

ZATWIERDZA

WOJEWODA

WARMIŃSKO-MAZURSKI

WOJEWODA
WARMIŃSKO-MAZURSKI

Artur Chojecki
Artur Chojecki

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI
ZDROWOTNEJ
WOJEWÓDZTWA
WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Olsztyn, 29.06.2016 r.

Dokument Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego opracowano przy współpracy:

Członków Wojewódzkiej Rady do spraw potrzeb zdrowotnych:

1. lek. Anny Krakowińskiej – Przedstawiciela Wojewody Warmińsko-Mazurskiego jako Przewodniczącej, Dyrektora Wydziału Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego,
2. Marcina Kuchcińskiego – Przedstawiciela Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego,
3. lek. Andrzeja Zakrzewskiego – Przedstawiciela Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszy Zdrowia,
4. prof. dr n. med. Wojciecha Maksymowicza – Przedstawiciela szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa warmińsko-mazurskiego,
5. prof. nadzw. dr n. med. Bogdana Wojtyniaka – Przedstawiciela Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny,
6. Jarosława Matłacha – Przedstawiciela Konwentu Powiatów Województwa Warmińsko-Mazurskiego,
7. Marka Morze – Przedstawiciela Urzędu Statystycznego w Olsztynie,
8. Ireny Petryny – Przedstawiciela Reprezentatywnych Organizacji Pracodawców,
9. dr n. med. Brygidy Piotrowskiej-Wróbel – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie alergologii,
10. prof. dr hab. n. farm. Adama Bucińskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie analityki farmaceutycznej,
11. dr n. med. Dariusza Onichimowskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
12. lek. Jerzego Stanisława Kreczko - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie balneologia i medycyna fizykalna,
13. dr n. med. Wojciecha Choińskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii dziecięcej,
14. dr n. med. Aleksandra Stankiewicza - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej,
15. dr n. med. Piotra Malinowskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej,
16. prof. nadzw. dr hab. n.med. Jadwigi Snarskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej,
17. prof. nadzw. dr hab. n. med. Michała Tenderenda - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej,
18. lek. dent. Bogdana Chomika - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej,
19. lek. dent. Leszka Dudzińskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii szczękowo – twarzowej,
20. prof. dr hab. n. med. Anny Doboszyńskiej Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc,
21. dr n. med. Barbary Mocarskiej-Górnej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych,

22. dr n. med. Agnieszki Owczarczyk-Saczonek - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie dermatologii i wenerologii,
23. prof. dr hab. n. med. Elżbiety Bandurskiej -Stankiewicz - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii,
24. lek. Elżbiety Zdaniukiewicz - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,
25. dr n. med. Doroty Wiatr Bykowskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie endokrynologii,
26. mgr farm. Andrzeja Kucińskiego- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmacji aptecznej,
27. mgr farm. Małgorzaty Lotkowskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmacji szpitalnej,
28. dr hab. n. med. Adama Przybyłkowskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmakologii klinicznej,
29. mgr Teresy Wiśniewskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie fizjoterapii,
30. dr n. med. Tomasza Arłukowicza - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii,
31. dr hab. n. med. Elżbiety Jarockiej – Cyrta - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej,
32. dr n. med. Tomasza Waśniewskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej,
33. dr n. med. Małgorzaty Wojciechowskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie hematologii,
34. dr n. med. Piotra Żelaznego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiochirurgii,
35. dr n. med. Jerzego Górnego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii,
36. lek. Jolanty Zabłockiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii dziecięcej,
37. lek. Jerzego Badowskiego- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny nuklearnej,
38. lek. Katarzyny Kozurno - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej,
39. lek. Jolanty Gębury - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny pracy,
40. lek. Jacka Kowalczyka - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej,
41. lek. Mirosławy Flisikowskiej -Wilczek - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej,
42. lek. Andrzeja Strzembkiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny sportowej,
43. mgr Jadwigi Ślusarskiej-Kopala - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej,
44. dr n. med. Beaty Januszko-Giergielewicz- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii,
45. lek. Małgorzaty Śniadeckiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii dziecięcej,
46. dr n.med. Jolanty Ewy Meller - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii,
47. dr n. med. Waldemara Och - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurochirurgii,
48. dr n. med. Jacka Zwiernika - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii,
49. lek. Elżbiety Łobodzińskiej -Młynarczyk - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dziecięcej,
50. dr n. med. Janusza Pieczyńskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki,
51. dr n. med. Wandy Badowskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie hematologii,

52. dr n. med. Wojciecha Rogowskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej,
53. lek. dent. Katarzyny Marii Miśków - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ortodoncji,
54. dr n. med. Roberta Budkiewicza - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
55. dr n. med. Bogdana Kibiłdy - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie otorynolaryngologii,
56. dr n. med. Waclawa Grzegorza Kopala - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej,
57. ek. Anny Zdanowskiej –Ruskań - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii,
58. lek. dent. Anny Lella - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie periodontologii,
59. dr n. med. Janiny Lipińskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
60. lek. stom. Marka Zbigniewa Szałkowskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie protetyki stomatologicznej,
61. lek. Lecha Gadeckiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii,
62. mgr Ewy Koziątek-Maślanka - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychologii klinicznej,
63. dr n. med. Grzegorza Wasilewskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
64. prof. dr hab. n. med. Lucyny Kęпки - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radioterapii onkologicznej,
65. lek. Piotra Siwika - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
66. lek. Jadwigi Świkszcz-Gniadek - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie reumatologii,
67. lek. Lucyny Prusińskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie seksuologii,
68. lek. dent. Aleksandry Dornowskiej- Pytlowany - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej,
69. dr n. med. Joanny Sowa - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją,
70. dr n. med. Wojciecha Waldmana - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii klinicznej,
71. lek. Grażyny Kula - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie transfuzjologii klinicznej,
72. dr n. med. Leszka Adadyńskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii klinicznej,
73. dr n. med. Zbigniewa Purpurowicza - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie urologii,
74. lek. Ewy Zakrzewskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie zdrowia publicznego,
75. mgr piel. Beaty Siwik - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa,
76. mgr Beaty Binek - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego,
77. mgr Beaty Szeszko - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego,
78. mgr Beaty Szkudlarek - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,
79. mgr Iwony Chełchowskiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
80. mgr Wioletty Gadeckiej - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego,
81. mgr piel. Barbary Anny Plewik – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego,

82. mgr piel. Teresy Kocbach - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
 83. mgr piel. Stanisława Wojciecha Golińskiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologiczne i intensywnej opieki,
- oraz Małgorzaty Łowcewicz – Kierownika Oddziału Analiz, mapy potrzeb zdrowotnych i statystyki w ochronie zdrowia Wydziału Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie.

Spis treści

Wstęp	7
I. Analiza i diagnoza	7
▪ Diagnostyka stanu aktualnego	7
▪ Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym	8
▪ Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej	8
▪ Zwiększenie skuteczności zapobiegania zakażeniom i leczenia chorób zakaźnych.	8
▪ Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi- zatruciami	8
▪ Niedobory kadrowe.....	9
▪ Stan docelowy	9
II. Strategie i wdrażanie.....	9
▪ Strategia zmian i jej wdrażanie.....	9
▪ Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego.....	11
III. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego.	11
▪ Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych.	12
▪ Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów.	14
▪ Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym z uzależnieniami wszechstronnej, zintegrowanej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dzieci i młodzieży.....	16
▪ Poprawa dostępności dla pacjentów ze schorzeniami kostno - stawowymi oraz pacjentów z urazami osób dorosłych i dzieci.	17
▪ Poprawa dostępności i jakości leczenia i ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami naczyń obwodowych.	19
▪ Poprawa opieki zdrowotnej nad dziećmi.	20
▪ Poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych.....	23
▪ Zmniejszenie śmiertelności w grupie chorych z udarem niedokrwiennym mózgu.....	24
▪ Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego....	24
▪ Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu oddechowego.	27
▪ Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami narządu wzroku.	28
▪ Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi- zatruciami	31
▪ Poprawa jakości i skuteczności opieki nad dziećmi w dziedzinie chirurgii.....	31
▪ Zwiększenie skuteczności zapobiegania zakażeniom i leczenia chorób zakaźnych	32
▪ Zmniejszenie zachorowalności na choroby układu pokarmowego.....	33
▪ Poprawa opieki zdrowotnej osób chorych na cukrzycę	36
▪ Poprawa jakości opieki zdrowotnej nad pacjentami z chorobami nerek.....	38
▪ Poprawa opieki nad matką i noworodkiem	39
▪ Ograniczenie skutków zdrowotnych chorób i urazów	41

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Wstęp

Na podstawie Regionalnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 Krajowe Strategiczne Ramy, Wojewoda Warmińsko-Mazurski w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego, mając na uwadze stan zdrowia mieszkańców oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

I. Analiza i diagnoza

Diagnoza stanu aktualnego

Przy analizie stanu zdrowia mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego zwrócono uwagę na **najwyższe w kraju bezrobocie**, które w styczniu 2016 roku wynosiło 17,1% (w powiatach braniewskim, piskim, węgorzewskim, kętrzyńskim, bartoszyckim stopa bezrobocia wahała się w granicach 30%). Zagrożenie ubóstwem mieszkańców województwa jest istotnym czynnikiem wpływającym na wykluczenie społeczne ograniczające dostęp do różnego rodzaju usług, w tym do świadczeń zdrowotnych. W województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. odnotowano 15 procentową **najwyższą w kraju, stopę ubóstwa skrajnego**. Ubóstwo i wykluczenie mają ogromny wpływ na stan zdrowia i długość życia, a z drugiej strony to **choroba i niepełnosprawność** są przyczyną zmniejszenia zdolności do pracy, pozostawiania osób biernych zawodowo. Województwo warmińsko-mazurskie jest jednym z województw, w którym **wydano najwięcej nowych orzeczeń o niepełnosprawności ogółem dla mieszkańców**.

Stosunkowo **duża powierzchnia województwa** (w porównaniu z innymi rejonami kraju) w powiązaniu z **niską gęstością zaludnienia** stanowią problem w zakresie zapewnienia mieszkańcom województwa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo w województwie występuje **nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej**, które utrudnia integrację systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego.

Niepokojącym zjawiskiem występującym w województwie jest zróżnicowanie natężenia zgonów między terenami miejskimi i wiejskimi. W 2014 roku na terenach miejskich województwa zmarło (na każde 100 tys. ludności) o ponad 160 osób mniej niż na wsi. W celu poprawy powyższych wskaźników należy dążyć do zwiększenia dostępu do lekarza pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów wiejskich, w powiatach o najwyższym wskaźniku bezrobocia. W województwie odnotowano wyższą śmiertelność pooperacyjną w obrębie dużych kompleksowych zabiegów układu oddechowego i naczyń obwodowych w porównaniu z innymi województwami. Część pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób układu oddechowego i chorób naczyń nie była wcześniej objęta opieką ambulatoryjną. Leczenie chorych podejmowane było w zaawansowanych stadiach choroby, co w połączeniu z innymi problemami zdrowotnymi współistniejącymi istotnie wpływało na gorsze wyniki leczenia. Ze względu na niską świadomość zdrowotną społeczeństwa konieczne jest wdrożenie edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz badań przesiewowych.

Wysokie wskaźniki umieralności w województwie w poszczególnych grupach chorób korelują z wartościami standaryzowanego współczynnika chorobowości szpitalnej, które były najniższe w kraju wśród oddziałów o następujących specjalnościach: kardiologicznych, neurologicznych, chirurgii naczyniowej i chirurgii onkologicznej, gruźlicy i chorób płuc, urologicznym, nefrologicznym, chorób wewnętrznych.

Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym

Uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości w zakresie leczenia szpitalnego w województwie warmińsko- mazurskim będzie możliwe przy wdrożeniu kompleksowości, ciągłości leczenia. Nie jest to możliwe bez integracji systemu ochrony zdrowia tj. opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i rehabilitacyjnej oraz realizacji programów profilaktycznych, edukacji zdrowotnej. Szczególnie ważne jest zagwarantowanie dostępności do podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki medycznej w powiatach o wysokim wskaźniku bezrobocia i obszarach, w których występuje duża liczba mieszkańców żyjąca w skrajnym ubóstwie.

Ważne jest wsparcie podmiotów leczniczych tworzących ośrodki specjalistyczne interdyscyplinarne, udzielające świadczeń w sposób kompleksowy, ciągły, wspierające rozwój innowacji, efektywnych kosztowo procedur i technologii medycznych w ochronie zdrowia przy współpracy z ośrodkiem akademickim.

W województwie zidentyfikowano obszary niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych tzw. „białych plam”, do których należą: brak oddziałów geriatrycznych, ośrodka toksykologii klinicznej oraz oddziału chorób zakaźnych dla dzieci i dorosłych umożliwiających leczenie pacjentów na szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne choroby.

Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej

Zgodnie z prognozami demograficznymi będzie wzrastała liczba osób starszych, w tym w grupie wiekowej 85+ , obecnie w województwie brak jest oddziałów geriatrycznych. Wobec powyższego należy dążyć do zapewnienia dostępności do świadczeń i usług na rzecz osób w wieku starszym. Wdrożyć holistyczne standardy opieki nad starszymi, poprzez rozwój nowoczesnej infrastruktury w obszarze geriatry, z zapewnieniem odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych (wynikających z potrzeb i prognoz demograficznych) również w oddziałach chorób wewnętrznych, a także neurologii i kardiologii. W opiece nad osobami starszymi należy szczególny nacisk położyć na świadczenia zdrowotne udzielane ambulatoryjnie oraz w środowisku pacjenta. Dążyć do zapewnienia osobom starszym różnorodnych form opieki w placówkach dziennych, hostelach, zespołach środowiskowych.

Zwiększenie skuteczności zapobiegania zakażeniom i leczenia chorób zakaźnych.

W województwie brak możliwości leczenia dzieci i osób dorosłych na szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne choroby. Wobec powyższego w Priorytetach regionalnej polityki zdrowotnej wskazano na konieczność modernizacji i dostosowania podmiotów leczniczych do obowiązujących standardów. Jest to niezwykle ważne ze względu na nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii, z narastającą ich lekoopornością.

Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi- zatruciami

Wzrasta liczba osób z zatruciami po spożyciu, użyciu farmaceutyków, narkotyków, środków zastępczych tzw. dopalaczy oraz innych substancji chemicznych. W Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej wskazano potrzebę utworzenia ośrodka toksykologii

klinicznej, gdyż obecnie pacjenci z ciężkimi zatruciami transportowani są do ośrodków w województwach ościennych.

Niedobory kadrowe

W województwie występuje zagrożenie związane ze zbyt małą liczbą lekarzy specjalistów. W 2014 roku mediana wieku wśród lekarzy specjalistów wynosiła 53 lata. W specjalizacjach dziecięcych zbyt mało jest lekarzy między innymi w dziedzinie kardiologii i kardiologii, endokrynologii, diabetologii, neurologów, chorób płuc, pediatrii, onkologii i hematologii, chorób metabolicznych oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Niedobór lekarzy występuje również w dziedzinie geriatricznej, ginekologii onkologicznej, hematologii, neonatologii, radioterapii onkologicznej i patomorfologii.

W preferowanych sposobach realizacji poszczególnych priorytetów wskazano na konieczność kształcenia lekarzy specjalistów, a także pielęgniarek i położnych.

Liczba lekarzy, pielęgniarek jest relatywnie niska w porównaniu do innych województw, natomiast liczba położnych w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców jest najniższa w kraju.

Stan docelowy

Poprzez wdrożenie działań wskazanych w priorytetach oczekiwana jest poprawa wskaźników dotyczących umieralności i chorobowości w poszczególnych grupach chorób, ze szczególnym uwzględnieniem wskaźnika umieralności chorób układu moczowo-płciowego, układu nerwowego, cukrzycy, układu oddechowego oraz nowotworów.

Obniżenie wskaźników zgonów u dzieci z powodu chorób układu krążenia oraz z przyczyn zewnętrznych, które są dwukrotnie wyższe od średniej w Polsce.

Kolejnym ważnym problemem zdrowotnym jest konieczność obniżenia wskaźnika śmiertelności pooperacyjnej, głównie chorób układu oddechowego oraz chorób naczyń.

Wdrożenie kompleksowej rehabilitacji wpływającej na ograniczenie skutków zdrowotnych chorób i urazów. Zapobieganie niepełnosprawności poprzez wczesne wdrożenie diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, chorobami narządu wzroku, cukrzycą, ze schorzeniami kostno-stawowymi oraz urazami. W celu przywrócenia pacjentowi pełnej, maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej oraz zdolności do pracy, brania czynnego udziału w życiu społecznym należy zapewnić realizację programu rehabilitacji na oddziałach szpitalnych między innymi kardiologicznych, neurologicznych, onkologicznych, pulmonologicznych, psychiatrycznych oraz rehabilitacji narządu ruchu. Ponadto niezbędne jest zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji w ośrodkach i oddziałach rehabilitacyjnych, a następnie kontynuowanie opieki nad pacjentem w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Na obszarze województwa kolejne obszary mają nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej. Stwarza to możliwość wykorzystywania naturalnych surowców leczniczych do realizacji lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.

II. Strategie i wdrażanie

Strategia zmian i jej wdrażanie.

W Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego wskazano cele, które umożliwią w perspektywie najbliższych lat osiągnięcie poprawy zdrowia mieszkańców, uzyskanie lepszych efektów leczenia oraz poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Wśród preferowanych sposobów realizacji celów między innymi wskazano:

Tworzenie, dostosowywanie i wyposażenie podmiotów leczniczych, które poprzez koncentrację usług będą zapewniały pacjentom interdyscyplinarność, kompleksowość oraz ciągłość udzielnych świadczeń zdrowotnych.

Jest to szczególnie ważne w następujących dziedzinach medycyny:

- **Kardiologii** – utworzenie regionalnego (o zasięgu międzywojewódzkim) centrum leczenia serca u dzieci, uruchomienie sali hybrydowej oraz centrum sercowo-naczyniowego dla dorosłych (prowadzącego leczenie naczyń wieńcowych, obwodowych i mózgowych w sposób kompleksowy);
- **Onkologii** – rozwój ośrodków leczenia onkologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem radioterapii onkologicznej;
- **Medycynie ratunkowej** – uruchomienie centrum urazowego dla dzieci;
- **Położnictwie i ginekologii** oraz neonatologii – rozwój i dostosowanie do potrzeb zdrowotnych matek i dzieci ośrodków III i II poziomu referencyjnego opieki perinatalnej;
- **Psychiatrii** - tworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego;
- **Pediatrici, neonatologii** – dostosowanie infrastruktury i doposażenie ośrodka sprawującego opiekę nad dziećmi z wadami wrodzonymi;
- **Gastroenterologii (dla dorosłych)** – rozwój ośrodka specjalistycznego z zakresu chorób układu trawiennego sprofilowanych także na leczenie chorób jelit i cukrzycy;
- **Gastroenterologii dziecięcej** – utworzenie centrum gastroenterologii dla dzieci;
- **Chorób płuc** – utworzenie regionalnego ośrodka rozpoznawania i leczenia chorób rzadkich oraz regionalnego oddziału torakochirurgicznego o zasięgu międzywojewódzkim;
- **Chorób zakaźnych** – dostosowanie zgodnie ze standardami podmiotów leczniczych;
- **Okulistyki** – utworzenie regionalnego ośrodka leczącego urazy narządu wzroku.

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez zwiększenie liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych.

Przykładami dziedzin medycyny, w których należy dążyć do zwiększenia liczby świadczeniodawców w województwie są chirurgia dziecięca oraz geriatrya.

Zwiększenie liczby wykonanych procedur medycznych przez podmioty lecznicze.

Funkcjonujące w województwie podmioty posiadają zasoby do realizacji świadczeń, istnieje jednak konieczność zwiększenia nakładów finansowych, które umożliwią wykonanie większej liczby zabiegów, w szczególności w zakresie endoprotezoplastyki i operacji zaćmy.

Wdrożenie w województwie systemów organizacyjnych wpływających na zmniejszenie śmiertelności i niepełnosprawności osób.

W Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej ze względu na wysokie wskaźniki umieralności i niepełnosprawności z powodu udarów mózgu, wskazano na konieczność wdrożenia systemu udarowego w województwie.

Wdrożenie programów profilaktycznych, badań przesiewowych.

W celu poprawy stanu zdrowia mieszkańców konieczne jest podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. Wdrożenie edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych i badań przesiewowych.

Przykładami takich działań mogą być badania przesiewowe w retinopatii cukrzycowej, edukacja zdrowotna w zakresie diabetologii.

Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych ogółem oraz w zakresie lecznictwa szpitalnego kształtuje się na poziomie niższym niż w większości innych województw. Istnieje pilna potrzeba poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych w województwie warmińsko-mazurskim.

III. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

KARDIOLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych.	Poprawa dostępności do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji dzieci z chorobami serca.	Krótkoterminowy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utworzenie regionalnego (o zasięgu międzywojewódzkim) centrum leczenia chorób serca u dzieci (z kardiologią zabiegową i kardiochirurgią), w ramach ośrodka zapewniającego kompleksowość i interdyscyplinarność leczenia dzieci. 2. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenie podmiotu w wyroby medyczne umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie. 3. Utworzenie pracowni badań elektrofizjologicznych i zaburzeń rytmu serca. 4. Zapewnienie koordynowanej opieki w poradniach kardiologicznych. 5. Pozyskanie specjalistów kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej. 6. Rozpoczęcie procesu kształcenia specjalistów z kardiologii dziecięcej i kardiochirurgii. 	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia i wzrost liczby leczonych pacjentów.	W Polsce istnieją tylko dwa ośrodki zajmujące się leczeniem zaburzeń rytmu serca u dzieci. Zgony z powodu chorób układu krążenia w populacji 0-17 r.ż. w naszym województwie mają prawie dwukrotnie wyższy wskaźnik od średniej w Polsce, a wskaźnik liczby hospitalizacji mniejszy od średniego wskaźnika w Polsce.

<p>Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych</p>	<p>Poprawienie dostępności do zabiegów kardiologii inwazyjnej dla osób dorosłych.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostosowanie infrastruktury i doposażenia podmiotu w wyroby medyczne. 2. Utworzenie sali hybrydowej w ośrodku z istniejącą bazą i kadrami w dziedzinach: kardiologii inwazyjnej, kardiologii, chirurgii naczyniowej oraz radiologii zabiegowej. 3. Utworzenie centrum sercowo-naczyniowego prowadzącego leczenie naczyń wieńcowych i obwodowych i mózgowych (udary mózgu) w sposób kompleksowy. 4. Zapewnienie rehabilitacji kardiologicznej i koordynowanej opieki ambulatoryjnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszenie śmiertelności po leczeniu inwazyjnym. 2. Wzrost ilości zabiegów ablacji migotania przedsionków i częstoskurczów komorowych do wartości średniej krajowej. 3. Wzrost liczby pacjentów, u których zostaną wykonane naczyniowe zabiegi wielospecjalistyczne zrealizowane na terenie województwa. 	<p>Choroby układu krążenia są najczęstszym schorzeniem w populacji województwa, a także główną przyczyną przedwczesnej umieralności i niepełnosprawności.</p>
--	---	------------------------	---	---	---

ONKOLOGIA KLINICZNA, RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów.	Poprawa dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem radioterapii dla osób dorosłych.	Krótkoterminowy	Zapewnienie kompleksowości leczenia onkologicznego w poszczególnych ośrodkach. Kształcenie lekarzy i pielęgniarek w dziedzinie onkologii w powiązaniu z ośrodkiem akademickim. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie radioterapii, chirurgii onkologicznej mieszkańcom województwa.	Wyrównanie nakładów na 10 000 ubezpieczonych w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, przy wysokiej zachorowalności na nowotwory. Skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne dla pacjentów z nowotworem złośliwym.	Wzrastająca zachorowalność na nowotwory złośliwe, zwłaszcza oskrzela i płuca, jelita grubego, trzustki, pęcherza moczowego, prostaty oraz sutka.
			Doposażenie ośrodków realizujących świadczenia onkologiczne w wyroby medyczne. Leczenie pacjentów w zakresie ginekologii onkologicznej i urologii onkologicznej powinno odbywać się w ośrodkach wysokospecjalistycznych, umożliwiających kompleksową diagnostykę i leczenie. W ramach kompleksowości, ciągłości leczenia onkologicznego zapewnienie rehabilitacji tym pacjentom.	Podwyższenie wskaźnika przeżycia pacjentów z nowotworem złośliwym, poprzez zwiększenie roli radioterapii i leczenia skojarzonego z radioterapią oraz skonsolidowania usług zabiegowych w kilku ośrodkach.	Niewystarczający dostęp do radioterapii w leczeniu skojarzonym pacjentów z nowotworami złośliwymi. Optymalizacja rozłożenia ośrodków radioterapii dla pacjentów województwa. Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego zajmuje wysokie miejsce wśród najczęstszych przyczyn zgonów, a w przypadku raka pęcherza moczowego wartość współczynnika SMR jest w województwie zdecydowanie wyższa niż w kraju.

<p>Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów.</p>	<p>1. Poprawa dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla dzieci. 2. Poprawa wyników leczenia dzieci z chorobą nowotworową.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenie w wyroby medyczne ośrodka specjalistycznego udzielającego kompleksowych świadczeń zdrowotnych dla dzieci w dziedzinie onkologii. 2. Utworzenie bazy łóżek dziennego pobytu i poradni dla ww. pacjentów. 3. Zniesienie limitów dotyczących ilości i jakości świadczeń w dziedzinie onkologii dziecięcej, w tym refundacji leczenia chemioterapią niestandardową. 4. Realizacja programów edukacji prozdrowotnej społeczeństwa, dotyczące dostrzegania wczesnych objawów choroby nowotworowej u dzieci.</p>	<p>Zmniejszenie liczby dzieci z rozpoznaną w późnym stadium zawansowania choroby nowotworowej.</p>	<p>W województwie warmińsko-mazurskim wzrasta ilość zachorowań na nowotwory wśród dzieci.</p>
--	--	------------------------	---	--	---

PSYCHIATRIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym z uzależnieniami wszechstronnej, zintegrowanej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dzieci i młodzieży.</p>	<p>Poprawa jakości udzielnych świadczeń zdrowotnych poprzez poprawę dostępności do świadczeń. Zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia poprzez zróżnicowane formy organizacyjne opieki.</p>	<p>Krótko i długoterminowy.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modernizacja i remont istniejących zasobów oraz wyposażenie pomieszczeń zgodnie ze standardami. 2. Utworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego. 3. Tworzenie oddziałów specjalistycznych, profilowanych np. leczenia nerwic, oddziałów psychogeriatrycznych. 4. Tworzenie zespołów interwencji kryzysowych. 5. Edukacja społeczeństwa w zakresie promocji i profilaktyki zaburzeń psychicznych i uzależnień. 6. Opracowywanie i wdrażanie programów regionalnych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego 7. Kształcenie lekarzy i pielęgniarek w dziedzinie psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży. 8. Zwiększenie finansowania świadczeń zdrowotnych. 	<p>Skrócenie czasu oczekiwania na pomoc specjalistyczną osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Liczba osób objętych specjalistyczną opieką.</p> <p>Liczba utworzonych Centrów Zdrowia Psychicznego.</p>	<p>Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.</p> <p>Zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem powodując znaczną niepełnosprawność.</p> <p>Niekojącym zjawiskiem jest wzrost liczby samobójstw w większości przypadków (ok.90%) mający związek z depresją i nadużywaniem alkoholu.</p> <p>Depresja i nadużywanie środków psychoaktywnych, w tym dopalaczy to obecnie najczęstsze problemy zdrowotne i społeczne. Samobójstwa.</p> <p>W województwie warmińsko-mazurskim w 2015 roku odnotowano 589 zamachów samobójczych, w tym zakończonych zgonem 254.</p> <p>W województwie występuje duży niedobór lekarzy specjalistów i pielęgniarek w dziedzinie psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży.</p>

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa dostępności dla pacjentów ze schorzeniami kostno - stawowymi oraz pacjentów z urazami osób dorosłych.	Skracania okresu niezdolności do pracy. Ograniczenie powikłań wynikających z postępującego procesu chorobowego.	Krótkoterminowy	Zwiększenie liczby wykonanych zabiegów w poszczególnych ośrodkach. Zwiększenia nakładów finansowych na zabiegi endoprotezoplastyki. Zakup nowoczesnego sprzętu. Zapewnienie wczesnej rehabilitacji. Alokacja oddziałów chirurgii urazowo – ortopedycznej w celu poprawienia dostępności do świadczeń.	Skrócenie kolejek oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki.	Zwiększająca się liczba osób w wieku podeszłym cierpiąca na schorzenie i związana z tym długa kolejka oczekujących na zabiegi. Należy dążyć do skracania okresu niezdolności do pracy do czasu rzeczywistego leczenia. Jest to możliwe przy racjonalnym planowaniu i koordynacji diagnostyki i terapii. Powiązanie świadczenia społecznego ze zdrowotnym pozwala na sfinansowanie w ramach tzw. prewencji rentowej zabiegu operacyjnego, zamiast niekiedy wielokrotnie droższego okresu czekania na zabieg operacyjny. Stworzenie sieci wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się kompleksowym leczeniem pozwoli na efektywne wykorzystanie zasobów i lokowanie środków finansowych na ich rozwój i doskonalenie kadr medycznych.

<p>Poprawa dostępności dla pacjentów ze schorzeniami kostno -stawowo-mięśniowymi u dzieci.</p>	<p>Zapewnienie kompleksowości, ciągłości leczenia pacjentów ze schorzeniami kostno -stawowo-mięśniowymi dzieci.</p>	<p>Krótkoterminowy.</p>	<p>Modernizacja, dostosowanie infrastruktury i doposażenie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu u dzieci oraz w zakresie pediatryczno-reumatologiczno-immunologicznym.</p>	<p>Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Zwiększenie liczby łóżek szpitalnych dla dzieci ze schorzeniami kostno - mięśniowymi.</p>	<p>Wobec narastających chorób cywilizacyjnych, chorób z autoagresji, wzrostu przeżywalności coraz większej liczby wcześniaków które mogą potrzebować specjalistycznej opieki (także poza okresem niemowlęcym) zachodzi konieczność utworzenia ośrodka kompleksowego, interdyscyplinarnego leczeniem dzieci i młodzieży. W 2014 r hospitalizowano 4354 dzieci z powodu urazów kończyn górnych, dolnych, kręgosłupa, klatki piersiowej, z czego ponad 75% stanowiły urazy kończyn górnych i dolnych oraz 336 dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi i zniekształceniami układu mięśniowo – szkieletowego.</p>
---	---	-------------------------	--	--	---

CHIRURGIA NACZYNIOWA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Poprawa dostępności i jakości leczenia i ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami naczyń obwodowych.</p>	<p>Poprawa wyników leczenia chorych z chorobami naczyń obwodowych. Zapobieganie niepełnosprawności.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Wyposażenie ośrodków w sale hybrydowe. 2. Rozwój w pełni wyposażonych ośrodków naczyniowych w oparciu o wieloprofilowe szpitale dysponujące zaawansowaną bazą diagnostyczną, sprzętem zapleczem i kadrami. 3. Powstanie na bazie tych ośrodków centrów leczenia ran przewlekłych. 4. Szkolenie personelu medycznego w zakresie: profilaktyki chorób naczyń, wczesnego diagnozowania chorób naczyń i leczenia chorób naczyń. 5. Prowadzenie szkolenia specjalistycznego w specjalistycznych ośrodkach na terenie województwa. 6. Opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych oraz programów badań przesiewowych. 7. Poprawa finansowania: liczby i zakresu świadczeń kontraktowanych przez płatnika publicznego.</p>	<p>1. Zmniejszenie śmiertelności w leczeniu zabiegowym najczęstszych chorób naczyniowych. 2. Zmniejszenie liczby amputacji kończyn wykonywanych z powodu niedokrwienia i cukrzycy. 3. Poprawa wyników leczenia chorych wymagających wytwarzania dostępu naczyniowego do hemodializoterapii 4. Wzrost udziału zabiegów małoinwazyjnych z ok. 50% do 80%. 5. Skrócenie czasu leczenia chorych z ranami przewlekłymi. 6. Skrócenie czasu oczekiwania na konsultację specjalistyczną i zabieg.</p>	<p>Aktualnie leczenie chorych naczyniowych podejmowane jest w zbyt zaawansowanym stadium, co w połączeniu z chorobami współistniejącymi pogarsza wyniki leczenia. Wczesne wyniki leczenia zabiegowego są gorsze niż średnia w kraju podobnie wykonywanych jest zbyt wiele amputacji pierwotnych kończyn. Zmniejszenie liczby osób trwale niezdolnych do pracy i wymagających opieki z powodu chorób naczyń obwodowych. Leczenie wewnątrznaczyniowe charakteryzuje się mniejszą śmiertelnością i poprawią wyników leczenia. W chwili obecnej w województwie nie ma ani jednej sali operacyjnej hybrydowej dedykowanej do wykonywania zabiegów wewnątrznaczyniowych i złożonych. Brak jest programów profilaktycznych i przesiewowych w omawianym obszarze.</p>

PEDIATRIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa opieki zdrowotnej nad dziećmi.	1. Poprawa jakości i kompleksowości leczenia dzieci z urazami oraz zmniejszenie skutków zdrowotnych i społecznych urazów u dzieci i w perspektywie długofalowej w populacji dorosłych.	Krótkoterminowy	1. Utworzenie Centrum Urazowego dla dzieci w ramach ośrodka zapewniającego kompleksowość i interdyscyplinarność leczenia dzieci. Doposażenie Centrum Urazowego w wyroby medyczne. 2. Dostosowanie infrastruktury i doposażenie oddziału intensywnej terapii i anestezjologii. 3. Kształcenie specjalistów z medycyny ratunkowej.	Liczba dzieci z urazami wielonarządowymi, którym udzielono świadczeń w ramach Centrum Urazowego.	(Źródło: Policy paper dla ochrony zdrowia 2014-2020, załącznik nr 1 dla województwa warmińsko-mazurskiego - wskaźnik zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych w populacji 0-17 r.ż. w województwie warmińsko-mazurskim jest prawie dwukrotnie wyższy od średniej w kraju). Urazy i wypadki to jedna z najliczniejszych przyczyn hospitalizacji.
Poprawa opieki zdrowotnej nad dziećmi.	2. Zapewnienie ciągłości, kompleksowej i interdyscyplinarnej opieki nad dziećmi z wadami wrodzonymi.	Krótkoterminowy	1. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenie w wyroby medyczne ośrodka sprawującego opiekę nad dziećmi z wadami wrodzonymi. 2. Zapewnienie ciągłości i kompleksowości diagnostyki i leczenia wad wrodzonych przez lekarzy specjalistów dziecięcych m.in. w dziedzinie: chirurgii, ortopedii, kardiochirurgii, kardiologii, neurochirurgii, neurologii, urologii, neonatologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, ortodontacji. 3. Zagwarantowanie ciągłości świadczeń poprzez szpitalną i ambulatoryjną opiekę medyczną z uwzględnieniem rehabilitacji leczniczej. 4. Utworzenie interdyscyplinarnego	Liczba dzieci z wadami wrodzonymi objęta kompleksowym leczeniem.	W 2014 roku w Olsztynie leczono łącznie 1384 pacjentów z wadami wrodzonymi. Wg ICD-10 – leczenie operacyjne wad wrodzonych stanowiły drugą najliczniejszą grupę leczonych pacjentów na oddziale chirurgii dziecięcej i urologii -726 pacjentów, w oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej – 219 pacjentów, na oddziale ortopedii – 74 pacjentów, oddziale laryngologii – 24

<p>Poprawa opieki zdrowotnej nad dziećmi.</p>			<p>ośrodka diagnostyki i leczenia niedosłuchu u dzieci z wadami twarzoczaszki za pomocą dostępnych metod.</p> <p>5. Kształcenie lekarzy specjalistów min. w następujących dziedzinach medycyny: neonatologii, ortodoncji, chirurgii szczękowo-twarzowej, neurochirurgii, kardiochirurgii, otolaryngologii.</p>		<p>pacjentów.</p> <p>W oddziale patologii i wad wrodzonych noworodków i niemowląt leczono wg ICD – 10 – 153 dzieci z wadami wrodzonymi.</p> <p>W oddziale o profilu kardiologicznym dla dzieci leczono wg ICD – 10 - 64 dzieci z wadami wrodzonymi. W oddziale neurologicznym dla dzieci wg ICD-10 leczono 50 dzieci z wadami wrodzonymi.</p>
	<p>Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodków specjalistycznych, interdyscyplinarnych realizujących świadczenia w sposób kompleksowy i ciągły.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenia w wyroby medyczne podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych dzieciom, z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń. 2. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenia w wyroby medyczne ośrodka zapewniającego kompleksowe świadczenia w dziedzinach grup chorób populacji wieku rozwojowego, w tym chorób płuc, chorób metabolicznych, chorób układu moczowo-płciowego, chorób układu wydzielania wewnętrznego.</p> <p>3. Utworzenie ośrodka na III poziomie referencyjnym programu badań przesiewowych słuchu. Kształcenie i pozyskanie dodatkowych specjalistów z zakresu audiofonologii i otolaryngologii dziecięcej. 4. Rozwój i dostosowanie ośrodka wielospecjalistycznego zgodnie ze standardami, do kompleksowego leczenia dzieci z mukowiscydozą, opieki nad dziećmi z wrodzoną dysplazją</p>	<p>1. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.</p> <p>2. Liczba dzieci objętych badaniami w ramach programu przesiewowego słuchu.</p>	<p>1. Niedosłuch wrodzony wykrywany w programie badań przesiewowych słuchu noworodków stwierdza się w 1 przypadku na 1000 urodzeń. Niedosłuch związany z wysiękowym zapaleniem uszu występuje najczęściej w grupie wiekowej 3-7 lat i jest stwierdzany w 30% populacji. Inne rodzaje niedosłuchów w grupie wiekowej 7-18 lat stwierdza się w 17% populacji. Leczenie dzieci na poziomie specjalistycznym wymaga interdyscyplinarnego, wielospecjalistycznego zespołu, gdyż problemy zdrowotne u dzieci charakteryzują się</p>

		<p>oskrzelowo – płucną i dzieci z chorobami przewlekłymi układu oddechowego i chorobami ostrymi. 5. Zapewnienie ciągłości, kompleksowości, interdyscyplinarności diagnozowania i leczenia dzieci z chorobami układu oddechowego. 6. Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie pulmonologii dziecięcej, pediatrów - endokrynologów i diabetologów, neurologów dziecięcych, oraz ich kształcenie.</p> <p>Wykształcenie specjalisty w dziedzinie chorób metabolicznych.</p>		<p>wielochorobowością, a trafna diagnoza wymaga wielokierunkowej diagnostyki różnicowej i wykluczeń chorób, których pierwotne objawy są podobne.</p>
--	--	---	--	--

GERIATRIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych.	Zapewnienie dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie geriatry. Utworzenie systemu usług dla pacjentów geriatrycznych i ich rodzin, w tym zapewnienie właściwej jakości, skuteczności opieki środowiskowej i długoterminowej.	Krótko i długoterminowy.	1. Tworzenie poza szpitalnych form opieki: oddziałów dziennych, hosteli, zespołów środowiskowych. 2. Utworzenie oddziałów geriatrycznych zapewniających interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny do planowania leczenia i opieki. 3. Pozyskanie i kształcenie lekarzy i pielęgniarek w dziedzinie geriatry.	1. Liczba utworzonych oddziałów i poradni geriatrycznych, oddziałów dziennych hosteli, zespołów środowiskowych. 2. Zmniejszenie liczby pacjentów geriatrycznych na oddziałach udarowych, chorób wewnętrznych. 3. Liczba pacjentów objętych opieką geriatryczną. 4. Spadek liczby rehospitalizacji.	Potrzeby zdrowotne ludzi w wieku starszym są ogromne z uwagi na wielochorobowość, wielolekowość i wzrost liczby ludzi w wieku starszym, wynikający z układu demograficznego kraju. U schyłku życia wydatkowane są największe środki przeznaczone całościowo na opiekę medyczną. Brak w województwie oddziałów geriatrycznych. Zapewnienie holistycznej opieki nad pacjentami geriatrycznymi, promocja zdrowia w starości, poprawa jakości życia, zapobieganie/opóźnianie niepełnosprawności, zmniejszenie generowania niepotrzebnych kosztów na konsultacje/procedury medyczne będące często wyłącznie uporczywą terapią, jednocześnie zaplanowanie optymalnego leczenia chorób przewlekłych w warunkach ambulatoryjnych. Brak zapewnienia opieki w domu skutkuje wzrostem zapotrzebowania na hospitalizacje w oddziałach chorób wewnętrznych oraz usługi opieki długoterminowej. Największy deficyt dotyczy specjalistycznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

NEUROLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Zmniejszenie śmiertelności w grupie chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p>	<p>Zmniejszenie niepełnosprawności poudarowej. Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Umożliwienie dostępu jak najszerzej liczbie pacjentów do leczenia trombolitycznego i ewentualnej trombektomii. Opracowanie i wdrożenie systemu udarowego, który obejmował będzie:</p> <p>a) ustanowienie konieczności transportu chorych z podejrzeniem udaru niedokrwiennego mózgu do wyznaczonych oddziałów udarowych, b) ustalenie najwyższego priorytetu dla transportu chorych do oddziałów udarowych, łącznie z transportem lotniczym, c) obowiązek informowania oddziału udarowego o transporcie pacjenta, d) ustanowienie tzw. zielonej linii na szpitalnych oddziałach ratunkowych (pacjent z podejrzeniem udaru niedokrwiennego mózgu ma przypisany personel, cały proces diagnostyczny – badanie lekarskie, pobieranie krwi, badanie CT/MR głowy), e) niezwłoczne podanie leku trombolitycznego w przypadku pozytywnej kwalifikacji zaraz po badaniu CT/MR,</p>	<p>1. Rejestracja czasu od wysunięcia podejrzenia udaru niedokrwiennego mózgu do przybycia do szpitalnego oddziału udarowego.</p> <p>2. Rejestracja czasu "door to needle" – od przybycia do szpitalnego oddziału ratunkowego do rozpoczęcia podawania leczenia trombolitycznego.</p> <p>3. Monitorowanie efektów leczenia w oddziałach udarowych.</p>	<p>1. Udar niedokrwienny mózgu to druga przyczyna zgonu i pierwsza niesprawności u dorosłych.</p> <p>2. Leczeniem przyczynowym jest dożylnie stosowanie leku trombolitycznego – rozpuszczającego zakrzep w świetle tętnicy w odcinku przed- i wewnątrzczaszkowym.</p> <p>3. Efekt leczniczy jest ściśle związany z czasem wdrożenia leczenia – im szybciej tym lepiej.</p> <p>4. Leczenie trombolityczne trzykrotnie, a trombektomia siedmiokrotnie poprawia rokowanie co do przeżycia i utrzymania względnej sprawności poudarowej. Zmniejsza to wydatki na późniejszą opiekę nad chorym.</p> <p>5. Oddziały udarowe muszą zachowywać płynność – konieczny jest szybki obrót łózkami, ostrych łóżek nie mogą zajmować pacjenci czekający na termin przyjęcia do oddziału rehabilitacji czy zakładu opiekuńczo-leczniczego.</p> <p>6. Finansowanie leczenia w oddziale udarowym</p>

<p>Zmniejszenie śmiertelności w grupie chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p>		<p>f) ustanowienie sieci ośrodków szpitalnych wykonujących trombektomię w przypadku niepowodzenia dożylnego leczenia trombolitycznego, g) konieczność konsultowania każdego przypadku nieefektywnego leczenia trombolitycznego.</p> <p>2. Ustalenie zasad finansowania leczenia udaru mózgu – w sytuacji zaangażowania dwóch ośrodków (oddział udarowy – ośrodek leczenia wewnątrznaczyniowego).</p> <p>3. Ustalenie priorytetu dla pacjentów po leczeniu w oddziale udarowym przy przekazywaniu ich do oddziałów rehabilitacji i zakładów opiekuńczo-leczniczych.</p> <p>4. Utrzymanie programu leczenia toksyną botulinową spastyczności poudarowej.</p>		<p>nie może być uzależnione od czasu pobytu, oddziały te służą krótkotrwałemu intensywnemu leczeniu głównie farmakologicznemu. Dalszy proces terapeutyczny powinien być prowadzony w innych oddziałach (rehabilitacyjnych, ZOL). Groźba braku sfinansowania leczenia trombolitycznego w jednym oddziale udarowym nie może być przyczyną niechęci przekazywania pacjenta do drugiego ośrodka wykonującego trombektomię. Stosowanie toksyny botulinowej w przypadku spastyczności poudarowej znacząco zwiększa efektywność rehabilitacji ruchowej.</p>
	<p>Poprawa dostępności do leczenia dzieci z chorobami układu nerwowego.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>Modernizacja i dostosowanie infrastruktury oraz doposażenie podmiotu w wyroby medyczne dzielącego świadczeń zdrowotnych w dziedzinie neurologii dziecięcej. Konieczność utworzenia drugiej pracowni EEG w województwie. Zapewnienie kompleksowości, ciągłości świadczeń, w tym w zakresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji w warunkach</p>	<p>Zwiększenie liczby pacjentów objętych opieką specjalistyczną. Liczba łóżek szpitalnych na oddziałach neurologii dziecięcej. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.</p>

<p>Zmniejszenie śmiertelności w grupie chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów z chorobami układu nerwowego.</p>			<p>stacjonarnych i ambulatoryjnych. Zwiększenie liczby i kształcenie lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej.</p>		<p>co łącznie stanowi 90% schorzeń związanych z układem nerwowym. Na pozostałe 10% składały się wady wrodzone, zaburzenie chromosomalne, choroby tkanki łącznej i układu mięśniowego, które były kierowane do oddziału neurologii dziecięcej, gdyż przede wszystkim objawiały się zaburzeniami ze strony układu nerwowego. W województwie występuje niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii.</p>
---	--	--	---	--	--

CHOROBY PŁUC, ALERGOLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu oddechowego.	Poprawa dostępności i kompleksowość diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego, w tym chorób alergicznych u dorosłych.	Krótkoterminowy	1. Utworzenie oddziału chirurgii onkologicznej jednego dnia z blokiem operacyjnym. 2. Utworzenie oddziału intensywnej opieki pulmonologicznej. 3. Utworzenie regionalnego warmińsko –mazurskiego ośrodka rozpoznawania i leczenia chorób rzadkich układu oddechowego. 4. Utworzenie regionalnego oddziału torakochirurgicznego (o zasięgu międzywojewódzkim). 5. Rozbudowa bloku operacyjnego.	1. Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności pooperacyjnej w obrębie chorób układu oddechowego w stosunku do mediany krajowej. 2. Redukcja wskaźnika absencji chorobowej i świadczeń rentowych. 3. Zmniejszenie poziomu migracji pacjentów.	Większa niż w innych regionach Polski zachorowalność i umieralność z powodu chorób układu oddechowego, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i raka płuc. Większa niż średnia w Polsce, umieralność z powodu powikłań po operacjach torakochirurgicznych. Ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu. Rozszerzenie diagnostyki o rzadkie jednostki, w zakresie chorób układu oddechowego oraz chorób alergicznych.
	Zapewnienie ciągłości, kompleksowości świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom ze schorzeniami układu oddechowego.	Krótkoterminowy	Dostosowanie infrastruktury oraz wyposażenie podmiotów w wyroby medyczne niezbędne do kompleksowej opieki nad dziećmi i osobami dorosłymi z mukowiscydozą oraz nad dziećmi z wrodzoną dysplazją oskrzelowo-płucną. Kształcenie lekarzy specjalistów.	Wzrost wykrywalności chorób alergicznych u dzieci.	

OKULISTYKA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami narządu wzroku.</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi w dziedzinie okulistyki, ze szczególnym uwzględnieniem zaćmy, urazów narządu wzroku i następstw cukrzycy.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Zwiększenie dostępności do operacji zaćmy. 2. Poszerzenie bazy zabiegowej poprzez uruchomienie nowego ośrodka realizującego zabiegi w trybie jednodniowym. 3. Zwiększenie nakładów finansowych na zabiegi zaćmy. 4. Opracowanie i wdrożenie programu badań przesiewowych retinopatii cukrzycowej, z dostępem do rejestru cukrzycy.</p>	<p>1. Skrócenie czasu oczekiwania na operacje zaćmy. 2. Liczba pacjentów objęta badaniami przesiewowymi retinopatii cukrzycowej.</p>	<p>1. Zmniejszenie całkowitej ilości pacjentów z potencjalnie odwracalnym ograniczeniem ostrości widzenia. Możliwość zmniejszenia kosztów opieki socjalnej nad osobami z potencjalnie odwracalnym upośledzeniem widzenia. 2. Poprawa komfortu życia osób z zaćmą. 3. Potencjalny powrót do stylu życia sprzed zachorowania na zaćmę. 4. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego dotyczące kwalifikacji do operacji zaćmy 5. Ilość chorych wymagających leczenia z powodu zaćmy w Polsce w roku 2015, to około 700 000. 6. Zmniejszenie liczby pacjentów potencjalnie czynnych zawodowo z zaćmą, korzystających z opieki socjalnej państwa. 7. Zmniejszenie ilości pacjentów słabowidzących</p>

<p>Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami narządu wzroku.</p>					<p>wymagających pomocy osób drugih.</p> <p>8.Powszechne w Europie i na świecie realizowane są populacyjne programy badań przesiewowych retinopatii cukrzycowej.</p> <p>9.Stale zwiększająca się epidemia zachorowań na cukrzycę i wzrost liczby jej powikłań, pomimo polepszającej się opieki diabetologicznej.</p> <p>10. Zmniejszenie liczby orzeczeń niepełnosprawności z powodu inwalidztwa wzrokowego spowodowanego cukrzycą.</p>
	<p>Zapobieganie trwałemu, nieodwracalnemu upośledzeniu widzenia centralnego, czyli prawnej ślepoty.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>Program lekowy dla leczenia obrzęku płamki spowodowanego cukrzycą i jej powikłaniem, takim jak zakrzep żyły środkowej siatkówki.</p> <p>Kontynuacja i rozszerzenie leczenia wysiękowego AMD</p>	<p>1. Liczba pacjentów objęta programem.</p> <p>2. Zmniejszenie liczby orzeczeń, z tytułu inwalidztwa wzrokowego spowodowanego wysiękową postacią AMD.</p>	<p>Poprawa komfortu życia pacjentów. Ograniczenie inwalidztwa wzrokowego spowodowanego wysiękową postacią AMD. Poprawa jakości leczenia cukrzycy (słabowidzący gorzej kontrolują cukrzycę).</p>
	<p>Zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom z chorobami narządu wzroku, w tym z urazami.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1.Utworzenie centralnego, regionalnego ośrodka leczącego kompleksowo urazy narządu wzroku, z zapleczem SOR.</p> <p>2. Stworzenie ambulatorium, np. przy nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej, obsługiwanych przez okulistów w celu odciążenia ośrodków wysokospecjalistycznych z leczenia zachorowań nagłych, uciążliwych dla pacjentów,</p>	<p>Zmniejszenie ilości osób z utratą widzenia w wyniku urazów. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dziedzinie okulistyki.</p>	<p>Poprawa jakości (efektów końcowych) opieki regionalnej w województwie warmińsko-mazurskim w ciężkich urazach narządu wzroku.</p>

Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych chorobami narządu wzroku.			ale o małej szkodliwości, np. ciał obcych powierzchni oka, czy zapaleń spojówek. 3. Zwiększenie finansowania świadczeń w dziedzinie okulistyki udzielanych ambulatoryjnie. 4. Zwiększenie finansowania ośrodka urazowego okulistycznego.		
	Zwiększenie dostępności zaawansowanej, wysokospecjalistycznej procedury okulistycznej	Krótkoterminowy	1. Dostosowanie infrastruktury ośrodków wykonujących witrektomię. 2. Utworzenie w pełni wyposażonych sal operacyjnych dedykowanych tylko witrektomii. 3. Zwiększenie finansowania witrektomii.	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dziedzinie okulistyki. Liczba osób, u których wykonano procedurę.	Witrektomia jest procedurą dająca możliwość zachowania funkcji widzenia w stanach, w których dotąd pacjenci stawali się niewidomymi.
	Poprawa dostępności i zapewnienie kompleksowego leczenia dzieci z chorobami narządu wzroku.	Krótkoterminowy	Zwiększenie nakładów finansowych na procedury okulistyczne. Zapewnienie kompleksowości i leczenia dzieci z chorobami narządu wzroku (świadczenia stacjonarne, ambulatoryjne i rehabilitacyjne). Kształcenie lekarzy specjalistów.	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w dziedzinie okulistyki.	Tendencja wzrostowa zapotrzebowani na świadczenia w dziedzinie okulistyki dziecięcej.

TOKSYKOLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi- zatrucia	Utworzenia ośrodka toksykologii.	Krótkoterminowy	1.Utworzenie Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej, na bazie wielospecjalistycznego szpitala, z możliwością wykorzystania terapii hiperbarycznej. 2.Kształcenie lekarzy specjalistów w dziedzinie toksykologii.	Spadek liczby trwałych następstw zdrowotnych. Liczba pacjentów leczonych w województwie.	Brak ośrodka toksykologii klinicznej w województwie. Wzrastająca liczba osób podejmujących próby samobójcze z użyciem farmaceutyków, pacjentów zatrutych narkotykami, „dopalaczami” oraz innymi środkami chemicznymi.

CHIRURGIA DZIECIĘCA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa jakości i skuteczności opieki nad dziećmi w dziedzinie chirurgii	Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dzieciom w zakresie chirurgii.	Krótkoterminowy	Leczenie dzieci w dziedzinie chirurgii w ośrodkach specjalistycznych udzielających świadczeń zdrowotnych dzieciom.	Liczba podmiotów udzielających świadczeń w dziedzinie chirurgii dziecięcej.	Zróżnicowana i znaczna odległość do funkcjonujących w województwie oddziałów chirurgii dziecięcej, utrudniona dostępność, konieczność transportów międzyszpitalnych, w tym transportów poza województwo.

CHOROBY ZAKAŻNE

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zwiększenie skuteczności zapobiegania zakażeniom i leczenia chorób zakaźnych	Poprawa dostępności i jakości leczenia chorych na choroby zakaźne. Zapewnienie możliwości leczenia chorych na szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne choroby.	Krótkoterminowy	Utworzenie/ modernizacja ośrodka leczenia osób dorosłych, zgodnie ze standardami. Modernizacja i wyposażenie oddziałów chorób zakaźnych. Zwiększenie liczby i szkolenie specjalistów.	Skrócenie czasu od momentu zachorowania do podjęcia adekwatnego leczenia.	W województwie brak ośrodka dla dorosłych spełniającego standardy do leczenia chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.
		Krótkoterminowy	Modernizacja/rozbudowa oraz doposażenie oddziału chorób zakaźnych dla dzieci z boksami Melzerowskimi - zgodnie ze standardami. Zapewnienie kompleksowości interdyscyplinarności leczenia dzieci z chorobami zakaźnymi. Kształcenie lekarzy specjalistów.		W województwie warmińsko-mazurskim funkcjonuje jeden oddział chorób zakaźnych dla dzieci, który nie spełnia wymogów i standardów umożliwiających hospitalizację pacjentów wymagających izolacji oddechowej.

GASTROENTEROLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Zmniejszenie zachorowalności na choroby układu pokarmowego	Poprawa dostępności i warunków do leczenia specjalistycznego z zakresu chorób układu trawiennego i dietozależnych dla dzieci.	Krótkoterminowy	1. Utworzenie centrum gastroenterologii. 2. Dostosowanie infrastruktury oraz doposażenie podmiotu w wyroby medyczne niezbędne do kompleksowej opieki. 3. Dostosowanie pracowni diagnostycznych endoskopowej i badań czynnościowych przewodu pokarmowego w sprzęt najnowszej generacji 4. Utworzenie systemu zintegrowanej wieloaspektowej opieki dziećmi z schorzeniami przewodu pokarmowego, obejmującego współpracę z poradniami specjalistycznymi (gastrologicznymi, dietetycznymi, alergologicznymi, zaburzeniami karmienia, dietetycznymi, psychologicznymi) 5. Stworzenia systemu nadzoru ambulatoryjnego, który umożliwi prawidłowe leczenie i rehabilitację, prewencję	Skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację Skrócenie czasu od wystąpienia objawów do postawienia rozpoznania. Zmniejszenie odsetka powikłań w przebiegu leczenia poszczególnych schorzeń. Zwiększenie liczby pacjentów objętych programem leczenia żywieniowego.	W ostatnich latach obserwuje się zwiększoną zapadalność na przewlekłe schorzenia przewodu pokarmowego oraz zwiększoną liczbę hospitalizacji z powodu schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci. Stworzenie centrum gastroenterologii dziecięcej umożliwi diagnostykę i leczenie pacjentów bez potrzeby kierowania do innych ośrodków, a w połączeniu z bazą kliniczną umożliwi szkolenie lekarzy oraz stworzy warunki do ich naukowego rozwoju. Alergie i nietolerancje pokarmowe stanowią narastający problem zdrowotny w populacji pediatrycznej. Leczeniem z wyboru jest dieta eliminacyjna. Warunkiem prawidłowego rozpoznania i dobrania odpowiedniej diety jest przeprowadzenie diagnostyki w tym prowokacji doustnej, uznawanej za złoty standard. Takie postępowanie diagnostyczne wymaga stworzenia zintegrowanych pracowni umożliwiających

<p>Zmniejszenie zachorowalności na choroby układu pokarmowego.</p>			<p>powikłań, wczesne rozpoznawanie współwystępujący schorzeń. 6. Organizacja pracowni diagnostyki alergologicznej i prowokacji pokarmowej dla dzieci. 7. Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów z gastroenterologii dziecięcej poprzez zwiększenie liczby miejsc rezydenckich. 8. Zwiększenie liczby dietetyków. 9. Powołanie poradni leczenia żywieniowego dla dzieci. 10. Zwiększenie finansowania świadczeń w dziedzinie gastrologii</p>	<p>wieloetapową diagnostykę, a następnie leczenie wielospecjalistyczne, z zaangażowaniem gastrologów, alergologów i dietetyków. W województwie warmińsko-mazurskim nie ma ośrodka, zajmującego się kompleksową diagnostyką chorób zależnych od diety u dzieci. Należy dążyć do zwiększenia liczby leczonych pacjentów z nietolerancją pokarmową diagnozowanych na podstawie wyniku próby prowokacji doustnej. Dzieci z wrodzonymi lub nabytymi schorzeniami neurologicznymi, z wadami anatomicznymi przewodu pokarmowego, ze schorzeniami metabolicznymi w dużym odsetku przypadków wykazują zaburzenia odżywienia ze względu na utrudnione lub niemożliwe przyjmowanie pokarmów naturalną drogą. Pacjenci pozostają na wsparciu żywieniowym często przez całe życie. Stworzenie systemu opieki nad pacjentem wymagającym leczenia żywieniowego jest niezbędnym warunkiem funkcjonowania wielospecjalistycznych ośrodków.</p>
---	--	--	---	--

	<p>Poprawa dostępności i warunków do leczenia specjalistycznego z zakresu chorób układu trawiennego dla osób dorosłych.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrażanie w ośrodkach referencyjnych najnowszych technik obrazowania endoskopowego i terapii endoskopowych (ESD, EMR). 2. Rozbudowa bazy diagnostycznej ośrodków referencyjnych, m.in. manometria przełykowa 3. Rozwój zaplecza specjalistycznego z dziedziny gastroenterologii oraz systematyczny proces szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu. 4. Budowanie świadomości społecznej, propagowanie zdrowego modelu życia. 5. Dostosowanie ośrodka udzielającego kompleksowych świadczeń w dziedzinie gastroenterologii w zaplecze sprzętowe, zgodnie z najnowszymi standardami. 6. Zwiększenie liczby i szkolenie lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa wyników leczenia farmakologicznego 2. Redukcja zapotrzebowania na leczenie operacyjne. 3. Zahamowanie bardzo niekorzystnych trendów epidemiologicznych choroby refluksowej przełyku 4. Redukcja częstości powikłań: przełyk Barretta, gruczolakorak przełyku 	<p>Nieswoiste choroby zapalne jelit, szczególnie choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego należą do najistotniejszych wyzwań współczesnej medycyny z uwagi na narastającą zapadalność, szczególnie w grupach pacjentów młodych i bardzo młodych, o dużym stygmacie inwalidztwa, braku możliwości wypełniania funkcji społecznych. Schorzenia te wymagają stopniowanego leczenia, w tym najbardziej agresywnych rodzajów immunosupresji, a w razie powikłań choroby lub braku skuteczności farmakoterapii – leczenia chirurgicznego. Choroba refluksowa określana jest już dziś mianem cywilizacyjnej, „epidemii XXI wieku”. Swym zasięgiem obejmuje ok 10-20% społeczeństwa. Trudne do oszacowania są rzeczywiste skutki społeczne choroby, jednak pewną jest konieczność poważnego potraktowania sprawy.</p>
--	---	------------------------	---	--	--

DIABETOLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa opieki zdrowotnej osób chorych na cukrzycę	Przeciwdziałanie występowaniu cukrzycy i jej powikłań oraz zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w dziedzinie diabetologii.	Krótkoterminowy	<p>Utworzenie oraz dostosowanie infrastruktury, sprzętu i aparatury medycznej szpitalnych oddziałów do potrzeb wynikających z epidemiologii diabetologicznej.</p> <p>Zapewnienie kompleksowego leczenia chorych z cukrzycą, opartego m.in. utworzeniu sieci poradni diabetologicznych, poradni stopy cukrzycowej.</p> <p>Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz realizacja programów profilaktyki i promocji zdrowia.</p> <p>Zwiększenie finansowania świadczeń.</p>	<p>Liczba pacjentów objęta opieką specjalistyczną (zwiększona wykrywalność).</p> <p>Liczba poradni diabetologicznych, stopy cukrzycowej.</p> <p>Zmniejszenie liczby amputacji kończyn.</p>	<p>Wielu chorych na cukrzycę nie jest leczonych, bo cukrzyca wykrywana jest zbyt późno. Najczęściej udaje się ją zdiagnozować dopiero po 8 latach rozwoju.</p> <p>Chorobowość na cukrzycę w województwie Warmińsko-Mazurskim wynosiła w roku 2015 5,2%, co przekłada się na liczbę 73 tys. chorych, w tym u ponad 30% obserwuje się naczyniowe powikłania cukrzycy wymagające hospitalizacji w specjalistycznym oddziale diabetologicznym.</p>
Poprawa opieki zdrowotnej osób chorych na cukrzycę.	Poprawa dostępności i warunków do specjalistycznego leczenia cukrzycy u dzieci.	Krótkoterminowy	<p>1. Dostosowanie infrastruktury, sprzętu i aparatury medycznej do udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie diabetologii, zgodnie ze standardami.</p> <p>2. Wsparcie rozwoju kompleksowych usług diagnostyczno - terapeutycznych i edukacyjnych związanych z wczesnym wykrywaniem cukrzycy typu 1 i 2, powikłań</p>	<p>Liczba pacjentów objęta opieką specjalistyczną (zwiększona wykrywalność).</p>	<p>Zwiększenie zachorowalności na cukrzycę wśród dzieci.</p> <p>Cukrzyca typu 1 stanowi 5% wszystkich przypadków cukrzycy, oraz stanowi 85% przypadków cukrzycy wśród dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia 180 tys. chorych na cukrzycę typu 1 w Polsce w 2014 r.</p> <p>Przewiduje się ok. 20 000 dzieci z cukrzycą w Polsce w 2035 r. Wzrost cukrzycy</p>

			<p>cukrzycy i zapobieganie powikłaniom sercowo - naczyniowym w cukrzycy u dzieci.</p> <p>3. Kompleksowe postępowanie w otyłości u dzieci, a przez to zapobieganie cukrzycy typu 2 jako powikłaniu otyłości.</p>		<p>typu 2 z 0,3 do 1,01/100 000 dzieci zwłaszcza w grupie 15–19 lat. Zwiększa się liczba dzieci z cukrzycą typu 1 z 96 do 138/100 000, cukrzycy związanej z mukowiscydozą (CFRD) z 0,1 do 0,95/100 000 dzieci. Zachorowalność na cukrzycę typu 1 wzrasta o około 10 % rocznie, więcej w grupie dzieci < 5 lat cukrzyca typu MODY – wzrost zachorowalności z 4,2 do 4,6/100 000 dzieci tj. 3,1–4,2% dzieci z cukrzycą. Cukrzyca noworodkowa występowanie 1/300 000 dzieci. Około 85-90% przypadków cukrzycy to cukrzyca typu 2 najczęściej związana z nadwagą i otyłością.</p>
--	--	--	---	--	--

NEFROLOGIA					
Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
Poprawa jakości opieki zdrowotnej nad pacjentami z chorobami nerek	Wczesne wykrywanie i zahamowanie progresji choroby i jej powikłań.	Krótkoterminowy	1.Tworzenie i dostosowywanie infrastruktury i wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów nefrologicznych. 2.Dążenie do kompleksowości świadczeń zdrowotnych (oddziały szpitale, stacje dializ, poradnie nefrologiczne). 3.Zwiększenie ilości miejsc szkoleniowych i ilości nefrologów. 4.Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek. 5.Zwiększenie wyceny procedur nefrologicznych.	Spadek liczby osób dializowanych. Zmniejszenie liczby powikłań.	W województwie jest najniższa liczba łóżek nefrologicznych/100 tys. mieszkańców w Polsce. Tylko 2 istniejące Oddziały Nefrologii (w tym jedna klinika) – w sumie 30 łóżek/woj. Brak możliwości realizacji programów lekowych NFZ – brak personelu fachowego i rozbudowanych jednostek realizujących program. W województwie niska liczba nefrologów/ 100 tys. mieszkańców (2,2)

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA, NEONATOLOGIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Poprawa opieki nad matką i noworodkiem</p>	<p>Rozwój i udoskonalanie funkcjonowania opieki perinatalnej w oparciu o trójstopniowy poziom referencyjności, ze szczególnym uwzględnieniem III i II poziomu.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie kompleksowej wysokospecjalistycznej opieki z koniecznością centralizacji nadzoru nad sprawowaną opieką. 2. Dostosowanie infrastruktury i wyposażenie ośrodków, ze szczególnym uwzględnieniem III i II poziomu referencyjności w wyroby medyczne zgodnie ze standardami. 3. Rozszerzenie portfolio procedur obrazowych i inwazyjnych z zakresu perinatologii w celu ograniczenia przesyłania pacjentek do województw ościennych. 4. Stworzenia ośrodka genetyki. 5. Wprowadzić metodę leczenia hipotermią w jednym z ośrodków III poziomu referencyjności. 6. Stworzenie/ poprawa bazy hotelowej dla mam wcześniaków. 7. Stworzenie/poprawa poradnictwa laktacyjnego. 8. Wdrażanie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. 	<p>Obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej, wcześniactwa.</p> <p>Zmniejszenie liczby porodów przedwczesnych.</p> <p>Spadek liczby porodów rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego.</p>	<p>Obniżenie skutków patologii noworodka wynikających z wcześniactwa.</p> <p>Obniżenie umieralności okołoporodowej wynikającej z patologii ciąży ograniczającej prawidłowy rozwój płodu i w następstwie przedwczesnego porodu z niską i skrajnie niską wagą urodzeniową.</p> <p>Zagwarantowanie wysokiej jakości opieki nad ciężarną oraz kompleksowości i centralizacji patologii ciąży dążyć do podwyższenia współczynników dzietności w rejonie.</p> <p>Obecnie w województwie liczba miejsc intensywnej terapii noworodka jest na granicy wydolności.</p> <p>Ośrodki referencyjne III stopnia, nie w pełni</p>

<p>Poprawa opieki nad matką i noworodkiem</p>			<p>9. Zwiększenie i szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii. 10. Zwiększenie i kształcenie położnych oraz pielęgniarek. Zwiększenie finansowania świadczeń.</p>		<p>wykonują wszystkie procedury niezbędne na tym poziomie opieki np. brak jest hipotermii leczniczej, zaawansowanej diagnostyki obrazowej MRI.</p>
--	--	--	---	--	--

REHABILITACJA MEDYCZNA, FIZJOTERAPIA

Priorytet	Cel	Horyzont - czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
<p>Ograniczenie skutków zdrowotnych chorób i urazów</p>	<p>Poprawa dostępności i jakości świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii. Zapobieganie niepełnosprawności.</p>	<p>Krótkoterminowy</p>	<p>1. Dostosowanie do potrzeb zdrowotnych mieszkańców infrastruktury oddziałów, ośrodków rehabilitacji oraz wyposażenie ich w wyroby medyczne. 2. Wzmocnienie roli kompleksowej rehabilitacji dziennej, rozbudowa sieci ośrodków dla dorosłych 3. Rozbudowa bazy rehabilitacyjnej w wiodącym w regionie szpitalu rehabilitacyjnym dla dzieci, która umożliwi pobyt dzieci z opiekunami . 4. Wzmocnienie rehabilitacji stacjonarnej w poszczególnych zakresach. 5. Utworzenie Centrum Medycznego i Przyrodoleczniczego z Rehabilitacją Kardiologiczną. 6. Zapewnienie kompleksowości i ciągłości świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii. 6. Kształcenie specjalistów, z uwzględnieniem szkoleń w poszczególnych zakresach (neurologicznej, kardiologicznej pulmonologicznej, ortopedycznej, itd.). 7. Zwiększenie dostępności do rehabilitacji psychosomatycznej. 8. Zwiększenie finansowania świadczeń.</p>	<p>Skrócenie czasu oczekiwania i wdrażanie wczesnej rehabilitacji.</p>	<p>Pożądane rezultaty rehabilitacji medycznej w znacznym stopniu zależą od zamierzonego, planowanego działania podczas intensywnego leczenia zachowawczego lub chirurgicznego. Wybrane i przewidywane metody lecznicze, sprzężone z określonymi, nowoczesnymi metodami rehabilitacji leczniczej, korzystnie wpływają na efektywność działań rehabilitacyjnych w możliwie krótkim czasie. Istnieje wiele chorób, których wczesne lub późne następstwa powodują znaczne ograniczenie funkcji organizmu na dwóch płaszczyznach somatycznej i psychicznej oraz powodują niepełnosprawności. Do nich niewątpliwie należą choroby narządów ruchu, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu nerwowego. Efektywność rehabilitacji zależy w dużej mierze od możliwości wczesnego wdrażania rehabilitacji i dostosowywania jej aktualnego stanu pacjenta.</p>