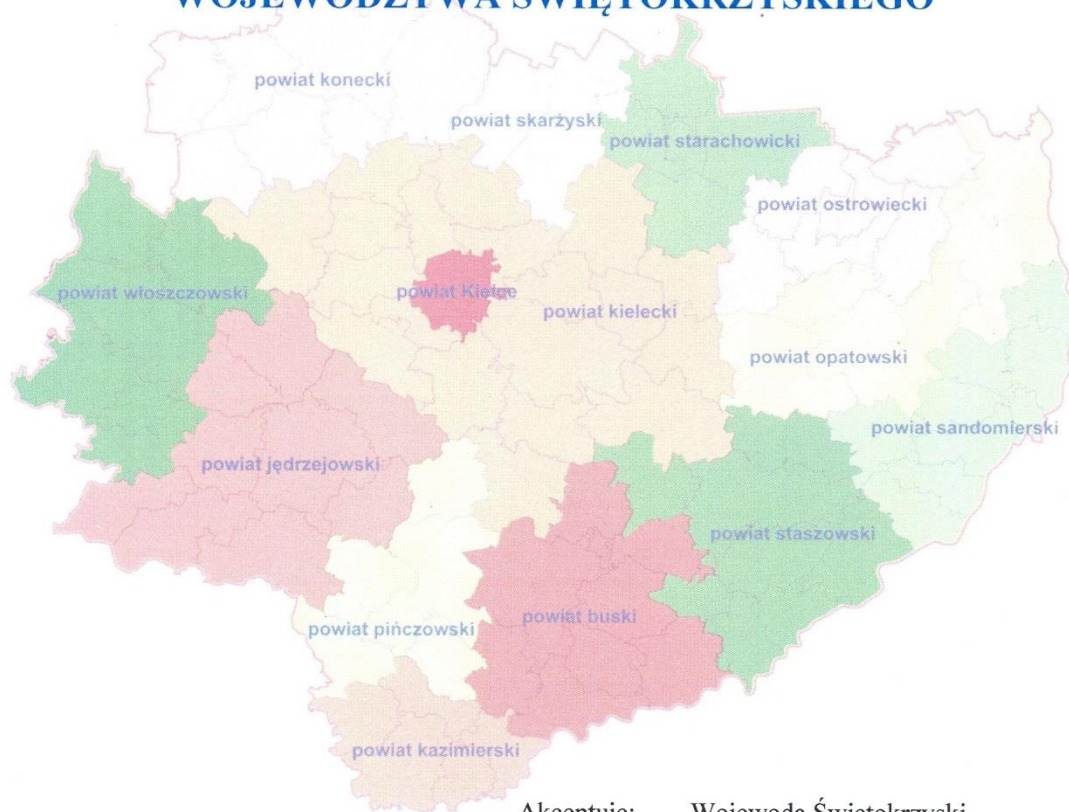


Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 114/2016
Wojewody Świętokrzyskiego
z dnia 31 sierpnia 2016 r.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Akceptuję: Wojewoda Świętokrzyski


Agata Wojtysek

Kielce, sierpień 2016 r.

SPIS TREŚCI

Wstęp	2
1. Analiza i diagnoza	3
A. Stan docelowy	3
B. Diagnoza stanu aktualnego	6
C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym.....	7
D. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność	9
2. Strategia i wdrażanie	11
A. Priorytety zdrowotne	11
B. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego.....	17

WSTĘP

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom województwa świętokrzyskiego jest jednym z najważniejszych zadań realizowanych przez Wojewodę. Dążąc do zapewnienia mieszkańcom województwa maksymalnego dostępu do usług zdrowotnych o wysokiej jakości, Wojewoda Świętokrzyski we współpracy z Wojewódzką Radą do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustala Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się mapy tj. od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

Prognozy w zakresie liczby hospitalizacji, liczby osobodni hospitalizacji oraz zapotrzebowania na łóżka wyłączone zostały, zarówno w Mapie Potrzeb Zdrowotnych jak i niniejszym opracowaniu. Nie analizowano szczegółowo wszystkich oddziałów o charakterze onkologicznym zlokalizowanych głównie w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. Z analizy, z powodu stosunkowo małej liczby łóżek, wyłączono również: oddziały dziecięce (z wyłączeniem pediatrii i chirurgii dziecięcej), alergologiczne, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, dermatologiczne, endokrynologiczne, gastroenterologiczne, geriatryczne, pulmonologiczne, kardiochirurgiczne, reumatologiczne, nefrologiczne.

Rozdział „Strategia i wdrażanie” został opracowany na podstawie danych zawartych w *Mapie potrzeb* oraz problemów zdrowotnych i problemów związanych z opieką zdrowotną zgłoszonych przez Członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Świętokrzyskiego. Istotność zgłoszonych problemów zweryfikowano z zastosowaniem kryteriów wskazanych przez Ministerstwo Zdrowia: wpływ na zdrowie, modyfikowalność, wykonalność w odniesieniu do istniejących zasobów, akceptowalność, pomiar skutku interwencji, znaczenie społeczne, wyrównywanie nierówności zdrowotnych, koszty finansowe oraz skutki społeczne i ekonomiczne, trendy historyczne, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz efektywność.

W wyniku przeprowadzonej oceny ustalona została lista priorytetów zdrowotnych dla województwa świętokrzyskiego wyznaczająca kierunki działań, których nadrzędnym celem jest poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w województwie.

Priorytety zdrowotne wskazują na konieczność podjęcia działań w zakresie m. in.: zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie geriatry oraz opieki długoterminowej, onkologii, wzmocnienie roli lekarzy internistów oraz odmłodzenie kadry lekarzy specjalistów, między innymi poprzez zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne.

1. Analiza i diagnoza

Województwo Świętokrzyskie położone w środkowo-wschodniej części Polski zajmuje powierzchnię 11 708 km² i jest zamieszkiwane przez 1 285,0 tys. osób. Jest to trzynaste pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Gęstość zaludnienia wynosi 110 osób/km², a więc województwo należy do grona regionów o średniej gęstości zaludnienia. Populacja województwa świętokrzyskiego charakteryzuje się starszą strukturą wieku ludności niż populacja Polski.

W skład województwa wchodzi: 1 powiat grodzki (Kielce) i 13 powiatów ziemskich oraz 102 gminy (5 miejskich, 27 miejsko - wiejskich i 70 wiejskie). Obejmuje fragmenty pięciu regionów klimatycznych, ponieważ położone jest w dość mocno zróżnicowanej pod względem klimatycznym części kraju.

Województwo świętokrzyskie jest silnie zróżnicowane pod względem wskaźnika gęstości zaludnienia w poszczególnych powiatach. Największym zagęszczeniem charakteryzował się powiat m. Kielce (1814 osób na 1 km²), a następnie powiat skarżyski (196 osób) i ostrowiecki (184). Z kolei najmniejszym zagęszczeniem ludności odznaczały się następujące powiaty: włoszczowski, opatowski, pińczowski i jędrzejowski.

W miastach województwa mieszka tylko 45,3%. Rolę administracyjnego, kulturalnego i gospodarczego centrum regionu pełnią Kielce (200 tys. mieszkańców). Funkcje regionalnych ośrodków wzrostu pełnią miasta: Ostrowiec Świętokrzyski (74,2 tys. mieszkańców), Starachowice (53,3 tys.), Skarżysko-Kamienna (49,4 tys.) oraz Sandomierz (25,2 tys.).

Województwo świętokrzyskie ma charakter przemysłowo-rolniczy, o wysokim stopniu koncentracji tradycyjnych działów przemysłu, związanych z produkcją i obróbką metali, wydobywaniem i przetwórstwem surowców mineralnych oraz produkcją artykułów spożywczych. Charakterystyczny jest bardzo wyraźny podział województwa na przemysłową północ i rolnicze południe. Województwo Świętokrzyskie charakteryzuje się dużą i urozmaiconą bazą surowców mineralnych, natomiast niezbyt dużymi zasobami wodnymi.

A. Stan docelowy

„Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego” dla województwa świętokrzyskiego rekomenduje następujące działania dla poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Oddział Chorób Wewnętrznych

1. Racjonalizacja czasu hospitalizacji pacjenta na poszczególnych oddziałach (mediana waha się w granicach od 4 do 8).
2. Kompleksowe zabezpieczenie opieki długoterminowej pacjentów w sposób inny niż leczenie na oddziale.
3. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 22,8 % w latach 2016-2029.

Oddział Pediatriczny

1. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach przy obłożeniu nieprzekraczającym 50%, przy prognozowanym spadku liczby hospitalizacji o 13,4% w latach 2016-2029.
2. Zbadanie zasadności długiego czasu hospitalizacji –różnicowanie mediany czasu pobytu na poszczególnych oddziałach (minimum – 2 , maksimum – 6).

Oddział Chirurgiczny Ogólny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych w oddziałach.
2. Koncentracja wykonywanych zabiegów kompleksowych.
3. Racjonalizacja liczby łóżek przy wzroście liczby hospitalizacji o 12,1% w latach 2016-2029.

Oddział o charakterze położniczym lub ginekologicznym

1. Analiza zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów (w 5 oddziałach zrealizowano mniej niż 400 porodów rocznie z czego wynika, że obłożenie na nich jest nie wyższe niż 50% w skali roku).
2. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach przy spadku liczby hospitalizacji o 16,1% w latach 2016-2029.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1. Centralizacja świadczeń intensywnej terapii lub ewentualne przekształcenie oddziałów w oddziały anestezjologii.
2. Priorytetem przy centralizacji powinny zostać objęte podmioty lecznicze, w których funkcjonują SOR (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 roku – Dz. U. z 2015 poz. 178 winny one posiadać oddziały AiIT).

Oddział Chirurgiczny dla Dzieci

1. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach w wyniku spadku w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 11,6%.

Oddział Otorynlaryngologiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na poszczególnych oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów i ewentualne zmniejszenie ich liczby.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.
4. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 3,7%.

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia aktualnej liczby oddziałów.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.

4. Racjonalizacja liczby łóżek przy wzroście w latach 2016-2029 liczby hospitalizacji o 7,7%.

Oddział gruźlicy lub chorób płuc

1. Przesunięcie części świadczeń zdrowotnych do oddziałów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych).
2. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach (rozbudowa oddziałów) przy znacznym wzroście liczby hospitalizacji (o ok. 15,5%) w latach 2016-2029 wynikająca z trendów demograficznych i optymalizacji obciążeń.

Oddział jednego dnia (chirurgii i leczenia)

Wsparcie rozwoju udzielania świadczeń zdrowotnych „jednego dnia” w różnych zakresach z uwagi na bardzo wysokie wykorzystania potencjału.

Oddział kardiologiczny (w tym INK)

1. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 24,2% w latach 2016 – 2029.
2. Rozdysponowanie części łóżek w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów powyżej 85 roku życia.

Oddział neonatologiczny

1. Funkcjonowanie oddziałów neonatologicznych przy oddziałach ginekologiczno-położniczych, w których przyjmowane są porody.
2. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynika ze spadku liczby hospitalizacji o 16,8% w latach 2016-2029.

Oddział neurochirurgiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia aktualnej liczby oddziałów.
3. Weryfikacja liczby łóżek na oddziałach będąca wynikiem wzrostu liczby hospitalizacji o 8,1% w latach 2016 – 2029.

Oddział neurologiczny (w tym udarowy)

1. Zwiększenie dostępności oddziałów neurologicznych.
2. Zbadanie zasadności powiązania niektórych oddziałów z oddziałami chorób wewnętrznych.
3. Przy wzroście liczby hospitalizacji o 10,6 % w latach 2016-2029 należy zracjonalizować (zwiększyć) liczbę łóżek.
4. Wydzielenie części łóżek w celu zaspokojenia potrzeb osób starszych.

Oddział chorób zakaźnych

1. Pozostawienie oddziałów chorób zakaźnych jako odrębnych jednostek.
2. Weryfikacja liczby łóżek (zwiększenie) wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 7,9% w latach 2016 – 2029.

Oddział okulistyczny

1. Dążenie do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Trendy demograficzne i optymalizacja obciążeń wskazują na wzrost liczby hospitalizacji o 26,4% w latach 2016- 2029, a co za tym idzie weryfikacja liczby łóżek.

Oddział onkologiczny (w tym onkologii klinicznej)

1. Poprawa dostępności do diagnostyki poprzez uruchomienie ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa.
2. Szeroko pojęta profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiającą wczesne wykrywanie nowotworów, co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie.
3. Realizacja założonego pakietu onkologicznego, badań skriningowych, rozbudowa bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poz, szpitali powiatowych.

Oddział urologiczny

1. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach.
2. Zbadanie zasadności istnienia obecnej liczby oddziałów.
3. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.
4. Racjonalizacja liczby łóżek na oddziałach wynikająca ze wzrostu liczby hospitalizacji o 18,2% w latach 2016 – 2029.

B. Diagnoza stanu aktualnego

W województwie świętokrzyskim w roku 2014 funkcjonowało 38 szpitali (w tym 32 posiadało kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia), łączna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 5985 (w tym 5480 łóżek funkcjonujących w ramach kontraktu z NFZ). Liczba stołów operacyjnych w województwie świętokrzyskim w roku 2014 wynosiła 11,00 na 100 tys. mieszkańców. Średnio na jeden stół wykonywanych jest 450 operacji.

Województwo świętokrzyskie cechowało się wyższą śmiertelnością pooperacyjną w grupie dużych i kompleksowych zabiegów w obrębie chorób układu oddechowego i chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony. Należy zauważyć, że wartości zdecydowanie odbiegały od ogólnopolskich.

Najczęstszymi przyczynami zgonów na terenie województwa świętokrzyskiego były choroby układu krążenia (49,8% wszystkich zgonów; 57,2% u kobiet; 43,3% u mężczyzn), nowotwory złośliwe (odpowiednio: 22,3%; 19,9%, 24,5%), przyczyny zewnętrzne (odpowiednio: 5,8%; 2,5%; 8,8%) i choroby układu oddechowego (odpowiednio: 4,6%; 3,4%; 5,6%).

W bazie Naczelnej Izby Lekarskiej w roku 2014 w województwie świętokrzyskim zarejestrowanych było 4 643 lekarzy specjalistów. Najliczniejszą grupę stanowili specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii, stomatologii zachowawczej z endodoncją i medycyny rodzinnej. Wśród dziedzin ze zbyt małym zapleczem kadrowym znajdowało się 9 dziedzin priorytetowych, tj.: geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca. W 2014 roku w województwie świętokrzyskim, wśród specjalistów mediana wieku wynosiła aż 55 lat i była o rok wyższa niż w Polsce, co oznacza, iż kadra lekarska w województwie jest przeciętnie starsza niż przeciętna wieku w Polsce.

W roku 2014 w województwie świętokrzyskim zarejestrowanych było 11 598 pielęgniarek i położnych, z czego 10 321 pielęgniarek i 1 277 położnych. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła ok. 817 (2 miejsce w kraju). W przypadku położnych, liczba położnych na 100 tys. kobiet w wieku rozrodczym wynosi ok. 382 (4 miejsce w kraju). Wśród zarejestrowanych pielęgniarek i położnych, prawie połowa z nich to osoby powyżej 50 roku życia, co wskazuje na konieczność szybkiego „odmłodzenia” tych grup zawodowych.

Szpitala województwa świętokrzyskiego w roku 2014 dysponowały następującymi zasobami sprzętowymi: 4 akceleratorami liniowymi (Kielce), 1 pozytonowym tomografem (Kielce), 24 analizatorami biochemicznymi wieloparametrowymi (7 – Kielce, 7 – powiat ostrowiecki, 3 – powiat kielecki, 3 – powiat sandomierski, 1 – powiat kazimierski, 1 – powiat konecki, 1 – powiat opatowski, 1 – powiat starachowicki), 21 aparatami rentgenowskimi z opcją naczyniową i obróbką cyfrową (16 – Kielce, 2 – powiat starachowicki, 1 – powiat konecki, 1 – powiat jędrzejowski, 1 – powiat włoszczowski), 31 aparatami RTG z torem wizyjnym (13 – Kielce, 4 – powiat buski, 3 – powiat ostrowiecki, w pozostałych powiatach 1 lub 2, przy czym w powiatach kazimierskim i skarżyskim nie ma żadnego), 48 echokardiografami (19 – Kielce, 6 – powiat starachowicki, 5 – powiat sandomierski, a w pozostałych powiatach ich liczba była nie większa niż 3), 3 kamerami gamma (Kielce), 7 litotryptorami (2 – Kielce, 2 – powiat kielecki, 1 – powiat buski, 1 – powiat konecki, 1 – powiat starachowicki), 8 mammografami (4 – Kielce, 1 – powiat ostrowiecki, 1 – powiat sandomierski, 1 – powiat skarżyski, 1 – powiat staszowski), 5 urządzeniami rezonansu magnetycznego (3 – Kielce, 1 – powiat konecki, 1 – powiat sandomierski), 20 tomografami komputerowymi (8 – Kielce, pozostałe były równomiernie rozmieszczone po województwie, z wyjątkiem powiatów buskiego, kazimierskiego i włoszczowskiego) oraz 12 urządzeń angiograficznych (5 – Kielce, 4 – powiat starachowicki, 1 – powiat konecki, 1 – powiat pińczowski, 1 – powiat sandomierski).

C. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym

Zgodnie wnioskami i rekomendacjami dla szpitalnictwa zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych z zakresu Lecznictwa Szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego, przy uwzględnieniu prognoz demograficznych oraz optymalizacji obłożeń, można stwierdzić następujące różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym:

1. Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii – winny funkcjonować w strukturze wszystkich podmiotów leczniczych posiadających w strukturze Szpitalne Oddziały Ratunkowe.
2. Oddział chirurgiczny dla dzieci: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 11,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 30 w 2016 roku, 30 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 40 łóżek).
3. Oddział otorynolaryngologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 3,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 90 w 2016 roku, 100 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 136 łóżek).
4. Oddział chirurgii urazowo – ortopedycznej: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 7,7%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 310 w 2016 roku, 350 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 376 łóżek).
5. Oddział gruźlicy i chorób płuc: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 15,5%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 250 w 2016 roku, 300 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 183 łóżka).
6. Oddział chorób wewnętrznych: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 22,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 690 w 2016 roku, 870 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 805 łóżek).
7. Oddział pediatryczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 13,4%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 320 w 2016 roku, 280 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 362 łóżka).
8. Oddział chirurgiczny ogólny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 12,1%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 580 w 2016 roku, 670 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 556 łóżek).
9. Oddział położniczy lub ginekologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek liczby hospitalizacji o 13,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 400 w 2016 roku, 330 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 503 łóżka).
10. Oddział chirurgii i leczenia jednego dnia: należy rozważyć wsparcie funkcjonowania tej formy udzielania świadczeń w różnych zakresach, ze względu na bardzo wysokie wykorzystanie potencjału.
11. Oddział kardiologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 24,2%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 260 w 2016 roku, 330 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 346 łóżek).
12. Oddział neonatologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi spadek hospitalizacji o 16,8%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 150 w 2016 roku, 120 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 292 łóżka).

13. Oddział neurochirurgiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 8,1%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 40 w 2016 roku, 50 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 65 łóżek).
14. Oddział neurologiczny (w tym udarowy): w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 10,6%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 290 w 2016 roku, 350 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 302 łóżka).
15. Oddział o specyficie chorób zakaźnych: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 7,9%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 100 w 2016 roku, 110 w 2029 roku (RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 78 łóżek).
16. Oddział okulistyczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 26,4%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 40 w 2016 roku, 50 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 92 łóżka).
17. Oddział onkologiczny: w latach 2016-2029 nastąpi wzrost chorobowości onkologicznej o ok. 13%. Analiza wykazuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chemioterapii, co będzie umożliwiło utworzenie 4 nowych ośrodków udzielających świadczenia tego typu.
18. Oddział urologiczny w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 18,2%. Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia potrzeb to 140 w 2016 roku, 170 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. w województwie było 162 łóżka).

D. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność

Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym zostały określone na podstawie analizy bazy szpitalnej, kadry, długości hospitalizacji oraz wykorzystania łóżek, z uwzględnieniem prognoz demograficznych.

Analizy te wskazały następujące przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym:

- wysoki udział świadczeń zachowawczych w oddziałach typowo zabiegowych, np. chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, neurochirurgicznym, chirurgicznym dla dzieci,
- świadczenia specjalistyczne zabiegowe w specjalistycznych oddziałach zabiegowych stanowią mniej niż 50% (w 6 oddziałach otorynolaryngologicznych, 13 oddziałach chirurgii urazowo – ortopedycznej, 6 oddziałach urologicznych),
- zbyt duże rozdrobnienie oddziałów wykonujących specjalistyczne zabiegi kompleksowe,
- długie hospitalizacje w oddziałach wewnętrznych spowodowane głównie hospitalizowaniem pacjentów w podeszłym wieku, z uwagi na brak specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz niedostatki w opiece długoterminowej i domowej,
- Starzenie społeczeństwa oraz wyjazdy osób młodych za granicę spowodowały, iż w 5 oddziałach położniczych odbywa się mniej niż 400 porodów rocznie, a obłożenie Łóżek jest niższe niż 50%.

- Kadra lekarzy specjalistów województwa świętokrzyskiego jest jedną z najstarszych w Polsce – mediana wieku wynosi 55 lat, występują istotne braki wśród lekarzy ze specjalizacjami w dziedzinach priorytetowych tj.: geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologia i stomatologia dziecięca.

2. Strategia i wdrażanie

A. Priorytety zdrowotne

Priorytet	Cel	Horyzont (Czas realizacji)	Sposoby realizacji	Mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku	Poprawa jakości opieki, całościowa opieka geriatryczna	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wydzielenie łóżek geriatrycznych w oddziałach wewnętrznych, neurologicznych i kardiologicznych zgodnie z rekomendacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych; - utworzenie nowych oddziałów geriatrycznych; - doposażenie ośrodków geriatrycznych w sprzęt do leczenia i pielęgnowania osób w podeszłym wieku; - utworzenie poradni geriatrycznej; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba oddziałów geriatrycznych w województwie; - liczba łóżek przekształconych w łóżka geriatryczne; - liczba doposażonych ośrodków geriatrycznych; - liczba utworzonych poradni geriatrycznych; 	<p>Niekorzystne prognozy demograficzne- starzenie społeczeństwa, determinują zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną. Zgodnie ze standardami WHO na 100-120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych ok. 20-25 miejsc na oddziałach geriatrycznych stacjonarnych, 15-25 miejsc na oddziałach geriatrycznych dziennych oraz 1 poradnia. Istnieje zatem potrzeba zwielokrotnienia oddziałów geriatrycznych na terenie województwa. Oddziały powinny znajdować się w promieniu 30 km . Potrzeby w zakresie łóżek geriatrycznych powinny zostać zaspokojone poprzez zwiększenie liczby łóżek nie tylko w ramach oddziałów geriatrycznych, ale także poprzez ich wydzielenie z oddziałów chorób wewnętrznych, kardiologii i neurologii. Powinno to być powiązane z zatrudnieniem lekarzy geriatrów oraz z tworzeniem stanowiska konsultanta w dziedzinie geriatrycznej w oddziałach chorób wewnętrznych, neurologii i kardiologii. Niedostateczny jest także dostęp do specjalistycznych porad geriatrycznych. Aktualnie na terenie województwa świętokrzyskiego działa jedna poradnia geriatryczna. Należy podkreślić, że istnieją ogromne różnice pomiędzy leczeniem internistycznym, a geriatrycznym. Oddziały internistyczne mogą spełniać rolę oddziałów geriatrycznych jedynie po reorganizacji tych oddziałów i zatrudnieniu specjalistów w zakresie geriatrycznej. Niezbędne jest także kształcenie podyplomowe lekarzy innych specjalizacji w zakresie podstawowej opieki geriatrycznej</p> <p>W szybkich szkoleniach geriatrycznych będą mogli uczestniczyć jedynie interniści, ponieważ mają już odpowiednie doświadczenie w pracy z pacjentami.</p>
	Poszerzenie kompetencji lekarzy internistów, którzy w większości przypadków zajmują się chorymi w podeszłym wieku hospitalizowanymi w oddziałach wewnętrznych.	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - szkolenie lekarzy rodzinnych, internistów i innych pracowników medycznych (m.in. pielęgniarek) w zakresie geriatrycznej; - wdrożenie krótkiej ścieżki szybkich szkoleń geriatrycznych dla lekarzy internistów; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba mieszkańców przypadająca na 1 geriatrę; - liczba internistów z uprawnieniami geriatrycznymi lub zatrudnionych konsultantów geriatrycznych; 	

<p>Poprawa dostępności do opieki długoterminowej realizowanej w formie instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej</p>	<p>Zwiększenie dostępności pozaszpitalnych form opieki oraz świadczeń w pobliżu miejsca zamieszkania rodziny</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>utworzenie nowych oraz rozwój istniejących zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów dziennego pobytu, opieki domowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;</p> <p>- tworzenie nowych pozaszpitalnych form opieki;</p> <p>- kierowanie informacji do POZ o wypisaniu pacjenta do domu i konieczności sprawowania dalszej opieki już w środowisku domowym;</p> <p>- aktywizacja ludzi starszych w celu zapobiegania poczuciu wykluczenia, samotności i niesprawności;</p>	<p>- liczba osób objętych opieką pozaszpitalną w stosunku do liczby potrzebujących (liczonych np. w kolejkach oczekujących na miejsce w ZOL, ZOPP);</p> <p>- czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, domu dziennego pobytu, opiece domowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej;</p> <p>- liczba utworzonych placówek opieki długoterminowej;</p>	<p>Starzenie się społeczeństwa i konieczność zapewnienia odpowiedniej do stanu zdrowia opieki. Jednocześnie zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych przewidywany jest wzrost hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, co powoduje, że konieczne jest przeniesienie opieki długoterminowej realizowanej na oddziale chorób wewnętrznych do pozaszpitalnych form opieki.</p> <p>Przekształcenie łóżek oddz. wewnętrznego w łóżka ZOL, ZOP itp. Spowoduje wzrost łóżek dla pacjentów przewlekłych</p>
<p>Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom z chorobami nowotworowymi</p>	<p>Poprawa dostępności do diagnostyki</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>- rozbudowa i doposażenie bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, POZ, szpitali powiatowych;</p>	<p>- liczba podmiotów leczniczych wyposażonych w aparaturę diagnostyczną podstawową i specjalistyczną;</p>	<p>1. Zwiększająca się zapadalność na nowotwory złośliwe. Skrócenie drogi ciężko chorego człowieka do lekarza onkologa i do leczenia onkologicznego pod warunkiem zapewnienia wykwalifikowanej kadry i zaplecza diagnostycznego.</p> <p>2. Konieczność przybliżenia ośrodków leczenia systemowego do miejsca zam. chorych.</p>

	Wzrost liczby ośrodków udzielających świadczeń w zakresie chemioterapii dziennej oraz diagnostyki dla chorych z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworów złośliwych w miastach powiatowych.	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wzrost liczby kadr medycznej, współpraca ze szpitalami powiatowymi, stworzenie lub uzupełnienie odpowiednie infrastruktury, zachęta finansowa dla pracowników; - uruchomienie Ośrodków chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej z dobrym zapleczem diagnostycznym i możliwością hospitalizacji chorych w razie konieczności na bazie szpitali powiatowych województwa; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba ośrodków onkologicznych utworzonych w powiatach; - liczba łóżek onkologicznych utworzonych w powiatach; 	
	Profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiające wczesne wykrywanie nowotworów co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - badania przesiewowe; - promocja zdrowia; - diagnostyka w POZ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ilość wcześniej wykrytych nowotworów; - liczba podjętych działań profilaktycznych; - liczba osób objętych działaniami; 	
Zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki pacjentom hospitalizowanym w poszczególnych oddziałach szpitalnych.	Wdrożenie skoordynowanej opieki nad pacjentami.	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - kontynuacja leczenia chorób w profilowanych oddziałach rehabilitacyjnych, a następnie w poradniach konsultacyjnych; - kierowanie informacji do POZ o wypisaniu pacjenta do domu i konieczności sprawowania dalszej opieki już w środowisku domowym; - modernizacja bazy lokalowej oraz sprzętowej służąca rozwojowi świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (AOS); 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów leczonych w ramach opieki skoordynowanej; - dostępność – czas oczekiwania na kontynuację leczenia na profilowanym oddziale rehabilitacyjnym; - czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni konsultacyjnej; - liczba pacjentów objętych opieką AOS w stosunku do roku poprzedniego; 	Dzięki wdrożeniu kompleksowej i skoordynowanej opieki zdrowotnej pacjent będzie miał zagwarantowaną wszechstronną usługę i będzie prowadzony od jednego świadczenia do drugiego, w ramach ustalonego programu terapii. Obecnie proces diagnozowania jest długotrwały, przez co dochodzi do sytuacji, że w momencie rozpoczynania leczenia choroby są w zaawansowanym stadium (wzrastają koszty leczenia, a rokowania są niepewne). Większość schorzeń, zwłaszcza u pacjentów w starszym wieku ma charakter przewlekły, hospitalizacja stanowi jedynie ukierunkowanie leczenia, kontynuowanie musi być prowadzone ambulatoryjnie, długoterwale (np. po udarze).

			- rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;		
Zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w zakresie świadczeń zabiegowych	Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych w oddziałach szpitalnych w stosunku do świadczeń zachowawczych	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - Ustalenie obowiązującego stosunku świadczeń zabiegowych do zachowawczych; - koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych; - szczegółowa analiza wszystkich przypadków zgonów i zakażeń pooperacyjnych; - promowanie oddziałów o dużym współczynniku zabiegowości m.in. poprzez zwiększenie finansowania; 	<ul style="list-style-type: none"> - stosunek świadczeń zabiegowych do świadczeń zachowawczych w oddziałach zabiegowych; - wskaźnik wykorzystania stołów operacyjnych; - średni czas hospitalizacji; - wskaźnik śmiertelności pooperacyjnej; 	Wyniki prezentowanych badań wskazują, że hotelowe koszty pobytu na oddziałach zabiegowych stanowią około 30%. Oddziały zabiegowe nie powinny stanowić kopii oddziałów wewnętrznych. Jednocześnie konieczna jest właściwa kwalifikacja do leczenia szpitalnego poprzez właściwe postawienie diagnozy na poziomie opieki ambulatoryjnej
	Zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - promowanie oddziałów realizujących zabiegi duże i kompleksowe; - realizacja małych zabiegów w warunkach ambulatoryjnych; - wzrost finansowania świadczeń zabiegowych. 	<ul style="list-style-type: none"> - współczynnik zabiegowości; - ilość zabiegów dużych i kompleksowych; 	.

<p>Dostosowanie liczby łóżek w oddziałach szpitalnych do zapotrzebowania na świadczenia warunkowane sytuacją demograficzną i zdrowotną mieszkańców województwa świętokrzyskiego.</p>	<p>Racjonalizacja bazy łóżkowej, efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych, sprzętu oraz środków finansowych.</p>	<p>długoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - weryfikacja liczby łóżek szpitalnych pod kątem zapotrzebowania w poszczególnych oddziałach szpitalnych; - bieżące monitorowanie trendów zachorowań i przyczyn hospitalizacji; - monitorowanie obłożenia łóżek szpitalnych na oddziałach, w których Mapy Potrzeb Zdrowotnych rekomendują racjonalizację (tj. zmniejszenie) liczby do roku 2029 , a w szczególności w oddziałach pediatrycznych, położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych, neurochirurgicznych); - monitorowanie obłożenia łóżek szpitalnych na oddziałach, w których Mapy Potrzeb Zdrowotnych rekomendują zwiększenie lub odtworzenie ich liczby do roku 2029 – tj. chirurgicznych, neurologicznych, kardiologicznych, gruźlicy i chorób płuc, chorób zakaźnych, urologicznych; 	<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik wykorzystania łóżek; - średni czas hospitalizacji; - liczba łóżek na populację. 	<p>Realizacja zapisów zawartych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego.</p>
--	---	-----------------------	---	--	---

Dostosowanie zasobów kadrowych pracowników ochrony zdrowia do zmieniającego się zapotrzebowania na usługi zdrowotne.	Wzrost liczby lekarzy poprzez zwiększenie liczby miejsc dla studentów na wydziałach lekarskich	długoterminowy	zwiększenie limitów miejsc dla studentów I roku na wydziałach lekarskich; - zwiększenie limitów miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe; - promocja studiowania medycyny w Kielcach;	-liczba miejsc na wydziałach lekarskich; liczba nowych specjalistów –1 raz w roku;	Zachęcanie lekarzy do powrotu w "macierzyste strony" po studiach jest jedynym pewnym sposobem zwiększenia liczby lekarzy w województwie świętokrzyskim. Konieczność wykształcenia brakujących specjalistów.
	Zwiększenie liczby specjalistów z dziedzin priorytetowych - odmłodzenie kadry specjalistów.	długoterminowy	- zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach; - kształcenie studentów na kierunku medycznym i np. stworzenie systemu stypendiów które można odpracować na terenie woj. świętokrzyskiego;	- liczba miejsc szkoleniowych w ośrodkach posiadających akredytację do szkolenia specjalistów na terenie województwa świętokrzyskiego; - liczba nowych specjalistów.	
Przeciwdziałanie występowaniu i niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych w populacji województwa świętokrzyskiego	Ograniczenie występowania nierówności w zdrowiu oraz promocja zdrowego stylu życia.	długoterminowy	Opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych.	- liczba realizowanych programów zdrowotnych; - liczba osób objętych programami zdrowotnymi w danym roku; - liczba realizowanych programów polityki zdrowotnej; - liczba osób objętych programami polityki zdrowotnej w danym roku;	Realizacja zapisów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 oraz ustawy o zdrowiu publicznym. Dzięki wdrożeniu programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej mieszkańcy województwa świętokrzyskiego zostaną wyposażeni w wiedzę i niezbędne umiejętności na temat zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, społecznym i zakaźnym. Ponadto gwarantowane w ramach programów świadczenia przyczynią się do profilaktyki oraz wczesnego wykrycia niebezpiecznych chorób.

W każdym przypadku preferowanymi sposobami realizacji priorytetów zdrowotnych są rozbudowa, modernizacja infrastruktury oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną podmiotów leczniczych (szpitali, ich jednostek i komórek organizacyjnych, placówek AOS i POZ) oraz wszelkie działania w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

B. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego

Wdrażanie Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej wiąże się z przekierowaniem strumienia finansowego płatnika publicznego w obszarach:

1. Przenoszenia obciążenia z opieki szpitalnej na rzecz opieki ambulatoryjnej (w tym także pielęgniarska opieka długoterminowa domowa) oraz stacjonarnej – zakładów opiekuńczo-leczniczych/zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.
2. Przesunięcia ciężaru wykonywania zabiegów małych oraz diagnostycznych z oddziałów o charakterze zabiegowym na oddział jednego dnia (chirurgii i leczenia).
3. Koncentracji świadczeń położniczych w ośrodkach, w których zrealizowano więcej niż 400 porodów rocznie, które zapewniają kompleksowe leczenie szpitalne i ambulatoryjne (w położnictwie i ginekologii).
4. Koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych w przypadku oddziałów chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, otorynolaryngologii, urologicznych i położniczo-ginekologicznych.
5. Weryfikacji wyceny poszczególnych świadczeń i procedur realizowanych w zakładach opieki zdrowotnej, w celu racjonalnego wydatkowania środków finansowych.