



WOJEWODA
DOLNOŚLĄSKI

Wojewódzki plan transformacji

województwa dolnośląskiego
na lata 2027-2031



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Ministerstwo
Zdrowia

Wrocław 2026

Spis treści

Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie	5
2. Główne obszary działań	9
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka.....	9
2.2. Podstawowa opieka zdrowotna	12
2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	15
2.4. Leczenie szpitalne.....	19
2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	22
2.6. Rehabilitacja medyczna	27
2.7. Opieka długoterminowa.....	31
2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna	33
2.9. Kadry	35
2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne	37
2.11. Sprzęt medyczny.....	40
2.12. Pozostałe działania.....	45
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	47

Dokument został przygotowany w ramach projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.

Wykaz skrótów

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (<i>ang. disability adjusted life-years</i>)
KPT	Krajowy Plan Transformacji
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MPZ	mapa potrzeb zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
DOW NFZ	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
NiŚOZ	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
RP	Rzeczpospolita Polska
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
SOLO	Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego
UE	Unia Europejska
ZRM	zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

Zgodnie z art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), wojewoda ustala dla obszaru województwa WPT, przy uwzględnieniu założeń wynikających z KPT na lata 2027-2031 i rekomendowanych kierunków działań wynikających z MPZ dla województwa dolnośląskiego.

Opracowany przez Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego dokument określa potrzeby zdrowotne społeczeństwa i wyzwania organizacji opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa, podmioty odpowiedzialne za wykonanie planu, szacunkowe koszty działań oraz wskaźniki realizacji poszczególnych działań.

Zgodnie z art. 95c ust. 8 ww. ustawy Wojewoda ogłasza WPT na lata 2027-2031 dla województwa dolnośląskiego, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do 15 lipca roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.

Zarządzanie złożonym i wielokierunkowym systemem opieki zdrowotnej wymaga strategicznego planowania, który jest niezbędnym narzędziem do osiągnięcia poprawy opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego w poszczególnych regionach województwa dolnośląskiego. Ustalone i przedstawione w niniejszym dokumencie działania planowane do realizacji w latach 2027-2031 odnoszą się wyłącznie do zapewnienia realizacji świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. Natomiast inwestycje, które zostały poddane ocenie w systemie IOWISZ przez Ministra Zdrowia lub Wojewodę Dolnośląskiego aktualnie są w trakcie realizacji lub zostały zrealizowane. Z uwagi na te uwarunkowania, uznano za nieuzasadnione wprowadzenie ich do niniejszego dokumentu jako niezbędne z punktu widzenia kreowania rozwoju polityki zdrowotnej w województwie dolnośląskim w kolejnym okresie jego obowiązywania. Zweryfikowane i poddane ocenie konkretne działania mają w swojej idei uzupełnić deficyt w zapotrzebowaniu na konkretne usługi medyczne w poszczególnych regionach województwa. Zatem uznano za uzasadnione uwzględnienie jedynie tych działań, które nie zostały jeszcze poddane ocenie zasadności inwestycji w sektorze ochrony zdrowia (IOWISZ). Zgodnie bowiem z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pozytywna OCI jest ważna 3 lata od jej wydania, a inwestycje mogą być realizowane na jej podstawie niezależnie od tego, czy zostaną uwzględnione w nowej edycji WPT. Teza ta odnosi się do działań uwzględnionych w WPT na lata 2022-2026 z ustalonym terminem realizacji wykraczającym poza okres obowiązywania tego dokumentu, tj.:

- 1) Budowa Nowego Szpitala Onkologicznego we Wrocławiu wraz z wyposażeniem zasobów infrastrukturalnych,
- 2) Budowa laboratorium diagnostyki molekularnej w ramach DCOPiH we Wrocławiu,
- 3) Utworzenie Senioralnego Centrum Innowacyjnej Rehabilitacji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu,
- 4) Utworzenie Instytutu Hematoonkologii na bazie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu,
- 5) Utworzenie poradni, pracowni diagnostycznych i terapeutycznych oraz łóżek stacjonarnych, wraz z wyposażeniem oraz utworzenie 14-łóżkowego oddziału radioterapii i terapii skojarzonej z zakładem radioterapii z 2 akceleratorami oraz poradni chirurgii onkologicznej na bazie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

W województwie dolnośląskim, biorąc pod uwagę znaczącą liczbę podmiotów leczniczych, rozległość terytorialną, a nade wszystko różnorodność świadczeń zdrowotnych oferowanych pacjentom, konieczne jest bezwzględne dążenie do zapewnienia optymalnego wykorzystania kadrowego i infrastrukturalnego w poszczególnych powiatach, które charakteryzują się niskim wskaźnikiem liczby wykonywanych procedur. Istotnym elementem inwestycji jest zakup nowych lub wymiana urządzeń, aż do osiągnięcia wartości mediany liczby urządzeń na 100 tys. dla krajów UE w odniesieniu do poszczególnych sprzętów/aparatury medycznej. Wobec rosnącego zapotrzebowania na usługi medyczne w kontekście ograniczonych zasobów systemu opieki zdrowotnej, szczególne nadzieje budzą nowoczesne technologie medyczne (nowoczesny sprzęt i aparatura medyczna), stąd należy spodziewać się wzrostu ich wykorzystania w zaopatrzeniu zdrowotnym populacji dolnośląskiej. Nowe urządzenia oferują wyższą rozdzielczość obrazowania lub czułość pomiarów, co umożliwia szybsze i dokładniejsze diagnozowanie (np. chorób cywilizacyjnych), często na wcześniejszym etapie. Skuteczniejsze i bezpieczniejsze leczenie, a także nowoczesny sprzęt pozwala na zastosowanie mniej inwazyjnych metod, co wiąże się z mniejszym bólem, mniejszym ryzykiem powikłań i krótszym czasem hospitalizacji.

Według prognoz Urzędu Statystycznego do 2060 r. dojdzie do procentowej zmiany liczby ludności ogółem w województwie dolnośląskim. Prognozowany jest spadek o 16,3 %. Zjawisko to będzie dotyczyło 28 z 30 powiatów i miast na prawach powiatu. Największy zostanie odnotowany w m. Wałbrzychu o 41,6%. Jedynie w powiecie wrocławskim (o 46,2%) i średzkim (o 7,2%) przewiduje się wzrost liczby ludności.

Drugim negatywnym procesem demograficznym jest trwałe i pogłębiające się starzenie ludności województwa dolnośląskiego. Charakteryzuje się ono rosnącym udziałem osób w wieku poprodukcyjnym (65+) w populacji ogólnej oraz ujemnym

przyrostem naturalnym. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wzrósł z 29,3 w roku 2020 do 33,4 w roku 2024.

Powyższe zjawiska będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie i kondycję systemu ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim. Zmiany dotyczyć będą m.in. lokalizacji ośrodków opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, w szczególności POZ. Część z nich, znajdujących się na terenach szybko wyludniających się, prawdopodobnie będzie musiała ulec likwidacji, a nowe będą musiały zostać utworzone na terenach, gdzie wzrasta liczba populacji, tak by zapewnić optymalną opiekę zdrowotną na tych obszarach. Zmianie winny ulec również miejsca świadczenia usług takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i inne usługi wymagające częstej interakcji z pacjentem.

Wraz z obserwowanym starzeniem się społeczeństwa wymagane jest zapewnienie i wzmocnienie dostępności opieki długoterminowej oraz poprawy jej jakości.

Główne problemy zdrowotne występujące w populacji dolnośląskiej, analizowane zarówno pod względem przyczyn zgonów, zapadalności, chorobowości, jak i wskaźnika DALY, są analogiczne do problemów zdrowotnych występujących w całej populacji RP.

Analizując dane stwierdzono, że najbardziej istotnymi problemami zdrowotnymi niezmiennie pozostają choroby niedokrwienne serca, udary, nowotwory złośliwe tchawicy oskrzeli i płuc (pierwsze trzy miejsca w rankingu wg wartości bezwzględnej DALY). Widoczny jest także wzrost zachorowań na cukrzycę.

Zagrożenie życia z powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim jest o 34,7% wyższe od średniej ogólnopolskiej, co plasuje region na 3. miejscu w kraju pod względem umieralności.

Szczególnej uwagi wymaga problematyka chorób układu krążenia, schorzeń nowotworowych oraz przewlekłych chorób o charakterze degeneracyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem towarzyszących im zjawisk obniżających jakość życia.

Region dolnośląski zmagają się również z zakażeniami przenoszonymi przez kleszcze oraz powrotem niektórych chorób zakaźnych. Choroby, które przez dziesiątki ostatnich lat były w odwrocie powróciły. W raporcie epidemiologicznym pn. „Choroby zakaźne, zakażenia, zatrucia 2024” służby sanitarne informują o dużym wzroście zachorowań na krztusiec, odrę, kiłę i rzeżączkę.

Zasygnalizowane problemy należą głównie do kręgu zjawisk związanych z postępowaniem cywilizacyjnym oraz starzeniem się społeczeństwa. W kolejnych latach należy spodziewać się dalszego wzrostu ich istotności. Jednocześnie, jako iż są to zjawiska zdrowotne, które w znacznej części pozostają zależne od stylu życia, ich występowanie jest potencjalnie podatne na modyfikację w wyniku działań podejmowanych w zakresie zdrowia publicznego, stąd winny definiować główne

kierunki planowanych zmian. Z kolei przewlekły charakter przeważającej części głównych problemów zdrowotnych wymaga podkreślenia roli podejmowania działań dążących do zapewnienia ciągłości i komplementarności opieki zdrowotnej oraz poprawy współpracy jednostek i podmiotów leczniczych w procesie holistycznego leczenia.

Wojewódzka Rada ds. Potrzeb Zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego, po uwzględnieniu dokumentu określającego kierunki rozwoju pn.: „ZDROWA PRYSZŁOŚĆ”. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r.”, w tym Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej oraz danych statystycznych charakteryzujących nasze województwo w zakresie zdrowia publicznego, określiła w niniejszym dokumencie nowe cele i priorytety rozwoju województwa dolnośląskiego. Rada ta uznała, że w najbliższej przyszłości należy kontynuować działania zmierzające do zapewnienia społeczeństwu wczesnej diagnostyki i leczenia schorzeń, co w konsekwencji zapewni poprawę komfortu życia dolnoślązaków.

Ileć w dalszej części dokumentu jest mowa o regionie/obszarze należy przez to rozumieć teren byłych województw tj.: wrocławskiego, jeleniogórskiego, legnickiego i wałbrzyskiego.

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP, odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu oraz mają największy udział w zgonach.
- 2) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, spożywania alkoholu).
- 2) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności mieszkańców województwa dolnośląskiego na badania przesiewowe oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej tj. zwiększających zgłaszalność na badania mammograficzne, cytologię.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.1.1.	Przeprowadzanie kampanii informacyjno-edukacyjnych zwiększających zgłaszalność na badania przesiewowe w zakresie cytologii.	Niska zgłaszalność na badania kobiet w poszczególnych grupach wiekowych. Konieczna jest organizacja kampanii społecznych i działań edukacyjno-informacyjnych celem wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa i jej wpływu na zachowanie zdrowia.	Zwiększenie liczby korzystających z badań profilaktycznych. Zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i umieralności w grupach największego ryzyka.	Jednostki samorządu terytorialnego, NFZ, podmioty lecznicze	2027-2031	1 000 000 zł	Liczba osób, które skorzystały z dostępnych badań przesiewowych i profilaktycznych w danym roku
2.1.2.	Przeprowadzanie kampanii informacyjno-edukacyjnych zwiększających zgłaszalność na badania przesiewowe w zakresie mammografii.	Niska zgłaszalność na badania zarówno kobiet jak i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych. Konieczna jest organizacja kampanii społecznych i działań edukacyjno-informacyjnych celem wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa i jej wpływu na zachowanie zdrowia, zwłaszcza mężczyzn.	Zwiększenie liczby korzystających z badań profilaktycznych. Zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i umieralności w grupach największego ryzyka.	Jednostki samorządu terytorialnego, NFZ, podmioty lecznicze	2027-2031	1 000 000 zł	Liczba osób, które skorzystały z dostępnych badań przesiewowych i profilaktycznych w danym roku
2.1.3.	Przeprowadzanie kampanii zwiększających świadomość społeczną w zakresie szkodliwości palenia tytoniu, spożywania alkoholu, złych nawyków żywieniowych (otyłość),	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej). W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: - wysokie ciśnienie krwi - ok. 227 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, który wynosi 217 osób na 100 tys. ludności); - ryzyka żywieniowe – ok. 197 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, który wynosi 195 osób na 100 tys. ludności); - tytoń – ok. 180 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, który wynosi 147 osób na 100 tys. ludności). Województwo	Ograniczenie spożycia alkoholu i wyrobów tytoniowych (osób dorosłych i niepełnoletnich). Zmniejszenie chorobowości z powodu chorób układu krążenia. Zwiększenie aktywności fizycznej w każdej grupie wiekowej i dbałość o prawidłową masę ciała, poprzez racjonalne odżywienie. Zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu. Wzrost świadomości dotyczącej roli profilaktyki zdrowotnej i jej pozytywnego wpływu na zdrowie.	Jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze (w szczególności POZ)	2027-2028	1 000 000 zł	Liczba działań prewencyjnych w tym interwencji zrealizowanych w odniesieniu do roku poprzedniego Liczba kampanii społecznych i działań edukacyjnych.

		dolnośląskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez palenie tytoniu.					
2.1.4.	Przeprowadzanie kampanii edukacyjno-promocyjnych (5 w ciągu roku) budujących zaufanie do bezpieczeństwa i skuteczności szczepień.	Obserwowany jest spadek liczby szczepień i ryzyko nawrotu chorób zakaźnych. Wzrost liczby uchyleń od szczepień może skutkować pojawieniem się nowych ognisk. Niska zgłaszalność na szczepienia wynika głównie ze spadku zaufania społecznego, braku odpowiedniej edukacji zdrowotnej oraz trudności logistycznych. Zjawisko to ma wymiar nie tylko zdrowotny, ale także społeczno-ekonomiczny, bowiem koszty szczepień są znacznie niższe niż wartość utraconej produktywności z powodu chorób zakaźnych. Rekomenduje się wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego, poprzez prowadzenie kampanii sezonowych, ciągłych w zakresie m.in. HPV, WZW typu A i B, kierowanych do różnych grup społecznych wykorzystując metody tj. materiały wydawnicze, szkolenia personelu, prelekcje, konferencje i in.	Poprawa odporności populacji województwa dolnośląskiego	Inspekcje sanitarne, podmioty lecznicze, jednostki samorządu terytorialnego	Co rocznie do 2031	Roczny koszt to 100 000 zł	Liczba kampanii społecznych i działań edukacyjnych w danym roku

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie powyżej średniej krajowej. Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.
- 2) Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.
- 3) Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie polkowickim, zgorzeleckim oraz głogowskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).
- 4) Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekłe. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Dostosowanie rozmieszczenia jednostek POZ w województwie do zachodzących zmian demograficznych oraz obserwowanej tendencji wzrostu zapotrzebowania na świadczenia POZ w obszarach miejskich. Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.
- 2) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny

być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.

- 3) Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie „Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat górowski, milicki, lwówecki).
- 4) Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (alergologiczna, kardiologiczna, nefrologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
- 5) Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
- 6) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępnej liczby lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w powiatach z najniższym wskaźnikiem liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, w szczególności w powiatach: zgorzeleckim (14,1), polkowickim (14,7) oraz kamiennogórskim (17,4). Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępnej liczby pielęgniarek w powiatach z najniższym wskaźnikiem zatrudnienia pielęgniarek w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności, w szczególności w powiatach: wrocławskim (72,1), trzebnickim (76,5) oraz w mieście Wałbrzychu (83,8).
- 7) Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NIŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijanie świadomości o możliwości korzystania z NIŚOZ, w szczególności w powiatach z niską liczbą świadczeń przypadającą na mieszkańca, głównie w powiecie kłodzkim.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.2.1.	Utworzenie nowych i zakontraktowanie jednostek POZ na terenie województwa.	Od lat obserwowana jest migracja pacjentów z obszarów wiejskich do aglomeracji miejskich, co naturalnie wymusza konieczność zwiększenia zatrudnienia lekarzy rodzinnych w miastach. Najmniejsze placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w powiatach: głogowskim, kłodzkim, wrocławskim i oleśnickim. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,5 tys. osób i była niewiele mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są w powiatach o charakterze wiejskim, takich jak złotoryjski, górowski, kamiennogórski czy kłodzki. Liczba nowopowstałych jednostek POZ będzie uzależniona od wyników monitorowania dostępności do świadczeń w poszczególnych powiatach.	Zapewnienie optymalnej dostępności do POZ przypadających na 10 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie powyżej średniej krajowej.	NFZ w zakresie kontraktowania, jst i podmioty lecznicze w zakresie leczenia	2027-2031 brak możliwości określenia przez DOWNFZ dokładnych dat utworzenia nowych jednostek POZ	750 000 zł Średni koszt roczny funkcjonowania jednego POZ po stronie NFZ przy założeniu pozyskania 2 500 deklaracji (tj. 1 etat lekarza POZ.).	Liczba utworzonych POZ
2.2.2.	Rozszerzenie modelu opieki koordynowanej na pozostałych świadczeniodawców, którzy takiej umowy jeszcze nie zawarli, a także zwiększenie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w podmiotach już realizujących opiekę koordynowaną.	Zidentyfikowano niedoskonały poziom jakości opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, choroby serca, astma, POChP), wydłużone ścieżki pacjenta do specjalistów, brak zindywidualizowanych planów leczenia i stosunkowo słabą rolę lekarza rodzinnego. Dlatego konieczna jest integracja usług i ścisła współpraca lekarza POZ z resztą systemu, tworzenie zindywidualizowanych planów dla chorych przewlekłe, rozszerzenie listy badań diagnostycznych, które można wykonać w przychodni POZ.	Działanie to pozwoli na odciążenie AOS, zmniejszenie liczby pacjentów odsyłanych do leczenia szpitalnego w celach diagnostycznych. Poprawa kompleksowej opieki nad pacjentem.	podmioty lecznicze, NFZ	2027-2031 - brak możliwości określenia przez DOWNFZ dokładnych dat utworzenia nowych jednostek POZ z modelem koordynowanym	40 000 000 zł szacunkowy dodatkowy koszt roczny (przy założeniu objęcia wszystkich POZ działających na terenie województwa opieką koordynowaną).	Liczba podmiotów leczniczych realizujących opiekę koordynowaną. Liczba pacjentów korzystających z opieki koordynowanej Liczba podmiotów rozszerzających ścieżki w realizowanej opiece koordynowanej

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, w których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w RP, w tym w województwie dolnośląskim, niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 2) Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej i kardiologicznej minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: endokrynologicznych, endokrynologii dla dzieci, nefrologicznych, urologicznych, diabetologicznych dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc do poziomu średniej krajowej.
- 3) Skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na wizytę w ramach poradni AOS w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na świadczenia w poradniach: endokrynologicznej, endokrynologicznej osteoporozy, hepatologicznej, chorób naczyń, neurochirurgicznej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów wrocławskiego i średzkiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach

o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Jelenia Góra, Legnica, Wałbrzych, Wrocław) oraz w powiatach przy granicy województwa.

- 2) Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do świadczeń AOS poprzez utworzenie nowych poradni na obszarach, gdzie występują tzw. „Białe plamy”. Działanie powinno uwzględniać kierunki rozwoju określone w punkcie 2.3.2. dotyczącym zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez:
- zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad,
 - wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania).

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.3.1.	Utworzenie nowych i zakontraktowanie poradni na terenie województwa na obszarach, gdzie występują tzw. „białe plamy” w szczególności: a) diabetologia powiaty średzki, górowski, b) endokrynologia dla dzieci region jeleniogórski, wałbrzyski c) kardiologia dla dzieci region jeleniogórski, d) choroby płuc górowski, e) reumatologia kłodzki, f) ginekologia i położnictwo gm. Męcinka, Świeradów Zdrój, Twardogóra, g) ginekologia dla dziewcząt region legnicki, h) ortopedia górowski, i) otorynolaryngologia dla dzieci - region jeleniogórski, j) urologia średzki, k) geriatry region wałbrzyski.	Analizy danych DOW NFZ w zakresie braku dostępności na danym obszarze kontraktowania wskazują na konieczność poszerzenia dostępności do świadczeń w obszarach, gdzie nie są realizowane świadczenia w określonych zakresach. W okresie obowiązywania WPT mogą zaistnieć sytuacje w których wystąpi brak zabezpieczenia świadczeń w tym świadczeń nieuwzględnionych w planie, oraz dotyczących innych obszarów niż wskazane.	Utworzenie poradni w obszarach objętych białymi plamami zapewni wyrównanie zróżnicowania regionalnego i poprawi dostępność do specjalistycznych świadczeń. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, w zakresie kontraktowania NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń: a) diabetologia 348 000 zł, b) endokrynologia dla dzieci – 509 000 zł, c) kardiologia dla dzieci – 671 000,00 zł, d) choroby płuc 437 000 zł, e) reumatologia 737 000 zł, f) ginekologia i położnictwo 433 000 zł, g) ginekologia dla dziewcząt 373 000 zł, h) ortopedia 453 000 zł, i) otorynolaryngologia dla dzieci 493 000 zł, j) urologia 607 000 zł, k) geriatry 358 666 zł.	Liczba nowo utworzonych poradni we wskazanych zakresach i obszarach
2.3.2.	Utworzenie nowych i zakontraktowanie poradni na	Analizy danych DOW NFZ dot. liczb udzielania świadczeń oraz średnich	Wyrównanie zróżnicowania regionalnego w zakresie	podmioty wykonujące	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt	Liczba nowo utworzonych poradni we wskazanych zakresach

	terenie województwa dolnośląskiego w efekcie monitorowania dostępności do świadczeń w poszczególnych powiatach, gdzie liczba świadczeniodawców jest niewystarczająca, w tym w szczególności: Dla dorosłych: a) poradnia chorób naczyń region wałbrzyski, b) poradnia neurochirurgiczna region legnicki, c) poradnia chirurgii ogólnej powiat lubański, ząbkowicki, trzebnicki, wrocławski, d) nefrologiczna region wałbrzyski, e) urologiczna powiat lubański, głogowski, złotoryjski, legnicki, dzierzoniowski, milicki, oławski, trzebnicki, wrocławski, f) diabetologiczna powiat legnicki, kłodzki, oławski, trzebnicki, wrocławski, g) onkologiczna region wałbrzyski, h) gruźlicy i chorób płuc powiat zgorzelecki, polkowicki, złotoryjski, wołowski, i) geriatryczna region wrocławski, j) endokrynologia – region legnicki, wałbrzyski, Dla dzieci: a) poradnia neurologii dziecięcej region jeleniogórski i wałbrzyski, b) poradnia chirurgii dziecięcej region wałbrzyski, c) poradnia urologii dziecięcej województwo dolnośląskie. oraz d) pracowni histopatologicznych.	nakładów na obszary kontraktowania wskazują na konieczność poszerzenia dostępności do świadczeń we wskazanych obszarach. W okresie obowiązywania WPT mogą zaistnieć sytuacje w których wystąpi brak zabezpieczenia lub pogorszenie w dostępności do świadczeń w tym nieuwzględnionych w planie, oraz dotyczących innych obszarów niż wskazane.	dostępności do świadczeń oferowanych w AOS.	działalność leczniczą, w zakresie kontraktowania NFZ		NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń: Dla dorosłych: a) poradnia chorób naczyń 536 000 zł, b) poradnia neurochirurgiczna 221 000 zł, c) poradnia chirurgii ogólnej 363 000,00 zł, d) nefrologiczna 386 000 zł, e) urologiczna 607 000 zł, f) diabetologiczna 348 000 zł, g) onkologiczna 491 474 zł, h) gruźlicy i chorób płuc 437 000 zł, i) geriatryczna – 358 666 zł, j) endokrynologia – 647 000 zł, Dla dzieci: a) poradnia neurologii dziecięcej 441 000 zł, b) poradnia chirurgii dziecięcej 439 000 zł, c) poradnia urologii dziecięcej 328 000 zł.	
--	---	---	--	---	--	---	--

2.4. Leczenie szpitalne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.
- 2) W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
- 3) Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach do potrzeb zdrowotnych (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.
- 4) Uruchomienie SOR w podmiocie/ach leczniczym realizującym/ch świadczenia dla dzieci.
- 5) Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR w przypadkach, w których nie występuje stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚSOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚSOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, a także zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym, w szczególności w ramach leczenia onkologicznego dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim.
- 2) W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniem medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.
- 3) Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.
- 4) Należy podnosić kompetencje personelu medycznego SOR i izb przyjęć w zakresie postępowania z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, m.in. poprzez egzekwowanie obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego, w tym ukończenia kursów z zakresu medycyny ratunkowej u dzieci.
- 5) Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.4.1.	Opracowanie planu wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej na terenie województwa.	Plan wdrożenia będzie podstawą dla podejmowanych decyzji strategicznych w zakresie kształtowania sieci oddziałów szpitalnych, inwestycji infrastrukturalnych oraz kontraktowania świadczeń. Powstanie w oparciu o wytyczne MZ oraz określi cele i sposób ich osiągnięcia. Będzie zawierał kamienie milowe określające etapy, horyzont czasowy oraz działania wspierające wdrożenie. Działanie powiązane z Działaniem 2.13.2.1 KPT oraz wynikającym z niego schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej – elementem dedykowanej strony internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (basiw.mz.gov.pl) w części 'Leczenie szpitalne'.	Dostosowanie struktury oddziałów szpitalnych w województwie do potrzeb zdrowotnych.	Wojewoda	Opracowanie planu wdrożenia do grudnia 2027	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Opracowany plan wdrożenia mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej na terenie województwa.
2.4.2.	Modernizacja, budowa, przebudowa, rozbudowa oddziałów szpitalnych oraz komórek organizacyjnych z nimi współpracujących wynikających z konieczności dostosowania infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.	W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych już zakontraktowanych w ramach umowy z NFZ. Działanie pozostaje bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym nie zwiększa liczby łóżek), z uwzględnieniem Regionalnego planu wdrożenia prognozy z MPZ.	Dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba wydanych pozytywnych opinii o celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla inwestycji dotyczących modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne.

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.
- 2) Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnych, szczególnie na południu i zachodzie województwa. W województwie funkcjonowały oddziały dzienne/ ośrodki leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu, a także ośrodki o specjalizacji ogólnej. Na terenie województwa funkcjonuje 5 hosteli, co wyróżnia się pozytywnie w porównaniu do innych województw.
- 3) Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych i zgodnie z wytycznymi NFZ.
- 2) Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez otwieranie poradni leczenia uzależnień ogólnych lub poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, szczególnie w rejonach ich pozbawionych, a więc powiatach na południu i zachodzie województwa. Utrzymanie istniejących hosteli dla osób uzależnionych.
- 3) Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.5.1.	Utworzenie i zakontraktowanie poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży lub CZP dla dzieci i młodzieży II poziom referencyjny w powiatach o ograniczonej dostępności do świadczeń (1 miejsce w powiecie): górowskim, jaworskim, kamiennogórskim, karkonoskim, legnickim, lubańskim, lwóweckim, oławskim, polkowickim, średzkim, strzelińskim, trzebnickim, wałbrzyskim, wołowskim, ząbkowickim.	Konieczność zapewnienia równomiernej dostępności przedmiotowych świadczeń we wszystkich powiatach województwa dolnośląskiego. Analiza przeprowadzona przez DOW NFZ różnic w rozmieszczeniu terytorialnym poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży lub CZP dla dzieci i młodzieży II poziom referencyjny na obszarze województwa, wskazuje na brak dostępu do przedmiotowych świadczeń we wskazanych obszarach kontraktowania.	Poprawa dostępności do przedmiotowych świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w zakresie kontraktowania NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń dla CZP dla dzieci i młodzieży II poziom referencyjny wynosi 2 397 000 zł lub dla CZP dla dzieci i młodzieży Poradnia Zdrowia Psychicznego II poziom referencyjny wynosi 1 332 000 zł.	Liczba utworzonych poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży lub CZP dla dzieci i młodzieży II poziom referencyjny
2.5.2.	Utworzenie i zakontraktowanie poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych specjalizujących się w świadczeniach psychogeriatrycznych na obszarze województwa.	Brak optymalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu psychogeriatry dla dorosłych. Na obszarze województwa dolnośląskiego występuje tylko dwóch świadczeniodawców specjalizujących się w udzielaniu świadczeń psychogeriatrycznych w poradni psychogeriatrycznej. Różnice w rozmieszczeniu terytorialnym poradni zdrowia psychicznego specjalizujących się w świadczeniach psychogeriatrycznych na obszarze województwa wskazuje na nierówny oraz ograniczony dostęp do przedmiotowych świadczeń. Analiza populacji w wieku 65+ w stosunku do aktualnie zakontraktowanych poradni wskazuje na konieczność zwiększenia dostępności do przedmiotowych świadczeń w województwie.	Poprawa dostępności do przedmiotowych świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w zakresie kontraktowania NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń: 923 000 zł.	Liczba utworzonych poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych specjalizujących się w świadczeniach psychogeriatrycznych

2.5.3.	Utworzenie po jednym zespole środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny) w powiecie górowskim i milickim.	Konieczność poprawy zabezpieczenia podstawowej pomocy psychologicznej dla dzieci w powiecie górowskim i milickim. Analiza DOW NFZ wykazała różnice w dostępie do wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa dolnośląskiego, wskazuje na konieczność zawarcia dodatkowych umów na realizację przedmiotowych świadczeń na obszarze wskazanych powiatów.	Poprawa dostępności do podstawowych świadczeń psychologicznych i psychoterapeutycznych dla dzieci jak najbliższej miejsca ich zamieszkania.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla zespołu – 532 000 zł.	Liczba utworzonych zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny)
2.5.4.	Utworzenie co najmniej jednego miejsca udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym w zakresie leczenia zaburzeń preferencji seksualnych oraz zaburzeń współżycia na terenie województwa dolnośląskiego.	Analiza przeprowadzona przez DOW NFZ potwierdza konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń preferencji seksualnych oraz zaburzeń współżycia z uwagi na brak świadczeniodawców na terenie województwa dolnośląskiego realizujących przedmiotową opiekę w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Obecnie świadczenia są realizowane tylko w kilku miejscach na terenie RP. Przedmiotowe świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane są na obszar województwa. Dlatego też wskazanie konkretnego powiatu nie jest możliwe.	Utworzenie miejsc udzielania świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń preferencji seksualnych oraz zaburzeń współżycia.	Jednostki samorządu terytorialnego, podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń: 923 000 zł.	Liczba utworzonych miejsc w zakresie leczenia zaburzeń preferencji seksualnych oraz zaburzeń współżycia
2.5.5.	Utworzenie poradni leczenia uzależnień na obszarze grupy powiatów regionu wałbrzyskiego (dzierzoniowski, kamiennogórski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, ząbkowicki, m. Wałbrzych) oraz grupy powiatów regionu wrocławskiego (milicki, oleśnicki, oławski, strzeliński, średzki, trzebnicki, wołowski, wrocławski, m. Wrocław) oraz poradni leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży w powiatach: bolesławieckim, dzierzoniowskim, górowskim, jaworskim, kamiennogórskim, karkonoskim, kłodzkim, legnickim, lubańskim, lubińskim, lwóweckim, milickim, oleśnickim, oławskim, polkowickim, strzelińskim, świdnickim, trzebnickim, wałbrzyskim,	Analiza przeprowadzona przez DOW NFZ wskazuje na różnice w rozmieszczeniu terytorialnym poradni specjalistycznych na obszarze województwa i braku dostępu do tego typu poradni we wskazanych obszarach kontraktowania. Wobec powyższego niezbędne jest poszerzenie dostępności do przedmiotowych świadczeń.	Wyrównanie zróżnicowania regionalnego w zakresie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej terapii uzależnień. Skrócenie czasu oczekiwania na usługę.	Jednostki samorządu terytorialnego, podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń dla poradni leczenia uzależnień: 221 000 zł oraz poradni leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży: 245 000 zł.	Liczba utworzonych poradni we wskazanych powiatach

	wołowskim, wrocławskim, złotoryjskim.						
2.5.6.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie opieki stacjonarnej w ramach specjalistycznej opieki psychiatrycznej na obszarze kontraktowania obejmującym województwo dolnośląskie.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 87,28%. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie specjalistycznego leczenia psychiatrycznego.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia psychiatryczne specjalistyczne - 1 761 000 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek specjalistycznej stacjonarnej opieki psychiatrycznej.
2.5.7.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie psychiatrii sądowej na obszarze kontraktowania obejmującym województwo dolnośląskie.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w zakresie opieki sądowej w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 101,14%. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie leczenia psychiatrii sądowej.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia w psychiatrii sądowej - 3 419 000 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek w zakresie psychiatrii sądowej.
2.5.6.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie opieki stacjonarnej w ramach specjalistycznej opieki psychiatrycznej na obszarze kontraktowania obejmującym województwo dolnośląskie.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 87,28%. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie specjalistycznego leczenia psychiatrycznego.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia psychiatryczne specjalistyczne - 1 761 000 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek specjalistycznej stacjonarnej opieki psychiatrycznej.
2.5.7.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie psychiatrii sądowej na obszarze kontraktowania obejmującym województwo dolnośląskie.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w zakresie opieki sądowej w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 101,14%. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie leczenia psychiatrii sądowej.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia w psychiatrii sądowej - 3 419 000 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek w zakresie psychiatrii sądowej.
2.5.8.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie leczenia uzależnień na obszarze kontraktowania obejmującym województwo dolnośląskie.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w zakresie leczenia uzależnień w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 80,94%. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie leczenia uzależnień.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia leczenia uzależnień - 1 699 000 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek w zakresie leczenia uzależnień.

2.5.9.	Zwiększenie liczby łóżek w zakresie opieki długoterminowej psychiatrycznej.	Analiza średniego obłożenia łóżek w szpitalach psychiatrycznych w zakresie opieki długoterminowej w województwie dolnośląskim w 2024 r. wyniosła 92,87 %. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie oddziałów ZOL o profilu psychiatrycznym.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy założycielskie podmiotów leczniczych, NFZ	2027-2029	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek: świadczenia psychiatryczne świadczenia opiekuńczo-lecznicze - 1 214 180 zł.	Liczba nowo utworzonych łóżek w zakresie psychiatrycznych świadczeń opiekuńczo-leczniczych.
2.5.10.	Utworzenie Centrum Koordynacji Opieki Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w powiatach: milickim, trzebnickim, oleśnickim, wołowskim i górowskim.	Istnieje potrzeba zapewnienia koordynacji działań pomiędzy podmiotami leczniczymi, oświatowymi i z zakresu zabezpieczenia społecznego w celu poprawy opieki w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Na obszarze pięciu powiatów objętych planowanym działaniem zamieszkuje ponad 53 tys. dzieci w wieku 3–18 lat. Ok. 10% tej populacji wymaga profesjonalnego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego.	Zapewnienie skutecznej koordynacji opieki pomiędzy podmiotami funkcjonującymi w różnych lokalizacjach. Takie rozwiązanie sprzyja ograniczeniu fragmentaryzacji świadczeń, skróceniu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej oraz racjonalnemu wykorzystaniu zasobów kadrowych i infrastrukturalnych w skali subregionu. Efektem działalności Centrum będzie m.in.: •koordynacja funkcjonowania trzech poziomów opieki na obszarze pięciu powiatów; •organizacja ścieżki pacjenta •wypracowanie standardów kwalifikowania pacjentów do poszczególnych form pomocy; •monitorowanie dostępności świadczeń i czasów oczekiwania; •współpraca z powiatami w zakresie tworzenia poradni i oddziałów dziennych; •inicjowanie działań szkoleniowych i edukacyjnych dla partnerów systemu	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, jst	2027-2029	Koszty inwestycyjne na realizację zadania – 2 460 000 zł	Liczba utworzonych Centrów Koordynacji Opieki Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży

2.6. Rehabilitacja medyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej w tym ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym - region jeleniogórski
- 2) Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, domowych i ambulatoryjnych.
- 3) Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich niedostateczna liczba
- 2) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.
- 3) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wzroku.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.6.1.	Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej na terenie województwa dolnośląskiego.	Ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową mieszkańców województwa dolnośląskiego i wzrost osób w wieku 65+ co w wielu przypadkach wiąże się z wielochorobowością, zaistniała potrzeba poprawy dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej na obszarze województwa. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do przedmiotowych świadczeń na terenie całego województwa	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek na oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi 2 500 000 zł.	Liczba nowych łóżek (zakończonych lub utworzonych).
2.6.2.	Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacji stacjonarnej na terenie województwa dolnośląskiego w zakresie rehabilitacji neurologicznej.	Ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową mieszkańców województwa dolnośląskiego i wzrost osób w wieku 65+ co w wielu przypadkach wiąże się z wielochorobowością, zaistniała potrzeba poprawy dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej na obszarze województwa. Średnie obłożenie łóżek w województwie dolnośląskim w zakresie rehabilitacji neurologicznej wynosi 87,71% W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do przedmiotowych świadczeń na terenie całego województwa. Zwiększenie liczby pacjentów kierowanych na rehabilitację z oddziałów neurologicznych	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek na oddziale rehabilitacji neurologicznej wynosi 2 328 000 zł.	Liczba nowych łóżek (zakończonych lub utworzonych).
2.6.3.	Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacji stacjonarnej na terenie województwa dolnośląskiego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.	Ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową mieszkańców województwa dolnośląskiego i wzrost osób w wieku 65+ co w wielu przypadkach wiąże się z wielochorobowością, zaistniała potrzeba poprawy dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na obszarze województwa.	Poprawa dostępności do przedmiotowych świadczeń na terenie całego województwa. Zwiększenie liczby pacjentów kierowanych na rehabilitację z oddziałów kardiologicznych.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek na oddziale rehabilitacji kardiologicznej: 2 113 000 zł	Liczba nowych łóżek (zakończonych lub utworzonych).

		Średnie obłożenie łóżek w województwie dolnośląskim w zakresie rehabilitacji kardiologicznej 62,98% dane BASIW.mz.pl W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalne co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.					
2.6.4.	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji zaburzeń wzroku.	Na terenie województwa w 2023 r. nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w RP, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Wyrównanie dostępności do przedmiotowych świadczeń na terenie całego kraju.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji zaburzeń wzroku: 675 000 zł	Liczba utworzonych ośrodków.
2.6.5.	Utworzenie ośrodków rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy na terenie województwa.	Na terenie województwa w 2023 r jedynie funkcjonowały 2 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,07 ośrodka na 100 tys. ludności; o 56% mniej niż średnia wartość dla RP),	Wyrównanie dostępności do przedmiotowych świadczeń na terenie całego województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy: 379 000 zł.	Liczba utworzonych ośrodków.
2.6.6.	Utworzenie ośrodków/oddziałów dziennych rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, w szczególności w regionie jeleniogórskim.	W rejonie jeleniogórskim zidentyfikowano deficyt świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci. Długi czas oczekiwania ogranicza skuteczność leczenia i obniża szanse na osiągnięcie sprawności. Konieczność sprawowania opieki nad takimi dziećmi przez opiekunów obciąża dodatkowo budżet państwa. Konieczne jest wdrożenie kompleksowej rehabilitacji i nowoczesnych form usprawniania.	Poprawa dostępności do ośrodków/oddziałów dziennych rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń: 2 287 000 zł.	Liczba utworzonych ośrodków/oddziałów dziennych.
2.6.7.	Utworzenie ośrodków/ oddziałów rehabilitacji dziennej w regionach wałbrzyskim, legnickim i jeleniogórskim.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 56 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,94 ośrodka na 100 tys. ludności, o 14% mniej niż średnio w RP).	Poprawa dostępności do ośrodków rehabilitacji dziennej.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej	Liczba utworzonych ośrodków/ oddziałów dziennych

						w ośrodku dziennym: 388 000, zł. rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/ oddziale dziennym: 514 000 zł	
--	--	--	--	--	--	--	--

2.7. Opieka długoterminowa

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
- 2) Zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP.
- 2) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.7.1.	Utworzenie nowych ośrodków opieki domowej na terenie powiatów: lwówecki, m. Jelenia Góra, głogowski, lubiński, m. Wałbrzych, oławski, wrocławski, m. Wrocław.	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 3,4 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 220, 9 (o 1% poniżej wartości dla RP) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 36% do 2040 r. Wobec takich prognoz istnieje potrzeba zaspokojenia potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikających również z przewidywanym spadkiem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Uzyskanie poprawy w dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych poprzez zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt dla 10 pacjentów objętych opieką w zakresie świadczeń udzielanych w warunkach domowych przy założeniu 1 etatu pielęgniarki – 283 000 zł.	Liczba udzielonych świadczeń we wskazanych zakresach w stosunku do roku poprzedniego. Liczba pacjentów korzystających z usług.
2.7.2.	Utworzenie nowych ośrodków opieki stacjonarnej lub zwiększenie potencjału w już istniejących zakładach opiekuńczo-leczniczych, leczniczo-pielęgnacyjnych, w tym dla osób wentylowanych na terenie całego województwa.	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 3,4 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 220, 9 (o 1% poniżej wartości dla RP) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 36% do 2040 r. Wobec takich prognoz istnieje potrzeba zaspokojenia potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikających również z przewidywanym spadkiem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Uzyskanie poprawy w dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych poprzez zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	1) Roczny szacunkowy koszt NFZ łóżek pozwalających na wyrównanie dostępności do średniej wojewódzkiej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, leczniczo-pielęgnacyjnych - ok. 65 000 000 zł. 2) Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 10 łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych, leczniczo-pielęgnacyjnych na oddziale dla wentylowanych mechanicznie - 3 484 000 zł.	Liczba udzielonych świadczeń we wskazanych zakresach w stosunku do roku poprzedniego. Liczba pacjentów korzystających z usług.

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Poprawa dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
- 2) Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych.
W szczególności utworzenie ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.
- 2) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
- 3) Wspieranie rozwoju ośrodków realizujących świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych – przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.8.1.	Utworzenie ośrodków realizujących świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna stacjonarna na obszarze województwa.	Istnieją znaczne różnice w dostępności do świadczeń pomiędzy poszczególnymi powiatami, co wynika z lokalizacji ośrodków oraz kontraktowania tego zakresu świadczeń na grupy powiatów. Według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej optymalne zabezpieczenie dotyczące łóżek opieki paliatywnej i hospicyjnej wynosi 80-100 na 1 mln mieszkańców. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Umożliwienie pacjentom korzystania z ośrodków znajdujących się blisko miejsca zamieszkania. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń we wszystkich regionach województwa.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Koszt uzupełnienia liczby łóżek do 100 na mln mieszkańców w każdym obszarze kontraktowania wynosi 11 000 000 zł	Liczba nowo utworzonych ośrodków
2.8.2.	Utworzenie poradni medycyny paliatywnej w powiatach: kamiennogórskim, świdnickim, wałbrzyskim, średzkim, oleśnickim, oławskim, strzelińskim, wrocławskim, głogowskim, górowskim, legnickim, m. Legnica, złotoryjskim, karkonoskim, lubańskim, lwóweckim, zgorzeleckim.	Konieczność utworzenia poradni medycyny paliatywnej w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują. Liczba nowopowstałych poradni będzie uzależniona od wyników monitorowania dostępności do świadczeń w poszczególnych powiatach. Na obszarach wskazanych powiatów brak jest świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia w przedmiotowym zakresie.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania świadczeń 40 000 zł	Liczba nowo utworzonych poradni.

2.9. Kadry

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).
- 2) Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym tj.: anestezjologia i intensywna terapia; chirurgia dziecięca; chirurgia ogólna; chirurgia onkologiczna; choroby wewnętrzne; choroby zakaźne; geriatryka; hematologia; kardiologia dziecięca; medycyna paliatywna; medycyna ratunkowa; medycyna rodzinna; neonatologia; neurologia; neurologia dziecięca; onkologia i hematologia dziecięca; onkologia kliniczna; patomorfologia; pediatria; psychiatria; psychiatria dzieci i młodzieży; radioterapia onkologiczna; stomatologia dziecięca. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
- 2) Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.9.1.	Tworzenie systemów stypendialnych jako mechanizmów wspierających zatrudnienie kadry medycznej w deficytowych specjalnościach.	W wybranych grupach zawodowych i dziedzinach specjalizacyjnych występuje brak zastępowalności pokoleniowej – liczba kadry wchodzącej w wiek emerytalny, która może potencjalnie odejść z rynku pracy, przewyższa liczbę osób kształcących się. biorąc pod uwagę potrzeby zdrowotne kluczowe jest odpowiednie planowanie i dostosowanie kształcenia przy zapewnieniu odpowiedniej jakości. Konieczne jest tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowej, m.in. programów stypendialnych.	Zmniejszenie dysproporcji w rozmieszczeniu kadry medycznej i uzyskanie zastępowalności pokoleniowej kadry medycznej.	Organy założycielskie podmiotów leczniczych	2027-2031	5 000 000 zł	Liczba nowo pozyskanych członków samorządów zawodowych zawodów medycznych (lekarze i pielęgniarki) w publicznym sektorze ochrony zdrowia.

2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, ze zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.
- 2) Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obciążenia ZRM. Optymalizacja rozmieszczenia ZRM w sposób, który pozwoli na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do SOR w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Uruchomienie karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia.
- 2) Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzryądowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.10.1.	Równomierne rozlokowanie ZRM celem zapewnienia ustawowych czasów dotarcia do miejsca zdarzenia.	Analiza danych statystycznych wykazała dłuższe niż wskazane w ustawie czasy dojazdów ZRM do miejsca zdarzenia w obszarze całego województwa. Mediana czasów dotarcia wynosi w przedziale od 15:05. do 03:12:56	Optymalizacja rozmieszczenia ZRM w sposób, który pozwoli na osiągnięcie optymalnego, tj. ustawowego czasu dojazdu karet do zdarzenia medycznego w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Organy założycielskie podmiotów leczniczych i dysponenci ZRM	2027-2031	500 000 zł	Średni czas dotarcia ambulansu do miejsca zdarzenia.
2.10.2.	Wymiana 53 ambulansów.	W celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania systemu PRM konieczna jest sukcesywna wymiana ambulansów systemowych o najwyższym stopniu wyeksploatowania. Analiza wieku oraz przebiegów pojazdów użytkowanych przez dysponentów ZRM na terenie województwa dolnośląskiego wykazała znaczną liczbę ambulansów przekraczających przyjęte kryteria eksploatacyjne, tj. wiek powyżej 5 lat oraz przebieg przekraczający 500 tys. km.	Zapewnienie pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia pomocy szpitalnej w SOR bez zbędnego oczekiwania. Utrzymanie ciągłości udzielania medycznych czynności ratunkowych.	Organy założycielskie podmiotów leczniczych, dysponenci ZRM	2027-2029	50 000 000 zł	Liczba wymienionych ambulansów.
2.10.3.	Zakup 5 motocyklowych jednostek ratunkowych.	Szybsza pomoc medyczna poszkodowanym na miejscu zdarzenia, w szczególności w miejscach trudno dostępnych (tereny górskie, wąskie przejazdy, zakorkowane ulice).	Pomoc medyczna na miejscu zdarzenia - pierwsza kwalifikacja do wezwania ZRM.	Organy założycielskie podmiotów leczniczych, dysponenci ZRM	2027-2031	2 500 000 zł	Liczba zakupionych motocyklowych jednostek ratunkowych. Średni czas dotarcia do miejsca zdarzenia.
2.10.4.	Przeprowadzanie kampanii zwiększających świadomość społeczną w zakresie zadań PRM oraz NiŚOZ.	Niska świadomość społeczna w zakresie funkcjonowania systemu PRM oraz zasad NiŚOZ.	Zapewnienie pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia pomocy szpitalnej w SOR bez zbędnego oczekiwania i poszukiwania przez ZRM miejsca przyjęcia na SOR. Nieuzasadnione wezwania do pacjentów i powodują bezcelowe wyjazdy ZRM. Przeprowadzenie kampanii społecznej w mediach oraz w placówkach opieki zdrowotnej celem zwiększenia świadomości w rzeczonym zakresie.	Wojewoda Dolnośląski, jednostki samorządu terytorialnego	2027-2031	10 000 000 zł	Liczba wezwań ZRM do zdarzeń (uzasadnione i nieuzasadnione). Liczba pacjentów zgłaszających się do SOR i NiŚOZ.

2.10.5.	Zwiększenie liczby urządzeń AED w szczególności na terenach trudnodostępnych.	Wprowadzenie działań edukacyjnych i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Zwiększenie świadomości społecznej niezbędnej do poprawy szans pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości społecznej. Zwiększenie szans pacjenta na przeżycie.	Organy założycielskie podmiotów leczniczych, podmioty lecznicze, Wojewoda Dolnośląski	2027-2031	1 000 000 zł	Liczba zakupionych urządzeń AED.
---------	---	--	--	---	-----------	--------------	----------------------------------

2.11. Sprzęt medyczny

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Optymalizacja wykorzystania istniejących **akceleratorów** szczególnie w powiecie zgorzeleckim oraz m. Wałbrzych, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.
- 2) Należy dążyć do wymiany **angiografów**, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Optymalizacja wykorzystania istniejących aparatów szczególnie w powiecie legnickim, zgorzeleckim, kłodzkim, głogowskim oraz m. Jelenia Góra, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.
- 3) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu – **aparatów do brachyterapii** – (w szczególności w m. Wałbrzych) oraz wymiany tych, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do mediany liczby sprzętów na 100 tys. ludności dla krajów UE.
- 4) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania aparatów **ECMO** oraz wymiany tych, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 5) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych **Gammakamer** oraz wymiany tych, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 6) Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby **Mammografów** na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany tych, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 7) Należy dążyć do wymiany aparatów **PET-CT**, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.
- 8) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu **Rezonansu Magnetycznego** oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.
- 9) Należy dążyć do wymiany aparatów **RTG**, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 10) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania **Tomografów Komputerowych** oraz wymiany tych aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.

- 11) Należy dążyć do wymiany aparatów **USG**, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wymiana **akceleratorów** o wysokim priorytecie do wymiany. Dotyczy przede wszystkim sprzętu zlokalizowanego w m. Wrocław oraz m. Wałbrzych. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
- 2) Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie **angiografów**, które osiągnęły wiek 12 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego sprzęt powinien podlegać wymianie, kiedy jego wiek przekroczy 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji).
- 3) Wymiana **aparatów do brachyterapii** charakteryzujących się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanego sprzętu w m. Wałbrzych, który mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości mediany liczby urządzeń na 100 tys. ludności dla krajów UE.
- 4) Efektywniejsze wykorzystanie (zwiększenie liczby realizowanych świadczeń) obecnie posiadanego sprzętu **ECMO**, w szczególności w powiatach, które charakteryzują się niskim wskaźnikiem liczby wykonywanych procedur, wymiana sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany.
- 5) Wymiana sprzętu **Gammakamer** o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 6) Wymiana **Mammografów** o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 7) W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu **wymiany/ zakupu** dodatkowych aparatów **PET-CT** w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej (w 2023 roku jedyne pracownie zlokalizowane są we Wrocławiu). Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również obciążenie procedurami pozostałych urządzeń, należy dokupić **4 aparaty PET-CT**, aby ich liczba w województwie wzrosła do 6. Przy łącznej liczbie 6 urządzeń wskaźnik sprzętu na 100 tys. ludności będzie wynosił 0,2,

a liczba procedur na sprzęt spadnie do 3355 (poniżej progu intensywnego wykorzystania sprzętu (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne).

- 8) Wymiana **Rezonansów Magnetycznych** o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 9) Wymiana **RTG** o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, z wyjątkiem powiatu jaworskiego.
- 10) Wymiana **Tomografów Komputerowych** o wysokim stopniu eksploatacji (wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat).
- 11) Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie **USG**, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.11.1.	Wymiana sprzętów charakteryzujących się wysokim priorytetem do wymiany: - Gammakamery, - ECMO, - PET CT, - angiografy, - aparaty do brachyterapii, - mammografy, - akceleratorzy, - Rezonanse Magnetyczne, - RTG, - Tomografy Komputerowe, - USG.	Obecnie wiek sprzętu wynosi powyżej 10 lat lub – w wybranych przypadkach jest mocno wyeksploatowany co powoduje konieczność jego wymiany. Według analiz sporządzonych przez tut. organ sprzęt wskazany w niniejszym dokumencie wymaga wymiany 2027-2031. Koszty serwisowania i napraw z każdym rokiem wzrastają co dodatkowo generuje koszty ponoszone przez podmiot leczniczy. - Gammakamery - do wymiany 9 szt. - ECMO – do wymiany 5 szt. - PET CT – do wymiany 2 szt. - angiografy – do wymiany 31 szt. - ap. do brachyterapii – do wymiany 3 szt. - mammografy – do wymiany 24 szt., - akceleratorzy – do wymiany 13 szt., - Rezonanse Magnetyczne – do wymiany 31 szt. - RTG – do wymiany 452 szt., - Tomografy Komputerowe – do wymiany 46 szt. - USG do wymiany – 1064 szt.	Poprawa dostępności i jakości oraz zachowanie ciągłości udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i związanym z tym skróceniem czasu oczekiwania.	Podmioty lecznicze	2027-2031	1.582.470.000 zł	Liczba wymienionych aparatów
2.11.2.	Zakup nowych urządzeń: - Gammakamery (4 szt. grupa powiatów subregion jeleniogórski, legnicki, wałbrzyski, wrocławski), - PET- CT (4 szt. grupa powiatów subregion jeleniogórski, legnicki, wałbrzyski, wrocławski), - mammografy (13 szt. – powiaty: karkonoski; górowski; jaworski; polkowicki; złotoryjski;	W uzasadnionych przypadkach zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności do mediany państw UE, zgodnie z MPZ na lata 2027-2031. Dane będą podlegały weryfikacji i uwzględnione w aktualizacji WPT. Zakup nowego sprzętu na potrzeby pacjentów szpitalnych, poza umową ASDK z wyłączeniem PET-CT pod warunkiem utworzenia pracowni medycyny nuklearnej	Zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE, zgodnie z MPZ na lata 2027-2031. Zakup nowego sprzętu na potrzeby pacjentów szpitalnych, poza umową ASDK.	Podmioty lecznicze	2027-2031	127 600 000 zł	Liczba zakupionych nowych urządzeń

	legnicki; dzierzoniowski; kamiennogórski; wałbrzyski; ząbkowicki; milicki; średzki; wołowski), • Rezonanse Magnetyczne (1 szt. – powiat polkowicki), • aparaty do brachyterapii (2 szt. na całe województwo - grupa powiatów subregion jeleniogórski i legnicki).	w szpitalach wojewódzkich lub wysokospecjalistycznych.					
2.11.3.	Zakup zaawansowanych technologii innowacyjnych – metod operacyjnych i diagnostycznych wynikających z postępu technologicznego, możliwych do finansowania w ramach świadczeń gwarantowanych.	Działanie dotyczy podmiotów leczniczych spełniające wymagania określone dla danego zakresu świadczeń, w tym posiadające odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny, doświadczenie kliniczne oraz zaplecze organizacyjne i techniczne zgodne z wymaganiami koszyka świadczeń gwarantowanych. Działanie z uwzględnieniem Regionalnego planu wdrożenia prognozy z MPZ.	Poprawa efektywności opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba zakupionych lub wymienionych zaawansowanych technologii innowacyjnych

2.12. Pozostałe działania

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.12.1.	Podejmowanie inicjatyw konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych w zakresach innych niż leczenie szpitalne.	Celem działania jest: zwiększenie efektywności, redukcja kosztów, poprawa koordynacji opieki zdrowotnej poprzez wykorzystanie istniejącej bazy infrastrukturalnej podmiotów leczniczych, zasobów kadrowych umożliwiając organom tworzącym organizację bardziej wydajnych jednostek i eliminowanie dublowania usług innych niż leczenie szpitalne.	Poprawa koordynacji działań, procesów zarządczych, zwiększenie konkurencyjności	Organy tworzące podmiotów leczniczych	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na etapie projektowania dokumentu	Liczba podmiotów leczniczych poddanych restrukturyzacji w danym roku
2.12.2.	Tworzenie ośrodków na terenie województwa dolnośląskiego zapewniających opiekę medyczną parom dotkniętym niepłodnością wraz z zakupem wyposażenia.	Niepłodność stała się ogólnokrajowym problemem zdrowotnym dotyczącym osoby w wieku rozrodczym. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że z problemem niepłodności zmagają się nawet 1,5 miliona par w RP, a liczba ta z roku na rok zwiększa się. Podłoże niepłodności jest zróżnicowane i obejmuje m. in.: podłoże immunologiczne, genetyczne, czynniki środowiskowe oraz następstwa chorób i stosowanych terapii oraz czynników natury psychologicznej, które wywierają istotny wpływ na zdrowie prokreacyjne. Wobec starzejącego się społeczeństwa należy wzmocnić rolę prokreacji, która zapewni zastępowalność pokoleniową i dobrostan psychofizyczny par dotkniętych problemem niepłodności. Z uwagi na ograniczony wiek rozrodczy szczególnie kobiet konieczne jest wdrożenie wspomaganej prokreacji.	Zapewnienie parom dotkniętych niepłodnością indywidualnych procedur wspomaganego rozrodu.	Podmioty lecznicze, Jednostki samorządu terytorialnego	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na etapie projektowania dokumentu	Liczba par, która skorzystała z technik wspomaganej prokreacji Liczba utworzonych ośrodków
2.12.3.	Tworzenie gabinetów stomatologicznych dla osób do 18 roku życia w tym profilaktycznych badań stomatologicznych i edukacji w zakresie chorób jamy ustnej.	Na terenie województwa dolnośląskiego jest 169 gmin, obecnie DOW NFZ ma zawartych 372 umowy w zakresie świadczeń stomatologicznych dla osób do 18 roku życia. Tzw. „białe plamy”, gdzie nie ma żadnego gabinetu finansowego ze środków publicznych (ani dla dzieci ani dla	Wzrost wiedzy na temat próchnicy i chorób jamy ustnej oraz sposobów ich zapobiegania i czynników ryzyka. Wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych dzięki profilaktycznym badaniom stomatologicznym. Zmniejszenie	Podmioty lecznicze, NFZ	2027-2031	Roczny szacunkowy koszt NFZ dla 1 miejsca udzielania to 202 000 zł	Liczba dzieci korzystających ze świadczeń stomatologicznych Liczba utworzonych gabinetów stomatologicznych

		dorostych) stanowi aż 35 gmin. Aktualnie świadczenia stomatologiczne, z uwagi na deficytowość i przeniesienie do sektora usług prywatnych, stanowią niezbędny element w obszarze ochrony zdrowia w zapotrzebowaniu na świadczenia profilaktyczne finansowane przez NFZ skierowane wyłącznie do dzieci i młodzieży.	zachorowalności na chorobę próchnicową.				
2.12.4.	Wdrożenie systemów zapewniających odtwarzanie baz danych po awariach oraz narzędzi zarządzania bazami danych takie jak kopie zapasowe (backup) i replikacja.	Niestabilna sytuacja geopolityczna na świecie wymaga wdrożenia działań zapobiegających ewentualnemu paraliżowi pracy podmiotów leczniczych i przywróceniu spójności danych oraz zminimalizowaniu strat po awarii sprzętu, oprogramowania czy błędzie ludzkim.	Poprawa odporności systemu opieki zdrowotnej na przyszłe kryzysy przez wzmocnienie cyberbezpieczeństwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, organy tworzące podmiotów leczniczych	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na etapie projektowania dokumentu	Liczba podmiotów, które wprowadziły system cyberbezpieczeństwa
2.12.5.	Modernizacja, budowa, przebudowa lub rozbudowa infrastruktury podmiotów leczniczych, wynikająca z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.	W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych już zakontraktowanych w ramach umowy z NFZ. Działanie pozostaje bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym nie zwiększa liczby łóżek).	Dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na etapie projektowania dokumentu	Liczba wydanych pozytywnych opinii dotyczących celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

Wojewoda będzie corocznie przygotowywał informację o realizacji WPT. Będzie ona zawierać dane o osiągniętych w danym roku wskaźnikach realizacji działań. Publikacja informacji i przekazanie jej do ministra właściwego do spraw zdrowia będzie następować do 30 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy.

Sprawozdanie śródkresowe z realizacji WPT zostanie sporządzone przez wojewodę w terminie do dnia 30 czerwca 2029 r., czyli trzeciego roku obowiązywania WPT. Z kolei do 30 czerwca 2032 r. sporządzi sprawozdanie końcowe z całego okresu realizacji WPT. Oba dokumenty zostaną opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej.

Sprawozdania śródkresowe i końcowe będą zawierały:

- 1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie,
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w MPZ,
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie,
- 4) stopień realizacji wskaźników realizacji poszczególnych działań,
- 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej,
- 6) wnioski wynikające z realizacji WPT,
- 7) propozycje aktualizacji działań.

Wnioski płynące ze sprawozdania śródkresowego będą wykorzystane przy aktualizacji działań w WPT. Będzie to możliwe w przypadku:

- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat,
- 2) w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań na poziomie województwa,
- 3) konieczności doprowadzenia do zgodności z KPT po jego aktualizacji.

Aktualizacja WPT zostanie opublikowana do 31 grudnia 2029 r.