Centralizacja leczenia onkologicznego – dążenie do zapewnienia kompleksowego, interdyscyplinarnego leczenia onkologicznego (diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, AOS, opieka paliatywna) w jednostkach leczniczych posiadających właściwe zasoby infrastrukturalne, diagnostyczne i kadrowe, w tym: <ol style="list-style-type: none"> zwiększenie liczby łóżek chirurgii onkologicznej przy zapewnieniu ciągłości i kompleksowości opieki, rozwój ginekologii onkologicznej na terenie województwa lubuskiego, utworzenie Centralnej Pracowni Leku, utworzenia w Gorzowie Wlkp. kompleksowego ośrodka onkologicznego z radioterapią (2 przyspieszacze liniowe), rozbudowa Oddziału Hematologii w Gorzowie Wlkp. z wykorzystaniem aktualnego potencjału do stworzenia możliwości przeszczepów szpiku kostnego, rozwój Zakładu Radioterapii w Zielonej Górze, utworzenie całodobowego oddziału chemioterapii w południowej części województwa. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>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 tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Podsumowanie MPZ-ONK str. 7 i 10 – Polepszenie jakości i bezpieczeństwa świadczeń przez koncentrację rozproszonych świadczeń.</p> <p>Zgodnie MPZ-ONK maks. liczba umów na udzielanie świadczeń na zakres skojarzony „pakiet onkologiczny” wynosić powinna np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 - położnictwo i ginekologia, • 2 – urologia, • 1 – chirurgia ogólna • 6 – dolny odcinek układu pokarmowego. <p>Maks. liczba umów w zakresie skojarzonym przy założeniu min. 60 zabiegów rocznie w każdej grupie (MPZ -ONK. s. 88, s.154 tab. 26).</p> <p>Zgodnie z MPZ-SZ do 2025 roku liczba akceleratorów w województwie lubuskim powinna wzrosnąć z 4 do 6 (wzrost o 2 w Gorzowie Wielkopolskim).</p> <p>W wariantcie maksymalnym (podsumowanie MPZ-ONK. s. 11) wzrost do 2029r. liczby osobodni świadczeń chemioterapii pozwoli na pojawienie się nowego ośrodka realizującego takie świadczenia.</p> <p>Zgodnie z opinią konsultanta wojewódzkiego – w ginekologii onkologicznej zasadne jest stworzenie 3 ośrodków terapii w Zielonej Górze, Gorzowie Wlkp. i Nowej Soli.</p>

^a krótkoterminowy – realizacja do 2020r., długoterminowy – termin realizacji po 2020r.

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
	Poprawa dostępności do kompleksowego leczenia onkologicznego dla dorosłych i dla dzieci na terenie województwa lubuskiego . (c.d.)				2) Poprawa dostępności do leczenia bólu, opieki paliatywno-hospicyjnej oraz opieki domowej nad pacjentami przewlekle chorymi. 3) Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w szczególności w zakresie chirurgii onkologicznej. 4) Rozwój psychoonkologii oraz zwiększenie liczby innego personelu, w szczególności pielęgniarek onkologicznych, psychologów, dietetyków, edukatorów zdrowotnych.		
2	Opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych, a także działania na rzecz promocji i profilaktyki zdrowia.	zgodnie z załącznikiem 3					
3	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki występowania cukrzycy i otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.	zgodnie z załącznikiem 3					

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
4	Rozwój opieki geriatrycznej oraz zwiększenie efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego.	Poprawa opieki nad osobami starszymi oraz dążenie do utrzymania zdrowia i samodzielności seniorów jak najdłużej.	Starzenie się społeczeństwa oraz odmienność procesu leczenia i pielęgnacji pacjentów starszych.	długoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tworzenie oddziałów geriatrycznych z 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. 3) Stworzenie warunków do zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy geriatrów i innych lekarzy w dziedzinach związanych z opieką nad osobą starszą (szczególnie choroby wewnętrzne, kardiologia, endokrynologia, diabetologia, reumatologia). 	<p><u>Miernik:</u> Liczba łóżek geriatrycznych na 100 tys. ludności. Liczba geriatrów na 100 tys. ludności.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	Starzenie się społeczeństwa oraz konieczność holistycznego podejścia do pacjenta geriatrycznego.
5	Uzupełnienie kadry medycznej.	Zapewnienie zatrudnienia pozwalającego na bezpieczne funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia i ich rozwój	Braki kadry medycznej i starzejący się personel medyczny (brak zastępowalności międzypokoleniowej).	długoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zwiększenie liczby personelu medycznego. 2) Kształcenie specjalistycznej kadry medycznej. 3) Zwiększenie liczby miejsc akredytowanych. 4) Doposażenie jednostek szkolących w celu spełnienia warunków do uzyskania lub utrzymania akredytacji. 5) Tworzenie i wspieranie rozwoju komórek organizacyjnych udzielających odpowiednio dużej liczby świadczeń i realizujących odpowiedni zakres procedur dla podnoszenia jakości szkolenia. 	<p><u>Miernik:</u> Liczba personelu medycznego wg grup zawodowych na 100 tys. ludności</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</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> <p>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.</p> <p>Jednostki szkolące realizujące małą liczbę procedur nie gwarantują właściwego poziomu wyszkolenia specjalistycznej kadry medycznej.</p>
6	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, a także działania na rzecz promocji zdrowia.	zgodnie z załącznikiem 3					

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
7	Zagwarantowanie profesjonalnej opieki dla osób przewlekle chorych.	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej.	Wysoki wskaźnik wykorzystania łóżek oraz długi czas oczekiwania do zakładów opieki długoterminowej.	krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> Zwiększenia dostępności do specjalistycznych form opieki długoterminowej poprzez tworzenie (w szczególności na bazie istniejącej infrastruktury) ZOL, ZOL Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie, hospicjów domowych i stacjonarnych, domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej oraz zabezpieczenie w sprzęt specjalistyczny niezbędny do długoterminowej opieki domowej. Rozwijanie wentylacji mechanicznej pacjentów w warunkach domowych. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia opieki długoterminowej</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	Proponowane zmiany są zgodne z trendami demograficznymi i epidemiologicznymi oraz aktualnym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową.
8	Zapewnienie pacjentom pediatrycznym realizacji większej liczby świadczeń w jednostkach na terenie województwa (m.in. tworzenie specjalistycznych oddziałów, w tym jednodniowych).	Poprawa dostępności do leczenia dzieci i młodzieży na terenie województwa lubuskiego.	Utrudniony dostęp do opieki pediatrycznej oraz duża liczba migracji poza województwo na leczenie specjalistyczne.	krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> Racjonalizacja liczby i umiejscowienia łóżek szpitalnych o profilu pediatrycznym i specjalistycznym – organizacja systemu opieki szpitalnej z dwoma centrami wielospecjalistycznymi na północy i południu województwa (z uzupełniającym się zakresem świadczeń specjalistycznych) oraz trzema ośrodkami ponadpowiatowymi, a także rozwój placówek o funkcji kliniczno-dydaktycznej; w przypadku oddziałów zabiegowych należy dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (min. 60 takich zabiegów rocznie). Poprawa dostępności do świadczeń specjalistycznych oraz zapewnienie kontynuacji leczenia szpitalnego (w tym rozwój hospitalizacji jednodniowych) i ambulatoryjnego, a w szczególności w zakresie endokrynologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, chorób zakaźnych, okulistyki, urologii, kardiologii, onkologii i hematologii, nefrologii, laryngologii. Utworzenie w Zielonej Górze wielospecjalistycznego centrum pediatrii, jako placówki o funkcji klinicznej i dydaktycznej. Utworzenie na bazie istniejących struktur, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali wojewódzkich oddziału/pododdziału, który zapewni świadczenia w zakresie intensywnej terapii dla dzieci. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>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 tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>„Lubuska Strategia Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020” oraz „Kierunki rozwoju lecznictwa w zakresie opieki na matką i dzieckiem w województwie lubuskim” oraz jeden z priorytetów w ochronie zdrowia (rozporządzenie MZ).</p> <p>Rekomendacje MPZ -SZ</p> <p>Realizacja działań w związku ze wzrostem zapotrzebowania na diagnostykę specjalistyczną.</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
	Zapewnienie pacjentom pediatrycznym realizacji większej liczby świadczeń w jednostkach na terenie województwa (m.in. tworzenie specjalistycznych oddziałów, w tym jednodniowych). (c.d.)				<p>5) 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.</p> <p>6) Dopuszczenie oddziałów z łóżkami dziecięcymi w sprzęt specjalistyczny dla dzieci.</p>		
9	Scentralizowane, kompleksowe wysokospecjalistyczne świadczenia w zakresie kardiologii i kardiochirurgii.	Zapewnienie kompleksowej opieki osobom z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz zmniejszenie migracji do specjalistycznych ośrodków w innych województwach.	Choroby układu krążenia jako główna przyczyna zgonów.	krótkoterminowy	<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) Zapewnienie dostępności do poradni kardiologicznych dla dzieci finansowanych ze środków publicznych, przy zapewnieniu równomiernego rozmieszczenia.</p>	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Liczba wykonanych rocznie zabiegów kardiologicznych (JGP, grupa E – Choroby układu krążenia) w poszczególnych oddziałach w odniesieniu do optymalnej liczby zabiegów wg MPZ-SZ</p> <p>Liczba leczonych w poszczególnych oddziałach/poradniach o profilu kardiologicznym w odniesieniu do roku 2014r.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Zgodnie MPZ-SZ Centralizacja świadczeń JGP z grupy E (choroby układu krążenia), przyczynia się do lepszej jakości świadczeń. Optymalna liczba zabiegów wg JGP: E – Choroby układu krążenia – 3200 zabiegów (max. 2 szpitale w województwie)</p> <p>Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii: 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>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
	Scentralizowane, kompleksowe wysokospecjalistyczne świadczenia w zakresie kardiologii i kardiologii. (c.d.)				<p>7) Zwiększenie dostępu dla pacjentów do specjalistycznego leczenia zachowawczego i zabiegowego oraz wprowadzanie innowacyjnych technik</p> <p>-w kardiologii inwazyjnej dzięki obecności w miejscu oddz. kardiologii (na bazie potencjału kadrowego i doświadczenia w strukturalnych chorobach serca, np. zamykanie przeskórne ubytków w przegrodzie m-przedsionkowej, zamykanie uszka lewego przedsionka, zabiegi z wykorzystaniem wspomaganie lewej komory; rozpoczęcie wykonywania zabiegów przeskórnego wszczepiania zastawek aortalnych oraz zakładanie mitralciopów w wadzie zastawki mitralnej)</p> <p>- i chirurgii naczyniowej z wykorzystaniem istniejącego potencjału, w tym poprzez zwiększenie zabiegów przeskórnej implantacji stentografów aortalnych, oraz przeskórnych implantacji stentów do tt. szyjnych (referencyjna min. roczna liczba 50 zabiegów przeskórnych implantacji stentów tt szyjnych w ośrodku gwarantująca wysoką jakość i niski wskaźnik śmiertelności).</p>		Problemem jest dostępność do zabiegów inwazyjnych w obrębie naczyń wieńcowych.

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
10	Poprawa dostępności do diagnostyki oraz zakup lub wymiana wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług.	Zapewnienie dostępności do diagnostyki z zachowaniem optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług.	Ograniczony dostęp do diagnostyki oraz brak lub wyeksploatowany i przestarzały sprzęt i aparatura medyczna.	krótkoterminowy	<p>1) Poprawa dostępności do diagnostyki wysokospecjalistycznej - uruchomienie i zakontraktowanie świadczeń, przy uwzględnieniu optymalnego wykorzystania i równomiernego rozmieszczenia oraz wysokiej jakości usług:</p> <p>a) rezonansu magnetycznego – (dodatkowo 1 szt. w rejonie woj. z niskową dostępnością),</p> <p>b) tomografii komputerowej (dodatkowo jedna szt. w województwie) - preferowane zapewnienie dostępności tomografu min. 256 -rzędowego z możliwością wykonywania kardiologicznych badań perfuzyjnych spoczynkowych i z obciążeniem farmakologicznym - przy zagwarantowaniu optymalnego wykorzystania i wysokiego doświadczenia lekarzy w nieinwazyjnej diagnostyce kardiologicznej i kardiochirurgicznej.</p> <p>c) jednego PET-CT na terenie woj. lubuskiego (Gorzów Wlkp. albo Zielona Góra).</p> <p>2) Zakup i wymiana wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu diagnostycznego oraz sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do udzielania świadczeń zgodnie z umową i wymaganiami publicznego płatnika (przy uwzględnieniu optymalnego wykorzystania).</p> <p>3) Rozwój pracowni patomorfologii oraz wdrożenie badań z zakresu biologii molekularnej.</p> <p>4) Rozwój diagnostyki gastroenterologicznej (kolonoskopia, gastroskopia).</p>	<p><u>Miernik:</u> liczba wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego na 100 tys. ludności w porównaniu ze wskaźnikiem krajowym</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Zgodnie z MPZ-SZ wskaźnik na 100 tys. ludności niższy niż w kraju w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rezonansu magnetycznego (woj. 0,59, kraj –0,65), • tomografii komputerowej (woj. 1,27, kraj – 1,54) <p>Liczba pozytonowych tomografów emisyjnych (PET-CT) powinna wynosić 1. Pozytywne opinie konsultantów woj. co do zasadności udostępnienia świadczeń.</p> <p>Opinia Konsultanta Woj. ds. kardiologii.</p> <p>Konieczność wymiany wyeksploatowanego i przestarzałego sprzętu i aparatury medycznej na nowoczesny sprzęt i aparaturę.</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
11	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży.	zgodnie z załącznikiem 3					
12	Poprawa dostępności do rehabilitacji medycznej.	Minimalizowanie skutków zdrowotnych i społecznych wynikających z niepełnosprawności.	Wysoki współczynnik niepełnosprawności, długi czas oczekiwania na rehabilitację.	Krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zwiększeniem dostępności do rehabilitacji medycznej finansowanej ze środków publicznych. 2) Dążenie do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji – stworzenie sieci oddziałów i poradni rehabilitacyjnych oraz zakładów rehabilitacji przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta (uwzględniając dowóz na rehabilitację oraz objęcie opieką również opiekunów pacjentów). 3) Utworzenie oddziałów rehabilitacji dziennej i rozwój rehabilitacji domowej. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Czas oczekiwania do poradni i zakładów rehabilitacji.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Zapobieganie utracie zdolności do pracy (czasowej lub stałej), bezrobociu, „utrwalonemu bezrobociu”, degradacji zawodowej, społecznej, degradacji rodzin. Szybki powrót do pracy.</p> <p>Rehabilitacja w schorzeniach i zdarzeniach nagłych u niepracujących dorosłych, związanych z wiekiem (udar, zawał, amputacje, nowotwory, zdarzenia pourazowe). Często schorzenia tych osób obciążają rodziny pracujące, opiekunów, powodują wykluczenie społeczne i rodzinne tych osób, depresje, przyspieszenie demencji itp.</p> <p>Brak zapewnienia rehabilitacji po zakończonym leczeniu szpitalnym w określonych dziedzinach skutkuje obniżeniem efektywności interwencji zabiegowych lub bezpowrotną utratą możliwości uzyskania optymalnej sprawności.</p> <p>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.</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
13	Dostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa.	Poprawa bezpieczeństwa , standardu pobytu i leczenia pacjentów.	Niedostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa.	krótkoterminowy	Dostosowanie szpitali do określonych przepisami prawa wymagań m.in. : <ul style="list-style-type: none"> • sanitarnych , w szczególności bloki operacyjne, OIOM, oddziały szpitalne, sterylizatornie, awaryjne źródła zaopatrzenia w wodę, • budowlanych, • przeciwpożarowych, • informatycznych (m.in. dokumentacja medyczna). 	<u>Miernik:</u> Liczba szpitali spełniających wymagania do ogólnej liczby szpitali. <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych.	Niedostosowanie jednostek do wymagań w ustawowym terminie może skutkować niezakontrowaniem świadczeń. Akty prawne oraz realizacja LSOZ 2014-2020.
14	Rozwój pozaszpitalnych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.	Dążenie do nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej stawiającego na leczenie środowiskowe, opiekę nad chorym w jego otoczeniu, co wymaga silnego rozwoju placówek pozaszpitalnych jako miejsc podstawowego leczenia i opieki nad pacjentem.	Wzrost zaburzeń psychicznych (w tym związanych z używaniem alkoholu, środków psychoaktywnych) oraz ich społecznych skutków.	krótkoterminowy	1) Reorganizacja oddziałów o profilu psychiatrycznym tworzenie, w szczególności z wykorzystaniem istniejącego potencjału: <ol style="list-style-type: none"> a) centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych i dla dzieci (5-20 CZP w województwie, równomiernie rozmieszczonych), a w przypadku braku CZP utrzymanie pełnego zakresu usług poradni zdrowia psychicznego i zespołów leczenia środowiskowego, b) miejsc w oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dorosłych (brak ok. 205 miejsc, m.in. w Gorzowie Wlkp.), c) miejsc w oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (brak 102 miejsc), d) hostelu dla uzależnionych od alkoholu (20 miejsc), 	<u>Miernik:</u> Liczba miejsc w oddziałach/ hostelach w odniesieniu do NPOZP <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz potrzebami demograficznymi i epidemiologicznymi.

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
	Rozwój pozaszpitalnych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. (c.d.)				<ul style="list-style-type: none"> e) hostelu psychiatrycznego dla dorosłych (min. 20 miejsc), f) hostelu dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (20 miejsc), g) zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych (brak 11 zespołów), h) zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży (brak 7 zespołów), i) poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (brak takich poradni w powiecie gorzowskim, świebodzińskim i zielonogórskim), j) poradni pomocy rodzinie dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (min. 1 poradnia w województwie), k) poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w północnej części woj. lubuskiego, l) form opieki nieinstytucjonalnej nad osobami chorymi psychicznie, w tym tworzenie ośrodków dziennego pobytu oraz zespołów opieki domowej. <p>2) Zwiększenie dostępności do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) usług psychologicznych b) terapii zajęciowej <p>jako oddziaływania psychoterapeutycznego.</p>		Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia psychicznego

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
15	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta i jakości świadczonych usług medycznych.	Podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.	Zbyt mało szpitali posiadających akredytację i certyfikaty jakości w zakresie ochrony zdrowia.	krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dążenie do wysokiej jakości świadczonych usług potwierdzonej uzyskaniem akredytacji i certyfikatów jakości w zakresie spełniania określonych standardów udzielanych świadczeń. 2) Działania mające na celu ograniczenie zakażeń szpitalnych, w szczególności poprzez poprawę warunków pobytu pacjentów w szpitalach z zachowaniem reżimu sanitarnego. 3) Centralizacja świadczeń intensywnej terapii w podmiotach leczniczych posiadających SOR (w innych szpitalach ewentualne przekształcenie w oddziały anestezjologii) - zapewnienie liczby stanowisk do intensywnej terapii – minimum 2% w stosunku do całkowitej liczby łóżek w szpitalu. 	<p><u>Mierniki:</u> Liczba szpitali posiadających akredytacje/ certyfikaty jakości do ogólnej liczby szpitali.</p> <p>Liczba hospitalizacji z powodu zakażeń szpitalnych do ogólnej liczby hospitalizacji.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych.</p>	<p>Niewystarczające stosowanie określonych standardów w ochronie zdrowia.</p> <p>Zbyt duża liczba zakażeń szpitalnych.</p> <p>Dostosowanie do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą - w terminie do 2018 roku.</p> <p>Posiadanie oddziału AIIiT, jest wymagane dla podmiotów leczniczych, w strukturze których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe.</p>
16	Dążenie do równomiernego dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych na poziomie powiatów.	Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń zdrowotnych.	Nierównomierny dostęp do leczenia szpitalnego na terenie województwa.	krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie na poziomie powiatów dostępu do podstawowej opieki szpitalnej w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> a) chorób wewnętrznych, b) chirurgii ogólnej, c) położnictwa i ginekologii, d) pediatrii, e) intensywnej terapii - opcjonalnie na poziomie innych struktur – pozaoddziałowych (zgodnie z uzasadnieniem). 	<p><u>Miernik</u> Liczba powiatów, w których funkcjonują przedmiotowe oddziały/łóżka do ogólnej liczby powiatów.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Brak dostępności do podstawowych świadczeń szpitalnych i jej warunkowanie czynnikami pozamedycznymi generuje nierówności w zdrowiu pomiędzy poszczególnymi powiatami regionu. Ich eliminacja może się odbywać zarówno poprzez rozwój wymienionych działalności medycznych w szpitalach powiatowych jak również, opcjonalnie, poprzez zapewnienie wstępnej pomocy i transportu medycznego do najbliższej placówki prowadzącej oddział o wymienionym profilu w przypadku koncentracji usług medycznych w ramach opieki skoordynowanej (np. w ginekologii i położnictwie, pediatrii).</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
17	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego , a także działania na rzecz promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem: uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych i dopalaczy oraz depresji i przemocy.	zgodnie z załącznikiem 3					
18	Rozwój w zakresie leczenia urazów wielonarządowych oraz lotniczego pogotowia ratunkowego na północy województwa.	Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.	Zewnętrzne przyczyny zgonów (wypadki, urazy, samobójstwa) jako jedna z głównych przyczyn zgonów.	Krótkoterminowy	1) Działania w zakresie ratownictwa medycznego (Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Zespoły Ratownictwa Medycznego, oddziały pierwszego wyboru) realizowane zgodnie ze standardami określonymi przepisami prawa, wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wykazem oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru.	<u>Miernik</u> Liczba centrów urazowych w województwie. <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych.	Realizacja zaleceń zawartych w koncepcji Przestrzennego Zagospodarowania Kraju 2030, Strategii Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020 oraz Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020
19	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania wczesnej zachorowalności i ograniczenia schorzeń układu kostno-stawowego , ze szczególnym uwzględnieniem wad postawy i postaw wadliwych u dzieci i młodzieży	zgodnie z załącznikiem 3					

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
20	Poprawa opieki nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu.	Poprawa jakości udzielanych świadczeń oraz dostosowanie infrastruktury do potrzeb.	Wysoki odsetek porodów przedwczesnych i śmiertelności okołoporodowej.	Krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> Dążenie do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych oraz restrukturyzacja oddziałów położniczo-ginekologicznych, w których: <ol style="list-style-type: none"> zrealizowano mniej niż 400 porodów rocznie, wykonuje się mniej niż 60 zabiegów kompleksowych rocznie, obożenie było na poziomie niższym niż 50% w skali roku. Utworzenie dwóch ośrodków perinatologicznych w Gorzowie Wlkp. i Zielonej Górze. Rozwój leczenia niepłodności na bazie istniejącego potencjału opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego. Stworzenie poradni konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy oddziałach położniczo-ginekologicznych III i II stopnia referencji. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Odsetek porodów przedwczesnych.</p> <p>Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej.</p> <p><u>Czas oceny:</u></p> <p>Na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Rekomendacje MPZ-SZ</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w projekcie programu poprawy opieki perinatalnej w województwie lubuskim 2014-2016.</p> <p>LSOZ 2014-2020</p>
21	Zwiększenie dostępności do kompleksowych świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu i innych schorzeń neurologicznych powodujących niepełnosprawność.	Zapewnienie równomiernego dostępu do oddziałów neurologicznych /udarowych i świadczeń specjalistycznych	Udary mózgu stanowią częstą przyczynę zgonów i niepełnosprawności	Krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> Zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia szpitalnego i pozpitalnego. Rozwój rehabilitacji neurologicznej. Rozbudowa w rejonie woj. z niską dostępnością infrastruktury związanej z kompleksowym leczeniem stanów zagrażających wystąpieniem udarów mózgu. Utworzenie przyszpitalnych poradni udarowych, chorób układu pozapiramidowego i otępień. 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><u>Miernik:</u></p> <p>Liczba łóżek w przedmiotowych specjalnościach na 100 tys. ludności</p> <p><u>Czas oceny:</u></p> <p>na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Zakontraktowanie świadczeń w zakresie leczenia udarów w północnej i środkowej części województwa, pozwoli na poprawę dostępności dla chorych w pobliżu miejsca ich zamieszkania (zmniejszenie liczby zgonów oraz zmniejszenie kosztów związanych z dalszym leczeniem i rehabilitacją).</p> <p>Rekomendacje MPZ-SZ.</p> <p>Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii.</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
22	Przeniesienie wykonywania zabiegów małych i diagnostycznych do oddziałów jednodniowych.	Redukcja zabiegów małych i diagnostycznych w oddziałach całodobowych	Nadmierna liczba zabiegów małych i diagnostycznych wykonywana w oddziałach całodobowych.	Krótkoterminowy	1) Rozwój chirurgii jednodniowej w poszczególnych dziedzinach zabiegowych.	<u>Miernik</u> Liczba łóżek w oddziałach jednodniowych w poszczególnych specjalnościach na 100 tys. ludności <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Rekomendacje MPZ-SZ
23	Dążenie do zminimalizowania okresu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne.	Skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia w zakresie zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej	Długość kolejki oczekujących na zabiegi ortopedyczne (w szczególności endoprotezoplastykę) oraz wzrastająca liczba osób posiadających problemy związane z narządem ruchu w każdym przedziale wiekowym.	Krótkoterminowy	1) Optymalizacja wykorzystania istniejącej bazy oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej. 2) Zwiększenie liczby zakontraktowanych zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej, a w szczególności w dziedzinach, na które okres oczekiwania i liczba oczekujących jest duża.	<u>Miernik:</u> Liczba osób oczekujących i czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego. <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Długi czas oczekiwania za zabiegi operacyjne zwłaszcza w zakresie endoprotezoplastyki.

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
24	Dostosowanie struktury łóżek oddziałów zachowawczych do faktycznych potrzeb.	Racjonalizacja wykorzystania łóżek w oddziałach zachowawczych	Niedostosowanie stanu łóżek w oddziałach o profilu zachowawczym w odniesieniu do potrzeb.	krótkoterminowy	1) Optymalizacja i dostosowanie struktury łóżek oddziałów zachowawczych do faktycznych potrzeb, a w szczególności na oddziałach, gdzie obłożenie nie przekracza 50% w skali roku (np. rozwój opieki długoterminowej, geriatrycznej).	<u>Miernik:</u> Wykorzystanie łóżek w oddziałach zachowawczych . <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Niskie wykorzystanie łóżek w niektórych oddziałach zachowawczych (np. wewnętrznych) przy równoczesnym braku optymalnego zabezpieczenia w innych dziedzinach.
25	Opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie chorób układu oddechowego, a także działania na rzecz promocji i profilaktyki zdrowia.	zgodnie z załącznikiem 3					
26	Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym, szczególnie wśród dzieci.	zgodnie z załącznikiem 3					

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
27	Centralizacja i specjalizacja w wykonywaniu dużych i kompleksowych zabiegów.	Poprawa jakości leczenia i optymalizacja wykorzystania zasobów.	Zbyt duże rozproszenie oddziałów wykonujących duże i kompleksowe zabiegi.	długoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia przedszpitalnego, szpitalnego i poszpitalnego (AOS i rehabilitacja). 2) Rozbudowa i modernizacja bardzo obciążonych bloków i sal operacyjnych (rekomendacje – liczba zabiegów powyżej 700 rocznie na stół operacyjny, wykonywanie zabiegów wielospecjalistycznych, z uwzględnieniem zaopatrywania stanów nagłych). 3) Racjonalizacja liczby łóżek w oddziałach: <ol style="list-style-type: none"> a) zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach (referencyjny wsk. operatywy - 75%), b) koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych (min. 60 takich zabiegów rocznie), c) redukcja zabiegów małych i diagnostycznych w oddziałach całodobowych – rozwój chirurgii jednodniowej. 4) Wdrażanie małoinwazyjnych metod leczenia chirurgicznego. 5) Rozwój chirurgii plastycznej i oparzeniowej na bazie istniejącego potencjału. 6) Utworzenie oddziału chirurgii szczękowo-twarzowej. 7) Zwiększenie dostępności do zabiegów okulistycznych, w tym w ramach hospitalizacji jednodniowych. 	<p><u>Mierniki:</u></p> <p>Wskaźnik operatywy w oddziałach zabiegowych.</p> <p>Liczba zabiegów w roku na 1 stół operacyjny ogółem w porównaniu do średniej krajowej.</p> <p>Liczba zabiegów w roku na 1 stół operacyjny wg dziedziny..</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych</p>	<p>Rekomendacje MPZ-SZ</p> <p>Zwiększenie liczby wykonywanych dużych i kompleksowych zabiegów może w dużym stopniu poprawić jakość leczenia pacjentów. Śr. krajowa - 654 operacji rocznie /1 stół operacyjny.</p> <p>(MPZ-SZ s. 91)</p> <p><u>Rekomendacje MPZ-SZ:</u> Optymalna liczba zabiegów wg JGP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A - Choroby układu nerwowego - 750 zabiegów (max. 2 szpitale w województwie) • F - Choroby układu pokarmowego - 1 200 zabiegów max. 3 szpitale w województwie) • S - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne - 120 zabiegów max. 1 szpital w województwie) • D - Choroby układu oddechowego - 1500 zabiegów max. 1 szpital w województwie) • E - Choroby układu krążenia - 3200 zabiegów max. 2 szpitale w województwie wykonujące od lat największą liczbę zabiegów i posiadające własną pracownię hemodynamiczną) • Q - Choroby naczyń - 1000 zabiegów max. 2 szpitale w województwie) • G - Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony - 1000 zabiegów max. 3 szpitale w województwie) • H - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego 2000 zabiegów max. 3 szpitale w województwie) <p>Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki.</p>

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
28	Rozwój usług i świadczeń telemedycznych (teleopieki, teleterapii, telekonsultacji, telenauczania, telezabiegów).	Szybka diagnostyka i konsultacje specjalistyczne.	Zbyt mały rozwój telemedycyny, jako narzędzia wspierającego pracę personelu medycznego do zapewnienia podstawowego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego Lubuszan, poprawienia i wyrównania terytorialnego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz jakości ich udzielania.	krótkoterminowy	1) Umożliwienie rozwoju usług i świadczeń telemedycznych: a) teleopieki, b) teleterapii, c) telekonsultacji, d) telenauczania, e) telezabiegów.	<u>Miernik:</u> Liczba podmiotów wykonujących świadczenia z wykorzystaniem usług telemedycznych. <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych.	Rozwój telemedycyny zgodne z LSOZ i wprowadzanymi zmianami legislacyjnymi

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
29	Rozwój kadry i oddziałów chirurgii naczyniowej wraz z doposażeniem technicznym.	Poprawa dostępności i jakości świadczonych usług w zakresie chirurgii naczyniowej.	Wzrost chorób sercowo - naczyniowych i zwiększone zapotrzebowanie na leczenie angiologiczne.	krótkoterminowy	<p>1) Rozwój dwóch funkcjonujących ośrodków o pełnym profilu naczyniowym z dobrze wykształconą kadrą (Zielona Góra i Nowa Sól). Dążenie do zwiększenia dostępności do ww. świadczeń dla mieszkańców północnej części województwa.</p> <p>2) Zwiększenie liczby plastyk tętnic poniżej kolana (głównie w cukrzycy)</p>	<p><u>Miernik:</u> Liczba wykonanych rocznie zabiegów wg JGP, grupa Q - Choroby naczyń) w poszczególnych oddziałach w odniesieniu do optymalnej liczby zabiegów wg MPZ-SZ</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych.</p>	<p>MPZ-SZ:</p> <p>1.Optymalna liczba zabiegów wg JGP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Q - Choroby naczyń - 1000 zabiegów (max. 2 szpitale w województwie) <p>2.Wsk. operatywy w Polsce w oddziałach chirurgii naczyniowej 83%, w woj. lubuskim wyższy niż krajowy (Nowa Sól- 94%, Zielona Góra – 88%).</p> <p>3.Wysoka mediana czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału w Nowej Soli -99 dni (6 m-ce w kraju na 112 oddziałów).</p> <p>Wzrost chorób sercowo naczyniowych i zapotrzebowania na leczenie angiologiczne. Długi średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta do oddziału.</p>
30	Poprawa wiedzy wśród ogółu społeczeństwa oraz wśród służb medycyny ratunkowej, oddziałów SOR oraz oddziałów specjalistycznych w celu wczesnej, trafnej kwalifikacji pacjentów w następujących zakresach: a) objawy udaru mózgu, b) wczesna diagnostyka tzw. ostrych zespołów aortalnych.	zgodnie z załącznikiem 3					

Pozycja w rankingu ogólnym	PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji ^a	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
31	Umożliwienie sprawnego transportu pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.	Zapewnienie szybkiej pomocy wysokospecjalistycznej.	Utrudniony szybki transport pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami, celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.	krótkoterminowy	Zapewnienie możliwości transportu (w tym także lotniczego) pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.	<u>Miernik:</u> Liczba transportów międzyszpitalnych <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Utrudniony szybki transport pacjentów szpitalnych ze skomplikowanymi urazami i schorzeniami, celem zaopatrzenia w jednostce wysokospecjalistycznej.
32	Opracowywanie i realizacja kompleksowych innych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.	zgodnie z załącznikiem 3					
33	Usprawnienie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji schorzeń układu oddechowego.	Zapewnienie mieszkańcom województwa dostępu do kompleksowej i wysokiej jakości opieki medycznej	Choroby układu oddechowego są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów.	krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) Racjonalizacja liczby łóżek w oddziałach gruźlicy i chorób płuc - przesunięcie części świadczeń do oddziałów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych). 2) Dążenie do przeniesienia obciążenia z opieki szpitalnej na pozaszpitalną - utworzenie dodatkowych poradni pulmonologicznych przy zachowaniu równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa. Dążenie do funkcjonowania poradni gruźlicy i chorób płuc na terenie każdego powiatu. 3) Rozwój rehabilitacji pulmonologicznej. 	<u>Miernik</u> Liczba powiatów, w których funkcjonują poradnie do ogólnej liczby powiatów. <u>Czas oceny:</u> na etapie tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych	Rekomendacje MPZ-SZ

Załącznik 3

PROBLEMY I PRIORYTETY ISTOTNE DLA PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
<p>Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ chorób nowotworowych, ➤ występowania cukrzycy i otyłości, ➤ chorób układu krążenia, ➤ zapobiegania najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży, ➤ ochrony zdrowia psychicznego (ze szczególnym uwzględnieniem: uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych i dopalaczy oraz depresji i przemocy), ➤ przeciwdziałania wczesnej zachorowalności i ograniczenia schorzeń układu kostno-stawowego, ze szczególnym uwzględnieniem wad postawy i postaw wadliwych u dzieci i młodzieży, ➤ chorób układu oddechowego, ➤ zapobiegania chorobom zakaźnym, szczególnie wśród dzieci, ➤ innym wynikającym z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych, <p>a także działania na rzecz promocji i profilaktyki zdrowia.</p>	Zmniejszenie współczynnika chorobowości i umieralności oraz społecznych skutków chorób, a także wzrost świadomości odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych.	Niskie kompetencje zdrowotne społeczeństwa - zbyt mała dbałość społeczeństwa o swoje zdrowie oraz niska świadomość w zakresie odpowiedzialności za swoje zdrowie, zdrowego stylu życia i czynników mających wpływ na zdrowie oraz niewielki odsetek programów polityki zdrowotnej kompleksowo oddziałujących na zwiększenie kompetencji zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia populacji.	dlugoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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) 2) Działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa ludności w badaniach przesiewowych oraz badaniach profilaktycznych. 3) Na podstawie rozpoznanych potrzeb zdrowotnych opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, a także działania na rzecz promocji zdrowia. 4) Profilaktyka i promocja zdrowia chorób, będących głównymi przyczynami zachorowań i zgonów. 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Współczynnik uczestnictwa w badaniach przesiewowych i programach profilaktycznych.</p> <p>Wyniki ewaluacji przeprowadzanych przez realizatorów programów.</p> <p><u>Czas oceny:</u> na etapie opracowywania programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu jego realizacji.</p>	<p>Zgodnie MPZ-SZ najczęstszymi przyczynami zgonów były:</p> <ul style="list-style-type: none"> • choroby układu krążenia, • nowotwory złośliwe, • przyczyny zewnętrzne, • choroby układu oddechowego. <p>Najwyższym SMR cechowała się cukrzyca - 3 m-ce w kraju (wsk. o 43% wyższy niż w Polsce). Wartości SMR wyższe niż ogółem w Polsce odnotowano także dla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nowotworów złośliwych, • chorób układu nerwowego, • chorób układu trawiennego, • chorób układu krążenia . <p>Zmniejszanie umieralności z powodu chorób układu krążenia, a w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niewydolności serca i kardiomiopatii (w szczególności w powiecie strzelecko-drezdeńskim, sulęcińskim, słubickim i zielonogórskim) • choroby niedokrwiennej serca (w szczególności w powiecie żarskim) • migotania i trzepotania przedsionków (w szczególności w powiecie krośnieńskim i słubickim) • zatorowości płucnej (w szczególności w powiecie sulęcińskim, żagańskim, m. Gorzów Wlkp. i krośnieńskim) <p>Opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zgodnie z rozpoznanymi potrzebami zdrowotnymi.</p> <p>Choroby psychiczne stanowią istotny problem zdrowotny i społeczny.</p>

PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
				5) Realizacja krajowych i regionalnych programów , a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> • Narodowego Programu Zdrowia, • Lubuskiej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020, • Kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie onkologii i onkohematologii w województwie lubuskim na lata 2012-2020, • Kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie lubuskim, • Kierunków rozwoju lecznictwa w zakresie chorób układu oddechowego w województwie lubuskim na lata 2014-2020, • regionalnych programów polityki zdrowotnej. 		<p>Wysoki wskaźnik niepełnosprawności, głównie z powodu schorzeń narządu ruchu.</p> <p>Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej są jedną z głównych przyczyn kwalifikowania osób dorosłych do opieki czynnej.</p> <p>Wady postawy oraz skoliozy u dzieci są jedną z głównych przyczyn kwalifikowania dzieci i młodzieży do opieki czynnej a także przyczyną utrwalonych zniekształceń, przewlekłych dolegliwości bólowych i obniżenia sprawności narządów w wieku dorosłym.</p> <p>Działania mające na celu zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych, a w szczególności w zakresie nowotworów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oskrzela i płuca (w powiecie ślubickim i nowosolskim) • piersi (w powiecie międzyrzeckim, ślubickim, żagańskim), • dolnego odcinka układu pokarmowego (w powiecie sulęcińskim i ślubickim), • gruczołu krokowego (w powiecie nowosolskim, międzyrzeckim, krośnieńskim), • pęcherza (w powiecie strzelecko-drezdeneckim i sulęcińskim), • szyjki macicy (w powiecie krośnieńskim, strzelecko-drezdeneckim, ślubickim, zielonogórskim, wschowskim i żarskim). <p>Cukrzyca jest jedną z głównych przyczyn kwalifikowania osób dorosłych do opieki czynnej.</p> <p>Rozwijający się ruch antyszczepionkowy, społeczne i epidemiologiczne skutki chorób zakaźnych.</p> <p>Otyłość jednym z głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży. Wzrost wskaźnika chorobowości dzieci i młodzieży z powodu otyłości oraz rozwój chorób związanych z otyłością.</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.</p>

PRIORYTET	CEL	Problem zdrowotny lub problem związany z opieką zdrowotną	HORYZONT- czas realizacji	DZIAŁANIE (PREFEROWANE SPOSOBY REALIZACJI)	Mierniki i czas oceny	UZASADNIENIE
<p>Poprawa wiedzy wśród ogółu społeczeństwa oraz wśród służb medycyny ratunkowej, oddziałów SOR oraz oddziałów specjalistycznych w celu wczesnej, trafnej kwalifikacji pacjentów w następujących zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) objawy udaru mózgu, b) wczesna diagnostyka tzw. ostrych zespołów aortalnych. 	<p>Zmniejszenie współczynnika chorobowości i umieralności oraz społecznych skutków chorób, a także wzrost świadomości odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych.</p>	<p>Problemy z wczesną diagnostyką udarów i ostrych zespołów aortalnych.</p>	<p>długoterminowy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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) 2) Działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa ludności w badaniach przesiewowych oraz badaniach profilaktycznych. 3) Na podstawie rozpoznanych potrzeb zdrowotnych opracowywanie i realizacja kompleksowych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, a także działania na rzecz promocji zdrowia. 4) Działania dydaktyczno – edukacyjne skierowane do personelu medycznego 	<p><u>Miernik:</u></p> <p>Liczba osób przeszkolonych.</p> <p><u>Czas oceny:</u></p> <p>na etapie opracowywania programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu jego realizacji.</p>	<p>Udary częstą przyczyną niepełnosprawności oraz zgonów.</p>