

**STRATEGIA
POLITYKI ZDROWOTNEJ
DLA WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO
NA LATA 2014-2020**

Dokument opracowali pracownicy Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego:

Magdalena Wachowicz-Skóra – Naczelnik Wydziału Ochrony Zdrowia

Justyna Felcenloben – Główny specjalista w Wydziale Ochrony Zdrowia

Pod kierunkiem Zarządu Województwa Łódzkiego:

Witold Stępień – Marszałek Województwa

Artur Bagieński – Wicemarszałek

Dorota Ryl – Wicemarszałek

Marcin Bugajski – Członek Zarządu

Dariusz Klimczak – Członek Zarządu

Przy udziale członków Regionalnej Rady Polityki Zdrowotnej:

Magdalena Amrozik - Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej

Świętosław Gołek - Przewodniczący Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Łódzkiego

Paweł Górski - Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Danuta Kałuzińska - Członek Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Łódzkiego

Agnieszka Kałużna - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Janusz Kazimierczak - Prezes Zrzeszenia Szpitali Województwa Łódzkiego

Elżbieta Kędzia - Kierkus - Doradca Wojewody Łódzkiego ds. zdrowia

Iwona Koperska - Członek Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Łódzkiego

Zbigniew Kowalczyk - Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Jolanta Kręcka - Dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Bożena Łaz - Prezes Zrzeszenia Szpitali Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego

Małgorzata Majer - Prezes Łódzkiego Oddziału Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej

Grzegorz Mazur - Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Elżbieta Nawrocka - Członek Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Łódzkiego

Marek Paradowski - Przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Krzysztof Piątkowski - Wiceprezydent Miasta Łodzi

Ilona Rafalska - Członek Komisji Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Łódzkiego

Andrzej Szymanek - Przewodniczący Konwentu Powiatów Województwa Łódzkiego

Opinię i rekomendacje do projektu „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” wydało PwC Polska Sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	4
I. DIAGNOZA	9
I.1. SYTUACJA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNA.....	9
I.2. ZASOBY OCHRONY ZDROWIA.....	14
I.3. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE FINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA.....	15
I.4. PROMOCJA ZDROWIA I PROFILAKTYKA CHOROÓB.....	16
II. ANALIZA SWOT	16
III. CELE	19
III.1. CEL NADRZĘDNY	21
III.2. MIERNIKI STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW REGIONU	22
III.3. CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE	23
CEL STRATEGICZNY 1. KOORDYNACJA DZIAŁAŃ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W REGIONIE..	23
Cel operacyjny 1.1. Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej jako platforma komunikacji i współpracy	23
Cel operacyjny 1.2. Współpraca z konsultantami wojewódzkimi.....	24
CEL STRATEGICZNY 2. POPRAWA SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB I PROMOCJI ZDROWIA.....	25
Cel operacyjny 2.1. Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.....	26
Cel operacyjny 2.2. Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”	26
CEL STRATEGICZNY 3 POPRAWA DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH.....	28
Cel operacyjny 3.1. Rozwój opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory.....	28
Cel operacyjny 3.2. Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia.....	29
Cel operacyjny 3.3. Rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej.....	30
Cel operacyjny 3.4. Poprawa dostępu do opieki rehabilitacyjnej.....	31
Cel operacyjny 3.5. Poprawa wybranych wskaźników w zakresie opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na zaburzenia psychiczne.....	32
Cel operacyjny 3.6. Rozwój wysokospecjalistycznej opieki okołoporodowej.....	33
Cel operacyjny 3.7. Wzmocnienie infrastruktury Ratownictwa Medycznego.....	33
CEL STRATEGICZNY 4. POPRAWA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH.....	36
Cel operacyjny 4.1. Wzmocnienie infrastruktury ochrony zdrowia poprzez stosowanie nowoczesnych technologii.....	36

Cel operacyjny 4.2. Wprowadzanie systemów zarządzania jakością, udział w procedurze akredytacyjnej, badania satysfakcji pacjentów.....	37
IV. MONITORING STRATEGII POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	38

WPROWADZENIE

Kluczowe kierunki dla polityki zdrowotnej¹ regionu w ostatnich latach określał dokument pn.: **„Program Wojewódzki - Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013”**. Został on przyjęty uchwałą LIII/886/2006 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 28 marca 2006 roku, jako dokument określający rozwój sektora ochrony zdrowia we wskazanych latach.

Głównym celem „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” było **„Podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego”**. Do jego osiągnięcia miała przyczynić się realizacja szesnastu zadań ujętych w pięciu celach szczegółowych:

- Cel I: Poprawa jakości usług medycznych,
- Cel II: Poprawa dostępu do usług medycznych,
- Cel III: Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego,
- Cel IV: Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom,
- Cel V: Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia.

Od 2008 roku realizacja Strategii podlegała monitorowaniu tj. ocenie stopnia realizacji poszczególnych założeń. W tym celu Zarząd Województwa Łódzkiego powołał Uchwałą Nr 659/08 z dnia 14 maja 2008 roku Komitet Monitorujący. W skład Komitetu weszli m.in. przedstawiciele organów założycielskich szpitali, Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi oraz Konsultanci Wojewódzcy z wybranych dziedzin medycyny.

Jedynie część założeń „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” udało się zrealizować. Główną przeszkodą były zmieniające się regulacje prawne w systemie zdrowia, zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych, a także brak możliwości prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej, uwarunkowany wielością organów założycielskich podmiotów leczniczych funkcjonujących w regionie.

Wśród zrealizowanych zadań warto wskazać m.in. utworzenie centrum urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, utworzenie Centrum diagnozowania i leczenia chorób zakaźnych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi, poprawę dostępu do rehabilitacji neurologicznej (utworzenie 9 oddziałów tego typu), rozpoczęcie prac nad utworzeniem centrum profilaktyki i leczenia udarów

¹ Polityka zdrowotna rozumiana jest jako szereg działań podejmowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego do osiągnięcia priorytetowych celów określonych w obszarze ochrony zdrowia

mózgu, wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej w województwie (o 238) oraz wdrożenie projektu Regionalnego Systemu Informacji Medycznej (RSIM-Łódź).

Szczegółowe informacje na temat realizacji poszczególnych założeń „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” zawarte są w opracowaniu pn.: „Monitoring Strategii Programu Wojewódzkiego – Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013. Część I – Realizacja celów programu w latach 2006-2012 i Część II – Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego w latach 2006-2012”².

Dokument pn.: „**Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**”, zwany dalej Strategią Polityki Zdrowotnej, jest już trzecim tego rodzaju opracowaniem, wyznaczającym priorytetowe kierunki działań Samorządu Województwa Łódzkiego w ochronie zdrowia.

Dokument powstał w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Jego przygotowanie poprzedzono analizą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz analizą zasobów ochrony zdrowia w województwie, którą przedstawiono w opracowaniu pn.: „Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”, stanowiącym załącznik do niniejszego dokumentu.

Realizatorzy

Osiągnięcie celów określonych w Strategii Polityki Zdrowotnej wymaga, jak każde działanie o zasięgu regionalnym, woli i chęci współpracy pomiędzy różnymi podmiotami podejmującymi decyzje odnośnie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie łódzkim. Tylko aktywne współdziałanie przedstawicieli różnych instytucji może zaowocować osiągnięciem wymiernych korzyści, które z kolei przyczynią się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Głównym realizatorem działań w ramach Strategii Polityki Zdrowotnej jest Samorząd Województwa Łódzkiego. Niezbędna jest jednak jego współpraca z:

- jednostkami samorządu terytorialnego i ich jednostkami organizacyjnymi,
- Wojewodą Łódzkim,
- Narodowym Funduszem Zdrowia,
- podmiotami leczniczymi,
- Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną,
- organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,

² Materiał dostępny w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego oraz na stronie internetowej www.zdrowie.lodzkie.pl

- uczelniami wyższymi,
- innymi instytucjami organizującymi i zapewniającymi różne formy opieki zdrowotnej.

Źródła finansowania

Źródłem finansowania działań realizowanych w ramach Strategii Polityki Zdrowotnej mogą być środki budżetu państwa, Samorządu Województwa Łódzkiego, podmiotów leczniczych oraz innych instytucji funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia (m.in. Narodowego Funduszu Zdrowia). Istnieje także możliwość pozyskiwania środków europejskich, oraz z innych zagranicznych instrumentów finansowych.

Strategia Polityki Zdrowotnej uwzględnia kierunki działań w obszarze ochrony zdrowia określone w licznych dokumentach na poziomie krajowym i regionalnym takich jak:

strategie krajowe m.in.:

- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030,
- Strategia Rozwoju Kraju 2020,
- Strategia Sprawne Państwo,
- Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego,

programy polityki zdrowotnej m.in.:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015,
- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015,
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015,
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD,

programy operacyjne m.in.:

- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020,
- Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

oraz **dokumenty regionalne m.in.:**

- Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020,
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego 2014-2020,
- Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2011-2015,
- Plan przeciwdziałania depopulacji w województwie łódzkim.

Założenia działań strategicznych w obszarze ochrony zdrowia w województwie łódzkim na lata 2014-2020 są spójne ze Strategią Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020.

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 jest najważniejszym dokumentem samorządu województwa wskazującym cele i kierunki interwencji publicznej oraz obszary wspierania działań prorozwojowych. Na podstawie diagnozy sytuacji demograficznej, trendów oraz prognoz społeczno-gospodarczych określono najważniejsze wyzwania, przed którymi stoi polityka regionalna województwa do 2020 roku. Jednym z nich jest zapewnienie mieszkańcom regionu dostępu do dobrej jakości usług: edukacji, zdrowia, kultury i rekreacji oraz infrastruktury teleinformatycznej i technicznej.

W celu poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa w Strategii Rozwoju Województwa założono podejmowanie działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, jak również rozwój specjalistycznych usług dla ochrony zdrowia (cel operacyjny 1: „Zaawansowana gospodarka wiedzy i innowacji”) i poprawę dostępu do podstawowych usług medycznych (cel operacyjny 5: „Wysoki standard i dostęp do usług publicznych”).

Ponadto wskazano, że w kontekście zachodzących zmian demograficznych konieczny jest rozwój pomocy społecznej i sektora usług dla osób starszych. Wyżej wskazane obszary ujęto w następujący sposób:

Cel operacyjny 1. ZAAWANSOWANA GOSPODARKA WIEDZY I INNOWACJI

1.1. Rozwój nowoczesnych technologii na rzecz inteligentnych specjalizacji regionalnych

1.1.3. rozwój specjalistycznych usług (m.in. usług dla ochrony zdrowia (...)) wykorzystujących nowoczesne i inteligentne technologie, szczególnie poprzez wspieranie rozwoju funkcji uzdrowiskowych oraz specjalistycznych usług medycznych, wspieranie rozwoju specjalistycznych ośrodków klinicznych, w tym w zakresie kardiologii, onkologii i innych chorób cywilizacyjnych oraz transplantologii, specjalistycznych kadr medycznych z zakresu geriatrici, medycyny paliatywnej i ratunkowej, wdrażania innowacyjnych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia (...).

Cel operacyjny 5. WYSOKI STANDARD I DOSTĘP DO USŁUG PUBLICZNYCH

5.2. Rozwój usług i poprawa dostępu do sektora ochrony zdrowia (...)

5.2.1. rozwój i racjonalizacja bazy ochrony zdrowia (...), m. in. poprzez:

wspieranie rozbudowy infrastruktury ochrony zdrowia (...), w tym sieci ośrodków dziennego pobytu oraz innych alternatywnych form opieki dla osób przewlekle chorych i starszych, wdrażanie rozwiązań teleinformatycznych w obszarze zdrowia publicznego – rozwój e-usług ochrony zdrowia;

5.2.2. rozwój usług i programów profilaktyki zdrowotnej (...) m. in. poprzez: wspieranie realizacji programów profilaktycznych ukierunkowanych na zmniejszanie zachorowalności na choroby cywilizacyjne, programów edukacyjnych, szkoleń i akcji promocyjnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz regularnego korzystania z badań profilaktycznych, upowszechnianie zachowań prozdrowotnych, wspieranie rozwoju usług opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych i starszych.

Dokument pn.: „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” wyznacza kierunki rozwoju ochrony zdrowia dla regionu w zakresie działań realizowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za wskazanie priorytetowych potrzeb całego regionu będą odpowiedzialni wojewodowie – którzy mają opracowywać tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Mapy regionalne powstaną w porozumieniu z Wojewódzkimi Radami do spraw Potrzeb Zdrowotnych. W skład każdej Rady wejdą konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym przedstawiciele: wojewody, marszałka województwa, oddziału wojewódzkiego NFZ, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, wojewódzkiego urzędu statystycznego, szkół wyższych z danego regionu kształcących na kierunkach medycznych, konwentu powiatów oraz jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Według założeń ustawodawcy mapy mają stanowić istotny instrument polityki zdrowotnej państwa. Będą one obiektywnym odzwierciedleniem problemów i potrzeb zdrowotnych populacji danego regionu oraz stanu infrastruktury medycznej. Sporządzane w oparciu o najszerszy zakres możliwych do uzyskania, wiarygodnych i aktualnych danych epidemiologicznych, demograficznych oraz dotyczących zasobów medycznych mają być wykorzystywane w procesie tworzenia regionalnej polityki w zakresie zdrowia, w tym planowania inwestycji oraz zawierania umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

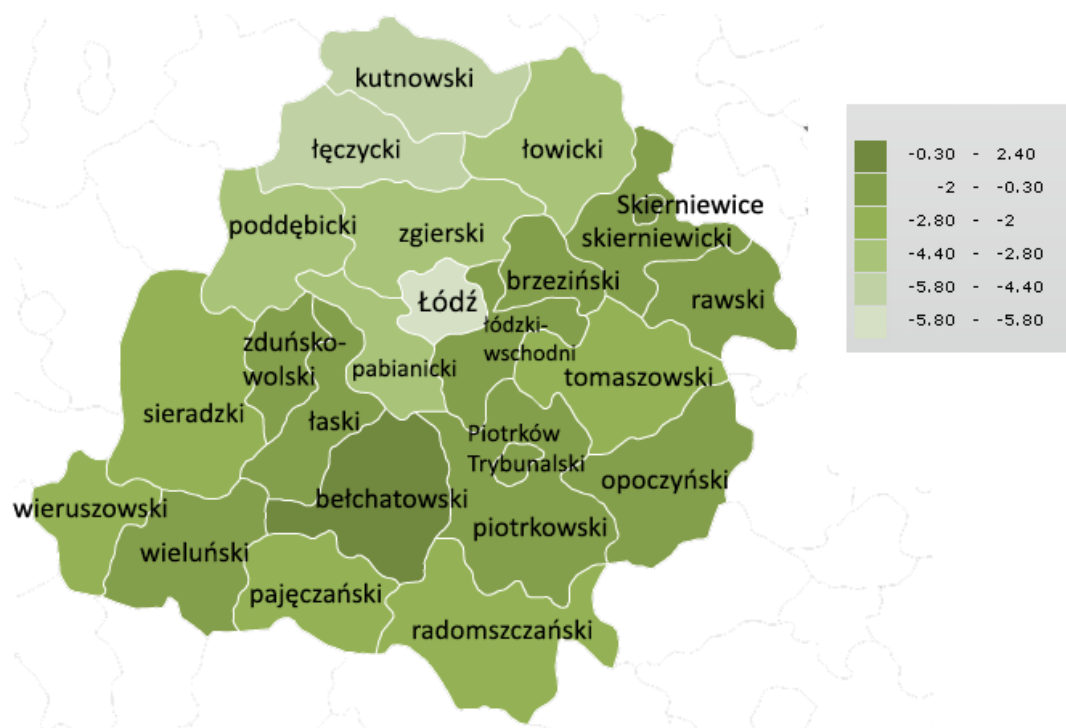
I. DIAGNOZA

Przygotowanie Strategii Polityki Zdrowotnej poprzedzono analizą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz analizą zasobów ochrony zdrowia w województwie, którą przedstawiono w dokumencie pn.: „Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” (załącznik do niniejszego opracowania). Poniżej zaprezentowano wybrane, najistotniejsze charakterystyki opisujące region.

I.1. SYTUACJA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNA³

Według danych GUS na koniec 2012 roku województwo łódzkie zamieszkiwało 2.524.651 osób. Od roku 2002 w regionie notowano systematyczny spadek liczby mieszkańców. Gęstość zaludnienia w województwie łódzkim w roku 2012 wynosiła 139 osób na km² i była wyższa w porównaniu do gęstości zaludnienia dla Polski (123/km²). Przyrost naturalny⁴ w roku 2012 wyniósł w województwie łódzkim -7.501 przy liczbie urodzeń żywych wynoszącej 23.851 i liczbie zgonów ogółem 31.352. Wskaźnik przyrostu naturalnego wyniósł -3,0/1 tys. ludności i był niższy od wskaźnika dla Polski (0,0/1 tys. ludności).

Przyrost naturalny (wskaźnik na 1.000 ludności) według powiatów województwa łódzkiego w 2012 roku (wg danych GUS)



³ Mapa świadczeń zdrowotnych dla województwa łódzkiego, IBMed badania medyczne, Kraków 2013 r.

⁴ różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych i zgonów

Kobiety w województwie łódzkim stanowiły w 2012 roku 52,3% ogólnej liczby ludności. Współczynnik feminizacji⁵ dla województwa wynosił 110 kobiet na 100 mężczyzn. Współczynnik feminizacji dla Polski w tym samym roku był niższy i wynosił 107/100.

Wskaźnik urodzeń żywych w przeliczeniu na 1 tys. ludności w roku 2012 dla województwa łódzkiego wyniósł 9,4, podczas gdy dla Polski – 10,0.

Urodzenia żywe (wskaźnik na 1.000 ludności) według powiatów w 2012 roku (wg danych GUS)

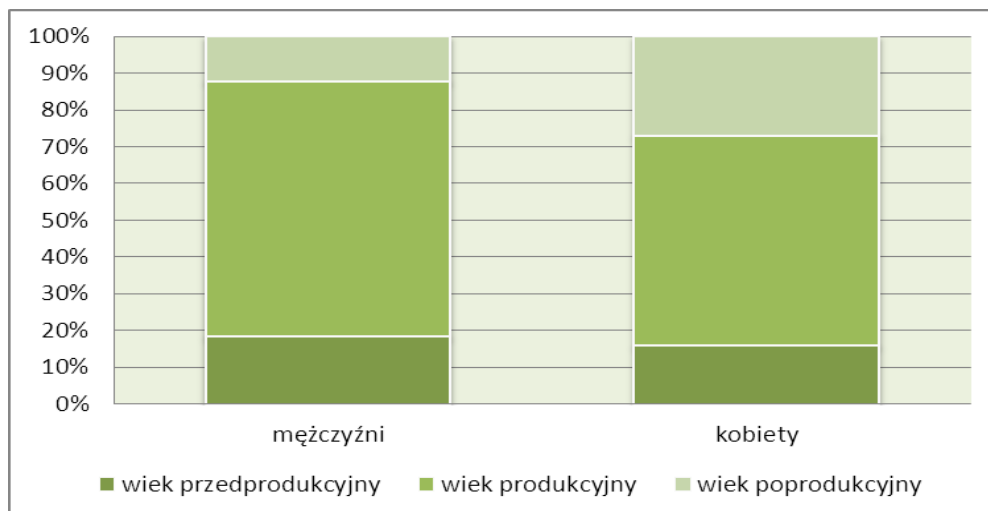


W regionie obserwuje się zjawisko starzenia się społeczeństwa. W roku 2012 osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowiły 17,1% mieszkańców, w wieku produkcyjnym 62,9% a w wieku poprodukcyjnym 20,0%⁶. Prognozy GUS szacują wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym - w roku 2035 osoby w tej grupie mają stanowić 29% ogółu ludności, osoby w wieku przedprodukcyjnym – 15%, a produkcyjnym – 57%. Taka struktura demograficzna ma istotny wpływ na kształtowanie się zachorowalności i chorobowości w szczególności na choroby przewlekłe takie jak: choroby układu krążenia, układu oddechowego, pokarmowego, nowotwory i schorzenia narządu ruchu.

⁵ liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn

⁶ mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej

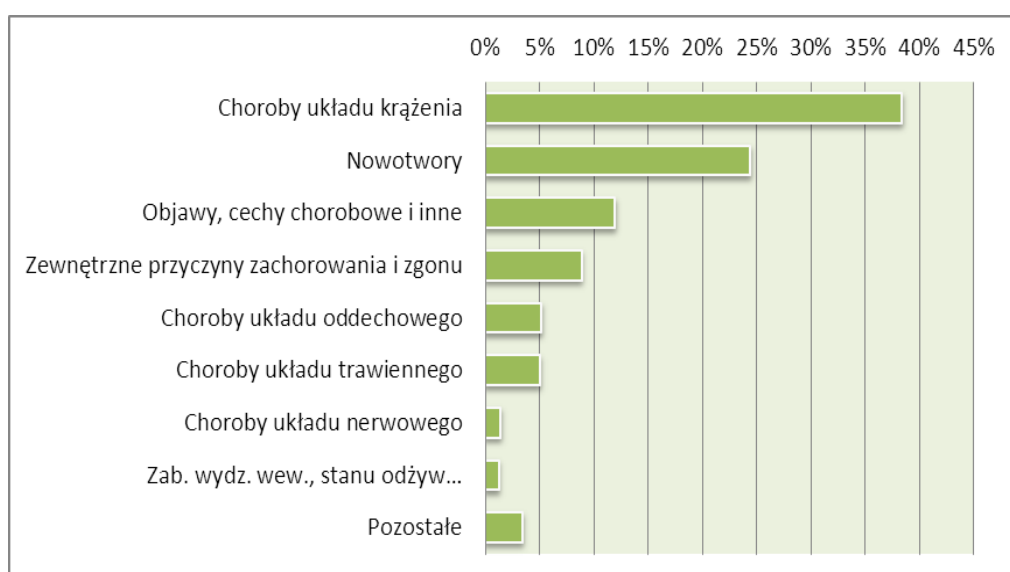
Odsetek osób w wieku przed-, po- i produkcyjnym w podziale na płeć w województwie łódzkim w 2012 roku (wg danych GUS)



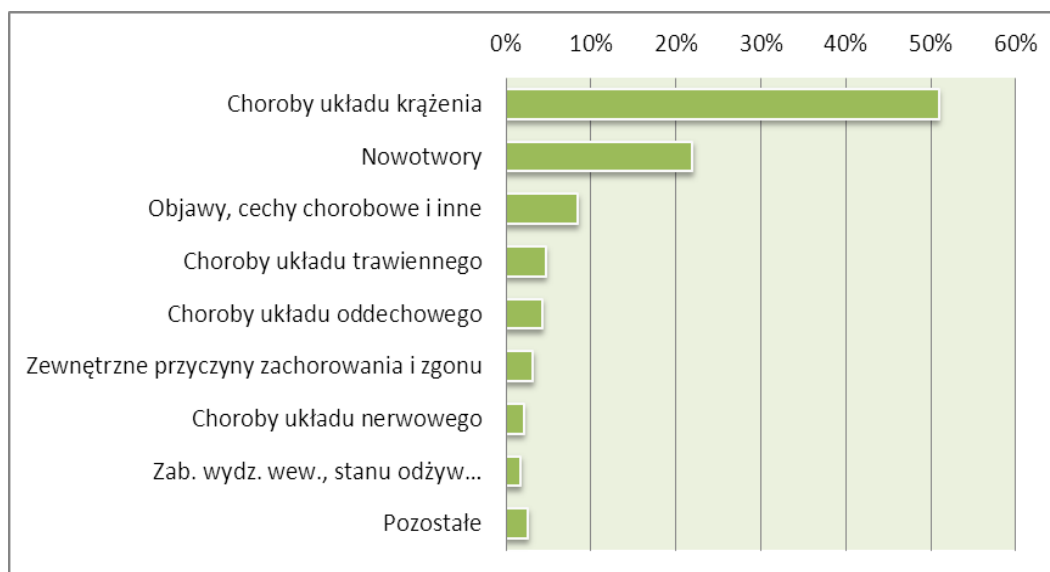
Oczekiwana długość życia dla mężczyzn w województwie łódzkim w roku 2012 wynosiła 70,6 lat, dla kobiet 79,8 lat; były to najniższe wartości w Polsce.

Główne przyczyny zgonów w województwie łódzkim od wielu lat nie ulegają zmianie. Choroby układu krążenia stanowiły w 2011 roku przyczynę prawie połowy zgonów (44,4%), a nowotwory prawie jedną czwartą (23,2%). Wśród pozostałych przyczyn zgonów mieszkańców województwa na uwagę zasługują zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (6,12%), choroby układu trawiennego (4,9%), choroby układu oddechowego (4,75%) oraz układu nerwowego i narządów zmysłu (1,8%).

Struktura zgonów mężczyzn w województwie łódzkim w 2011 roku (wg danych GUS)



Struktura zgonów kobiet w województwie łódzkim w 2011 roku (wg danych GUS)



W roku 2012 umieralność niemowląt w województwie łódzkim wynosiła 4,2/1 tys. urodzeń żywych, a w Polsce: 4,6/1 tys. urodzeń żywych.

Stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego należałoby uznać za najgorszy w kraju.⁷ Świadczą o tym m.in.:

- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności i hospitalizacji z powodu ogółu przyczyn dla osób w wieku produkcyjnym (18-64 r.ż.) - w 2011 roku odpowiednio 555,3 na 100 tys. i 13.426,8 na 100 tys.,
- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności oraz hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia dla osób w wieku produkcyjnym (18-64 r.ż.) - w 2011 roku odpowiednio 134,7 na 100 tys. i 1.783,3 na 100 tys.,
- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności z powodu chorób nowotworowych dla osób w wieku produkcyjnym (18-64 r.ż.) - w 2011 roku 155,6 na 100 tys.,
- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności z przyczyn zewnętrznych dla osób w wieku produkcyjnym (18-64 r.ż.) i poprodukcyjnym (>65 r.ż.) – w 2011 roku odpowiednio 77,0 na 100 tys. i 140,0 na 100 tys.,
- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności z powodu chorób układu trawiennego dla osób w wieku produkcyjnym (18-64 r.ż.) i poprodukcyjnym (>65 r.ż.) – w 2011 roku odpowiednio 41,3 na 100 tys. i 206,6 na 100 tys.,
- najwyższa w Polsce wartość współczynnika umieralności z powodu chorób układu kostno-stawowego dla osób w wieku poprodukcyjnym (>65 r.ż.) – w 2011 roku 7,8 na 100 tys.,

⁷ Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, Warszawa, 2014 r.

- wysoki współczynnik hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99) osób w wieku produkcyjnym (18-64 r. ż.) – w 2011 roku 821,7 na 100 tys. ludności,
- największa w Polsce liczba leczonych ambulatoryjnie w zakładach opieki psychiatrycznej w wieku 19-64 i powyżej 65 r.ż. – w 2011 roku odpowiednio 5.369,2 na 100 tys. i 5.732,2 na 100 tys.,
- jedna z wyższych w kraju liczba wydanych przez ZUS pierwszorazowych orzeczeń o niepełnosprawności – w 2012 roku 212,3 na 100 tys. ludności,
- najwyższa w Polsce liczba wydanych pierwszorazowych orzeczeń o niepełnosprawności spowodowanych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – w 2012 roku 28 na 100 tys.,
- jeden z niższych w kraju odsetek kobiet uczestniczących w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy – w 2011 r. objęcie populacji kobiet w wieku 25-59 lat Programem – 23,43%.

Region łódzki to jedno z województw o najniższym poziomie warunków życia (dochodów, żywienia, zasobności materialnej, warunków mieszkaniowych, kształcenia dzieci, ochrony zdrowia i uczestnictwa w kulturze i wypoczynku)⁸. Według danych GUS przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwach domowych województwa łódzkiego w 2012 roku wyniósł 1.268,42 zł i był niższy od średniej krajowej – 1.278,43 zł. Natomiast przeciętne miesięczne wydatki na osobę kształtowały się na poziomie 1.083,25 zł i były nieznacznie wyższe od średniej dla Polski – 1.050,78 zł. W regionie łódzkim odnotowano największy odsetek osób (35%), których subiektywne potrzeby zdrowotne są niezaspokajane⁹.

Według danych WUP¹⁰ w Łodzi w dniu 31 grudnia 2012 roku bez pracy pozostawało 151.036 mieszkańców województwa łódzkiego. Stopa bezrobocia dla na koniec 2012 roku wynosiła 14,0 i była o 0,6 wyższa od średniej dla Polski.

W 2012 roku w województwie odnotowano znacznie wyższą liczbę zachorowań na krztusiec (673) niż w roku 2011 (218). Zapadalność na różyczkę wyniosła 6,66 na 100 tys. mieszkańców (w 2011 roku: 9,57). W porównaniu do 2011 roku (163 przypadki), zaobserwowano także spadek liczby zachorowań na świnkę - w 2012 roku zarejestrowano 129 przypadków tej choroby. W 2012 roku zarejestrowano tylko 1 przypadek odry, natomiast odnotowano znaczny wzrost liczby zachorowań na ospę wietrzną – 11.417 przypadków (o 3.419 przypadków więcej niż w 2011 roku).

⁸ Strzelecki, P., Saczuk, K., Grabowska, I., Kotowska, I.E. (2013). Warunki życia gospodarstw domowych. Rynek pracy. Diagnoza Społeczna 2013 Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport. [Special issue]. Contemporary Economics, 7, 132-162

⁹ Panek, T. (2013). Warunki życia gospodarstw domowych. Analiza warunków życia gospodarstw domowych w układzie wojewódzkim. Diagnoza Społeczna 2013 Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport. [Special issue]. Contemporary Economics, 7, 129-131

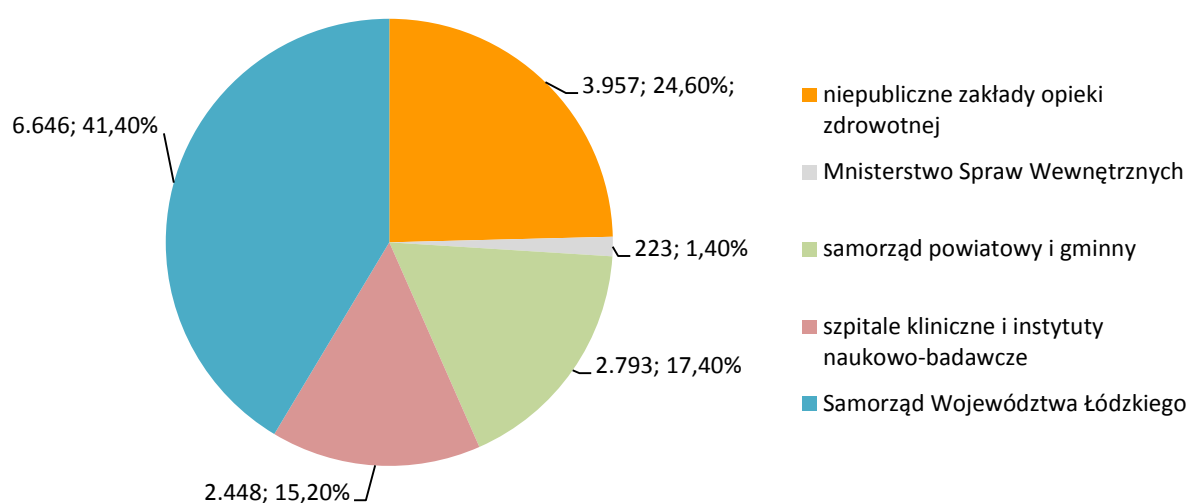
¹⁰ Wojewódzki Urząd Pracy

W 2012 roku do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi zgłoszono 36 nowych przypadków zakażenia wirusem HIV oraz 19 przypadków zachorowań na AIDS.

I.2. ZASOBY OCHRONY ZDROWIA

Według stanu na dzień 31.12.2012 roku, na podstawie danych WCZP w Łodzi¹¹, w ramach leczenia stacjonarnego funkcjonowało w województwie łódzkim 16.067 łóżek rzeczywistych, w tym 14.661 łóżek szpitalnych i 1.406 łóżek w zakładach opiekuńczo – leczniczych.

Liczba i udział % łóżek rzeczywistych Samorządu Województwa łódzkiego w stosunku do łóżek pozostałych podmiotów leczniczych w woj. łódzkim – stan na 31.12.2012 r. (wg WCZP w Łodzi)



W 2012 roku w zakładach leczenia stacjonarnego (bez ruchu międzyoddziałowego) leczono 677.522 osoby, w tym 99,79% pacjentów w szpitalach, a 0,21% w zakładach opiekuńczo – leczniczych; uwzględniając ruch międzyoddziałowy - 706.640 osób.

Średnie wykorzystanie łóżek rzeczywistych/miejsc kształtowało się na poziomie 71,15%, przy czym najwyższy wskaźnik w roku 2012 (powyżej 90%) odnotowano w oddziałach o następujących specjalnościach: neurochirurgiczne dla dzieci (127,23%), hospicja stacjonarne (112,27%), alergologiczne dla dzieci (102,74%), diabetologiczne (91,43%), zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (91,38%) oraz psychiatryczne (90,88%). Średni czas pobytu pacjenta w zakładzie leczenia zamkniętego w 2012 roku wynosił 6,42 dni.

¹¹ Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

W 2012 roku prawo wykonywania zawodu w województwie łódzkim posiadało m.in. 10.801 lekarzy (wskaźnik 42,8 na 10 tys. ludności) i 23.984 pielęgniarki (95,0 na 10 tys. ludności). Województwo łódzkie charakteryzuje wyższy od średniego dla kraju wskaźnik uprawnionych do wykonywania zawodu w odniesieniu do wszystkich wymienionych grup medycznych.

I.3. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE FINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

^{12,13}

W 2012 roku liczba świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju **podstawowa opieka zdrowotna** w województwie łódzkim wynosiła 498.

Mieszkańcom regionu **leczenie szpitalne** zapewniało 93 świadczeniodawców, a łódzkie charakteryzowało się drugą w Polsce (po Mazowieckim), pod względem wysokości, wartością zapłaconych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

W 2012 roku w województwie łódzkim **opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień** zapewniało 105 świadczeniodawców. Ogólna wartość zakontraktowanych przez nich świadczeń opiewała na kwotę 139.942,88 tys. zł, natomiast koszty leczenia pacjentów okazały się wyższe i wyniosły 149.490,54 tys. zł.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne realizowało w 2012 roku 438 świadczeniodawców. Udzielili oni łącznie 4.969.347 porad. Na 1 mieszkańca regionu, uprawnionego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, przypadają średnio 2 ambulatoryjne porady specjalistyczne. W 2012 roku przeprowadzono w łódzkiem 140.587 badań z zakresu **ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych** (badania medycyny nuklearnej, endoskopowe (gastroskopia i kolonoskopia), tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i echokardiograficzne).

W 2012 roku, w województwie łódzkim 93 świadczeniodawców realizowało umowy na **świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**, na łączną kwotę 48.404,26 tys. zł. Koszty leczenia pacjentów ponownie okazały się wyższe i wyniosły 51.259,63 tys. zł. W 2012 roku, w województwie łódzkim 32 świadczeniodawców realizowało umowy na świadczenia w ramach **opieki paliatywnej i hospicyjnej**, na łączną kwotę 18.765,84 tys. zł. Koszty leczenia wyniosły jednak więcej bo 20.375,10 tys. zł.

Według **planu finansowego NFZ na 2014 roku** najwięcej środków finansowych na świadczenia zdrowotne z puli pieniężnej dla całego kraju otrzymało województwo mazowieckie (14,4%), najmniej województwo opolskie (2,5%). Województwo łódzkie plasuje się na pozycji szóstej (6,8%). Koszty

¹² Sprawozdanie z działalności NFZ w 2012 roku, 2013 r.

¹³ Informacja dotycząca migracji pacjentów zamieszkałych w województwie łódzkim do innych województw w 2012 r. <http://www.nfz-lodz.pl/index.php/dlaswiadczeniodawcow/5221-informacja-na-temat-migracji-pacjentow-zamieszkalych-w-województwie-lodzkiem>, data pobrania 22.11.2013 r.

świadczeń zdrowotnych w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim NFZ w 2014 roku oszacowano na kwotę 4.260.059,00 tys. zł, tj. o 96.442,00 tys. zł mniej niż w 2013 roku (4.304.504,00 tys. zł).

Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w 2012 roku poza granicami województwa leczono się 60.300 pacjentów zamieszkałych na terenie województwa łódzkiego. Wartość zrealizowanych na ich rzecz świadczeń wyniosła ogółem 217.538 tys. zł. Najwięcej, bo aż ponad połowa pacjentów (53,5%) skorzystała poza regionem ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednak najbardziej kosztowne były świadczenia leczenia szpitalnego, stanowiące 76,6% wartości wszystkich świadczeń – udzielono je prawie jednej trzeciej (30,2%) pacjentów leczących się poza granicami województwa.

I.4. PROMOCJA ZDROWIA I PROFILAKTYKA CHORÓB

Profilaktyka i ochrona zdrowia jest zadaniem ustawowym poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto, działania z zakresu profilaktyki w Łódzkiem są podejmowane i finansowane przez wiele innych instytucji takich jak: Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, Regionalne Centrum Polityki Społecznej czy stacje sanitarno-epidemiologiczne.

W latach 2006-2012 **Samorząd Województwa Łódzkiego** finansował realizację łącznie 17 programów i akcji skierowanych do różnych grup odbiorców, wydając na ten cel kwotę 2.732.168,97 zł. Programy adresowane do dzieci miały na celu m.in.: zapobieganie próchnicy, wczesne wykrywanie alergii, wad wzroku, postawy, słuchu, zapobieganie zaburzeniom depresyjnym oraz gruźlicy. Działania skierowane do osób dorosłych pozwalały na wczesną diagnostykę nowotworów jelita grubego, piersi oraz górnych dróg oddechowych, a także umożliwiały wykrywanie jaskry, cukrzycy, gruźlicy oraz zaburzeń funkcji poznawczych. We wszystkich Programach realizowanych w latach 2006 -2012 wzięły udział łącznie 45.494 osoby, co stanowi ok. 1,8% populacji zamieszkującej region.

II. ANALIZA SWOT

W celu uporządkowania i zhierarchizowania istotnych dla polityki zdrowotnej regionu czynników zastosowano technikę analizy SWOT. W ramach analizy SWOT przeprowadzono klasyfikację czynników do kategorii: mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia. W obrębie każdej kategorii czynniki zestawiono według ich ważności i znaczenia dla polityki zdrowotnej województwa łódzkiego.

Mocne strony

- podmioty lecznicze dysponujące specjalistyczną bazą diagnostyczną i terapeutyczną (w tym szpitale kliniczne i instytuty),
- wdrażanie innowacyjnych technologii w medycynie (zakup aparatury i sprzętu medycznego),
- podmioty lecznicze posiadające certyfikaty jakości lub akredytację Centrum Monitorowania Jakości,
- opieka zdrowotna nakierowana głównie na diagnostykę i leczenie,
- zaangażowanie wielu podmiotów w realizację programów profilaktycznych na terenie województwa,
- wyższa uczelnia medyczna - Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
- dobrze wykształcona kadra medyczna,
- działalność organizacji pozarządowych i podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Słabe strony

- niekorzystna sytuacja demograficzna i epidemiologiczna województwa,
- rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne w związku ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem odsetka osób powyżej 65 roku życia w populacji,
- niewystarczające zasoby kadrowe (m.in. z zakresu medycyny ratunkowej, paliatywnej, geriatрії) oraz łóżkowe (np. opieka długoterminowa, geriatría),
- emigracja specjalistycznych kadr medycznych,
- niezadowalający stan techniczny infrastruktury części podmiotów leczniczych w zakresie budynków oraz aparatury i sprzętu medycznego,
- brak koordynacji działań podmiotów realizujących promocję, edukację zdrowotną i profilaktykę chorób,
- niska świadomość zdrowotną mieszkańców na temat profilaktyki chorób i zachowań prozdrowotnych,
- niska zgłaszalność na profilaktyczne badania populacyjne,
- niewystarczające nakłady na ochronę zdrowia ze środków publicznych,
- brak spójnej polityki zdrowotnej (wielość organów założycielskich dla podmiotów leczniczych),
- niewystarczająca współpraca głównych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej,
- długi czas oczekiwania na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych,
- nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych na terenach wiejskich i miejskich.

Szanse:	Zagrożenia:
<ul style="list-style-type: none">– możliwość zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych,– aktywizacja mieszkańców i innych podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia, w tym organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki,– wdrożenie unijnych standardów opieki zdrowotnej,– możliwość pozyskania środków z UE na poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych,– rozszerzenie oferty świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych,– wyspecjalizowanie szpitali wojewódzkich w konkretnych zakresach świadczeń.	<ul style="list-style-type: none">– nasilenie się negatywnych procesów demograficznych i niekorzystnych tendencji epidemiologicznych,– pogarszanie się sytuacji społeczno-ekonomicznej mieszkańców,– utrzymanie się niskiej świadomości zdrowotnej populacji regionu,– niewystarczające środki finansowe na inwestycje w podmiotach leczniczych,– niewystarczające środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych,– rosnąca konkurencja podmiotów leczniczych starających się o środki zewnętrzne,– pogarszanie się sytuacji finansowej podmiotów leczniczych.

III. CELE

Na podstawie analizy danych odzwierciedlających warunki życia i poziom zdrowotności mieszkańców regionu oraz wyników monitoringu realizacji celów „Programu Wojewódzkiego – Strategii Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” określono kierunki rozwoju polityki zdrowotnej regionu na lata 2014-2020.

Cel nadrzędny jakim jest :

Poprawa wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego

będzie realizowany poprzez działania wynikające z: **4 celów strategicznych** oraz **13 celów operacyjnych** dotyczących całego województwa i realizowanych przez różne podmioty w regionie, funkcjonujące w obszarze zdrowia, z wykorzystaniem różnych źródeł finansowania.

Cele strategiczne i operacyjne wyznaczają główne kierunki rozwoju regionu łódzkiego w obszarze zdrowia, w kolejnych latach. Ich optymalna realizacja zależy od współdziałania podmiotów, o których mowa powyżej, ale w szczególności różnych organów tworzących/założycielskich dla podmiotów działalności leczniczej, a także płatnika świadczeń zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyznaczone cele mogą w trakcie obowiązywania Strategii ulegać zmianie pod kątem dostosowania ich do wprowadzanych przepisów prawa.

Głównym realizatorem działań określonych w niniejszym dokumencie będzie Samorząd Województwa Łódzkiego.

Ramy czasowe działań: lata 2014 - 2020.

Cel strategiczny 1.	KOORDYNACJA DZIAŁAŃ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W REGIONIE
Cel operacyjny 1.1.	Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej jako platforma komunikacji i współpracy
Cel operacyjny 1.2.	Współpraca z konsultantami wojewódzkimi
Cel strategiczny 2.	POPRAWA SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB I PROMOCJI ZDROWIA
Cel operacyjny 2.1.	Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia
Cel operacyjny 2.2.	Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”
Cel strategiczny 3.	POPRAWA DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH
Cel operacyjny 3.1.	Rozwój opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory
Cel operacyjny 3.2.	Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia
Cel operacyjny 3.3.	Rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej
Cel operacyjny 3.4.	Poprawa dostępu do opieki rehabilitacyjnej
Cel operacyjny 3.5.	Poprawa wybranych wskaźników w zakresie opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na zaburzenia psychiczne
Cel operacyjny 3.6.	Rozwój wysokospecjalistycznej opieki okołoporodowej
Cel operacyjny 3.7.	Wzmocnienie infrastruktury ratownictwa medycznego
Cel strategiczny 4.	POPRAWA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH
Cel operacyjny 4.1.	Wzmocnienie infrastruktury ochrony zdrowia poprzez stosowanie nowoczesnych technologii
Cel operacyjny 4.2.	Wprowadzanie systemów zarządzania jakością, udział w procedurze akredytacyjnej, badanie satysfakcji pacjentów

III.1. CEL NADRZĘDNY

Celem nadrzędnym Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 jest: „**Poprawa wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego**”.

Poprawa stanu zdrowia populacji to podstawowy i najistotniejszy cel wszelkich działań podejmowanych w obszarze polityki zdrowotnej. Poprawę stanu zdrowia można rozpatrywać w kilku wymiarach m.in. prewencji chorób i niepełnosprawności, zapobiegania zaostrzeniom choroby oraz zapobiegania zgonom (zmniejszania śmiertelności).

Ocena stanu zdrowia populacji stanowi podstawę racjonalnego planowania działań w polityce zdrowotnej, służy określeniu potrzeb zdrowotnych populacji oraz dostarcza informacji o skuteczności dotychczas podejmowanych rozwiązań.

Zmiany, które dokonują się w tym obszarze można monitorować poprzez analizę tzw. mierników stanu zdrowia populacji. Do oceny stopnia realizacji celu głównego Strategii Polityki Zdrowotnej zostaną zastosowane przede wszystkim tzw. negatywne mierniki zdrowia, dotyczące częstości występowania zgonów ogółem i z powodu ich głównych przyczyn: chorób układu krążenia, oraz nowotworów. Duże możliwości oceny stanu zdrowia daje również analiza wskaźników zapadalności i chorobowości; w tym przypadku można jedynie mówić o rejestrach obejmujących zachorowania na choroby nowotworowe, zakaźne czy zawodowe pamiętając, że bazują one na przypadkach zarejestrowanych danego rozpoznania.

Podejmując działania mające doprowadzić do poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa należy zaznaczyć, że ich efekty będą prawdopodobnie widoczne po wielu latach oraz pamiętać, że na stan zdrowia człowieka wpływa wiele innych czynników w stopniu znacznie większym niż opieka zdrowotna¹⁴. Znaczący udział we wpływie na zdrowie mają czynniki związane ze stylem życia (w 50-60% stan zdrowia człowieka zależy od stylu życia), stąd zorientowanie opieki zdrowotnej na promocję zdrowia, kształtowanie zachowań prozdrowotnych i profilaktykę chorób powinno być naturalnym kierunkiem działań.

¹⁴ Lalonde, M. (1981): A New Perspective on the Health of Canadians. www.phac-aspc.gc.ca

W 1995 r. B. Badura oszacował procentowy wpływ różnych czynników na umieralność z powodu chorób. (Badura B., „What is and What Determines Health” w książce „Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe”, Eds.: Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, München, 1995.) I tak na umieralność z powodu chorób układu krążenia odpowiednio miały wpływ: w wymiarze 25% biologia, 9% środowisko, 54% styl życia i 12% ochrona zdrowia. W przypadku nowotworów odsetki te wynosiły odpowiednio 29, 24, 37 i 10, a w umieralności ogólnej 20 - biologia, 20 - środowisko, 50 - styl życia i 10 - ochrona zdrowia. Według różnych koncepcji za stan zdrowia w 70 % - 80% odpowiadają styl życia i środowisko.

III.2. MIERNIKI STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW REGIONU

Poniżej przedstawiono wybrane mierniki stanu zdrowia, na podstawie których można dokonać oceny stopnia realizacji celu nadrzędnego Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

WSKAŹNIK	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	ŹRÓDŁO
współczynnik zgonów (na 1 tys. ludności)	12,42 (2012 r.)	10,00 (na poziomie średniej krajowej w 2012 r.)	GUS ¹⁵
współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia (na 10 tys. mieszkańców)	54,0 (2011 r.)	44,1 (na poziomie średniej krajowej w 2011 r.)	GUS
współczynnik zgonów z powodu nowotworów (na 10 tys. mieszkańców)	28,3 (2011 r.)	24,9 (na poziomie średniej krajowej w 2011 r.)	GUS
przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn	70,6 (2012 r.)	72,7 (na poziomie średniej krajowej w 2012 r.)	GUS
przeciętne dalsze trwanie życia kobiet	79,8 (2012 r.)	81,0 (na poziomie średniej krajowej w 2012 r.)	GUS
współczynnik zgonów niemowląt (na 1 tys. urodzeń żywych)	4,2 (2012 r.)	3,6 (na poziomie województwa o najniższej wartości wskaźnika w 2012 r.)	GUS

¹⁵ Główny Urząd Statystyczny

III.3. CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE

CEL STRATEGICZNY 1.

KOORDYNACJA DZIAŁAŃ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W REGIONIE

Wielość podmiotów tworzących dla placówek leczniczych w regionie znajduje odzwierciedlenie w braku spójnej polityki zdrowotnej.

W celu wypracowania zasad współdziałania przedstawicieli różnych instytucji funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia w województwie konieczne jest stworzenie platformy umożliwiającej komunikację oraz wymianę doświadczeń i poglądów. Zespoły robocze lub rady powoływane do prac nad kluczowymi kwestiami dotyczącymi opieki zdrowotnej mogą być krokiem w kierunku zintegrowania działań na poziomie regionalnym, a tym samym mogą przyczynić się do przeciwdziałania ich nadmiernej fragmentaryzacji.

Cel operacyjny 1.1.

Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej jako platforma komunikacji i współpracy

Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej została powołana Uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego w 2012 roku. Rada jest ciałem o charakterze konsultacyjno-opiniotwórczym, której celem jest wspieranie Zarządu Województwa Łódzkiego w zakresie podejmowanych działań dotyczących funkcjonowania, planowania i organizacji polityki zdrowotnej w regionie. W skład Rady, oprócz przedstawicieli Samorządu Województwa Łódzkiego (Zarządu i Sejmiku), wchodzi reprezentanci władz miasta Łodzi, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Konwentu Powiatów Województwa Łódzkiego, Wojewody Łódzkiego, Łódzkiego Oddziału Stowarzyszenia Managerów Opieki Zdrowotnej, Zrzeszenia Szpitali Województwa Łódzkiego, Zrzeszenia Szpitali Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego, Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Rady Lekarskiej, Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Zgromadzenie przedstawicieli tak wielu instytucji funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia umożliwia profesjonalne i rzetelne opiniowanie dokumentów opracowywanych przez Zarząd Województwa Łódzkiego oraz buduje platformę wymiany dobrych praktyk i doświadczeń, co przyczynia się do rozwoju spójnej polityki zdrowotnej regionu.

W celu zacieśnienia współpracy pomiędzy różnymi interesariuszami ochrony zdrowia w województwie działalność Regionalnej Rady Polityki Zdrowotnej będzie kontynuowana, przyjmując pod swoje obrady kluczowe problemy regionu w obszarze zdrowia.

Termin realizacji: realizacja ciągła od 2014 r.

Cel operacyjny 1.2.

Współpraca z konsultantami wojewódzkimi

W celu zapewnienia mieszkańcom województwa łódzkiego adekwatnej do ich potrzeb (zarówno w zakresie profilaktyki, jak i diagnostyki oraz leczenia, a zarazem uwzględniającej zasoby kadrowo-infrastrukturalne podmiotów leczniczych) opieki zdrowotnej, konieczna jest ścisła współpraca przedstawicieli organów tworzących oraz decyzyjnych w systemie ochrony zdrowia z konsultantami wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz nauk mających zastosowanie w medycynie. Konsultanci, obok wiedzy na temat funkcjonowania systemu w praktyce, mogą odnieść się także do kwestii dotyczących rozwoju naukowego poszczególnych gałęzi medycyny i związanych z nim szczególnym zapotrzebowaniem podmiotów leczniczych w naszym województwie.

W ramach współpracy, o której mowa powyżej, przygotowywane w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego dokumenty i opracowania (m.in. projekty programów zdrowotnych), celem zapewnienia im jak najwyższej wartości merytorycznej, przekazywane będą do oceny i zaopiniowania konsultantom wojewódzkim. Konsultanci wojewódzcy będą także zapraszani do prac dotyczących kluczowych kwestii organizacyjnych w opiece zdrowotnej regionu.

Termin realizacji: realizacja ciągła od 2014 r.

MIERNIKI REALIZACJI CELU STRATEGICZNEGO 1:

- ✓ Liczba zespołów/rad, zajmujących się problematyką z obszaru zdrowia, w których uczestniczy przedstawiciel Zarządu Województwa Łódzkiego lub Departamentu Polityki Zdrowotnej
- ✓ Odsetek dokumentów/spraw skonsultowanych z Regionalną Radą Polityki Zdrowotnej
- ✓ Odsetek dokumentów/spraw zaopiniowanych przez konsultantów wojewódzkich

CEL STRATEGICZNY 2.**POPRAWA SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB I PROMOCJI ZDROWIA**

W ramach promocji zdrowia podejmowane są działania, które umożliwiają ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, jego poprawę i utrzymanie. Celem profilaktyki jest zapobieganie chorobom i ich konsekwencjom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka ich wystąpienia oraz podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie lub hamujących chorobę. Szeroko rozumiana promocja zdrowia i profilaktyka chorób prowadzi do ograniczenia niepełnosprawności w populacji, a także zapobiega powstawaniu niekorzystnych wzorców zachowań społecznych. Współcześnie uznaje się, że jedną z dróg prowadzących do celu promocji zdrowia, jakim jest umacnianie zdrowia człowieka, może być doskonalenie jego tzw. „health literacy” czyli „kompetencji zdrowotnych”.

Wspomaganie kompetencji zdrowotnych populacji, rozumianych jako m.in. posiadanie wiedzy i umiejętności jak i gdzie poszukiwać informacji dotyczących wpływu różnorodnych czynników na zdrowie, zdolność krytycznego ich oceniania, rozumienia zależności, co daje podstawy do identyfikacji tych determinantów, a w sprzyjającym otoczeniu również do ich modyfikacji - czyli dokonywania właściwych wyborów zdrowotnych, jest niewątpliwie ważnym, choć często pomijanym aspektem profilaktyki zdrowotnej.

Na terenie województwa łódzkiego od wielu lat podejmowane są różnorodne inicjatywy profilaktyczne i promujące zdrowie. Niestety ich skuteczność często jest niezadowalająca. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w rozproszeniu działań (terytorialnym oraz instytucjonalnym), niewystarczających nakładach finansowych, niskiej świadomości zdrowotnej mieszkańców, nieskutecznych kampaniach informacyjno-edukacyjnych, ale przede wszystkim w braku koordynacji działań w regionie.

Niniejszy cel wskazuje na konieczność intensyfikacji i usprawnienia realizowanych działań, dzięki czemu poprawi się ich efektywność, zwiększy się liczba mieszkańców regionu, którzy z nich korzystają, co w konsekwencji może wpłynąć pozytywnie na świadomość i stan zdrowia populacji województwa, w tym zachorowalność i śmiertelność.

Przy realizacji działań niezwykle ważnym elementem jest współpraca w tym zakresie pomiędzy różnymi podmiotami funkcjonującymi w obszarze ochrony zdrowia (np. jednostkami samorządu terytorialnego, administracji rządowej szczebla wojewódzkiego, uczelniami wyższymi, służbami sanitarno-epidemiologicznymi, Narodowym Funduszem Zdrowia, podmiotami leczniczymi oraz organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie).

Cel operacyjny 2.1.**Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia**

Realizowane programy i działania zdrowotne, zarówno te stanowiące kontynuację z lat ubiegłych, jak również nowe inicjatywy, powinny być ukierunkowane na ważne dla mieszkańców województwa łódzkiego problemy zdrowotne, wyznaczone m.in. obserwowanymi tendencjami demograficzno-epidemiologicznymi, z uwzględnieniem potrzeb lokalnych w tym zakresie oraz kłaść szczególny nacisk na ich aspekt edukacyjny.

Grupy, które w szczególny sposób zostaną objęte profilaktyką to populacja wieku rozwojowego (dzieci i młodzież), a także osoby starsze.

Aby zapewnić wysoki poziom merytoryczny oraz dostosowanie do potrzeb regionalnych planowane do realizacji działania powinny być uzgadniane z konsultantami wojewódzkimi w odpowiednich dziedzinach medycznych lub innymi ekspertami, a także przekazywane do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM).

Działania profilaktyczne oraz promujące zdrowie będą realizowane przy pomocy różnorodnych narzędzi i metod oraz wieloma kanałami informacyjnymi.

Szczególny nacisk zostanie położony na rozbudowę i udoskonalanie elektronicznych form komunikacji ze społeczeństwem. Treści edukacyjne i informujące o podejmowanych działaniach będą umieszczane w dedykowanych profilaktyce i ochronie zdrowia serwisach internetowych, m.in. zarządzanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego.

Termin realizacji: realizacja ciągła od 2014 r.

Cel operacyjny 2.2.**Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”**

Realizacja programów zdrowotnych oraz działań profilaktycznych stanowi stały element działalności Samorządu Województwa. W celu usystematyzowania aktywności w tym zakresie opracowany zostanie „Plan działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”, weryfikowany i aktualizowany w zależności od identyfikowanych potrzeb, prognoz epidemiologicznych, w oparciu o dostępne dane.

Zadania wynikające z „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego” obejmować będą szeroki wachlarz propozycji profilaktycznych dla mieszkańców regionu w różnym wieku, w tym m.in. badania diagnostyczne, oddziaływania edukacyjne kształtujące prawidłowe zachowania i postawy prozdrowotne wśród mieszkańców

województwa łódzkiego. Realizacja „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego” będzie finansowana między innymi ze środków budżetu Województwa Łódzkiego.

Zapewniony zostanie dominujący udział programów i działań z zakresu profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia mających uzasadnienie w zjawiskach epidemiologiczno-demograficznych w ogólnej liczbie programów i działań.

Termin realizacji: do 06. 2015 r.

MIERNIKI REALIZACJI CELU STRATEGICZNEGO 2:

- ✓ Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”
- ✓ Odsetek osób uczestniczących w programach polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego do liczebności populacji docelowej
- ✓ Udział (w całości wydatkowanych środków na wszystkie działania profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego) środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia w zakresie chorób układu krążenia
- ✓ Udział (w całości wydatkowanych środków na wszystkie działania profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego) środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia w zakresie chorób nowotworowych
- ✓ Odsetek palaczy w województwie łódzkim

CEL STRATEGICZNY 3**POPRAWA DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH**

Województwo łódzkie charakteryzują duże nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Wpływa na to między innymi szczególnie struktura demograficzna regionu, nierównomierne rozlokowanie zasobów opieki medycznej, a co za tym idzie także świadczeń zdrowotnych, jak również uwarunkowania systemowe związane z niedostatecznym finansowaniem świadczeń zdrowotnych w niektórych zakresach.

W celu zniwelowania istniejących nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeciwdziałaniu ich pogłębianiu należy podjąć działania nakierowane na rozwój deficytowych, choć kluczowych dla regionu gałęzi opieki medycznej. Należą do nich m.in. opieka długoterminowa, opieka okołoporodowa, geriatryka, onkologia, rehabilitacja, kardiochirurgia i leczenie udarów mózgu.

Oprócz mapy potrzeb dla województwa łódzkiego, przygotowywanej przez Wojewodę, Samorząd Województwa Łódzkiego opracuje plan rozwoju podmiotów leczniczych, dla których jest organem tworzącym, uwzględniający aktualne zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a także możliwości kadrowo-infrastrukturalne jednostek.

Cel operacyjny 3.1.**Rozwój opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory**

Nowotwory stanowią od wielu lat drugą pod względem częstości przyczynę zgonów w województwie łódzkim. W 2011 roku najczęściej zgłaszanymi wśród mężczyzn nowotworami złośliwymi były nowotwory oskrzela i płuc, gruczołu krokowego, inne nowotwory złośliwe skóry, pęcherza moczowego oraz okrężnicy. Spośród ogółu raportowanych nowotworów złośliwych u kobiet najczęściej zgłaszano nowotwory sutka, oskrzela i płuca, inne nowotwory złośliwe skóry, trzonu macicy oraz okrężnicy. Zgodnie z prognozami Centrum Onkologii w Warszawie¹⁶ zarówno liczba zachorowań na nowotwory złośliwe, jak i liczba zgonów nimi spowodowana będą rosły.

W świetle danych demograficzno-epidemiologicznych konieczna jest intensyfikacja działań nastawionych na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych (w tym edukację zdrowotną mieszkańców województwa) oraz ich coraz skuteczniejsze i szybsze leczenie.

Proces leczenia, będąc niezwykle złożonym, wymaga udoskonalania w wielu aspektach: prawidłowo funkcjonujących, przyjaznych pacjentowi poradni, niezawodnej aparatury diagnostycznej

¹⁶ „Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku”, Centrum Onkologii w Warszawie

i terapeutycznej, profesjonalnych sal operacyjnych, nowoczesnych oddziałów szpitalnych oraz specjalistycznej i wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej.

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń onkologicznych pacjentom spoza aglomeracji łódzkiej należy uruchomić komórki organizacyjne w innych szpitalach wielospecjalistycznych, które będą oferowały świadczenia z zakresu m.in. chemioterapii i radioterapii.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 3.2.

Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia

Od wielu lat główną przyczyną zgonów w województwie łódzkim są choroby układu krążenia, zaś współczynnik zgonów z tego powodu na 10 tys. ludności należy do najwyższych w kraju. Spośród chorób układu krążenia najwięcej zgonów w województwie łódzkim w 2011 roku spowodowanych było chorobami naczyń mózgowych (23,5%), chorobą niedokrwinną serca (19,2%) oraz miażdżycą (16,3%).

O tym, jak poważny problem zdrowotny stanowią choroby układu krążenia w regionie świadczy także struktura hospitalizacji - od wielu lat najczęstszą przyczyną pobytu w szpitalu mieszkańców województwa łódzkiego są choroby układu krążenia - w 2012 roku odnotowano 89.711 hospitalizacji (16,29% wszystkich hospitalizacji). Do niekorzystnej sytuacji zdrowotnej w tym zakresie przyczynia się także postępujący proces starzenia się mieszkańców województwa.

Opis sytuacji demograficzno-epidemiologicznej regionu łódzkiego jednoznacznie wskazuje na konieczność intensyfikacji działań z zakresu profilaktyki (ukierunkowanych na wczesne wykrycie czynników ryzyka) i kompleksowego leczenia chorób układu krążenia, obejmującego w szczególności świadczenia kardiologiczne, kardiochirurgiczne, chirurgii naczyniowej.

Realizacja celu będzie przebiegać poprzez tworzenie nowych lub rozszerzenie bazy łódzkiej istniejących oddziałów udarowych. Kluczowe znaczenie będzie miało także uruchomienie ośrodka zapewniającego kompleksową profilaktykę oraz wielospecjalistyczną opiekę nad chorym z i po udarze.

Kolejnym działaniem zmierzającym do poprawy opieki nad pacjentem kardiologicznym będzie uruchomienie dodatkowego oddziału kardiochirurgicznego, co pozwoli na zabezpieczenie potrzeb w tym zakresie oraz poprawa dostępu do zabiegów kardiologii inwazyjnej poprzez utworzenie kolejnej pracowni hemodynamiki.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 3.3.**Rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej**

Województwo łódzkie należy do najstarszych demograficznie w kraju, co warunkuje specyficzne i ciągle wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, przede wszystkim z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz geriatry.

Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności województwa łódzkiego do 2035 roku będzie systematycznie maleć. W 2035 roku liczba kobiet i mężczyzn zmniejszy się o 13% w porównaniu do roku 2012.

W systemie zdrowia, w ramach opieki długoterminowej realizowane są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (przeznaczone dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują znaczne deficyty w samoopiece i które wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki oraz kontynuacji leczenia) oraz z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej (dla pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby).

Według stanu na koniec 2012 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 1.491 łóżek opieki długoterminowej (76 w oddziałach opieki paliatywnej, 1.406 w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych i 9 w jedynym w województwie, oddziale opieki hospicyjnej). Uwagę zwraca niewystarczająca liczba miejsc stacjonarnych; niezbędne jest również stworzenie stacjonarnego hospicjum.

Nakłady ponoszone na opiekę paliatywną w województwie łódzkim w przeliczeniu na jednego mieszkańca (7,49 zł) są niższe w porównaniu do średniej krajowej (8,31 zł); konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na opiekę paliatywną, tak aby osiągnąć minimum średni poziom krajowy.

Według danych prognostycznych Głównego Urzędu Statystycznego, osoby w wieku poprodukcyjnym w 2035 roku będą stanowić 28,8% ogółu mieszkańców województwa łódzkiego. Taka struktura demograficzna społeczeństwa powinna pociągać za sobą zmiany systemowe, które zapewniłyby osobom starszym korzystanie ze świadczeń opieki geriatrycznej. Obecnie seniorzy zmuszeni są do leczenia się, często równoległego, u wielu specjalistów, co generuje niepotrzebne koszty, zwiększa ryzyko polipragmazji i utrudnia dostęp do specjalistów osobom z innych grup wiekowych.

Aktualnie wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców ogółem wynosi w województwie łódzkim 0,1 i jest niższy niż dla Polski, dla której kształtuje się na poziomie 0,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców. Osiągnięcie średniej europejskiej tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców oznaczałoby potrzebę funkcjonowania w województwie około 500 łóżek (w 2012 roku w województwie funkcjonowało 16 łóżek geriatrycznych).

Niniejszy cel wskazuje na bezwzględną konieczność rozwoju opieki długoterminowej i geriatrycznej w województwie łódzkim poprzez rozbudowę istniejącej bazy łóżkowej. Niezbędne jest uruchomienie oddziałów/pododdziałów geriatrycznych, łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych jak również rozwój opieki nad chorymi przewlekle wentylowanymi.

Dodatkowo przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych i niesamodzielnych należy mieć na uwadze, że obok pomocy zapewnianej w systemie zdrowotnym konieczne jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych, wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 3.4.

Poprawa dostępu do opieki rehabilitacyjnej

Analiza prognoz demograficzno-epidemiologicznych dla regionu łódzkiego (w tym między innymi wydłużenie długości trwania życia, zwiększona liczba wypadków, urazów) jednoznacznie wskazuje na zwiększające się zapotrzebowanie populacji na świadczenia rehabilitacji leczniczej. W 2012 roku funkcjonowało w regionie 1.045 łóżek o profilu rehabilitacyjnym, w tym rehabilitacji ogólnej, dziecięcej, kardiologicznej i neurologicznej.

Prowadzenie efektywnej, odpowiednio wczesnej, ciągłej i kompleksowej rehabilitacji w przypadku wielu schorzeń może przywrócić sprawność lub ograniczyć niepełnosprawność pacjenta oraz umożliwić mu satysfakcjonujące funkcjonowanie w życiu społecznym oraz zawodowym. Podjęcie działań mających na celu poprawę organizacji i zwiększenie skuteczności kompleksowej rehabilitacji, w tym przede wszystkim pourazowej, przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa i zmniejszenia kosztów, jakie ponosi społeczeństwo z powodu wzrastającej liczby osób z niepełnosprawnościami.

Najpilniejsze działania, wynikające z potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa łódzkiego w obszarze opieki rehabilitacyjnej to m.in. poprawa dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach: ambulatoryjnych, ośrodka/oddziału dziennego i stacjonarnych (np. ogólnoustrojowej, pulmonologicznej, neurologicznej, mowy i słuchu oraz rehabilitacji dla dzieci i młodzieży), zapewnienie ciągłości opieki (umożliwienie korzystania z ambulatoryjnej lekarskiej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii w tej samej lokalizacji, co świadczenia stacjonarne).

W ramach realizacji celu, w pierwszej kolejności zostaną uruchomione oddziały/pododdziały: rehabilitacji neurologicznej, pulmonologicznej dla dzieci, a także zostanie wzmocniona baza rehabilitacji kardiologicznej.

Spodziewane efekty proponowanych zmian to wzrost jakości udzielanych świadczeń, poprawa stanu zdrowotnego mieszkańców województwa oraz racjonalizacja wydatków przeznaczonych na realizację potrzeb zdrowotnych w regionie.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 3.5.

Poprawa wybranych wskaźników w zakresie opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na zaburzenia psychiczne

Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia ponad 450 milionów ludzi na świecie cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, a do 2030 roku będą one stanowić ok. 15% wszystkich chorób.

Zaburzenia psychiczne są ogromnym obciążeniem dla osób chorych i ich rodzin; mogą powodować ograniczenie zatrudnienia, spadek wydajności pracy, często prowadzą do nasilenia zjawiska przemocy lub zachowań autodestrukcyjnych, w tym samobójczych. W krajach rozwijających się większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne jest zmuszona radzić sobie samemu ze swoimi obciążeniami. Sprzyja to napiętnowaniu społecznemu, a osoby chore stają się obiektem stygmatyzacji i dyskryminacji.

W celu poprawy opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na zaburzenia psychiczne w województwie łódzkim konieczne jest podjęcie szeregu działań m.in.: promujących zdrowie psychiczne, zapobiegających stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, dostosowujących bazę leczenia dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży do wskaźników, których wielkości wskazano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Priorytetem jest zapewnienie mieszkańcom regionu odpowiedniej dostępności, kompleksowości i ciągłości opieki psychiatrycznej.

Kontynuowana będzie realizacja „Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2011-2015” (RPOZP)¹⁷. Po okresie obowiązywania RPOZP, niezależnie od późniejszych wytycznych (wynikających np. z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego lub innych strategicznych dokumentów krajowych) Samorząd Województwa Łódzkiego będzie prowadził prace w celu m.in. zwiększenia świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych, zwiększenia skuteczności ich wczesnego wykrywania, zapobiegania stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i wprowadzenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w regionie.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

¹⁷ Program przyjęty przez ZWł w listopadzie 2011 r.

Cel operacyjny 3.6.**Rozwój wysokospecjalistycznej opieki okołoporodowej**

Województwo łódzkie od wielu lat znajduje się wśród regionów charakteryzujących się ujemnym przyrostem naturalnym (najwyższa w kraju ujemna wartość zarówno w liczbach bezwzględnych jak i we wskaźniku na 1.000 ludności).

Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka; wrodzone wady rozwojowe są przyczyną 34% zgonów niemowląt, a pozostałe zgony niemowląt są spowodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Poprawa jakości opieki okołoporodowej jak również rozwój medycyny prenatalnej przyczyniają się nie tylko do zmniejszenia zachorowalności i umieralności wśród niemowląt, ale także do obniżenia ryzyka występowania wad rozwojowych (tym samym zmniejszając koszty opieki nad dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi w przyszłości).

Realizacja założonego celu pozwoli na zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń opieki okołoporodowej, a uzupełnienie niedoborów sprzętowych w placówkach oferujących świadczenia z tego zakresu pozwoli na zoptymalizowanie diagnostyki i leczenia, zapewniając kompleksową pomoc dziecku przedwcześnie urodzonemu oraz jego rodzinie.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 3.7.**Wzmocnienie infrastruktury Ratownictwa Medycznego**

Za planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu ratownictwa medycznego oraz nadzór nad nim na terenie województwa odpowiada wojewoda i to on określa Wojewódzki Plan Działania Systemu. Strategia Polityki Zdrowotnej nie proponuje rozwiązań innych niż określone w planie ratownictwa dla województwa; wskazuje jedynie działania niezbędne z punktu widzenia poprawy jakości funkcjonowania jednostek systemu i jednostek współpracujących oraz bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

Ratownictwo medyczne to strategiczny element sprawnego systemu ochrony zdrowia. Jedną z jego zasadniczych struktur jest centrum urazowe stanowiące, zgodnie z ustawą o Państwowym Systemie Ratownictwa Medycznego, wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie oraz

kompleksowe leczenie pacjenta urazowego. Rolą centrum jest zabezpieczenie ciągłości szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowego leczenia w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu osób, u których wystąpiły ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Celem zwiększenia skuteczności udzielania świadczeń ratowniczych niezbędne są działania w zakresie poprawy infrastruktury centrum polegające m.in. na modernizacji bądź przebudowie oddziałów wchodzących w strukturę centrum urazowego oraz zapewnienie niezbędnego, wysokiej jakości sprzętu i aparatury medycznej. Na terenie województwa łódzkiego od kilku lat funkcjonuje jedno centrum urazowe, które zlokalizowane jest w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi.

Zasadniczy element warunkujący sprawne funkcjonowanie systemu państwowe ratownictwo medyczne stanowią zespoły ratownictwa medycznego. Niezbędne jest zatem podjęcie działań inwestycyjnych w modernizację taboru oraz doposażenie zespołów w sprzęt i aparaturę medyczną. Realizacja działań w tym zakresie pozwoli na podniesienie jakości i konkurencyjności świadczonych usług oraz zapewnienie sprawnego i bezpiecznego transportu pacjentów do podmiotów leczniczych.

Także użytkowane przez wiele lat szpitalne oddziały ratunkowe wymagają modernizacji w zakresie posiadanej infrastruktury, w tym zakupów sprzętu i aparatury medycznej zarówno w celu zapewnienia ciągłości bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, jak i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych. Konieczność systematycznego odnawiania bazy sprzętowej wynika z jednej strony z postępu dokonującego się w medycynie, a z drugiej - z relatywnie szybkiego zużywania się w związku z intensywną eksploatacją. Modernizacja oddziałów wpłynie korzystnie m.in. na dostępność do świadczeń zdrowotnych, poprawi komfort leczenia i usprawni pracę personelu.

Kluczowe znaczenie w procesie opieki nad chorymi w stanie zagrożenia życia lub z niewydolnością wielonarządową ma również infrastruktura oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii medycznej. Kompleksowa modernizacja infrastruktury bloków operacyjnych oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii jest niezbędna celem dostosowania ich do wymagań prawnych, których spełnienie warunkuje ich dalsze funkcjonowanie. Bloki operacyjne i oddziały anestezjologii i intensywnej terapii to istotne obszary działania wieloprofilowych szpitali zabiegowych, a jednocześnie najbardziej kosztochłonne pod względem inwestycyjnym. Przeprowadzone działania przyczynią się do poprawy funkcjonowania placówek, wzrostu dostępności, jakości udzielanych świadczeń medycznych, satysfakcji pacjentów, będą także miały pozytywny wpływ na rozwój infrastruktury sprzętowej i lokalowej związanej z diagnozowaniem i leczeniem chorób stanowiących w województwie istotny problem zdrowotny (choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu trawiennego, oddechowego).

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

MIERNIKI REALIZACJI CELU STRATEGICZNEGO 3:

- ✓ Opracowanie planu rozwoju podmiotów, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego
- ✓ Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych w poradniach: kardiologicznej, onkologicznej, rehabilitacyjnej, geriatrycznej, zdrowia psychicznego
- ✓ Nakłady na leczenie per capita w poszczególnych rodzajach i/lub zakresach świadczeń
- ✓ Liczba łóżek/miejsc opieki długoterminowej i geriatry
- ✓ Liczba łóżek/miejsc na oddziałach rehabilitacyjnych

CEL STRATEGICZNY 4.**POPRAWA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH**

Współczesne oczekiwania społeczne związane z systemem zdrowotnym nie ograniczają się jedynie do wprowadzania nowych, coraz lepszych technologii medycznych, ale również kładą nacisk na zapewnienie odpowiedniej i jak najwyższej jakości oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Zapewnienie jakości to planowe i systemowe działania, które dają pewność, że świadczone usługi spełniają określone wymagania.

Jakość w podmiotach leczniczych można rozpatrywać przynajmniej na trzech płaszczyznach: jakości, którą odzwierciedlają wyniki leczenia pacjentów (liczba zgonów pooperacyjnych, zakażeń szpitalnych/powikłań septycznych/działań niepożądanych), procesu (wdrażanie systemu zarządzania jakością); i wreszcie - orientacja na jakość jest ściśle związana z orientacją na konsumenta, a jej przejawem jest satysfakcja pacjenta z udzielonych mu świadczeń.

Systemy, które wspomagają doskonalenie jakości w podmiotach leczniczych to m.in. akredytacja oraz certyfikacja. Choć samo posiadanie certyfikatu nie świadczy o wysokiej jakości usług to niewątpliwie poddanie się audytom certyfikacyjnym zwiększa prawdopodobieństwo, że jakość usług medycznych będzie zgodna z prezentowaną polityką jakości, którą deklaruje dana placówka.

Inną kwestią, którą można rozpatrywać w kategoriach zapewniania odpowiedniej jakości i warunków świadczonych usług medycznych jest konieczność spełnienia przez podmioty lecznicze licznych wymogów formalno-prawnych, dotyczących ich dostosowania infrastrukturalnego i stosownego wyposażenia.

Niezmiernie istotną kwestią, która wymaga doskonalenia w podmiotach leczniczych jest umiejętność stosowania w codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej zasad medycyny opartej na dowodach (EBM - evidence based medicine) - systemu integrującego umiejętności kliniczne, system wartości i przekonań chorego z najlepszymi z możliwych do uzyskania danymi naukowymi.

Cel operacyjny 4.1.**Wzmocnienie infrastruktury ochrony zdrowia poprzez stosowanie nowoczesnych technologii**

Pomimo znaczących nakładów na infrastrukturę podmiotów leczniczych ponoszonych w ostatnich latach (z dużym udziałem środków europejskich) nadal problemem jest zużycie sprzętu medycznego i wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej. Dodatkowo zmieniają się wymagania płatnika świadczeń zdrowotnych w tym zakresie.

Tym samym wymiana wyeksploatowanego sprzętu i aparatury jest kluczowa dla zapewnienia bezpieczeństwa świadczonych usług zdrowotnych. Niezbędne jest również doposażenie istniejącej

infrastruktury w związku ze zwiększonym lub zmieniającym się zapotrzebowaniem na określony rodzaj świadczeń zdrowotnych.

Dodatkowo, mając na uwadze zapewnienie wysokiej jakości świadczeń będą realizowane działania nakierowane na wprowadzanie innowacyjnych technologii, stosowanie nowoczesnych rozwiązań, specjalistycznych procedur diagnozowania i terapii.

W związku z inwestycjami w nowoczesne technologie niezbędna może okazać się potrzeba modernizacji i rozbudowy istniejącej infrastruktury, m.in. elektroenergetycznej i teleinformatycznej. Optymalnym kierunkiem działań powinno być dostosowanie infrastruktury do potrzeb zdrowotnych populacji.

Termin realizacji: do 12. 2020 r.

Cel operacyjny 4.2.

Wprowadzanie systemów zarządzania jakością, udział w procedurze akredytacyjnej, badania satysfakcji pacjentów

W aktualnym stanie prawnym podmioty lecznicze nie mają obowiązku posiadania certyfikatu spełnienia norm ISO ani uzyskania akredytacji. Niemniej jednak płatnik świadczeń zdrowotnych w procedurze konkursowej stosuje system dodatkowej punktacji dla podmiotów posiadających stosowne dokumenty w przekonaniu, że działania podejmowane w tym zakresie przez podmioty lecznicze mają charakter i cel projakościowy.

Poddanie się procedurze akredytacyjnej oraz podjęcie działań zmierzających do wdrożenia systemu zarządzania jakością wpłynie korzystnie nie tylko na wizerunek podmiotów leczniczych, usprawni ich organizację i funkcjonowanie, lecz przede wszystkim znajdzie odzwierciedlenie w przebiegu procesu terapeutycznego obejmującego całość opieki nad pacjentem.

Aby poziom realizowanych świadczeń zdrowotnych utrzymywał się na stałym i jak najwyższym poziomie zalecanym rozwiązaniem jest systematyczne i rzetelne prowadzenie badań satysfakcji pacjentów, obejmujących bieżącą ocenę zadowolenia świadczeniobiorców za pomocą ankiet lub bezpośrednich rozmów z pacjentami.

W ramach realizacji celu zostanie opracowany plan monitorowania poziomu jakości w podmiotach, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego.

Termin realizacji: realizacja ciągła od 2014 r., w tym opracowanie planu monitorowania poziomu jakości w podmiotach, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego do 06.2015 r.

MIERNIKI REALIZACJI CELU STRATEGICZNEGO 4:

- ✓ Opracowanie planu monitorowania poziomu jakości w podmiotach, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego
- ✓ Odsetek podmiotów na terenie województwie łódzkiego z certyfikatem akredytacyjnym CMJ (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia)

IV. MONITORING STRATEGII POLITYKI ZDROWOTNEJ

Biorąc pod uwagę długi czas obowiązywania Strategii Polityki Zdrowotnej oraz fakt, że na realizację jej zapisów ma wpływ wiele czynników, w tym również ustawowych, które mogą spowodować wzrost znaczenia pewnych zadań lub też dezaktualizację innych, przewiduje się możliwość aktualizacji zapisów przedmiotowego dokumentu, w tym wprowadzania nowych celów zgodnie z identyfikowanymi na bieżąco potrzebami zdrowotnymi mieszkańców województwa łódzkiego.

Należy również zaznaczyć, że w Strategii zostały uwzględnione jedynie najpilniejsze obszary i działania, które można podjąć w tak krótkim czasie dla osiągnięcia celu nadrzędnego.

Poza monitorowaniem stopnia realizacji celu nadrzędnego, poprzez ocenę mierników charakteryzujących stan zdrowia populacji, analizowane będą działania podejmowane w ramach pozostałych celów (m.in. przy pomocy określonych dla każdego celu strategicznego mierników). Wykaz wszystkich mierników stosowanych do oceny stopnia realizacji założeń Strategii przedstawiono poniżej.

Sprawozdanie z realizacji Strategii sporządzane będzie co 2 lata – pierwsze powstanie w 2016 roku i będzie dotyczyć lat 2014-2015. Niniejszy dokument opracowywany będzie w Departamencie Polityki Zdrowotnej i przekazywany Regionalnej Radzie Polityki Zdrowotnej oraz Zarządowi Województwa Łódzkiego, celem jego zatwierdzenia.

CEL NADRZĘDNY:**Poprawa wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego**

Współczynnik zgonów (na 1 tys. ludności)

Współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia (na 10 tys. mieszkańców)

Współczynnik zgonów z powodu nowotworów (na 10 tys. mieszkańców)

Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn

Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet

Współczynnik zgonów niemowląt (na 1 tys. urodzeń żywych)

CEL STRATEGICZNY 1**Koordinacja działań w systemie ochrony zdrowia w regionie**

Liczba zespołów/rad, zajmujących się problematyką z obszaru zdrowia, w których uczestniczy przedstawiciel Zarządu Województwa łódzkiego lub Departamentu Polityki Zdrowotnej

Odsetek dokumentów/spraw skonsultowanych z Regionalną Radą Polityki Zdrowotnej

Odsetek dokumentów/spraw zaopiniowanych przez konsultantów wojewódzkich

CEL STRATEGICZNY 2**Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia**

Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa łódzkiego”

Odsetek osób uczestniczących w programach polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego do liczebności populacji docelowej

Udział (w całości wydatkowanych środków na wszystkie działania profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego) środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia w zakresie chorób układu krążenia

Udział (w całości wydatkowanych środków na wszystkie działania profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego) środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia w zakresie chorób nowotworowych

Odsetek palaczy w województwie łódzkim

CEL STRATEGICZNY 3**Poprawa dostępności usług zdrowotnych**

Opracowanie planu rozwoju podmiotów, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa łódzkiego

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych w poradniach: kardiologicznej, onkologicznej, rehabilitacyjnej, geriatrycznej, zdrowia psychicznego

Nakłady na leczenie per capita w poszczególnych rodzajach i/lub zakresach świadczeń

Liczba łóżek/miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej

Liczba łóżek/miejsc na oddziałach rehabilitacyjnych

CEL STRATEGICZNY 4**Poprawa jakości usług zdrowotnych**

Opracowanie planu monitorowania poziomu jakości w podmiotach, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa łódzkiego

Odsetek podmiotów na terenie województwa łódzkiego z certyfikatem akredytacyjnym CMJ (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia)