

ZARZĄDZENIE NR 25 /2019
WOJEWODY ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
z dnia 1 marca 2019 roku

zmieniające zarządzenie Nr 121/2018 Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 18 grudnia 2018 r.
w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej
województwa świętokrzyskiego na lata 2019-2021

Na podstawie art. 95c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), zarządza się co następuje:

§ 1

W dokumencie pn. „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa świętokrzyskiego” stanowiącym Załącznik do Zarządzenia Nr 121/2018 Wojewody Świętokrzyskiego z dnia 18 grudnia 2018 r. w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa świętokrzyskiego na lata 2019-2021, wprowadza się następujące zmiany:

1. W części 1. Analiza i diagnoza, w punkcie C – Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym, ostatni podpunkt otrzymuje następujące brzmienie:

„Kadra lekarzy specjalistów województwa świętokrzyskiego, jest jedną z najstarszych w Polsce – mediana wieku wynosi 54 lat, występują istotne braki wśród lekarzy ze specjalizacjami w dziedzinach priorytetowych, tj.: geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca”.

2. Część 2. Strategia i wdrażanie - priorytety zdrowotne otrzymuje następujące brzmienie:

Priorytet	Cel	Horyzont (Czas realizacji)	Sposoby realizacji	Mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
1. Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom w podeszłym wieku i przewlekle, terminalnie chorym	Poprawa jakości opieki, całościowa opieka geriatryczna	dlugoterminowy	- zwiększenie liczby lekarzy geriatrów, - doposażenie ośrodków geriatrycznych w sprzęt do leczenia i pielęgnowania osób w podeszłym wieku; - utworzenie poradni geriatrycznej;	- liczba lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne w zakresie geriatрії; - liczba doposażonych ośrodków geriatrycznych; - liczba utworzonych poradni geriatrycznych;	Niekorzystne prognozy demograficzne- starzenie się 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

				<p>- liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych;</p>	<p>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.</p> <p>Potrzeby w zakresie łóżek geriatrycznych powinny zostać zaspokojone poprzez zwiększenie liczby łóżek.</p> <p>Niedostateczny jest także dostęp do specjalistycznych porad geriatrycznych. Aktualnie na terenie województwa świętokrzyskiego działa jedna poradnia geriatryczna.</p>
<p>Zwiększenie dostępności poza szpitalnych form opieki oraz świadczeń w pobliżu miejsca zamieszkania rodziny</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>- utworzenie nowych oraz rozwój istniejących oddziałów geriatrycznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domów dziennego pobytu, opieki domowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;</p> <p>- rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych;</p>	<p>- czas oczekiwania na miejsce w oddziale geriatrycznym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, domu dziennego pobytu, opiece domowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej;</p> <p>- liczba utworzonych placówek opieki długoterminowej;</p> <p>- liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych;</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 poza szpitalnych form opieki.</p> <p>Przekształcenie łóżek oddziału wewnętrznego w łóżka geriatryczne, ZOL, ZOP, itp. spowoduje wzrost łóżek dla pacjentów przewlekłych.</p>	

			- wymiana zużytej aparatury i sprzętu medycznego w planowaniu opieki długoterminowej.		
	Poprawa dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - modernizacja bazy lokalowej oraz uzupełnienie lub wymiana sprzętu medycznego; - utworzenie oddziału opieki paliatywnej/hospicyjnej dla dzieci; - rozwój świadczeń realizowanych w warunkach domowych i ambulatoryjnych; - wdrożenie rozwiązań telemedycznych w opiece paliatywnej/hospicyjnej nad pacjentem; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba nowo zakupionego sprzętu; - liczba nowo utworzonych hospicjów domowych; - liczba hospicjów stacjonarnych dla dzieci; - liczba utworzonych poradni medycyny paliatywnej; 	
2.1. Zapewnienie kompleksowej i koordynowanej opieki pacjentom hospitalizowanym w poszczególnych oddziałach szpitalnych.	Wdrożenie koordynowanej opieki nad pacjentem	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów leczonych w ramach opieki koordynowanej; - czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni konsultacyjnej; - liczba pacjentów objętych opieką AOS w stosunku do roku poprzedniego; 	<p>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).</p> <p>Większość schorzeń, zwłaszcza u pacjentów</p>

			opiekę specjalistyczną;		w starszym wieku, ma charakter przewlekły, hospitalizacja stanowi jedynie ukierunkowanie leczenia, kontynuowanie musi być prowadzone ambulatoryjnie, długotrwale (np. po udarze).
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; 	<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"> - realizacja małych zabiegów w warunkach ambulatoryjnych; - wzrost finansowania świadczeń zabiegowych. 	<ul style="list-style-type: none"> - współczynnik zabiegowości; - ilość zabiegów dużych i kompleksowych; 		

	Racjonalizacja bazy łóżkowej, efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych, sprzętu oraz środków finansowych.	długoterminowy	<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 liczby łóżek, tj. ich zmniejszenie lub zwiększenie do 2031 roku. 	<ul style="list-style-type: none"> - wskaźnik wykorzystania łóżek; - średni czas hospitalizacji; 	Realizacja zapisów zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa świętokrzyskiego.
2.2. Poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych świadczonych pacjentom na terenie województwa świętokrzyskiego w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> a) leczenia onkologicznego b) leczenia kardiologicznego c) leczenia neurologicznego i neurochirurgii d) leczenia okulistycznego 	Poprawa dostępności do diagnostyki i nowoczesnych metod terapii onkologicznej	długoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - rozbudowa i doposażenie bazy diagnostycznej placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, POZ, szpitali; - zwiększenie liczby miejsc chemioterapii dziennej i/lub ambulatoryjnej; - rozwój i wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w opiece medycznej nad pacjentem, w szczególności realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz w warunkach domowych; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba podmiotów leczniczych wyposażonych w aparaturę diagnostyczną podstawową i specjalistyczną; - liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych; - liczba akceleratorów liniowych; - liczba świadczeń z zakresu radioterapii; - liczba miejsc chemioterapii dziennej i ambulatoryjnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Konieczność przybliżenia ośrodków leczenia systemowego do miejsca zamieszkania chorych. 3. Zapotrzebowanie na medycynę paliatywną wykazuje stałą tendencję wzrostową co jest wynikiem zmian demograficznych (wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, starzenie się społeczeństwa).

	<p>Profilaktyka i promocja zdrowia umożliwiająca wczesne wykrywanie nowotworów, co stwarza szansę na skuteczne i radykalne wyleczenie</p>	<p>dlugoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - badania przesiewowe; - promocja zdrowia; - diagnostyka w POZ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ilość wczesnie wykrytych nowotworów; - liczba podjętych działań profilaktycznych; - liczba osób objętych działaniami; 	<p>4. W województwie brak jest oddziału paliatywnego dla dzieci, który zapewniałby pomoc małym pacjentom z chorobami nowotworowymi.</p>
	<p>Zapewnienie kompleksowej opieki osobom z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz zmniejszenie migracji do specjalistycznych ośrodków w innych województwach</p>	<p>dlugoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zapewnienie kompleksowej opieki kardiologicznej (diagnostyka, inwazyjne leczenie kardiologiczne, rehabilitacja kardiologiczna, kontynuacja leczenia w opiece ambulatoryjnej, wysoko specjalistyczna kadra medyczna) - zapewnienie dostępności do poradni kardiologicznych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności wysoko specjalistycznych (np. niewydolności serca, leczenia nadciśnienia, itp.) przy równomiernym rozmieszczeniu; - zwiększenie dostępu dla pacjentów do specjalistycznego leczenia zachowawczego i zabiegowego; - rozwój rehabilitacji kardiologicznej, w tym oddziału wczesnej rehabilitacji kardiologicznej; 	<ul style="list-style-type: none"> - średni czas oczekiwania na konsultację i leczenie w poradni kardiologicznej; - średni czas oczekiwania na wczesną rehabilitację kardiologiczną; 	<p>Prognozy demograficzne – starzenie się społeczeństwa, zakładają wzrost zapotrzebowania na hospitalizację i świadczenia ambulatoryjne z zakresu kardiologii w województwie świętokrzyskim.</p>

	<p>Zapewnienie równego dostępu do oddziałów neurologicznych (udarowych i świadczeń specjalistycznych) Przeciwdziałanie niepełnosprawności i poprawa jakości życia. Redukcja przypadków występowania dolegliwości kręgosłupa wraz z bólami promieniującym i do różnych części ciała.</p>	<p>dlugoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rozwój rehabilitacji neurologicznej (poudarowej) oraz utworzenie przyszpitalnych poradni poudarowych; - zwiększenie liczby łóżek neurologicznych; - zwiększenie liczby łóżek neurochirurgicznych; - wdrażanie przyczynowego leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa poprzez włączanie metod korekty sylwetki ciała, tj: PNF, Wojty, wzorców globalnych oraz metod terapeutycznych np. Mc Kenzie; 	<ul style="list-style-type: none"> - czas oczekiwania do poradni i zakładów rehabilitacji; - jakościowa ocena postępów leczenia z określeniem jednostki czasu np. NRS 9, po 3 dniach leczenia NRS3; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych. Stwierdza się niedobór łóżek neurologicznych, a z uwagi na starzenie się społeczeństwa, wzrost zachorowań na udary mózgu, konieczne jest dalsze poszerzenie bazy łóżkowej neurologicznej. 2. Zapobieganie utracie zdolności do pracy (czasowej lub stałej), podniesienie komfortu życia pacjentów, poprzez zmniejszenie dolegliwości bólowych. 3. Brak zapewnienia rehabilitacji po zakończonym leczeniu szpitalnym, w określonych dziedzinach skutkuje obniżeniem efektywności interwencji zabiegowych lub bezpowrotną utratą możliwości uzyskania optymalnej sprawności.
	<p>Poprawa dostępności do szpitalnych i poza szpitalnych form opieki okulistycznej.</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa dostępności do świadczeń dla chorych w pobliżu ich miejsca zamieszkania; - dostęp do nowoczesnych form leczenia oraz innowacyjnych i nowoczesnych technologii medycznych; 	<ul style="list-style-type: none"> - czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy; - liczba utworzonych poradni/oddziałów jednego dnia w ciągu roku; - ilość poszczególnych procedur realizowanych w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalnym w przeliczeniu na jednostkową grupę mieszkańców. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stale narastająca liczba starszych chorych, ze znacznym upośledzeniem widzenia. 2. Długi okres oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy. 3. Najniższy w Polsce odsetek hospitalizacji zabiegowych leczenia jaskry. 4. W dziedzinie takiej jak okulistyka, w przypadku braku możliwości tworzenia nowych podmiotów należy zwiększać ilość świadczonych usług w ośrodkach już istniejących, gdzie problemy z dostępnością do świadczeń mają związek przede wszystkim z długością kolejek oczekujących.

<p>3. Dostosowanie zasobów kadrowych pracowników ochrony zdrowia do zmieniającego się zapotrzebowania na usługi zdrowotne.</p>	<p>Zwiększenie liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny i ochrony zdrowia.</p>	<p>dlugoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie limitów miejsc dla studentów I roku na kierunkach medycznych; - promocja studiowania kierunków medycznych w Kielcach; - 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 województwa świętokrzyskiego; 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba miejsc na poszczególnych kierunkach wydziału lekarskiego i nauk o zdrowiu; - liczba nowych specjalistów – I raz w roku; - liczba miejsc szkoleniowych w ośrodkach posiadających akredytację do szkolenia specjalistów na terenie województwa świętokrzyskiego; - mediana wieku specjalistów. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zachęcanie lekarzy do powrotu w "macierzyste strony" po studiach, jest jedynym pewnym sposobem zwiększenia liczby lekarzy w województwie świętokrzyskim. 2. Konieczność wykształcenia brakujących specjalistów. 3. Kształcenie zawodów pomocniczych w ochronie zdrowia.
<p>4. Przeciwdziałanie występowaniu i niwelowanie skutków chorób cywilizacyjnych społecznych i zakaźnych w populacji województwa świętokrzyskiego</p>	<p>Ograniczenie występowania nierówności w zdrowiu oraz promocja zdrowego stylu życia.</p>	<p>dlugoterminowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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; 	<p>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.</p>

	Zwiększenie efektywności wykrywania cukrzycy oraz poprawa opieki nad chorymi na cukrzycę, zwłaszcza u dzieci.	dlugoterminowy	- rozwój potencjału istniejących oddziałów diabetologicznych; - zwiększenie liczby poradni diabetologicznych;	- czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej.	Zgodnie z ogólnopolską <i>Mapą potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób</i> województwo świętokrzyskie charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem w zakresie liczby porad w poradniach diabetologicznych dla dzieci.
5. Zapewnienie kompleksowej, koordynowanej i wielostronnej opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania.	Poprawa dostępności do diagnostyki.	dlugoterminowy	- tworzenie poradni psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach; - tworzenie warunków dla rozwoju kadry specjalistycznej w zakresie leczenia chorób psychicznych.	- czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2016 roku.	1. Priorytetowym działaniem w skali województwa powinno być wypełnienie "białej plamy" na mapie zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w powiatach, poprzez tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii. 2. Brak jest systemu opieki nad osobami z myślami i tendencjami samobójczymi, czy w innych stanach nagłych. W izbach przyjęć szpitali pediatrycznych brak jest miejsc do izolacji pacjentów, personel nie jest przeszkolony do pracy z osobami zachowującymi się agresywnie lub będącymi w stanie ostrej psychozy.
	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.	dlugoterminowy	- tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego zajmujących się profilaktyką i leczeniem zaburzeń psychicznych; - zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie problematyki chorób psychicznych poprzez działania edukacyjne; - zwiększenie dostępu do kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego) we wszystkich powiatach.	- liczba pacjentów objętych kompleksową opieką psychiatryczną; - liczba utworzonych CZP.	

	Poprawa parametrów opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym	dlugoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej; - stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego. 	<ul style="list-style-type: none"> - czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2016 roku - liczba pacjentów objętych opieką w poradni w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w szpitalu w danym roku. 	
6. Wzmocnienie opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem	Poprawa opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położenia	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wdrożenie programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej; - zwiększenie roli położnej środowiskowej; - opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych dla kobiet ciężarnych; - podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba opracowanych programów zdrowotnych oraz liczba uczestników objęta nimi; - liczba nowych specjalistów; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z opieką zdrowotną nad matką oraz dziećmi, wynikający z analiz własnych. 2. Dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz dostosowanie opieki prenatalnej do nowego modelu późnego macierzyństwa. 3. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.
		dlugoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - doposażenie oddziałów położniczo-ginekologicznych i poradni K w sprzęt wysokospecjalistyczny; - stworzenie warunków do kształcenia większej liczby lekarzy – perinatologów; - utworzenie poradni konsultacyjnych w zakresie patologii ciąży przy szpitalach. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba lekarzy specjalistów w zakresie perinatologii w stosunku do danych za rok 2016 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Wczesne wykrywanie patologii ciąży daje potencjalne możliwości ich leczenia (również wewnątrzmacicznego) a ponadto pozwala na urodzenie dziecka w jak najlepszym stanie urodzeniowym. 5. Zorganizowanie hospicyjnej opieki perinatalnej przeznaczonej dla matek i dzieci z rozpoznaniem prenatalnych chorób i wad wrodzonych. 6. Potrzeba poradnictwa dietetycznego, adresowanego do matek

					małych dzieci i przyszłych matek, w tym poradnictwo laktacyjne.
	Poprawa stanu zdrowia noworodka i małego dziecka.	dlugoterminowy	- poprawa wyposażenia oddziałów noworodkowych i oddziałów dziecięcych, w sprzęt diagnostyczny;	- liczba podmiotów leczniczych doposażonych w aparaturę diagnostyczną specjalistyczną;	
		dlugoterminowy	- zapewnienie szybkiej diagnostyki w przypadku wykrycia wad wrodzonych; - zwiększenie dostępności do rehabilitacji leczniczej dla dzieci; - prowadzenie ambulatoryjnego poradnictwa dietetycznego; - tworzenie poradni laktacyjnych na terenie powiatów województwa świętokrzyskiego.	- czas oczekiwania na badania diagnostyczne w przypadku wykrycia wad wrodzonych w stosunku do 2016 roku; - liczba utworzonych poradni laktacyjnych w ciągu roku; - ilość pacjentów w ambulatoryjnych poradniach dietetycznych;	
7. Poprawa dostępności do leczenia stomatologicznego oraz leczenia chorób jamy ustnej.	Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń stomatologicznych oraz zmniejszenie występowania chorób jamy ustnej.	krótkoterminowy	- opracowanie programów edukacyjnych w zakresie stomatologii dla ludzi starszych; - umożliwienie wizyty w gabinetach stomatologicznych osobom niepełnosprawnym (ruchowo, intelektualnie, itp.); - wdrożenie działań edukacyjno-profilaktyczno-leczniczych.	- czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2016 roku; - liczba przeprowadzonych szkoleń.	1. Chore zęby i dziąsła mają niekorzystny wpływ na cały organizm. Przykładowo kardiolodzy wskazują na związek z chorobami sercowo-naczyniowymi, a onkolodzy – z nowotworami. 2. 40% Polaków powyżej 65-ego roku życia nie ma zębów, co czwarta osoba nie była u dentysty od 5 lat, a umieralność na nowotwory złośliwe jamy ustnej w Polsce jest 2 razy większa niż w Unii Europejskiej.

	Zahamowanie przyrostu próchnicy u dzieci i młodzieży	krótkoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - wprowadzenie opieki stomatologicznej do szkół; - leczenie stomatologiczne w dentobusie; - zwiększenie roli higienistki stomatologicznej w profilaktyce chorób przyzębia. - wdrożenie programów profilaktycznych realizowanych dla przedziałów wiekowych 0-6 i 13-18 r. ż 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba uruchomionych gabinetów stomatologicznych w szkołach; - liczba świadczeń udzielonych w dentobusie; 	3. Szacuje się, że w Polsce blisko 95% społeczeństwa jest zagrożone próchnicą. Obecnie choroba ta najczęściej występuje wśród dzieci i młodzieży. Próchnica występująca we wczesnym dzieciństwie, już w okresie 0-6 lat, powoduje poważne następstwa, które mogą zaburzyć rozwój młodego człowieka. Nieleczenie tych schorzeń w wieku dziecięcym niejednokrotnie prowadzi do: nieodwracalnych uszkodzeń, bólu, wad zgryzu, poważnych problemów zdrowotnych ogólnoustrojowych.
		dlugoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej w stosunku do 2016 r. 	4. Likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach spowodowała przerzucenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej dzieci.
	Poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, periodontologii oraz ortodontcji.	dlugoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej (nowe poradnie); - zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinach stomatologicznych. 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba utworzonych poradni w ciągu roku; - liczba specjalistów w stosunku do 2016 r. 	5. Nie wprowadzono regulacji prawnych dyscyplinujących rodziców do wdrażania korzystnych zachowań zdrowotnych w zakresie kompleksowej ochrony jamy ustnej u dzieci.
8. Wzmocnienie znaczenia rehabilitacji i lecznictwa uzdrowiskowego.	Poprawa dostępności do rehabilitacji oraz do leczenia uzdrowiskowego z profilami uzdrowisk.	dlugoterminowy	<ul style="list-style-type: none"> - racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej i dziennej; - utworzenie ośrodków rehabilitacji ogólnoustrojowej i ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego we 	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego; - liczba utworzonych nowych oddziałów/ośrodków; - czas oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji. 	<p>1. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z negatywnymi skutkami urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.</p> <p>2. W wielu przypadkach zagwarantowanie wczesnego dostępu do rehabilitacji daje pacjentowi jedyną szansę na powrót do zdrowia.</p>

			wszystkich powiatach województwa świętokrzyskiego; - zwiększenie ilości miejsc w oddziałach rehabilitacyjnych i tworzenie nowych ośrodków rehabilitacyjnych.		3. Niski poziom kontraktowania świadczeń i duże zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia.
	Modernizacja istniejącej bazy sprzętowej będącej na wyposażeniu oddziałów rehabilitacji oraz oddziałów uzdrowiskowych.	długoterminowy	- wymiana i zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej;	- liczba doposażonych ośrodków/oddziałów.	

”

§ 2

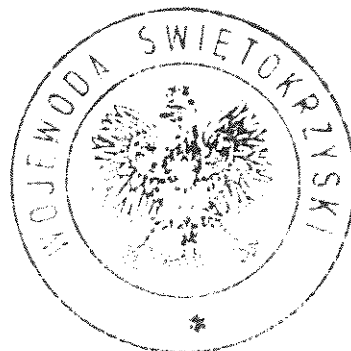
Zmiany w dokumencie „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa świętokrzyskiego” zostały wprowadzone po akceptacji treści przez Członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych województwa świętokrzyskiego.

§ 3

Zarządzenie podlega publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.



WOJEWODA ŚWIĘTOKRZYSKI

Agata Wojtyzała
Agata Wojtyzała