

*Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 418/324/18
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 24 kwietnia 2018 roku*



ZARZĄD
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Regionalny Program Strategiczny
w zakresie ochrony zdrowia
Zdrowie dla Pomorzan

GDAŃSK 2018

SPIS TREŚCI

Wykaz użytych skrótów.....	3
Wprowadzenie.....	5
I. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA.....	7
1. Wnioski z analizy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia	7
2. Analiza SWOT.....	16
3. Wyzwania.....	18
II. CZĘŚĆ PROJEKCYJNA.....	19
1. Cele szczegółowe, Priorytety i Działania.....	19
2. Realizacja Zobowiązań SWP zapisanych w SRWP 2020.....	45
III. SYSTEM REALIZACJI.....	49
1. Kompetencje i odpowiedzialność kluczowych aktorów.....	49
2. Koordynacja z pozostałymi RPS.....	50
3. Zasady i warunki wykorzystania Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych	52
4. Ramy finansowe.....	54
5. System monitorowania i oceny realizacji.....	56
IV. ZAŁĄCZNIKI	57
Załącznik 1. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych.....	57
Załącznik 2. Wnioski i rekomendacje z oceny ex-ante oraz przyjęte kierunki zmian w Programie.....	59
Załącznik 3. Słownik kluczowych pojęć.....	61

Wykaz użytych skrótów

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
ISO	Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ang. International Organization for Standardization)
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
DES	Departament Edukacji i Sportu
DISI	Departament Społeczeństwa Informacyjnego i Informatyki
DO	Departament Organizacji
DPK	Departament Promocji i Komunikacji Społecznej
DPR	Departament Programów Regionalnych
DZ	Departament Zdrowia
ERP	Zintegrowany System Planowania Zasobów Przedsiębiorstwa (ang. Enterprise Resource Planning)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HIS	Szpitalny System Informacyjny (ang. Hospital Information System)
JST	Jednostka/i Samorządu Terytorialnego
MRI	Rezonans Magnetyczny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPZCHN	Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development)
PACS	System archiwizacji obrazów i danych medycznych (ang. Picture Archive and Communication System)
PCZP	Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego
POChP	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
POLKARD	Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
POW NFZ	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PSME	Pomorski System Monitringu i Ewaluacji
PUW	Pomorski Urząd Wojewódzki

RIS	Radiologiczny System Informacyjny (ang. Radiology Information System)
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RPO	Regionalny Program Operacyjny
RPS	Regionalny Program Strategiczny
RPS AP	Regionalny Program Strategiczny w zakresie aktywności zawodowej i społecznej <i>Aktywni Pomorzanie</i>
RPS MP	Regionalny Program Strategiczny w zakresie transportu <i>Mobilne Pomorze</i>
RPS PP	Regionalny Program Strategiczny w zakresie atrakcyjności kulturalnej i turystycznej <i>Pomorska Podróż</i>
RPS PPK	Regionalny Program Strategiczny w zakresie rozwoju gospodarczego <i>Pomorski Port Kreatywności</i>
RPS ZdP	Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia <i>Zdrowie dla Pomorzán</i>
RSMiEPZ	Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SRWP	Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020
SWP	Samorząd Województwa Pomorskiego
TK	Tomograf Komputerowy
UE	Unia Europejska
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
ZWP	Zarząd Województwa Pomorskiego

WPROWADZENIE

1. Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia, dalej określany nazwą „RPS Zdrowie dla Pomorzan” (RPS ZdP), jest jednym z sześciu zasadniczych narzędzi realizacji Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020 (SRWP), uchwalonej przez Sejmik Województwa Pomorskiego w dniu 24 września 2012 r. (uchwała nr 458/XXII/12).
2. Podstawę prawną do opracowania Programu, poza uchwałą Sejmiku Województwa Pomorskiego nr 458/XXII/2012 z dnia 24 września 2012 r., stanowią: ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dodatkowo z uwagi na specyfikę programu podstawę prawną stanowią również ustawy: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
3. Program pełni wiodącą rolę w operacjonalizowaniu i harmonizowaniu działań Samorządu Województwa w takich obszarach tematycznych SRWP jak system zdrowia, profilaktyka i usługi zdrowotne.
4. Program, jako jeden z sześciu dokumentów wiodących w realizacji SRWP, należy do podstawowych punktów odniesienia decydujących o kształcie przyjmowanych na poziomie Województwa Pomorskiego programów operacyjnych, a także ukierunkowaniu środków ujmowanych po stronie wydatków rozwojowych w budżecie województwa.
5. Zakres tematyczny Programu obejmuje jeden cel operacyjny i dwa kierunki działań SRWP. Osiągnięciu celu operacyjnego SRWP mają służyć działania rozwojowe, które w sposób wyselekcjonowany i zhierarchizowany wskazane zostały w części projekcyjnej dokumentu.
6. Program prezentuje wynikającą ze SRWP politykę rozwoju w obszarze ochrony zdrowia, a także zawiera przedsięwzięcia strategiczne, w tym wynikające ze zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego zapisanych w SRWP.
7. Z uwagi na uwarunkowania prawne i organizacyjne funkcjonowania systemu zdrowia w Polsce, przy określaniu zakresu wsparcia, brane będą pod uwagę aktualne decyzje NFZ w zakresie finansowania świadczeń.
8. W celu wdrożenia zasady zintegrowanego podejścia do rozwoju w wymiarze gospodarczym, społecznym i przestrzennym, Program określa zróżnicowaną terytorialnie politykę rozwoju województwa w poszczególnych działaniach rozwojowych dotyczących obszaru tematycznego objętego dokumentem.
9. Projekt Programu, przyjęty Uchwałą Nr 326/234/13 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 28 marca 2013 roku, zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. 2006 Nr 227 poz. 1658 z późn. zm.)

skierowany został do konsultacji społecznych, które trwały łącznie 61 dni (od 8 kwietnia do 7 czerwca 2013 r.). Raport z przebiegu konsultacji społecznych Programu przyjęty został Uchwałą Nr 783/264/13 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 4 lipca 2013 roku.

10. Zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. z 2008 r. Nr 199, poz. 1227 z późn. zm.) projekt Programu podlegał strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko, której zasadniczym elementem było sporządzenie i przyjęcie przez Zarząd Województwa Pomorskiego Uchwałą Nr 467/245/13 z dnia 9 maja 2013 roku Prognozy oddziaływania na środowisko dla projektu Programu. Konsultacje społeczne w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko projektu Programu wraz z prognozą oddziaływania na środowisko trwały od 13 maja do 7 czerwca 2013 roku.
11. Zgodnie z zapisami SRWP, w roku 2017 ZWP opracował i przyjął *Ocenę realizacji Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020 w latach 2013-2016* (załącznik do Uchwały nr 793/250/17 ZWP z dnia 11 lipca 2017 r.). Wnioski i rekomendacje z *Oceny* stanowią podstawę do wprowadzenia zmian do Programu.
12. Zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (jednolity tekst Dz. U. z 2017 r. poz. 1376, z późn. zm.), projekt zmiany Programu skierowany został do konsultacji społecznych, które trwały łącznie 35 dni (od 22 stycznia do 25 lutego 2018 r.). Raport z przebiegu konsultacji projektu zmiany Programu przyjęty został Uchwałą nr 284/316/18 ZWP z dnia 27 marca 2018 roku.
13. Ponadto, zgodnie z art. 46 pkt 2 i w związku z art. 50 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz.U. z 2008 r. nr 199, poz. 1227 z późn. zm.), projekt zmiany Programu podlega procedurze strategicznej oceny oddziaływania na środowisko. Ze względu na fakt, że w opinii organu opracowującego projekt zmiany Programu, realizacja zmienianych w nim postanowień nie spowoduje znaczącego oddziaływania na środowisko, na mocy art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko ZWP wystąpił do właściwych organów o uzgodnienie odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko.

I. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

1. Wnioski z analizy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia¹

Epidemiologia – umieralność, zachorowalność i chorobowość

- Wzrasta poziom umieralności mieszkańców – 91 zgonów na 10 tys. osób w 2016 r. (wobec 85 w 2011 r.). Podobnie jak w kraju przeważają zgony wśród mężczyzn. Ich głównymi przyczynami są choroby układu krążenia - 41,1% w 2015 r. (choć mniej niż w Polsce - 45,7% wobec 39,3% w 2011 r., w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców to wzrost z 334 do 375) i choroby nowotworowe – 29,7% (dużo więcej niż średnio w kraju - 26,7%, wobec 29,6% w 2011 r., w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców to wzrost z 251 do 271). Pomorskie wyprzedza wyniki krajowe również w zgonach z powodu cukrzycy – 21 na 100 tys. ludności w 2014 r. (wobec 18 w 2010 r.) oraz z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania – 12 w 2015 r. (wobec 9 w 2011 r.). Kobiety umierają częściej z powodu chorób układu krążenia, natomiast mężczyźni z powodu chorób nowotworowych. Podobnie kształtuje się sytuacja w całej Polsce.
- Standaryzowany współczynnik zachorowalności² na nowotwory ogółem jest najwyższy w kraju zarówno wśród kobiet - 259 (wobec 222 na 100 tys. w 2015 r.), jak i mężczyzn - 305 (wobec 263)³. Zachorowalność widocznie wzrasta, co wynika prawdopodobnie z lepszej dostępności do badań diagnostycznych i w związku z tym wykrywalności choroby, jak również z bardzo dobrej sprawozdawczości.
- Występuje znaczny i stały wzrost zachorowań na Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B – 450 w 2016 r. to ponad pięciokrotnie więcej niż w 2011 r. Zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 19,5 w 2016 r. była najwyższa w kraju.
- Wzrasta chorobowość w zakresie cukrzycy, w 2016 r. wskaźnik wyniósł 322 osoby na 10 tys. mieszkańców (w 2012 r. – 278 osób). Wskaźniki zachorowalności przewyższają dane ogólnokrajowe.
- Wzrasta również chorobowość w zakresie Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POCHP) – 37,6 tys. osób w 2014 r.⁴, to o prawie 50% więcej niż w 2010 r. (na 10 tys. mieszkańców to wzrost z 110 do 163 osób).
- Najczęstszymi chorobami przewlekłymi⁵ wśród dzieci i młodzieży są alergie, w tym: dychawica oskrzelowa (wskaźnik chorobowości na 10 tys. mieszkańców w wieku 0-18 lat

¹ Informacje pochodzą głównie z badań, ekspertyz, analiz oraz opracowań własnych bazujących na ostatnich dostępnych danych z systemu statystyki publicznej.

² Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności określa, ile zachorowań wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard (standardowa populacja świata).

³ Wojciechowska U., Didkowska J., Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 14.12.2017 r.

⁴ Pomorski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia – PCZP oraz CSIOZ. Dane dotyczą osób zarejestrowanych w poradniach/gabinetach specjalistycznych chorób płuc i gruźlicy.

⁵ Sprawozdania MZ-11 - Liczba schorzeń rozpoznanych u dzieci i młodzieży objętych opieką czynną, stan na 31.12.2016 rok, źródło danych CSIOZ.

wynosi 293 osoby), pokarmowe (73 osoby), skórne (85 osób), jak również zniekształcenia kręgosłupa (256 osób), zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (222 osoby), otyłość (120 osoby) oraz niedokrwistość (107 osób). Jednakże częstość występowania chorób alergicznych u dzieci i młodzieży jest znacznie wyższa niż wskazują dane statystyki publicznej, co wskazuje, że potencjalna liczba chorych na alergię także jest wyższa.

- Co druga osoba ma problem z nadwagą bądź otyłością (51,3%)⁶. Są to czynniki, które zwiększają zachorowalność i umieralność w zakresie wielu chorób przewlekłych, w szczególności układu krążenia, układu ruchu, cukrzycy, nowotworów.
- W warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczy się ponad 4% Pomorzan (101,7 tys. w 2015 r. wobec 73,6 tys. w 2011 r.).
- Wzrasta liczba zamachów samobójczych - 461 w 2016 r. (293 zakończone zgonem) wobec 268 w 2010 r. , w tym 31 wśród dzieci i młodzieży (15 w 2010 r.)⁷.

Wnioski

- Stan zdrowia mieszkańców, zwłaszcza w wieku produkcyjnym, jest niezadowolający.
- Zbyt późno wykrywane są choroby potencjalnie zagrażające życiu lub powodujące niepełnosprawność.
- Poważnym problemem regionu są choroby nowotworowe, również z uwagi na wyższy niż średnio w kraju odsetek zgonów. Niedostrzegany przez lata problem POCHP zdaje się wysuwać na czoło największych wyzwań zdrowia publicznego. Problemem są również inne choroby cywilizacyjne: cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby i zaburzenia psychiczne. Stałego monitorowania oraz działań wymagają choroby zakaźne, w szczególności w zakresie zachorowania na WZW typu B.
- Zwiększona chorobowość rzutuje na aktywność zawodową, społeczną, kulturową i gospodarczą ludności. Wpływa także negatywnie na koszty społeczne poprzez zwiększoną liczbę zasiłków chorobowych i rentowych. Z tego też powodu wzrasta liczba osób z niepełnosprawnością.
- Należy większy nacisk położyć na propagowanie zdrowego trybu życia oraz efektywną profilaktykę zdrowotną, dzięki której możliwe jest wykrycie choroby w jej wczesnym stadium, gwarantującym często nawet całkowite wyleczenie.

Uwarunkowania zewnętrzne, otoczenie polityczne systemu zdrowia

- Nowelizacja *Ustawy o działalności leczniczej*⁸ wprowadziła m.in.: ponowną możliwość tworzenia SPZOZ, zakaz zbywania przez JST pakietu większościowego udziałów podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie spółek prawa handlowego, zakaz pobierania dywidendy, zmianę zasad dotyczących ujemnego wyniku finansowego podmiotów leczniczych.

⁶ Według badania TGI, MillwardBrown, lipiec-grudzień 2015.

⁷ Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku.

⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2016.1638).

- Nowelizacja *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁹ wprowadziła m.in.: zasady prowadzenia działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia (Programy Polityki Zdrowotnej), opracowywanie map potrzeb zdrowotnych dla regionów, zmiany organizacji świadczeń – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń tzw. sieć szpitali, możliwość finansowania świadczeń przez JST.
- *Ustawa o zdrowiu publicznym*¹⁰ określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, zasady ich finansowania oraz podmioty uczestniczące. Podstawą jej realizacji jest *Narodowy Program Zdrowia 2016-2020*. Długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020 określa *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*¹¹. Głównym narzędziem koordynacji interwencji ze środków europejskich jest Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia¹². Instytucje Zarządzające programami operacyjnymi na lata 2014-2020 zobligowane zostały do sporządzania rocznych *Planów działań w zakresie ochrony zdrowia*, które podlegają akceptacji tego Komitetu.
- Zaawansowanym narzędziem analitycznym, wspierającym decyzje zarządcze w ochronie zdrowia mają być opracowane w 2017 r. regionalne Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla lecznictwa szpitalnego oraz wybranych grup chorób w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS). Wskazują one trendy demograficzne i epidemiologiczne, opisują istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz potrzeby w tym zakresie.
- Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) w Ministerstwie Zdrowia ma zagwarantować m.in. racjonalne i przejrzyste wydatkowanie środków publicznych na inwestycje (budowlane lub zakupowe). Wszystkie projekty finansowane z środków UE oraz projekty inwestycyjne o wartości przekraczającej 3 mln zł dla opieki stacjonarnej w okresie 2 lat (w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 2 mln zł w okresie 2 lat) wymagają uzyskania pozytywnej oceny w ramach Instrumentu.
- W 2016 r. Wojewoda Pomorski opracował *Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Pomorskiego*.

Finansowanie systemu zdrowia

- Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. w Polsce wyniosły 114,1 mld zł i były o 8,5 mld zł wyższe niż 2 lata wcześniej. Wśród nich 30% stanowiły wydatki prywatne¹³. Według OECD¹⁴ wydatki na ochronę zdrowia są jednymi z najniższych stanowiąc 6,4% PKB (wobec średniej w państwach OECD wynoszącej 9% PKB).
- Wielkość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przypisana poszczególnym oddziałom wojewódzkim NFZ ustalana jest corocznie na podstawie tzw.

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U.2017.1938).

¹⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015 poz. 1916).

¹¹ Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2015 r.

¹² Powołany na mocy decyzji Nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014-2020.

¹³ Narodowy Rachunek Zdrowia 2015 rok, GUS.

¹⁴ Raport OECD *Health at a Glance: Europe 2017*.

algorytmu określonego przez Ministra Zdrowia¹⁵. Środki te w przeliczeniu na ubezpieczonego wyniosły w Pomorskim w 2015 r. 1877 zł, przy średniej dla kraju 1921 zł. W odniesieniu do lat ubiegłych kwoty te stale rosną (2012 r. – 1604 zł).

- Za zaproponowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie wyceny lub zmian zasad realizacji, rozliczania i finansowania świadczeń medycznych odpowiada zespół roboczy powołany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w 2016 r.
- W POZ wzrosła roczna stawka kapitaacyjna z 96 zł w 2014 r., do 144 zł w 2016 r. Od 2014 r. systematycznie rosną koszty finansowania świadczeń (do 565,6 mln zł w 2016 r.). W AOS wzrasta wartość zakontraktowanych umów, a wartość realizacji świadczeń w 2016 r. wyniosła 354,5 mln zł (106,4% realizacji umów).
- W leczeniu szpitalnym wzrasta wartość zakontraktowanych świadczeń przy jednoczesnym wzroście kosztów ich realizacji. W 2016 r. świadczenia wyniosły 1832,6 mln zł, natomiast koszty stanowiły 107,8% ich wartości (1975,8 mln zł). Realizacja umów przekroczyła wartość zakontraktowanych świadczeń także w przypadku profilaktycznych programów zdrowotnych, rehabilitacji leczniczej, opieki paliatywno-hospicyjnej oraz świadczeń odrębnie kontraktowanych. Świadczy to o przewadze rzeczywistych potrzeb pacjentów nad kontraktami zawartymi z NFZ.
- System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali) wprowadza zmianę systemu kontraktowania szpitali – ryczałt.
- Wzrost wynagrodzeń kadry medycznej, w szczególności pielęgniarek oraz ratowników medycznych ustalany jest na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁶ z 2015 r.
- *Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*¹⁷ z 2017 r. określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz regulację wynagrodzeń dla pracowników niemedycznych.
- W zakresie finansowania inwestycji i zakupu wyposażenia medycznego i niemedycznego, obok walnego zaangażowania finansowego organów właścicielskich podmiotów leczniczych, pojawiła się szansa pozyskania środków z funduszy unijnych perspektywy 2014-2020 oraz budżetu państwa.

Wnioski

- Pomorski system zdrowia uzależniony jest od uregulowań centralnych, zarówno w zakresie organizacji, jak też sposobu finansowania ze środków publicznych.
- Brakuje jednolitej, wspólnej polityki zdrowotnej.

¹⁵ Rozporządzenie MZ z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. 2009, Nr 193, poz 1495). Podział środków dokonywany jest na podstawie liczby ubezpieczonych w poszczególnych województwach wydzielonych wg wieku i płci – z uwzględnieniem tzw. ryzyka zdrowotnego oraz wartości wykonywanych na rzecz tych ubezpieczonych świadczeń wysokospecjalistycznych. W wyniku działania tego mechanizmu średnia wartość środków przypadająca na jednego ubezpieczonego w poszczególnych województwach charakteryzuje się dość dużym zróżnicowaniem.

¹⁶ Rozporządzenie MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. 2016.1146).

¹⁷ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473).

- Niewystarczające są nakłady na ochronę zdrowia oraz relatywnie niski poziom finansowania opieki zdrowotnej.
- Niedoszacowana jest wycena niektórych świadczeń zdrowotnych.
- Poważnym problemem jest sytuacja finansowa wielu podmiotów leczniczych, głównie publicznych.
- Poprawia się sytuacja związana z wynagrodzeniami kadry medycznej, pielęgniarek i ratowników medycznych.

Aspekty demograficzne i społeczne, profilaktyka i promocja zdrowia

- Według prognoz demograficznych dodatni przyrost naturalny utrzyma się do roku 2023, a mieszkańcy województwa będą żyć coraz dłużej – w 2050 r. mężczyźni o 9 lat, a kobiety o 6 lat¹⁸. Jednocześnie następuje ogólne starzenie się społeczeństwa, znaczny przyrost ludności starszej przewidywany jest w miastach do roku 2020 i po roku 2023. Do 2050 r. nastąpi wzrost liczby mieszkańców na terenach wiejskich (o 20,4%).
- Programy i działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki skierowane do mieszkańców, finansowane są z różnych źródeł (NFZ, MZ, samorządu terytorialnego, sektora edukacji, medycyny pracy, Sanepidu). Nie zostały one dotychczas uporządkowane i zewidencjonowane w formie bazy danych pozwalającej na analizę i ocenę ich skuteczności. Dzięki weryfikacji AOTMiT poprawia się jakość programów polityki zdrowotnej, ale część z nich nie posiada oceny pozytywnej¹⁹, co może wynikać z braku środków finansowych, coraz większych wymogów merytorycznych i braku wykwalifikowanych kadr.
- Wzrasta aktywność organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.

Wnioski

- Oprócz starzenia się społeczeństwa występuje nadumieralność mężczyzn w grupie aktywnych zawodowo, co wpłynie na zmniejszenie zasobów siły roboczej.
- Nieprawidłowe zachowania prozdrowotne mieszkańców województwa i zgłaszanie się do systemu zdrowia w stadium dużego zaawansowania choroby spowodowane są niską świadomością i brakiem odpowiedzialności za stan własnego zdrowia, jak również trudnościami w dostępie do świadczeń.
- Potrzebne jest połączenie różnych inicjatyw dotyczących profilaktyki zdrowotnej i dalsze rozwijanie współpracy między samorządem województwa, powiatami i gminami.
- Dużą szansę na dostarczenie mieszkańcom świadczeń profilaktycznych upatruje się w funduszach unijnych.

Organizacja systemu, infrastruktura i zarządzanie informacją

- System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) tzw. sieć szpitali ma zapewnić kompleksową opiekę na oddziałach, w szpitalnych poradniach

¹⁸ Prognoza Ludności na lata 2014-2050, GUS.

¹⁹ W 2014 r. na 190 programów realizowanych przez jst w województwie tylko 17 otrzymało opinię pozytywną, w 2015 r. – 26, na 40. W 2014 r. programów takich nie realizowały 2 pomorskie powiaty, w roku 2015 już 6, a w 2016 aż 10.

specjalistycznych i rehabilitacji oraz świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W związku z tym w województwie podjęto decyzje o konsolidacjach placówek, która warunkowała otrzymanie wyższego stopnia referencyjnego w PSZ. Pomorski NFZ ogłosił listę szpitali w sieci w czerwcu 2017 r.

- Od 2015 r. obowiązuje pakiet onkologiczny wprowadzający szybką terapię onkologiczną. Zapewnia on kompleksową opiekę na każdym etapie choroby, poprawę dostępności do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych oraz usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dobrze zorganizowana jest sieć oddziałów udarowych, ośrodków kardiologii inwazyjnej oraz ośrodków onkologicznych w ramach Pakietu.
- W 2016 r. wprowadzona została do systemu kontraktowania i rozliczania świadczeń koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).
- Na poziomie kraju trwają prace nad modelami opieki koordynowanej²⁰: POZ+ (przewidujący poszerzenie kompetencji lekarza POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami), KAOZ (Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej – integracja POZ i AOS określająca sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnym stadium zaawansowania), SZP (Kompleksowej Opieki Zdrowotnej – KOZ – obejmujący opiekę ambulatoryjną, szpitalną oraz domową).
- Sprzęt medyczny, aparatura i pozostałe wyposażenie w podmiotach leczniczych ulegają ciągłej eksploatacji. Infrastruktura ambulatoryjnej i stacjonarnej ochrony zdrowia w szpitalach wymaga ciągłego dostosowywania do przepisów prawa.
- Zauważa się przeciążenie oddziałów internistycznych oraz ograniczenie funkcjonowania oddziałów ostrych spowodowane niedostateczną liczbą form opieki dla przewlekle chorych i pacjentów geriatrycznych. Przeciążone i niedofinansowane są także szpitalne oddziały ratunkowe.
- Samorząd województwa ma niewielki wpływ na politykę kadrową w ochronie zdrowia, za którą odpowiada wojewoda z konsultantami wojewódzkimi we współpracy z korporacjami zawodowymi, uczelniami medycznymi i NFZ. Podmioty lecznicze prowadzą politykę kadrową pozwalającą na realizację umów z NFZ²¹ najczęściej na minimalnym poziomie, co jest uwarunkowane nadal niesatysfakcjonującą wyceną świadczeń. Samorząd województwa ma wpływ tylko na zasoby w podmiotach, dla których jest organem tworzącym. Zarządza on również stażami podyplomowymi, finansowanymi z budżetu centralnego.
- Podmioty lecznicze samorządu województwa mogą zwiększać liczbę akredytowanych miejsc szkolenia specjalizacyjnego dla rezydentów, jednak brak wynagrodzenia za szkolenie dla kierowników specjalizacji, niedobory sprzętu specjalistycznego negatywnie wpływają na decyzję o ich uruchamianiu. Wprowadzenie od 1.05.2017 r. obowiązku składania wniosków on line przez System Monitorowania Kształcenia wydłuża procedurę weryfikacyjną dla ww. miejsc.
- Rozwinął się wolontariat szpitalny, wspierający niedobory kadrowe w zakresie pielęgnacji i opieki nad pacjentami.

²⁰ W ramach realizowanego przez NFZ i Bank Światowy projektu pn: *Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski.*

²¹ Opartą na zabezpieczeniu personelu medycznego w poszczególnych zakresach świadczeń i standardów danej dyscypliny medycznej.

- Obserwuje się niski stopień interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych, a infrastruktura jest przestarzała. Tylko niektóre szpitale posiadają kompletne systemy informatyczne z trzech podstawowych zakresów²², nieliczne wykorzystują dla poprawy efektywności działania system informatyczny klasy Business Intelligence.
- Dostęp podmiotów leczniczych do infrastruktury sieci szerokopasmowych jest niewystarczający.
- Brakuje sukcesów we wdrażaniu sprawdzonych form przyjaznego komunikowania się pracowników systemu zdrowia ze społeczeństwem. Niewystarczająca jest również współpraca podmiotów działających w różnych obszarach systemu. Powinno temu sprzyjać tworzenie różnych form kompleksowej opieki dla wybranych schorzeń z osobnym finansowaniem.

Wnioski

- Potrzebne jest tworzenie zespołów interdyscyplinarnych łączących kompetencje instytucji medycznych, instytucji wspierających pacjentów (pomoc społeczna, organizacje pozarządowe) oraz profesjonalistów medycznych (np. opiekunowie medyczni, dietetycy, psychologowie, fizjoterapeuci). Coraz więcej podmiotów leczniczych dostrzega potrzebę włączenia do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych psychologa, dietetyka, fizykoterapeuty i pomocnika socjalnego.
- Infrastruktura i organizacja systemu zdrowia nie są dostosowane do rosnącego popytu na usługi zdrowotne i opiekuńcze.
- Środowiskowy system opieki medycznej jest wciąż słabo rozwinięty (zwłaszcza w psychiatrii, geriatricy, opiece długoterminowej oraz rehabilitacji).
- Infrastruktura ochrony zdrowia wymaga dostosowania do obowiązujących przepisów prawa z uwzględnieniem nowoczesnych technologii.
- Niezbędne jest odtworzenie sprzętu i aparatury medycznej oraz doposażenie w innowacyjne technologie.
- Polityka kadrowa wymaga porozumienia i współpracy najważniejszych interesariuszy regionalnego systemu zdrowia i wzajemnego kompetencyjnego wzmocnienia. Istnieje potrzeba wprowadzenia czynników motywacyjnych dla kadry medycznej.
- Brakuje efektywnego systemu monitorowania systemu zdrowia. Pomorski system zdrowia, jak wszystkie w kraju, nie dysponuje danymi pozwalającymi na pewną i obiektywną ocenę dostępności do świadczeń.
- Zrealizowanie zakresu projektu „Pomorskie e-Zdrowie” pozwoli jednostkom ochrony zdrowia podnieść poziom interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych, umożliwi wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej zarówno wewnątrz jednostki jak i z regionem. Podmioty lecznicze uzyskają dostęp do infrastruktury sieci szerokopasmowych.

Jakość usług zdrowotnych

²² HIS (ang. Hospital Information System), ERP (ang. Enterprise Resource Planning), PACS (ang. Picture Archive and Communication System)/RIS (ang. Radiology Information System).

- W 2017 r. wzrosła liczba certyfikatów jakości pozyskanych przez jednostki organizacyjne, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie, w tym certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia (spełnione standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości). Certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia na koniec 2017 r. dysponowało łącznie 79% szpitali²³.
- Większość jednostek organizacyjnych wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie spełniła standardy jakości zgodne z normami ISO (System Zarządzania Jakością 9001, System Zarządzania Środowiskowego, System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji).
- Brakuje jednolitego systemu jakości w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie.

Wnioski

- Bezpieczeństwo pacjentów wzrośnie poprzez podniesienie jakości usług medycznych.
- Istotne jest utrzymywanie przez podmioty lecznicze zewnętrznych systemów jakości.
- Należy dążyć do ujednoczenia systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie poprzez wdrożenie wieloletniego *Programu doskonalenia jakości dla jednostek wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie*.

Dostępność do świadczeń zdrowotnych

- Pomorska POZ charakteryzuje się nadmierną liczbą pacjentów przypadających na 1 lekarza, niewystarczającą liczbą specjalistów medycyny rodzinnej i pozostałego personelu, a także ograniczonymi możliwościami diagnostycznymi. W celu poprawy dostępności i jakości świadczeń, w 2016 r. zmianie uległa zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i jednej pielęgniarki POZ – z 2750 na 2500 osób. Zmieniły się również zasady sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ.
- Liczba łóżek w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie wzrasta (z 66,4 w 2012 r. do 71,7 w 2016 r.), ale jest niższa niż w kraju (87,3) i jedną z niższych wśród województw.
- Zbyt mała liczba oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego przekłada się na niewystarczającą liczbę Centrów Zdrowia Psychicznego, w tym dla dzieci i młodzieży.
- Rośnie liczba lekarzy. W 2015 r. na 10 tys. mieszkańców przypadało 39 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (wobec 37 w 2013 r., w kraju wzrost z 36 do 37) oraz 22 lekarzy pracujących według podstawowego miejsca pracy (z 20 w 2013 r., w kraju wzrost z 22 do 23).

²³ Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w zakresie działalności Szpitala im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku, Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku Sp. z o.o., Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w zakresie działalności Szpitala św. Wincentego a Paulo w Gdyni, Szpitala Morskiego im. PCK oraz Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie, Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o., Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o., Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

W Okręgowej Izbie Lekarskiej Gdańsk we wrześniu 2017 r. było 8,2 tys. lekarzy wykonujących zawód i 2,3 tys. dentystów.

- Znacznie niższa niż w kraju jest liczba pielęgniarek i położnych przypadających na 10 tys. mieszkańców - 49 w 2015 r. (wobec 57 w kraju i o 1 mniej niż w 2013 r.). W 2016 r. było zaledwie 4,6 pielęgniarek przypadających na 1 tys. mieszkańców, co było najgorszym wynikiem w kraju, a według prognoz w 2030 r. będą mniej niż 3 pielęgniarki. Większość z nich to osoby w wieku 51–65 lat, a najliczniejszą grupę stanowią osoby między 46 a 55 rokiem życia (17,8%). Natomiast absolwenci szkół pielęgniarstwa mający 21–25 lat stanowią jedynie 1,8% całej grupy zawodowej. Tendencja wśród położnych jest podobna.
- Deficyty kadrowe spowodowane są niewielką liczbą chętnych, brakiem doświadczenia zawodowego, uprawnień, nieatrakcyjnym wynagrodzeniem, problemami z mobilnością, nieatrakcyjnymi lub szkodliwymi warunkami pracy. Wynikają również z luki pokoleniowej czy nieumiejętnego zarządzanie wiekiem. Deficyty dotyczą lekarzy w zakresie 20 dziedzin medycyny, pielęgniarek i położnych, opiekunów osób starszych lub niepełnosprawnych, fizjoterapeutów.
- W AOS zauważa się nierównomierność geograficzną w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz brak referencyjności poradni (powiatowe, regionalne, wojewódzkie).
- Rozmieszczenie świadczeń wysokospecjalistycznych w obrębie Trójmiasta utrudnia dostęp pacjentom z zachodnich i południowych powiatów.
- Największe jest zapotrzebowanie na porady specjalistyczne w zakresie: onkologii, okulistyki, ortopedii, kardiologii, endokrynologii oraz urologii. Natomiast NFZ notuje niedowyożonania kontraktów w zakresie: poradni ginekologicznej i poradni chirurgii ogólnej.
- W 2015 r. w województwie średni czas oczekiwania (mediana) dla przypadków stabilnych w wybranych komórkach organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących kształtował się od 215 dni w przypadku rezonansu magnetycznego i 212 dni w poradni endokrynologicznej do 66 w poradni okulistycznej i 65 na leczenie aparatem ortodontycznym. Województwo negatywnie wyróżniają na tle kraju jedne z najdłuższych czasy oczekiwania do poradni endokrynologicznych, dermatologicznych i pracowni endoskopowych. Średni czas oczekiwania na świadczenia udzielane w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego wyniósł 1000 dni, stawu kolanowego – 995 dni, dla zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy) 682 dni²⁴.
- Wzrost kwoty przeznaczanej na opiekę zdrowotną nie przekłada się na znaczącą poprawę dostępności szczególnie w takich dziedzinach jak: psychiatria dzieci i młodzieży, psychiatria środowiskowa, rehabilitacja stacjonarna, kardiologia zachowawcza czy opieka długoterminowa.
- W wielu przypadkach odczuwalny jest brak świadczeniodawców, co niewątpliwie ma swoje korzenie w nieadekwatności wycen poszczególnych produktów do realnie ponoszonych przez nich kosztów (psychiatria, choroby wewnętrzne, hematologia, onkologia, endokrynologia).

²⁴ Najwyższa Izba Kontroli, Załącznik nr 1 do informacji o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku”.

- Chorym ocenianym przez lekarzy jako przypadki pilne i onkologiczne pomoc medyczna udzielana jest w krótkim lub bardzo krótkim czasie od pierwszego zgłoszenia się do szpitala. Gorzej jest z tzw. przypadkami stabilnymi.

Wnioski

- Występuje nierównomierne rozmieszczenie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w województwie, niska dostępność na obszarach wiejskich i w małych miastach. Kadra medyczna skoncentrowana jest w aglomeracji trójmiejskiej. Istnieje potrzeba wprowadzenia opieki koordynowanej w celu skrócenia kolejek oczekujących.
- Zwiększenie środków finansowych na świadczenia medyczne w znacznym stopniu poprawiłoby dostępność do najbardziej potrzebnych świadczeń medycznych.
- Występuje brak zastępowalności pokoleniowej wśród pielęgniarek i położnych. Obserwuje się duże zainteresowanie wykonywaniem zawodu poza granicami kraju.

2. Analiza SWOT pomorskiego systemu zdrowia

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
1. Dobrze zorganizowana sieć oddziałów udarowych, sieć ośrodków kardiologii inwazyjnej oraz ośrodków onkologicznych działających w ramach Pakietu Onkologicznego.	1. Wysoka zachorowalność i umieralność spowodowana niektórymi chorobami cywilizacyjnymi.
2. Pozyskiwanie i utrzymywanie przez podmioty lecznicze certyfikatów jakości.	2. Niewystarczająca liczba łóżek w szczególności w opiece długoterminowej.
3. Włączenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w struktury lecznic, które weszły do tzw. sieci szpitali.	3. Nierównomierne rozmieszczenie zasobów (placówek i kadr) i związana z tym nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
4. Skonsolidowane i przekształcone podmioty lecznicze.	4. Braki kadrowe profesjonalistów medycznych - lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i psychoonkologów.
5. Rosnąca liczba wieloletnich i partnerskich programów zdrowotnych umożliwiających efektywne wykorzystanie nakładów finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia.	5. Niski stopień interoperacyjności systemów informatycznych między różnymi podmiotami pomorskiego systemu zdrowia i niewystarczający dostęp podmiotów leczniczych do infrastruktury sieci szerokopasmowych.
6. Wprowadzanie oraz finansowanie opieki koordynowanej.	6. Nieefektywny system organizacji pracy oddziałów szpitalnych.
	7. Brak centrów zdrowia psychicznego, zgodnych z wymogami NPOZP.
	8. Duże dysproporcje pomiędzy podmiotami leczniczymi podległymi SWP w zakresie jakości świadczonych usług.

	<p>9. Niska świadomość wśród mieszkańców roli profilaktyki, w tym jakości stylu życia w zapobieganiu chorobom.</p> <p>10. Słaby lub bardzo słaby stan techniczny niezmodyfikowanych szpitali, w tym strategicznych.</p> <p>11. Pogarszająca się sytuacja finansowa wielu podmiotów leczniczych.</p> <p>12. Niezadowalająca współpraca między najważniejszymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia.</p> <p>13. Niepowodzenie we wdrażaniu narzędzi proefektywnościowych i pro jakościowych w szczególności w placówkach leczniczych.</p>
--	---

SZANSE	ZAGROŻENIA
<p>1. Przekształcenia podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego wpływające na poprawę jakości zarządzania i zbilansowanie jednostek.</p> <p>2. Powiększająca się na rynku pracy podaż wartościowych menedżerów chętnych do pracy w ochronie zdrowia.</p> <p>3. Wzrastająca aktywność organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.</p> <p>4. Dodatkowe ubezpieczenia na rynku świadczeń medycznych.</p> <p>5. Skoordynowane działania interesariuszy ochrony zdrowia w regionalnej polityce zdrowotnej.</p> <p>6. Skuteczność i efektywność wdrażania systemu e-Zdrowie.</p> <p>7. Powstanie wyspecjalizowanej sieci ośrodków profilaktyki, które przejmą rolę edukacji prozdrowotnej (szkolenia dla osób zajmujących się bezpośrednio chorymi oraz chorych).</p>	<p>1. Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb.</p> <p>2. Niewydolność systemu zdrowia spowodowana brakami kadrowymi.</p> <p>3. Niska skuteczność reform systemowych w kraju w zakresie ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego i edukacji.</p> <p>4. Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych, w tym starzenie się społeczeństwa.</p> <p>5. Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych, w tym dotyczących chorób cywilizacyjnych oraz zakaźnych.</p> <p>6. Brak mechanizmów poprawiających efektywność wykorzystania zasobów Podstawowej Opieki Zdrowotnej.</p> <p>7. Brak systemowego wsparcia dla kompleksowej opieki zdrowotnej.</p> <p>8. Zmniejszenie możliwości finansowania inwestycji zdrowotnych przez sektor publiczny.</p>

3. Wyzwania

Najważniejsze wyzwania stojące przed województwem pomorskim w obszarze ochrony zdrowia to:

1) Stan zdrowia mieszkańców województwa: zmniejszenie zachorowalności i umieralności w obszarze chorób cywilizacyjnych, podnoszenie świadomości mieszkańców i decydentów w zakresie zachowań prozdrowotnych, tj. utrzymania i poprawy zdrowia, poprawa efektywności i jakości profilaktyki, diagnostyki i leczenia wpływająca na utrzymywanie w regionie większego odsetka osób w aktywności zawodowej.

2) Dostęp do usług zdrowotnych: niwelowanie dysproporcji w dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa oraz zmniejszenie różnic społecznych w stanie zdrowia populacji, organizacja opieki zdrowotnej oparta na rzeczywistej mapie potrzeb zdrowotnych mieszkańców, tworzenie regionalnego systemu zdrowia uwzględniającego potrzeby osób starszych, prowadzenie działań zmierzających do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia poprzez zmiany legislacyjne uwzględniające m.in. uwarunkowania epidemiologiczne w podziale środków finansowych, budowa spójnego, pełnego regionalnego systemu informacji medycznej e-Zdrowia oraz racjonalizacja, ekonomizacja i poprawa jakości w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Wskazane wyżej wyzwania determinują wybór celów, priorytetów i działań RPS ZdP.

II. CZĘŚĆ PROJEKCYJNA

1. Cele szczegółowe, Priorytety i Działania

CEL GŁÓWNY „Poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego”		
CEL SZCZEGÓŁOWY 1 Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności	CEL SZCZEGÓŁOWY 2 Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	CEL SZCZEGÓŁOWY 3 Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych
Priorytet 1.1 Promocja zdrowia	Priorytet 2.1 Systemy informatyczne i telemedyczne	Priorytet 3.1 Kompleksowa opieka nad pacjentem
Priorytet 1.2 Programy polityki zdrowotnej	Priorytet 2.2 Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych	Priorytet 3.2 Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego

Celem Programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego będąca efektem zwiększenia świadomości mieszkańców dotyczącej chorób cywilizacyjnych, poprawy efektywności systemu zdrowia oraz zapewnienia równego dostępu do usług zdrowotnych. Choroby cywilizacyjne m. in. nowotworowe, układu sercowo-naczyniowego, układu kostno – stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, choroby przewodu pokarmowego, zaburzenia endokrynologiczne, zaburzenia metaboliczne oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią znaczny odsetek schorzeń, które są przedmiotem interwencji medycznych. Wzrasta zachorowalność na ww. choroby w związku z rozpowszechnieniem czynników ryzyka. Jednocześnie wydatki na ochronę zdrowia są bardzo dużym obciążeniem budżetu kraju i regionu. Choroby cywilizacyjne w realny sposób obniżają produktywność społeczeństwa poprzez podwyższanie kosztów pośrednich (społecznych) głównie z tytułu przedwczesnej umieralności, przebywania na zwolnieniu lekarskim, rencie czy wcześniejszej emeryturze. Dlatego tak istotne są wszelkie działania prowadzące do zwiększenia efektywnego wykorzystania zasobów, podniesienia jakości i skuteczności usług medycznych z jednoczesnym zapewnieniem pacjentom dostępności do nich. Rezultatem będzie wzrost aktywności mieszkańców regionu na polu społecznym, zawodowym, kulturowym i gospodarczym.

Miara sukcesu

Liczba zgonów z powodu nowotworów oraz chorób układu krążenia na 10 tys. mieszkańców mniejsza o 10%.

Cel szczegółowy 1***Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności*****Wybór strategiczny**

Programy polityki zdrowotnej centralne i regionalne, działania prozdrowotne, w tym: promocja zdrowego stylu życia, profilaktyka pierwotna i wtórna, edukacja zdrowotna, identyfikacja problemów zdrowotnych (zwłaszcza dotyczących dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, osób z niepełnosprawnością i osób starszych oraz specyficznych dla regionu), medycyna pracy, kompetencje zdrowotne mieszkańców, podnoszenie świadomości decydentów, współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zaangażowanie w pozyskiwanie środków finansowych na programy i działania.

Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego	Nazwa	Status
	1. Wdrożenie regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych.	Aktualne
Oczekiwania wobec administracji centralnej	Nazwa	Status
	1. Dostosowanie do rzeczywistych potrzeb algorytmu podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia na regiony.	Aktualne
	2. Dokończenie reform systemowych w zakresie ochrony zdrowia, w tym wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	Aktualne
	3. Rozszerzenie kompetencji medycyny pracy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.	Aktualne
	4. Tworzenie warunków współpracy międzysektorowej – większe zaangażowanie sektorów niemedycejskich np. jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych w zakresie profilaktyki zdrowotnej.	Aktualne
	5. Udostępnienie wniosków i wytycznych z prowadzonych analiz raportów z realizacji programów zdrowotnych JST np. w postaci informatorów centralnych.	Aktualne
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Status
	1. Ponadlokalne usługi zdrowotne w miejskich obszarach funkcjonalnych skupionych wokół następujących ośrodków: Malbork-Elbląg, Kwidzyn-Grudziądz, Słupsk-Koszalin, a także Chojnice-Człuchów-Tuchola.	Aktualne
	2. Wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy.	Aktualne
	3. Realizacja programów zdrowotnych.	Aktualne

Wskaźniki kontekstowe

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
1.	Zachorowalność na cukrzycę na 100 tys. mieszkańców	541,3 (2013)	487	CSIOZ
2.	Zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. mieszkańców	368,7 (2013)	332	GUS

Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	
Zakres priorytetu	<p>W wyniku realizacji działań wzrośnie świadomość i odpowiedzialność mieszkańców województwa pomorskiego za własny stan zdrowia. Transfer wiedzy merytorycznej z zakresu ochrony zdrowia do samorządów, jak też rozwijanie kompetencji miękkich prowadzących do twórczego i skutecznego włączania organizacji pacjentów oraz innych podmiotów do działań profilaktycznych spowoduje obniżenie wskaźników zachorowalności oraz umożliwi interwencję medyczną we wczesnym stadium choroby. Istotną rolę w skuteczności profilaktyki odgrywa wczesna edukacja prozdrowotna prowadzona już od najmłodszych lat.</p> <p>Poprzez koordynację działań medycyny pracy z innymi elementami systemu zdrowia, istnieje możliwość zwiększenia efektywności działań tego sektora i nakierowania na inne, nierealizowane dotychczas obszary np. skryningi onkologiczne czy prewencję chorób serca i naczyń. Uwarunkowania prawne medycyny pracy dają szansę dotarcia do dużych populacji, co w przypadku profilaktyki i promocji zdrowia jest jednym z ważniejszych elementów przekazywania informacji. Przede wszystkim należy oddziaływać na pracodawców przez działania podnoszące świadomość wagi promocji i profilaktyki zdrowotnej dla utrzymania aktywności zawodowej i odciążenia budżetu kosztami pośrednimi systemu.</p>
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne 2. Związki i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego 3. Minister Zdrowia 4. Wojewoda Pomorski 5. Narodowy Fundusz Zdrowia 6. Podmioty lecznicze 7. Organizacje pozarządowe 8. Szkoły wyższe, w tym medyczne 9. Instytucje edukacyjne 10. Wojewódzki Urząd Pracy i Powiatowe Urzędy Pracy 11. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy 12. Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno - Epidemiologiczne 13. Pracodawcy i ich związki i stowarzyszenia 14. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 15. Media 16. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	17. Państwowa Inspekcja Pracy
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – środki JST – środki podmiotów leczniczych – środki krajowe (MZ, NFZ) – środki europejskie w dyspozycji krajowej – środki europejskie w dyspozycji SWP – środki organizacji pozarządowych

Wskaźniki programowe

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
1	Liczba projektów programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do AOTMiT w celu wydania opinii	14 (2016) ²⁵	50	AOTMiT
2	Liczba programów promocji zdrowia wdrażanych przez WOMP w zakładach pracy	6 (2013)	8	WOMP
Wskaźniki rezultatu				
1	Odsetek projektów programów polityki zdrowotnej zgłoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego do oceny AOTMiT, które uzyskały opinię pozytywną	57% (2016) ²⁶	70%	AOTMiT
2	Odsetek pracowników zakładów pracy, objętych programami profilaktycznymi wdrażanymi przez WOMP	10% (2013)	20%	WOMP

Działanie 1.1.1.	Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	1. Tworzenie regionalnego systemu dla polityki zdrowego trybu życia i podniesienie odpowiedzialności mieszkańców województwa za stan własnego zdrowia, w tym wypracowanie standardu dla wdrożenia założeń zdrowego trybu życia wśród mieszkańców i zaangażowania różnych środowisk m.in. organizacji pozarządowych, instytucji naukowych, szkół wyższych, sektora oświaty i przedsiębiorców.

²⁵ Wartość bazowa wskaźnika podana na rok 2016 z uwagi na zmiany przepisów prawa w zakresie sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (Ustawa o zdrowiu publicznym - Dz. U. 2017. poz. 2237 ze zm.)

²⁶ Wartość bazowa wskaźnika podana na rok 2016 z uwagi na zmiany przepisów prawa w zakresie sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (Ustawa o zdrowiu publicznym - Dz. U. 2017. poz. 2237 ze zm.)

	<p>2. Budowanie kompetencji zdrowotnych wśród mieszkańców województwa pomorskiego (kampanie społeczno - edukacyjne dotyczące zdrowego stylu życia i obniżenia czynników ryzyka).</p> <p>3. Wprowadzenie systemu wspierającego zaangażowanie samorządów lokalnych i partnerów społecznych oraz gospodarczych w realizację polityki zdrowego trybu życia, w tym rozwój Pomorskiego Forum Samorządowego ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia.</p>
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwo i partycypacja. 2. Wzrost świadomości obywatelskiej. 3. Innowacyjność. 4. Potrzeby grup defaworyzowanych i wykluczonych.
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dotyczące działań długoterminowych, wielosektorowych, kompleksowych. 2. Uwzględniające działania zmniejszające odsetek osób niepełnosprawnych oraz wzmacniające utrzymanie zdrowia, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym. 3. Zawierające elementy promocji dla wypracowanego standardu zdrowego trybu życia.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 1.1.2.	Wykorzystanie potencjału medycyny pracy
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktywizacja pracodawców w zakresie ograniczenia czynników ryzyka wynikających ze specyfiki zakładu pracy oraz chorób cywilizacyjnych. 2. Wspieranie akcji profilaktycznych wpływających na utrzymanie dobrego stanu zdrowia pracownika, w tym wdrożenie i promocja programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy. 3. Opracowanie, wdrożenie i promocja programów rehabilitacji leczniczej ułatwiających powroty do pracy i zapobieganie niepełnosprawności.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwo i partycypacja. 2. Wzrost świadomości obywatelskiej.
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preferowane będą projekty dotyczące działań długoterminowych oraz zawierające działania ukierunkowane na utrzymanie zatrudnienia, zapobieganie niepełnosprawności, aktywizację zawodową osób 50+.

Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Priorytet 1.2. <i>Programy polityki zdrowotnej</i>	
Zakres priorytetu	<p>Dobrze przygotowane programy zdrowotne są niezbędne do planowania racjonalnych działań prozdrowotnych. Prace projektowe, jak też ich realizacja, winny być oparte na zaangażowaniu różnych środowisk, w tym instytucji naukowych, samorządów lokalnych, przedsiębiorców, organizacji pozarządowych i innych zainteresowanych podmiotów. Z uwagi na charakter działań konieczne jest tworzenie programów wieloletnich, innowacyjnych i efektywnych.</p> <p>Dalszy rozwój Regionalnego Systemu Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych (RSMiEPZ), między innymi poprzez monitoring działań prowadzonych przez samorzady terytorialne oraz świadczeniodawców medycznych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia będzie miał istotne znaczenie zwłaszcza w kontekście zwiększenia liczby programów i działań zdrowotnych, zwiększenia liczby projektów partnerskich, poprawy uczestnictwa mieszkańców. Szkolenia dla decydentów i realizatorów oraz działania podnoszące świadomość mieszkańców będą służyły poprawie jakości i efektywności realizowanych działań prozdrowotnych i medycznych.</p>
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne 2. Minister Zdrowia 3. Wojewoda Pomorski 4. Narodowy Fundusz Zdrowia 5. Podmioty lecznicze 6. Organizacje pozarządowe 7. Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno - Epidemiologiczne 8. Szkoły wyższe 9. Instytucje edukacyjne 10. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 11. Media
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> - środki JST - środki krajowe (MZ, NFZ) - środki europejskie w dyspozycji krajowej - środki europejskie w dyspozycji SWP - środki w ramach innych zagranicznych instrumentów finansowych (Norweski Mechanizm Finansowy / Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego) - środki organizacji pozarządowych

Wskaźniki programowe

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych	
Wskaźniki produktu				
1	Nakłady finansowe na programy polityki zdrowotnej o zasięgu regionalnym	0 (2013)	55,0 mln zł	DZ UMWP realizatorzy programów
2	Nakłady finansowe na programy polityki zdrowotnej i działania profilaktyczne realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego	57,6 mln zł (2016) ²⁷	75,0 mln zł	PUW
3	Stworzenie portalu promocyjno – informacyjno – edukacyjnego	0 (2013)	1	DZ UMWP
Wskaźniki rezultatu				
1	Odsetek ludności objętej programami polityki zdrowotnej o zasięgu regionalnym	0% (2013)	30%	DZ UMWP realizatorzy programów
2	Odsetek ludności objętej programami polityki zdrowotnej i działaniami profilaktycznymi realizowanymi i finansowanymi przez jednostki samorządu terytorialnego	44% (2016) ²⁸	60%	PUW
3	Liczba odsłon strony portalu promocyjno – informacyjno – edukacyjnego	0 (2013)	50 tys.	DZ UMWP

Działanie 1.2.1.	Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> Realizacja regionalnych i lokalnych programów polityki zdrowotnej dotyczących w szczególności chorób zakaźnych, chorób nowotworowych, chorób i zaburzeń psychicznych oraz innych zdiagnozowanych zagrożeń epidemiologicznych mających wpływ na choroby cywilizacyjne. Realizacja regionalnych i lokalnych programów polityki zdrowotnej opartych na celach i priorytetach ogólnopolskich programów zdrowotnych i profilaktycznych.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> Partnerstwo i partycypacja Partnerstwo publiczno-prywatne Innowacyjność

²⁷ Wartość bazowa wskaźnika podana na rok 2016 z uwagi na zmiany przepisów prawa w zakresie sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (Ustawa o zdrowiu publicznym - Dz. U. 2017. poz. 2237 ze zm.)

²⁸ Wartość bazowa wskaźnika podana na rok 2016 z uwagi na zmiany przepisów prawa w zakresie sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (Ustawa o zdrowiu publicznym - Dz. U. 2017. poz. 2237 ze zm.)

	4. Potrzeby grup defaworyzowanych i wykluczonych
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: 1. Wieloletnich 2. Wielo-sektorowych 3. O charakterze pilotażowym i testującym 4. Wykorzystujące nowoczesne technologie medyczne 5. Ukierunkowanych na aktualne potrzeby społeczeństwa wynikające z danych epidemiologicznych 6. Nakierowanych na zapobieganie niepełnosprawności i potrzeby osób niepełnosprawnych
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 1.2.2.	Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	Rozwój Regionalnego Systemu Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych (RSMiEPZ) obejmujący: – stworzenie i rozwój platformy promocyjno – informacyjno – edukacyjnej (w tym pozyskiwanie informacji o programach i działaniach w regionie o zagadnieniach związanych ze zdrowiem środowiskowym, chorobami zakaźnymi i zawodowymi, prowadzenie edukacji zdrowotnej); – gromadzenie danych w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Pomorskiego; – gromadzenie informacji o realizowanych na terenie województwa pomorskiego centralnych programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych; – prowadzenie warsztatów i szkoleń dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego oraz partnerów społecznych i gospodarczych odpowiedzialnych za profilaktykę i promocję zdrowia.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: 1. Partnerstwo i partycypacja 2. Innowacyjność 3. Cyfryzacja
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: 1. Wielo-sektorowych 2. Wieloletnich
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI:

	-
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Cel szczegółowy 2

Bezpieczeństwo pacjentów i Efektywność regionalnego systemu zdrowia

Wybór strategiczny

Wdrożenie w podmiotach leczniczych SWP systemów dziedzinowych i specjalistycznych w tym elektronicznej dokumentacji medycznej, integracja systemów dziedzinowych podmiotów leczniczych z pomorską platformą e-zdrowia, efektywność ekonomiczna podmiotów leczniczych, podniesienie jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze, zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjenta.

	Nazwa	Status
Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego	1. Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych.	Aktualne
	2. Wdrożenie w szpitalach wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych.	Aktualne
Oczekiwania wobec administracji centralnej	1. Dostosowanie do rzeczywistych potrzeb algorytmu podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia na regiony.	Aktualne
	2. Dokończenie reform systemowych w zakresie ochrony zdrowia, w tym wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	Aktualne
	3. Zakończenie prac nad wdrożeniem P1 i P2 w CSIOZ.	Aktualne
	4. Uchwalenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia, regulującej system.	Aktualne
	5. Kontynuacja programu przekształceń SPZOZ w spółki.	Aktualne
	6. Zmiana zasad kontraktowania, np. umożliwienie kontraktowania kompleksowych świadczeń zdrowotnych (np. centra zdrowia psychicznego), wzrost kontraktowania w zależności od posiadanych akredytacji.	Aktualne
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Status
	1. Ponadlokalne usługi zdrowotne w miejskich obszarach funkcjonalnych skupionych wokół następujących ośrodków: Malbork-Elbląg, Kwidzyn-Grudziądz, Słupsk-Koszalin, a także Chojnice-Człuchów-	Aktualne

	<p>Tuchola.</p> <p>2. Wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy.</p> <p>3. Współpraca z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w zakresie obszaru e-Zdrowia w województwie pomorskim.</p> <p>4. Wymiana informacji, dobrych praktyk pomiędzy samorządami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie realizacji projektów w obszarze e-Zdrowia oraz telemedycyny.</p>	<p>Aktualne</p> <p>Aktualne</p> <p>Aktualne</p>
--	--	---

Wskaźnik kontekstowy

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
1	Liczba pacjentów leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przepustowość)	45,35 (2013)	51	GUS

Priorytet 2.1. Systemy informatyczne i telemedyczne	
Zakres priorytetu	<p>Ważnym działaniem w zakresie ochrony zdrowia jest wdrożenie ustandaryzowanej infrastruktury teleinformatycznej, a także implementacja systemów informatycznych obsługujących wszelkie procesy związane z funkcjonowaniem jednostek ochrony zdrowia. Równocześnie dla dobrego planowania w ochronie zdrowia niezbędne jest utworzenie regionalnych rejestrów w zakresie zachorowalności, jak i oceny jakości diagnostyki leczenia w chorobach cywilizacyjnych.</p> <p>Telemedycyna obejmuje najnowszy sposób świadczenia usług medycznych na odległość, łącząc w sobie elementy medycyny, telekomunikacji i informatyki, np.: telekonsultacje, telediagnostyka, telerehabilitacja, itp.</p>
Kluczowi partnerzy	<p>1. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.</p> <p>2. Podmioty lecznicze.</p>
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – środki JST – środki podmiotów leczniczych – środki krajowe (budżet państwa) – środki europejskie w dyspozycji krajowej – środki europejskie w dyspozycji SWP – środki w ramach innych zagranicznych instrumentów finansowych

	(Norweski Mechanizm Finansowy / Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego)
--	--

Wskaźniki programowe

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
1	Liczba wdrożonych interoperacyjnych zintegrowanych systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych SWP (HIS, RIS, PACS, ERP)	0 (2013)	14	DZ UMWP
Wskaźniki rezultatu				
1	Liczba rejestracji pacjenta do lekarzy w placówkach leczniczych SWP drogą elektroniczną (z wykorzystaniem e-usługi eRejestracja).	0 (2013)	5 000	DZ UMWP

Działanie 2.1.1.	Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrożenie systemów informatycznych z zakresu: tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, zarządzania, diagnostyki, terapii, logistyki, bezpieczeństwa, systemu informacji dla pacjentów i ich rodzin, platformy wymiany informacji, badania zadowolenia pacjenta, katalogu zdarzeń niepożądanych, archiwizacji dokumentacji długoterminowej oraz integracji lokalnych i krajowych systemów informatycznych ochrony zdrowia w województwie pomorskim. 2. Wdrożenie usług telemedycznych np.: telediagnostyki, telekonsultacji, telerehabilitacji, teleopieki (wraz z niezbędną do ich funkcjonowania infrastrukturą), w szczególności dla osób starszych iniepełnosprawnych. 3. Tworzenie systemu informacji dla pacjentów i działania promocyjne zachęcające do korzystania z usług telemedycznych.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwa i partycypacji 2. Innowacyjności 3. Cyfryzacji
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. Obejmujące działania związane z podnoszeniem kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia. 2. Związane z podnoszeniem kwalifikacji kadry z zakresu wdrażanych usług.
Obszary Strategicznej	OSI: województwo pomorskie

Interwencji	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	„Pomorskie e-Zdrowie”

Priorytet 2.2. <i>Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych</i>	
Zakres priorytetu	<p>Ekonomizacja podmiotów leczniczych polega na restrukturyzacji lub zmianie funkcjonowania podmiotu leczniczego, doprowadzając do zwiększenia ekonomiczności lub zmniejszenia nieekonomiczności. W tym celu należy przeanalizować strukturę przychodów i kosztów SPZOZ-u, a następnie dążyć do obniżenia kosztów funkcjonowania oraz zwiększania przychodów. Podmioty lecznicze, których przekształcenie ma szansę doprowadzić do zwiększenia rentowności i rozwoju będą rekomendowane do przekształcenia w spółki kapitałowe. SPZOZY niestrategiczne, lub nieopłacalne pod kątem dalszego funkcjonowania będą rekomendowane do połączenia z innymi, większymi podmiotami, do zbycia lub zlikwidowania.</p> <p>Dodatkowo w celu usprawnienia funkcjonowania podmiotów leczniczych, poprawy ich konkurencyjności i wiarygodności oraz zapewnienia właściwego poziomu jakości świadczeń zdrowotnych, niezbędne jest podjęcie działań, których wynikiem będzie utworzenie sieci podmiotów leczniczych świadczących usługi zdrowotne o wysokiej jakości, prowadząc tym samym do wzrostu bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów.</p>
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne 2. Podmioty lecznicze 3. Narodowy Fundusz Zdrowia 4. Wojewoda Pomorski 5. Ministerstwo Zdrowia 6. Uczelnie wyższe 7. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 8. Jednostki certyfikujące 9. Banki i instytucje finansowe 10. Inwestorzy prywatni 11. Związki zawodowe
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – środki JST – środki podmiotów leczniczych – środki europejskie w dyspozycji krajowej – środki europejskie w dyspozycji SWP – środki krajowe (MZ, NFZ) – środki prywatne

Wskaźniki programowe

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych	
Wskaźniki produktu				
1	Liczba podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą (SPZOZ) podległych SWP przekształconych w spółki kapitałowe	5 (2012)	10	DZ UMWP
2	Odsetek podmiotów leczniczych SWP (szpitale) które wdrożyły plan działań w zakresie doskonalenia jakości usług zdrowotnych	0 (2013)	100%	DZ UMWP / Podmioty Lecznicze
Wskaźniki rezultatu				
1	Kwota zobowiązań wymagalnych podmiotów leczniczych dla których podmiotem tworzącym jest województwo pomorskie	34,4 mln zł (2013)	30 mln zł	Podmioty Lecznicze
2	Odsetek podmiotów leczniczych SWP (szpitale), które posiadają certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	57,2% (2013)	100%	CMJ / MZ

Działanie 2.2.1.	Restrukturyzacja, zmiana formy organizacyjno-prawnej oraz ekonomizacja podmiotów leczniczych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych obejmująca m.in. przygotowanie planu naprawczego, systematyczną analizę działania całego podmiotu leczniczego oraz komórek organizacyjnych pod kątem wykonywanych zadań i procedur, generowania kosztów bezpośrednich związanych z gospodarką lekową i materiałową, zwiększenie zakresu odpowiedzialności ekonomicznej i organizacyjnej kierowników komórek organizacyjnych, w tym renegocjacja umów z NFZ, dostawcami i usługodawcami (w tym np. tworzenie grup zakupowych), zmiana struktury zatrudnienia i dopasowanie do poziomu niezbędnego do realizacji zadań związanych z wykonywaniem kontraktu i innych działalności. 2. Rozszerzenie oferty podmiotu leczniczego z uwzględnieniem możliwości finansowania tych usług przez płatnika i podstawowych potrzeb lokalnej społeczności, w tym świadczeń komercyjnych. 3. Poprawa sytuacji finansowej poprzez zmniejszenie straty finansowej netto, spłatę zadłużenia jednostki, w tym przejęcie zadłużenia przez podmioty tworzące oraz ich dokapitalizowanie. 4. Wypracowanie efektywnego i skutecznego sposobu przekształcenia/łączenia podmiotów leczniczych, w tym analiza procesu zmiany formy organizacyjno-prawnej, przygotowanie aktu przekształcenia

	<p>i aktu założycielskiego spółki (w razie potrzeby dokapitalizowanie spółki), określenie wskaźnika zadłużenia.</p> <p>5. Likwidacja podmiotów leczniczych, w tym analiza procesu likwidacji podmiotów leczniczych - powołanie likwidatora, określenie warunków likwidacji, sprzedaż lub zamiana niewykorzystywanych nieruchomości.</p>
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwa i partycypacji 2. Wzrostu zatrudnienia 3. Innowacyjności 4. Efekt środowiskowy
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obejmujących podmioty lecznicze podległe SWP. 2. Wszystkie projekty muszą przyczynić się do poprawy sytuacji finansowej restrukturyzowanego podmiotu, przede wszystkim zminimalizowania straty netto oraz spadku poziomu zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych. 3. Przekształcane lub łączone będą podmioty lecznicze: <ul style="list-style-type: none"> – gwarantujące płynność finansową po przekształceniu / połączeniu, – których przekształcenie doprowadzi do zwiększenia rentowności i rozwoju, – o charakterze niestrategicznym dla SWP. 4. Likwidowane będą podmioty lecznicze: <ul style="list-style-type: none"> – nierentowne, – niestrategiczne, – generujące wysoką stratę netto, – posiadające wysokie zobowiązania, w tym zobowiązania wymagalne, – którym znacznie ograniczono lub utraciły kontrakt z NFZ.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP

Działanie 2.2.2.	Poprawa jakości usług zdrowotnych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja wieloletniego Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą dla których podmiotem tworzącym jest SWP. 2. Wprowadzenie poprzez Program niezbędnych rozwiązań usprawniających oraz działań doskonalących jakość usług zdrowotnych w następujących obszarach: <ul style="list-style-type: none"> – informacja o organizacji pomorskiego systemu zdrowia. – dostępność świadczeń,

	<ul style="list-style-type: none"> - ciągłość leczenia i opieki, - bezpieczeństwo pacjenta w procesie leczenia, - prawa pacjenta, - relacje personel medyczny – pacjent, - opinie o jakości udzielanych świadczeń. <p>Każdy ww. obszar definiuje poszczególne działania, które w sposób szczegółowy opisują oczekiwane efekty wdrożenia, kryteria oceny, podmiot realizujący, potencjalne źródło finansowania oraz wskazują podmiot monitorujący realizację danego działania.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Program ma charakter wieloletni, a jego realizacja będzie podlegała corocznej ocenie oraz ewentualnym korektom. 4. Dostosowanie Programu do profilu każdego podmiotu leczniczego. 5. Wsparcie przedsięwzięć z zakresu pozyskania i utrzymania przez podmioty lecznicze certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia, a także systemów spełniających standardy zgodne z normami ISO. 6. Tworzenie warunków współpracy z podmiotami leczniczymi posiadającymi certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia. 7. Działania na rzecz podniesienia bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów, jak i również pracowników ochrony zdrowia. 8. Upowszechnianie dobrych praktyk w oparciu o zasady Evidence Based Medicine we wszystkich podmiotach leczniczych na obszarze województwa pomorskiego.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwo i partycypacja 2. Wzrost świadomości obywatelskiej
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. Przyczyniające się do pozyskania certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia. 2. Prowadzące do wdrożenia systemów spełniających standardy jakości, zgodnych z normami ISO. 3. Prowadzące do wdrożenia ujednoliconego, skutecznego i efektywnego modelu zarządzania jakością, wprowadzającego niezbędne rozwiązania usprawniające i doskonalące jakość usług zdrowotnych w podmiotach leczniczych. 4. Prowadzące do wdrożenia skutecznego i efektywnego modelu zarządzania ryzykiem (w oparciu o systemy jakościowe i systemy kontroli zarządczej).
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: Preferowane będą projekty zlokalizowane w Obszarze Metropolitalnym Trójmiasta, w szczególności Gdańsku, Gdyni i Sopocie oraz Słupsku, Wejherowie, Kościerzynie, Prabutach, Starogardzie Gdańskim, Lęborku, Sztumie, Kwidzynie.
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Cel szczegółowy 3**Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych****Wybór strategiczny**

Dostarczanie usług zdrowotnych adekwatnie do potrzeb, wyrównywanie różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych, stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali, diagnostyka medyczna wykorzystująca najnowsze technologie medyczne i informatyczne, optymalne wykorzystanie zasobów, kompleksowa opieka zdrowotna, specjalistyczna kadra medyczna, modernizacja oraz rozbudowa infrastruktury ochrony zdrowia, poprawa dostępności do świadczeń medycznych, doposażenie podmiotów leczniczych.

	Nazwa	Status
Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego	1. Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych.	Aktualne
Oczekiwania wobec administracji centralnej	1. Dostosowanie do rzeczywistych potrzeb algorytmu podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia na regiony.	Aktualne
	2. Dokończenie reform systemowych w zakresie ochrony zdrowia, w tym wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	Aktualne
	3. Zmiana trybu przyznawania miejsc specjalizacyjnych dla kadry medycznej.	Aktualne
	4. Utworzenie ogólnopolskiej bazy dostępnych miejsc specjalizacyjnych.	Aktualne
	5. Tworzenie wojewódzkich list zapotrzebowania na lekarzy danej specjalności.	Aktualne
	6. Zmiana zasad kontraktowania, w tym umożliwienie kontraktowania kompleksowych świadczeń zdrowotnych (np. centra zdrowia psychicznego).	Aktualne
	7. Podejmowanie działań prowadzących do zmiany sposobów kontraktowania (zwiększenie nakładów na kardiologię zachowawczą, nielimitowanie procedur ratujących życie).	Aktualne
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Status
	1. Ponadlokalne usługi zdrowotne w miejskich obszarach funkcjonalnych skupionych wokół następujących ośrodków: Malbork-Elbląg, Kwidzyn-Grudziądz, Słupsk-Koszalin, a także Chojnice-Człuchów-Tuchola.	Aktualne
	2. Wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w	Aktualne

	międzynarodowych sieciach i programach współpracy. 3. Rozbudowa Szpitali Uniwersyteckich (tj. Centrum Medycyny Niezabiegowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego)	Aktualne
--	--	----------

Wskaźniki kontekstowe

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
1.	Liczba lekarzy specjalistów na 10 tys. mieszkańców w dziedzinach deficytowych: 1. diabetologii 2. geriatрії 3. onkologii klinicznej	1. 0,24 2. 0,10 3. 0,17 (2013)	1. 0,26 2. 0,11 3. 0,18	Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
2.	Liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności (personel pracujący według podstawowego miejsca pracy)	49,9 (2013)	58	GUS
3.	Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca	7,7 (2013)	8,3	GUS

Priorytet 3.1

Kompleksowa opieka nad pacjentem

Zakres priorytetu	<p>Kompleksowa opieka nad pacjentem oparta jest o współpracę różnych rodzajów świadczeń i o zespoły interdyscyplinarne wynikające bezpośrednio z holistycznego modelu zdrowia. Praca zespołu polega na łączeniu kompetencji różnych profesjonalistów medycznych, tj. lekarzy różnych specjalności medycznych, pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków, opiekunów medycznych oraz osób o niemedyceznym wykształceniu, jak np. edukatorzy zdrowia, pracownicy socjalni czy wolontariusze.</p> <p>Skoordynowany sposób dostarczania świadczeń zdrowotnych i w razie potrzeby społecznych przez podmiot bądź sieć podmiotów połączonych strukturalnie i informacyjnie ma zapewnić ciągłość opieki w zakresie: promocji zdrowia, prewencji, diagnostyki, terapii, rehabilitacji, opieki paliatywnej z włączeniem instytucji pomocy społecznej.</p> <p>Istotne będzie ukierunkowanie aktywności na obszar medycyny pozostałych sektorów w szczególności pomocy społecznej, edukacji oraz instytucji i organizacji bezpośrednio związanych z szeroko pojętą jakością życia pacjentów, w tym organizacji pozarządowych.</p> <p>Wysoko wykwalifikowany personel medyczny gwarantuje pacjentom odpowiednią jakość usług medycznych. Wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne zobowiązane są do ustawicznego kształcenia i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Niezbędne jest wdrożenie na terenie województwa programów doskonalenia zawodowego lekarzy,</p>
--------------------------	---

	pielęgniarek i położnych, psychologów, ratowników medycznych, fizjoterapeutów i opiekunów medycznych, a także pozyskiwanie specjalistycznej kadry w dziedzinach deficytowych, m.in. poprzez stworzenie odpowiednich narzędzi zachęcających do szkoleń specjalizacyjnych w określonych dyscyplinach.
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podmioty lecznicze. 2. Organizacje pozarządowe. 3. Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne. 4. Uczelnie wyższe. 5. Wojewoda Pomorski. 6. Gdański Uniwersytet Medyczny. 7. Okręgowa Izba Lekarska. 8. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych. 9. Jednostki społeczne i edukacyjne. 10. Narodowy Fundusz Zdrowia. 11. Minister Zdrowia.
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – środki krajowe (MZ, NFZ) – środki europejskie w dyspozycji krajowej – środki europejskie w dyspozycji SWP – środki korporacji zawodowych – środki podmiotów leczniczych – środki JST i ich jednostek organizacyjnych

Wskaźniki programowe

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
1	Liczba utworzonych kompleksowych zespołów w kardiologicznym leczeniu szpitalnym (Kompleksowa opieka dla chorych po zawale m. serca (KOS))	0 (2013)	10	Podmioty lecznicze / POW NFZ
2	Liczba utworzonych ośrodków koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC)	0 (2013)	10	Podmioty lecznicze / POW NFZ
3	Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły Program „Wolontariat szpitalny”	0 (2013)	15	Podmioty lecznicze
Wskaźniki rezultatu				
1	Liczba pacjentów zaopatrzonych przez nowo utworzone zespoły kompleksowej opieki medycznej KOS (Kompleksowa opieka dla chorych po zawale m. serca)	0 (2013)	20% pacjentów hospitalizowanych na oddziale	Podmioty lecznicze / POW NFZ
2	Liczba pacjentów zaopatrzonych przez nowo utworzone zespoły kompleksowej opieki medycznej KOC (koordynowanej)	0 (2013)	20% pacjentów hospitalizowanych na oddziale	Podmioty lecznicze / POW NFZ

	opieki nad kobietą w ciąży).			
3	Liczba pozyskanych w podmiotach leczniczych wolontariuszy w ramach Programu „Wolontariat szpitalny”	0 (2013)	300	Podmioty lecznicze

Działanie 3.1.1.	Tworzenie zespołów opieki kompleksowej i organizacja koordynowanej opieki
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie zintegrowanych, wielodyscyplinarnych modeli opieki (m.in. w kardiologii, opiece nad matką i dzieckiem, diabetologii i psychiatrii; w opiece onkologicznej, nad pacjentem z POCHP oraz z rzadkimi schorzeniami genetycznymi). 2. Tworzenie warunków do rozwoju zespołów interdyscyplinarnych, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – Zwiększenie zatrudnienia: psychologów, fizjoterapeutów, dietetyków, logopedów, opiekunów medycznych i innych zawodów wzmacniających kompleksowa opiekę; – Poszukiwanie, rozwiązań światowych i europejskich w zakresie zintegrowanej opieki i telemedycyny przystających do polskich i regionalnych uwarunkowań; – Przeprowadzenie pilotaży modeli koordynowanej opieki POZ, AOS, SZP; – Opracowanie i wdrażanie zintegrowanych ścieżek i rozwiązań opieki nad pacjentami; – Rozwój, edukacji oraz szkolenia studentów i pracowników systemu zdrowia w celu przygotowania ich do pracy w rozwiązaniach zintegrowanej opieki; – Upowszechnianie i popularyzacja wiedzy o zintegrowanej opiece, zmianę świadomości decydentów, organizatorów opieki zdrowotnej i mieszkańców regionu.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwa i partycypacji. 2. Wzrostu zatrudnienia. 3. Innowacyjności. 4. Wzrostu świadomości obywatelskiej.
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preferowane będą projekty kompleksowe, obejmujące całościową opiekę nad pacjentem.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 3.1.2.	Rozwój współpracy międzysektorowej
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój idei wolontariatu, zwłaszcza na oddziałach szpitalnych i opiece długoterminowej. 2. Rozwój bieżącej współpracy pracowników pomocy i integracji społecznej z pracownikami podmiotów leczniczych (m.in. polityka senioralna w regionie). 3. Zintensyfikowanie działań w sektorze oświaty i szkolnictwa wyższego w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej (m.in. cykliczne konferencje Zdrowy Pomorzanie; szkoły promujące zdrowie).
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwa i partycypacji. 2. Wzrostu zatrudnienia. 3. Innowacyjności. 4. Wzrostu świadomości obywatelskiej.
	Specyficzne (dla RPS): -
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: -
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 3.1.3.	Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podejmowanie działań motywujących do: <ul style="list-style-type: none"> – podjęcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w deficytowych dla województwa pomorskiego dyscyplinach m.in.: diabetologii, neurologii, rehabilitacji medycznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, onkologii klinicznej, pediatrii, endokrynologii, psychiatrii dziecięcej, geriatry, – wyboru miejsca odbywania specjalizacji oraz określonej ścieżki rozwoju zawodowego studentów kierunków medycznych i paramedycznych, – zachęcania uczniów szkół średnich do wyboru studiów medycznych na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, – szkoleń dyplomowych i specjalizacyjnych pielęgniarek i położnych w zakresie pielęgniarstwa: anestezjologicznej i intensywnej opieki, zachowawczej, chirurgicznej, ratunkowej, geriatrycznej oraz długoterminowej, neurologicznej i pielęgniarstwa operacyjnego. 2. Działania zmierzające do: <ul style="list-style-type: none"> – zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych z zakresu psychologii klinicznej; – uruchomienia miejsc specjalizacyjnych w zakresie epidemiologii; – uruchomienia nowych kierunków studiów w zakresie: psychologii medycznej, psychologii zdrowia, psychoonkologii klinicznej oraz

	<p>położnictwa.</p> <p>3. Kursy i szkolenia z zakresu wybranych dziedzin medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem geriatrici, opieki długoterminowej, psychiatrii, pneumonologii, w tym pielęgnowania osób chorych, rozpoznawania i rozwiązywania psychologicznych aspektów zdrowia i choroby, problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku</p>
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP 2020):</p> <p>Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwa i partycypacji. 2. Wzrostu zatrudnienia. 3. Innowacyjności.
	<p>Specyficzne (dla RPS):</p> <p>-</p>
Obszary Strategicznej Interwencji	<p>OSI: województwo pomorskie</p>
	<p>Uszczegółowienie OSI:</p> <p>W zakresie typu przedsięwzięć w pkt. 3: Słupsk, Obszar Metropolitalny Trójmiasta.</p>
Przedsięwzięcia strategiczne	-

<p>Priorytet 3.2.</p> <p><i>Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego</i></p>	
Zakres priorytetu	<p>W celu poprawy dostępności do najnowocześniejszych metod profilaktyki, diagnostyki i terapii oraz niwelowania dysproporcji zostaną przeprowadzone działania modernizujące i uzupełniające infrastrukturę i wyposażenie placówek zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej i uwzględnieniem osiągnięć nowoczesnych technologii. Wzmocniona i unowocześniona zostanie m.in. baza leczenia stacjonarnego poprzez implementację nowych form diagnostyczno-terapeutycznych prowadzonych w zmodernizowanej infrastrukturze i przy pomocy nowoczesnego sprzętu medycznego.</p> <p>Efektami interwencji będzie utworzenie regionalnej sieci szpitali specjalistycznych świadczących wysokiej jakości usługi zdrowotne, ściśle współpracujących z dobrze rozlokowaną bazą usług leczenia ambulatoryjnego podstawowego i specjalistycznego.</p>
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Narodowy Fundusz Zdrowia. 2. Wojewoda Pomorski. 3. Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne. 4. Podmioty lecznicze. 5. Gdański Uniwersytet Medyczny. 6. Minister Zdrowia. 7. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> - środki JST i ich jednostek organizacyjnych - środki podmiotów leczniczych

	<ul style="list-style-type: none"> – środki europejskie w dyspozycji krajowej – środki europejskie w dyspozycji SWP – środki krajowe (MZ, NFZ, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych – NPZCHN, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Program Strategiczny <i>Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych</i> – STRATEGMED) – środki w ramach innych zagranicznych instrumentów finansowych (Norweski Mechanizm Finansowy / Szwajcarski Mechanizm Finansowy)
--	--

Wskaźniki programowe

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020)	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
1	Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych	0 (2013)	300	CSIOZ, GUS
2	Liczba nowozakupionego wysokospecjalistycznego diagnostycznego sprzętu medycznego (TK, MRI)	0 (2013)	9	Podmioty lecznicze, DPR RPO WP
3	Liczba utworzonych szpitalnych jednostek organizacyjnych (poradnia, oddział, zakład diagnostyki, pracownia itp.)	0 (2013)	19	Podmioty lecznicze, DPR RPO WP, PUW
Wskaźniki rezultatu				
1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia na oddziałach geriatrycznych	0 (2013)	27 377	CSIOZ, GUS
2	Liczba diagnostycznych specjalistycznych badań medycznych wykonanych nowozakupionym diagnostycznym sprzętem medycznym	0 (2013)	180 000	Podmioty lecznicze
3	Liczba utworzonych szpitalnych jednostek organizacyjnych (poradnia, oddział, zakład diagnostyki, pracownia itp.), które podpisały z POW NFZ umowę na świadczenie usług medycznych	0 (2013)	19	Podmioty lecznicze, PUW, POW NFZ

Działanie 3.2.1.	Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowolającej dostępności
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	1. Utworzenie poradni/oddziałów dziennych specjalistycznych w wybranych specjalnościach: m.in. kardiologii (w tym rehabilitacja kardiologiczna /oddziały dzienne), onkologii, endokrynologii, diabetologii (kompleksowej

	<p>ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą, poradni stopy cukrzycowej, poradni retinopatii cukrzycowej oraz poradni diabetologicznych zajmujących się leczeniem chorych przy pomocy osobistych pomp insulinowych), geriatry, przeciwtytoniowa, pulmonologiczna i proktologiczna, zgodnie z potrzebami.</p> <p>2. Utworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży.</p> <p>3. Stworzenie ośrodków rehabilitacji domowej m.in. w neurologii i pneumonologii oraz zintegrowanej długoterminowej opieki domowej.</p> <p>4. Stworzenie i wdrożenie programu motywującego personel medyczny do podjęcia pracy w kardiologii, onkologii, diabetologii oraz psychiatrii poza Obszarem Metropolitalnym Trójmiasta.</p>
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partnerstwo publiczno – prywatne. 2. Wzrost zatrudnienia. 3. Jakości przestrzeni. 4. Efektu środowiskowego.
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ul style="list-style-type: none"> – preferowane będą projekty wynikające z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, – preferowane będą nowe projekty, wynikające z priorytetów zdrowotnych.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	<p>Uszczegółowienie OSI: Preferowane będą projekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w lokalizacjach, które wykazują deficyty w dostępie do świadczeń
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 3.2.2.	Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uporządkowanie bazy w zakresie oddziałów dla chorób cywilizacyjnych obejmujące w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> – rozbudowę: Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego tj. Centrum Medycyny Nieinwazyjnej (CMN), ośrodka kardiologii i chirurgii naczyniowej oraz centrum ginekologiczno – położniczego, – rozwój pomorskiej sieci kardiologicznej, w tym utworzenie: Ośrodków Szybkiej Diagnostyki i Terapii Kardiologicznej (<i>Chest pain and arrhythmia control units</i>), ośrodków ostrego dyżuru ablacyjnego, systemu opieki złożonego z Centrum Leczenia Niewydolności Serca powiązane z ośrodkami ambulatoryjnej opieki przy istniejących poradniach kardiologicznych oraz rozwój i wzmocnienie Ośrodka Przeszczepów Serca,

	<ul style="list-style-type: none"> – modernizację i doposażenie oddziałów udarowych oraz tworzenie ośrodków Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu, – stworzenie ośrodka chirurgii naczyniowej, – rozwój i profilowanie pomorskiej sieci onkologicznej, w tym stworzenie oddziałów kardioonkologicznych i specjalistycznych oddziałów onkologii zabiegowej przy ośrodkach onkologicznych; rozwój ośrodków opieki hematologicznej, – utworzenie sieci specjalistycznych oddziałów diabetologicznych w województwie pomorskim, – reorganizację i rozwój bazy leczenia psychiatrycznego z dostosowaniem do wymogów określonych w krajowych programach w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, – modernizacja istniejących zakładów diagnostyki oraz utworzenie i wyposażenie nowych ośrodków wysokospecjalistycznej diagnostyki, wykorzystujących nowoczesne technologie, zgodnie z potrzebami. <p>2. Poprawa dostępności do oddziałów z deficytami łóżek (opieka długoterminowa, interna, geriatryczna, rehabilitacja), w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> – utworzenie w Trójmieście dodatkowego oddziału internistycznego, – modernizacja, dostosowanie i wyposażenie istniejących oddziałów internistycznych do obowiązujących przepisów prawa, – utworzenie ośrodków opieki geriatrycznej, – zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej, w szczególności zakładów opiekuńczo-leczniczych, – rozwój sieci ośrodków rehabilitacji neurologicznej wczesnej i rehabilitacji pneumonologicznej. <p>3. Uporządkowanie bazy oddziałów współpracujących z ratownictwem medycznym obejmujące w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> – utworzenie sieci referencyjnych placówek w zakresie oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznych i optymalizację realizacji świadczeń z zakresu protezowania ortopedycznego, – budowa i dostosowanie lądowisk przyszpitalnych w ramach ratownictwa medycznego, – rozbudowa / budowa bloków operacyjnych w szpitalach o charakterze „ostrem”, – utworzenie ośrodków neurochirurgicznych zabiegów endowaskularnych (wewnątrznaczyniowych), – utworzenie Centrum Leczenia Złamań Kręgosłupa wieku podeszłego, – utworzenie Centrum Urazowego dla Dzieci oraz rozwój infrastruktury dla opieki nad matką i dzieckiem, – dostosowanie i rozwój Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii do obowiązujących wymogów, – modernizacja, dostosowanie i wyposażenie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, – utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.
--	--

	4. Modernizacja, dostosowanie i wyposażenie funkcjonującej bazy oddziałów szpitalnych, nieuwzględnionych w punktach wymienionych powyżej.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP 2020): Stosowane jako preferencje: 1. Lokalizacja i przestrzenne oddziaływanie. 2. Wzrost zatrudnienia. 3. Innowacyjność. 4. Jakości przestrzeni. 5. Efektu środowiskowego
	Specyficzne (dla RPS): Preferowane będą projekty: – obejmujące obszary o niezadawalającej dostępności wprowadzające innowacyjne rozwiązania w zakresie opieki nad pacjentem, – dające możliwość podwyższenia stopnia referencyjności, – wynikające z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, – preferowane będą nowe projekty, wynikające z priorytetów zdrowotnych.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółwienie OSI: Obszar Metropolitalny Trójmiasta, w szczególności Gdańsk, Gdynia i Sopot oraz Słupsk, Ustka, Chojnice, Kwidzyn, Malbork, Starogard Gdański, Lębork, Kościerzyna i Bytów.
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Działanie 3.2.3.	Tworzenie, rozbudowa i modernizacja zasobów ochrony zdrowia
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	Zakup lub wymiana zamortyzowanego sprzętu medycznego oraz dostosowanie aparatów medycznych do obowiązujących standardów, w tym: – wymiana/zakup sprzętu na funkcjonujących oddziałach, w tym szczególnie związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych, – zakup/wymiana sprzętu/aparatury medycznej na potrzeby Pomorskiej Sieci Onkologicznej, – uzupełnienie bazy sprzętowej w ośrodkach pulmonologicznych, – doposażenie oddziałów chirurgii dziecięcej, – program stworzenia i wdrożenia w kardiologii i chirurgii naczyniowej pompy wspomaganie serca oraz nowego bioimplantu wytworzonego z bionanocelulozy, – rozwój technik radiologii interwencyjnej ściśle współpracującej ze specjalnościami zabiegowymi, – zakup pojazdów wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.
Strategiczne kryteria	Horyzontalne (z SRWP 2020):

identyfikacji przedsięwzięć	<p>Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innowacyjność 2. Jakości przestrzeni 3. Efektu środowiskowego
	<p>Specyficzne (dla RPS):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Preferowane będą projekty wynikające z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, – nowe, wynikające z priorytetów zdrowotnych.
Obszary Strategicznej Interwencji	<p>OSI: województwo pomorskie</p> <p>Uszczegółwienie OSI: Obszar Metropolitalny Trójmiasta, w szczególności Gdańsk, Gdynia i Sopot oraz Słupsk, Ustka, Chojnice, Kwidzyn, Malbork, Starogard Gdański, Lębork, Kościerzyna i Bytów.</p>
Przedsięwzięcia strategiczne	-

2. Realizacja Zobowiązań SWP zapisanych w SRWP 2020

Samorząd Województwa Pomorskiego w Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020 przyjął trzy następujące zobowiązania:

Zobowiązanie z SRWP 2020	Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych
Stan docelowy	Sieci placówek leczniczych prowadzących usługi m.in. w zakresie leczenia chorób układu sercowo - naczyniowego, chorób nowotworowych, diabetologicznych, psychicznych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i chorób wieku starczego, tworzące regionalną sieć szpitali uzależnioną od finansowania w ramach systemu ubezpieczeniowego.
Rok realizacji	2020
Główne etapy realizacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza stanu obecnego 2014. 2. Analiza potrzeb zdrowotnych: epidemiologia, baza zasobów, kontraktowanie. 3. Analiza zasobów Województwa Pomorskiego i podejmowanie działań restrukturyzacyjnych celem optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów i dostosowanie ich do zmieniającego się otoczenia. 4. Nakreślenie kierunków rozwoju sieci oddziałów w zakresie kardiologii, neurologii, onkologii, diabetologii. 5. Restrukturyzacja lecznictwa psychiatrycznego. 6. Rozwój podmiotów w zakresie dyscyplin deficytowych (interna, opieka długoterminowa, geriatrya) i współpracujących z ratownictwem medycznym. 7. Wprowadzenie programów informatyzacji, ekonomizacji i poprawy jakości w wyznaczonych podmiotach leczniczych.
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wojewoda Pomorski. 2. Narodowy Fundusz Zdrowia. 3. Jednostki samorządu terytorialnego. 4. Ekspert Zdrowia Publicznego. 5. Konsultant Wojewódzki ds. epidemiologii. 6. Urząd Statystyczny w Gdańsku. 7. Podmioty Lecznicze. 8. SANEPID.
Szacunkowy koszt	739 778,12 tys. PLN
Przedsięwzięcie strategiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP. 2. „Pomorskie e-Zdrowie”.

Zobowiązanie z SRWP 2020	Wdrożenie regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych
Stan docelowy	Regionalny system monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych służący wdrażaniu efektywnych i skutecznych programów zdrowotnych, ich zarządzaniu i kontroli oraz działaniom przyczyniających się do budowania kompetencji zdrowotnych wśród decydentów i mieszkańców województwa pomorskiego.

Rok realizacji	2020
Główne etapy realizacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza dotychczasowego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych. 2. Określenie celu i zakresu funkcjonowania systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych oraz jego przyszłych użytkowników. 3. Określenie potrzeb w zakresie gromadzenia danych, raportów, wskaźników i ewaluacji oraz określenie zasad przechowywania i udostępniania danych wraz ze wskazaniem narzędzi temu służących. 4. Ujednoczenie i usprawnienie systemu sprawozdawczości wynikającego z rejestrów wojewódzkich i krajowych w celu zbudowania narzędzia. 5. Przygotowanie i uruchomienie portalu promocyjno – informacyjno – edukacyjnego jako narzędzia wspomagającego system monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych oraz edukacji zdrowotnej. 6. Analiza i wnioski z realizacji Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej. 7. Analiza i wnioski z realizacji Programów Polityki Zdrowotnej realizowanych przez JST z wykorzystaniem danych i opinii Wojewody. 8. Szkolenia dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego oraz partnerów społecznych i gospodarczych podnoszące kompetencje zdrowotne. 9. Działania promocyjne portalu promocyjno – informacyjno – edukacyjnego.
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jednostki samorządu terytorialnego. 2. Organizacje pozarządowe. 3. Wojewoda Pomorski. 4. Narodowy Fundusz Zdrowia. 5. Państwowa Inspekcja Sanitarna. 6. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy. 7. Media. 8. Edukacja.
Szacunkowy koszt	0,15 mln PLN
Przedsięwzięcie strategiczne	-

Zobowiązanie z SRWP 2020	Wdrożenie w szpitalach wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych
Stan docelowy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie i wdrożenie w szpitalach wieloletniego programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest SWP obejmującego m.in.: <ul style="list-style-type: none"> – wypracowanie wspólnej metody zbierania oraz zarządzania informacją nt. ryzyka działań medycznych oraz zdarzeń niepożądanych – stworzenie i wdrożenie w oparciu o dostępne narzędzia informatyczne Regionalnego Systemu Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych, – ujednoczenie metody zbierania opinii pacjentów, służącej jako rzetelna informacja na temat stopnia zadowolenia pacjenta z otrzymanej usługi zdrowotnej – opracowanie i wdrożenie w oparciu o dostępne narzędzia informatyczne Systemu Oceny Jakości, 2. Wprowadzenie niezbędnych rozwiązań usprawniających oraz działań doskonalących jakość usług zdrowotnych w następujących obszarach:

	<ul style="list-style-type: none"> – informacja o organizacji pomorskiego systemu zdrowia. – dostępność świadczeń. – ciągłość leczenia i opieki. – bezpieczeństwo pacjenta w procesie leczenia. – prawa pacjenta. – relacje personel medyczny – pacjent. – opinie o jakości udzielanych świadczeń. <p>Każdy ww. obszar definiuje poszczególne działania, które w sposób szczegółowy opisują oczekiwane efekty wdrożenia, kryteria oceny, podmiot realizujący, potencjalne źródło finansowania oraz wskazują podmiot monitorujący realizację danego działania.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Program ma charakter wieloletni, a jego realizacja będzie podlegała corocznej ocenie oraz ewentualnym korektom. 4. Wsparcie przedsięwzięć w zakresie pozyskania i utrzymania przed podmioty lecznicze certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia oraz systemów spełniających standardy jakości, zgodne z normami ISO. 5. Tworzenie warunków współpracy z podmiotami leczniczymi posiadającymi certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia. 6. Podniesienie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów jak i również pracowników ochrony zdrowia. 7. Rekomendowanie dobrych praktyk w oparciu o zasady Evidence Based Medicine na obszarze województwa pomorskiego, wypracowanych na w ramach ww. wieloletniego programu.
Rok realizacji	2020
Główne etapy realizacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powołanie Grupy Roboczej ds. opracowania i wdrożenia wieloletniego programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą dla których podmiotem tworzącym jest SWP. 2. Opracowanie ww. programu przez Grupę Roboczą. 3. Przeprowadzenie konsultacji z podmiotami leczniczymi. 4. Zatwierdzenie ostatecznego kształtu Programu. 5. Przyjęcie uchwałą Zarządu Województwa Pomorskiego Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie. 6. Powołanie w podmiotach leczniczych Zespołów odpowiedzialnych za wdrożenie, monitorowanie i analizowanie stopnia wypracowanych w Programie działań. 7. Powołanie w podmiotach leczniczych Koordynatorów odpowiedzialnych za kontakt z Grupą Roboczą, celem przedkładania raportów z postępu prac. 8. Wdrożenie przez podmioty lecznicze przyjętego przez Zarząd Województwa Pomorskiego Programu. 9. Propagowanie wypracowanego Programu przez Grupę Roboczą oraz powołane w podmiotach leczniczych Zespoły na obszarze województwa pomorskiego.
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa Robocza ds. opracowania i wdrożenia wieloletniego programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Pomorskiego. 2. Podmioty lecznicze, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie, wdrażające Program.

	3. Ministerstwo Zdrowia. 4. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. 5. Szkoły wyższe.
Szacunkowy koszt	0,5 mln PLN
<i>Przedsięwzięcie strategiczne</i>	-

III. SYSTEM REALIZACJI RPS „ZDROWIE DLA POMORZAN”

1. Kompetencje i odpowiedzialność kluczowych aktorów

Kierownik Programu i Zespół Zarządzający

Za realizację Programu odpowiada Kierownik Programu, którego funkcję pełni dyrektor Departamentu Zdrowia UMWP.

Kierownik Programu odpowiada w szczególności za realizację przedsięwzięć strategicznych zidentyfikowanych w Programie oraz zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego, które wynikają z SRWP 2020, a są realizowane w ramach Programu.

Kierownik Programu odpowiada również za realizację tych części Programu, których wykonanie powierzone zostało innym komórkom lub jednostkom organizacyjnym.

Kierownik Programu wykonuje swoje zadania przy pomocy Zespołu Zarządzającego RPS. Zespół podejmuje bieżące decyzje i działania w zakresie realizacji Programu. Skład i zadania Zespołu oraz ogólne zasady dotyczące organizacji i trybu pracy określa *Plan zarządzania SRWP*.

Jednostki zaangażowane w realizację

Poniżej przedstawiono jednostki odpowiedzialne za realizację Programu:

Priorytet	Działanie	Jednostka odpowiedzialna za realizację
Priorytet 1.1 Promocja zdrowia	Działanie 1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	DZ / ROPS / DES / DPK
	Działanie 1.1.2. Wykorzystanie potencjału medycyny pracy	DZ / WOMP
Priorytet 1.2 Programy polityki zdrowotnej	Działanie 1.2.1. Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych	DZ / ROPS / DES / DPK
	Działanie 1.2.2. Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych	DZ / DISI / DPK
Priorytet 2.1 Systemy informatyczne i telemedyczne	Działanie 2.1.1. Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych	DISI / DZ
Priorytet 2.2 Jakość i ekonomizacja	Działanie 2.2.1. Restrukturyzacja, zmiana formy organizacyjno-prawnej oraz	DZ

Priorytet	Działanie	Jednostka odpowiedzialna za realizację
podmiotów leczniczych	ekonomizacja podmiotów leczniczych	
	Działanie 2.2.2. Poprawa jakości usług zdrowotnych	
Priorytet 3.1 Kompleksowa opieka nad pacjentem	Działanie 3.1.1. Tworzenie zespołów i ośrodków interdyscyplinarnych	DZ
	Działanie 3.1.2. Rozwój współpracy międzysektorowej	
	Działanie 3.1.3. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych.	
Priorytet 3.2 Zasoby sieci lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego	Działanie 3.2.1. Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadawalającej dostępności	DZ
	Działanie 3.2.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej	
	Działanie 3.2.3. Tworzenie, rozbudowa i modernizacja zasobów ochrony zdrowia	

Zadania jednostek zaangażowanych w realizację określa *Plan Zarządzania SRWP*.

2. Koordynacja z pozostałymi RPS

Punkty styeczne pomiędzy poszczególnymi Programami zostały przedstawione w poniższej tabeli. Punkty te wyodrębnione zostały na podstawie analizy zakresów interwencji.

RPS ZdP		Punkty styeczne z pozostałymi RPS		
Priorytet	Działanie	Akronim	Priorytet	Działanie
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja	RPS AP	2.1. Silny sektor pozarządowy	2.1.1. Systemowe rozwiązania na rzecz sektora

RPS ZdP		Punkty styyczne z pozostałymi RPS		
Priorytet	Działanie	Akronim	Priorytet	Działanie
	samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych			pozarządowego
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	2.2. Regionalna wspólnota	2.2.1. Aktywność społeczna i obywatelska
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	3.1. Edukacja dla rozwoju i zatrudnienia	3.1.1. Powszechna edukacja przedszkolna
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	3.1. Edukacja dla rozwoju i zatrudnienia	3.1.2. Fundamenty edukacji
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	3.2 Indywidualne ścieżki edukacji	3.2.2. Edukacja włączająca
1.1. Promocja zdrowia	1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS PP	1.2. Zrównoważone wykorzystanie dziedzictwa naturalnego	1.2.1. Turystyczne udostępnianie obszarów cennych krajobrazowo i przyrodniczo
1.2. Programy polityki zdrowotnej	1.2.1. Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych	RPS AP	1.1. Aktywność zawodowa bez barier	1.1.2. Aktywizacja społeczno - zawodowa
3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego	3.3.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do	RPS MP	1.2. Wysoka jakość usług transportu zbiorowego	1.2.2. Rozwój innowacyjnych systemów poprawiających konkurencyjność

RPS ZdP		Punkty styczne z pozostałymi RPS		
Priorytet	Działanie	Akronim	Priorytet	Działanie
i stacjonarnego	obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej			i bezpieczeństwo publicznego transportu zbiorowego
3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego	3.3.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej	RPS MP	2.1. Rozwój dróg regionalnych szczególnie ważnych dla poprawy dostępności wewnętrznej województwa	2.1.1. Poprawa dostępności transportowej ośrodków regionalnych i subregionalnych do Trójmiasta a także pomiędzy nimi
3.1. Kompleksowa opieka nad pacjentem	3.1.3. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych	RPS PPK	2.2. Kształcenie dla potrzeb gospodarki	2.2.2. Kształcenie zawodowe w subregionach
3.1. Kompleksowa opieka nad pacjentem	3.1.3. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych	RPS PPK	2.1. Umiejdzynarodowienie i konsolidacja uczelni	2.1.1. Skonsolidowana oferta pomorskich uczelni

3. Zasady i warunki wykorzystania Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych

Jedną z form realizacji RPS są Zintegrowane Porozumienia Terytorialne (ZPT). Program wnosi wkład w identyfikację tematycznej oferty wsparcia, adresowanej do poszczególnych typów miejskich obszarów funkcjonalnych w ramach priorytetów, działań i typów przedsięwzięć objętych jego zakresem przedmiotowym.

W celu identyfikacji obszarów tematycznych Programu, wchodzących w zakres oferty wsparcia adresowanej do poszczególnych typów obszarów funkcjonalnych oraz określenia stopnia, w jakim poszczególne obszary tematyczne wdrażane będą w formule ZPT, wzięto pod uwagę:

- zakres problemowy oraz lokalizację Obszarów Strategicznej Interwencji w relacji do lokalizacji poszczególnych typów miejskich obszarów funkcjonalnych;
- ustalenia zawarte w SRWP 2020 w Rozdziale IV. *Wyzwania i cele*, pkt. C: *Terytorialne ukierunkowanie Strategii wobec głównych obszarów funkcjonalnych*;

- stopień, w jakim skuteczne wdrażanie poszczególnych obszarów tematycznych Programu wymaga partnerskiej i ponadsektorowej współpracy w ramach zwartych obszarów funkcjonalnych, przekraczających granice pojedynczych jednostek samorządu terytorialnego;
- stopień, w jakim wdrażanie poszczególnych obszarów tematycznych Programu wymaga zintegrowanego podejścia, pozwalającego na łączenie różnych źródeł i form wsparcia na obszarze poszczególnych miejskich obszarów funkcjonalnych;
- specyfikę problemów charakterystycznych dla poszczególnych typów miejskich obszarów funkcjonalnych.

Indykacyjny wykaz obszarów tematycznych Programu, adresowanych do odpowiednich typów obszarów funkcjonalnych i rekomendowanych do wdrażania w formule ZPT jest następujący:

Typ obszaru funkcjonalnego	Rekomendowane obszary tematyczne
Obszar Metropolitalny Trójmiasta	<p>Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych (Działanie 1.1.1.) – działania z zakresu podnoszenia świadomości decydentów i promocji dobrych praktyk w realizacji promocji zdrowotnej i profilaktycznej.</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.) – działania z zakresu informacyjno – promocyjnego oraz współpraca z jednostkami SWP, organizacjami pozarządowymi, Uczelniami Wyższymi i Konsultantami Wojewódzkimi.</p> <p>Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych (Działanie 2.1.1) – działania z zakresu integracji systemów elektronicznej dokumentacji medycznej podmiotów leczniczych z platforma regionalną.</p> <p>Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności (Działanie 3.2.1.) – działania z zakresu odtworzenia i utworzenia przyszpitalnych poradni chorób cywilizacyjnych.</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.2.2.) – działania z zakresu rozbudowy, przebudowy i modernizacji szpitali na potrzeby nowoczesnych bloków operacyjnych i nowych oddziałów (w szczególności kardiochirurgii, rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pneumonologicznej i opieki geriatrycznej) oraz dostosowanie funkcjonujących oddziałów szpitalnych do przepisów prawa.</p>
obszar funkcjonalny Słupska	<p>Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych (Działanie 1.1.1.) – działania z zakresu podnoszenia świadomości decydentów i promocji dobrych praktyk w realizacji promocji zdrowotnej i profilaktycznej.</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.) – działania z zakresu informacyjno – promocyjnego oraz współpraca z jednostkami SWP, organizacjami pozarządowymi, Uczelniami Wyższymi i Konsultantami Wojewódzkimi.</p> <p>Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych (Działanie 2.1.1) – działania z zakresu integracji systemów elektronicznej dokumentacji medycznej podmiotów leczniczych z platforma regionalną.</p> <p>Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności (Działanie 3.2.1.) –</p>

Typ obszaru funkcjonalnego	Rekomendowane obszary tematyczne
	<p>działania z zakresu utworzenia nowych przyszpitalnych poradni chorób cywilizacyjnych.</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.2.2.) – działania z zakresu rozbudowy, przebudowy i modernizacji obiektów szpitalnych na potrzeby bloków operacyjnych i oddziałów szpitalnych.</p>
<p>obszary funkcjonalne pozostałych miast o znaczeniu subregionalnym</p>	<p>Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych (Działanie 1.1.1.) – – działania z zakresu podnoszenia świadomości decydentów i promocji dobrych praktyk w realizacji promocji zdrowotnej i profilaktycznej.</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.) – działania z zakresu informacyjno – promocyjnego oraz współpraca z jednostkami SWP, organizacjami pozarządowymi, Uczelniami Wyższymi i Konsultantami Wojewódzkimi.</p> <p>Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych (Działanie 2.1.1) – działania z zakresu integracji systemów elektronicznej dokumentacji medycznej podmiotów leczniczych z platforma regionalną.</p> <p>Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności (Działanie 3.2.1.) – działania z zakresu utworzenia nowych przyszpitalnych poradni chorób cywilizacyjnych.</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.2.2.) – działania z zakresu rozbudowy, przebudowy i modernizacji obiektów szpitalnych na potrzeby bloków operacyjnych i oddziałów szpitalnych.</p>

4. Ramy finansowe

Realizacja celów Programu finansowana będzie z następujących źródeł:

- a) środki europejskie – tj. przede wszystkim środki pochodzące ze źródeł UE, pozyskane w perspektywie finansowej 2007-2013 oraz 2014-2020, jak również inne programy i mechanizmy międzynarodowe;
- b) środki centralne – obejmujące państwowe fundusze celowe oraz inne środki będące w dyspozycji ministerstw i instytucji centralnych, jak również innych podmiotów szczebla krajowego;
- c) środki samorządowe – obejmujące wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego z województwa, spółek komunalnych oraz innych podmiotów i instytucji szczebla regionalnego.

Szacowane potencjalne środki możliwe do zaangażowania w ramach Programu wyniosą około 1,37 mld zł. Kwota ta nie wynika ze zobowiązań finansowych podjętych przez podmioty zaangażowane w realizację Programu i może w rzeczywistości przyjąć inną wartość.

Prognozowane środki SWP wyniosą 330,49 mln zł, tj. 24,05% ww. wymienionej kwoty możliwej do zaangażowania w ramach Programu.

Poniższe tabele przedstawiają zaangażowanie środków finansowych w realizację priorytetów, zobowiązań i przedsięwzięć strategicznych Programu.

Tabela 1. Szacunkowy podział wydatków SWP na cele szczegółowe i priorytety RPS.

Priorytet	Wartość wydatków SWP	
	tys. zł	%
Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	757,90	0,23
Priorytet 1.2. Programy polityki zdrowotnej	2 030,20	0,61
Cel szczegółowy 1. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności	2 788,10	0,84
Priorytet 2.1. Systemy informatyczne i telemedyczne	8 499,27	2,57
Priorytet 2.2. Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych	126 833,9	38,38
Cel szczegółowy 2. Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	135 333,17	40,95
Priorytet 3.1. Kompleksowa opieka nad pacjentem	211,34	0,06
Priorytet 3.2. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego	192 161,05	58,14
Cel szczegółowy 3. Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych	192 372,39	58,14
RAZEM	330 493,66	100

Tabela 2. Szacunkowa wartość zobowiązań SWP w RPS.

Cel szczegółowy	Zobowiązanie	Wartość całkowita	Wartość wydatków SWP
		(tys. zł)	(tys. zł)
Cel szczegółowy 1 Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności	Wdrożenie regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych	150,0	150,0
Cel szczegółowy 2 Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	Wdrożenie w szpitalach wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych	500,0	500,0
Cel szczegółowy 2 Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych	746 417,62	327 076,68
Cel szczegółowy 3 Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych			
RAZEM		747 067,62	327 726,68

Tabela 3. Szacunkowa wartość przedsięwzięć strategicznych w RPS.

Cel szczegółowy	Przedsięwzięcie strategiczne	Wartość całkowita	Wartość wydatków SWP
		(tys. zł)	(tys. zł)
Cel szczegółowy 2 Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	„Pomorskie e-Zdrowie” realizowane dla podmiotów leczniczych SWP	184 132,84	8 499,27
	Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP obejmująca poprawę sytuacji finansowej, tj. zmniejszenie straty finansowej netto lub wzrost zysku netto oraz zmniejszenie poziomu zobowiązań SPZOZ	126 320,00	126 320,00
RAZEM		310 452,84	134 819,27

5. System monitorowania i oceny realizacji

Proces monitorowania i oceny Programu stanowi element Pomorskiego Systemu Monitoringu i Ewaluacji (PSME) opisanego w *Planie Zarządzania SRWP*.

Podstawowymi narzędziami monitorowania realizacji Programu będą:

- a) baza wskaźników określonych na poziomie celów szczegółowych i priorytetów oraz miara sukcesu na poziomie celu głównego;
- b) badania, analizy, ekspertyzy, ewaluacje, opracowania studialne itp., realizowane każdego roku na podstawie *Planu działań PSME*.

Za uruchomienie i funkcjonowanie bazy wskaźników oraz pozyskanie niezbędnych informacji do procesu monitorowania i oceny RPS odpowiada Kierownik Programu.

Podstawą oceny realizacji Programu będą raporty z jego realizacji. Ich struktura, zakres, częstotliwość oraz tryb sporządzania zostały określone w *Planie Zarządzania SRWP*.

Oprócz departamentu wiodącego i współpracujących, w proces monitorowania i ewaluacji Programu zaangażowane będą również departamenty właściwe ds. programowania i wdrażania programów operacyjnych współfinansowanych w ramach Polityki Spójności i innych polityk UE na lata 2014-2020, jak również departamenty właściwe ds. finansów i organizacji.

IV. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych

Tytuł	„Pomorskie e-Zdrowie”
Jednostka odpowiedzialna za realizację	SWP (lider) Wiodący - DISI UMWP, wspomagający DZ UMWP Partnerzy - podmioty lecznicze, których SWP jest organem tworzącym, tj. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku, Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku, Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie, Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku, Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. S. Kryzana w Starogardzie Gdańskim, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień, Stacja Pogotowia Ratunkowego w Słupsku, COPERNICUS Podmiot Leczniczy, Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Plażyńskiego, Szpital Specjalistyczny w Prabutach, Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Szpitale Pomorskie.
Cel	Informatyzacja pomorskich podmiotów leczniczych, których organem tworzącym jest SWP
Zakres	<ul style="list-style-type: none"> – zakup/wdrożenie systemów dziedzinowych i specjalistycznych dla podmiotów leczniczych SWP, – integracja systemów informatycznych w podmiotach leczniczych, – integracja systemów informatycznych podmiotów leczniczych z systemami krajowymi, – dostosowanie systemów informatycznych do wymogu interoperacyjności, – zakup infrastruktury informatycznej (serwery / komputery / drukarki, itp.), – budowa/modernizacja infrastruktury sieciowej, – wdrożenie systemu klasy Business Intelligence dla SWP oraz jednostek ochrony zdrowia, – wdrożenie portalu informacyjnego dla obywatela informujący o pełnej ofercie pomorskiej ochrony zdrowia, – wdrożenie e-usług (m.in. e- rejestracja).
Okres realizacji	2014 - 2020
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia	184 132 844 PLN
Główne źródła finansowania	środki europejskie w dyspozycji SWP (RPO WP 2014-2020) środki SWP, środki podmiotów leczniczych

Tytuł	<i>Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP</i>
Jednostka odpowiedzialna za realizację	DZ UMWP
Cel	Lepszy dostęp do usług zdrowotnych. Dostosowanie oferty podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem możliwości finansowania tych usług przez płatnika i podstawowymi potrzebami lokalnej społeczności, w tym podjęcie działań zmierzających do poprawy wizerunku wśród mieszkańców
Zakres	<p>Podstawowym zadaniem wszystkich podmiotów leczniczych jest zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej społeczeństwu oraz poprawienie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Podmioty lecznicze, których przekształcenie ma szansę doprowadzić do zwiększenia rentowności i rozwoju, będą rekomendowane do przekształcenia w spółki kapitałowe. Podmioty o charakterze niestrategicznym lub nieopłacalne pod kątem dalszego funkcjonowania, będą rekomendowane do połączenia z innymi, większymi podmiotami, do zbycia lub zlikwidowania.</p> <p>Przekształcenie SPZOZ-ów w spółki kapitałowe odbywać się będzie w trybie ustawy o działalności leczniczej. W zależności od sytuacji finansowej danego podmiotu Samorząd Województwa rozpatrywać będzie możliwość przejęcia części jego zobowiązań oraz konieczność wniesienia aportem do spółek nieruchomości i związanych z tym obowiązków podatkowych.</p> <p>W przypadku zbycia, połączenia lub likwidacji podmiotów najistotniejszym będzie zapewnienie kontynuacji udzielanych świadczeń w oparciu o kontrakt z NFZ oraz zabezpieczenie praw pracowniczych.</p> <p>Docelowo jako podmioty, w których realizowane będzie przedsięwzięcie należy wskazać wszystkie podmioty lecznicze podległe SWP z uwagi na zmieniającą się sytuację finansową tych jednostek w zależności od przyznanego kontraktu NFZ i jego wykonania. W przypadku utraty kontraktu lub dużo mniejszej kontraktacji dany podmiot leczniczy będzie wymagał natychmiastowej reakcji w postaci restrukturyzacji/przekształcenia. W kontekście utworzonych już spółek, których forma organizacyjna jest docelową, wszelkie procesy restrukturyzacyjne, przekształceniowe czy likwidacyjne muszą przebiegać zgodnie z kodeksem spółek handlowych i odpowiedzialnymi za nie będą organy spółek (Zarząd, Rada Nadzorcza, Zgromadzenie Wspólników).</p>
Okres realizacji	2014 –2016
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia	126 320 000 PLN
Główne źródła finansowania	środki SWP

Załącznik 2. Wnioski i rekomendacje z oceny ex-ante oraz przyjęte kierunki zmian w Programie

Podstawowe informacje o Ocenie

Ocena została przeprowadzona zgodnie z art. 15 ust. 6 ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju z dnia 6 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2009 r., Nr 84 poz. 712 z późn. zm.).

Zamawiającym było Województwo Pomorskie, Wykonawcą – Fundacja Naukowa Instytut Badań Strukturalnych (Lider Konsorcjum) oraz Coffey International Development Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Partner Konsorcjum), zaś głównym adresatem – Zarząd Województwa Pomorskiego. Ocena ex-ante była realizowana przez Wykonawcę jednocześnie dla wszystkich 6 regionalnych programów strategicznych.

Przedmiotem Oceny był projekt Programu przyjęty przez Zarząd Województwa Pomorskiego w dniu 28 marca 2013 roku (Uchwała nr 326/234/13).

Prace nad Ocena ex-ante rozpoczęły się 20 maja 2013 r. Uzgodniony z Zamawiającym raport metodologiczny został przekazany przez Wykonawcę 6 czerwca 2013 r. W trakcie Oceny odbyły się m.in. warsztaty dotyczące Programu, w którym udział wzięli przedstawiciele Wykonawcy oraz Zamawiającego. W dniu 16 lipca 2013 r. Wykonawca zaprezentował na spotkaniu wnioski i rekomendacje dla Programu na podstawie przeprowadzonej Oceny.

Zakres oceny

Zakres Oceny objął następujące obszary badawcze:

- 1) Ocena części diagnostycznej;
- 2) Ocena części projekcyjnej;
- 3) Ocena systemu realizacji, monitorowania i oceny oraz ram finansowych;
- 4) Ocena spójności wewnętrznej RPS;
- 5) Ocena relacji zewnętrznych oraz oddziaływania RPS, w tym realność osiągnięcia zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego;
- 6) Ocena procesu konsultacji społecznych;
- 7) Ocena relacji z pozostałymi RPS, w tym ich spójność i komplementarność.

Kluczowe wnioski i rekomendacje dla Programu wynikające z Oceny

Poniżej przedstawiono najważniejsze wnioski i rekomendacje ewaluatorów wobec Programu.

Wnioski:

- Elementy diagnozy zbyt słabo nawiązują do części projekcyjnej.
- W części diagnostycznej brak opisu deficytów w infrastrukturze i sprzęcie medycznym.
- Lista określonych w RPS wyzwań jest wspólna z diagnozą.
- Zakres interwencji w celu szczegółowym nr 2 wykracza poza ustalenia SRWP.

- Cel strategiczny nr 3 wychodzi poza wybór strategiczny dokonany na poziomie SRWP.
- Brak wskaźników dotyczących poziomu aktywności zawodowej, edukacyjnej i społecznej, jakości życia, dostępności, efektywności i jakości usług medycznych.
- Liczba wskaźników powinna być ograniczona do 3-4 na poziomie każdego celu szczegółowego/rezultatu.

Rekomendacje:

- Wyraźne wodrębienie głównego problemu oraz syntetyczne omówienie przyczyn tego stanu rzeczy.
- Uzupełnienie diagnozy o uzasadnienie dla każdego obszaru interwencji.
- Uporządkowanie analizy SWOT.
- Określenie wyzwań na podstawie diagnozy i analizy SWOT oraz wskazanie tych elementów, które są najbardziej istotne dla Programu.
- Rezygnacja ze szczegółowej listy programów zdrowotnych do realizacji na rzecz dookreślenia kryteriów, które muszą spełniać programy, aby mogły uzyskać wsparcie.
- Dodanie wyjaśnienia dla zakresów interwencji określonych w celu szczegółowym nr 2.
- Połączenie działań związanych z wdrożeniem planów poprawy jakości i ekonomizacji podmiotów leczniczych.
- Koncentracja na funkcjonalnościach systemów informatycznych, a nie ich zakresie.
- Połączenie priorytetów 3.3 i 3.4 z projektu do konsultacji społecznych w jeden.
- Modyfikacja zaproponowanych wskaźników produktu i rezultatu.
- Uwzględnienie relacji z pozostałymi RPS.

Kierunki zmian w Programie jako efekt procesu Oceny

Poniżej – w formie syntetycznej – przedstawiono najważniejsze kierunki zmian w Programie wynikające z rekomendacji przedstawionych przez Wykonawcę Oceny:

- stylistycznie ujednolicono document,
- połączono wskazane w ocenie priorytety i działania,
- przeformulowano we wskazanych priorytetach i zaproponowanych działaniach, zapisy zakresu interwencji, tak aby wynikały one z diagnozy i były bardziej czytelne, przy zachowaniu ich dotychczasowego zakresu,
- zmodyfikowano formy opisu treści części diagnostycznej, aby nadać jej bardziej ogólny i czytelny charakter,
- doprecyzowano zdefiniowane wskaźniki.

Załącznik 3. Słownik kluczowych pojęć

Business Intelligence (BI)	system analityczny, umożliwiający przekształcanie danych w informacje, zaś informacje w wiedzę. System ten cechuje integralność z systemami dziedzinowymi (np. HIS, ERP), a pozyskując dane ze wspomnianych systemów, możliwe jest dokonywanie analiz, obliczanie wskaźników efektywności działania podmiotu leczniczego
Benchmarking	(badania porównawcze lub analiza porównawcza) – praktyka stosowana w zarządzaniu, polegająca na porównywaniu procesów i praktyk stosowanych przez własne przedsiębiorstwo, ze stosowanymi w przedsiębiorstwach uważanych za najlepsze w analizowanej dziedzinie
Chorobowość	całkowita liczba osób chorujących na daną chorobę liczoną na 100 tys. osób (najczęściej) w określonym przedziale czasu. Zatem wliczamy tu zarówno osoby chorujące już wcześniej (niezależnie od tego czy wyzdrowiały w badanym okresie czasu czy nie), jak i nowo zarejestrowane przypadki
Choroby cywilizacyjne	rozumiane m.in. jako choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego, układu kostno – stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, choroby przewodu pokarmowego, zaburzenia endokrynologiczne, zaburzenia metaboliczne oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
Certyfikat ISO 9001 – 2008	międzynarodowa norma określająca wymagania, które powinien spełniać system zarządzania jakością w organizacji
Certyfikat Jakości CMJ	usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy. Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości: przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji. Program akredytacji szpitali funkcjonuje w Polsce od 1998 roku, opracowany i prowadzony przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) w Krakowie na podstawie wzorów czołowych instytucji akredytujących na świecie
Zintegrowany System Planowania Zasobów Przedsiębiorstwa (ang. Enterprise Resource Planning)	modułowy, zintegrowany system, umożliwiający sprawne zarządzanie jednostką. System ten posiada m.in. moduły wykorzystywane w finansach, księgowości, sprzedaży, magazynach, sterowaniem całej logistyki, a także zarządzaniem jakością
Elektroniczny rekord pacjenta (ang. Electronic Health Record)	elektroniczna kartoteka pacjenta, umożliwiająca zapis w postaci cyfrowej wszelkich zdarzeń medycznych
e-Zdrowie (ang. eHealth)	koncepcja świadczenia usług medycznych z wykorzystaniem serwisów medycznych zbudowanych z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych
Hospital Information System - Szpitalny System Informacyjny	system szpitalny dedykowany jednostkom medycznym, umożliwiający obsługę informatyczną wszystkich procesów zachodzących w ochronie zdrowia (elektroniczny rekord pacjenta, ruch chorych, apteczki oddziałowe, laboratorium oraz inne)

Picture Archive and Communication System	system archiwizacji obrazów i danych medycznych
Platforma P1	<p>realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, CSIOZ. Głównym celem projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1) jest budowa elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, która umożliwi organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.</p> <p>W systemie P1 będą się znajdowały informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.</p> <p>Realizacja głównego celu Projektu przekłada się bezpośrednio na osiągnięcie sześciu celów szczegółowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa jakości obsługi pacjentów; • Planowanie opieki zdrowotnej; • Zarządzanie kryzysowe; • Zapewnienie interoperacyjności z europejskimi platformami elektronicznymi w zakresie obszaru ochrony zdrowia; • Zapewnienie wiarygodności danych o zdarzeniach medycznych.
Platforma P2	<p>realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, CSIOZ, również jak powyższy projekt został określony w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Celem głównym Projektu było zbudowanie platformy informatycznej umożliwiającej i integrującej udostępnianie przedsiębiorcom w obszarze sektora ochrony zdrowia usług z zakresu e-administracji. Zakres to m.in. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rejestr Aptek • Rejestr Hurtowni Farmaceutycznych • Rejestr Produktów Leczniczych • Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych • Rejestr Systemów Kodowania • Centralny Rejestr Farmaceutów
Przedsięwzięcia strategiczne	imiennie wpisane do Programu projekty, grupy projektów lub mini-programy, które w istotny sposób przyczyniają się do realizacji celów Programu, angażując przy tym znaczne zasoby finansowe lub instytucjonalne lub organizacyjne
Radiology Information System - Radiologiczny System Informacyjny	poprzez współpracę z systemem PACS (ang. Picture Archiving and Communication System, System archiwizacji obrazów i danych medycznych) tworzy zintegrowane narzędzie umożliwiające wykonywanie obrazów medycznych m.in. na urządzeniach TK, USG
Skrining onkologiczny	badanie przesiewowe populacji osób bez objawów choroby celem wykrycia wczesnej postaci danego nowotworu i zmniejszenia umieralności na ten nowotwór
STRATEGMED	program Narodowego Centrum Badań i Rozwoju dotyczący badań naukowych i prac rozwojowych prowadzonych w czterech obszarach

	współczesnej medycyny: kardiologii i kardiochirurgii, onkologii, neurologii oraz medycynie regeneracyjnej
Telemedycyna	zdalne (poprzez kanał elektroniczny, np. Internet) świadczenie usług zdrowotnych, np. rehabilitacja, teleopieka, telkonsultacje, itp
Umieralność	odsetek osób które zmarły spośród wszystkich chorych na daną chorobę (podaje się ją zatem w procentach)
Zachorowalność	inna nazwa: zapadalność - jest to liczba nowo zarejestrowanych przypadków danej choroby na 100 tys. mieszkańców (najczęściej), w określonym przedziale czasu
Zobowiązanie SWP	deklaracja Samorządu Województwa Pomorskiego w zakresie realizacji działań prowadzących do osiągnięcia kluczowych celów określonych w Strategii Województwa Pomorskiego 2020. Zobowiązania zostały określone w opisach poszczególnych celach operacyjnych