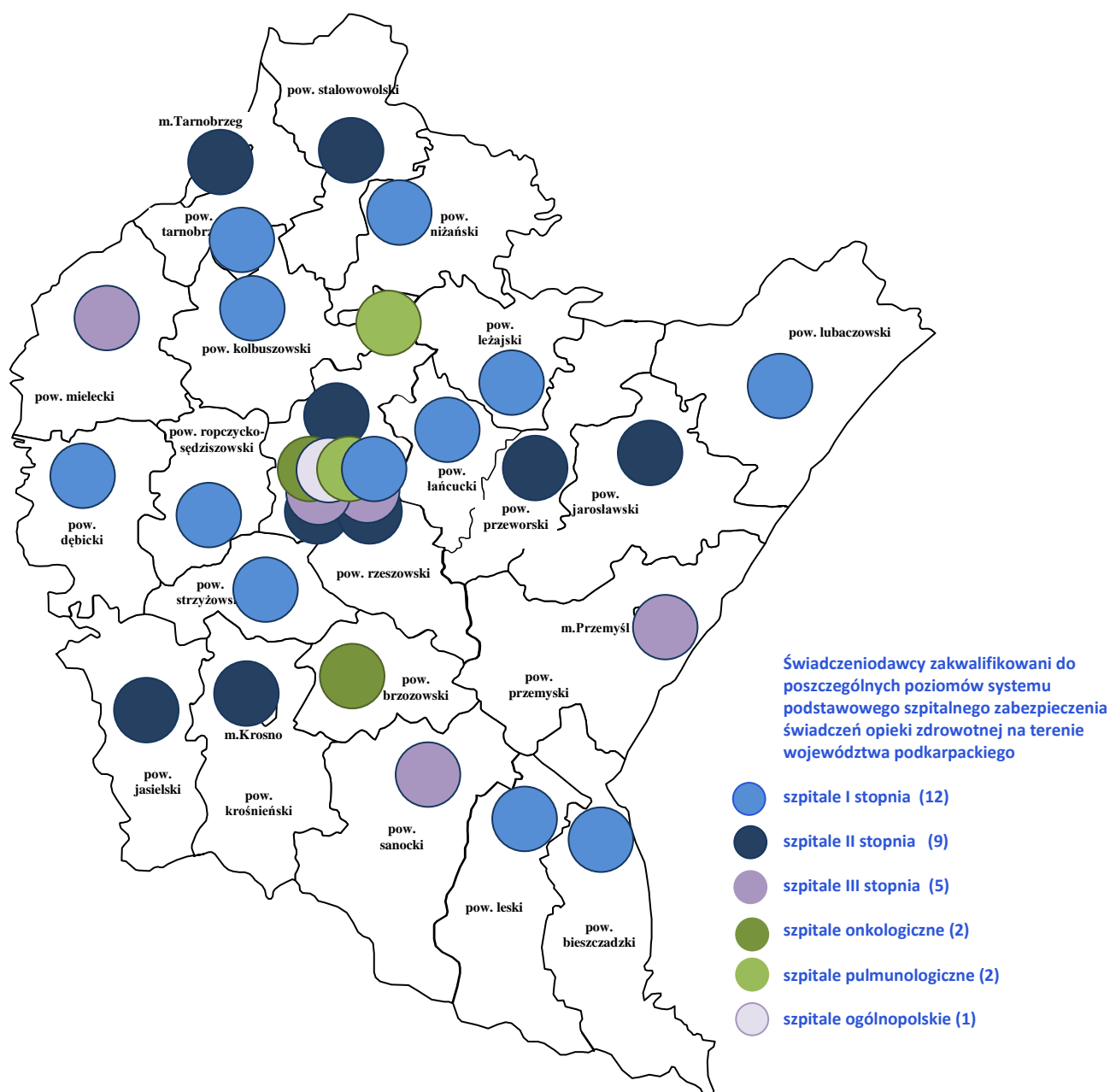


Zatwierdzam:  
WOJEWÓDA PODKARPACKI

Ewa Leniart

# PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJ. PODKARPACKIEGO

## OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH



Rzeszów, sierpień 2018



## **WSTĘP**

Na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018, poz. 1510 ze zm.), mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości Wojewoda Podkarpacki w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego* (zwane dalej priorytetami lub PRPZ) obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

Opracowanie wskazuje na priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na podstawie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych wynikających z analizy i diagnozy stanu opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa szpitalnego w województwie podkarpackim.

Priorytety zostały opracowane na podstawie *Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Podkarpackiego, Krajowych ram strategicznych – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, propozycji członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podkarpackiego oraz innych danych będących w dyspozycji Wojewody.

## **1. ANALIZA I DIAGNOZA**

### **Stan docelowy**

Uzyskanie wysokiego poziomu rozwoju profilaktyki chorób, diagnostyki i stanu medycyny naprawczej ukierunkowanych na główne problemy epidemiologiczne w województwie podkarpackim poprzez:

- poprawę dostępności do świadczeń w szeregu dziedzin medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem chorób dzieci, w niektórych poprzez powstanie komórek w specjalnościach нефункционujących w województwie,
- wzmocnienie znaczenia rehabilitacji w jej szczegółowych dziedzinach, realizowanej w ramach lecznictwa szpitalnego, jak również w ramach lecznictwa uzdrowiskowego,

- poprawę dostępu do świadczeń realizowanych w oddziałach AiIT – w szpitalach liczba łóżek tej specjalności powinna stanowić 2% ogólnej ich liczby, ze szczególnym uwzględnieniem OAiIT dla dzieci,
- wzmocnienie systemu leczenia psychiatrycznego – dążenie do modelu środowiskowego, określonego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – tworzenie w powiatach Centrów Zdrowia Psychicznego,
- rozwój szpitalnictwa uzdrowiskowego,
- poprawę dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej w celu uzyskania wyższego poziomu diagnostyki oraz podniesienia jakości udzielanych świadczeń,
- poprawę stanu technicznego bazy lokalowej i wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, w szczególności bloków operacyjnych.

Uzyskanie lepszych wskaźników demograficznych poprzez:

- całościowe ujęcie problematyki opieki nad matką i dzieckiem oraz dostępności do opieki nad osobami starszymi, jako problemu związanego z negatywnymi trendami demograficznymi,
- poprawę dostępności do opieki geriatrycznej, hospicyjnej oraz paliatywnej.

Wzmocnienie zasobów kadrowych w grupach zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych w szczególności poprzez stworzenie możliwości zdobywania specjalizacji i wyższego poziomu wykształcenia w priorytetowych dziedzinach poprzez wspieranie rozwoju szkolnictwa wyższego na kierunkach medycznych.

### **Stan aktualny**

Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego w dniu 31.12.2016 r. województwo podkarpackie zamieszkiwało 2 127 656 osób. Było to dziewiąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce.

Spółeczeństwo podkarpacia jest coraz starsze. Spowodowane jest to coraz mniejszym udziałem dzieci i młodzieży (0-17 lat) w ogólnej liczbie ludności, przy równoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej dla mężczyzn oraz 60 i więcej lat dla kobiet).

Umieralność ogólna w województwie jest zdecydowanie niższa niż w Polsce, w 2016 roku była na poziomie 9,0 ‰, podczas gdy krajowa wynosiła 10,1 ‰. Jednakże umieralność niemowląt w ostatnich latach jest ciągle wyższa od krajowej, na 1000 urodzeń żywych wynosiła 4,1 w 2015 roku oraz 4,5 w 2016, przy średnim poziomie krajowym 4,0.

W 2016 roku w województwie funkcjonowało 40 szpitali ogólnych, które dysponowały 10,3 tys. łóżek stacjonarnych. Dodatkowo w 16 podmiotach udzielane były świadczenia szpitalne tylko o charakterze dziennym (dysponowały one 203 miejscami).

W psychiatrycznej opiece stacjonarnej w 5 podmiotach stacjonarnych działały 2 szpitale i 3 ośrodki leczenia odwykowego z 805 łózkami (w szpitalach – 720 łóżek). Natomiast w lecznictwie uzdrowiskowym świadczenia szpitalne były udzielane w 2 jednostkach, z łączną liczbą łóżek wynoszącą 814.

W niektórych dziedzinach medycyny dostęp do leczenia szpitalnego jest bardzo ograniczony, dotyczy to szczególnie rehabilitacji. Region dysponuje zbyt małą ilością miejsc w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, w tym w jedynym centrum urazowym dla dzieci. Podkarpackie nie posiada również szpitala dedykowanego dla dzieci i młodzieży, który kompleksowo zaopatrywałby pacjentów w wieku 0-18 lat. W tym obszarze ochrony zdrowia notuje się znaczne migracje pacjentów do innych ośrodków szpitalnych. Brak specjalistycznych oddziałów (zwłaszcza zabiegowych) i poradni dziecięcych przekłada się na brak możliwości kształcenia kadr medycznych w deficytowych dziedzinach.

Na skutek negatywnych zmian cywilizacyjnych, obserwowanych również w naszym województwie, konieczny jest dalszy rozwój regionalnego ośrodka leczenia niepłodności oraz utworzenie regionalnego ośrodka wykrywania i leczenia wczesnych wad rozwojowych.

Niektóre świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach zabiegowych dotyczą tylko wykonania małych zabiegów lub badań diagnostycznych.

Baza stacjonarnego lecznictwa długoterminowego, w którym funkcjonuje 14 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 23 zakłady opiekuńczo-lecznicze (w tym dwa psychiatryczne), 9 hospicjów stacjonarnych i 3 oddziały opieki paliatywnej. Dysponują one łącznie 2,3 tys. miejsc. Dostępność do świadczeń w tych zakładach jest ograniczona. W przypadku ZPO tylko w czterech placówkach średni czas oczekiwania jest mniejszy od 100 dni, w pozostałych wynosi co najmniej pół roku lub prawie jeden

rok, a na świadczenia oczekuje od kilku do ponad 50 osób. W części ZOL-i czas oczekiwania nie przekracza trzech miesięcy, jednakże w prawie połowie jest dużo dłuższy, a w trzech jednostkach (w tym obydwu psychiatrycznych) wynosi około 2 lata.

Według danych izb lekarskich (osoby uprawnione do wykonywania zawodu) województwo podkarpackie jest na 13-14 miejscu w kraju pod względem liczby lekarzy na 10 tys. ludności. Wskaźnik dla województwa w 2016 roku wynosił 26,5; dla kraju 37,7. Równocześnie znaczna część lekarzy (66,4%) jest w wieku 45 i więcej lat, natomiast w wieku 55 lat i więcej 41,5%.

W odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności w województwie przypada ponad 84 pielęgniarki (2 miejsce w kraju) i 12 położnych (1 miejsce w kraju), natomiast w Polsce odpowiednio 75 i około 10.

### **Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym**

Mając na względzie dążenie do niwelowania różnic pomiędzy stanem aktualnym a docelowym, na podstawie *Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Województwa Podkarpackiego, Krajowych ram strategicznych - Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, propozycji członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podkarpackiego oraz innych danych będących w dyspozycji Wojewody, sporządzono zestawienie problemów i priorytetów zdrowotnych dla województwa podkarpackiego.

Zdefiniowano 6 grup priorytetów:

- PRIORYTET I – Wzmocnienie infrastruktury w wybranych obszarach ochrony zdrowia w województwie podkarpackim,
- PRIORYTET II – Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia,
- PRIORYTET III – Opieka nad seniorami oraz osobami przewlekle i terminalnie chorymi,
- PRIORYTET IV – Wzmocnienie systemu leczenia psychiatrycznego,
- PRIORYTET V – Poprawa dostępności rehabilitacji szpitalnej oraz uzdrowiskowej,
- PRIORYTET VI – Rozwój kształcenia kadr medycznych w regionie.

Szczegółowe opisy priorytetów, preferowane sposoby realizacji wraz z uzasadnieniem, horyzontem czasowym realizacji oraz proponowanym miernikiem oceny zawiera tabela.

| Cel  | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji  | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie  |
|--|----------------------------|---|---|---|
| <b>Priorytet nr I</b><br><b>Wzmocnienie infrastruktury w wybranych obszarach ochrony zdrowia w województwie podkarpackim</b> |                            |   |   |   |
| 1. Poprawa dostępności oraz jakości leczenia onkologicznego  | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozbudowa oraz modernizacja istniejących ośrodków onkologicznych (doposażenie w tym zakup dodatkowych akceleratorów oraz sukcesywna wymiana sprzętu).</li> <li>2. Rozwój istniejących pełnoprofilowych ośrodków onkologicznych.</li> <li>3. Utworzenie ośrodka przeszczepów autologicznych szpiku wraz z bankami komórek macierzystych w istniejących ośrodkach onkologicznych.</li> <li>4. Poprawa dostępności chemioterapii poprzez utworzenie 1-4 nowych ośrodków.</li> <li>5. Zwiększenie dostępności leczenia hematologicznego – modernizacja oddziału hematologii wraz z powiązaniem oddziałem nefrologii i stacją dializ.</li> </ol> | <p>Liczba akceleratorów.<br/>Liczba chorób nowotworowych wykrywanych we wczesnych stadiach w stosunku do roku poprzedniego.<br/>Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w stosunku do roku poprzedniego.<br/>Liczba pacjentów, którym udzielono kompleksowych świadczeń medycznych.<br/>Czas oczekiwania na badania specjalistyczne.</p> | <p>Podsumowanie do Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii zawiera stwierdzenie, że w województwie podkarpackim do 2025 r. powinno być zainstalowanych 10 przyspieszaczy liniowych. Konieczność poprawy dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych (m.in. medycyna nuklearna).<br/>Ww. dokument przewiduje w scenariuszu maksymalnym pojawienie się zapotrzebowania na 4 ośrodki chemioterapii a w minimalnym brak zmian.<br/>Podsumowanie do Mapy Potrzeb Zdrowotnych zawiera prognozę zwiększenia liczby łóżek nefrologicznych o około 20% do 2029 r. Wg rekomendacji dotyczących kryteriów jakości leczenia dializoterapią 65-95% pacjentów z powodu schyłkowej niewydolności nerek oraz choroby niedokrwiennej leczonych w oddziale hematologii poddawanych jest ciągłej dializoterapii.</p> |
| 2. Poprawa dostępności świadczeń kardiologicznych  | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wyrównanie dostępności świadczeń kardiologicznych we wschodniej części województwa poprzez rozbudowę istniejącej infrastruktury leczniczej.</li> <li>2. Wymiana/unowocześnienie sprzętu medycznego.</li> <li>3. Utworzenie sali hybrydowej w oparciu o istniejącą bazę kliniczną.</li> <li>4. Poprawa dostępności do świadczeń kardiologicznych oraz koordynacji opieki kardiologicznej i kardiologicznej, w szczególności w zakresie zabiegowego leczenia choroby wieńcowej.</li> </ol>  | <p>Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń z zakresu kardiologii.</p>  | <p>Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów ludności województwa.<br/>Województwo podkarpackie nie posiada sali hybrydowej. Niewydolność serca jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji i śmiertelności w regionie, a zabiegi hybrydowe (głównie zastawkowe) są przeznaczone właśnie dla tych chorych.</p>   |

| Cel  | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji  | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie  |
|--|----------------------------|---|---|---|
| 3. Zapewnienie dostępności kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zorganizowanie w oparciu o istniejącą kliniczną bazę pediatryczną Podkarpackiego Centrum Zdrowia Dziecka, w ramach którego funkcjonować będą m. in. oddziały i poradnie dziecięce dotychczas niefunkcjonujące w województwie.</li> <li>2. Poprawa jakości opieki neonatologicznej, w szczególności w oddziałach posiadających II i III stopień referencyjności, w tym poradni neonatologicznych.</li> <li>3. Koncentracja świadczeń ginekologiczno-położniczych w ośrodkach o dużej liczbie wykonywanych zabiegów w celu eliminacji zdarzeń niepożądanych.</li> <li>4. Poprawa standardu opieki pediatrycznej z jednoczesną racjonalizacją sieci oddziałów.</li> <li>5. Zapewnienie standardów opieki okołoporodowej w tym utworzenie sieci banków mleka przy oddziałach posiadających co najmniej II poziom referencyjności..</li> <li>6. Rozwój Regionalnego Ośrodka Leczenia Niepłodności w oparciu o istniejącą bazę kliniczną.</li> <li>7. Utworzenie regionalnego ośrodka wykrywania i leczenia wczesnych wad rozwojowych na istniejącej bazie klinicznej.</li> </ol> | <p>Wskaźnik migracji pacjentów, w tym w wieku 0-18 lat (AOS, leczenie szpitalne).<br/>Umieralność niemowląt w latach następnych.<br/>Liczba oddziałów wykonujących specjalistyczne zabiegi kompleksowe.</p> | <p>Nakłady na tzw. migracje dzieci wyniosły w 2017 r. blisko 33 mln złotych (dane POW NFZ w Rzeszowie). Umieralność niemowląt w województwie podkarpackim jest wyższa niż średnia krajowa. Pożądanym kierunkiem jest racjonalizacja funkcjonowania podmiotów leczniczych w kierunku reorganizacji oddziałów o niskim poziomie wykorzystania zasobów.<br/>W „mapach dziedzinowych” ustalono kryterium minimalne 400 porodów rocznie lub ewentualnie 40 kilometrów odległości od szpitala dla oddziałów ginekologiczno-położniczych. Dla oddziałów pediatrycznych ustalono minimalną liczbę na 700 hospitalizacji rocznie.<br/>Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 60-80 mln par na świecie dotkniętych jest stale lub okresowo problemem niepłodności. Przyjmuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych problem bezdzietności związany jest głównie z niepłodnością, a problem niepłodności dotyczy 10-15% par w wieku rozrodczym. Problem z zapłodnieniem dotyczy około 20% społeczeństwa w wieku rozrodczym w Rzeczypospolitej Polskiej, jest to około 1,5 mln par. Co najmniej połowa z nich korzysta z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej, a około 60% wymaga specjalistycznego postępowania lekarskiego. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że rośnie liczba par, które nie mogą doczekać się potomstwa. Konieczne jest zatem podjęcie działań mających na celu ograniczenie negatywnych skutków tego zjawiska, szczególnie w sytuacji niskiego przyrostu naturalnego.<br/>Wrodzone wady rozwojowe występują u 2-4% noworodków, będąc zasadniczą (pierwsze lub drugie miejsce) przyczyną zgonów niemowląt. Są one zarazem najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną (32-56% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma wady rozwojowe). Według opublikowanej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla województwa podkarpackiego, występuje wysokie na tle kraju zagrożenie życia z powodu grupy przyczyn: “Wady wrodzone rozwojowe” – 2. miejsce w Polsce, o blisko 28% wyższe niż przeciętnie w kraju.</p> |



| Cel   | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji  | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie   |
|---|----------------------------|---|---|--|
| 4. Zapewnienie standardów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii | krótko-terminowy           | 1. Modernizacja i doposażenie istniejących OAiIT.<br>2. Utworzenie OAiIT dla dzieci w ramach Centrum Urazowego dla Dzieci.<br>3. Wsparcie utworzenia oddziałów w szpitalach nie posiadających OAiIT/OAiIT dla Dzieci.   | Liczba ludności - odbiorców świadczeń zdrowotnych w dziedzinie AiIT.  | Liczba łóżek na oddziałach AiIT powinna stanowić 2% ogólnej liczby łóżek. Działanie to jest rekomendowane również ze względu na specyfikę realizowanych procedur medycznych oraz tryb przyjęć. Analiza przyjęć - wykonana przez konsultantów wojewódzkich – w odniesieniu do osób w wieku 0-18 lat do OAiIT wskazuje na pilną potrzebę utworzenia OAiIT dla dzieci.  |
| 5. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców                       | krótko-terminowy           | 1. Kompleksowa poprawa stanu technicznego bloków operacyjnych szpitali wraz z powiązaniem funkcjonalnie centralnymi sterylizatorniami.<br>2. Rozwój ośrodka toksykologii.   | Liczba zabiegów wykonywana w danym oddziale. Częstość występowania zakażeń szpitalnych. Wskaźnik wykorzystania stołów operacyjnych. Liczba pacjentów toksykologicznych leczonych w dedykowanym ośrodku. | W strukturach większości szpitali w naszym województwie funkcjonuje 5-6 oddziałów zabiegowych, dla działalności których kluczowe jest funkcjonowanie bloku operacyjnego. Brak inwestycji w tym obszarze ogranicza funkcjonowanie szpitali oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. 4 łóżka w Ośrodku Leczenia Ostrego Zatrucia są niewystarczające dla zabezpieczenia potrzeb województwa. Pacjenci często otrzymują świadczenie ratujące życie w SOR-ach oraz izbach przyjęć. |
| <b>Priorytet nr II</b><br><b>Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia</b> |                            |   |   |  |
| 1. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego osób z chorobami neurologicznymi      | krótko-terminowy           | 1. Poprawa dostępu do kompleksowej opieki nad pacjentem neurologicznym, w tym zwiększenie liczby łóżek udarowych, zwłaszcza na obszarach o obniżonej dostępności do świadczeń.<br>2. Poprawa dostępności do kompleksowych świadczeń neurochirurgicznych, a także poszerzenie zakresu wykonywanych procedur neurochirurgicznych. | Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.   | Zgodnie z podsumowaniem MPZ istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby łóżek udarowych. Wartość ta powinna wzrosnąć o około 45% do 2029 r. Fakt starzenia się społeczeństwa prognozuje większą liczbę udarów mózgu. Obecnie w województwie funkcjonują 2 oddziały neurochirurgii. Należy dążyć do ograniczenia migracji pacjentów poza region także poprzez zwiększenie zakresu realizowanych procedur.  |

| Cel  | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji   | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie  |
|--|----------------------------|--|---|---|
| 2. Poprawa dostępności i jakości leczenia chorób układu oddechowego  | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poprawa dostępności i jakości świadczeń przez zwiększenie udziału dużych i kompleksowych zabiegów w wiodących ośrodkach/szpitalach.</li> <li>2. Zapewnienie kompleksowego leczenia gruźlicy i chorób płuc w wiodących ośrodkach/szpitalach.</li> <li>3. Zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej oraz wyposażenia placówek medycznych.</li> <li>4. Utworzenie ośrodka zapewniającego kompleksowe leczenie mukowiscydozy dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych.</li> </ol> | <p>Liczba dużych i kompleksowych zabiegów w województwie. Czas oczekiwania na świadczenia. Koszty leczenia poza województwem (wydatki POW NFZ). Wskaźniki zachorowalności na choroby układu oddechowego. Liczba hospitalizacji z powodu ch. ukł. Oddechowego. Wskaźniki umieralności z powodu ch. układu oddechowego.</p> | <p>Specjalistyczne oddziały Podkarpacia wykazują zbyt małą liczbę dużych i kompleksowych zabiegów, co spowodowane jest niedoborem specjalistów oraz sprzętu. Odsetek wartości świadczeń udzielanych poza terenem województwa np. dla torakochirurgii wynosi 21%.</p> <p>Współczynnik zapadalności na gruźlicę w województwie w 2016 r. wynosił 15,3 na 100 tys. mieszkańców (10 miejsce w Polsce). Ze względu na usytuowanie województwa na wschodniej granicy Unii Europejskiej oraz znaczne migracje ludności istnieje duże zagrożenie gruźlicą, w tym gruźlicą wielolekooporną, co wymaga kompleksowego leczenia.</p> <p>Aktualnie w województwie brak jest ośrodka zapewniającego kompleksowe leczenie mukowiscydozy. Mukowiscydoza (inaczej zwłóknienie torbielowate) to najczęściej występująca choroba genetyczna ludzi. Co 25. osoba jest nosicielem wadliwego genu. Częstotliwość występowania choroby ocenia się na 1: 2500 urodzonych dzieci. W samej tylko Polsce z mukowiscydozą żyje ok. 1200 -1500 osób.</p> |
| 3. Poprawa wykorzystania infrastruktury poprzez zagospodarowanie obecnie istniejącej, która jest aktualnie niewykorzystana lub ma charakter niezgodny z PRPZ | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przekształcenia oddziałów szpitalnych: <ul style="list-style-type: none"> <li>- w formy działalności leczniczej dedykowane seniorom oraz osobom przewlekle chorym;</li> <li>- zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych;</li> <li>- zwiększenie liczby psychiatrycznych łóżek w ZOL/ZPO.</li> </ul> </li> </ol>   | <p>Dostępność do kompleksowych świadczeń. Czas oczekiwania na świadczenie.</p>  | <p>Konieczne jest skrócenie czasu oczekiwania oraz zapewnienie równomiernego dostępu do kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji, potrzeb seniorów i przewlekle chorych oraz psychiatrii (czas oczekiwania na świadczenie oraz dostępność w pobliżu miejsca zamieszkania).</p>  |

| Cel   | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji   | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie   |
|---|----------------------------|--|---|--|
| 4. Zwiększenie dostępności diagnostyki ambulatoryjnej oraz świadczeń szpitalnych jednego dnia | średnio-terminowy          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój infrastruktury m. in. poprzez wymianę oraz zakup specjalistycznego sprzętu.</li> <li>2. Zwiększenie nakładów finansowych na badania diagnostyczne oraz świadczenia szpitalne jednego dnia.</li> </ol>   | <p>Czas oczekiwania na świadczenia diagnostyczne oraz stacjonarne.</p> <p>Liczba osób oczekujących na świadczenia.</p>  | <p>Analiza Map Potrzeb Zdrowotnych oraz informacji będących w posiadaniu Oddziału Wojewódzkiego NFZ wskazuje na znaczny udział hospitalizacji wyłącznie w celach diagnostycznych.</p> <p>Udzielanie tego typu świadczeń w warunkach ambulatoryjnych przyczyni się do racjonalizacji wykorzystania środków na ochronę zdrowia.</p>  |
| 5. Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych.                         | długo-terminowy            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opracowanie i realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych.</li> <li>2. Monitorowanie i ewaluacja programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej.</li> <li>3. Promowanie wśród jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa programów polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób kardiologicznych oraz z zakresu diabetologii.</li> </ol> | <p>Liczba realizowanych programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych.</p> <p>Liczba ludności objętej programem.</p> <p>Wskaźniki opisujące sytuację zdrowotną ludności w danym aspekcie.</p> <p>Liczba programów polityki zdrowotnej z terenu województwa, które uzyskały pozytywną opinię AOTMiT.</p> | <p>Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 to podstawowy dokument polityki zdrowia publicznego, który wskazuje cele strategiczne i operacyjne na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia poza medycyną naprawczą, opieką długoterminową i rehabilitacją.</p> <p>Upowszechnienie wiedzy w społeczeństwie na temat czynników ryzyka, zachowań zdrowotnych może przyczynić się do zmniejszenia kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej.</p> <p>Zgony spowodowane chorobami kardiologicznymi oraz chorobami aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego są wyższe od wartości krajowych.</p> <p>Notuje się wzrost ilości osób otyłych w społeczeństwie oraz wzrost ilości powikłań cukrzycy późno zdiagnozowanej.</p> |

| Cel  | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji   | Proponowane mierniki i czas oceny  | Uzasadnienie  |
|--|----------------------------|--|--|---|
| <b>Priorytet nr III</b><br><b>Opieka nad seniorami oraz osobami przewlekle i terminalnie chorymi</b> |                            |  |  |   |
| 1. Zapewnienie kompleksowej opieki nad osobami starszymi oraz przewlekle i terminalnie chorymi.      | średnio-terminowy          | 1. Zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych o minimum 50.<br>2. Modernizacja, rozbudowa i doposażenie ZPO i ZOL oraz hospicjów stacjonarnych.<br>3. Zwiększenie liczby łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.<br>4. Rozszerzenie form organizacyjnych opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi o ośrodki/oddziały pobytu dziennego. | Liczba ludności objęta świadczeniami zdrowotnymi.<br>Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne.<br>Liczba ludności oczekująca na dane świadczenie zdrowotne. | Od kilkunastu lat w regionie rośnie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Wg prognoz trend ten w kolejnych latach będzie się nasilał, przy równocześnie rosnącej średniej długości życia. Oznacza to, że nastąpi znaczący wzrost liczby osób w wieku starszym, a co za tym idzie nastąpi zdecydowany wzrost liczby zachorowań charakterystycznych dla osób w podeszłym wieku wymagających kompleksowych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z prognozą zawartą w „mapach dziedziny” w 2029 r. w opiece paliatywnej domowej powinno funkcjonować ok. 6 tys. miejsc.                                |
| <b>Priorytet nr IV</b><br><b>Wzmocnienie systemu leczenia psychiatrycznego</b>                       |                            |  |  |   |
| 1. Poprawa dostępności, jakości oraz kompleksowości leczenia pozaszpitalnego.                        | długo-terminowy            | 1. Tworzenie centrów zdrowia psychicznego na obszarach woj. nie posiadających pełnego dostępu do świadczeń w tej dziedzinie, jako ośrodka zapewniającego oraz koordynującego dostęp do różnych form opieki psychiatrycznej.  | Liczba powstałych centrów.<br>Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.<br>Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne.                        | 1 lipca 2018 r. rozpoczął się formalny pilotaż wdrożenia centrów zdrowia psychicznego. Od 1 października 2018 r. funkcjonować ma 29 centrów zdrowia psychicznego w Polsce (w ramach pilotażu). W skład CZP wchodzi co najmniej poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego (domowego), oddział dzienny i oddział całodobowy. Osoba zgłaszająca się do CZP trafi nie do rejestracji a do punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) w którym profesjonalista (psycholog, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta środowiskowy) dokona oceny oraz ustali wstępny plan pomocy. |

| Cel  | Horyzont - czas realizacji | Preferowane sposoby realizacji   | Proponowane mierniki i czas oceny   | Uzasadnienie   |
|--|----------------------------|--|---|--|
| 2. Poprawa sieci rozmieszczenia łóżek szpitalnych. | krótko-terminowy           | <p>1. Modernizacja istniejących oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w celu poprawy warunków pobytu pacjentów i jakości leczenia. Zwiększenie liczby łóżek psychiatrycznych w centralnej części województwa poprzez rozbudowę Klinicznego Oddziału Psychiatrii. Utworzenie nowych oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych na potrzeby Centrów Zdrowia Psychicznego przy równoczesnym zmniejszaniu liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych w największych szpitalach psychiatrycznych. Utworzenie nowych oddziałów dziennych psychiatrycznych i zespołów leczenia środowiskowego, w celu spełnienia wymogów niezbędnych do utworzenia CZP.</p> <p>2. Zwiększenie liczby łóżek w oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży z równoczesnym podziałem ze względu na kryterium wieku.</p> <p>3. Utworzenie centrum leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych obejmującego: oddział krótkoterminowej terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, oddział leczenia zespołów abstynencyjnych, oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>4. Utworzenie ośrodka terapii zaburzeń odżywiania dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych.</p> | Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w korelacji ze wskaźnikiem wysokości kontraktowanych środków na 10 tys. mieszkańców (NFZ). | Mimo ogólnostanowiskowego trendu ograniczania liczby łóżek stacjonarnych na korzyść środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz funkcjonowania w województwie podkarpackim dwóch szpitali specjalistycznych psychiatrycznych zauważa się nierówny dostęp do stacjonarnej opieki szczególnie w regionie rzeszowskim (Rzeszów i powiaty: kolbuszowski, ropczycko-sędziszowski, rzeszowski oraz strzyżowski), zamieszkiwanym przez ponad 550 tys. osób co uzasadnia zwiększenie liczby łóżek. Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w województwie. |

| Cel   | Horyzont<br>- czas<br>realizacji | Preferowane sposoby realizacji   | Proponowane mierniki<br>i czas oceny   | Uzasadnienie  |
|---|----------------------------------|--|--|---|
| <b>Priorytet Nr V<br/>Poprawa dostępności rehabilitacji szpitalnej oraz uzdrowiskowej</b> |                                  |  |  |   |
| 1. Zwiększenie dostępności stacjonarnych świadczeń rehabilitacyjnych.                     | średnio-terminowy                | 1. Modernizacja i wyposażenie istniejącej infrastruktury leczniczej.<br>2. Utworzenie nowych oddziałów rehabilitacji, które zapewnią kompleksowość świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. | Czas oczekiwania na świadczenia.<br>Liczba pacjentów oczekujących na dane świadczenie zdrowotne. | W oparciu o informacje dostępne z regionu tylko 33% pacjentów ma zagwarantowany wczesny dostęp do rehabilitacji, dający szansę na powrót do zdrowia.<br>Realizacja zapisów ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „za życiem”(Dz.U. z 2016 r. poz. 1860).                                    |
| <b>Priorytet Nr VI<br/>Rozwój kształcenia kadr medycznych w regionie</b>                  |                                  |  |  |   |
| 1. Utworzenie szpitala uniwersyteckiego wraz z unowocześnieniem bazy szkoleniowej.        | średnio-terminowy                | 1. Utworzenie/pozyskanie niezbędnej bazy szpitalnej.   | Wskaźnik lekarzy/pielęgn. na 10 tys. osób.   | Po utworzeniu i uruchomieniu kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Rzeszowskim, konieczne są dalsze kroki w kierunku rozwoju szkolenia profesjonalnych kadr medycznych na Podkarpaciu, poprzez utworzenie samodzielnego uniwersyteckiego szpitala analogicznie jak w innych ośrodkach w Polsce. |
| 2. Zwiększenie liczby specjalistów i profesjonalistów medycznych.                         | średnio-terminowy                | 1. Wsparcie dla podmiotów leczniczych realizujących specjalizację lekarzy/innych zawodów medycznych, w szczególności w dziedzinach deficytowych.<br>2. Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych oraz rezydentur.                                | Liczba specjalistów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych na 100 tys. ludności.         | Województwo charakteryzuje się znacznym deficytem kadr oraz systematycznym wzrostem średniego wieku przedstawicieli zawodów medycznych.   |