



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Opole, dnia 15 lipca 2026 r.

Poz. 1850

Podpisany przez:

Małgorzata Józefa Kozak-Sceplik

Data: 15.07.2026 15:46:40



OBWIESZCZENIE WOJEWODY OPOLSKIEGO

z dnia 15 lipca 2026 r.

**w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Opolskiego
na lata 2027-2031**

Na podstawie art. 95c ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) ogłaszam Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Opolskiego na lata 2027-2031, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego obwieszczenia.

Wojewoda Opolski

Monika Jurek



Załącznik do obwieszczenia Wojewody Opolskiego z dnia 15 lipca 2026 r.

WOJEWODA OPOLSKI

Wojewódzki plan transformacji

**województwa opolskiego
na lata 2027 - 2031**

Opole 2026



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Ministerstwo
Zdrowia

Spis treści

Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie.....	6
2. Główne obszary działań	9
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka	9
2.2. Podstawowa opieka zdrowotna	15
2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	21
2.4. Leczenie szpitalne.....	26
2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....	30
2.6. Rehabilitacja medyczna.....	37
2.7. Opieka długoterminowa	40
2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna	44
2.9. Kadry	47
2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne	49
2.11. Sprzęt medyczny.....	53
2.12. Pozostałe	57
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja.....	60

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

AED	Automated External Defibrillator/Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (<i>ang. disability adjusted life-years</i>)
EDM	Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
GUS	Główny Urząd Statystyczny
i-TOP POZ	Program Pilotażowy Integralnej Telemedycznej Opieki POZ
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KPT	Krajowy Plan Transformacji
MPZ	mapa potrzeb zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NiŚOZ	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
OCRM	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego
OOW NFZ	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
POChP	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna

PWDL	podmioty wykonujące działalność leczniczą
PZK	Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny
RM	rezonans magnetyczny
RP	Rzeczpospolita Polska
RPM	Remote Patient Monitoring
SOLO	Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
SP ZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
UMWO	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego
WPT	wojewódzki plan transformacji
WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
ZOL	Zakład opiekuńczo-leczniczy
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. Uwzględnia przy tym KPT i rekomendowane kierunki działań wynikające z MPZ oraz innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Opolska Wojewódzka Rada ds. Potrzeb Zdrowotnych, po uwzględnieniu dokumentu określającego kierunki rozwoju RP pn. Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), ZDROWA PRYSZŁOŚĆ Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r., Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, a także Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030, Programu „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027”, Biuletynu Państwowego Zakładu Higieny „Szczepienia ochronne w Polsce”, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 oraz danych statystycznych charakteryzujących województwo opolskie, określiła w niniejszym dokumencie priorytety rozwoju województwa opolskiego w obszarze zdrowia.

Idea WPT opiera się na dążeniu do zmian w kluczowych obszarach systemu opieki zdrowotnej, polegających m. in. na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych a także na zapewnieniu równego dostępu do poszczególnych rodzajów udzielnych świadczeń na obszarze województwa opolskiego. Celem wdrożenia WPT Województwa Opolskiego na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. jest m.in. wsparcie i zabezpieczenie działań w zakresie zwiększenia zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, zwiększenie dostępności do świadczeń oraz modernizacja infrastruktury leczniczej. Wskazane w opracowaniu rekomendacje i kierunki rozwoju w poszczególnych obszarach działań stanowią najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej.

W 2023 r. najczęstszą przyczyną zgonów w województwie były choroby układu krążenia – 448 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla RP, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 239 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców). W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwinną serca (wzrost zapadalności

w województwie o 29 %, w RP 26 %). Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. były choroby nowotworowe – 302 zgony na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla RP, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców). W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie opolskim do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy żołądka (województwo: 13 zgonów na 100 tys.; RP: 12 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS, przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie opolskim może wzrosnąć silniej niż w RP (wzrost zapadalności w województwie o 33 %, w RP o 31 %). Zaburzenia psychiczne - są ściśle powiązane z chorobami somatycznymi (ze względu na wpływ stresu na kondycję psychofizyczną jednostek) i mogą zarówno je poprzedzać jak i pojawiać się w ich konsekwencji. Grupę szczególnego ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego stanowią dzieci i młodzież - około 50 % wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, z których znaczna część powiązana jest z nadużywaniem środków psychoaktywnych, agresją, zachowaniami antyspołecznymi oraz obniżeniem funkcjonowania intelektualnego. Według danych BASiW za 2024 rok największa liczba porad w województwie opolskim w 2024 r. wśród dorosłych mieszkańców Opolszczyzny dotyczyła zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych użyciem alkoholu – 40 912 porad, co stanowiło 15,55 % wszystkich porad. Wśród dzieci i młodzieży największa liczba porad dotyczyła pozostałych zaburzeń psychicznych w ilości - 37 204 porad.

W województwie opolskim według danych GUS - stan na dzień 30 czerwca 2025 r. mieszkało 926 800 osób, tj. mniej o 6 549 osób (spadek o 0,7 %) niż w poprzednim roku i o 43 200 (spadek o 4,45 %) w porównaniu z 2010 r. Oczekiwana długość życia w województwie opolskim dla mężczyzn wzrosła od 74,5 lat w 2019 r. do 75,3 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82 lat w 2019 r. do 82,3 lat w 2023 r. Prognoza dla województwa opolskiego wskazuje, że do 2060 r. liczba ludności ogółem wyniesie ok. 670 tys. (spadek o 27,71 %). Proces demograficzny powoduje przekształcanie się ludności regionu w społeczność ludzi starszych, mniej aktywnych zawodowo, obciążonych chorobami, z niskimi udziałami nie tylko dzieci i młodzieży, ale także ludności w wieku średnim. W 2060 roku 35 % mieszkańców Opolszczyzny będzie w wieku 65 lat i więcej (w porównaniu z 2022 – 20 %). Przewiduje się zwiększenie zapotrzebowania na usługi w zakresie onkologii i kardiologii oraz geriatrii, urologii oraz rehabilitacji. Zmiany demograficzne a w szczególności: starzenie się społeczeństwa, nadumieralność mężczyzn oraz brak zastępowalności pokoleń mają istotny wpływ na organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

w województwie opolskim. Stałe monitorowanie sytuacji zdrowotnej populacji ma istotne znaczenie dla oceny skuteczności realizacji polityki zdrowotnej i planowania odpowiednich działań, prowadzących do utrzymania i poprawy zdrowia populacji. Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z kluczowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym rodzaje, wielkość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

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 wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.
- 2) Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.
- 3) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.
- 4) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku 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, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
- 2) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
- 3) Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

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.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych dla różnych grup odbiorców, których celem głównym jest promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyka chorób cywilizacyjnych.	Planowane działania programowe i interwencje w grupach ryzyka stanowią bezpośrednią i konieczną odpowiedź na narastający kryzys zdrowotny wywołany epidemią chorób cywilizacyjnych. Województwo opolskie jest jednym z najszybciej starzejących się regionów w RP, co w połączeniu z uwarunkowaniami obyczajowymi (siedzący tryb życia, niewłaściwa dieta bogata w tłuszcze nasycone i cukry proste, przewlekły stres) drastycznie zwiększa zapadalność na schorzenia sercowo-naczyniowe, metaboliczne oraz onkologiczne. Choroby te są główną przyczyną przedwczesnej umieralności mieszkańców Opolszczyzny. Choroby cywilizacyjne generują olbrzymie straty zarówno w komponencie YLL (przedwczesna śmierć osób w wieku produkcyjnym), jak i YLD (dekady życia z ciężką niepełnosprawnością, np. po zawałach, udarach, w przebiegu zaawansowanej cukrzycy czy POChP).	Podniesienie poziomu wiedzy na temat wpływu codziennych wyborów na stan zdrowia i zapobieganie chorobom przewlekłym. Kształtowanie i utrwalanie postaw prozdrowotnych poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety oraz edukację konsumencką (w tym: czytanie etykiet, wybór dobrej, lokalnej żywności). Zaktywizowanie seniorów do działania na rzecz wzmacniania swojego zdrowia – fizycznego i psychicznego. Kluczowym celem interwencji zdrowotnych jest obniżenie wskaźnika DALY.	UMWO OOW NFZ WSSE PSSE JST	2027 - 2031	3 500 000 zł (całość)	- Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. - Liczba osób objętych działaniami.
2.1.2.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych dla różnych grup odbiorców, w celu ograniczenia palenia papierosów i innych wyrobów tytoniowych, a tym samym częstotliwości występowania chorób odtytoniowych.	Palenie tytoniu stanowi drugi najważniejszy behawioralny czynnik ryzyka zgonów. W województwie opolskim wpływ ten jest szczególnie dotkliwy i bezpośrednio koreluje z utratą lat w zdrowiu (wskaźnik DALY) oraz przedwczesną umieralnością. Palenie tytoniu w województwie opolskim odpowiada za ponad 30% całkowitego obciążenia wskaźnikiem DALY w kategorii chorób nowotworowych (przede wszystkim raka płuc, krtani i jamy ustnej).	Wzrost świadomości w zakresie ochrony osób trzecich (w szczególności dzieci) przed dymem tytoniowym w środowisku domowym oraz w miejscach publicznych. Tworzenie bezpiecznego i sprzyjającego nauce środowiska szkolnego oraz kreowanie wizerunku młodego człowieka,	OOW NFZ WSSE PSSE JST	2027 - 2031	Koszty w ujęciu rocznym OOW NFZ - 15 000 zł JST - 16 000 zł	- Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. - Liczba osób objętych działaniami.

		W obszarze chorób układu oddechowego, tytoń jest główną przyczyną generowania DALY poprzez rozwój POChP. Schorzenie to na Opolszczyźnie powoduje wieloletnią niesprawność oddechową pacjentów (wysokie YLD), trwale wykluczając ich z rynku pracy i generując ogromne koszty dla regionalnego systemu ochrony zdrowia.	który nie używa wyrobów nikotynowych.				
2.1.3.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych dotyczących prewencji chorób nowotworowych.	Kampanie społeczne realizowane przez różne podmioty mają na celu wzmocnienie przekazu i zwiększenie zgłaszalności na badania w kierunku wykrywania chorób nowotworowych (m.in. raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego, skóry, prostaty i jąder). Według oficjalnych danych WHO oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, aż do 40% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe można zapobiec poprzez eliminację modyfikowalnych, behawioralnych czynników ryzyka.	Podniesienie poziomu wiedzy na temat wczesnych objawów chorób nowotworowych (tzw. sygnałów ostrzegawczych), co pozwoli na skrócenie czasu od zauważenia zmian do kontaktu z lekarzem. Zredukowanie lęku przed diagnozą choroby nowotworowej poprzez edukację o wysokiej skuteczności terapii podejmowanych we wczesnych stadiach choroby. Kształcenie umiejętności manualnej autokontroli piersi oraz jąder dzięki interaktywnym ćwiczeniom na fantomach podczas stref zdrowia. Zwiększenie liczby kobiet i mężczyzn zgłaszających się na badania okresowe i przesiewowe w kierunku wykrycia chorób nowotworowych.	UMWO OOW NFZ WSSE PSSE JST	2027 - 2031	OOW NFZ - 15 000 zł UMWO - 2 500 000 zł JST - 183 000 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.
2.1.4.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych.	Choroby układu krążenia stanowią od lat główną przyczynę zgonów w województwie opolskim, odpowiadając za blisko połowę całkowitej umieralności mieszkańców. Schorzenia sercowo-naczyniowe (w tym nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca i niewydolność serca) generują potężne obciążenie wskaźnikiem DALY (lata życia skorygowane niesprawnością 45,3 tys. DALY/100 tys. mężczyzn oraz ok. 36,1 tys. DALY/100 tys. kobiet).	Podniesienie poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, w tym: - nadciśnienia tętniczego, - chorób niedokrwiennych serca, - hiperlipidemii, - cukrzycy. Podniesienie poziomu wiedzy na temat nefarmakologicznych metod kontroli ciśnienia tętniczego i cholesterolu oraz eliminacja	UMWO OOW NFZ JST	2027 - 2028	OOW NFZ - 15 000 zł UMWO - 3 500 000 zł JST - 106 000 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.

		Palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta i brak ruchu drastycznie zawyżają komponent YLL (przedwczesna śmierć z powodu nagłych zawałów serca i udarów mózgu osób w wieku produkcyjnym) oraz komponent YLD (dekady życia z ciężką niepełnosprawnością i ograniczoną wydolnością krążenia).	paraliżu decyzyjnego przed wdrażaniem zdrowych nawyków.				
2.1.5.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa systemowych interwencji edukacyjno-profilaktycznych, programów zdrowotnych, kampanii społecznych, eventów mających na celu przeciwdziałanie najczęstszemu zaburzeniu rozwojowym u dzieci i młodzieży w erze powszechnej cyfryzacji.	Realizacja tego zadania jest w pełni celowa i bezpośrednio odpowiada na narastający kryzys zdrowotny w grupie dzieci i młodzieży, wywołany m.in. zmianą stylu życia i gwałtownym wzrostem czasu spędzanego przed ekranami urządzeń cyfrowych (tzw. choroby cywilizacyjne wieku rozwojowego). Realizacja programu badań przesiewowych w zakresie wczesnego wykrywania oraz niwelowania wad postawy, wad słuchu i wzroku.	Podniesienie świadomości dzieci, młodzieży oraz ich rodziców i opiekunów w zakresie codziennej dbałości o ergonomię miejsca pracy i nauki oraz wzrok i słuch dziecka, w celu zapobiegania trwałym niepełnosprawnościom i utracie zdrowia. Skrócenie czasu od pojawienia się pierwszych zaburzeń rozwojowych (wzroku, słuchu, aparatu ruchu) do momentu podjęcia celowanej diagnostyki lub rehabilitacji.	UMWO OOW NFZ JST WSSE PSSE	2027 - 2031	OOW NFZ - 15 000 zł UMWO - 18 800 000 zł JST - 480 000 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.
2.1.6.	Przeprowadzenie na obszarze całego województwa systemowych interwencji edukacyjno-profilaktycznych, programów, kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych w celu wzmocnienia odporności psychicznej, wczesnej identyfikacji symptomów kryzysów psychicznych oraz przeciwdziałania stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.	Realizacja zadań edukacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego, programów zdrowotnych, rekomendowanych programów profilaktycznych, nierekomendowanych programów profilaktycznych, kampanii społecznych oraz przedsięwzięć wspierających osoby doświadczające chorób i zaburzeń psychicznych oraz osoby bliskie osobom doświadczającym chorób i zaburzeń psychicznych z uwagi na problemy psychiczne/kryzysy jakie dotyczą ludność województwa opolskiego.	Podniesienie świadomości społecznej i poprawa umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami życia codziennego oraz zmniejszenie stygmatyzacji osób doświadczających kryzysów psychicznych. Podniesienie poziomu wiedzy na temat mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz eliminacja paraliżu decyzyjnego przed poszukiwaniem pomocy. Wykształcenie umiejętności rozpoznawania pierwszych, subtelnych symptomów zaburzeń nastroju i lękowych u siebie oraz w najbliższym otoczeniu (zapobieganie eskalacji kryzysu).	UMWO OOW NFZ JST WSSE PSSE PWDL	2027 - 2031	OOW NFZ - 15 000 zł Szacunkowe koszty UMWO - 2 500 000 zł (ok. 500 000 zł na konkurs ze zdrowia publicznego na rok). JST - 1 578 500 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.

2.1.7.	Prowadzenie na obszarze całego województwa programów edukacyjnych i profilaktycznych oraz kampanii społecznych, eventów i akcji informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych, w tym poprzez promowanie szczepień ochronnych.	W województwie opolskim odnotowywany jest wzrost środowisk odmawiających realizacji kalendarza szczepień ochronnych. Ponadto obserwowany jest wzrost zachorowań na wybrane choroby zakaźne (np. odra, krztusiec, WZW A), którym można zapobiegać m.in. poprzez szczepienia (dane statystyczne zawarte są w sprawozdaniach MZ-54 i MZ-56). Z „Raportu z działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zdrowia publicznego w województwie opolskim za rok 2025” wynika, że konieczna jest realizacja programów profilaktycznych i kampanii społecznych w celu podniesienia poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób zakaźnych i roli szczepień ochronnych, a także zapobiegania zatruciom pokarmowym i zarażeniom pasożytami.	Podniesienie poziomu wiedzy na temat chorób zakaźnych – zapobieganie zakażeniom, diagnostyka i leczenie. Wzrost świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych dla budowania odporności jednostki oraz odporności zbiorowej.	UMWO JST WSSE PSSE PWDL	2027 - 2031	Szacunkowe koszty UMWO - 10 000 zł w ciągu roku. JST - 85 000 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.
2.1.8.	Specjalistyczne poradnictwo, mobilna opieka okołoporodowa wsparcie psychologiczne, prawne, fizjoterapeutyczne socjalne, szkolenia dla personelu medycznego oraz działania edukacyjne dla mieszkańców regionu.	Poprawa opieki okołoporodowej w celu zmniejszenia działań niepożądanych, w tym porodów przedwczesnych. Wzmocnienie opieki dla kobiet w ciąży oraz opieki nad dziećmi do 3 roku życia.	Zminimalizowanie niepożądanych zjawisk związanych z ciążą, porodem i opieką poporodową.	UMWO JST	2027 - 2031	UMWO - 23 000 000 zł JST - 348 000 zł	1. Liczba przedwczesnych porodów. 2. Liczba osób objętych działaniami.
2.1.9.	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie profilaktyki układu kostno-stawowego i zapobiegania niezdolności do pracy wśród mieszkańców województwa.	Promowanie zdrowego stylu życia, poprzez wdrażanie zasad ergonomii w środowisku pracy oraz w codziennych aktywnościach. Realizacja programu profilaktycznego, ukierunkowanego na kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań oraz zwiększenie udziału uczestników w działaniach profilaktycznych.	Zwiększenie zainteresowania profilaktyką chorób układu kostno-stawowego poprzez promocję projektów zdrowotnych realizowanych w formie kampanii społecznych, wydarzeń oraz działań informacyjno-edukacyjnych, ukierunkowanych na podnoszenie poziomu wiedzy i wczesne wykrywanie chorób układu kostno-stawowego.	UMWO	2027 - 2028	UMWO - 19 800 000 zł	1. Liczba osób objętych działaniami. 2. Liczba przeprowadzonych działań informacyjno-edukacyjnych.

2.1.10.	Prowadzenie na obszarze całego województwa programów, kampanii społecznych, eventów akcji informacyjnych z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz problemowego używania nowych technologii i mediów społecznościowych.	Realizacja cyklicznych, rekomendowanych i nierekomendowanych programów oraz kampanii profilaktycznych, działań edukacyjnych, przedsięwzięć wspierających osoby z grup ryzyka i środowiska trzeźwościowe oraz działań z zakresu harm reduction, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży. Działania obejmują zarówno klasyczną profilaktykę, jak i kompleksowe interwencje edukacyjno-profilaktyczne przeciwdziałające tradycyjnym uzależnieniom, zaburzeniom behawioralnym oraz problemowemu korzystaniu z nowych technologii. Sytuację w województwie opolskim pogarsza problem osłabienia więzi społecznych z powodów demograficznych oraz dotkliwy, regionalny deficyt kadr w obszarze psychiatrii i psychoterapii uzależnień.	Podniesienie poziomu wiedzy na temat mechanizmów powstawania uzależnień od nowych technologii i mediów społecznościowych oraz wykształcenie nawyków zdrowego balansu. Podniesienie zdolności do odmawiania i identyfikacji ryzyka związanego z substancjami psychoaktywnymi. Wykształcenie umiejętności rozpoznawania u siebie oraz w najbliższym otoczeniu pierwszych symptomów uzależnień behawioralnych. Likwidacja barier w poszukiwaniu pomocy.	WSSE PSSE JST OOW NFZ UMWO	2027 - 2031	OOW NFZ - 15 000 zł UMWO - szacunkowe koszty 250 000 zł w ciągu roku JST - 5 183 000 zł	1. Liczba przeprowadzonych programów, kampanii, eventów, akcji. 2. Liczba osób objętych działaniami.
---------	--	---	--	--	-------------	---	--

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności w związku z wartością wyższą od średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie poniżej średniej krajowej.
- 2) Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.
- 3) Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.
- 4) 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 powiatach z wartością poniżej średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).
- 5) Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.
- 6) 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.
- 7) Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.
- 8) Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej na 100 tys. ludności ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.
- 9) Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.

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) Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Monitorowanie odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
- 3) 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.
- 4) 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 (namysłowski, głubczycki, oleski).
- 5) 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 diagnostycznoterapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
- 6) Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej.

- 7) 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.
- 8) Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.
- 9) Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). 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 rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

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.	Sukcesywne włączanie nowych podmiotów do systemu opieki koordynowanej na terenie całego województwa, tak aby docelowo włączyć wszystkie podmioty POZ.	Działanie ma na celu zapewnienie pacjentom kompleksowej, spersonalizowanej i efektywnej opieki zdrowotnej poprzez integrację działań lekarza POZ, specjalistów, dietetyków i pielęgniarek, co prowadzi do lepszej organizacji leczenia, zwiększenia satysfakcji pacjenta, skrócenia drogi do specjalistów i poprawy wyników leczenia, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych oraz odciążenia AOS poprzez mniejszą liczbę wystawionych skierowań do lekarzy specjalistów. Populacja pacjentów objętych opieką koordynowaną w POZ wg stanu na 31.12.2025 r. wyniosła - 414 346 osób, w tym 77 101 osób poniżej 18 roku życia. Świadczenia realizowane są w ramach 54 na 161 umów zawartych ze świadczeniodawcami POZ.	Zwiększenie liczby placówek POZ realizujących świadczenia w modelu opieki koordynowanej. Skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne. Wzrost liczby udzielanych porad kompleksowych oraz badań diagnostycznych w strukturach POZ. Zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki bliżej ich miejsca zamieszkania.	OOW NFZ	2027 - 2031	21 000 000 zł rocznie tj. 105 000 000 zł w perspektywie 5 lat	- Liczba podmiotów realizujących opiekę koordynowaną. - Liczba ścieżek diagnostycznych realizowanych przez świadczeniodawców w ramach opieki koordynowanej. - Odsetek pacjentów objętych opieką koordynowaną w stosunku do populacji zapisanej do POZ. - Liczba udzielonych porad kompleksowych oraz konsultacji specjalistycznych (lekarz POZ – lekarz specjalista) w ramach budżetu powierzonego.
2.2.2.	Przeprowadzenia działań edukacyjno-informacyjnych, mające na celu zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętych profilaktycznymi badaniami bilansowymi na obszarze województwa.	Działanie ma na celu identyfikację chorób i czynników ryzyka w fazie, gdy są najlepiej wyleczalne, poprzez zwiększenie poziomu realizacji świadczeń profilaktycznych bilansowych, realizowanych przez lekarzy POZ. Badania profilaktyczne dzieci są w pełni dobrowolne i wymagają zgody rodzica. Niski poziom świadomości skutków zaniechania tych badań sprawia, że odsetek dzieci objętych bilansami w województwie drastycznie spada wraz z wiekiem dziecka. Z analizy danych za rok 2025 wynika, że w województwie tylko 38 % populacji	Wzrost odsetka populacji dzieci i młodzieży objętych terminowymi badaniami bilansowymi w województwie w stosunku do roku 2026. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w regionie. Działania edukacyjne dla rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży.	Podmioty lecznicze POZ OOW NFZ	2027 - 2031	6 000 000 zł rocznie tj. 30 000 000 zł w perspektywie 5 lat	- Liczba zorganizowanych działań edukacyjno-informacyjnych. - Liczba dzieci i młodzieży, u których wykonano badania bilansowe.

		w wieku do 19 r. ż. podlegało badaniom bilansowym.					
2.2.3.	Realizacja działań informacyjno-edukacyjnych, ukierunkowanych na kształtowanie postaw prozdrowotnych i aktywizację w zakresie profilaktyki.	Działanie ma na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej obywateli oraz zachęcanie ich do regularnego monitorowania stanu zdrowia, poprzez udział w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych w ramach programu „Moje zdrowie - bilans osoby dorosłej”. W roku 2025 wg stanu na 31.12.2025 r. w ramach programu „Moje zdrowie – bilans osoby dorosłej” przebadano 36 496 osób.	Zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie kontroli nad swoim zdrowiem dzięki regularnym badaniom, wczesnego wykrywania chorób i podjęcie leczenia. Wykreowanie nawyku regularnego kontrolowania stanu zdrowia. Wykrywanie chorób w fazie bezobjawowej. Zwiększenie zgłaszalności na badania bilansowe w ramach programu „Moje zdrowie – bilans osoby dorosłej” w regionie.	Podmioty lecznicze POZ OOW NFZ	2027 - 2031	40 000 000 zł rocznie tj. 200 000 000 zł. w perspektywie 5 lat	1. Liczba działań informacyjnych. 2. Liczba osób objętych programem „Moje-zdrowie - bilans osoby dorosłej”. 3. Liczba świadczeń wykonanych w ramach programu. 4. Liczba świadczeniodawców POZ realizujących program „Moje zdrowie - bilans osoby dorosłej”.
2.2.4.	Zmniejszenie liczby nieuzasadnionych zgłoszeń na SOR poprzez edukację pacjentów w obszarze kompetencji NiSOZ i SOR.	Działanie edukacyjne skierowane do pacjentów czego efektem będzie odciążenie SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Znaczny odsetek pacjentów zgłaszających się na SOR stanowią osoby zakwalifikowane podczas procedury <i>triage</i> do kategorii „zielonej” (stan stabilny, odroczone) oraz „niebieskiej” (stan wybitnie stabilny, wyczekujący). Zgłoszenia te dotyczą dolegliwości, które zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych powinny być zaopatrywane na poziomie POZ lub NiSOZ.	Zmniejszenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń na SOR i zmniejszenie poziomu obciążenia w SOR. Zmniejszenie liczby pacjentów zgłaszających się na SOR z problemami zdrowotnymi, które nie stanowią zagrożenia życia (np. drobne infekcje, kontynuacja leczenia).	OOW NFZ	2027 - 2031	5 000 zł rocznie tj. 25 000 zł w perspektywie 5 lat	1. Liczba działań informacyjnych. 2. Udział liczby porad udzielonych w NiSOZ w łącznej liczbie porad udzielonych w NiSOZ i SOR.
2.2.5.	Budowa nowej przychodni POZ w strukturach Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – powiat krapkowicki.	Działanie ma na celu utworzenie pełnoprofilowej Przychodni POZ. Budowa nowej przychodni jest elementem dużej inwestycji, prowadzonej przez Krapkowickie Centrum Zdrowia i ma na celu poprawę warunków lokalowych podmiotu, a także poprawę komfortu i bezpieczeństwa pacjenta, personelu medycznego	Skrócenie czasu oczekiwania na wizytę, szybsza diagnostyka na miejscu. Dostęp do tzw. opieki koordynowanej - koordynacja leczenia przewlekłego bez konieczności ciągłego kierowania do specjalistów (kardiologia,	Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	2027 - 2031	3 500 000 zł	1. Liczba utworzonych POZ. 2. Liczba osób objętych opieką przez nowoutworzony, pełnoprofilowy POZ.

		i administracyjnego. W obecnych warunkach lokalowych podmiot nie miał możliwości utworzenia pełnoprofilowego POZ, a w dalszej przyszłości NiŚOZ. Utworzenie POZ w strukturze szpitala powiatowego gwarantuje pacjentom natychmiastowy dostęp do pełnego spektrum usług (profilaktyka, diagnostyka, szybka ścieżka do AOS i szpitala) w jednej lokalizacji, pozwala na wdrożenie tego modelu opieki koordynowanej. W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego, niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych.	diabetologia, endokrynologia, pulmonologia). Kompleksowe prowadzenie pacjentów z chorobami przewlekłymi (odciążenie poradni specjalistycznych).				
2.2.6.	Utworzenie nowoczesnej, pełnoprofilowej placówki POZ w strukturach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu - M. Opole.	Rozwój nowych osiedli w Opolu oraz wzrost liczby seniorów generują skokowe zapotrzebowanie na opiekę lekarza rodzinnego blisko miejsca zamieszkania. Utworzenie POZ w strukturze szpitala wielospecjalistycznego gwarantuje pacjentom natychmiastowy dostęp do pełnego spektrum usług (profilaktyka, diagnostyka, szybka ścieżka do AOS i szpitala) w jednej lokalizacji, pozwala na wdrożenie tego modelu opieki koordynowanej. Nowoczesna infrastruktura i prestiż dużego szpitala to kluczowe narzędzia do przyciągnięcia młodych lekarzy, rezydentów medycyny rodzinnej oraz pediatrii. Pozwoli to zbudować stabilną, wielopokoleniową kadrę.	Zapewnienie kompleksowej i ciągłej opieki zdrowotnej dla mieszkańców, w tym profilaktyki, diagnostyki wczesnej i leczenia chorób przewlekłych. Zabezpieczenie potrzeb medycznych mieszkańców dynamicznie rozwijających się osiedli oraz rosnącej populacji seniorów w M. Opolu. Pozyskanie i zatrzymanie w regionie młodych lekarzy, rezydentów medycyny rodzinnej oraz pediatrii dzięki atrakcyjnej infrastrukturze szpitalnej.	Podmioty lecznicze wykonujące działalność - Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu.	2027-2031	10 000 000 zł	1. Liczba utworzonych POZ. 2. Liczba osób objętych opieką przez nowo utworzony, pełnoprofilowy POZ.

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. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 2) Zwiększenie dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej.
- 3) Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni:

- logopedycznych,
- kardiochirurgicznych,
- chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci,
- wad postawy,
- hematologicznych

do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.

- 4) Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia.

- 5) Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla RP, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: geriatry, endokrynologia.
- 6) Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: endokrynologicznej, kardiologicznej, gastroenterologicznej, chorób naczyń, osteoporozy.

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 Krajowej Sieci Onkologicznej 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 zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagę należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w Opolu oraz w powiatach przy granicy województwa.
- 2) Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych, logopedycznych, kardiochirurgicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, wad postawy, hematologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje dotyczące 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, w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
- 3) Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: namysłowskiego, głubczyckiego oraz oleskiego.
- 4) Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągnięcia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
- 5) Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym:
- wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich,
 - priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych,
 - 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, w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

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.	Zakontraktowanie lub utworzenie deficytowych profili poradni specjalistycznych, na obszarze białych plam na terenie województwa: 1. Poradnie dla dzieci w zakresie: onkologii i hematologii dziecięcej, chorób zakaźnych, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii. 2. Poradnie dla dorosłych w zakresach o najwyższym stopniu zidentyfikowanego ryzyka ograniczenia dostępności tj. poradni: geriatrycznych, onkologicznych.	Działanie ma na celu likwidację „białych plam” w dostępie do świadczeń w danym zakresie i na danym obszarze, w oparciu o zidentyfikowane potrzeby zdrowotne, ujęte w planie zakupu świadczeń na dany rok planowania poprzez ogłaszanie konkursów ofert, a także zwiększanie dostępność do porad, w ramach już istniejących poradni.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresach deficytowych dla mieszkańców regionu i ich równomierne rozmieszczenie. Likwidacja tzw. "białych plam" w strukturze regionalnego AOS. Skrócenie kolejek do deficytowych poradni specjalistycznych.	OOW NFZ	2027-2031	1 poradnia od 250 000 zł – do 850 000 zł rocznie tj. 2 750 000 zł w perspektywie 5 lat/1 poradnia	1. Liczba nowych poradni specjalistycznych. 2. Liczba udzielonych porad. 3. Liczba osób, którym udzielono świadczeń.
2.3.2.	Utworzenie nowych poradni specjalistycznych tj.: poradni gastroenterologicznej i stacji dializ w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Krapkowicach.	Utworzenie nowych specjalistycznych w strukturze Krapkowickiego Centrum Zdrowia w Krapkowicach stanowi bezpośrednią odpowiedź na zidentyfikowane w powiecie krapkowickim „białe plamy” w obszarze gastroenterologii oraz funkcjonowania Stacji Dializ. Utworzenie poradni gastroenterologicznej pozwoli na pełną integrację świadczeń i domknięcie ścieżki poszpitalnej pacjentów Pododdziału Gastroenterologii Krapkowickiego Centrum Zdrowia. Z kolei uruchomienie Stacji Dializ wyeliminuje barierę transportową dla pacjentów wymagających regularnych terapii ratujących życie, zapewniając im bezpieczne leczenie nefrologiczne na miejscu, przy jednoczesnym odciążeniu ośrodków w Opolu i Kędzierzynie-Koźlu.	Likwidacja „białych plam w zakresie urologii, reumatologii oraz nefrologii. Skrócenie kolejek i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.	Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	2027 - 2031	10 300 000 zł	1. Liczba nowych poradni specjalistycznych. 2. Liczba udzielonych porad. 3. Liczba osób, którym udzielono świadczeń.

		Zgodnie z danymi BASIW za rok 2024 na terenie powiatu krapkowickiego nie funkcjonuje Poradnia gastroenterologiczna oraz Stacja Dializ.					
--	--	--	--	--	--	--	--

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 co 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. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstotści stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstotści 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.
- 2) Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90 % oraz niskim, tj. mniejszym niż 50 %) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.
- 3) Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.
- 4) Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ 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, oraz 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.
- 2) Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Uruchomienie przynajmniej jednego ośrodka specjalistycznego przeznaczonego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadającego SOR. W przypadku braku możliwości jego uruchomienia - należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie

realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.

- 7) 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 MPZ 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 zawierać 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 Opolski	Opracowanie planu wdrożenia do grudnia 2027 r.	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac.	Opracowany plan wdrożenia MPZ 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.	PWDL	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) Poradnie leczenia uzależnień ogólne nie są równomiernie rozłożone na terenie województwa, ograniczając dostęp mieszkańców, szczególnie na północy i wschodzie województwa do świadczeń. W województwie nie było oddziału dziennego dla osób z uzależnieniem innym niż od alkoholu. Tylko jeden oddział/ośrodek leczenia specjalizował się w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Oddziały/ośrodki leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych zlokalizowane były wyłącznie w powiecie opolskim, ograniczając dostęp do świadczeń w reszcie województwa. Na terenie województwa brakowało hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu.
- 3) Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
- 4) 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 zgodnie z wytycznymi NFZ.
- 2) Równomierne zabezpieczenie w dostępie do świadczeń poradni leczenia uzależnień ogólnych na terenie województwa. Zabezpieczenie potrzeb mieszkańców w oddział dzienny dla uzależnień innych od alkoholowych. Otworzenie nowych oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych w powiatach innym niż opolski. Utrzymanie istniejącego hostelu oraz podjęcie działań zmierzających do otwarcia dodatkowych placówek tego typu.

- 3) Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
- 4) 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.	Uruchamianie nowych CZP w powiatach pozbawionych dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej dla dorosłych.	Działanie ma na celu zapewnienie dostępu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla osób powyżej 18 roku życia, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich bliskich, a także wsparcie ich w procesie leczenia i zdrowienia. Działanie realizowane jest na podstawie programu pilotażowego. Obecnie świadczenia w ramach CZP realizowane są przez 3 podmioty, tj.: w powiatach: M. Opole, kędzierzyńsko-kozielskim oraz na obszarze grupy powiatów krapkowicko-strzeleckiego.	Zwiększenie dostępności do świadczeń środowiskowych jak najbliższej miejsca zamieszkania - docelowo zapewnienie świadczeń CZP w każdym powiecie. Przeniesienie ciężaru opieki z oddziałów zamkniętych do środowiska pacjenta poprzez uruchomienie zespołów leczenia środowiskowego (domowego), oddziałów dziennych oraz poradni zdrowia psychicznego w ramach jednego CZP. Pomoc dla osób będących w kryzysie psychicznym, dostosowana do potrzeb, która obejmuje diagnozę, psychoterapię, wsparcie.	OOW NFZ	2027 - 2031	18 183 000 zł/ 1 CZP tj. 90 915 000 zł w perspektywie 5 lat/1 CZP	1. Liczba utworzonych CZP. 2. Liczba osób objętych opieką. 3. Liczba udzielonych świadczeń przez CZP. 4. Liczba porad i wizyt domowych zrealizowanych przez Zespoły Leczenia Środowiskowego.

2.5.2.	Utworzenie 3 zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny w powiatach, w których liczba dzieci do 18 r. życia przekracza 12 500 osób, tj.: w powiecie nyskim - 1, opolskim - 1 oraz M. Opolu - 1.	Działanie wprost realizuje ogólnopolski model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, który opiera się na tzw. deinstytucjonalizacji opieki – czyli przesunięciu ciężaru leczenia ze szpitali psychiatrycznych do środowiska lokalnego. Analiza danych demograficznych dla województwa opolskiego jednoznacznie wskazuje, że powiat nyski, powiat opolski oraz M. Opole to kluczowe regiony, w których liczba dzieci do 18 roku życia przekracza krytyczny próg 12 500 osób. Pozostawienie tych obszarów bez dodatkowego wsparcia I poziomu doprowadzi do utrudnienia w dostępie do psychoterapii, zwiększenia liczby nieobecności szkolnych oraz eskalacji problemów społecznych w regionie.	Zmniejszenie liczby ostrych hospitalizacji na całodobowych oddziałach psychiatrii dziecięcej w regionie. Skrócenie kolejek do psychologów dziecięcych w powiatach o największej gęstości zaludnienia tj. powyżej 12 500 dzieci w powiecie.	OOW NFZ	2027 - 2031	1 592 000 zł rocznie 3 zespoły tj. 7 960 000 zł w perspektywie 5 lat/3 zespoły	1. Liczba utworzonych zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom). 2. Liczba pacjentów poniżej 18 roku życia objętych opieką (w ujęciu rocznym).
2.5.3.	Utworzenie 2 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - CZP - II poziom referencyjny dla grupy powiatów: krapkowickiego, prudnickiego, strzeleckiego - 1 oraz grupy powiatów brzeskiego i namysłowskiego – 1.	Analiza wskaźników dostępu do opieki psychiatrycznej zawarta w MPZ na lata 2027–2031 wykazuje nierównomierny niedobór placówek specjalistycznych dla dzieci i młodzieży w województwie. Działanie ma na celu przesunięcie ciężaru opieki z drogich i obciążających psychicznie hospitalizacji całodobowych (III poziom referencyjny) na rzecz elastycznych form ambulatoryjnych i dziennych blisko miejsca zamieszkania pacjenta.	Zwiększenie dostępności do świadczeń środowiskowych jak najbliższej miejsca zamieszkania. Skrócenie czasu oczekiwania na pierwszą konsultację psychiatryczną oraz diagnostykę specjalistyczną na terenie objętych powiatów. Redukcja liczby ostrych przyjęć oraz hospitalizacji stacjonarnych na całodobowym Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.	OOW NFZ	2027 - 2031	3 074 000 zł rocznie/ 2 poradnie tj. 15 370 000 zł w perspektywie 5 lat/2 poradnie	1. Liczba utworzonych poradni zdrowia psychicznego CZP dla dzieci i młodzieży (II poziom). 2. Liczba pacjentów poniżej 18 roku życia objętych opieką (w ujęciu rocznym).
2.5.4.	Budowa nowego skrzydła Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu przy ul. Wodociągowej 4 na potrzeby CZP typu A.	Zapewnienie kompleksowej, skoordynowanej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej dla dorosłych mieszkańców miasta Opola oraz powiatu opolskiego w oparciu o środowiskowy model leczenia. Inwestycja odpowiada na wyzwanie demograficzno-epidemiologiczne regionu, jakim jest gwałtowny wzrost liczby osób	Skrócenie czasu oczekiwania na pomoc w stanach nagłych kryzysie psychicznym. Przeniesienie ciężaru leczenia na Oddział Dzienny oraz Zespół Leczenia Środowiskowego (wizyty domowe), co pozwoli na szybszy powrót pacjenta do funkcjonowania w społeczeństwie oraz skrócenie czasu hospitalizacji.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	2027 - 2031	50 000 000 zł	1. Liczba utworzonych stanowisk/miejsc na psychiatrycznym oddziale dziennym. 2. Liczba utworzonych gabinetów/poradni. 3. Liczba świadczeń udzielonych w miejscu zamieszkania pacjenta.

		dorosłych w kryzysie psychicznym oraz z zaburzeniami afektywnymi i psychotycznymi. Stanowi kluczowy element systemowej reformy psychiatrii, realizując zasadę deinstytucjonalizacji opieki oraz odpowiedzialności terytorialnej za przypisaną populację. Model CZP typu A wymaga jednoczesnego funkcjonowania PZK, Oddziału Całodobowego, Oddziału Dziennego i Zespołu Środowiskowego. Tylko nowa budowa pozwala na zaprojektowanie optymalnych, bezkolizyjnych ciągów komunikacyjnych (np. parter dla pacjentów ambulatoryjnych i PZK, wyższe piętra dla oddziałów zamkniętych). Pozostanie w starych strukturach, które z przyczyn technicznych nie pozwalają na wydzielenie bezkolizyjnych stref (PZK, Oddział Dzienny, Oddział Całodobowy), uniemożliwi spełnienie kryteriów wejścia podmiotu do sieci CZP. Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, od stycznia 2027 roku system CZP na stałe wchodzi do koszyka świadczeń gwarantowanych.					
2.5.5.	Budowa nowego skrzydła szpitala na potrzeby Centrum Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu przy ul. Wodociągowej 4.	Główną przesłanką do realizacji inwestycji jest drastyczny wzrost liczby dzieci i młodzieży zmagających się z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim. Inwestycja bezpośrednio wpisuje się w krajową reformę psychiatrii, realizując model opieki opartej na III poziomach referencyjności w ramach jednej struktury. Inwestycja zakłada zwiększenie liczby łóżek na oddziale stacjonarnym do 28. Dotychczasowa baza 18 łóżek stacjonarnych w województwie opolskim jest permanentnie przeciążona. W okresach	Skupienie w jednym obiekcie wszystkich trzech poziomów referencyjnych (poradnia, zespół środowiskowy, oddział dzienny, oddział stacjonarny), zapewni osobom objętym opieką płynne przechodzenie między etapami leczenia. Skrócenie czasu hospitalizacji stacjonarnej do niezbędnego minimum, dalsze kontynuowanie terapii w naturalnym środowisku dziecka.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	2027 - 2031	50 000 000 zł	Liczba utworzonych oddziałów dziennych, poradni zdrowia psychicznego, gabinetów terapeutycznych.

		szczytów zachorowań oddział zmuszony jest do przyjmowania pacjentów ponad limit (tzw. łóżka dostawiane), co drastycznie obniża standardy bezpieczeństwa, narusza prawa pacjenta do intymności. Dodatkowe 10 łóżek to kluczowa rezerwa ratująca życie, gwarantująca, że każde dziecko z województwa opolskiego, wymagające natychmiastowej opieki szpitalnej otrzyma pomoc. Realizacja inwestycji jest możliwa ze względu na wsparcie finansowe z Funduszu Medycznego w ramach konkursu nr FM-SIS.03.PSYCH.2024 projekty strategiczne w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie umowy z NFZ oraz Samorządu Województwa Opolskiego. Jest to kontynuacja z WPT 2022-2026. Umowa z MZ została podpisana w I kwartale 2026 r. Wobec powyższego realizacja inwestycji nastąpi w okresie nowego WPT 2027-2031 (UMWO).					
--	--	--	--	--	--	--	--

2.5.6.	Budowa nowego budynku szpitala Specjalistycznego Szpitala im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach.	Główną przesłanką do realizacji inwestycji jest krytyczny brak nowoczesnej infrastruktury dedykowanej psychiatrii sądowej dla dorosłych o podstawowym zabezpieczeniu w skali regionu. Nowy trzykondygnacyjny budynek pozwoli na utworzenie trzech niezależnych oddziałów mieszczących łącznie 90 łóżek o profilu sądowym. Inwestycja ta odpowiada na realne zapotrzebowanie wymiaru sprawiedliwości oraz eliminuje zjawisko blokowania łóżek na ogólnych oddziałach psychiatrycznych przez pacjentów z nakazami sądowej izolacji, co w istotny sposób podniesie bezpieczeństwo personelu i pozostałych chorych. Dotychczasowa baza łóżek jest permanentnie przeciążona, co drastycznie obniża standardy bezpieczeństwa i znajduje odzwierciedlenie w rozliczeniach z NFZ w postaci nadwykonań. Podmiot jest szpitalem typowo psychiatrycznym. Średnie wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych w RP regularnie przekracza optymalny pułap 85%. Zgodnie z analizą bazy BASiW (ogólnopolskie) za rok 2024, w Branicach ze względu na profile zamknięte w zakresie psychiatrii sądowej przekracza 100%, w zakresie psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu wynosi 97,89% co wynika z przymusowych skierowań decyzji sądów. Inwestycja ma zagwarantowane finansowanie ze środków Funduszu Medycznego.	Skrócenie czasu oczekiwania na umieszczenie pacjenta w zakładzie psychiatrycznym po orzeczeniu sądu.	Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach	2027 - 2031	70 000 000 zł	Budowa nowego budynku szpitala.
--------	---	--	--	--	-------------	---------------	---------------------------------

2.6. Rehabilitacja medyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na poziomie wyższym, niż wartości średnie w RP.
- 2) Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.
- 3) Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla RP.
- 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.	Utworzenie i zakontraktowanie dwóch 20 łóżkowych oddziałów rehabilitacji stacjonarnej neurologicznej (powiat nyski, powiat głubczycki).	Brak natychmiastowego rozpoczęcia rehabilitacji bezpośrednio po opuszczeniu oddziału udarowego prowadzi do bezpowrotnej utraty efektów wcześniejszej terapii i trwałego kalectwa chorych. Opolszczyzna jest najszybciej starzejącym się regionem w kraju. Prognozowany skokowy wzrost liczby osób w wieku 65+ przełoży się na wzrost zapotrzebowania na rehabilitację neurologiczną poudarową. Utworzenie i nowoczesne wyposażenie oddziału pozwoli na płynne przejmowanie pacjentów w tzw. „okienku terapeutycznym” (czyli w fazie wczesnej, do kilku tygodni od udaru mózgu), co decyduje o szansach pacjenta na samodzielność. Z uwagi na wysoki, niewykorzystany potencjał łóżek szpitalnych ogółem w województwie oraz bezwzględny wymóg racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, wprowadza się kryterium efektywnościowe dla realizowanych inwestycji. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, co najmniej 50% nowo uruchamianych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z istniejących, niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do wczesnej rehabilitacji poudarowej. Rozpoczęcie intensywnej rehabilitacji w ciągu kluczowych pierwszych 14–30 dni od udaru. Obniżenie średniego czasu oczekiwania na wolne łóżko rehabilitacyjne w trybie pilnym (po udarze).	OOW NFZ	2027 - 2031	13 000 000 zł rocznie/ 2 oddziały tj. 65 000 000 zł w perspektywie 5 lat/2 oddziały	- Liczba utworzonych łóżek rehabilitacji neurologicznej. - Liczba pacjentów objętych opieką po udarach i urazach mózgu.
2.6.2.	Budowa nowego budynku szpitala na potrzeby konsolidacji i relokacji usług rehabilitacyjnych, w tym oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz poddziału rehabilitacji	Województwo opolskie zmagą się z jednym z najszybszych w kraju procesów starzenia się społeczeństwa, co bezpośrednio koreluje ze stałym wzrostem liczby incydentów naczyniowo-mózgowych	Zwiększenie odsetka pacjentów przywracanych do stanu świadomości.	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	2027 - 2031	Szacunkowe koszt inwestycji 50 000 000 zł	Liczba pacjentów objętych świadczeniami w zmodernizowanym obiekcie.

	dorosłych ze śpiączką w Brzeskim Centrum Medycznym w Brzegu. (udarów), urazów komunikacyjnych oraz nagłych zatrzymań krążenia skutkujących niedotlenieniem mózgu. Przeniesienie działalności oddziału w zakresie rehabilitacji medycznej, w tym oddziału rehabilitacji neurologicznej wraz z pododdziałem rehabilitacji dorosłych w śpiączce do nowoczesnego obiektu przełoży się bezpośrednio na podniesienie efektywności terapeutycznej oraz optymalizację wskaźników rehabilitacji neurologicznej i wybudzeń, przy jednoczesnym odciążeniu wysokokosztowych łóżek „ostrych” na oddziałach intensywnej terapii (OIT) w skali całego województwa. Pododdział Rehabilitacji Dorosłych w Śpiączce „BUDZIK” jest unikalną placówką o znaczeniu regionalnym, wyspecjalizowaną w przywracaniu funkcji życiowych u pacjentów po ciężkich urazach i udarach mózgu.						2. Liczba pacjentów objętych programem wybudzania ze śpiączki. 3. Liczba pacjentów skutecznie wybudzonych w Pododdziale „BUDZIK”.
--	---	--	--	--	--	--	---

2.7. Opieka długoterminowa

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności do świadczeń w ZOL i ZPO.
- 2) Utrzymanie dostępności do 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 ZOL i ZPO na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP.
- 2) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów w opiece długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP.
- 3) Zwiększenie dostępności do 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 i zakontraktowanie nowych 50–60 łóżek opieki długoterminowej (ZOL) w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim (likwidacja „białych plam”).	Powiat kędzierzyńsko-kozielski stanowi strukturalną „białą plamę” na mapie opieki długoterminowej województwa opolskiego ze względu na brak stacjonarnego ZOL. W oparciu o dane z BASiW za rok 2024 obłożenie łóżek w ZOL w województwie wynosiło 82,29%. Średni krajowy wskaźnik zabezpieczenia łóżkowego wynosi ok. 85 łóżek na 100 tys. mieszkańców, dla województwa opolskiego: wynosi ok. 96 łóżek na 100 tys. mieszkańców dla powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego: wynosi 0 łóżka na 100 tys. mieszkańców („biała plama”). Utworzenie 50–60 łóżek ZOL zagwarantuje mieszkańcom powiatu równy dostęp do świadczeń opieki długoterminowej oraz zapewni relokację pacjentów do właściwego poziomu opieki i uwolni potencjał łóżek ostrych w powiecie. Z uwagi na wysoki, niewykorzystany potencjał łóżek szpitalnych ogółem w województwie oraz bezwzględny wymóg racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, wprowadza się kryterium efektywnościowe dla realizowanych inwestycji. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, co najmniej 50% nowo uruchamianych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z istniejących, niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej. Obniżenie kosztów leczenia i hospitalizacji poprzez przekazywanie pacjentów niewymagających intensywnego leczenia do opieki długoterminowej.	OOW NFZ	2027 - 2031	7 748 000 zł rocznie tj. 38 740 000 zł w perspektywie 5 lat	- Liczba nowych łóżek ZOL. - Liczba osób objętych opieką długoterminową w nowoutworzonym ZOL rocznie. - Liczba przekazanych pacjentów z oddziałów szpitalnych do ZOL.

2.7.2.	Przekształcanie łóżek na łóżka opieki długoterminowej z istniejącej nieefektywnej bazy łóżek szpitalnych niezależnie od lokalizacji.	Z uwagi na zmianę struktury demograficznej społeczeństwa (coraz większy odsetek mieszkańców 65+) koniecznym jest zapewnienie dostępu do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej dla mieszkańców województwa. Są to działania mające na celu m.in. przekształcanie części oddziałów szpitalnych na oddziały opieki długoterminowej.	Zwiększanie dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej. Obniżenie kosztów leczenia i hospitalizacji poprzez przekazywanie pacjentów niewymagających intensywnego leczenia do opieki długoterminowej.	OOW NFZ	2027 - 2031	Koszt trudny do oszacowania.	Liczba przekształconych łóżek szpitalnych w łóżka opieki długoterminowej.
2.7.3.	Utworzenie stacjonarnych miejsc opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (powiat krapkowicki – 4 łóżka, M. Opole - 4 łóżka).	Pacjenci wymagający przewlekłej wentylacji mechanicznej (zarówno w przebiegu zaawansowanej niewydolności oddechowej, jak i ciężkich powikłań neurologicznych) stanowią jedną z najtrudniejszych i najbardziej kosztownych grup chorych w systemie. Aktualna baza łóżkowa dla tej grupy pacjentów na Opolszczyźnie jest skrajnie niewystarczająca (zaledwie 1,29 łóżka na 100 tys. ludności). Powoduje to tzw. zjawisko „blokowania” łóżek na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) w szpitalach ostrych przez pacjentów stabilnych, którzy mogliby zostać przeniesieni do placówek opieki przewlekłej. Czas oczekiwania na przyjęcie do istniejących placówek wynosi od kilku miesięcy do roku, co wymusza długotrwałą, nieuzasadnioną hospitalizację na oddziałach intensywnej terapii. Z uwagi na wysoki, niewykorzystany potencjał łóżek szpitalnych ogółem w województwie oraz bezwzględny wymóg racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, wprowadza się kryterium efektywnościowe dla realizowanych inwestycji. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, co najmniej 50% nowo uruchamianych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone	Zwiększanie dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej. Odblokowanie miejsc na intensywną terapię i obniżenie kosztów leczenia na OIOM poprzez przekazywanie pacjentów niewymagających intensywnego leczenia do opieki długoterminowej.	OOW NFZ	2027 - 2031	3 000 000 zł rocznie/8 łóżek tj. 15 000 000 zł. w perspektywie 5 lat/8 łóżek	1. Liczba utworzonych stacjonarnych łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. 2. Liczba pacjentów wentylowanych mechanicznie objętych opieką (w ujęciu rocznym).

		z istniejących, niewykorzystanych zasobów szpitalnych.					
--	--	--	--	--	--	--	--

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
- 2) Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
- 3) Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
- 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) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP. Rozwój bazy ośrodków domowych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.

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 nowych łóżek hospicyjnych (10 w powiecie prudnickim, 10 w M. Opolu).	Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 135,12 na 100 tys. ludności (o 11% więcej niż średnio w RP). KPT na lata 2027–2031 zakłada zmianę modelu opieki paliatywnej, w tym rozszerzenie katalogu jednostek chorobowych uprawniających pacjentów do opieki. Spowoduje to zwiększenie liczby chorych nienowotworowych kwalifikujących się do tego rodzaju opieki. Utworzenie 20 nowych łóżek (10 w powiecie prudnickim oraz 10 w M. Opolu) pozwoli na elastyczne przejęcie tych pacjentów przez system opieki stacjonarnej. Ponadto zgodnie z rekomendacjami MPZ dla województwa opolskiego rekomendowany jest rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują. Z uwagi na wysoki, niewykorzystany potencjał łóżek szpitalnych ogółem w województwie oraz bezwzględny wymóg racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, wprowadza się kryterium efektywnościowe dla realizowanych inwestycji. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, co najmniej 50% nowo uruchamianych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z istniejących, nieefektywnych zasobów szpitalnych.	Poprawa dostępności do świadczeń, w szczególności poprzez utworzenie hospicjum stacjonarnego/oddziału medycyny paliatywnej w powiatach: prudnickim, M. Opole.	OOW NFZ	2027 - 2031	5 757 000 zł rocznie/20 łóżek tj. 26 000 000 zł w perspektywie 5 lat/20 łóżek	- Liczba utworzonych łóżek opieki hospicyjnej stacjonarnej. - Liczba osób objętych opieką. - Liczba zrealizowanych świadczeń.

2.8.2.	Utworzenie i zakontraktowanie nowej poradni z zakresu medycyny paliatywnej.	Aktualna struktura świadczeń medycznych wykazuje nierównomierne rozmieszczenie placówek na terenie województwa opolskiego. Powiat kędzierzyńsko-kozielski stanowi tzw. „białą plamę” w zakresie dostępu do świadczeń poradni medycyny paliatywnej.	Zakontraktowanie poradni medycyny paliatywnej. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń gwarantowanych. Skrócenie średniego czasu dojazdu chorego do Poradni Medycyny Paliatywnej (leczenie w obrębie powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego). Likwidacja „białych plam” w dostępie do świadczeń ambulatoryjnej opieki paliatywnej w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim.	OOW NFZ	2027 - 2031	50 000 zł rocznie tj. 250 000 zł w perspektywie 5 lat	1. Liczba utworzonych poradni medycyny paliatywnej. 2. Liczba osób objętych opieką w ramach 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 wymienionych w diagnozie. 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.	Wprowadzenie atrakcyjnych rozwiązań i działań zachęcających lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w województwie opolskim, m.in. stypendialnego systemu motywacyjnego.	W ramach działań motywujących do podjęcia zatrudnienia w dziedzinach deficytowych i kluczowych dla podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego planuje się przyznawanie stypendiów studentom kierunku lekarskiego. Wsparcie to ma zachęcić przyszłych lekarzy do podjęcia pracy w regionie oraz wyboru specjalizacji, w których występują największe niedobory kadrowe.	Zastępowalność pokoleniowa lekarzy specjalistów oraz poprawa dostępności w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych obszarach. Szacowana liczba pobieranych stypendiów - ok. 75 stypendystów w ciągu roku.	JST UMWO	2027 - 2031	6 750 000 zł	Liczba przyznanych stypendiów w danym roku.

2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych.
- 2) Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej 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.	Zakup 49 nowoczesnych ambulansów z wyposażeniem w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną na potrzeby ZRM.	Zakup 49 nowoczesnych ambulansów i ich optymalne rozmieszczenie w województwie opolskim pozwoli na podniesienie standardu udzielania pomocy medycznej do najwyższych obowiązujących norm oraz maksymalne skrócenie czasu tzw. „złotej godziny”. Obecna flota pojazdów OCRM dysponuje taborem w wieku od 5 do 12 lat, co w realiach specyfiki operacyjnej regionu stwarza wysokie ryzyko dla pacjentów oraz generuje nieuzasadnione ekonomicznie koszty serwisowe. Przyjmując średni roczny przebieg ambulansu ZRM na poziomie ok. 40 000 – 65 500 km, pojazdy 5-letnie będą posiadały w roku 2030 przebiegi rzędu 173 000 km, natomiast pojazdy 12-letnie w granicach 400 000 km do 605 000 km. Tak wysokie przebiegi oznaczają zużycie podzespołów mechanicznych drastycznie zwiększając ryzyko nagłego wyłączenia karetki z ruchu w trakcie dojazdu „w kodzie pilności” do pacjenta w stanie nagłego zagrożenia życia.	Skrócenie czasu dojazdu do pacjenta szczególnie w odległych rejonach wiejskich oraz na kluczowych szlakach komunikacyjnych (autostrada). Podniesienie standardu opieki przedszpitalnej poprzez wdrożenie zaawansowanych procedur reanimacyjnych przy użyciu najnowszego sprzętu medycznego. Skrócenie czasu przestojów warsztatowych i drastyczne obniżenie wydatków na naprawy serwisowe wyeksploatowanych pojazdów.	Starostwa Powiatowe UMWO	2027 - 2031	73 500 000zł w perspektywie 5 lat	Liczba nowych zakupionych ambulansów w odniesieniu do danego roku.
2.10.2.	Zakup i uruchomienie motoambulansu przez OCRM M. Opole -1.	Wprowadzenie zespołu motocyklowego (motoambulansu) na terenie miasta Opola jest uzasadnione analizą uwarunkowań topograficznych, hydrologicznych, komunikacyjnych oraz urbanistycznych, które w sposób istotny wpływają na czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. M. Opole	Skrócenie czasu dotarcia do pacjenta celem udzielenia pomocy medycznej. Odciążenie klasycznych ZRM.	UMWO	2028 - 2031	450 000 zł	Liczba uruchomionych motoambulansów.

		znajduje się w fazie intensywnego rozwoju infrastrukturalnego i urbanistycznego. Rozbudowa układu drogowego, liczne inwestycje miejskie oraz wzrost liczby mieszkańców powodują systematyczne zwiększanie natężenia ruchu drogowego, szczególnie w godzinach szczytu komunikacyjnego, tj. 7:00–9:00 oraz 14:30–17:30. W tym czasie główne arterie miasta – w tym ul. Ozimska, Wrocławska, Niemodlińska, Nysy Łużyckiej oraz obwodnica północna – charakteryzują się znacznymi zatorami, które istotnie wydłużają czas przejazdu zespołów ratownictwa medycznego. Jednocześnie znaczna część terenów rekreacyjnych – bulwary nadodrzańskie, ścieżki rowerowe, ciągi pieszo - rowerowe oraz obszary wzdłuż wałów – pozostaje niedostępna lub trudno dostępna dla pojazdów czterokołowych, co uniemożliwia szybkie dotarcie ambulansu do pacjenta.					
2.10.3.	Przeprowadzenie szkoleń z zakresu edukacji w zakresie bezprzypadkowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.	Głównym celem działania jest kompleksowe przygotowanie świadków zdarzeń do natychmiastowego ratowania życia w stanach nagłego zagrożenia przy jednoczesnym budowaniu ich pewności siebie, aby nie bali się działać i pomagać w warunkach silnego stresu. Działanie to realizuje bezpośrednią eliminację paraliżu decyzyjnego oraz lęku przed popełnieniem błędu poprzez połączenie intensywnego treningu procedur bezprzypadkowych z warsztatami psychologii ratowniczej.	Zwiększenie liczby osób potrafiących skutecznie zareagować w stanach nagłych, takich jak nagłe zatrzymanie krążenia, co bezpośrednio przełoży się na ratowanie życia osobom w stanie jego bezpośredniego zagrożenia. Wykształcenie u uczestników pewności siebie oraz odporności na stres, co zredukuje paraliż decyzyjny i obawę przed popełnieniem błędu w sytuacjach kryzysowych. Podnoszenie kompetencji ratowniczych mieszkańców poprzez powszechną edukację.	Dysponent ZRM	2027 - 2031	1 000 000 zł rocznie tj. 5 000 000 zł w perspektywie 5 lat	1. Liczba przeprowadzonych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. 2. Liczba osób objętych szkoleniem.

2.10.4.	Budowa nowej bazy Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu.	Dostosowanie OCRM do wdrożenia standardów dostępności poprzez budowę nowej, nowoczesnej siedziby OCRM wraz z niezbędną infrastrukturą techniczną i teleinformatyczną, zapewniającą pełną dostępność dla wszystkich użytkowników. Inwestycja obejmuje zastosowanie rozwiązań telekomunikacyjnych, energooszczędnych i proekologicznych, a także stworzenie funkcjonalnej bazy lokalowej odpowiadającej współczesnym wymaganiom w zakresie dostępności, efektywności energetycznej oraz ochrony środowiska. Nowy obiekt zapewni nie tylko lepsze warunki pracy osobom odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu ratownictwa w województwie, lecz będzie pełnił również funkcję ośrodka szkoleniowego dla służb cywilnych oraz będzie posiadał specjalnie przystosowane pomieszczenia do czasowej ewakuacji ludności w ramach zadań obrony cywilnej.	Stworzenie profesjonalnego zaplecza do funkcjonowania OCRM spełniającego europejskie standardy. Powstanie bazy szkoleniowej dla służb cywilnych. Powstanie miejsc przeznaczonych na potrzeby tymczasowego schronienia.	UMWO (OCRM)	2027 - 2031	70 000 000 zł	Liczba nowo wybudowanych budynków.
---------	--	---	--	-------------	-------------	---------------	------------------------------------

2.11. Sprzęt medyczny

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 2) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 3) Należy uwzględnić potrzeby związane z diagnostyką dzieci, z możliwością wykonywania badań RM w sedacji.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
- 2) Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie krapkowickim, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
- 3) Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
- 4) Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
- 5) Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu (tomografy komputerowe) na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).

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 angiografów (powiat nyski - 2, M. Opole - 4).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. w regionie użytkowanych było 15 angiografów, średni wiek angiografów wynosił aż 7,51 lat, w tym 2 - 10 lat i 4 - 11,57 lat. Przekłada się to na zapotrzebowanie na wymianę 6 angiografów, których średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku – 15 i 16,57 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienia efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	od 24 000 000 zł do 40 000 000 zł	Liczba wymienionych angiografów.
2.11.2.	Wymiana aparatu RM (powiat nyski - 2, M. Opole - 4, powiat kluczborski - 1).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. w regionie użytkowanych było 15 aparatów RM, których średni wiek w regionie wynosił aż 8,85 lat, w tym 2 – 9 lat, 4 - 9, 29 lat i 1 - 10 lat. Przekłada się to na zapotrzebowanie na wymianę 7 aparatów RM, których średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku 14, 14, 29 i 15 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	od 60 000 000 zł. do 80 000 000 zł	Liczba wymienionych aparatów RM.
2.11.3.	Wymiana aparatury ECMO (M. Opole - 1).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 roku w regionie użytkowanych było	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności	PWDL	2027 - 2031	od 350 000 zł. do 500 000 zł	Liczba wymienionych aparatów ECMO.

		6 aparatów ECMO, których średni wiek użytkowania wynosił aż 7,83 lat. Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na wymianę 1 aparatu ECMO, którego średni wiek przekroczy próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku - 12,83 lat.	personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.				
2.11.4.	Wymiana gammakamer (M. Opole - 3).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. w regionie użytkowanych było 6 gammakamer, średni wiek gammakamer w regionie wynosił aż 17,25 lat. Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na wymianę 3 gammakamer, których średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku - 22,25 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	15 000 000 zł	Liczba wymienionych gammakamer.
2.11.5.	Wymiana mammografów (powiat głubczycki - 1, M. Opole -1).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. w regionie użytkowanych było 9 stacjonarnych mammografów, których średni wiek wynosił aż 7,86 lat, w tym 1 - 16 lat i 1 -8,33 lat. Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na wymianę 5 mammografów, których średni wiek przekroczy próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku – 21 lat i 13,33 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	4 000 000 zł	Liczba wymienionych mammografów.
2.11.6.	Wymiana aparatu PET (M. Opole - 1).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. średni wiek aparatów PET w regionie wynosił aż 14 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	16 000 000 zł	Liczba wymienionych PET.

		Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na wymianę 1-go urządzenia PET, którego średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku - 19 lat.					
2.11.7.	Wymiana aparatów RTG (powiat brzeski - 3, powiat głubczycki - 2, powiat kędzierzyńsko - kozielski - 4, powiat kluczborski - 4, powiat krapkowicki - 3, powiat nyski - 11, powiat oleski - 3, powiat opolski - 4, powiat strzelecki - 5), powiat prudnicki - 4, M. Opole - 23).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. średni wiek aparatów RTG w regionie wynosił aż 8 lat – 16,25 lat. Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na wymianę 66 aparatów RTG, których średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku – 13 lat do 21,25 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2031	od 23 000 000 zł do 55 000 000 zł	Liczba wymienionych aparatów RTG.
2.11.8.	Wymiana aparatów TK (powiat kluczborski - 1, powiat kędzierzyńsko - kozielski - 1, M. Opole - 4, powiat nyski - 1, powiat prudnicki - 1, powiat głubczycki - 1, powiat krapkowicki - 1, powiat brzeski - 1, powiat oleski - 1).	Systematyczna wymiana sprzętów i aparatury medycznej, której czas eksploatacji został przekroczony. Zgodnie z analizą bazy BASiW, na koniec 2025 r. średni wiek aparatów TK w regionie wynosił od 5 -17 lat. Przekłada się to na zidentyfikowanie zapotrzebowania na modernizację bazy aparatów TK poprzez wymianę 13 urządzeń, których średni wiek przekroczył próg technologiczny i będzie wynosił w 2030 roku od 12 lat do 23 lat.	Poprawa jakości i precyzji diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania, zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń, podniesienie efektywności personelu. Wzrost satysfakcji i komfortu pacjentów.	PWDL	2027 - 2021	25 000 000 zł - 40 000 000 zł	Liczba wymienionych aparatów TK.
2.11.9.	Zakup zaawansowanych technologii innowacyjnych - metod operacyjnych diagnostycznych wynikających z postępu technologicznego, możliwych sfinansowania w ramach świadczeń gwarantowanych.	Działanie dotyczy podmiotów leczniczych spełniających wymagania określone dla danego zakresu świadczeń, w tym posyłające 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.	PWDL	2027 - 2031	Brak możliwości oszacowania na tym etapie prac.	Liczba zakupionych lub wymienionych zaawansowanych technologii innowacyjnych.

2.12. Pozostałe

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Potrzeba modernizacji i rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami, poprawy jakości i dostępności świadczeń oraz zwiększenia odporności systemu ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa oraz norm, w szczególności w zakresie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwa sanitarnego oraz przeciwpożarowego.
- 2) Poprawa dostępu do infrastruktury poprzez likwidację barier architektonicznych oraz dostosowanie obiektów dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- 3) Wzmacnianie odporności podmiotów leczniczych na sytuacje kryzysowe poprzez zapewnienie ciągłości działania i realizacji zadań związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym oraz przygotowaniem obronnym państwa.
- 4) Odnowa i unowocześnienie bazy sprzętowej poprzez wymianę aparatury medycznej o wysokim stopniu zużycia oraz doposażenie adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych w województwie.

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.	Modernizacja, budowa, przebudowa, rozbudowa podmiotów leczniczych (z wyłączeniem oddziałów szpitalnych) wynikających 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.	PWDL	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na tym etapie prac.	Liczba wydanych pozytywnych opinii dotyczących celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2.12.2.	Opracowanie, wdrożenie i realizacja zaawansowanych modułów szkoleniowych z zakresu klinicznego i strategicznego wykorzystania telemedycyny (i-MOST Moduł II i Moduł III, zgodnych z ramami DigComp/BeWell), koncentrujących się na klinicznym i strategicznym wykorzystaniu telemedycyny.	Realizacja zaawansowanych modułów szkoleniowych i-MOST (Moduł II – Kliniczny oraz Moduł III – Integracyjny) stanowi bezpośrednią odpowiedź na zidentyfikowane luki w krajowym systemie kształcenia kadr medycznych oraz wynika z konieczności dostosowania kompetencji personelu do rygorystycznych wymogów prawnych i europejskich. Obecnie dostępne szkolenia na poziomie krajowym koncentrują się niemal wyłącznie na podstawach e-usług medycznych (zakres Modułu I), zapewniając jedynie minimalną zgodność techniczną w odniesieniu do ram DigComp i BeWell. Dotychczasowy system kształcenia nie obejmuje w wystarczającym stopniu zaawansowanych, klinicznych zastosowań telemedycyny. Wdrożenie modułów i-MOST II i III jest w pełni uzasadnione koniecznością przygotowania personelu do praktycznych wyzwań, takich jak interpretacja danych ze zdalnych systemów badania i monitorowania pacjenta oraz złożone zagadnienia integracji	Nabycie przez personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki) zaawansowanych umiejętności z zakresu e-zdrowia, w ramach kompetencji cyfrowych DigComp oraz z wytycznymi BeWell. Wzrost pewności i efektywności personelu medycznego w zakresie interpretacji danych przesyłanych w czasie rzeczywistym z medycznych urządzeń peryferyjnych. Usprawnienie procesów decyzyjnych i diagnostycznych dzięki umiejętności płynnej wymiany i interpretacji EDM pomiędzy różnymi systemami IT w ochronie zdrowia.	Centrum Telemedycyny i e-Zdrowia przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego, Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego.	2027 - 2028	960 000 zł	1. Liczba personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki), który podniósł kompetencje cyfrowe i kliniczne w zakresie telemedycyny i interoperacyjności EDM, potwierdzone certyfikatami zgodnymi z DigComp/BeWell. 2. Liczba opracowanych i certyfikowanych Modułów Szkoleniowych z telemedycyny (Moduł II i Moduł III).

		rozproszonych systemów opieki zdrowotnej.					
2.12.3.	Wdrożenie i realizacja i-TOP POZ opartego na: 1. RPM - technologie zbierające dane o pacjentach. 2. Interoperacyjności w ramach EDM z wykorzystaniem Centrum Telemedycyny i e-Zdrowia przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego, Wydziału Lekarskiego, Uniwersytetu Opolskiego, Regionalnego Centrum Medycyny Cyfrowej, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego .	Wdrożenie i realizacja i-TOP POZ stanowi kluczową i systemową odpowiedź na strategiczne wyzwania współczesnej medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego. Uzasadnieniem dla realizacji tego komponentu w programie i-TOP POZ jest stworzenie w pełni zintegrowanego środowiska informatycznego. Bezpieczny i ustrukturyzowany przepływ danych w standardach interoperacyjności EDM gwarantuje, że wyniki z domowych urządzeń pacjenta automatycznie i bezbłędnie zasilają jego oficjalną kartotekę medyczną. Eliminuje to ryzyko błędów przy ręcznym przepisywaniu danych i oszczędza czas personelu medycznego.	Skrócenie średniego czasu (mierzonego w godzinach/dniach) od momentu zgłoszenia zapotrzebowania przez pacjenta do momentu realizacji porady lekarskiej w strukturach POZ. Redukcja wskaźnika hospitalizacji i rehospitalizacji pacjentów przewlekle chorych objętych ciągłym monitoringiem (RPM). Wzrost odsetka placówek POZ korzystających z zintegrowanych systemów wymiany EDM z placówkami AOS/szpitalami. Skrócenie czasu reakcji na zaostrzenia stanów chorobowych poprzez bieżącą analizę wpływających parametrów życiowych.	Centrum Telemedycyny i e-Zdrowia przy Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego, Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego	2029 - 2031	Brak możliwości oszacowania na tym etapie prac.	1. Liczba placówek POZ uczestniczących w pilotażu. 2. Liczba pacjentów uzyskujących porady telemedyczne. 3. Liczba pacjentów przewlekle chorych objętych RPM.

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.