

Załącznik nr 1
do Uchwały nr 930/274/13
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 8 sierpnia 2013 r.



ZARZĄD
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Regionalny Program Strategiczny
w zakresie
ochrony zdrowia
Zdrowie dla Pomorzan

GDAŃSK 2013

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.....	15
3. Wyzwania.....	17
II. CZĘŚĆ PROJEKCYJNA.....	18
1. Cele szczegółowe, Priorytety i Działania.....	18
2. Realizacja Zobowiązań SWP zapisanych w SRWP 2020.....	46
III. SYSTEM REALIZACJI.....	49
1. Kompetencje i odpowiedzialność kluczowych aktorów.....	49
2. Koordynacja z pozostałymi RPS.....	53
3. Aktualizacja.....	55
4. Zasady i warunki wykorzystania Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych	56
5. Ramy finansowe.....	58
6. System monitorowania i oceny realizacji.....	60
IV. ZAŁĄCZNIKI	62
Załącznik 1. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych.....	62
Załącznik 2. Wnioski i rekomendacje z oceny ex-ante oraz przyjęte kierunki zmian w Programie.....	64
Załącznik 3. Słownik kluczowych pojęć.....	66

Wykaz użytych skrótów

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTM	Agencja Ochrony Technologii Medycznych
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
DES	Departamentu Edukacji i Sportu UMWP
DF	Departament Finansów UMWP
DISI	Departament Społeczeństwa Informacyjnego i Informatyki UMWP
DO	Departament Organizacji UMWP
DPW	Departament Promocji Województwa UMWP
DRRP	Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego UMWP
DZ	Departament Zdrowia UMWP
ERP	ang. <i>Enterprise Resource Planning</i> – Zintegrowany System Planowania Zasobów Przedsiębiorstwa
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HIS	ang. <i>Hospital Information System</i> – Szpitalny System Informacyjny
ISO	ang. <i>International Organization for Standardization</i> – Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna, ISO
JST	Jednostki Samorządów Terytorialnych
MR	Rezonans Magnetyczny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPOZP	Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NPZCHN	Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OECD	ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
PACS	ang. <i>Picture Archive and Communication System</i> – System archiwizacji obrazów i danych medycznych
PCZP	Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego
POCHP	Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
POFOS	Pomorskie Forum Samorządowe ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia
POLKARD	Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego
POW NFZ	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PSME	Pomorski System Monitringu i Ewaluacji
PUW	Pomorski Urząd Wojewódzki
RIS	ang. <i>Radiology Information System</i> – Radiologiczny System Informacyjny
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RPO	Regionalny Program Operacyjny
RPS	Regionalny Program Strategiczny

	AP	w zakresie Aktywności Zawodowej i Społecznej (Aktywni Pomorzanie)
	EiŚ	w zakresie energetyki i środowiska
	MP	w zakresie Transportu (Mobilne Pomorze)
	PP	w zakresie Atrakcyjności Kulturalnej i Turystycznej (Pomorska Podróż)
	RG	w zakresie Rozwoju Gospodarczego
	ZdP	w zakresie ochrony zdrowia (Zdrowie dla Pomorzán)
RSMiEPZ		Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych
RTG		Rentgenografia
SOR		Szpitalny Oddział Ratunkowy
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
WZW		wirusowe zapalenie wątroby
WOMP		Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy

WPROWADZENIE

1. Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia, dalej określany nazwą „RPS Zdrowie dla Pomorzan”, 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 dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dnia 19 sierpnia 2004 r. o ochronie zdrowia psychicznego, z dnia 28 marca 2007 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 ochrony 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.

RPS W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA	
Cel operacyjny z SRWP	Kierunek działania z SRWP
Lepszy dostęp do usług zdrowotnych	Poprawa dostępu do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych w zakresie chorób cywilizacyjnych
	Intensyfikacja działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych

6. Program prezentuje wynikającą ze SRWP politykę rozwoju w obszarze ochrony zdrowia, a także zawiera przedsięwzięcia strategiczne, w tym wynikające z zapisanych w SRWP zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego.
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 327/234/13 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. Projekt Programu, zgodnie z wymogami wynikającymi z art. 15 ust. 6 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, poddany został procedurze oceny ex-ante. Ocena ex-ante była realizowana przez zewnętrznego wykonawcę jednocześnie dla wszystkich 6 regionalnych programów strategicznych.

I. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

Wykorzystane informacje pochodzą głównie z badań naukowych, ekspertyz, analiz i studiów, a także z opracowań własnych, bazujących na ostatnich dostępnych danych z systemu statystyki publicznej.

Jednym z kluczowych problemów województwa pomorskiego jest niezadawalający stan zdrowia mieszkańców, zwłaszcza w wieku produkcyjnym. Zwiększona chorobowość spowodowana chorobami cywilizacyjnymi 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 niepełnosprawnych.

Głównych przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w nieprawidłowych zachowaniach prozdrowotnych mieszkańców województwa i zgłaszaniu się do systemu zdrowia w stadium dużego zaawansowania choroby. Z jednej strony jest to spowodowane niską świadomością ludności i brakiem odpowiedzialności za stan własnego zdrowia, z drugiej zaś trudnościami w dostępie do świadczeń, które koncentrują się głównie w Trójmieście i większych miastach. Trudność w dostępie do świadczeń wynika także z długiego okresu oczekiwania, spowodowanego niewystarczającym finansowaniem usług zdrowotnych.

Rozwiązaniem problemu w najbliższych latach może stać się położenie większego nacisku na propagowanie zdrowego trybu życia, efektywną profilaktykę zdrowotną (dzięki której możliwe jest wykrycie choroby we wczesnym stadium, gwarantującym często nawet całkowite wyleczenie), a także dobrą, zgodną z potrzebami, organizację podaży świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, gwarantującą optymalną dostępność do świadczeń specjalistycznych, w szczególności mieszkańcom terenów wiejskich i małych miast.

1. Wnioski z analizy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia

1.1. Epidemiologia

Struktura i przyczyny zgonów

Poziom umieralności ludności województwa pomorskiego w 2011 r. wynosił 85 zgonów na 10 tys. mieszkańców. W porównaniu do lat poprzednich, zauważalna jest tendencja spadkowa w odniesieniu do obu płci. Zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i na terenie regionu, występuje przewaga liczby zgonów wśród mężczyzn.

Głównymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa w 2011 r. były choroby układu krążenia (39,3% zgonów) oraz choroby nowotworowe (29,6%). Liczba zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi na 10 tys. mieszkańców plasuje region na 6. miejscu w kraju.

Analiza przyczyn zgonów w podziale na płeć wykazała, że kobiety umierają częściej niż mężczyźni z powodu chorób układu krążenia, natomiast u mężczyzn częstsza jest umieralność z powodu chorób nowotworowych. Podobnie kształtuje się obraz w całej Polsce. Jednak większym problemem regionu, z uwagi na wyższy niż średnio w kraju odsetek zgonów, są choroby nowotworowe (województwo pomorskie – 29,6%, Polska – 25,6%). Niepokojącym zjawiskiem w grupie wiekowej 25–64 lata są dwa razy gorsze wskaźniki zgonów dla mężczyzn niż dla kobiet.

Zachorowalność

Analizując zachorowalność na terenie województwa pomorskiego, w ostatnich latach zauważa się istotny wzrost liczby nowych zachorowań w grupie chorób cywilizacyjnych takich jak: cukrzyca (2009 r. – 8 623; 2011 r. – 11 071), niedokrwienność serca (2009 r. – 7 709; 2011 r. – 9 403) oraz choroby naczyń mózgowych (2009 r. – 2 480; 2011 r. – 3 592).

Wskaźnik zachorowalności z powodu chorób nowotworowych na 100 tys. ludności w 2010 r. plasował region na 1 miejscu w kraju ze wskaźnikami 302,5 (Polska – 251) w przypadku mężczyzn i 249,3 (Polska – 205) w przypadku kobiet.

Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych na 10 tys. osób wynosi w województwie pomorskim 439,17 i jest najwyższy dla grupy zaburzeń nerwicowych – 166,6, afektywnych – 124,1 i organicznych – 99,0. Wartości te są wyższe od średniej krajowej o ok. 15%. W przypadku dzieci i młodzieży wskaźniki chorobowości i zapadalności na choroby psychiczne są znacznie niższe niż w kraju, co nie oznacza mniejszej zachorowalności, lecz jest wynikiem gorszej dostępności do świadczeń specjalistycznych tej populacji pacjentów. Wskaźniki nie uwzględniają bowiem przypadków, które z powodu braku dostępności do leczenia pozostają niemonitorowane.

Jedną z chorób cywilizacyjnych i jednocześnie jedną z najczęstszych chorób przewlekłych jest Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP). Etiologia tego schorzenia związana jest bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy. Zarówno zachorowalność, jak i chorobowość w zakresie POChP w województwie pomorskim od 2008 r. stale wzrasta. W latach 2008–2011 zachorowalność na POChP wzrosła z 3 053 do 8 370, a chorobowość z 14 249 do 32 292¹.

Ww. niepokojące wskaźniki zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne wskazują, że kluczowym problemem województwa pomorskiego staje się niezadowolający stan zdrowia mieszkańców.

Ocena aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz tendencji występujących w tym zakresie ma istotne znaczenie dla planowanej interwencji. Zainteresowanie grupą schorzeń cywilizacyjnych jest uzasadnione i wynika z obserwacji wzrostu liczby nowych zachorowań w grupie takich chorób, jak: choroby nowotworowe, POChP, cukrzyca, niedokrwienność serca oraz choroby naczyń mózgowych. Region w dalszym ciągu należy do grupy województw o największej liczbie zgonów z przyczyn onkologicznych. Niedostrzegany przez wiele lat problem POChP zdaje się wysuwać na czoło największych wyzwań zdrowia publicznego. Stałego monitorowania wymaga także gruźlica, WZW typu B i C oraz HIV/AIDS.

1.2. Skrócona analiza PEST pomorskiego systemu zdrowia

Otoczenie polityczne

Pomorski system zdrowia w dużej mierze uzależniony jest od prawnych uregulowań centralnych – zarówno w zakresie dotyczącym organizacji, jak też sposobu finansowania ze środków publicznych. Wszelkie prace nad strategicznymi koncepcjami rozwoju systemu zdrowia powinny być prowadzone w ścisłej współpracy z płatnikiem usług zdrowotnych, gdyż tylko taka metoda

¹ Dane dotyczą osób zarejestrowanych w poradniach/gabinetach specjalistycznych chorób płuc i gruźlicy. Opracowanie – Pomorski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia – PCZP.

pracy zapewnia realizację przyjętych celów, tymczasem w województwie pomorskim właściwie nie istnieje jednolita i wspólna polityka zdrowotna.

Finansowanie pomorskiego systemu zdrowia

Biorąc pod uwagę relatywnie nieduże – w stosunku do oczekiwań społecznych i potrzeb – nakłady na polską ochronę zdrowia oraz niewystarczający poziom finansowania opieki zdrowotnej w województwie pomorskim, przewiduje się, że zaspokojenie wielu oczekiwań społecznych w zakresie zdrowia i infrastruktury zdrowotnej będzie napotykać w najbliższych latach na znaczne trudności. W związku z tym należy podejmować próby uporządkowania i zrównoważenia podaży świadczeń zdrowotnych w województwie. Skuteczność działań może zapewnić realizacja postulatów zmian w niektórych rodzajach i zakresach sposobów kontraktowania i zwiększenia nakładów na świadczenia zdrowotne w regionie. Wg danych POW NFZ nakłady przeznaczone w 2012 r. na jednego ubezpieczonego w województwie pomorskim (w tym refundacja leków) wynosiły 1 604 zł, przy średniej krajowej 1 635 zł. Dla porównania w 2010 r. była to wartość 1 522 zł, przy średniej dla Polski 1 521 zł. Dynamika przyrostu środków na jednego ubezpieczonego w porównaniu do średniej dynamiki w skali kraju jest dla województwa pomorskiego (poczynając od 2011 r.) ujemna. W 2011 r. wynosiła -1,0%, a w 2012 r. -2,1%. W dalszym ciągu nierozwiązywalnym problemem jest zadłużanie się wielu placówek, w tym przede wszystkim publicznych. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w ograniczonej wysokości środków publicznych sygnowanych na ochronę zdrowia oraz ich niewłaściwej alokacji, a także w nieracjonalnym rozmieszczeniu placówek leczniczych, braku odpowiedniego nadzoru właścicielskiego oraz złym zarządzaniu podmiotami.

Aspekty społeczne i demograficzne

Województwo pomorskie wyróżnia się obecnie pozytywnie w skali kraju pod względem młodości demograficznej, m.in. dzięki stosunkowo wysokiemu przyrostowi naturalnemu i znacznemu współczynnikowi dzietności. W przyszłości należy jednak spodziewać się negatywnej zmiany w tym zakresie, co skutkowało będzie zmniejszeniem zasobów siły roboczej oraz wzrostem odsetka osób w starszym wieku, jako efektu procesu starzenia się społeczeństwa. Prognozy demograficzne wskazują zatem istotne kierunki rozwoju w zakresie zdrowia publicznego. Należy także zwrócić szczególną uwagę na poziom umieralności niemowląt, który przekracza poziom krajów UE. Wśród istotnych zagrożeń demograficznych regionu – oprócz starzenia się społeczeństwa – można wymienić również nadumieralność mężczyzn w grupie osób aktywnych zawodowo.

Zachowania prozdrowotne mieszkańców i rola profilaktyki

Mieszkańcy województwa pomorskiego w niewystarczającym stopniu korzystają z profilaktyki zdrowotnej oferowanej przez system zdrowia. Choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością nie są wykrywane dostatecznie szybko, co zmniejsza szansę na skuteczne wyleczenie. Programy zdrowotne i profilaktyczne przewlekłych chorób cywilizacyjnych nie powinny ograniczać się jedynie do stosowania badań przesiewowych. Ważne jest, aby odnosiły się do społecznych nierówności w zdrowiu. Za priorytet należy uznać działania zmierzające do wyrównania dostępu do tych programów i ich dostosowania do potrzeb wszystkich grup demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Istotne jest, aby działania zapobiegawcze nie

miały charakteru akcyjnego, tylko były stopniowo wbudowywane w istniejące systemy społeczne. Priorytetowe powinny być także programy sprofilowane na proces starzenia się społeczeństwa, a także uwzględniające wysoką umieralność mężczyzn.

Realizacja i finansowanie programów zdrowotnych leży po stronie samorządów terytorialnych i NFZ. Dla jednostek samorządu terytorialnego są to zadania fakultatywne i przy niskiej (m.in. u decydentów) świadomości znaczenia profilaktyki i promocji zdrowia, dotyczącej nie tylko systemu zdrowia, ale i zachowania aktywności zawodowej, społecznej, kulturalnej i gospodarczej mieszkańców, odsuwane są one na dalszy plan. Potencjał medycyny pracy, który pozwoliłby na rozszerzenie wachlarza badań profilaktycznych i objęcie większej części populacji badaniami profilaktycznymi i akcjami edukacyjnymi, pozostaje niewykorzystany. Nadal bowiem zgłaszalność do programów zdrowotnych wynosi ok. 30%.

Konieczna wydaje się także koordynacja działań profilaktycznych na poziomie regionu, m.in. przez stworzenie platformy dostarczającej danych na temat programów profilaktycznych i ewaluacji ich skuteczności. Doświadczenia wielu krajów wskazują, że chcąc doprowadzić do ograniczenia głównych czynników ryzyka, a tym samym zmniejszyć zachorowalność i umieralność, należy połączyć działania wielu sektorów, w tym: opieki zdrowotnej, władz centralnych, regionalnych, organizacji społecznych, mediów oraz wszystkich członków społeczeństwa. Szczególną uwagę należy poświęcić kompleksowym, wielokierunkowym i wielosektorowym programom realizowanym przy aktywnym zaangażowaniu wielu podmiotów. W ostatnich latach w województwie obserwuje się stopniowy wzrost liczby takich programów.

Organizacja systemu, infrastruktura i zarządzanie informacją

W województwie pomorskim zauważyć można niewydolność podstawowego ogniwa systemowego, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Pomorska POZ cechuje się nadmierną liczbą pacjentów na 1 lekarza, niewystarczającą liczbą specjalistów medycyny rodzinnej i pozostałego personelu, a także ograniczonymi możliwościami diagnostycznymi.

Problemy występują także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Zauważa się nierównomierność geograficzną w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz brak referencyjności poradni (powiatowe, regionalne, wojewódzkie). Występują także deficyty kadrowe w publicznej części systemu zdrowia w zakresie niektórych specjalności, np. endokrynologii, diabetologii, hematologii, gastroenterologii, rehabilitacji medycznej czy nefrologii.

Pomorski system zdrowia cechuje również brak regionalnej sieci szpitali oraz jednoznacznego zdefiniowania roli szpitala klinicznego w systemie. Zauważa się także przeciążenie oddziałów internistycznych oraz ograniczenie funkcjonowania oddziałów ostrych, spowodowane niedostateczną liczbą form opieki dla przewlekle chorych i pacjentów geriatrycznych. Przeciążone i niedofinansowane są szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Istotnym problemem jest również niekontrolowana podaż świadczeniodawców, którzy koncentrują się na udzielaniu świadczeń zdrowotnych najlepiej wycenionych i relatywnie bezpiecznych.

W województwie istnieje dobrze zorganizowana według celów Programu „Zdrowie dla Pomorza 2005–2013” opieka medyczna w wybranych dziedzinach, m.in. onkologiczna (Pomorska Sieć Onkologiczna), sieć oddziałów udarowych, sieć ośrodków kardiologii inwazyjnej – wymagają one jednak uzupełnień. W zakresie onkologii i chemioterapii zachodzi potrzeba

utworzenia poradni onkologicznych w każdym powiecie, a także większego zaangażowania w tworzenie wielospecjalistycznych zespołów medycznych. W odniesieniu do diabetologii – brakuje oddziałów diabetologicznych oraz poradni cukrzycowych. W lecznictwie psychiatrycznym obserwuje się z kolei nadmiar łóżek stacjonarnych, przy niewystarczająco rozwiniętym lecznictwie środowiskowym (zbyt mała liczba oddziałów dziennych, zespołów lecznictwa środowiskowego i centrów zdrowia psychicznego oraz słaba dostępność do świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży). Natomiast w przypadku lecznictwa skierowanego do seniorów zauważa się wyraźny brak łóżek i poradni geriatrycznych oraz zbyt długi okres oczekiwania na miejsce w zakładach opieki długoterminowej. Niewystarczające dostosowanie infrastruktury i organizacji systemu zdrowia do procesów demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa staje się zatem jednym z istotnych problemów pomorskiego systemu zdrowia.

W sferze związanej z technicznymi aspektami udzielania świadczeń zdrowotnych duże znaczenie odgrywa, poza organizacją, także wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, przy równoczesnym wsparciu systemów informatycznych. Potrzeba prowadzenia szybkiej, mało inwazyjnej i wiarygodnej diagnostyki wymusza posługiwanie się najnowocześniejszą technologią medyczną, na jaką może sobie pozwolić podmiot leczniczy. O ile w nowo otwartym Centrum Medycyny Inwazyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego przez najbliższe lata powyższy wymóg będzie spełniony, to w większości pozostałych strategicznych placówek (jednostek SWP), zwłaszcza lecznictwa stacjonarnego, w perspektywie lat 2014–2020 niezbędne będzie odtworzenie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, z uwagi na jego znaczną amortyzację. Jest to niezwykle ważny problem, szczególnie w zestawieniu ze skalą zadłużenia wielu szpitali.

Abstrahując od prowadzenia działalności *stricte* medycznej, podmioty lecznicze powinny funkcjonować jako przedsiębiorstwa prowadzące działalność zapewniającą odpowiednią efektywność ekonomiczną. Sytuację komplikuje fakt, iż działające na terenie województwa pomorskiego SPZOZ-y posiadają dużą autonomię decyzyjną, ale niestety, bez rzeczywistego ponoszenia odpowiedzialności za osiągnięte wyniki finansowe, w tym zadłużenie. W efekcie zdecydowana ich większość nie jest w stanie zrównoważyć kosztów z przychodami, co prowadzi do wystąpienia nierównowagi finansowej, która przekłada się na osiąganie coraz to wyższych strat netto. Jednym z podstawowych celów działalności podmiotu leczniczego powinno być efektywne funkcjonowanie. Należy więc dążyć do poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, tzn. do ich ekonomizacji oraz przekształcania w spółki kapitałowe. Podmioty o charakterze niestrategicznym lub nieopłacalne powinny być łączone z innymi lub likwidowane.

Istotnymi problemami pomorskiego systemu ochrony zdrowia są także: nieefektywne wykorzystywanie posiadanych zasobów (pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej), brak efektywnego systemu monitorowania systemu zdrowia, udostępniania i wykorzystywania danych, brak sukcesów we wdrażaniu sprawdzonych form organizacyjnych w szpitalnictwie (odejście od formuły szpitali oddziałowych na rzecz interdyscyplinarnych, elastycznych funkcjonalnie mniejszych komórek organizacyjnych i zespołów diagnostyczno-terapeutycznych), brak polityki zrozumiałego i przyjaznego w przekazie komunikowania się pracowników systemu zdrowia ze społeczeństwem oraz niewystarczająca współpraca podmiotów działających w różnych obszarach systemu (POZ, AOS, ratownictwo medyczne, opieka długoterminowa).

W województwie pomorskim występują również trudności w zakresie określania i koordynacji zapotrzebowania na kadry medyczne oraz uzyskania adekwatnych do potrzeb możliwości szkoleniowych. Coraz bardziej dotkliwe stają się braki kadrowe w niektórych specjalnościach medycznych. Zgodnie z raportem OECD z 2013 r., liczba lekarzy w województwie pomorskim na 1 tys. mieszkańców w latach 2004–2010 spadła z 2,4 do 2,1, natomiast liczba pielęgniarek z 4,7 do 4,1. W grupie pielęgniarek i położnych istotne zagrożenie stanowi zmniejszający się sukcesywnie napływ młodych kadr, co zagraża procesowi naturalnej wymiany pokoleniowej w tych zawodach. Pogarsza się także dostęp do pozostałego personelu medycznego.

Na Pomorzu brakuje także zespołów interdyscyplinarnych (zintegrowanych modeli opieki). Psychologowie, fizjoterapeuci czy opiekunowie medyczni nie zawsze są członkami zespołów terapeutycznych, a powinno tak być (zgodnie z rekomendacją UE), szczególnie na oddziałach pediatrycznych, ginekologicznych, urologicznych, neurologicznych, neurochirurgicznych, nefrologicznych, ortopedycznych, kardiologicznych, rehabilitacyjnych oraz oddziałach SOR.

Zaznacza się także wyraźne zróżnicowanie geograficzne w zakresie kadry medycznej z koncentracją w aglomeracji Trójmiejskiej. Pozytywnym zjawiskiem jest z kolei rosnąca liczba menadżerów ochrony zdrowia (absolwenci zdrowia publicznego, MBA).

Wymogiem cywilizacyjnym we wszystkich obszarach życia gospodarczego stała się informatyzacja. W systemie zdrowia jest ona szczególnie istotna ze względu na znaczącą rolę zarządzania informacją i należy ją rozpatrywać w następujących wymiarach:

- a. jednostka ochrony zdrowia/personel – pacjent/jego najbliżsi,
- b. jednostka ochrony zdrowia – otoczenie,
- c. SWP – otoczenie,
- d. SWP/inny właściciel – jednostki ochrony zdrowia.

Obszar zarządzania informacją na linii placówki medyczne – otoczenie charakteryzuje się całkowitą niespójnością w zakresie i formie przekazu, jaki te placówki podają społeczeństwu. Szczególnie widoczna jest ta ułomność w przypadku największego udziałowca na rynku świadczeń zdrowotnych, czyli w jednostkach SWP. Nadzieje na poprawę związane są z wdrożeniem e-Zdrowia, poprawą kondycji finansowej i wzrostem świadomości społecznej w tym zakresie. E-Zdrowie oznacza informatyzację procesów zachodzących w obszarze ochrony zdrowia, w tym wdrożenie elektronicznego rekordu pacjenta w podmiotach leczniczych. Realizacja tych procesów przyczyni się do pełnej integracji z systemami krajowymi, np. Platformą P1 (Elektroniczną Platformą Gromadzenia i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych) i Platformą P2 (Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych). Zagrożeniem realizacji procesu integracji systemów informatycznych w ochronie zdrowia jest opóźnienie związane z wdrażaniem wymienionych platform, co w konsekwencji może doprowadzić do wdrażania i użytkowania w podmiotach leczniczych rozwiązań informatycznych, których w późniejszym czasie nie będzie można połączyć z platformami działającymi na poziomie krajowym, jak również tworzenie dublujących się funkcjonalności na szczeblu regionalnym i krajowym. Jednym z efektów realizacji e-Zdrowia będzie umożliwienie rozpoczęcia wdrożeń inicjujących świadczenie usług na odległość czyli telemedycyny. Przykładowymi usługami w ramach telemedycyny będą: teleopieka, telekonsultacje, telediagnostyka czy telerehabilitacja.

Równocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż część podmiotów leczniczych nie posiada dostępu do nowoczesnych łączy szerokopasmowych, co w efekcie może stać się barierą technologiczną utrudniającą, a niekiedy uniemożliwiającą integrację systemów wykorzystywanych w jednostkach z systemami krajowymi.

Przekaz informacyjny dotyczący problematyki zdrowia na linii SWP/inny właściciel – otoczenie cechuje także brak kompleksowego, spójnego i czytelnego przekazu medialnego, szczególnie w obszarze mediów internetowych. Brak jest przyjaznego portalu internetowego kompleksowo podejmującego problematykę zdrowotną, tzn. zarówno w zakresie organizacji systemu, jego funkcjonowania, jak i promocji zdrowia. Tradycyjny sposób zarządzania informacją na linii SWP – podległa jednostka jest nieefektywny, zawodny i nie zaspokajający potrzeb oraz oczekiwań obu stron. Nadzieję na zmianę należy wiązać m.in. z upowszechnianiem się zastosowania w ochronie zdrowia systemów klasy Business Intelligence. W pomorskim systemie zdrowia obserwuje się niski stopień interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych, a infrastruktura jest przestarzała. Tylko niektóre szpitale posiadają kompletne systemy informatyczne z trzech podstawowych zakresów – HIS (ang. Hospital Information System), ERP (ang. Enterprise Resource Planning), PACS (ang. Picture Archive and Communication System)/RIS (ang. Radiology Information System). Jedynie nieliczne z istotnych dla systemu placówek posiadają, a tym samym wykorzystują dla poprawy efektywności swojego działania, system informatyczny klasy Business Intelligence. Wiarygodnej oceny efektywności funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą można oczekiwać po wdrożeniu systemów klasy Business Intelligence, zunifikowaniu słowników, pojęć i algorytmów prezentacji danych, zdefiniowaniu wskaźników mierzących efektywność oraz stworzeniu odpowiedniej bazy do benchmarkingu poszczególnych rodzajów jednostek.

1.3. Jakość usług zdrowotnych

Dotychczas nie przeprowadzono szczegółowych badań jakości usług medycznych udzielanych na terenie województwa pomorskiego, które obejmowałyby kompleksowo reprezentatywną część podmiotów leczniczych. Możliwa jest jedynie próba zidentyfikowania, które z jednostek posiadają certyfikaty jakości ISO lub certyfikaty jakości wydawane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Ze względu na ułomności systemu zdrowia ww. dane dotyczą tylko jednostek, dla których podmiotem tworzącym jest SWP.

Badanie przeprowadzone w 2011 r. na zlecenie UMWP wykazało, że najbardziej zadowoleni z funkcjonowania opieki medycznej byli mieszkańcy powiatu lęborskiego – 74%, a najmniej powiatu sztumskiego i wejherowskiego – 33% badanych. Mieszkańcy Trójmiasta wykazywali średnie zadowolenie w tym zakresie.

Certyfikaty ISO 9001–2008 posiada wszystkie 14 szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest SWP. Znaczna liczba pozostałych podmiotów działających na pomorskim rynku zdrowia także posiada certyfikaty ISO. Nie zawsze jednak samo posiadanie certyfikatu oznacza wysoką jakość usług. Jednak niewątpliwie poddanie się audytom certyfikacyjnym zwiększa prawdopodobieństwo, że jakość usług medycznych będzie zgodna z prezentowaną polityką jakości, deklarowaną w danej placówce.

Dedykowany szpitalom certyfikat jakości CMJ w Krakowie posiadają tylko następujące szpitale z terenu województwa pomorskiego: Szpital im. św. Wincentego a Paulo w Gdyni, Szpital

Specjalistyczny w Kościerzynie, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, Szpital Dziecięcy Polanki w Gdańsku, SP Specjalistyczny ZOZ w Lęborku, NZOZ SWISSMED Centrum Zdrowia S.A. w Gdańsku, NZOZ w Słupsku oraz Szpital w Chojnicach.

1.4. Dostępność do świadczeń zdrowotnych

Dostępność usług zdrowotnych jest funkcją wielu czynników, takich jak: poziom finansowania danego rodzaju świadczeń, dostępność personelu, organizacja pracy czy uwarunkowania geograficzne. Jest oceniana w aspekcie rozlokowania przestrzennego placówek i w odniesieniu do okresu oczekiwania na usługę, co jest zależne od liczby świadczeń w ramach kontraktu ubezpieczenia zdrowotnego. Ocena dostępności wyrażana przez pacjentów uzależniona jest także od poziomu indywidualnych oczekiwań wobec systemu zdrowia. Pomorski system zdrowia, jak wszystkie w kraju, nie dysponuje danymi pozwalającymi na pewną i obiektywną ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Pomiar dostępności w praktyce mierzony jest za pomocą takich informacji, jak: wielkość nakładów, liczba podmiotów leczniczych, z którymi NFZ zawarł umowy o świadczenie usług zdrowotnych, długość okresów oczekiwania czy satysfakcja pacjentów. Obiektywizm i precyzja ww. narzędzi nie pozwala na dokładną ocenę dostępności. Mimo że z roku na rok następuje nieznaczny wzrost ogólnej kwoty przeznaczanej na opiekę zdrowotną w województwie, nie przekłada się to na znacząca 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 niedoszacowaniu wycen poszczególnych produktów do realnie ponoszonych przez świadczeniodawców kosztów (psychiatria, choroby wewnętrzne, hematologia, onkologia). Bieżąca ocena dostępności do świadczeń wskazuje, że 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. Istotnym problemem dotyczącym dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych jest ich nierównomierne rozmieszczenie na obszarze województwa pomorskiego, a szczególnie niska dostępność na obszarach wiejskich i w małych miastach.

2. Analiza SWOT pomorskiego systemu zdrowia

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dobrze zorganizowana według celów Programu „Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013” opieka medyczna, m.in. onkologiczna (Pomorska Sieć Onkologiczna), sieć oddziałów udarowych, sieć ośrodków kardiologii inwazyjnej. 2. Duża liczba podmiotów z certyfikatami jakości. 3. Rosnąca liczba wieloletnich i partnerskich programów zdrowotnych, umożliwiających efektywne wykorzystanie nakładów finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wysoka zachorowalność i umieralność spowodowana niektórymi chorobami cywilizacyjnymi. 2. Niedopasowanie posiadanych zasobów łóżkowych do potrzeb w tym zakresie – niewystarczająca liczba łóżek w takich dziedzinach jak: opieka długoterminowa, geriatrya, choroby wewnętrzne, rehabilitacja dziecięca, onkologia oraz niski poziom wykorzystania znacznej części pozostałych łóżek szpitalnych (poniżej średniej krajowej). 3. Nierównomierne rozmieszczenie zasobów (placówek i kadr) i związana z tym nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych. 4. Braki kadrowe specjalistów medycznych – lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i psychoonkologów. 5. Brak interoperacyjności systemów informatycznych między różnymi podmiotami pomorskiego systemu zdrowia i niewystarczająca dostępność podmiotów leczniczych do infrastruktury sieci szerokopasmowych. 6. Nieefektywny system organizacji pracy oddziałów szpitalnych. 7. Brak centrów zdrowia psychicznego, zgodnych z wymogami NPOZP. 8. Duże dysproporcje między podmiotami, dotyczące jakości świadczonych usług. 9. Niska świadomość wśród mieszkańców roli profilaktyki, w tym jakości stylu życia w zapobieganiu chorobom. 10. Słaby lub bardzo słaby stan techniczny niezmodernizowanych szpitali, w tym strategicznych.

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Planowana reforma NFZ, zakładająca decentralizację ułatwiającą oddziałom regionalnym płatnika finansowanie przyjętych przez władze rozwiązań informacyjnych. 2. Przekształcenia podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego, wpływające na poprawę jakości zarządzania i zbilansowanie jednostek. 3. Powiększająca się na rynku pracy podaż wartościowych menedżerów chętnych do pracy w ochronie zdrowia. 4. Wzrastająca aktywność organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. 5. Dodatkowe ubezpieczenia na rynku świadczeń medycznych. 6. Prowadzenie skoordynowanych działań w regionalnej polityce zdrowotnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb zdrowotnych. 2. Niepowodzenie we wdrażaniu narzędzi proefektywnościowych i projakościowych w placówkach leczniczych. 3. Niezadowalająca współpraca między najważniejszymi interesariuszami systemu. 4. Niezadowalająca skuteczność i efektywność wdrażania systemu e-Zdrowie. 5. Niska skuteczność reform systemowych w kraju w zakresie ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego i edukacji. 6. Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych, w tym starzenie się społeczeństwa. 7. Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych, w tym dotyczących chorób cywilizacyjnych, zakaźnych, gruźlicy i HIV/AIDS. 8. Brak mechanizmów poprawiających efektywność wykorzystania zasobów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. 9. Brak systemowego wsparcia dla kompleksowej opieki zdrowotnej. 10. Pogarszająca się sytuacja finansowa wielu podmiotów leczniczych. 11. Zmniejszenie możliwości finansowania inwestycji zdrowotnych przez sektor publiczny.

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 regionu, 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-Zdrowie oraz racjonalizacja, ekonomizacja i poprawa jakości w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Wskazane wyżej wyzwania determinują wybór celów, priorytetów i działań RPS w zakresie ochrony zdrowia.

Planując interwencję w Programie wzięto również pod uwagę założenia krytyczne, do których zaliczono przede wszystkim: niską skuteczność reform systemowych w kraju w zakresie ochrony zdrowia, utrzymujący się zbyt niski poziom finansowania świadczeń zdrowotnych oraz brak wspólnej polityki NFZ i władz województwa pomorskiego w zakresie racjonalnego rozmieszczenia i finansowania świadczeń zdrowotnych.

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. Specjalistyczna kadra medyczna
Priorytet 1.2. Programy zdrowotne	Priorytet 2.2. Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych	Priorytet 3.2. Kompleksowa opieka nad pacjentem
		Priorytet 3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego

CEL GŁÓWNY Poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego
<p>Choroby cywilizacyjne stanowią znaczny odsetek schorzeń będących przedmiotem interwencji medycznych. Mimo że umieralność z ich powodu powoli i systematycznie maleje, to częstotliwość zachorowalności wzrasta i związana jest 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 wynikającej z potrzeb zdrowotnych, których efektem będzie podniesienie aktywności mieszkańców regionu na polu społecznym, zawodowym, kulturowym i gospodarczym.</p>

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Chorobowość z powodu nowotworów na 10 tys. mieszkańców	263,3 (2011 r.)	Zmniejszenie o 20%	raz na rok	Wojewódzkie Centrum Onkologii

Chorobowość z powodu chorób naczyń mózgowych na 10 tys. mieszkańców	75 (2011 r.)	Zmniejszenie o 20%	raz na rok	PUW, Wydział Zdrowia – PCZP
Chorobowość z powodu cukrzycy na 10 tys. mieszkańców	303 (2011 r.)	Zmniejszenie o 20%	raz na rok	PUW, Wydział Zdrowia – PCZP
Chorobowość z powodu niedokrwiennej choroby serca na 10 tys. mieszkańców	243 (2011 r.)	Zmniejszenie o 20%	raz na rok	PUW, Wydział Zdrowia – PCZP
Chorobowość z powodu POChP na 10 tys. mieszkańców	141,4 (2011 r.)	Zmniejszenie o 20%	raz na rok	PUW, Wydział Zdrowia – PCZP

Cel szczegółowy 1.

Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności

Najważniejszym problemem w województwie pomorskim jest niezadowolający stan zdrowia mieszkańców, zwłaszcza w wieku produkcyjnym. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest niska świadomość i brak odpowiedzialności mieszkańców za stan własnego zdrowia oraz nieprawidłowe zachowania prozdrowotne.

Interwencja w ramach Programu skupi się na podnoszeniu kompetencji zdrowotnych mieszkańców i decydentów, zachęcając do regularnego, świadomego monitorowania stanu zdrowia przez udział w programach profilaktycznych i edukację zdrowotną. Włączenie służb medycyny pracy, samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych będzie istotnym elementem prowadzonej polityki zdrowotnej.

Programy i działania zdrowotne realizowane w regionie będą skierowane na precyzyjnie zdiagnozowane problemy zdrowotne, wyznaczone m.in. występującymi tendencjami epidemiologicznymi. Będą opracowane w sposób uwzględniający szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje wybranych grup docelowych. Efektem tych działań będzie zwiększenie liczby mieszkańców objętych programami i działaniami zdrowotnymi oraz większa efektywność profilaktyki i promocji zdrowia.

Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego wynikające z SRWP

1. Wdrożenie regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Odsetek ludności województwa objętej programami zdrowotnymi	17,4% (2011 r.)	30%	raz na rok	RSMiEPZ
Nakłady finansowe na programy zdrowotne realizowane w województwie	19,04 mln zł (2012 r.)	wzrost o 30%	raz na rok	RSMiEPZ

Priorytet 1.1.

Promocja zdrowia

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.

Poprzez koordynację działań medycyny pracy z innymi elementami systemu zdrowia, istnieje możliwość zwiększenia efektywności działań tego sektora i nakierowania na inne, nie realizowane dotychczas obszary, np. skriningi 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.

Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne 2. związki i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego 3. Ministerstwo 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 15. media 16. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 17. Państwowa Inspekcja Pracy
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – budżety jednostek samorządu terytorialnego – środki Ministerstwa Zdrowia – środki Narodowego Funduszu Zdrowia – programy operacyjne 2014–2020
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym, kompatybilnej z pozostałymi aktami prawnymi dot. ochrony zdrowia. 2. Rozszerzenie kompetencji medycyny pracy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uczestnictwo w międzyregionalnych sieciach współpracy samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba programów zdrowotnych finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego	124 (2012 r.)	Wzrost o 20%	raz na rok	RSMiEPZ
Liczba programów promocji zdrowia wdrażanych przez WOMP w zakładach pracy	4 (2012 r.)	8	raz na rok	WOMP
Wskaźniki rezultatu				
Odsetek mieszkańców województwa uczestniczących w programach zdrowotnych finansowanych przez jednostki	8% (2012 r.)	20%	raz na rok	RSMiEPZ

samorządu terytorialnego				
Odsetek pracowników zakładów pracy, objętych programami profilaktycznymi wdrażanymi przez WOMP	10% (2012 r.)	20%	raz na rok	WOMP
Liczba jednostek samorządu terytorialnego, które przystąpiły do POFOS	12 (2012 r.)	70	raz na rok	RSMiEPZ

Działanie 1.1.1.	Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie regionalnego systemu dla polityki zdrowego trybu życia i podniesienie odpowiedzialności mieszkańców województwa pomorskiego 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. 2. Budowanie kompetencji zdrowotnych wśród mieszkańców województwa pomorskiego (kampanie społeczno-edukacyjne dotyczące zdrowego stylu życia i obniżenia czynników ryzyka). 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.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost świadomości obywatelskiej 3. innowacyjność 4. potrzeby grup defaworyzowanych i wykluczonych.
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. dotyczących działań długoterminowych, wielosektorowych, kompleksowych 2. uwzględniających działania zmniejszające odsetek osób niepełnosprawnych oraz wzmacniające utrzymanie zdrowia, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym 3. zawierających 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 programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy. 3. Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i zapobieganie niepełnosprawności.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): 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. dotyczących działań długoterminowych oraz zawierających działania ukierunkowane na utrzymanie zatrudnienia, zapobieganie niepełnosprawności, aktywizację zawodową osób 50+.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Priorytet 1.2. Programy zdrowotne 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. Dalszy rozwój Regionalnego Systemu Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych (RSMiEPZ), monitoring i analiza działań prowadzonych przez samorządy terytorialne oraz świadczeniodawców medycznych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia będą miały istotne znaczenie zwłaszcza w kontekście zwiększenia liczby programów i działań zdrowotnych, zwiększenia liczby projektów partnerskich, poprawy uczestnictwa mieszkańców. Prowadzenie szkoleń dla decydentów i realizatorów oraz działania podnoszące świadomość mieszkańców w konsekwencji będą służyły poprawie jakości i efektywności realizowanych działań prozdrowotnych i medycznych.	
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne 2. Ministerstwo Zdrowia 3. Wojewoda Pomorski 4. Narodowy Fundusz Zdrowia 5. podmioty lecznicze 6. organizacje pozarządowe

	<p>7. Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne</p> <p>8. szkoły wyższe</p> <p>9. instytucje edukacyjne</p> <p>10. Agencja Oceny Technologii Medycznych</p> <p>11. media</p>
Źródła finansowania	<p>– budżety jednostek samorządu terytorialnego</p> <p>– środki Narodowego Funduszu Zdrowia</p> <p>– środki Ministerstwa Zdrowia</p> <p>– programy operacyjne 2014–2020</p> <p>– Norweski Mechanizm Finansowy / Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego</p>
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	<p>1. Ujednolicenie i usprawnienie sprawozdawczości dotyczącej podejmowanych przez samorządy działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poza programami zdrowotnymi.</p> <p>2. Uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym, kompatybilnej z pozostałymi aktami prawnymi dot. ochrony zdrowia.</p> <p>3. Tworzenie warunków współpracy międzysektorowej – większe zaangażowanie sektorów niemedycejskich, np. edukacja w promocji zdrowia, pomoc społeczna.</p> <p>4. Udostępnienie wniosków i wytycznych z prowadzonych analiz raportów z realizacji programów zdrowotnych JST, np. w postaci informatorów centralnych.</p> <p>5. Zapewnienie krajowego źródła współfinansowania programów zdrowotnych.</p>
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	<p>1. Realizacja programów zdrowotnych.</p>

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Odsetek wieloletnich programów zdrowotnych wśród programów objętych wsparciem	0	30%	raz na rok	RSMiEPZ
Stworzenie bazy programów zdrowotnych	0	1	raz na rok	RSMiEPZ
Wskaźniki rezultatu				
Odsetek programów zdrowotnych posiadających pozytywną rekomendację AOTM	67% (2011 r.)	95%	raz na rok	RSMiEPZ, AOTM
Liczba wejść na nową stronę portalu RSMiEPZ	0	200 tys.	raz na rok	RSMiEPZ

Działanie 1.2.1.	Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizacja regionalnych i lokalnych programów zdrowotnych dotyczących w szczególności chorób zakaźnych, chorób nowotworowych, chorób i zaburzeń psychicznych oraz innych zdiagnozowanych zagrożeń epidemiologicznych mających wpływ na choroby cywilizacyjne. 2. Realizacja regionalnych i lokalnych programów zdrowotnych opartych na celach i priorytetach ogólnopolskich programów zdrowotnych i profilaktycznych.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. partnerstwo publiczno-prywatne 3. innowacyjność 4. potrzeby grup defaworyzowanych i wykluczonych
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ul style="list-style-type: none"> – dotyczących programów: wieloletnich, wielosektorowych, o charakterze pilotażowym i testującym, wykorzystujących nowoczesne technologie medyczne, ukierunkowanych na aktualne potrzeby społeczeństwa wynikające z danych epidemiologicznych oraz 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: <ul style="list-style-type: none"> – budowę platformy promocyjno-informacyjno-edukacyjnej (w tym tworzenie baz danych o programach i działaniach zdrowotnych oraz kolportaż informacji o zagadnieniach związanych ze zdrowiem środowiskowym, chorobami zakaźnymi i zawodowymi); – poprawę jakości gromadzonych danych; – prowadzenie szkoleń dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego oraz partnerów społecznych i gospodarczych odpowiedzialnych za profilaktykę i promocję zdrowia.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. innowacyjność 3. cyfryzacja

	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: 1. dotyczących działań wielosektorowych 2. dotyczących działań wieloletnich
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Cel szczegółowy 2.

Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia

Istotnym wyzwaniem związanym z dostępem do usług zdrowotnych jest budowa dobrze rozwiniętego systemu informacyjnego w oparciu o nowoczesne rozwiązania informatyczne, w tym teledygnostyczne, a także efektywność ekonomiczna podmiotów leczniczych.

Osiągnięciu celu służyć będzie wdrożenie w szpitalach interoperacyjnych systemów informatycznych, obejmujących wszystkie podmioty działające w systemie ochrony zdrowia.

Oczekiwanym efektem będzie również ekonomizacja podmiotów leczniczych, rozumiana jako zrównoważenie kosztów z przychodami, poprawiające sprawność funkcjonowania.

Zintensyfikowane będą także działania podnoszące jakość w ochronie zdrowia, zapewniające dostarczanie pacjentom świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Podniesienie prawdopodobieństwa uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukcja prawdopodobieństwa niepożądanych rezultatów przelożą się na poczucie zadowolenia pacjenta.

Realizacja Programu przyczyni się do podniesienia jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze oraz zwiększenia bezpieczeństwa i zadowolenia pacjenta.

Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego wynikające z SRWP

1. Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych.
2. Wdrożenie w szpitalach wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Odsetek odnotowanych zdarzeń niepożądanych w podmiotach leczniczych SWP, które wdrożyły plan poprawy jakości usług zdrowotnych w wyniku otrzymanego wsparcia	0	7% hospitalizacji	raz na rok	Badanie ankietowe
Kwota zobowiązań finansowych SPZOZ podległych SWP (w tym wymagalnych)	621,17 mln zł (w tym wymagalnych 65,86 mln zł) (2012 r.)	571,31 mln zł (w tym wymagalnych 16 mln zł)	raz na rok	Sprawozdania finansowe SPZOZ

Priorytet 2.1.**Systemy informatyczne i telemedyczne**

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.

Telemedycyna obejmuje najnowszy sposób świadczenia usług medycznych na odległość, łącząc w sobie elementy medycyny, telekomunikacji i informatyki, np.: telekonsultacje, telediagnostyka, telerehabilitacja itp.

Kluczowi partnerzy	1. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2. podmioty lecznicze
Źródła finansowania	– budżety jednostek samorządu terytorialnego – budżety podmiotów leczniczych – budżet państwa – programy operacyjne 2014–2020 – Norweski Mechanizm Finansowy / Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	1. Poprawa statystyki publicznej zwłaszcza w ochronie zdrowia. 2. Zakończenie prac nad wdrożeniem P1 i P2 w CSIOZ. 3. Uchwalenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia, regulującej system.
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	1. Współpraca z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w zakresie obszaru e-Zdrowia w województwie pomorskim. 2. Wymiana informacji, dobrych praktyk pomiędzy samorządami lokalnymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie realizacji projektów w obszarze e-Zdrowia oraz telemedycyny.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba regionalnych rejestrów w zakresie chorób cywilizacyjnych, wdrożonych w wyniku otrzymanego wsparcia	0	6	raz na rok	Kierownik Programu
Odsetek wdrożonych interoperacyjnych systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych SWP (HIS, RIS, PACS, ERP; w przypadku braku systemu HIS – elektroniczny rekord pacjenta)	48% (2011 r.)	100%	raz na rok	Badanie ankietowe

Wskaźniki rezultatu				
Odsetek systemów informatycznych (HIS/RIS/PACS) w podmiotach leczniczych SWP, przygotowanych do integracji z platformą P1/P2 w wyniku otrzymanego wsparcia	0	100%	raz na rok	Badanie ankietowe

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 oraz integracji lokalnych i krajowych systemów informatycznych ochrony zdrowia w województwie pomorskim. 2. Tworzenie oraz wykorzystanie istniejących regionalnych rejestrów w zakresie zachorowalności i oceny jakości diagnostyki leczenia w chorobach cywilizacyjnych.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. innowacyjność 3. cyfryzacja
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. obejmujących działania związane z podnoszeniem kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	„Pomorskie e-Zdrowie”

Działanie 2.1.2.	Telemedycyna
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrożenie usług telemedycznych, np.: telediagnostyki, telekonsultacji, telerehabilitacji, teleopieki (wraz z niezbędną do ich funkcjonowania infrastrukturą), w szczególności dla osób starszych oraz niepełnosprawnych. 2. Tworzenie systemu informacji dla pacjentów i działania promocyjne zachęcające do korzystania z usług telemedycznych.
Strategiczne kryteria	Horyzontalne (z SRWP):

identyfikacji przedsięwzięć	Stosowane jako preferencje: 1. partnerstwo i partycypacja 2. innowacyjność 3. cyfryzacja
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: 1. obejmujących również działania związane z podnoszeniem kwalifikacji kadry z zakresu wdrażanych usług.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Priorytet 2.2.

Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych

Ekonomizacja podmiotów leczniczych jest procesem polegającym na restrukturyzacji lub zmianie funkcjonowania podmiotu leczniczego, doprowadzającym 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. SPZOZ-y niestrategiczne lub nieopłacalne pod kątem dalszego funkcjonowania będą rekomendowane do połączenia z innymi, większymi podmiotami, do zbycia lub zlikwidowania.

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.

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"> – budżety jednostek samorządu terytorialnego – środki własne podmiotów leczniczych

	<ul style="list-style-type: none"> – programy operacyjne 2014–2020 – środki Narodowego Funduszu Zdrowia – środki Ministerstwa Zdrowia – środki własne inwestorów prywatnych
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uchwalenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia, regulującej system. 2. Kontynuacja programu przekształceń SPZOZ w spółki. 3. Przekazanie samorządom większych kompetencji do kreowania polityki zdrowotnej w województwie. 4. Wprowadzenie wyższej wyceny procedur medycznych w kontraktach NFZ dla podmiotów leczniczych posiadających akredytację. 5. Zmiana zasad kontraktowania, np. umożliwienie kontraktowania kompleksowych świadczeń zdrowotnych (np. centra zdrowia psychicznego), wzrost kontraktowania w zależności od posiadanych akredytacji. 6. Zmiana algorytmu podziału środków na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na poszczególne województwa.
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	–

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą (SPZOZ) podległych SWP przekształconych w spółki kapitałowe w wyniku otrzymanego wsparcia	0	10	raz na rok	Rejestr podmiotów leczniczych Wojewody Pomorskiego
Odsetek podmiotów leczniczych SWP (szpitale), które wdrożyły plan działań w zakresie poprawy doskonalenia jakości usług zdrowotnych – w wyniku otrzymanego wsparcia	0	100%	raz na rok	Badanie ankietowe
Wskaźniki rezultatu				
Wynik finansowy netto SPZOZ podległych SWP	- 33,26 mln zł (2012 r.)	0 zł	raz na rok	Sprawozdania finansowe SPZOZ
Odsetek podmiotów leczniczych SWP (szpitale), które posiadają certyfikaty: 1. certyfikat akredytacyjny	1. 43%	1. 100%	raz na rok	CMJ / MZ, Badanie ankietowe

Ministra Zdrowia				
2. certyfikaty zgodne z Normą ISO, w szczególności systemu zarządzania:				
a) środowiskowego	2. a) 21%	2. a) 100%		
b) bezpieczeństwem i higieną pracy	2. b) 21%	2. b) 100%		
c) bezpieczeństwem informacji	2. c) 14% (2013 r.)	2. c) 100%		

Działanie 2.2.1.	Restrukturyzacja oraz zmiana formy organizacyjno-prawnej 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 oraz podstawowymi potrzebami lokalnej społeczności, w tym podjęcie działań zmierzających do poprawy wizerunku wśród mieszkańców. 3. Poprawa sytuacji finansowej poprzez zmniejszenie straty finansowej netto oraz spłatę zadłużenia jednostki, w tym przejęcie zadłużenia przez podmioty tworzące. 4. Wypracowanie efektywnego i skutecznego sposobu przekształcenia/łączenia podmiotów leczniczych, w tym analiza procesu zmiany formy organizacyjno-prawnej, przygotowanie aktu przekształcenia i aktu założycielskiego spółki (w razie potrzeby dokapitalizowanie spółki), określenie wskaźnika zadłużenia, czego efektem będzie racjonalizacja zarządzania kadrami, zwiększenie możliwości negocjacyjnych, m.in. w zakresie kontraktu z NFZ, cen towarów i usług, umów z dostawcami leków itp. 5. Reorganizacja działalności medycznej poprzez sporządzenie programu dostosowawczego oraz przystosowanie działalności medycznej do potrzeb zdrowotnych, w tym przygotowanie szerszego wachlarza świadczonych usług medycznych, rozszerzenie działalności komercyjnej w podmiotach leczniczych. 6. Likwidacja podmiotów leczniczych, w tym analiza procesu likwidacji podmiotów leczniczych – powołanie likwidatora, określenie warunków likwidacji, sprzedaż lub zamiana niewykorzystywanych nieruchomości.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost zatrudnienia

	<p>3. innowacyjność</p> <p>4. efekt środowiskowy</p> <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 finansowa 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 kontrakt z NFZ lub go utraciły.
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, obejmującego m.in.: <ul style="list-style-type: none"> – wypracowanie wspólnej metodologii zbierania i zarządzania informacją nt. ryzyka działań medycznych oraz zdarzeń niepożądanych, – wdrożenie działań mających na celu ujednoczenie metodologii zbierania opinii pacjentów, służąca jako rzetelna informacja na temat stopnia zadowolenia pacjenta z otrzymanej usługi zdrowotnej, – wsparcie przedsięwzięć w postaci cykli szkoleń z zakresu wdrożenia, uzyskania i utrzymania przez podmioty lecznicze (szpitale), dla których SWP jest organem tworzącym, akredytacji Ministra Zdrowia, a także systemów jakości zgodnych z Normami ISO, – działania na rzecz podniesienia bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów jak i również pracowników ochrony zdrowia. 2. 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): 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost świadomości obywatelskiej
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: 1. przyczyniających się do pozyskania certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia 2. prowadzących do wdrożenia Norm ISO: – systemu zarządzania jakością PN-EN ISO 9001:2009 z późn. zm. – systemu zarządzania środowiskowego PN-EN ISO 14001:2005 z późn. zm., – systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy PN-EN 18001:2004 z późn. zm., – systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji PN-ISO/IEC 27001:2007 z późn. zm. 3. prowadzących 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.

Cel szczegółowy 3.

Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych

Wyzwaniem dla organizatorów opieki zdrowotnej w atmosferze rosnących oczekiwań pacjentów jest stworzenie warunków dostarczania usług zdrowotnych adekwatnie do potrzeb i konsekwentne wyrównywanie różnic w dostępie do świadczeń w całym regionie pomorskim.

Wpłyne na to stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali i uzupełnienie usług w rejonach deficytowych. Działania powinny być nakierowane na racjonalne rozmieszczenie podmiotów leczniczych z komplementarnymi, a nie konkurencyjnymi zakresami świadczeń. Podmioty w celu ułatwienia i przyspieszenia diagnostyki oraz terapii powinny wykorzystywać dostępne najnowsze technologie medyczne i informatyczne.

Ważną rolę odgrywa również optymalne wykorzystanie zasobów, tj. personelu medycznego (tworzenie zespołów kompleksowej opieki), infrastruktury i aparatury medycznej, co w konsekwencji prowadzi do skrócenia okresu oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Konieczna jest rozbudowa infrastruktury i wyposażenie podmiotów leczniczych, zwłaszcza wchodzących w zakres sieci szpitali. Warunkiem niezbędnym, poza dobrą organizacją i modernizacją, jest odpowiednie finansowanie usług medycznych.

Zobowiązania Samorządu Województwa Pomorskiego wynikające z SRWP

1. Stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych.

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Liczba lekarzy specjalistów w województwie pomorskim na 10 tys. mieszkańców w dziedzinach deficytowych: 1. diabetologii 2. geriatry 3. onkologii klinicznej	1. 0,23 2. 0,08 3. 0,17 (2012 r.)	1. 0,25 2. 0,09 3. 0,19	raz na rok	Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
Liczba pielęgniarek pracujących w publicznych podmiotach leczniczych na 10 tys. mieszkańców (według podstawowego miejsca zatrudnienia)	27,2 (2011 r.)	35	raz na rok	CSIOZ
Liczba udzielonych porad na 10 tys. mieszkańców	25 063 (2011 r.)	Wzrost o 30%	raz na rok	GUS

Priorytet 3.1.**Specjalistyczna kadra medyczna**

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, 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. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych 2. Okręgowa Izba Lekarska 3. Gdański Uniwersytet Medyczny 4. Ministerstwo Zdrowia 5. Wojewoda Pomorski 6. podmioty lecznicze 7. sektor oświaty i szkolnictwa wyższego 8. organizacje pozarządowe
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – budżety jednostek samorządu terytorialnego – budżety podmiotów leczniczych – środki Ministerstwa Zdrowia – programy operacyjne 2014–2020 – środki własne Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych – środki własne korporacji zawodowych
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmiana trybu przyznawania miejsc specjalizacyjnych dla kadry medycznej. 2. Utworzenie ogólnopolskiej bazy dostępnych miejsc specjalizacyjnych. 3. Tworzenie wojewódzkich list zapotrzebowania na lekarzy danej specjalności.
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	–

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba nowych programów rozwojowych w zakresie najnowszych osiągnięć w diagnostyce i terapii chorób cywilizacyjnych prowadzonych przez szkoły wyższe	0	15	raz na rok	Szkoły wyższe
Liczba przeprowadzonych w ramach Programu konferencji / szkoleń /	0	14	raz na rok	Kierownik Programu

warsztatów przyczyniających się do zwiększenia poziomu wiedzy specjalistycznej, przeprowadzonych przez UMWP				
Wskaźniki rezultatu				
Liczba osób, które uzyskały certyfikat w ramach nowych programów rozwojowych prowadzonych przez szkoły wyższe	0	200	raz na rok	Szkoły wyższe
Liczba uczestników konferencji / szkoleń / warsztatów, które uzyskały certyfikat podczas inicjatyw podejmowanych przez UMWP w ramach Programu	0	700	raz na rok	Kierownik Programu

Działanie 3.1.1.	Programy doskonalenia zawodowego
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	Podnoszenie kwalifikacji zawodowych w dziedzinach deficytowych, w tym specjalistyczne szkolenia kwalifikacyjne i specjalizacyjne podnoszące kwalifikacje zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych, psychologów, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i opiekunów medycznych.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost zatrudnienia 3. innowacyjność
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: – uwzględniających obowiązujące zasady i standardy oraz najnowsze osiągnięcia w zakresie diagnostyki i terapii chorób cywilizacyjnych – obejmujących psychologiczne aspekty pracy zawodowej
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Działanie 3.1.2.	Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	1. Stworzenie systemu motywującego do: – podjęcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w deficytowych dla województwa pomorskiego dyscyplinach, m.in.: diabetologii, neurologii,

	<p>rehabilitacji medycznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, onkologii klinicznej, pediatrii, endokrynologii, psychiatrii dziecięcej, geriatryi</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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: anestezyjologicznej i intensywnej opieki zachowawczej, chirurgicznej, ratunkowej, geriatrycznej oraz długoterminowej, neurologicznej i pielęgniarstwa operacyjnego. <p>2. Działania zmierzające do:</p> <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 położnictwa. <p>3. Kursy i szkolenia z zakresu wybranych dziedzin medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem geriatryi, 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): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost zatrudnienia 3. innowacyjność
	<p>Specyficzne (dla RPS): –</p>
Obszary Strategicznej Interwencji	<p>OSI: województwo pomorskie</p>
	<p>Uszczegółowienie OSI: W zakresie typu przedsięwzięć w pkt. 3: Słupsk, Obszar Metropolitalny Trójmiasta</p>
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Priorytet 3.2.**Kompleksowa opieka nad pacjentem**

Kompleksowa opieka nad pacjentem oparta jest 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, opiekunów medycznych oraz osób o niemedycznym wykształceniu, jak np. pracownicy socjalni czy wolontariusze.

Należy dążyć do tworzenia w województwie ośrodków dyscyplin komplementarnych (uzupełniających się).

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.

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. jednostki społeczne i edukacyjne 6. Narodowy Fundusz Zdrowia 7. Ministerstwo Zdrowia
Źródła finansowania	<ol style="list-style-type: none"> 1. środki Narodowego Funduszu Zdrowia 2. budżety podmiotów leczniczych 3. budżety jednostek samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	Zmiana zasad kontraktowania, w tym umożliwienie kontraktowania kompleksowych świadczeń zdrowotnych (np. centra zdrowia psychicznego).
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	–

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba utworzonych unitów onkologicznych	0	4	raz na rok	Podmioty lecznicze
Liczba utworzonych zintegrowanych modeli opieki nad pacjentem z POChP	0	7	raz na rok	Podmioty lecznicze
Liczba utworzonych kompleksowych zespołów w kardiologicznym leczeniu szpitalnym	0	13	raz na rok	Podmioty lecznicze
Liczba utworzonych kompleksowych zespołów w neurologicznym leczeniu szpitalnym	0	11	raz na rok	Podmioty lecznicze

Wskaźniki rezultatu				
Odsetek pacjentów zaopatrzonych przez nowo utworzone zespoły dyscyplinarne w ramach kompleksowej opieki medycznej	0	20% pacjentów hospitalizowanych	raz na rok	Podmioty lecznicze
Liczba pozyskanych wolontariuszy w stacjonarnej opiece medycznej	0	100	raz na 2 lata	Podmioty lecznicze

Działanie 3.2.1.	Tworzenie zespołów i ośrodków interdyscyplinarnych
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie zintegrowanych, wielodyscyplinarnych modeli opieki (m.in. w kardiologii, diabetologii i psychiatrii; w opiece onkologicznej – unity onkologiczne, nad pacjentem POChP oraz z rzadkimi schorzeniami genetycznymi), w tym wprowadzenie koordynacyjnego modelu opieki. 2. Tworzenie warunków współpracy z psychologiem w leczeniu ambulatoryjnym i stacjonarnym (m.in.: onkologia – w tym w ramach Pomorskiej Sieci Onkologicznej, kardiologia, geriatryka, neurologia, diabetologia, pneumonologia, pediatria, ginekologia, położnictwo, SOR, reumatologia), a także w poradniach chirurgicznych, w tym neurochirurgicznych, torakochirurgicznych, urologicznych. 3. Zwiększenie zatrudnienia: <ul style="list-style-type: none"> – opiekunów medycznych – fizjoterapeutów na oddziałach somatycznych – w poradniach specjalistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii, geriatryki, opieki długoterminowej, onkologii, kardiologii, neurologii, pneumonologii.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost zatrudnienia 3. innowacyjność 4. wzrost świadomości obywatelskiej
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ol style="list-style-type: none"> 1. kompleksowych, obejmujących całościową opiekę nad pacjentem.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Działanie 3.2.2.	Rozwój współpracy międzysektorowej
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	1. Rozwój idei wolontariatu, zwłaszcza na oddziałach szpitalnych i opiece długoterminowej.

	<p>2. Rozwój bieżącej współpracy pracowników pomocy i integracji społecznej z pracownikami podmiotów leczniczych.</p> <p>3. Zintensyfikowanie działań w sektorze oświaty i szkolnictwa wyższego w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.</p>
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo i partycypacja 2. wzrost zatrudnienia 3. innowacyjność 4. wzrost świadomości obywatelskiej
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: –
Przedsięwzięcia strategiczne	–

Priorytet 3.3.

Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego

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.

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.

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. Ministerstwo Zdrowia 7. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
Źródła finansowania	<ul style="list-style-type: none"> – budżety jednostek samorządu terytorialnego i ich jednostek organizacyjnych – budżety podmiotów leczniczych – środki Ministerstwa Zdrowia – programy operacyjne 2014–2020 – środki Narodowego Funduszu Zdrowia – Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZCHN)

	<ul style="list-style-type: none"> – Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016 (POLKARD) – Norweski Mechanizm Finansowy – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Program Strategiczny „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED
Oczekiwania wobec administracji centralnej i Kontraktu Terytorialnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podejmowanie działań prowadzących do zmiany sposobów kontraktowania (zwiększenie nakładów na kardiologię zachowawczą, nielimitowanie procedur ratujących życie). 2. Zmiana algorytmu podziału środków na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na poszczególne województwa. 3. Przekazanie samorządom większych kompetencji do kreowania polityki zdrowotnej w województwie.
Obszary współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej	Rozbudowa Szpitali Uniwersyteckich (tj. Centrum Medycyny Niezabiegowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego).

Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2020 rok)	Częstotliwość pomiaru	Źródło danych
Wskaźniki produktu				
Liczba łóżek opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców	5,1 (2011 r.)	10,3	raz na rok	CSIOZ
Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych	0	100	raz na rok	CSIOZ, PUW, Wydział Zdrowia – PCZP
Liczba nowozakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (TK, MR, RTG cyfrowy)	0	30	raz na rok	CSIOZ, Kierownik Programu
Wskaźniki rezultatu				
Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem medycznym	0	125 000	raz na rok	PUW, Wydział Zdrowia – PCZP, podmioty lecznicze POW NFZ

Działanie 3.3.1.	Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	1. Utworzenie poradni/oddziałów dziennych specjalistycznych w wybranych specjalnościach: kardiologii (w tym rehabilitacja kardiologiczna /oddziały dzienne), onkologii, endokrynologii, diabetologii (kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą, poradni

	<p>stopy cukrzycowej, poradni retinopatii cukrzycowej oraz poradni diabetologicznych zajmujących się leczeniem chorych przy pomocy osobistych pomp insulinowych), geriatry, przeciwytoniowa.</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): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. partnerstwo publiczno-prywatne 2. wzrost zatrudnienia 3. jakość przestrzeni 4. efekt środowiskowy
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.
Obszary Strategicznej Interwencji	<p>OSI: województwo pomorskie</p>
	<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 3.3.2.	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: <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-polożniczego – 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 – modernizację i doposażenie oddziałów udarowych oraz tworzenie ośrodków Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu – stworzenie ośrodka chirurgii naczyniowej

	<ul style="list-style-type: none"> – 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 bazy leczenia psychiatrycznego z dostosowaniem do wymogów określonych w krajowych programach w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. <p>2. Poprawa dostępności do oddziałów z deficytami łóżek (opieka długoterminowa, interna, geriatryczna, rehabilitacja), w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> – utworzenie w Trójmieście dodatkowego oddziału internistycznego – utworzenie ośrodków opieki geriatrycznej – zwiększenie bazy łóżkowej oraz profilowanie ośrodków opieki długoterminowej – rozwój sieci ośrodków rehabilitacji neurologicznej wczesnej i rehabilitacji pneumonologicznej. <p>3. Uporządkowanie bazy oddziałów współpracujących z ratownictwem medycznym, obejmujące:</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 – budowę i dostosowanie ładowisk przyszpitalnych w ramach ratownictwa medycznego – rozbudowę bloków operacyjnych w szpitalach o charakterze „ostрым” – 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.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	<p>Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lokalizacja i przestrzenne oddziaływanie 2. wzrost zatrudnienia 3. innowacyjność 4. jakość przestrzeni 5. efekt środowiskowy
	<p>Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć:</p> <ul style="list-style-type: none"> – obejmujących obszary o niezadowalającej dostępności, wprowadzających innowacyjne rozwiązania w zakresie opieki nad pacjentem – dających możliwość podwyższenia stopnia referencyjności – wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych
Obszary Strategicznej	OSI:

Interwencji	województwo pomorskie
	Uszczegółowienie 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 3.3.3.	Tworzenie, rozbudowa i modernizacja zasobów ochrony zdrowia
Zakres interwencji (typy przedsięwzięć)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zakup lub wymiana zamortyzowanego sprzętu medycznego oraz dostosowanie aparatów medycznych do obowiązujących standardów, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – wymiana zamortyzowanego sprzętu na oddziałach związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych – zakup/wymiana sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby Pomorskiej Sieci Onkologicznej – uzupełnienie bazy sprzętowej w ośrodkach pulmonologicznych – doposażenie oddziałów chirurgii dziecięcej. 2. Program stworzenia i wdrożenia w kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej pompy wspomaganie serca oraz nowego bioimplantu wytworzonego z bionanocelulozy. 3. Rozwój technik radiologii interwencyjnej, ściśle współpracującej ze specjalnościami zabiegowymi 4. Dostosowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii do obowiązujących wymogów.
Strategiczne kryteria identyfikacji przedsięwzięć	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencje: <ol style="list-style-type: none"> 1. innowacyjność 2. jakość przestrzeni 3. efekt środowiskowy
	Specyficzne (dla RPS): Preferencje dla przedsięwzięć: <ul style="list-style-type: none"> – wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnych, finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.
Obszary Strategicznej Interwencji	OSI: województwo pomorskie
	Uszczegółowienie OSI: Obszar Metropolitalny Trójmiasta, w szczególności Gdańsk, Gdynia i Sopot oraz Słupsk, Ustka, Chojnice, Kwidzyn, Malbork, Starogard Gdański, Lębork, Kościerzyna i Bytów
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 w zakresie leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego, 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. Określenie kryteriów wyboru placówki do regionalnej sieci szpitali w zakresie chorób cywilizacyjnych. 4. Wyznaczenie placówek do regionalnej sieci szpitali w zakresie chorób cywilizacyjnych. 5. Stworzenie Programu rozwoju sieci oddziałów w zakresie kardiologii, neurologii, onkologii, diabetologii. 6. Stworzenie Programu restrukturyzacji lecznictwa psychiatrycznego. 7. Wskazanie podmiotów do sieci komplementarnej w zakresie dyscyplin deficytowych (interna, opieka długoterminowa, geriatrya) i współpracujących z ratownictwem medycznym. 8. 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. Eksperti Zdrowia Publicznego 5. Konsultant Wojewódzki ds. epidemiologii 6. Urząd Statystyczny w Gdańsku 7. podmioty Lecznicze 8. SANEPID
Szacunkowy koszt	1 068,21 mln 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	2015
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. Ujednolicenie i usprawnienie systemu sprawozdawczości, wynikające z rejestrów wojewódzkich i krajowych. 5. Plan przygotowania i uruchomienia portalu informacyjno-edukacyjnego jako narzędzia wspomagającego system monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych (baza danych). 6. Analiza i wnioski z raportów corocznych oraz opracowanych na potrzeby monitorowania i oceny programów zdrowotnych. 7. Szkolenia dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego oraz partnerów społecznych i gospodarczych. podnoszące kompetencje zdrowotne. 8. Działania promocyjne systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych
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	1,05 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: <ul style="list-style-type: none"> – wypracowanie wspólnej metodologii zbierania oraz zarządzania informacją nt. ryzyka działań medycznych oraz zdarzeń niepożądanych – ujednolicenie metodologii zbierania opinii pacjentów, służącej jako rzetelna informacja na temat stopnia zadowolenia pacjenta z otrzymanej usługi zdrowotnej – przeprowadzenie szkolenia z zakresu wdrożenia, uzyskania i utrzymania

	<p>przez podmioty lecznicze (szpitale), dla których SWP jest organem tworzącym, akredytacji Ministra Zdrowia, a także systemów jakości zgodnych z Normami ISO (PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, PN-EN 18001:2004, PN-ISO/IEC 27001:2007)</p> <p>– podniesienie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów, jak też pracowników ochrony zdrowia.</p> <p>2. Rekomendowanie dobrych praktyk w oparciu o zasady Evidence Based Medicine na obszarze województwa pomorskiego, wypracowanych w ramach ww. wieloletniego programu.</p>
Rok realizacji	2020
Główne etapy realizacji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powołanie Zespołu ds. utworzenia i wdrożenia wieloletniego programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest SWP. 2. Opracowanie ww. programu przez Zespół. 3. Zakończenie konsultacji społecznych dotyczących opracowanego ww. Programu. 4. Zatwierdzenie ostatecznego kształtu Programu po konsultacjach społecznych. 5. Wdrożenie zatwierdzonego Programu. 6. Propagowanie wypracowanego Programu przez Zespół na obszarze województwa pomorskiego.
Kluczowi partnerzy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zespół Roboczy ds. utworzenia i wdrożenia wieloletniego programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Pomorskiego 2. podmioty lecznicze, dla których organem tworzącym jest Samorząd Województwa Pomorskiego, biorące udział w ww. Programie 3. Ministerstwo Zdrowia 4. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 5. szkoły wyższe
Szacunkowy koszt	0,2 mln PLN
Przedsięwzięcie strategiczne	–

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.

Kierownik Programu odpowiada w szczególności za realizację zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego, które wynikają ze Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego, a są realizowane w ramach Programu.

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

Kierownik Programu wykonuje swoje zadania przy pomocy Zespołu Zarządzającego Programem.

W skład Zespołu Zarządzającego wchodzi:

- a) Kierownik RPS pełniący funkcję Przewodniczącego Zespołu Zarządzającego;
- b) przedstawiciele Departamentu Zdrowia (DZ);
- c) przedstawiciel Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego (DRRP);
- d) przedstawiciel Departament Społeczeństwa Informacyjnego i Informatyki (DISI);
- e) przedstawiciel Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej (ROPS);
- f) przedstawiciel Departamentu Edukacji i Sportu (DES);
- g) przedstawiciel Departamentu Finansów (DF);
- h) przedstawiciel Departamentu Organizacji (DO);
- i) przedstawiciele departamentów UMWP właściwych w zakresie wdrażania programów operacyjnych współfinansowanych w ramach Polityki Spójności i innych polityk UE;
- j) przedstawiciel Koordynatora Strategii.

Posiedzenia Zespołu Zarządzającego są zwoływane przez Kierownika Programu i odbywają się nie rzadziej niż raz w miesiącu lub częściej, według potrzeb.

Do zadań Zespołu Zarządzającego należy podejmowanie decyzji i działań związanych z bieżącym zarządzaniem Programem, w tym w szczególności:

- a) przygotowywanie projektów rocznych planów realizacji Programu i przedkładanie ich Zarządowi Województwa do akceptacji;
- b) realizacja celów Programu, w szczególności poprzez:

- organizację procesu wykonania zobowiązań Samorządu Województwa i nadzór nad jego realizacją
 - organizację procesu przygotowania i wdrożenia przedsięwzięć strategicznych i nadzór nad jego realizacją
 - udział w przygotowaniu programów operacyjnych, m.in. poprzez formułowanie propozycji w zakresie zapewnienia źródeł finansowania Programu, we współpracy z departamentami właściwymi ds. programowania i wdrażania programów operacyjnych współfinansowanych w ramach Polityki Spójności i innych polityk UE na lata 2014–2020
 - formułowanie propozycji w zakresie zapewnienia źródeł finansowania Programu, we współpracy z właściwymi jednostkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za zarządzanie innymi dostępnymi w województwie instrumentami finansowymi
 - formułowanie propozycji do budżetu województwa i wieloletniej prognozy finansowej
 - podejmowanie i realizacja działań służących egzekwowaniu i monitorowaniu oczekiwań wobec Rządu
 - koordynacja prac wszystkich jednostek współpracujących w zakresie realizacji celów Programu;
- c) przygotowywanie rocznych raportów z realizacji Programu, zgodnie z trybem określonym w PSME i przedkładanie ich Zarządowi do akceptacji;
- d) okresowa ocena stopnia realizacji Programu, zgodnie z trybem określonym w PSME;
- e) przygotowywanie i uzasadnienie projektów zmian Programu i przedkładanie ich Zarządowi Województwa do akceptacji;
- f) współpraca z Koordynatorem Strategii w zakresie:
- przygotowywania i realizacji *Planów działań PSME*, w tym np. zgłaszanie, konsultowanie i realizacja działań (np. potrzeb badawczych, w tym ewaluacyjnych) lub projektów badawczych na potrzeby Programu
 - przygotowania informacji o postępach realizacji Strategii oraz oceny realizacji Strategii, w zakresie wynikającym z Programu
 - przygotowania projektów stanowisk negocjacyjnych na potrzeby negocjacji kontraktu terytorialnego oraz zintegrowanych porozumień terytorialnych, w zakresie wynikającym z zakresu tematycznego Programu;
- h) zarządzanie bazą informacyjną związaną z realizacją Programu, w tym m.in. budowa bazy wskaźników oraz dostarczanie niezbędnych informacji na potrzeby PSME;
- i) wskazywanie przedstawicieli do prac w ramach grup i zespołów negocjacyjnych na potrzeby negocjowania i monitorowania realizacji zintegrowanych porozumień terytorialnych, w zakresie wynikającym z zakresu tematycznego Programu.

Kontrola Programu realizowana jest zgodnie z ogólnymi zasadami kontroli przyjętymi w UMWP.

Rada Programowa

W celu zapewnienia szerokiej koordynacji oraz uspołecznienia procesu realizacji polityki rozwoju, a także realizacji zasady partnerstwa, transparentności i partycypacji, Zespół Zarządzający współpracuje z Radą Programową.

Radzie Programowej przewodniczy członek Zarządu Województwa, a rolę jego zastępcy pełni Kierownik Programu, który organizuje pracę Rady oraz zapewnia niezbędną obsługę techniczną.

W skład Rady Programowej, oprócz przewodniczącego i wiceprzewodniczącego, wchodzi:

- a) przedstawiciele partnerów kluczowych wskazanych w Strategii, w tym partnerów społecznych i gospodarczych, takich jak:
 - Wojewoda Pomorski
 - Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
 - Gdański Uniwersytet Medyczny
 - Urząd Statystyczny w Gdańsku
 - Okręgowa Rada Lekarska
 - Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
 - organizacje pozarządowe (Pomorska Rada Działalności Pożytku Publicznego, Pomorska Rada Organizacji Pozarządowych);
- b) przedstawiciele Sejmiku Województwa Pomorskiego;
- c) po jednym przedstawicielu Subregionalnych Zespołów Roboczych, powołanych w trakcie prac nad przygotowaniem Strategii;
- d) eksperci zewnętrzni, specjalizujący się w problematyce chorób cywilizacyjnych: w zależności od potrzeb Programu.

Członkowie Rady Programowej są zapraszani do udziału w niej przez Przewodniczącego.

Rada Programowa spotyka się nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy, lub częściej w miarę potrzeb, na posiedzeniach zwoływanych przez jej Przewodniczącego. W posiedzeniach Rady mogą brać udział członkowie Zespołu Zarządzającego w roli obserwatorów.

Rada Programowa pełni funkcje opiniodawcze. Obligatoryjnie zaopiniowaniu przez Radę Programową podlegają:

- a) projekty rocznych planów wdrażania Programu;
- b) projekty rocznych raportów z realizacji Programu;
- c) projekty zmiany Programu.

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	Kierownik Programu (przy współpracy z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej, Departamentem Edukacji i Sportu, oraz Departamentem Promocji Województwa)
	Działanie 1.1.2. Wykorzystanie potencjału medycyny pracy	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy (przy współpracy z Departamentem Zdrowia)
Priorytet 1.2. Programy zdrowotne	Działanie 1.2.1. Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych	Kierownik Programu (przy współpracy z Departamentem Edukacji i Sportu oraz Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej)
	Działanie 1.2.2. Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych	Kierownik Programu (przy współpracy z Departamentem Społeczeństwa Informatycznego i Informatyki)
Priorytet 2.1. Systemy informatyczne i telemedyczne	Działanie 2.1.1. Wdrożenie nowoczesnych i interoperacyjnych rozwiązań informatycznych	Departament Społeczeństwa Informatycznego i Informatyki (przy współpracy z Departamentem Zdrowia)
	Działanie 2.1.2. Telemedycyna	
Priorytet 2.3. Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych	Działanie 2.2.1. Restrukturyzacja oraz zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych	Kierownik Programu
	Działanie 2.2.2. Poprawa jakości usług zdrowotnych	
Priorytet 3.1. Specjalistyczna kadra medyczna	Działanie 3.1.1. Programy doskonalenia zawodowego	Kierownik Programu
	Działanie 3.1.2. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych	
Priorytet 3.2. Kompleksowa opieka nad pacjentem	Działanie 3.2.1. Tworzenie zespołów i ośrodków interdyscyplinarnych	Kierownik Programu
	Działanie 3.2.2.	

Priorytet	Działanie	Jednostka odpowiedzialna za realizację
	Rozwój współpracy międzysektorowej	
Priorytet 3.3. Zasoby sieci lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego	Działanie 3.3.1. Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadawalającej dostępności	Kierownik Programu
	Działanie 3.3.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej	
	Działanie 3.3.3. Tworzenie, rozbudowa i modernizacja zasobów ochrony zdrowia	

Główne zadania ww. jednostek obejmą m.in.:

- a) realizacja zadań wynikających z rocznych planów wdrażania Programu;
- b) zapewnienie prawidłowej i terminowej realizacji zobowiązań Samorządu Województwa;
- c) udział w realizacji zidentyfikowanych przedsięwzięć strategicznych;
- d) udział w przygotowaniu rocznych raportów z realizacji Programu;
- e) udział w Zespole Zarządzającym i Radzie Programowej Programu.

2. Koordynacja z pozostałymi RPS

Zgodnie z *Planem zarządzania SRWP*² za zapewnienie spójności oraz komplementarności przygotowania Programów oraz koordynację ich realizacji odpowiada Zespół Sterujący Strategią.

Do kluczowych zadań Zespołu związanych z koordynacją pomiędzy Programami należy zaliczyć:

- okresową analizę i ocenę realizacji Programów;
- formułowanie propozycji zmian w treści Programów;
- formułowanie rekomendacji o charakterze horyzontalnym;
- określenie standardów dotyczących realizacji Programów.

² Uchwała Zarządu Województwa Pomorskiego nr 1389/199/12 z dnia 29 listopada 2012 r.

RPS w zakresie ochrony zdrowia		Punkty styeczne z pozostałymi RPS		
Priorytet	Działanie	Akronim	Priorytet	Działanie
Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	Działanie 1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	Priorytet 2.1. Silny sektor pozarządowy	Działanie 2.1.1. Rozwój systemu przekazywania organizacjom pozarządowym zadań publicznych
Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	Działanie 1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	Priorytet 2.1. Regionalna wspólnota	Działanie 2.2.3. Wspieranie sportu powszechnego
Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	Działanie 1.1.1. Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych	RPS AP	Priorytet 3.2 Indywidualne ścieżki edukacji	Działanie 3.2.2. Edukacja włączająca
Priorytet 1.2. Programy zdrowotne	Działanie 1.2.1. Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych	RPS AP	Priorytet 2.1. Aktywność zawodowa bez barier	Działanie 1.1.2. Integracja społeczna i zapobieganie bierności zawodowej
Priorytet 3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego	Działanie 3.3.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej	RPS MP	Priorytet 1.2. Wysoka jakość usług transportu zbiorowego	Działanie 1.2.2. Rozwój innowacyjnych systemów poprawiających konkurencyjność i bezpieczeństwo publicznego transportu zbiorowego
Priorytet 3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego	Działanie 3.3.2. Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej	RPS MP	Priorytet 2.1. Rozwój dróg regionalnych, szczególnie ważnych dla poprawy dostępności wewnętrznej województwa	Działanie 2.1.1. Poprawa dostępności transportowej ośrodków regionalnych i subregionalnych do Trójmiasta, a także pomiędzy nimi

RPS w zakresie ochrony zdrowia		Punkty styeczne z pozostałymi RPS		
Priorytet	Działanie	Akronim	Priorytet	Działanie
Priorytet 3.1. Specjalistyczna kadra medyczna	Działanie 3.1.2. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych	RPS RG	Priorytet 2.2. Dopasowanie profilu kształcenia do potrzeb rynku pracy	Działanie 2.2.2. Rozwój subregionalnych ośrodków kształcenia zawodowego na poziomie wyższym
Priorytet 3.1. Specjalistyczna kadra medyczna	Działanie 3.1.2. Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych	RPS RG	Priorytet 2.1 Ponadregionalna i międzynarodowa aktywność pomorskich uczelni	Działanie 2.1.1. Kształtowanie atrakcyjnej oferty uczelni
Priorytet 1.2. Programy zdrowotne	Działanie 1.2.1. Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych	RPS PP	Priorytet 2.1. Nowoczesne rozwiązania infrastrukturalne i przestrzenne	Działanie 2.1.3. Podniesienie jakości pasa nadmorskiego

3. Aktualizacja

Aktualizacja Programu może być podjęta przez Zarząd Województwa w każdym czasie z inicjatywy własnej, lub na uzasadniony wniosek Kierownika Programu zaopiniowany przez Radę Programową.

Uzasadnienie podjęcia aktualizacji może w szczególności odwoływać się do wniosków i rekomendacji wynikających z okresowych ocen stopnia realizacji Programu lub rekomendacji Zespołu Sterującego Strategią.

Procedura aktualizacji Programu jest analogiczna jak w przypadku jego przyjmowania.

Zarząd Województwa może – na wniosek Kierownika Programu zaopiniowany przez Radę Programową – podjąć decyzję o uproszczonej ścieżce aktualizacji Programu³. Aktualizacja taka może dotyczyć m.in. następujących kwestii:

- a) zmiana statusu przedsięwzięcia strategicznego z „potencjalnego” na „pełnoprawny”;
- b) aktualizacja szczegółowego opisu przedsięwzięć strategicznych lub potencjalnych przedsięwzięć strategicznych w załączniku do Programu;

³ Może ona polegać na odstąpieniu od konsultacji społecznych lub od oceny ex-ante lub od strategicznej oceny oddziaływania na środowisko.

- c) korekta wskaźników monitorowania w zakresie definicji, sposobu pozyskiwania danych oraz wartości, z zastrzeżeniem utrzymania zakładanych efektów realizacji Programu;
- d) dostosowanie opisu do ewentualnych zmian organizacyjnych w jednostkach podległych Samorządowi Województwa Pomorskiego;
- e) korekta i doprecyzowanie zapisów rodzących wątpliwości interpretacyjne na etapie stosowania Programu;
- f) korekta ewidentnych pomyłek pisarskich i błędów edycyjnych.

4. Zasady i warunki wykorzystania Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych

Jedną z form realizacji RPS są Zintegrowane Porozumienia Terytorialne (ZPT). Są one adresowane do miejskich obszarów funkcjonalnych i stanowią negocjacyjne narzędzie selekcji i realizacji przedsięwzięć istotnych dla rozwoju regionu. Harmonijny rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych uzależniony jest od koordynacji działań wielu podmiotów, co wymaga podejścia partnerskiego i negocjacyjnego.

Program wnosi wkład w identyfikację wstępnej tematycznej oferty wsparcia, adresowanej do poszczególnych typów miejskich obszarów funkcjonalnych w ramach priorytetów, działań i typów przedsięwzięć objętych jego zakresem przedmiotowym.

Ustalenia wynikające z Programu, wraz z ustaleniami zawartymi w pozostałych RPS, stanowić będą punkt wyjścia do przygotowania stanowiska negocjacyjnego Samorządu Województwa wobec partnerów reprezentujących poszczególne obszary funkcjonalne.

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 Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 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.

Zasadnicza oferta negocjacyjna Samorządu Województwa będzie dotyczyć w szczególności obszarów tematycznych wymienionych poniżej jako rekomendowane do objęcia podejściem terytorialnym w formule ZPT. Należy jednak zastrzec, że z uwagi na uwarunkowania prawne

i organizacyjne funkcjonowania systemu zdrowia w Polsce, ostateczne przesądzenia w zakresie tematycznych obszarów wsparcia dla obszarów funkcjonalnych zostaną w razie potrzeby dostosowane do aktualnych decyzji NFZ co do finansowania świadczeń.

W uzasadnionych przypadkach i przy spełnieniu dodatkowych warunków, przedmiotem negocjacji będą mogły być również inne obszary tematyczne. W szczególności inne obszary tematyczne będą mogły być rozpatrywane (na podstawie analizy konkretnych propozycji przedsięwzięć):

- w kontekście projektów zintegrowanych, które udowodnią swoją wartość dodaną wynikającą ze współpracy wielu partnerów w danym obszarze tematycznym;
- w kontekście działań mogących stanowić wkład do projektów systemowych o zasięgu regionalnym, a jednocześnie organizujących współpracę w ramach obszaru funkcjonalnego.

Indykatorywny 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.).</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.).</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.3.2.).</p>
obszar funkcjonalny Słupska	<p>Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych (Działanie 1.1.1.).</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.).</p> <p>Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności (Działanie 3.3.1.).</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.3.2.).</p>
obszary funkcjonalne pozostałych miast o znaczeniu subregionalnym	<p>Aktywizacja samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych (Działanie 1.1.1.).</p> <p>Realizacja programów dotyczących ważnych zjawisk zdrowotnych (Działanie 1.2.1.).</p> <p>Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności (Działanie 3.3.1.).</p> <p>Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej (Działanie 3.3.2.).</p>

5. Ramy finansowe

Realizacja celów Programu finansowana będzie z następujących źródeł:

a) środki publiczne krajowe:

- budżet Samorządu Województwa Pomorskiego
- środki Ministra Zdrowia, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- budżety jednostek samorządu terytorialnego
- środki Narodowego Funduszu Zdrowia
- budżety podmiotów leczniczych

a) środki publiczne zagraniczne:

- środki pochodzące z budżetu UE w ramach Polityki Spójności
- inne zagraniczne instrumenty finansowe (Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego)

b) środki prywatne, w tym w systemie partnerstwa publiczno-prywatnego.

Szacunkowa wartość środków dostępnych na realizację RPS wyniesie **2,15 mld PLN**.

Szacunkowy podział środków na poszczególne priorytety i cele szczegółowe przedstawia tabela.

Priorytet	Udział priorytetu w całkowitym budżecie RPS	
	%	mln zł
Priorytet 1.1. Promocja zdrowia	0,19	4,15
Priorytet 1.2. Programy zdrowotne	13,04	280,54
Cel szczegółowy 1.	13,24	284,69
Priorytet 2.1. Systemy informatyczne i telemedyczne	14,41	310,00
Priorytet 2.2. Jakość i ekonomizacja podmiotów leczniczych	6,35	136,52
Cel szczegółowy 2.	20,76	446,52
Priorytet 3.1. Specjalistyczna kadra medyczna	1,30	28,00
Priorytet 3.2. Kompleksowa opieka nad pacjentem	1,95	42,00
Priorytet 3.3. Zasoby sieci leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego	62,75	1 349,80
Cel szczegółowy 3.	66,01	1 419,80
RAZEM	100%	2 151,00
w tym:		
krajowe środki publiczne	74%	1 592,00
zagraniczne środki publiczne	26%	558,00

Łączna wartość ww. środków określa możliwe do zmobilizowania publiczne wydatki rozwojowe w zakresie tematycznym Programu. Kwota ta nie wynika zatem ze zobowiązań finansowych podjętych przez podmioty zaangażowane w realizację Programu.

Łączną wartość zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego, wynikających ze Strategii Województwa Pomorskiego a realizowanych w ramach Programu, szacuje się na **1 069,46 mln zł**.

Cel szczegółowy	Zobowiązanie	Wartość zobowiązań w całkowitym budżecie RPS	
		%	mln zł
Cel szczegółowy 1 Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności	Wdrożenie regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych	0,05	1,05
łącznie		0,05	1,05
Cel szczegółowy 2 Bezpieczeństwo pacjentów i efektywność regionalnego systemu zdrowia	Wdrożenie w szpitalach wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych	0,01	0,20
łącznie		0,01	0,20
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	17,96	386,32
Cel szczegółowy 3 Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych		31,70	681,89
łącznie		49,66	1 068,21
RAZEM		49,71	1 069,46

W ramach RPS zidentyfikowano 2 przedsięwzięcia strategiczne o szacunkowej łącznej wartości na poziomie **276,32 mln PLN**.

Priorytet	Przedsięwzięcia strategiczne	Wartość całkowita przedsięwzięć (mln zł)	Udział środków budżetu SWP (mln zł)
Priorytet 2.1.	1. „Pomorskie e-Zdrowie” realizowane dla podmiotów leczniczych SWP	150,00	11,25
Priorytet 2.2.	2. Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP – obejmująca poprawę sytuacji finansowej, tj. zmniejszenie straty finansowej netto lub wzrost zysku netto	126,32	126,32

Priorytet	Przedsięwzięcia strategiczne	Wartość całkowita przedsięwzięć (mln zł)	Udział środków budżetu SWP (mln zł)
	oraz zmniejszenie poziomu zobowiązań SPZOZ		
Cel szczegółowy 2		276,32	137,57
SUMA	2	276,32	137,57

6. System monitorowania i oceny realizacji

Proces monitorowania i oceny Programu będzie elementem PSME. Zgodnie ze *Szczegółową koncepcją działania PSME*⁴, obejmie wykorzystanie szeregu narzędzi służących do opracowania raportów z realizacji i raportów ewaluacyjnych Programu.

Podstawowymi narzędziami monitorowania realizacji Programu będą:

- a) baza informacji i wskaźników określonych na poziomie celu głównego, celów szczegółowych i priorytetów z roczną (co do zasady) częstotliwością pomiaru. Każdy wskaźnik oprócz wartości będzie zawierać metrykę obejmującą definicję, jednostkę pomiaru, częstotliwość pomiaru i źródło danych.
- b) badania, ewaluacje, opracowania studialne, ekspertyzy, analizy, służące zaspokojeniu potrzeb informacyjnych związanych z monitorowaniem i ewaluacją Programu. Jeśli w wyniku badania sformułowano rekomendacje, ich wdrażanie podlega procedurze zarządzania rekomendacjami opisaną w *Szczegółowej koncepcji działania PSME*.

Za uruchomienie i funkcjonowanie bazy wskaźników i informacji odpowiada Kierownik Programu.

Podstawą monitorowania i ewaluacji Programu będą raporty z realizacji Programu. Zakłada się, że będą one zawierać stały zakres informacji, w tym obejmą m.in.:

- a) analizę trendów społeczno-gospodarczych zachodzących w województwie, w zakresie wynikającym z Programu;
- b) narzędzia realizacji Programu;
- c) ocenę postępu realizacji celów i priorytetów Programu;
- d) analizę zmian wartości założonych wskaźników;
- e) analizę rzeczowo-finansową podjętych przedsięwzięć; ocenę stopnia zaawansowania oraz efektów projektów realizowanych w ramach Programu;
- f) ocenę postępu realizacji zobowiązań SWP w zakresie Programu, wynikających ze SRWP;
- g) wnioski dotyczące istotnych problemów zidentyfikowanych w trakcie realizacji Programu;

⁴ Uchwała Zarządu Województwa Pomorskiego nr 290/232/13 z dnia 21 marca 2013 r.

h) rekomendacje w zakresie planowanych działań.

Raporty z realizacji Programu będą sprawozdaniami sporządzanymi raz w roku, za które odpowiedzialny będzie Kierownik RPS⁵. Raporty będą przekazywane Koordynatorowi Strategii nie później niż przed końcem I połowy bieżącego roku, za rok poprzedni. Oprócz informacji obejmujących miniony rok, powinny odnosić się również do danych z poprzednich raportów, tak aby możliwa była ocena postępów Programu od początku jego realizacji.

Ważną rolę w procesie wdrażania Programu będą odgrywały badania ewaluacyjne, których wyniki, wraz z ewentualnymi rekomendacjami, będą przedstawione w raportach z ewaluacji Programu. Będą one dotyczyć w szczególności sprawności systemu wdrażania Programu, wpływu jego realizacji na rozwój regionu i osiągnięcie celów SRWP.

Raporty z realizacji Programu oraz raporty ewaluacyjne Programu będą przyjmowane zgodnie z trybem określonym w *Szczegółowej koncepcji działania PSME*.

Analizy, opracowania, badania (w tym ewaluacyjne) oraz inne przedsięwzięcia wspierające monitorowanie i ocenę realizacji Programu będą zgłaszane do planów działań PSME, ściśle powiązanych z budżetem województwa pomorskiego, a w przypadku działań wieloletnich – również z Wieloletnią Prognozą Finansową.

W związku z finansowaniem Programu skorelowanym z funduszami UE w latach 2014–2020, w monitorowanie i ewaluację programu oprócz departamentów wiodących i współpracujących, zaangażowane będą również departamenty właściwe ds. programowania i wdrażania programów operacyjnych współfinansowanych w ramach Polityki Spójności i innych polityk UE na lata 2014–2020, a także departamenty właściwe ds. finansów i organizacji.

⁵ Na podstawie Zarządzenia Marszałka Województwa Pomorskiego Nr 47/12 z dnia 6 grudnia 2012 r.

IV. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych

Tytuł	„Pomorskie e-Zdrowie”
Jednostka odpowiedzialna za realizację	Lider – SWP (wiodący – DISI UMWP, wspomagający DZ UMWP) Partnerzy – podmioty lecznicze, których SWP jest organem tworzącym
Cel	Informatyzacja pomorskich podmiotów leczniczych, których organem tworzącym jest SWP
Zakres	<ul style="list-style-type: none"> – zakup/wdrożenie systemów informatycznych, – 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, informującego o pełnej ofercie pomorskiej ochrony zdrowia, – wdrożenie e-usług (m.in. e- rejestracja, e-diagnostyka).
Okres realizacji	2014–2020
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia	150 000 000 PLN
Główne źródła finansowania	RPO (85%); budżet SWP (15%); budżet podmiotów leczniczych (15%)

Tytuł	Restrukturyzacja podmiotów leczniczych podległych SWP
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 podstawowych potrzeb lokalnej społeczności, w tym podjęcie działań zmierzających do poprawy wizerunku wśród mieszkańców
Zakres	Podstawowym zadaniem wszystkich podmiotów leczniczych jest zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej społeczeństwu oraz poprawienie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Należy więc dążyć do polepszenia sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, tzn. do ich ekonomizacji. Jest to proces polegający na restrukturyzacji lub zmianie funkcjonowania podmiotu leczniczego,

	<p>doprowadzający do poprawy jego sytuacji finansowej. W tym celu należy przeanalizować strukturę przychodów i kosztów podmiotów leczniczych, 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. Podmioty o charakterze niestrategicznym lub nieopłacalne w dalszym funkcjonowaniu 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, najistotniejsze 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 SPZOZ 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 SPZOZ 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. 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	budżet 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 wdrożenie 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, jakie 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 dokument;
- połączono wskazane w ocenie priorytety i działania;
- przeformułowano 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

analiza PEST	Political, Economic, Social, Technological – narzędzie planowania polegające na analizowaniu czynników politycznych, ekonomicznych, społecznych i technologicznych
Business Intelligence (BI)	system analityczny, umożliwiający przekształcanie danych w informacje, zaś informacji w wiedzę. System ten cechuje integralność z systemami dziedziny (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 czy nie), jak i nowo zarejestrowane przypadki
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
Elektroniczny rekord pacjenta	ang. Electronic Health Rekord – elektroniczna kartoteka pacjenta, umożliwiająca zapis w postaci cyfrowej wszelkich zdarzeń medycznych
e-Zdrowie	ang. eHealth – koncepcja świadczenia usług medycznych z wykorzystaniem serwisów medycznych zbudowanych przy wykorzystaniu 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	realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), zakłada powstanie systemu przechowującego informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski, bez względu od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów korzystających ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. Określa możliwość przetwarzania dokumentacji medycznej

	pacjentów w postaci elektronicznej, obsługę elektroniczną recept, skierowań, w tym także rezerwacji terminu porady lekarskiej, a także możliwość udostępniania podmiotom nadzorującym i kontrolującym sektor ochrony zdrowia w Polsce wiarygodnych i aktualnych informacji statystycznych, pozwalających monitorować i planować działania w tej dziedzinie. Termin realizacji projektu został określony na czwarty kwartał 2014 roku
Platforma P2	realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), jak i powyższy projekt został określony w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Zakłada powstanie platformy umożliwiającej przepływ informacji pomiędzy różnymi rejestrami prowadzonymi przez różne instytucje, a obecnie w Polsce funkcjonuje ich około 30. Jest to projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013, priorytet VII: Społeczeństwo Informacyjne – budowa elektronicznej administracji „Dotacje na Innowacje” – „Inwestujemy w Waszą przyszłość”
Platforma P5	w ramach usług telemedycznych w Polsce przygotowany przez CSIOZ jest Projekt P5 – Elektroniczna platforma konsultacyjnych usług telemedycznych Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz sieci szpitali wysokospecjalistycznych. Projekt P5 zakłada utworzenie Platformy Konsultacyjnych Usług Telemedycznych, której celem jest ułatwienie wymiany wiedzy z różnych dziedzin i specjalności medycznych w zakresie konsultacji trudnych przypadków medycznych. Umożliwione zostaną wideokonsultacje, wideokonferencje, zdalne diagnozowanie trudnych przypadków medycznych z dziedzin specjalistycznych
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 w celu 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	w demografii liczba zgonów w stosunku do liczby mieszkańców, w epidemiologii umieralność definiuje się jako liczbę zgonów na 1000 osób (najczęściej 100 tys.) wśród ogółu obserwowanej populacji.
Zachorowalność	inna nazwa: zapadalność – jest to liczba nowo zarejestrowanych przypadków danej choroby na 100 tys. mieszkańców (najczęściej), w określonym przedziale czasu

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, ułatwiające sterowaniem całej logistyki, a także zarządzaniem jakością
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