

Załącznik nr 1
do uchwały nr 742/194/26
Zarządu Województwa Pomorskiego
z dnia 2 czerwca 2026 r.



Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej



SPIS TREŚCI

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW.....	3
WPROWADZENIE.....	6
I. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA.....	7
II. CZĘŚĆ WIZYJNA.....	32
III. CZĘŚĆ OPERACYJNA.....	33
Cel szczegółowy 1. Bezpieczeństwo zdrowotne.....	33
Cel szczegółowy 2. Wrażliwość społeczna.....	54
IV. SYSTEM REALIZACJI PROGRAMU.....	76
V. ZAŁĄCZNIKI	81
Załącznik 1. Charakterystyka zobowiązań wynikających z SRWP 2030.....	81
Załącznik 2. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych.....	90
Załącznik 3. Słownik kluczowych pojęć	101

WYKAZ UŻYTYCH SKRÓTÓW

AI	Sztuczna inteligencja (ang. Artificial Intelligence)
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BI	Analityka biznesowa (ang. Business Intelligence)
BMI	Wskaźnik masy ciała (ang. Body mass index)
CeZ	Centrum e-Zdrowia
CIS	Centrum Integracji Społecznej
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
DALY	utraczone lata życia skorygowane niepełnosprawnością (ang. Disability Adjusted Life Years). 1 DALY to jeden utracony rok trwania w zdrowiu.
DDOM	Dzienny Dom Opieki Medycznej
IRP	Instytucje Rynku Pracy
ISO	Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ang. International Organization for Standardization)
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
CUS	Centrum Usług Społecznych
DC	Departament Cyfryzacji
DEFS	Departament Europejskiego Funduszu Społecznego
DES	Departament Edukacji i Sportu
DF	Departament Finansów
DO	Departament Organizacji
DPR	Departament Programów Regionalnych
DPROW	Departament Programów Rozwoju Obszarów Wiejskich
DPS	Dom Pomocy Społecznej
DRG	Departament Rozwoju Gospodarczego
DRRP	Departament Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego
DZ	Departament Zdrowia
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EFS+	Europejski Fundusz Społeczny Plus
ES	Ekonomia Społeczna
FEP 2021-2027	Program regionalny pn.: Fundusze Europejskie dla Pomorza na lata 2021-2027
GUMed	Gdański Uniwersytet Medyczny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego

KIS	Klub Integracji Społecznej
KMW	Kancelaria Marszałka Województwa
KOS-zawał	Kompleksowa Opieka nad Pacjentem po Zawałe Serca
KRS	Krajowy Rejestr Sądowy
LPDI	lokalne plany deinstytucjonalizacji
MRI	Rezonans Magnetyczny
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	Organizacje Pozarządowe (ang. Non-Governmental Organisation)
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development)
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OWES	Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
OzN	Osoba/y z niepełnosprawnością
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PES	Podmiot ekonomii społecznej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB	Produkt krajowy brutto
PL	Podmioty lecznicze
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POIŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
POW NFZ	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PS	Przedsiębiorstwo społeczne
PSZ	Podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej
PSME	Pomorski System Monitoringu i Ewaluacji
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RP	Rzeczpospolita Polska
RPOT	Regionalna Placówka Opiekuńczo-Terapeutyczna
RPS	Regionalny Program Strategiczny
SIM	Społeczne Inicjatywy Mieszkaniowe
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SRWP	Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020

SWP	Samorząd Województwa Pomorskiego
TBS	Towarzystwo Budownictwa Społecznego
TK	Tomograf Komputerowy
UE	Unia Europejska
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
UTW	Uniwersytet Trzeciego Wieku
WOMP	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
WP	Województwo Pomorskie
ZOL	Zakład Opiekuńczo - Leczniczy

WPROWADZENIE

1. Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej jest jednym z pięciu regionalnych programów strategicznych, które uszczegóławiają zapisy Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030 (SRWP).
2. Podstawę prawną do opracowania Programu, poza uchwałą Sejmiku Województwa Pomorskiego nr 376/XXXI/21 z dnia 12 kwietnia 2021 r., stanowią: ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dodatkowo z uwagi na specyfikę programu podstawę prawną stanowią również ustawy: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemu pieczy zastępczej, z dnia 24 kwietnia 2011 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 15 czerwca 2012 roku o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
3. Zakres tematyczny Programu obejmuje dwa cele operacyjne SRWP, tj. CO 1.3. Bezpieczeństwo zdrowotne oraz CO 2.2. Wrażliwość społeczna. Osiągnięciu celów operacyjnych SRWP mają służyć działania rozwojowe, które w sposób wyselekcjonowany i zhierarchizowany wskazane zostały w części projekcyjnej dokumentu.
4. Program prezentuje wynikającą ze SRWP politykę rozwoju w obszarze ochrony zdrowia oraz polityki społecznej oraz pełni wiodącą rolę w operacjonalizowaniu i harmonizowaniu działań Samorządu Województwa w takich obszarach tematycznych SRWP jak m.in. system ochrony zdrowia, profilaktyka i usługi zdrowotne, system pomocy i integracji społecznej, działalność pożytku publicznego oraz rozwój ekonomii społecznej. Ponadto Program zawiera przedsięwzięcia strategiczne, w tym wynikające ze zobowiązań Samorządu Województwa Pomorskiego zapisanych w SRWP.
5. Program, jako jeden z pięciu 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.
6. Z uwagi na uwarunkowania prawne i organizacyjne funkcjonowania systemu zdrowia w Polsce, przy określaniu zakresu wsparcia Programu, brano pod uwagę aktualne decyzje NFZ w zakresie finansowania świadczeń.
7. 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.) dla projektu Programu przeprowadzona została strategiczna ocena oddziaływania na środowisko.

I. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

1. Wnioski z analizy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia oraz polityki społecznej¹

Aspekty demograficzne oraz społeczno-gospodarcze w kontekście przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

- W 2019 r. przyrost naturalny w województwie był najwyższy w kraju i wyniósł 1,5 osoby/tys. ludności. Wskaźnik urodzeń żywych na 1 tys. ludności województwa wyniósł 11,1, natomiast wskaźnik zgonów wyniósł 9,6². Wskaźnik dzietności jest najwyższy w kraju³. Według prognoz demograficznych⁴ dodatni przyrost naturalny utrzyma się do 2023 r., a mieszkańcy województwa będą żyć coraz dłużej. Zgodnie z prognozami GUS w 2050 r. województwo pomorskie będzie najmłodszym demograficznie województwem w kraju.
- Pomimo najkorzystniejszego spośród wszystkich województw indeksu starości oraz wysokiego poziomu przyrostu naturalnego na tle kraju, również województwo pomorskie dotyka problem starzenia się społeczeństwa. W 2019 r. już 20,5% mieszkańców było w wieku poprodukcyjnym, przewidywany jest dalszy przyrost odsetka ludności starszej, zwłaszcza w miastach.
- W obszarze społecznym istotny jest fakt starzenia się społeczeństwa, co przełoży się nie tylko na wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, ale także na spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. Zmiany te, oprócz konsekwencji ekonomicznych i demograficznych, generują również ryzyko z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej – zwiększenie liczby osób długotrwale i przewlekle chorych, osób z niepełnosprawnością wymagających intensywnego wsparcia oraz wzrost umieralności.
- W 2019 r. bezrobocie w województwie pomorskim osiągnęło rekordowo niski poziom – bliski naturalnemu. Stopa bezrobocia rejestrowanego wyniosła 4,5% i była jedną z najniższych w kraju (niższa była jedynie w województwie wielkopolskim, śląskim, małopolskim i mazowieckim). Większość osób bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy stanowiły kobiety (62,8%). W 2020 roku nastąpiły zmiany na pomorskim rynku pracy spowodowane pandemią COVID-19. Po rekordowo niskim bezrobociu notowanym w 2019 roku (4,5%) nastąpił jego wzrost do 5,9% i był to szósty wynik w kraju (niższą stopę odnotowano w województwie dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim, śląskim i wielkopolskim).
- W ostatnich latach w województwie pomorskim obserwuje się wzrost liczby imigrantów zarobkowych, pochodzących głównie z krajów Europy Wschodniej. W 2019 r. do ewidencji wpisano blisko 130 tys. oświadczeń o powierzeniu pracy cudzoziemcom (w 2014 r. – 5,8 tys.).

Wnioski

- Sytuacja demograficzna województwa pomorskiego jest relatywnie korzystna na tle kraju. Wpływ na to ma niewątpliwie duża liczba urodzeń, jak również stosunkowo niska liczba zgonów w porównaniu do umieralności w kraju.

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

² Dla Polski wskaźnik urodzeń żywych na 1 tys. ludności wyniósł 9,8, natomiast wskaźnik zgonów wyniósł 10,7 – źródło: GUS.

³ Dla województwa pomorskiego współczynnik dzietności w 2019 r. był najwyższy w kraju i wyniósł 1,6. Dla Polski wyniósł 1,4 – źródło: GUS.

⁴ Prognoza ludności na lata 2014-2050 – opracowanie Głównego Urzędu Statystycznego.

- Zmiany demograficzne wpływają na wzrost popytu na usługi zdrowotne oraz opiekuńcze.
- Pomimo dość dobrej sytuacji na rynku pracy, w związku z kryzysem gospodarczym wywołanym w 2020 r. pandemią COVID-19, można spodziewać się odwrócenia tego trendu.
- Wzrost liczby długotrwale i przewlekle chorych powoduje wykluczenie społeczne ich opiekunów, często również będących w starszym wieku.
- Wzrost liczby imigrantów zarobkowych niesie za sobą szereg wyzwań, jak również możliwości, np. w odniesieniu do organizacji opieki zdrowotnej oraz udzielania pomocy społecznej na Pomorzu, w zakresie zarówno korzystania ze świadczeń jak i pracy w obu systemach.

Uwarunkowania zewnętrzne oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych

- Pomorski system ochrony zdrowia uzależniony jest od uregulowań centralnych, zarówno w zakresie organizacji, jak też sposobu finansowania świadczeń medycznych ze środków publicznych. Dokumenty polityki zdrowotnej takie jak m.in.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027”, „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Pomorskiego”⁵, „Narodowy Program Zdrowia”⁶, „Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego”⁷, „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa” czy „Narodowa Strategia Onkologiczna”⁸, wyznaczają najważniejsze do realizacji zadania na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa oraz przedstawiają długofalową wizję rozwoju.
- System polityki społecznej w woj. pomorskim uwarunkowany jest m.in. następującymi dokumentami strategicznymi na poziomie wspólnotowym oraz krajowym m.in.: „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu”, „Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej”, „Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”, „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo – Solidarność”.
- W 2019 r. Sejm RP przyjął ustawę o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych⁹. Ustawa daje samorządom lokalnym możliwość powoływania nowego typu jednostek organizacyjnych w obszarze szeroko rozumianego rozwoju społecznego. Centra Usług Społecznych (CUS) mają wspierać mieszkańców kompleksowo. Centra będą mogły być tworzone m.in. o zasięgu ponadgminnym. Ich zadania mają wykraczać poza zadania z obszaru pomocy społecznej.

⁵ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Pomorskiego opracowane przez Wojewodę Pomorskiego w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych wskazują kierunki i potrzeby dla rozwoju regionalnego systemu ochrony zdrowia. Priorytety wynikają z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.1398 t.j. z dnia 2020.08.14). Zmiany w ustawie zakładają zastąpienie priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej - planami transformacji.

⁶ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2021.183 t.j. z dnia 2021.01.28).

⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku (Dz.U.2017.458 z dnia 2017.03.02).

⁸ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz.U.2019.969 z dnia 2019.05.22).

⁹ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U.2019.1818 z dnia 2019.09.24).

- Zaawansowanym narzędziem analitycznym, wspierającym decyzje zarządcze w ochronie zdrowia są opracowane oraz aktualizowane regionalne Mapy Potrzeb Zdrowotnych¹⁰. Wskazują one trendy demograficzne i epidemiologiczne, opisują istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz potrzeby w tym zakresie. Ograniczeniem narzędzia analitycznego jakim są mapy, jest ich tworzenie na podstawie historycznych danych realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co nie oddaje w pełni rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców Pomorza.
- Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2019 r. bieżące publiczne wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce wyniosły 4,6% PKB i były niższe niż w większości państw UE¹¹. Przy niskich nakładach publicznych, zauważa się zwiększony udział wydatków prywatnych pacjentów w wysokości 1,8% PKB. Polska na tle innych krajów UE plasuje się na 20. miejscu pod względem wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. Mniejsze wydatki ponosi jedynie 6 krajów UE.
- Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w województwie pomorskim w 2019 r. wyniosły 5264 mln zł, co w stosunku do 2018 r. stanowi wzrost o 12% (4717 mln zł). Wartość zrealizowanych świadczeń (we wszystkich rodzajach) w ramach systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia w województwie pomorskim za okres IV kw. 2018 r. – III kw. 2019 r. wynosiła 2185,55 mln zł (z tego 1969,7 mln. zł w rodzaju leczenie szpitalne) przy liczbie świadczeń wynoszącej 2643,1 tys. Dynamika zmian wartości kontraktów w PSZ dla szpitali I i II stopnia wyniosła w 2019 r. w stosunku do 2018 r. - 113%.
- Środki finansowe pozyskane z Funduszy Europejskich, obok własnego zaangażowania finansowego podmiotów leczniczych i ich organów właścicielskich, czy budżetu państwa, odgrywają istotną rolę w budowaniu systemu zdrowia w regionie, pozwalając rozwijać sektor ochrony zdrowia, zarówno w zakresie finansowania inwestycji, zakupu nowoczesnego wyposażenia placówek, dostępności do świadczeń (w tym profilaktycznych), poziomu leczenia, jak również wzrostu kwalifikacji zawodowych kadry medycznej. Z Regionalnego Programu Operacyjnego poczynawszy od 2014 r. na realizację projektów w ochronie zdrowia w województwie przeznaczono prawie 700 mln zł.
- Od 2018 r. obowiązuje rządowy program Dostępność Plus. Głównym celem programu jest swobodny dostęp do dóbr, usług oraz możliwości pełnego udziału w życiu społecznym i publicznym osób o szczególnych potrzebach. Program koncentruje się na dostosowaniu przestrzeni publicznej, architektury, transportu i produktów do wymagań wszystkich obywateli. Koordynatorem programu jest Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Szereg zadań przypisanych jest natomiast jednostkom samorządu terytorialnego oraz organizacjom pozarządowym. Program składa się z 8 obszarów: architektura, transport, edukacja, służba zdrowia, cyfryzacja, usługi, konkurencyjność, koordynacja.
- Od 1 lipca 2019 r. świadczenie wychowawcze tzw. 500+ przysługuje na każde dziecko, bez względu na dochody osiągane przez rodziców. Świadczenie przysługuje rodzinie bez względu na stan cywilny rodziców. Otrzymują je zatem zarówno rodziny, w których rodzice są w związku małżeńskim, rodzice pozostający w nieformalnych związkach, jak i rodziny niepełne. W przypadku

¹⁰ W latach 2015 – 2018 Ministerstwo Zdrowia opracowało następujące mapy potrzeb zdrowotnych: mapy w zakresie leczenia szpitalnego – opublikowane w 2016 i 2018 r.; mapy w zakresie onkologii – opublikowane w 2015 i 2017 r.; mapy w zakresie kardiologii – opublikowane w 2015 i 2017 r.; mapy dla 30 grup chorób – opublikowane w 2017 i 2018 r.

¹¹ Źródło: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (dostęp: 06.07.2021 r.)

rodziców rozwiedzionych wsparcie otrzyma ten rodzic, który faktycznie sprawuje opiekę nad dzieckiem. W sytuacji, gdy dziecko zgodnie z orzeczeniem sądu jest pod opieką naprzemienną rodziców, świadczenie wychowawcze przysługuje każdemu z rodziców w wysokości połowy kwoty za dany miesiąc.

Wnioski

- Kluczowym kierunkiem rozwoju polityki w obszarze ochrony zdrowia i polityki społecznej będzie przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnej (deinstytucjonalizacja), w szczególności opieka nad osobami starszymi, osobami niesamodzielnymi i osobami z zaburzeniami psychicznymi.
- Brak stabilizacji w zakresie organizacji ochrony zdrowia oraz częste zmiany prawne znacząco wpływają na realizowanie polityki zdrowotnej w regionie.
- Niewystarczające są nakłady na ochronę zdrowia oraz niezadowalający poziom finansowania świadczeń zdrowotnych, w tym ryczałtu w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz wzrostu kosztów ponoszonych przez podmioty lecznicze.
- Niedoszacowana jest wycena niektórych procedur oraz świadczeń zdrowotnych.
- Poważnym problemem jest sytuacja finansowa wielu podmiotów leczniczych, głównie publicznych. Wprowadzenie oraz funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie poprawiło sytuacji finansowej większości podmiotów leczniczych. Informacje o dostępności świadczeń zdrowotnych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych są niewystarczające do właściwego planowania rozwoju opieki zdrowotnej w regionie.
- Funkcjonowanie sfery publicznej powinno być dostosowane do potrzeb osób o szczególnych potrzebach. Chodzi o likwidację wszelkich barier o charakterze architektonicznym, cyfrowym, ale też instytucjonalnym i mentalnościowym.
- Pomimo nowych rozwiązań w postaci różnego rodzaju powszechnych świadczeń pieniężnych (np. świadczenie wychowawcze tzw. 500+) dostępnych bez kryteriów dochodowych, konieczny jest rozwój wsparcia w formie aktywnej integracji (praca socjalna, kontrakt socjalny i inne), szczególnie z uwzględnieniem potrzeb osób, które nie są beneficjentami wspomnianych świadczeń (osoby samotne, bezdzietne, seniorzy, imigranci).

Epidemiologia – zachorowalność, chorobowość i umieralność oraz profilaktyka chorób

- Wzrasta poziom umieralności mieszkańców¹². Ich głównymi przyczynami są choroby układu krążenia (42,7% zgonów w 2019 r. – więcej niż w Polsce, gdzie w 2019 r. stanowiły one 39,4% zgonów; wskaźnik w 2013 r. - 42,1%, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w województwie pomorskim - wzrost z 369 do 410) oraz choroby nowotworowe (28,1% - znacznie więcej niż średnio w kraju - 26,5%; wskaźnik w 2013 r. - 28,9%, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa pomorskiego - wzrost z 253 do 270). Podobnie jak w kraju, w województwie przeważają zgony wśród mężczyzn.
- W województwie pomorskim liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych w 2018 r. wyniosła 6115 osób, w tym 2805 kobiet oraz 3310 mężczyzn (w 2013 r. – 5617, w tym 2539 kobiet oraz

¹² Liczba zgonów na 1 tys. mieszkańców zarówno w 2018 jak i 2019 roku wyniosła 9,6 wobec 8,8 w 2013 r. (dla Polski w 2019 r. – 10,7) – źródło: GUS.

3078 mężczyzn). Wśród kobiet największy odsetek zgonów stanowiły nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (19,4%), sutka (14,3%), jelita grubego (8,8%), dalej trzustki i nowotwór jajnika. U mężczyzn największy odsetek stanowiły natomiast nowotwory oskrzela i płuca (27,3%), gruczołu krokowego (10,6%), jelita grubego (7,7%) i kolejno pęcherza moczowego i trzustki¹³.

- Standaryzowane współczynniki zachorowalności¹⁴ na nowotwory ogółem są jednymi z najwyższych w kraju zarówno wśród kobiet – 334 na 100 tys. w 2018 r. (pomorskie na 3. miejscu, współczynnik dla Polski - 300,2), jak i mężczyzn – 445,6 (pomorskie na 1. miejscu, współczynnik dla Polski - 367,4)¹⁵. Pomimo najwyższych współczynników w kraju, w województwie zauważa się nieznaczny spadek zachorowań zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w stosunku do 2013 r.¹⁶ (w odróżnieniu od danych krajowych dla kobiet, gdzie współczynnik rośnie).
- Pomorskie wyprzedza wyniki krajowe również w zgonach z powodu cukrzycy – 31,1 na 100 tys. ludności w 2019 r. wobec 21,9 w 2013 r. (dla Polski – 24,2 wobec 19,3) oraz z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 17,0 na 100 tys. ludności w 2019 r. wobec 8,7 w 2013 r. (dla Polski – 9,9 wobec 4,0).
- Pomimo, że maleje liczba pacjentów leczonych przez lekarzy POZ z powodu cukrzycy (wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy w 2019 r. wynosił 268,4 na 10 tys. mieszkańców, dla 2013 r. wynosił – 319,2; podobnie maleje wskaźnik zachorowalności¹⁷), wynikająca ze zmian w systemie finansowania, zachorowalność rejestrowana wzrasta. Według opracowania Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁸ w latach 2013-2018 zachorowalność rejestrowana na cukrzycę wzrosła wśród osób dorosłych w kraju o 13,7%. U osób z cukrzycą znacząco zwiększa się ryzyko powikłań naczyniowych, np. w zakresie tzw. stopy cukrzycowej.
- Wzrasta liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania. W warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczy się ponad 5% Pomorzan (liczba osób zarejestrowanych w poradniach wyniosła: 117,4 tys. w 2019 r. wobec 97 tys. w 2013 r.). Liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień w województwie pomorskim w 2019 r. wyniosła 105,6 tys. W 2019 r. w województwie łączna liczba hospitalizowanych nieletnich pacjentów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 1,02 tys.¹⁹, natomiast dorosłych 15,85 tys.

¹³ Źródło: Pomorski Ośrodek Badań Regionalnych. Urząd Statystyczny w Gdańsku oraz Krajowy Rejestr Nowotworów.

¹⁴ Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności określa, ile zachorowań wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard (standardowa populacja Europy).

¹⁵ Wojciechowska U., Didkowska J., Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 15.04.2021 r.

¹⁶ W 2013 r. współczynnik dla kobiet wynosił 365,4 (w Polsce 298,8), natomiast dla mężczyzn – 455,8 (w Polsce 381,7). Analizując krytycznie źródła informacji należy jednak zwrócić uwagę, że wysokie odczyty wskaźników epidemiologicznych nowotworów mogą być związane z lepszą jakością i dokładnością danych rejestrowych w województwie.

¹⁷ Na podstawie sprawozdań MZ-11- liczba leczonych przez lekarzy POZ z powodu chorób przewlekłych – wymagający opieki czynnej, CeZ.

¹⁸ Opracowanie Narodowego Funduszu Zdrowia: „NFZ o zdrowiu cukrzyca”, 2019 r.

¹⁹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – Mapy Potrzeb Zdrowotnych.

- Wzrasta liczba zamachów samobójczych w województwie – 724 w 2020 r. (302 zakończone zgonem) wobec 399 w 2013 r. i 461 w 2016 r., w tym 84 wśród dzieci i młodzieży (5 zakończonych zgonem) wobec 9 w 2013 r. i 33 w 2016 r.²⁰. Wskaźniki zamachów samobójczych dzieci i młodzieży z ostatnich 3 lat przewyższają wskaźniki dla kraju.
- W 2019 r. w województwie było 2297 wypadków drogowych, w których rannych zostało 2775 osób. Wskaźnik liczby rannych na 100 wypadków wyniósł 120,8 wobec 128,9 w 2013 r. Pomimo spadku wskaźnika, województwo pomorskie znalazło się na 2. miejscu w kraju z największą liczbą rannych w wypadkach drogowych.
- Po znacznym i stałym wzroście zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW) – w województwie pomorskim w 2019 r., według wstępnych danych nastąpił ich nieznaczny spadek – 330 osób (2016 r. – 451 osób, 2013 r. – 58 osób). Mimo to, wskaźnik zapadalności na 100 tys. mieszkańców wyniósł 14,1 i nadal jest najwyższym w kraju²¹. W 2019 r. w województwie pomorskim zanotowano dużo zachorowań na kiłę wczesną²² – wskaźnik zachorowań ogółem na 100 tys. ludności był najwyższy w kraju i wyniósł 7,0 (dla Polski – 2,9), w 2013 r. w województwie wyniósł 1,0.
- Wzrasta liczba nowych zakażeń HIV oraz rozpoznanych zachorowań AIDS. W 2019 r. zapadalność HIV na 100 tys. mieszkańców w pomorskim wyniosła 5,00 (w 2013 r. – 2,05), natomiast zapadalność dla AIDS wyniosła 0,43 (w 2013 r. – 0,39). Wskaźniki przewyższają wskaźniki zapadalności dla kraju (HIV – 4,59; AIDS – 0,33).
- Realnym zagrożeniem społecznym stają się choroby zakaźne. Pandemia COVID-19 wskazała na potrzebę wzmocnienia systemu i narzędzi nadzoru epidemicznego oraz zarządzania kryzysowego. Pandemia spowodowała ograniczenie dostępności do zdrowotnych świadczeń specjalistycznych, w zakresie m.in. konsultacji medycznych, badań przesiewowych i zabiegów planowych. Powyższe skutkuje zwiększeniem liczby zaostrzeń chorób przewlekłych, opóźnioną diagnostyką chorób oraz przekłada się wprost na wyniki leczenia, a tym samym na długość i jakość życia. Istotnym uwarunkowaniem wynikającym wprost z pandemii staje się niewydolność systemu opieki zdrowotnej, co przejawia się zdecydowanie wyższą liczbą zgonów mierzoną rok do roku z powodów innych niż COVID-19 oraz potencjalnie gorszym stanem zdrowia osób nieleczonych.
- Zauważalna jest wysoka zachorowalność w zakresie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) – 5,45 tys. osób w 2019 r.²³, co daje wskaźnik 293 osób na 100 tys. mieszkańców w wieku 19 lat i więcej. Dla Polski wskaźnik zachorowalności to 229 osoby na 100 tys. mieszkańców.
- Najwyższa chorobowość wśród dzieci i młodzieży leczonych przez lekarzy POZ z powodu chorób przewlekłych w 2019 r. wystąpiła w następujących jednostkach chorobowych: alergie, w tym: dychawica oskrzelowa (10,5 tys. osób), pokarmowe (3,2 tys.), skórne (3,1 tys.), jak również zniekształcenia kręgosłupa (8,7 tys.), zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (7,7 tys.) oraz otyłość (4,1 tys.). W strukturze hospitalizacji ogólnopediatrycznych największy udział mają choroby układu oddechowego oraz układu pokarmowego.

²⁰ Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku.

²¹ Choroby Zakaźne i Zatrucia w Polsce w 2019 r., opracowanie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (wstępne dane wg. stanu na 15.04.2020 r.)

²² Biuletyny statystyczne Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

²³ Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Dane dotyczą osób zarejestrowanych w poradniach/gabinetach specjalistycznych chorób płuc i gruźlicy (MZ-13).

- Według badania z 2015 r. co druga osoba ma problem z nadwagą bądź otyłością (51,3%)²⁴. Są to czynniki, które zwiększają zachorowalność i umieralność w zakresie wielu chorób przewlekłych, w szczególności układu krążenia, układu ruchu, cukrzycy, nowotworów.
- Otyłość, palenie, nadmierne spożycie alkoholu oraz niska aktywność fizyczna to jedne z głównych problemów w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce. Behawioralne czynniki ryzyka są przyczyną prawie połowy wszystkich zgonów. Umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia dzięki działaniom profilaktycznym, bądź interwencji medycznej jest wyższa niż średnia w Unii Europejskiej.
- Wśród głównych grup czynników ryzyka powodujących problemy zdrowotne mieszkańców województwa pomorskiego w 2019 r. (DALY na 100 tys. ludności)²⁵ znalazły się: czynniki behawioralne (10,79 tys.), metaboliczne (8,08 tys.) oraz środowiskowe/zawodowe (2,85 tys.). Z kolei wśród czynników ryzyka wpływających na DALY na pierwszych 6 miejscach znajdują się: tytoń (5,30 tys.), wysoki BMI (3,65 tys.), wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo (3,60 tys.), wysokie ciśnienie krwi (3,48 tys.), ryzyka żywieniowe (3,35 tys.), spożywanie alkoholu (2,48 tys.).
- Coraz powszechniejszy dostęp do Internetu i korzystanie z nowych technologii jest niezbędne do funkcjonowania w tzw. społeczeństwie cyfrowym, co ma szczególne znaczenie w czasie pandemii COVID-19. Internet i narzędzia cyfrowe stanowią również niezbędne narzędzia nauki zdalnej. Jednocześnie ich nadmierne używanie może wpływać na zaburzenie komunikacji interpersonalnej, co ma szczególnie negatywny wpływ na dzieci i młodzież oraz funkcjonowanie społeczne osób w każdym wieku. W konsekwencji znacząco wzrasta liczba osób zagrożonych depresją oraz zaburzeniami psychicznymi, co spotęgowała także pandemia oraz wprowadzone z nią obostrzenia prowadzące do izolacji społecznej. Istotne jest wsparcie zapewniane przez najbliższe otoczenie (rodzinę), system oświaty oraz rola szkolnych gabinetów profilaktyki zdrowotnej w podnoszeniu świadomości zdrowotnej oraz na temat ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży.
- W związku ze zmianami demograficznymi, w tym starzejącym się społeczeństwem coraz częściej spotykanymi problemami zdrowotnymi z jakimi będzie trzeba się zmierzyć będą: depresja, otyłość, obniżenie sprawności, rosnące potrzeby opieki oraz wczesnej diagnostyki, w tym w formule zdeinstytucjonalizowanej. Szczególną opieką psychologiczną, bądź psychiatryczną powinni zostać objęci również członkowie rodzin opiekujący się seniorami, którzy mają 4 razy większe ryzyko depresji.
- Wzrasta aktywność organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób. Z poziomu samorządu województwa realizowane są wieloletnie regionalne programy polityki zdrowotnej.
- Programy i działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób skierowane do mieszkańców, finansowane są z różnych źródeł (UE, NFZ, MZ, samorządu terytorialnego, sektora edukacji, medycyny pracy, Sanepidu).
- Tereny zielone w miastach pełnią ogromne funkcje zdrowotne i ekologiczne. Wpływają dodatkowo na dobrostan mieszkańców oraz dają duże możliwości do wykorzystania ich walorów rekreacyjno-turystycznych w celu promowania zdrowego stylu życia.

²⁴ Według badania TGI, MillwardBrown, lipiec-grudzień 2015.

²⁵ Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych, MZ. DALY – utracone lata życia skorygowane niepełnosprawnością (z ang. Disability Adjusted Life Years). 1 DALY to jeden utracony rok trwania w zdrowiu.

Wnioski

- Poważnym problemem regionu są choroby cywilizacyjne m.in.: choroby nowotworowe, otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby i zaburzenia psychiczne, choroby układu oddechowego.
- W obliczu pandemii istotne są problemy osób związane z przebyciem choroby covid-19. Rehabilitacja oraz leczenie powikłań będzie z pewnością jednym z wyzwań zdrowotnych przez następne kilka lat.
- Organizacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zbyt małym stopniu nastawiona jest na promocję zdrowia, profilaktykę chorób oraz edukację zdrowotną pacjenta. Działania edukacyjne i profilaktyczne w niewielkim stopniu przyczyniają się do podniesienia świadomości zdrowotnej ogółu społeczeństwa. Choroby przewlekłe wykrywane są w zaawansowanym stadium chorobowym, co skutkuje licznymi powikłaniami, w tym prowadzącymi do niepełnosprawności.
- Niewystarczające jest upowszechnianie informacji dotyczących zdrowego trybu życia oraz efektywnej promocji zdrowia i profilaktyki chorób, dzięki którym możliwe jest wczesne wykrycie oraz efektywne leczenie choroby, jak i sprawne umożliwienie choremu powrotu do aktywności zawodowej i społecznej. Warunki społeczne, jak i fizyczne, które wspierać będą korzystne zmiany behawioralne, a także możliwości poznawcze osób chorujących zapewnione są w sposób niewystarczający.
- Bardzo istotną rolę w skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki chorób odgrywa edukacja prozdrowotna prowadzona od najmłodszych lat.
- Niezbędne jest łączenie różnych inicjatyw dotyczących promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz dalsze rozwijanie współpracy między samorządem województwa, powiatami i gminami oraz organizacjami pozarządowymi.
- Zbyt mała liczba realizowanych programów profilaktyki chorób w zakresie chorób zakaźnych epidemiologicznie w województwie, w tym skierowanych dla dzieci i młodzieży.
- Działania dotyczące zapobiegania chorobom zakaźnym, w tym związane z nowymi patogenami, wymagają działań wielopoziomowych, skoordynowanych obejmujących szerzenie wiedzy wśród profesjonalistów i społeczności, w tym diagnozowania, wymiany informacji i skutecznego zapobiegania.

Deinstytucjonalizacja usług społecznych w zakresie ochrony zdrowia i włączenia społecznego

- W sektorze usług zdrowotnych oraz społecznych nadal dominującą rolę odgrywają formy opieki instytucjonalnej. Natomiast oddzielenie fizyczne mieszkańca od lokalnej społeczności i rodziny na czas zapewnienia leczenia i opieki drastycznie ogranicza jego zdolność oraz gotowość do pełnego uczestnictwa w życiu ogólnie pojętego społeczeństwa. Aby zapobiec ograniczeniu lub uniemożliwieniu jego udziału w życiu społeczności, należy dążyć do rozwoju zdeinstytucjonalizowanych usług zdrowotnych i opiekuńczych. Dodatkowo wzrastająca zachorowalność na choroby cywilizacyjne, czy inne choroby zakaźne epidemiologicznie oraz konsekwencje wynikające ze starzenia się społeczeństwa widocznie wpłynęły na zwiększoną potrzebę rozwoju usług w formie zdeinstytucjonalizowanej, w lokalnej społeczności.
- Kluczowym wyzwaniem polityki społecznej i zdrowotnej w najbliższej przyszłości będzie przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia świadczonego w środowisku lokalnym. Zasady i kierunki rozwoju w tym zakresie określone zostały w Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

- Brak jest w województwie zorganizowanej opieki środowiskowej, świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, w szczególności w przypadku dzieci, osób z niepełnosprawnościami, osób starszych oraz osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym. Problem ten dotyczy zwłaszcza takich dziedzin jak: psychiatria, geriatria, opieka długoterminowa czy rehabilitacja. Głównym powodem jest brak centralnej strategii dotyczącej deinstytucjonalizacji oraz niska wycena świadczeń i brak finansowania zarówno produktów w koszyku świadczeń gwarantowanych oraz tzw. kompleksowych świadczeń.
- Zbyt mała liczba oddziałów dziennych oraz zespołów leczenia środowiskowego w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych przekłada się na niewystarczającą liczbę Centrów Zdrowia Psychicznego²⁶. Wpływ na to ma również wieloletnie zaniedbanie ochrony zdrowia psychicznego, brak reformy oraz niedostateczna liczba kadry medycznej. Aktualnie tocząca się reforma w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wprowadza nowy model opieki składający się z trzech poziomów referencyjnych²⁷. Od kwietnia 2020 roku w ramach I poziomu referencyjności rozpoczęły swoją działalność pierwsze poradnie psychologiczno – psychoterapeutyczne w województwie. Stanowią one fundament ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie dzieciom i młodzieży do 21 r.ż. doświadczającym kryzysu psychicznego oraz ich rodzinom. Według stanu na czerwiec 2021 r. w województwie zakontraktowanych jest z POW NFZ 23 miejsc realizacji w/w świadczeń w 14 powiatach. Brak jest centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.
- Dienne domy opieki medycznej (DDOM) są jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego, gdzie zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Standard dziennego domu opieki medycznej został pilotażowo przetestowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w dwóch placówkach województwa pomorskiego.

Wnioski

- Istnieje potrzeba zwiększenia aktywnego uczestnictwa osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym przez rozbudowę ośrodków wsparcia i zwiększenie liczby miejsc w tych placówkach.
- Istotnym czynnikiem wspierającym deinstytucjonalizację jest rozwój kształcenia do zawodów opiekuńczych oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadr pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia.
- Znaczącym utrudnieniem w zakresie tworzenia i rozwoju systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi jest brak współpracy pomocy społecznej z opieką zdrowotną, jak również brak systemowych rozwiązań w tym zakresie.

²⁶ W 2020 r. udział w ramach rządowego programu Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego biorą 2 szpitale tj.: Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. oraz Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku.

²⁷ I poziom referencyjny – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (psycholog, psychoterapeuci, terapeuta środowiskowy), II poziom referencyjny – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (psychiatra dzieci i młodzieży / oddział dzienny), III poziom referencyjny – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (izba przyjęć / oddział całodobowy, przyjęcia planowe oraz przyjęcia w sytuacji zagrożenia życia).

- Istnieje potrzeba działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących procesu deinstytucjonalizacji, które skierowane powinny być w szczególności do kadry instytucji świadczących usługi opiekuńcze oraz zdrowotne.
- Ważnym elementem jest wsparcie środowiskowe rodzin doświadczających problemów opiekuńczo-wychowawczych oraz zapobieganie umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej.
- Dostępność opieki psychiatrycznej w zakresie ambulatoryjnej oraz środowiskowej pomocy jest niewystarczająca. Brak wystarczającej liczby centrów zdrowia psychicznego, w szczególności brak centrów dla dzieci i młodzieży.
- W województwie istnieje potencjał rozwoju oraz potrzeba finansowania Dziennych Domów Opieki Medycznej.
- Wsparcie skierowane do osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem poprzez realizację działań na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych oraz społecznych zmniejszy dysproporcje w dostępie do usług publicznych oraz poprawi jakość leczenia i życia.
- W celu upowszechnienia opieki środowiskowej niezbędne jest współdziałanie instytucji pomocy i integracji społecznej oraz podmiotów opieki zdrowotnej, a także rozwój współpracy międzysektorowej.

Dostęp do infrastruktury, w tym infrastruktury społecznej, zasobów i usług pomocy społecznej

- W 2019 r. na obszarze województwa pomorskiego funkcjonowało 189 różnego rodzaju ośrodków wsparcia o zasięgu lokalnym oraz 10 o zasięgu ponadgminnym. Są to takie typy placówek jak: ośrodki prowadzące miejsca całodobowe okresowego pobytu i ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (m.in. środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy).
- Mimo znacznej liczby usług społecznych, wyzwaniem pozostaje jakość, indywidualizacja usług w oparciu o diagnozę potrzeb oraz ich koordynacja.
- Problemem jest również niedostateczny zasób kadr i jej braki kompetencyjne oraz zróżnicowanie przestrzenne dostępności do infrastruktury, szczególnie infrastruktury opiekuńczej.
- Liczba dużych wieloosobowych placówek skierowanych do osób z niepełnosprawnościami, niesamodzielnych, w podeszłym wieku (np. DPS) wymagających szczególnej opieki od lat utrzymuje się na podobnym poziomie. W województwie pomorskim w 2019 r. funkcjonowały 42 domy pomocy społecznej.
- W wielu samorządach brakuje usług i infrastruktury przeznaczonej do pracy ze społecznością lokalną. Blisko 40% jednostek samorządu terytorialnego oferuje usługę pracy ze społecznością lokalną dla osób żyjących poniżej ustawowej granicy ubóstwa. Domy i kluby sąsiedzkie funkcjonują w jedynie 11% badanych samorządów²⁸.
- Z pomocy instytucjonalnej korzysta jedynie część potrzebujących seniorów i osób zależnych. Znacznie skuteczniejszą formą wsparcia tych osób jest jak najdłuższe utrzymanie ich w środowisku domowym.
- Wzrasta liczba osób objętych usługami opiekuńczymi. W 2019 r. tą formą wsparcia objętych było 7 978 osób. Dla porównania w 2014 r. osób tych było o 2 353 mniej. W 2019 r. w 8 gminach w województwie nikt nie skorzystał z tej formy wsparcia. Może to sugerować, że w gminach tych

²⁸ Raport końcowy z badania pn. „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” 2019 r. (s. 178). Badaniem objęte były wszystkie JST z woj. pomorskiego.

nie spełniono wymogu jakim jest zapewnienie tego rodzaju wsparcia. Wyniki badania dot. oceny potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim pokazują, że zaledwie około 9% szacowanej populacji osób niesamodzielnych w województwie objętych jest usługami społecznymi, a opieką środowiskową jeszcze mniej – 6,6%. W strukturze wsparcia środowiskowego dominują usługi opiekuńcze świadczone w wymiarze kilku godzin tygodniowo, co zdecydowanie nie pokrywa się z zapotrzebowaniem.

- Ze specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2019 r. skorzystało 1 799 podopiecznych (osób, którym przyznano świadczenia). Wyniki badania wskazują także na konieczność rozwijania sieci ośrodków wsparcia oraz dziennych domów pomocy – jako form najbardziej sprzyjających opiekunom i umożliwiających pełnienie innych ról społecznych (walor wychowawczy), a także mieszkań chronionych i wspomaganych, które obecnie mają znaczenie marginalne i nie rozwijają się (korzysta z nich zaledwie około 50 osób).
- W 2024 roku gminy województwa pomorskiego dysponowały 47 234 mieszkaniami komunalnymi. Szczegółowe analizy danych pokazują uszczuplanie się zasobów mieszkaniowych będących w dyspozycji lokalnych samorządów. W 2024 roku liczba mieszkań komunalnych zmniejszyła się o 0,6%, zaś socjalnych o 13,1%. Mieszkania socjalne stanowiły w 2024 roku 8,7% zasobu mieszkaniowego pomorskich gmin, co znacząco przewyższało odsetek rodzin korzystających ze świadczeń pieniężnych pomocy społecznej, który w 2024 roku wyniósł 2,9%²⁹. Natomiast badając zapotrzebowanie na tego typu wsparcie i analizując liczbę wniosków o przydział mieszkania komunalnego można stwierdzić, że najwięcej tego typu wniosków wpływa w gminach miejskich i miejsko-wiejskich (łącznie 86% wniosków). Średnia na gminę liczba wniosków o przydział mieszkania komunalnego w roku 2024 wyniosła niemal 51. Identyfikuje się zatem lukę w dostępie do przystępnych cenowo mieszkań, spełniających wysokie, powszechnie stosowane standardy³⁰ oraz w związku z obserwowanym zjawiskiem ubóstwa energetycznego, także o wysokiej efektywności energetycznej.
- Pracą socjalną świadczoną w instytucjach pomocy i integracji społecznej na Pomorzu w 2019 r. objętych było 37 448 rodzin. Poza tym rodziny objęte wsparciem pomorskich ośrodków pomocy społecznej w 2019 r. korzystały przede wszystkim z następujących usług: poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne, rodzinne) – 5 269 rodzin, interwencja kryzysowa – 553 rodzin. Ponadto zawarto 3 583 kontrakty socjalne.
- Na Pomorzu funkcjonuje dobrze rozwinięta sieć podmiotów zatrudnienia socjalnego, które prowadzą działalność w zakresie reintegracji społeczno-zawodowej osób najbardziej oddalonych od rynku pracy. W 2019 r. w regionie funkcjonowały 23 centra integracji społecznej, 17 klubów integracji społecznej, 2 zakłady aktywności zawodowej. Brakuje jednak spójnego połączenia działalności ww. podmiotów z przedsiębiorstwami społecznymi oraz tzw. otwartym rynkiem pracy.

²⁹ Wyliczenie własne ROPS na podstawie danych GUS. Zgodnie z dostępnymi danymi, za GUS przyjęto, że przeciętna liczba osób zamieszkujących gospodarstwo domowe w 2024 roku wyniosła 2,37 osób, w oparciu o którą wyliczono średnią liczbę gospodarstw domowych.

³⁰ W odróżnieniu od lokali socjalnych, które na ogół charakteryzują się obniżonym standardem.

- W województwie pomorskim stale rozwija się infrastruktura społeczna dedykowana aktywności społecznej seniorów. Według stanu na 2019 r., pomorscy seniorzy mogli skorzystać m.in. z ofert uniwersytetów trzeciego wieku (42), domów (15) i klubów Senior+ (24). Jednak w dalszym ciągu oferta dedykowana seniorom nie zaspokaja w pełni całego zapotrzebowania na tego typu usługi.
- W 2019 r. na terenie województwa funkcjonowało 89 placówek wsparcia dziennego, czyli różnego rodzaju świetlic dla dzieci i młodzieży. We wszystkich tych placówkach było 2 140 miejsc. Przeciętna liczba dzieci, które uczestniczyły w tej formie wsparcia w ciągu całego roku wyniosła 1 631³¹. W kolejnych latach należy spodziewać się wzrostu zapotrzebowania na ww. placówki³².
- W 2019 r. w województwie pomorskim było 26 rodzin wspierających (więcej o 16 w stosunku do 2018 r.), które udzielały pomocy w opiece i wychowaniu dziecka, wspierały w prowadzeniu gospodarstwa domowego lub pomagały w kształtowaniu i wypełnianiu podstawowych ról społecznych 28 potrzebującym rodzinom.
- Liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej, od czasu obowiązywania ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej tj. od 2011 r. utrzymuje się na podobnym poziomie – w 2019 r. były to 4 993 osoby. Jednocześnie odsetek dzieci umieszczanych w pieczy instytucjonalnej stanowi mniejszość – 19,7% wszystkich dzieci w pieczy zastępczej w województwie, na rzecz pieczy rodzinnej – 80,3%. W analizowanym roku w regionie funkcjonowało 2 347 rodzin zastępczych.
- Na terenie województwa pomorskiego funkcjonuje 47 różnego rodzaju placówek dla osób doświadczających bezdomności. Są to noclegownie, schroniska w tym schroniska z usługami opiekuńczymi oraz ogrzewalnie w tym schroniska z usługami opiekuńczymi oraz ogrzewalnie. Dodatkowo prowadzone są placówki pomocy doraźnej, które oferują m.in. odzież lub posiłki dla osób bezdomnych.
- W województwie funkcjonuje jedna RPOT. W Domu im. Janusza Korczaka RPOT w Gdańsku (jednostka samorządowa Województwa Pomorskiego) w 2019 r. przebywało 45 dzieci.

Wnioski

- W dalszym ciągu wsparcie osób niesamodzielnych opiera się w dużej mierze na wsparciu instytucjonalnym. Brakuje przejścia do wsparcia udzielanego na poziomie społeczności lokalnych (deinstytucjonalizacji).
- W województwie brak jest ośrodków wsparcia oraz dziennych domów pomocy – form najbardziej sprzyjających opiekunom osób niesamodzielnych i umożliwiającym im pełnienie innych ról społecznych, a także mieszkań chronionych i wspomaganych, które obecnie mają znaczenie marginalne i nie rozwijają się.
- Rośnie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, tymczasem nie wszystkie gminy w województwie zapewniają tego rodzaju wsparcie dla swoich mieszkańców.
- Należy zwiększać zakres publicznego zasobu mieszkaniowego w gminach, w szczególności przystępnych cenowo, spełniających wysokie, powszechnie obowiązujące standardy mieszkania o wysokiej efektywności energetycznej. Zasób ten powinny stanowić również mieszkania treningowe i wspomagane.

³¹ Dane ze sprawozdań WRiSPZ-P i WRSPZ-G za II poł. 2019.

³² Raport końcowy z badania pn. „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” 2019 r. (s. 219-227).

- Należy w dalszym ciągu rozwijać rodzinne formy pieczy zastępczej, zwłaszcza te specjalistyczne przeznaczone dla dzieci przewlekłe chorych, z niepełnosprawnościami i zaburzeniami psychicznymi. Ważny byłby jednolity przekaz społeczny/kampania o zasięgu regionalnym. Obserwuje się deficyty w kompetencjach osób pełniących funkcję rodzin zastępczych.
- Słabe jest połączenie działalności podmiotów reintegracyjnych (np. CIS/KIS) z zatrudnieniem w przedsiębiorstwach społecznych lub innych podmiotach ekonomii społecznej oraz z tzw. otwartym rynkiem pracy.
- Niska jest dostępność usług aktywizujących osoby żyjące poniżej ustawowej granicy ubóstwa, takich jak m.in. praca ze społecznością lokalną, organizowanie społeczności lokalnych, grupy wsparcia, wolontariat.
- Niezbędny jest rozwój oferty wsparcia aktywności społecznej osób starszych.
- Istnieje potrzeba rozwoju różnych form wsparcia środowiskowego rodzin doświadczających problemów (m.in. uzależnienia, bezradność opiekuńczo-wychowawcza, przemoc w rodzinie). Konieczne jest popularyzowanie takich form wsparcia jak asystenci rodziny, szczególnie dla osób z niepełnosprawnościami np. pełnoletnich wychowanków pieczy zastępczej, placówki wsparcia dziennego, rodziny wspierające, poradnictwo psychologiczne, praca socjalna, organizowanie społeczności lokalnych, kontrakt socjalny i inne.
- Liczb placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży jest niewystarczająca, w kolejnych latach należy dążyć do zwiększenia liczby dzieci i rodzin objętych tą formą wsparcia.
- Obowiązujący model wsparcia dla osób doświadczających bezdomności to przede wszystkim rozwiązania o charakterze interwencyjnym.

Problemy społeczne, osoby i grupy marginalizowane

- Wskaźnik granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) wynoszący 2,0% w 2018 r. był jednym z najniższych w Polsce.
- W związku ze stanem pandemii COVID-19 w 2020 r. oraz wywołanego w jego następstwie kryzysu gospodarczego spodziewać należy się wzrostu liczby osób bezrobotnych, a co za tym idzie również ubogich. Prognozuje się iż w wskaźnik ubóstwa skrajnego w 2021 r. w Polsce może wzrosnąć do 10% (z 5,4% w 2018 r.)³³. Podobnego wzrostu problemu ubóstwa spodziewać należy się również na Pomorzu.
- Szacuje się że w województwie pomorskim zamieszkuje ok. 187,6 tys. osób niesamodzielnych w różnych grupach wiekowych (ok. 8% populacji województwa)³⁴.
- Zmianie ulega profil klienta pomocy społecznej. W strukturze powodów udzielenia pomocy społecznej coraz większą rolę zaczynają odgrywać takie przesłanki jak: niepełnosprawność (36,5% rodzin objętych pomocą społeczną) oraz długotrwała lub ciężka choroba (34,1% rodzin objętych pomocą społeczną). Ma to związek z zachodzącymi zmianami demograficznymi oraz z dość istotnym spadkiem znaczenia ubóstwa jako przesłanki udzielenia pomocy społecznej. Jeszcze w 2014 r. osoby w rodzinach, którym udzielono pomocy z powodu ubóstwa stanowiły 54% osób w rodzinach beneficjentów pomocy społecznej. W 2018 r. odsetek ten wyniósł już 34%.

³³ Społeczne uzupełnienie tarczy antykryzysowej. Ekspertyza. red. dr hab. R. Szarfenberg prof. UW. (str. 8): https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/05/EKSPERTYZA-Spoleczne-uzupelnienie-tarczy-antykryzysowej-1.pdf?fbclid=IwAR2WQFiF-QNcaP9jFgtlUbKbo_M8bt0TmcaQw-si_L6Arz4eUU9LnpXpic

³⁴ Raport końcowy z badania pn. „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” 2019 r. (str. 62).

- Do najczęstszych i najpoważniejszych uzależnień, nie tylko w regionie, należy alkoholizm i narkomania. Funkcjonujący system wsparcia zarówno osób uzależnionych, jak też ich rodzin jest niewystarczający. W ostatnich latach liczba świadczeń udzielonych z powodu alkoholizmu nieco spadła. Liczba rodzin, którym udzielono świadczenia z pomocy społecznej z powodu alkoholizmu w 2017 r. wyniosła 6 264 a w 2019 r. – 5 332 rodzin. Nie świadczy to jednak o ograniczeniu tego zjawiska, ponieważ skala problemu uzależnień jest trudna do zdiagnozowania. Ponadto w niewystarczającym zakresie prowadzona są działania profilaktyczne wśród dzieci i młodzieży, w szczególności o oparciu o programy rekomendowane przez PARPA. Wzrosła natomiast liczba świadczeń udzielonych z powodu narkomanii. W 2017 r. rodzin, którym udzielono świadczeń z tego tytułu w województwie pomorskim było 317, a w 2019 r. – 328.
- Problem bezdomności dotyczy w dalszym ciągu wielu osób w województwie pomorskim. Według przeprowadzonego w 2019 r. (w nocy z 13 na 14 lutego) liczenia osób w kryzysie bezdomności, na terenie województwa przebywało 3 014 takich osób, co stanowi o 305 osób mniej (około 9%) w stosunku do stanu odnotowanego w poprzednim takim badaniu z 2017 r.

Wnioski

- Podobnie jak w innych regionach, w województwie pomorskim w ostatnich latach stale zauważalny był spadek liczby osób ubogich, głównie z powodu dobrej sytuacji na rynku pracy.
- Na przestrzeni ostatnich lat w województwie pomorskim stale spada odsetek osób, którym udziela się pomocy w formie świadczeń z powodu bezrobocia.
- Wzrasta znaczenie wsparcia dla beneficjentów pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności lub długotrwałej, ciężkiej choroby.
- Przez niespodziewany kryzys, wywołany pandemią COVID-19 w 2020 r., wszystkie korzystne trendy mogą ulec odwróceniu. Przeciwdziałanie oraz niwelowanie negatywnych skutków kryzysów powinno być istotnym elementem polityki zdrowotnej i społecznej.
- Konieczna jest systemowa ocena efektywności pomocy w wychodzeniu z bezdomności oraz rozwijanie usług niezbędnych do jej prowadzenia. Potrzebne jest też odchodzenie od jedynie interwencyjnych form wsparcia (schroniska, noclegownie itp.) na rzecz rozwijania alternatywnych form wsparcia (mieszkania wspomagane, chronione). Ponadto wymagane jest udrożnienie systemu opieki zdrowotnej dla osób doświadczających bezdomności, które ze względu na stan zdrowia powinny trafić do innych placówek, jak ZOL lub ZOP.
- Ważnym wyzwaniem jest integracja imigrantów ze społecznością lokalną. Widoczny w ostatnich latach coraz większy napływ imigrantów, głównie z Europy Wschodniej, nie powinien być postrzegany wyłącznie w kategoriach zasilania rynku pracy. Niezmiernie ważne jest tworzenie odpowiednich warunków do budowania wspólnej przestrzeni, która umożliwi społecznościom imigrantów nawiązywanie kontaktów i budowanie więzi ze społecznością lokalną.

Organizacja i zasoby systemu ochrony zdrowia, w tym infrastruktura

- W województwie pomorskim w 2019 r. funkcjonowało 49 szpitali, w tym 30 szpitali w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - PSZ („sieci szpitali”) oraz 3 szpitale tzw. „psychiatryczne”. Liczba szpitali zmalała w porównaniu do 2014 r.

- o 9. W 2019 r. liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców wyniosła 36,0 (w 2013 r. - 41,2) i była najniższą wartością w kraju³⁵.
- W ramach systemu PSZ („sieci szpitali”), którego zadaniem jest zapewnienie kompleksowej opieki na oddziałach, w przyszpitalnych poradniach specjalistycznych i rehabilitacji oraz świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, funkcjonowało w 2019 r. 11 szpitali I stopnia, 5 szpitali II stopnia, 7 szpitali III stopnia oraz 7 szpitali pozostałych poziomów zabezpieczenia tj.: 5 poziomu ogólnopolskiego, 1 pediatryczny oraz 1 pulmonologiczny.
 - Liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej³⁶ – przychodni łącznie z praktykami lekarskimi³⁷ w 2020 r. wyniosła 1114. Na 1 podmiot przypadało średnio 1795 osób i była to najwyższa średnia w Polsce. Na 1 mieszkańca przypadło 7,4 porad ambulatoryjnych (w 2019 r. – 8,4 porad). Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej wyniosła 508, zostało udzielonych 9,4 mln świadczeń dla pacjentów (w 2019 r. – 10,5 mln).
 - Dzięki przekształceniom w spółki prawa handlowego podmioty lecznicze funkcjonujące na terenie województwa są zarządzane w sposób efektywniejszy, gospodarka finansowa jest przejrzysta zarówno w zakresie zarządzania wewnątrz spółek, jak i funkcjonowania w otoczeniu.
 - Na terenie województwa pomorskiego funkcjonuje Gdański Uniwersytet Medyczny, który jest jedyną wyższą uczelnią medyczną w regionie. GUMed (wraz z Politechniką Gdańską) został uhonorowany mianem Uczelni Badawczych. Jest także najbardziej umiędzynarodowioną uczelnią Pomorza³⁸. Poprzez realizację procesu kształcenia, GUMed pełni kluczową rolę w kształceniu przyszłych kadr w zawodach medycznych oraz prowadzi proces kształcenia podyplomowego. Szpitale kliniczne, dla których GUMed jest organem tworzącym, czyli Uniwersyteckie Centrum Kliniczne i Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, w ramach realizacji świadczeń szpitalnych w zakresie PSZ realizują ok. 40% wszystkich świadczeń w regionie.
 - Liczba łóżek w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie wzrasta (z 66,4 w 2012 r. do 71,8 w 2019 r.), ale jest niższa niż średnia w kraju (96,3) i jedną z niższych wśród województw. Niedostosowana oraz niewystarczająca jest organizacja i infrastruktura systemu ochrony zdrowia do procesów demograficznych, w szczególności wobec potrzeb osób starszych. Brak jest łóżek i poradni geriatrycznych, które kompleksowo zapewnią opiekę osobom starszym z wieloma schorzeniami, wymagającym podejścia interdyscyplinarnego oraz miejsc w zakładach opieki długoterminowej dla pacjentów, u których wyczerpano już możliwości diagnostyczno-terapeutyczne, a stan ich zdrowia wymaga opieki i pielęgnacji.
 - Na terenie województwa pomorskiego w 2020 r. funkcjonowało łącznie 7 szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów uzdrowiskowych z 2058 łóżkami³⁹. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego leczyło

³⁵ W 2019 r. liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców dla Polski wyniosła 43,5 (w 2013 r. - 48,8). Źródło danych GUS.

³⁶ Źródło danych GUS.

³⁷ Indywidualna lub grupowa praktyka lekarska, zgodnie z objaśnieniem w ustawie o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 t.j. z dnia 2021.04.16).

³⁸ Na podstawie najnowszego raportu Studenci zagraniczni w Polsce 2020, przygotowanego w ramach programu Study in Poland, realizowanego przez Konferencję Rektorów Akademickich Szkół Polskich i Fundację Edukacyjną Perspektywy.

³⁹ Bank danych lokalnych GUS oraz analiza własna na podstawie danych GUS.

się stacjonarnie 13,6 tys. kuracjuszy oraz 1,6 tys. ambulatoryjnie⁴⁰. Pod względem liczby łóżek pomorskie plasuje się na 7. miejscu w kraju ze wskaźnikiem łóżek na 10 tys. mieszkańców wynoszącym 8,8. Dla porównania w województwie zachodniopomorskim wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców wyniósł 62,7 (107,9 tys. kuracjuszy leczących się stacjonarnie oraz 5,5 tys. ambulatoryjnie). W 2020 r. widocznie zmniejszyła się liczba kuracjuszy z uwagi na wprowadzone obostrzenia związane z pandemią covid-19⁴¹.

- Status uzdrowiska nadmorskiego posiadają w województwie Sopot oraz Ustka. Województwo pomorskie z uwagi na swoje położenie geograficzne, bogactwa naturalne (solanki, borowiny) oraz wyjątkowe walory klimatyczno-przyrodnicze i rekreacyjne nadmorskich terenów posiada duży potencjał do rozwoju, w tym zwiększenia bazy zasobów lecznictwa uzdrowiskowego oraz wykorzystania go dla poprawy zdrowia mieszkańców.
- Duże wyzwanie organizacyjne wiąże się z rozwojem opieki koordynowanej oraz usług telemedycznych. Do 2020 r. wprowadzone zostały do systemu kontraktowania i rozliczania świadczeń m.in. koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał). Natomiast pilotaże kompleksowej opieki nad pacjentem dotyczą m.in. Centrów Zdrowia Psychicznego, Krajowej Sieci Onkologicznej, opieki koordynowanej POZ+. Coraz więcej podmiotów leczniczych dostrzega potrzebę włączenia do zespołów diagnostyczno-terapeutycznych psychologa, dietetyka, fizykoterapeuty i pracownika socjalnego.
- Liczba lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu przypadających na 10 tys. mieszkańców w województwie pomorskim w 2019 r. wzrosła do 40,0 (w 2013 r. - 37,5), w Polsce wskaźnik był niższy i wyniósł 39,3 (36,3 w 2013 r.). Natomiast liczba lekarzy pracujących według podstawowego miejsca pracy przypadających na 10 tys. mieszkańców w województwie nieznacznie wzrosła do 21,8 w 2019 r. (w 2013 r. – 19,7). W Polsce wskaźnik ten był wyższy i wyniósł 23,7 (22,1 w 2013 r.). W Okręgowej Izbie Lekarskiej Gdańsk w lutym 2020 r. było zarejestrowanych 8,5 tys. lekarzy wykonujących zawód i 2,4 tys. lekarzy dentyków.
- W 2019 r. liczba pielęgniarek i położnych pracujących według podstawowego miejsca pracy przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa wyniosła 43,5 (w 2013 r. – 49,9). W Polsce wskaźnik ten był znacznie wyższy i wyniósł 56,3 (w 2013 r. – 58,0). Zauważalna jest duża tendencja spadkowa, która będzie kontynuowana w kolejnych latach. Według prognoz wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych w województwie pomorskim w 2030 r. na 10 tys. mieszkańców wynosić będzie 29,0 (w 2016 r. – 46,0) i będzie to najgorszy wynik w kraju.
- Średnia wieku pielęgniarek wzrasta – w 2008 r. wyniosła 44 lata, zaś na koniec 2016 r. – 51 lat, co wskazuje na brak zastępowalności pokoleniowej. Podobnie wzrasta średni wiek położnych – w 2008 r. wyniósł 43 lata, zaś na koniec 2016 r. – 49, co także obrazuje brak zastępowalności pokoleniowej. Obserwuje się duże zainteresowanie wykonywaniem zawodu poza granicami kraju, co stanowi zagrożenie dla możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce.

⁴⁰ Opracowanie GUS – informacje sygnałne - Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2020 r.

⁴¹ W 2019 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego leczycie się stacjonarnie 22,8 tys. kuracjuszy oraz 2 tys. ambulatoryjnie. Pod względem liczby łóżek pomorskie plasowało się na 7. miejscu w kraju ze wskaźnikiem łóżek na 10 tys. mieszkańców wynoszącym 8,5. Dla porównania w województwie zachodniopomorskim wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców wyniósł 64,8. (192,8 tys. kuracjuszy leczących się stacjonarnie oraz 8,1 ambulatoryjnie). Źródło: GUS.

- Na obszarze województwa realizowany jest program pn. „Wolontariat szpitalny” wspierający niedobory kadrowe w zakresie pielęgnacji i opieki nad pacjentami. Wolontariusze wspomagają pracę personelu w codziennej opiece nad pacjentami w pomorskich szpitalach oraz znacząco wpływają nie tylko na jakość opieki, ale także na wizerunek szpitala w oczach chorych i ich bliskich. W 2019 r. w ramach programu współpracowało 1007 czynnych wolontariuszy. Program przybrał 3 formy, dzieląc wolontariuszy na wolontariuszy stałych, akcyjnych oraz pracowniczych. Na koniec 2020 r. z uwagi na toczącą się pandemię COVID-19 w podmiotach leczniczych WP zarejestrowano 288 czynnych wolontariuszy.
- Szereg inwestycji podmiotów leczniczych w bazę diagnostyczną i leczniczą znacząco poprawiło jakość i warunki udzielania świadczeń oraz możliwość specjalistycznej diagnostyki i leczenia. Jednakże należy mieć na uwadze, że uzupełnianie czy wymiana zdekapitalizowanego wyposażenia medycznego jest procesem ciągłym, wynikającym z użytkowania tego sprzętu. Infrastruktura ambulatoryjnej i stacjonarnej ochrony zdrowia w szpitalach wymaga ciągłego dostosowywania do przepisów prawa.
- System ochrony zdrowia stoi w obliczu rosnącego ryzyka występowania sytuacji kryzysowych, takich jak pandemia, zdarzenia masowe czy zagrożenia wynikające z konfliktów zbrojnych. Doświadczenia ostatnich lat pokazały, że znaczna część infrastruktury podmiotów leczniczych nie jest w pełni przygotowana do funkcjonowania w warunkach nagłego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz konieczności zapewnienia ciągłości działania w sytuacjach nadzwyczajnych. Ograniczenia dotyczą w szczególności elastyczności infrastruktury, dostępności specjalistycznych przestrzeni izolacyjnych, zabezpieczenia energetycznego oraz zdolności do szybkiej reorganizacji pracy placówek.
- Ponadto jedną z kluczowych barier jest niewystarczający poziom przygotowania kadry medycznej, paramedycznej oraz kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi do działania w sytuacjach nadzwyczajnych, wymagających szybkiej reorganizacji pracy, współpracy międzyinstytucjonalnej oraz podejmowania decyzji w warunkach presji czasu. W wielu przypadkach kompetencje związane z zarządzaniem kryzysowym, gotowością cywilną czy reagowaniem na zdarzenia masowe nie stanowią stałego elementu systemowego doskonalenia zawodowego.

Wnioski

- Wsparcia i rozwoju wymagają zespoły interdyscyplinarne łączące kompetencje instytucji medycznych, instytucji wspierających pacjentów (pomoc społeczna, organizacje pozarządowe) oraz profesjonalistów systemu ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, opiekunów oraz asystentów medycznych, asystentów zdrowienia, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów), wykorzystujących najnowsze narzędzia technologiczne, w tym telemedycyny i teleopiekę. Istotne jest zapewnienie kompleksowej opieki w taki sposób, aby pacjent był w centrum działań tych interdyscyplinarnych zespołów.
- Efektywność ochrony zdrowia zależy w znacznym stopniu od sposobów i poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, ale i od sposobu zarządzania placówkami.
- Baza zasobów systemu ochrony zdrowia wymaga dostosowania do rosnącego popytu na usługi zdrowotne i opiekuńcze oraz zmian demograficznych. Ponadto, dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców oraz utrzymania ciągłości świadczeń w warunkach kryzysowych niezbędne jest wzmocnienie odporności infrastrukturalnej systemu ochrony zdrowia. Należy wzmacniać potencjał, odporność i możliwość zapewnienia ciągłości działania systemu ochrony

zdrowia na wypadek kryzysów, wynikających m.in. ze zmian klimatu, pojawiających się chorób pandemicznych czy związanych z eskalacją konfliktów zbrojnych na świecie, w tym w zakresie infrastruktury wrażliwej, służącej zapewnieniu ciągłości funkcjonowania szpitali w sytuacjach kryzysowych, a także wzmacnianiu kompetencji i umiejętności pracodawców w sektorze ochrony zdrowia oraz pracowników wykonujących zawody medyczne i paramedyczne.

- Wsparcia wymaga rozwój lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie infrastruktury, dostępności usług rehabilitacji leczniczej oraz wykorzystania bogactw naturalnych. Rozwój dotąd niewykorzystanego w województwie potencjału przyczyni się do wzmocnienia leczenia skutków wywołanych pandemią COVID-19 oraz wykorzystania surowców mających korzystny wpływ na zdrowie.
- Restrukturyzacja podmiotów leczniczych w województwie zatrzymała proces destabilizacji systemu, a jednostki uzyskały istotny impuls rozwojowy. Dzięki zmianie formy własności PL stały się bardziej konkurencyjne oraz zyskały możliwość znacznie szybszego reagowania na zmiany w [otoczeniu.
- Pomimo znaczących nakładów ponoszonych na dostosowywanie infrastruktury ochrony zdrowia do obowiązujących przepisów prawa, potrzeby w tym zakresie w dalszym ciągu wymagają zaangażowania finansowego podmiotów leczniczych i ich właścicieli.
- Niezbędne jest odtworzenie sprzętu i aparatury medycznej oraz doposażenie w innowacyjne technologie, tam gdzie to jest wymagane.
- Polityka kadrowa wymaga porozumienia i współpracy najważniejszych interesariuszy regionalnego systemu zdrowia i wzajemnego kompetencyjnego wzmocnienia. Istnieje potrzeba wprowadzenia czynników motywacyjnych dla kadry medycznej w zakresie ciągłego kształcenia i aktualizacji wiedzy. Kluczową rolę w zakresie kształcenia kadr medycznych oraz rozwoju nowych form diagnostyki i leczenia odgrywa GUMed oraz pozostałe uczelnie wyższe, które kształcą kadry medyczne. Wyzwaniem jest kształcenia kadr na rzecz wdrażania nowatorskich rozwiązań w systemie ochrony zdrowia.
- Poprawa dostępności, jakości i ciągłości świadczeń wymaga rozszerzenia koordynowanych form opieki o kolejne obszary.

Dostęp do świadczeń medycznych, jakość usług oraz zarządzanie informacją

- W województwie pomorskim (według danych na luty 2020 r.⁴²) najdłuższy czas oczekiwania na świadczenie medyczne dla przypadków stabilnych (powyżej 600 dni) dotyczy: endoprotezoplastyki stawu kolanowego (1014,5 dni), oddziałów okulistycznych dla dzieci (859,0 dni), endoprotezoplastyki stawu biodrowego (824,4 dni), zabiegów w zakresie soczewki – zaćmy (697,1 dni), leczenia protetycznego (654,3 dni), leczenia aparatem ortodontycznym (629,1 dni) oraz poradni uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (617,1 dni).
- Nieznacznie poprawia się dostępność na świadczenia z zakresu diagnostyki obrazowej (TK, MR), leczenia zaćmy oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego, m.in. poprzez zwiększenie finansowania NFZ.
- Dzięki wprowadzeniu świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) poprawiła się w Polsce dostępność do rehabilitacji kardiologicznej. Na terenie województwa pomorskiego świadczenia te udzielane są w 3 podmiotach leczniczych. Dodatkowo dostępność do

⁴² Platforma – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych MZ – Mapy Potrzeb Zdrowotnych

rehabilitacji kardiologicznej poprawia w województwie realizacja wieloletniego Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej – Rehabilitacja Kardiologiczna.

- Wzrost kwoty przeznaczanej przez NFZ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej nie przekłada się na znaczącą poprawę dostępności szczególnie w takich dziedzinach jak: psychiatria dzieci i młodzieży, psychiatria środowiskowa, rehabilitacja stacjonarna i środowiskowa w tym dla dzieci i młodzieży, kardiologia zachowawcza czy opieka długoterminowa.
- Niskie wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i niewystarczające umiejętności korzystania mieszkańców z ich zasobów i pełnionej funkcji w systemie ochrony zdrowia przekłada się na coraz bardziej widoczne nadmierne przeciążenie w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR). Pacjenci czekają na pomoc wiele godzin, część z nich nie ma świadomości lub realnych możliwości uzyskania pomocy w innych podmiotach działających w ramach systemu.
- Z uwagi na małą liczbę zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w województwie, świadczenia takie wykonuje się na niewspółmiernie małą skalę. Przekłada się to także na utrudnioną dostępność do tego typu świadczeń. Na jedno miejsce rehabilitacji w basenie solankowym dla dzieci przypada ok. 26 chętnych - od 3 miesięcznych maluchów poprzez dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością. Na chwilę obecną takiej pomocy potrzebuje ok. 25 000 dzieci⁴³.
- Występuje nierównomierne rozmieszczenie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w województwie, niska dostępność jest na obszarach wiejskich i w małych miastach, szczególnie z zachodnich i południowych powiatów. Kadra medyczna oraz rozmieszczenie świadczeń wysokospecjalistycznych skoncentrowane są w aglomeracji trójmiejskiej.
- Na koniec 2019 r. akredytację posiadało 86% podmiotów leczniczych WP (12 na 14 jednostek), natomiast łącznie w regionie certyfikat posiadało 20 szpitali. W 2018 r. odnotowano wzrost liczby pozyskanych certyfikatów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie. Certyfikatem akredytacyjnym na koniec 2018 r. dysponowało łącznie 86% szpitali, zatem w stosunku do 2017 r. odnotowano wzrost o 14 pp.
- Większość jednostek organizacyjnych wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie spełnia standardy jakości zgodne z normami ISO (System Zarządzania Jakością 9001, System Zarządzania Środowiskowego, System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji). Ponadto SWP od 2017 r. rozwija nowatorski Program doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie.
- Obserwuje się znaczący wzrost interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych oraz znaczącą rozbudowę infrastruktury w placówkach służby zdrowia. Wszystkie podmioty lecznicze, dla których Województwo Pomorskie jest podmiotem tworzącym, uczestniczą w projekcie „Pomorskie e-Zdrowie”, umożliwiającym poprawę jakości i dostępności usług medycznych. W województwie brak jest bazy danych, która pozwoliłaby na bieżący monitoring potrzeb zdrowotnych w oparciu o dane statystyczne. Niezbędna staje się współpraca samorządów z organami centralnymi oraz możliwość wspólnej realizacji e-usług dla obywateli. Rozwój i integracja z centralną elektroniczną platformą gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów

⁴³ Źródło: Miasto Sopot

cyfrowych o zdarzeniach medycznych (P1) pozwoli na usprawnienie procesów związanych z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem i sprawozdawczością z ich realizacji, dostępem do informacji o udzielanych świadczeniach oraz publikowaniem informacji w obszarze ochrony zdrowia.

- Jednakże w dalszym ciągu dostęp podmiotów leczniczych do infrastruktury sieci szerokopasmowych jest niewystarczający. Dodatkowo brak jest interoperacyjności systemów informatycznych między różnymi podmiotami pomorskiego systemu zdrowia. Utrzymuje się niedofinansowanie procesów informatyzacji związane z sytuacją finansową podmiotów leczniczych.
- Podmioty lecznicze realizują projekty zaliczane do grupy badawczo-rozwojowej (B+R). Brakuje wsparcia kierowanego do podmiotów, których potencjał nie jest w tym zakresie wykorzystywany.

Wnioski

- Istnieje potrzeba wprowadzenia opieki koordynowanej z wykorzystaniem usług telemedycznych w jednostkach chorobowych dotychczas nie objętych takimi rozwiązaniami, co umożliwiłoby skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.
- Wzrasta ryzyko zagrożenia zdrowia i życia dla pacjentów w stanach nagłych.
- Niewykorzystany potencjał województwa w zakresie rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego przekłada się na ograniczenie dostępności do świadczeń usług uzdrowiskowych.
- Sukcesywne podnoszenie jakości usług zdrowotnych przełoży się na spadek liczby zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych oraz wzrost bezpieczeństwa pacjentów.
- Istotne jest utrzymywanie przez podmioty lecznicze zewnętrznych systemów jakości, w szczególności Certyfikatu Akredytacyjnego MZ, który przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjenta oraz uzyskanie dodatkowego finansowania funkcjonowania podmiotu.
- Brakuje efektywnego systemu monitorowania systemu zdrowia. Pomorski system zdrowia, jak wszystkie w kraju, nie dysponuje danymi pozwalającymi na rzetelną i obiektywną ocenę dostępności do świadczeń.
- Dalszego rozwoju wymaga Program doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie.

Realizacja usług społecznych przez organizacje pozarządowe oraz podmioty ekonomii społecznej

- Na Pomorzu funkcjonuje ok. 9 tys. organizacji pozarządowych, jednakże ich potencjał w zakresie świadczenia usług społecznych jest niewykorzystany, co wynika przede wszystkim z braków kadrowych i ich słabej kondycji finansowej. Ok. 10% organizacji pozarządowych prowadzi działalność gospodarczą⁴⁴.
- Z przedsiębiorstwami społecznymi współpracuje jedynie 10,6% JST, 18,3% ze spółdzielniami socjalnymi, niewidomych i inwalidów, 7,7% z zakładami pracy chronionej, 17,3% z jednostkami reintegracyjnymi (aktywizującymi osoby z niepełnosprawnościami), 12,5% z jednostkami reintegracyjnymi (zatrudnienia socjalnego)⁴⁵.

⁴⁴ Dane własne ROPS.

⁴⁵ Raport końcowy z badania pn. „Ocena potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury społecznej w województwie pomorskim” 2019 r. (s. 313).

- Rozwój ekonomii społecznej w regionie w dużej mierze powiązany jest z funkcjonowaniem ośrodków wsparcia ekonomii społecznej (OWES), które obecnie są ściśle powiązane z funduszami zewnętrznymi (EFS/EFS+).
- Brakuje dywersyfikacji źródeł finansowania organizacji pozarządowych świadczących usługi społeczne, w aspektach rozwoju działalności gospodarczej i odpłatnej⁴⁶.
- Brakuje dedykowanych, dodatkowych źródeł finansowania programów infrastrukturalnych dotyczących wsparcia tych NGO, które realizują usługi społeczne.
- Na terenie województwa pomorskiego w 2019 r. funkcjonowało 51 przedsiębiorstw społecznych wspieranych przez OWES (36 spółdzielni socjalnych, 13 fundacji, 1 stowarzyszenie, 1 spółka non profit)⁴⁷.
- Na koniec 2019 r., na Pomorzu funkcjonowały w sumie 72 spółdzielnie socjalne (w tym 36 posiadających status przedsiębiorstwa społecznego)⁴⁸.

Wnioski

- Skala współpracy JST z PES, a w szczególności z przedsiębiorstwami społecznymi jest niewystarczająca.
- Nie wykorzystuje się potencjału płynącego z trendów związanych ze wzrostem zaangażowania biznesu w zrównoważony rozwój i zaangażowanie lokalne. Poziom profesjonalizacji i ekonomizacji NGO, jako partnera i lidera społecznego jest niewystarczający.
- Rozwój różnych podmiotów ekonomii społecznej powinien być coraz bardziej uniezależniony od finansowanego wsparcia unijnego.
- Brakuje dedykowanych, dodatkowych źródeł finansowania programów infrastrukturalnych dotyczących wsparcia mieszkalnictwa społecznego dla osób zagrożonych wykluczeniem w szczególności seniorów i osób z niepełnosprawnościami, realizowanych we współpracy z NGO.
- Poziom profesjonalizacji i ekonomizacji podmiotów ekonomii społecznej (PES) jest niewystarczający. Wynika on m.in. z niedoboru kompetencji biznesowych w ramach ośrodków wsparcia ekonomii społecznej, a także uzależnienia dotychczasowego wsparcia od środków UE. Występuje też zbytne rozproszenie przeznaczonego dla nich systemu wsparcia.

Relacja pomiędzy systemem pomocy społecznej i systemem ochrony zdrowia⁴⁹

- Współpraca instytucji pomocy i integracji społecznej z POZ w opinii przedstawicieli OPS/PCPR oceniana jest w większości jako poprawna – 42,3%. Nieco słabiej oceniona została natomiast współpraca ze szpitalami – 37,4% badanych przedstawicieli OPS / PCPR oceniało współpracę w tym zakresie jako poprawną. W przypadku pomocy doraźnej odsetek odpowiedzi oceniającej współpracę w tym zakresie jako poprawną wyniósł 41,5%.
- W zakresie współpracy na rzecz konkretnych grup beneficjentów kluczowe wydają się takie grupy jak: osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby w kryzysie bezdomności, osoby z niepełnosprawnościami, współpraca w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom. W opinii

⁴⁶ Badanie Kondycji III sektora, 2018 r.

⁴⁷ Dane pochodzą z ośrodków wsparcia ekonomii społecznej.

⁴⁸ Na podstawie danych KRS.

⁴⁹ Dane pochodzą z badania ankietowego ROPS przeprowadzone z wykorzystaniem Centralnej Aplikacji Statystycznej w sierpniu 2020 r. W badaniu uczestniczyło w sumie 123 OPS oraz 16 PCPR z woj. pomorskiego.

przedstawicieli pomorskich OPS / PCPR współpraca w tych obszarach najczęściej oceniana była negatywnie. Nie oznacza to jednak że brakuje jakichkolwiek pozytywnych ocen współpracy w odniesieniu do tych grup beneficjentów.

- W związku ze zmianą struktury świadczeniobiorców systemu pomocy społecznej, OPS / PCPR powinny współpracować z instytucjami ochrony zdrowia w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami, osób długotrwale chorych oraz w podeszłym wieku.
- W wielu przypadkach brakuje jasnej demarkacji zadań pomiędzy systemem pomocy i integracji społecznej a systemem ochrony zdrowia co wywołuje konflikty kompetencyjne. Szczególnie dotyczy to usług na rzecz osób długotrwale ciężko chorych, osób z niepełnosprawnościami lub w podeszłym wieku. Wsparcie skierowane do ww. grup udzielane jest równolegle przez instytucje medyczne (m.in. ZOL) oraz instytucje pomocy i integracji społecznej (m.in. DPS).

Wnioski

- Skala współpracy OPS/PCPR z instytucjami ochrony zdrowia w niektórych obszarach jest niewystarczająca.
- Istotny jest rozwój kompetencji w zakresie interdyscyplinarnej współpracy profesjonalistów, którzy będą w stanie zapewnić pacjentom niezbędną kompleksową opiekę.

2. Analiza SWOT

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
1. Duży potencjał w obszarze B+R Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Szpitali SWP. 2. Duży potencjał w obszarze dydaktycznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, innych uczelni wyższych oraz Szpitali SWP w zakresie oferty szkoleniowej kadr. 3. Rosnąca liczba wieloletnich i partnerskich programów zdrowotnych umożliwiających efektywne wykorzystanie nakładów finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia. 4. Znaczące wzmocnienie infrastruktury społecznej i zdrowotnej dzięki realizacji projektów finansowanych ze źródeł własnych SWP, środków krajowych i unijnych. 5. Aktywność podmiotów leczniczych w pozyskiwaniu środków finansowych oraz działaniach związanych z modernizacją szpitali. 6. Wypracowany i wdrożony Pomorski System Współpracy i Wsparcia organizacji pozarządowych. 7. Wdrożenie ujednoliconego systemu zarządzania jakością w jednostkach wykonujących działalność leczniczą oraz systematyczne monitorowanie postępów z wdrożenia. 8. Pozyskiwane i utrzymane przez podmioty lecznicze zewnętrzne certyfikaty jakości. 9. Dobrze rozwinięta współpraca i komunikacja z samorządami powiatowymi w zakresie działań w obszarze zdrowia. 10. Rozwój programu „Wolontariat Szpitalny” – wsparcie w opiece poszpitalnej oraz wsparcie osób niesamodzielnych. 11. Nadmorskie położenie województwa oraz warunki klimatyczno-przyrodnicze i posiadane bogactwa naturalne (solanki, borowiny) umożliwiają rozwój lecznictwa uzdrowiskowego.	1. Wysoka zachorowalność i umieralność spowodowana niektórymi chorobami cywilizacyjnymi. 2. Nierównomierne rozmieszczenie łóżek w placówkach na terenie województwa, w szczególności w opiece długoterminowej. 3. Nierównomierne rozmieszczenie zasobów (placówek i kadr) i związana z tym nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz usług społecznych. 4. Niedostateczny dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym usług leczenia uzdrowiskowego oraz brak programów umożliwiających ich rozwój. 5. Braki kadrowe profesjonalistów medycznych i społecznych. 6. Niewystarczający stopień interoperacyjności systemów informatycznych między różnymi podmiotami pomorskiego systemu zdrowia. 7. Wieloletnie deficyty finansowe i organizacyjne w lecznictwie psychiatrycznym, w tym brak wystarczającej liczby centrów zdrowia psychicznego. 8. Wciąż niska świadomość wśród mieszkańców na temat roli profilaktyki chorób, aktywności fizycznej oraz zdrowego stylu życia. 9. Fragmentaryzacja oraz niewystarczająca dostępność do świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz opieki koordynowanej, skutkująca m.in. pogarszającą się sytuacją na szpitalnych oddziałach ratunkowych. 10. Stan techniczny infrastruktury szpitalnej wymagający nieustannego dostosowywania do standardów i przepisów prawa. 11. Niski poziom profesjonalizacji i ekonomizacji organizacji pozarządowych. 12. System wsparcia osób niesamodzielnych opierający się w dużej mierze na rozwiązaniach instytucjonalnych (DPS/ZOL).

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
12. Dość dobrze rozwinięta sieć współpracy różnego rodzaju instytucji świadczących wsparcie dla osób wykluczonych społecznie. 13. Bogata oferta usług społecznych świadczonych przez organizacje pozarządowe. 14. Rozwijająca się oferta aktywności osób starszych. 15. Funkcjonujący Metropolitalny Standard Minimum na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 16. Doświadczenie współpracy instytucji pomocy społecznej (OPS/PCPR) z publicznymi służbami zatrudnienia (PUP). 17. Doświadczenie we wdrażaniu różnych form aktywnej integracji w OPS/PCPR. 18. Dobrze rozwinięta sieć podmiotów zatrudnienia socjalnego (CIS/KIS). 19. Rosnąca liczba podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych. 20. Doskonalenie systemu wsparcia organizacji pozarządowych (inicjowanie współpracy partnerskiej, integracji sektora, podejmowania działań fundraisingowych itp.). 21. W stosunku do pozostałych województw duży odsetek ludzi młodych.	13. Mało rozpowszechniona oferta wsparcia w formie mieszkalnictwa społecznego (chronionego, treningowego, wspieranego). 14. Niedostateczne dofinansowanie rozwoju infrastruktury społecznej skierowanej do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. 15. Brak dedykowanych, dodatkowych źródeł finansowania programów infrastrukturalnych dotyczących wsparcia mieszkalnictwa społecznego dla osób zagrożonych wykluczeniem. 16. Niedostosowanie kwalifikacji kadry pomocy społecznej do zmian profilu beneficjentów instytucji pomocowych. 17. Ograniczone możliwości kształcenia kadr w organizacjach pozarządowych, w tym wolontariuszy do realizacji usług społecznych. 18. Niewystarczająca jakość pracy NGO spowodowana niewystarczającym wsparciem instytucjonalnym sektora. 19. Brak wystarczającego wsparcia współpracy międzysektorowej, w tym realizacji innowacji międzysektorowych na rzecz rozwoju regionu. 20. System wsparcia ekonomii społecznej opierający się głównie na środkach pochodzących z UE. 21. Brak koordynacji służb ochrony zdrowia (m.in. szpitale, przychodnie) ze służbami społecznymi (OPS/PCPR). 22. Przewaga interwencyjnych form wsparcia osób doświadczających bezdomności. 23. Niski poziom rozpoznawalności podmiotów ekonomii społecznej. 24. Brak wystarczającej koordynacji działań podmiotów zatrudnienia socjalnego z innymi podmiotami ekonomii społecznej oraz otwartym rynkiem pracy.

SZANSE	ZAGROŻENIA
1. Konsolidacja i przekształcenie większości podmiotów leczniczych skutkujące poprawą jakości zarządzania i zbilansowaniem szpitali SWP. 2. Powiększająca się na rynku pracy podaż menedżerów w ochronie zdrowia i pomocy społecznej. 3. Wzrastająca aktywność organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz usług społecznych. 4. Zmiany w ustawodawstwie ukierunkowane na skoordynowanie działań interesariuszy ochrony zdrowia w regionalnej polityce zdrowotnej. 5. Rozwój deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych oraz społecznych. 6. Centralne regulacje w zakresie stosowania i wdrażania narzędzi systemu e-Zdrowie. 7. Wprowadzanie oraz finansowanie opieki koordynowanej przez władze centralne. 8. Rozwój nowych technologii oraz innowacji, w tym inteligentnych specjalizacji w zakresie usług społecznych oraz zdrowotnych. 9. Stosunkowo dobra sytuacja gospodarcza regionu w tym m.in. niskie bezrobocie, spora liczba podmiotów gospodarczych ułatwiająca aktywizację zawodową osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. 10. Unowocześnienie systemu pomocy społecznej poprzez oddzielenie pracy socjalnej od świadczeń. 11. Możliwość pozyskania dodatkowych środków na inwestycje w infrastrukturę, sprzęt oraz kadry w obszarze zdrowia i pomocy społecznej. 12. Napływ personelu medycznego i opiekuńczego zza wschodniej granicy. 13. Rozwój trendów związanych ze zrównoważonym rozwojem, zaangażowania biznesu w rozwiązywanie problemów społecznych, m.in. zgodnie z Agendą ONZ 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju.	1. Nasilanie się negatywnych procesów demograficznych i cywilizacyjnych, w tym starzenie się społeczeństwa. 2. Brak strategii krajowej na rzecz odejścia od opieki instytucjonalnej do różnych form wsparcia na poziomie społeczności lokalnej (deinstytucjonalizacja). 3. Utrzymywanie się zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb. 4. Niewydolność systemu zdrowia spowodowana brakami kadrowymi. 5. Nieadekwatny do potrzeb system finansowania świadczeń medycznych wpływający na pogarszającą się sytuację finansową wielu podmiotów leczniczych oraz niezadowalająca współpraca między najważniejszymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia. 6. Niska skuteczność reform systemowych w kraju w zakresie ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego i edukacji. 7. Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych, w tym dotyczących chorób cywilizacyjnych oraz zakaźnych. 8. Brak systemowych rozwiązań poprawiających efektywność wykorzystania zasobów POZ oraz AOS. 9. Brak na poziomie krajowym kompleksowej oferty profilaktyki chorób. 10. Zmniejszenie możliwości finansowania inwestycji zdrowotnych oraz społecznych przez sektor publiczny uwarunkowane kryzysem/osłabieniem gospodarczym. 11. Brak wystarczającego systemowego wsparcia dla kompleksowej opieki zdrowotnej. 12. Brak adekwatnego wsparcia skierowanego do osób i grup takich jak: ubodzy pracujący, opiekunowie osób zależnych, imigranci i inni. 13. Kryzys gospodarczy wywołany pandemią COVID-19. 14. Emigracja personelu medycznego i opiekuńczego do krajów zachodnich.

II. CZĘŚĆ WIZYJNA

CEL GŁÓWNY

Zapewnienie mieszkańcom równego dostępu do zindywidualizowanych oraz zdeinstytucjonalizowanych usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia i włączenia społecznego wpływających na poprawę zdrowia, jakość życia oraz aktywność społeczną i zawodową mieszkańców w krótko i długoterminowej perspektywie poprzez realizację działań prowadzących do zwiększenia efektywnego wykorzystania zasobów, podniesienia jakości oraz skuteczności usług medycznych i społecznych, przy jednoczesnym wykorzystaniu nowych technologii, w tym sprzyjających integracji usług medycznych i społecznych.

CEL SZCZEGÓŁOWY 1

Bezpieczeństwo zdrowotne

CEL SZCZEGÓŁOWY 2

Wrażliwość społeczna

Priorytet 1.1

Odpowiedzialność za zdrowie

Priorytet 2.1

Przyjazne usługi społeczne

Priorytet 1.2

Pacjent bezpieczny w swoim środowisku

Priorytet 2.2

Aktywna integracja

Priorytet 1.3

Zasoby ochrony zdrowia

Priorytet 2.3

Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej

III. CZĘŚĆ OPERACYJNA

Cel szczegółowy 1. Bezpieczeństwo zdrowotne

Bezpieczeństwo zdrowotne rozumiane powinno być jako potencjał mieszkańców do dbania o własne zdrowie oraz jako dostępność do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych od profilaktyki po rehabilitację, z uwzględnieniem skutecznych narzędzi technologicznych i komunikacyjnych. Działania podejmowane w ramach celu szczegółowego ukierunkowane będą na wzmacnianie tych elementów oraz zwiększenie ich odporności na sytuacje kryzysowe.

Wskaźniki kontekstowe

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Pielęgniarki i położne na 10 tys. ludności	43,5 PL – 56,3 (2019)	zmniejszenie dystansu do wartości krajowej	GUS
2.	Lekarze na 10 tys. ludności	21,8 PL – 23,7 (2019)	przekroczenie wartości krajowej	GUS
3.	Zgony z powodu nowotworów oraz chorób układu krążenia na 10 tys. ludności	68,0 (6. miejsce) (2019)	miejsce wśród 3 województw o najniższych wartościach	GUS
4.	Zgony z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania na 100 tys. ludności	17,0 PL – 9,9 (2019)	zmniejszenie dystansu do wartości krajowej	GUS

Priorytet 1.1	Odpowiedzialność za zdrowie	
Zakres tematyczny	W ramach Priorytetu podjęte zostaną działania mające na celu podnoszenie świadomości zdrowotnej oraz rozwijanie kompetencji mieszkańców województwa do samodzielnego i efektywnego zarządzania własnym zdrowiem. Istotne jest zdobywanie wiedzy przez mieszkańców na temat zachowań prozdrowotnych oraz udostępnianie społeczeństwu informacji o stanie zdrowia mieszkańców i czynnikach wpływających na stan zdrowia. Podejmowanie działań związanych z realizacją programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych, działań prozdrowotnych związanych z promocją zdrowego stylu życia, profilaktyką chorób pierwotną i wtórną, edukacją zdrowotną, identyfikacją problemów zdrowotnych (dotyczących m.in. dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, osób pracujących, osób z niepełnosprawnością i osób starszych) przyczyni się do realizacji celu priorytetu, jak również spowoduje zmianę wskaźników zachorowalności i umożliwi interwencję medyczną we wczesnym stadium choroby. W realizacji celu wykorzystane będą kompetencje m.in. medycyny pracy, systemu podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, podejmowane będą działania związane z podnoszeniem świadomości decydentów, podejmowaniem współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Podejmowanie działania ukierunkowane będą na zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności mieszkańca za własne zdrowie, co w głównej mierze opierać będzie się na edukacji prozdrowotnej oraz skutecznym włączaniu organizacji pozarządowych i innych podmiotów do wzmocnienia działań profilaktycznych. W wyniku realizacji działań zostaną zwiększone kompetencje zdrowotne oraz potencjał do wpływania mieszkańców województwa pomorskiego na stan własnego zdrowia. Działania mające wpływać na zmianę lub wzmacnianie zachowań i postaw w ww. obszarze będą realizowane w ramach 2 zobowiązań SWP - zapisanego w Regionalnym Programie Strategicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej oraz przewidzianego w Regionalnym Programie Strategicznym w zakresie edukacji i kapitału społecznego.	
Zobowiązania SWP	Nazwa	
	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych na szczeblu regionalnym oraz lokalnym w celu projektowania efektywnych interwencji	
	Upowszechnianie społecznych kompetencji i wzmacnianie zasobów w zakresie zdrowia	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania

Priorytet 1.1	Odpowiedzialność za zdrowie	
	Dostosowanie poziomu finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rzeczywistych potrzeb mieszkańców województwa pomorskiego oraz zwiększenie i poprawa wyceny świadczeń, pozwalające na pokrycie kosztów ich udzielania.	1. Wnioskowanie o dofinansowanie kosztów realizacji programów polityki zdrowotnej. 2. Wywieranie wpływu na władze publiczne, w szczególności w zakresie przygotowania rekomendacji wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
	Reformy systemowe w zakresie ochrony zdrowia, w tym poprawa funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez wzmocnienie podstawowej i ambulatoryjnej opieki medycznej oraz wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	1. Wywieranie wpływu na władze publiczne, w szczególności dotyczącego zwiększenia oferty centralnych programów dotyczących profilaktyki chorób oraz wzmocnienia działań zachęcających mieszkańców do udziału w programach profilaktycznych. 2. Wnioskowanie o upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie polityki zdrowotnej, w szczególności dotyczących wzorcowych programów polityki zdrowotnej.
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania
	Wymiana wiedzy i doświadczeń z województwami oraz krajami prowadzącymi skuteczną politykę zdrowotną.	1. Wymiana dobrych praktyk w realizacji działań z obszaru profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób, w szczególności w zakresie uczestnictwa podmiotów leczniczych w realizacji centralnych programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej. 2. Współpraca z województwami w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób.
	Wsparcie aktywności podmiotów działających w	1. Monitoring możliwości pozyskania wsparcia dla działań w ochronie zdrowia.

Priorytet 1.1	Odpowiedzialność za zdrowie	
	ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy.	2. Informowanie oraz wspieranie aktywności podmiotów leczniczych.

Wskaźniki rezultatu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba osób uczestniczących w Regionalnych Programach Polityki Zdrowotnej	9,6 tys. (2020)	wzrost o 20%	UMWP
2.	Nakłady finansowe przeznaczone w województwie na zadania z zakresu zdrowia publicznego w przeliczeniu na 1 mieszkańca	32,63 zł (2019)	wzrost o 30%	MZ
3.	Liczba zadań zrealizowanych przez JST z zakresu zdrowia publicznego	1448 (2019)	wzrost o 10%	MZ

Działanie 1.1.1	Budowanie świadomości zdrowotnej
Zakres interwencji	1. Promocja zdrowia, upowszechnianie wiedzy w zakresie zdrowia w instytucjach i wśród mieszkańców poprzez m.in.: edukację zdrowotną, informowanie o aktualnie realizowanych programach badań profilaktycznych i edukacyjnych, kampanie edukacyjne, eventy oraz konferencje. 2. Współpraca z interesariuszami systemu ochrony zdrowia w celu wymiany informacji oraz budowania wspólnej polityki edukacyjnej i informacyjnej w regionie. 3. Współpraca z samorządami terytorialnymi oraz ich jednostkami organizacyjnymi, samorządami zawodów medycznych oraz podmiotami leczniczymi w województwie pomorskim w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz w zakresie kształtowania środowiska sprzyjającego zdrowiu. 4. Podejmowanie działań mających na celu podnoszenie kompetencji m.in. personelu medycznego, nauczycieli, opiekunów w budowaniu świadomości zdrowotnej mieszkańców. 5. Rozwój współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze ochrony zdrowia oraz aktywizacja działalności organizacji pozarządowych w obszarze ochrony zdrowia m.in. poprzez budowanie kompetencji pracowników organizacji w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Działanie 1.1.1	Budowanie świadomości zdrowotnej
	6. Współpraca oraz zaangażowanie różnych sektorów, instytucji, podmiotów leczniczych na różnych poziomach organizacji świadczeń (w tym POZ i AOS), szkół, pracodawców, przedsiębiorców i innych do działań prozdrowotnych.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: 1. dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami 2. partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne 3. innowacyjność 4. cyfryzacja Stosowane obligatoryjnie: 1. wzrost świadomości obywatelskiej Specyficzne: Stosowane jako preferencja: 1. przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe 2. przedsięwzięcia ukierunkowane na aktualne potrzeby społeczeństwa, w szczególności wynikające z danych epidemiologicznych 3. przedsięwzięcia zapobiegające i zmniejszające odsetek osób z niepełnosprawnościami Stosowane obligatoryjnie: -
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba działań informacyjno – edukacyjnych dot. tematyki zdrowotnej organizowanych bądź współorganizowanych przez SWP	10 (2020)	19	UMWP
2.	Odsetek umów zawartych przez SWP z NGO na realizację zadań dotyczących działań prozdrowotnych	3,67% (2020)	4,4%	UMWP

Działanie 1.1.2	Profilaktyka chorób, w szczególności znamienych epidemiologicznie
Zakres interwencji	1. Realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych wynikających z potrzeb danej grupy populacyjnej (w szczególności dzieci, seniorzy, osoby z niepełnosprawnością, osoby przewlekłe chore, itp.) oraz dotyczących w szczególności: chorób nowotworowych, układu sercowo – naczyniowego, chorób i zaburzeń psychicznych, chorób zakaźnych, chorób układu ruchu, chorób układu oddechowego, otyłości, chorób metabolicznych, innych chorób cywilizacyjnych oraz znaczących epidemiologicznie dla regionu. 2. Aktywizacja pracodawców oraz wykorzystanie potencjału medycyny pracy w zakresie ograniczania czynników ryzyka chorób. 3. Bieżący monitoring i analiza potrzeb zdrowotnych w oparciu o ogólnodostępne dane statystyczne i opracowania oraz przy wykorzystaniu narzędzia BI. 4. Współpraca z samorządami terytorialnymi i interesariuszami systemu ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki chorób, wymiany informacji, kreowania warunków sprzyjających zdrowiu oraz budowania wspólnej polityki zdrowotnej w regionie. 5. Współpraca z różnymi sektorami – instytucje, podmioty lecznicze na różnych poziomach organizacji świadczeń (w tym POZ i AOS), szkoły, przedsiębiorcy, organizacje pozarządowe i innymi, w zakresie wspierania działań profilaktycznych wpływających na utrzymanie dobrego stanu zdrowia.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: 1. wzrost świadomości obywatelskiej 2. dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami 3. partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne 4. innowacyjność Stosowane obligatoryjnie: - Specyficzne: Stosowane jako preferencja: 1. przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe 2. przedsięwzięcia o charakterze pilotażowym 3. przedsięwzięcia wykorzystujące nowoczesne technologie medyczne 4. przedsięwzięcia uwzględniające szkolenia dla kadry medycznej 5. przedsięwzięcia ukierunkowane na aktualne potrzeby społeczeństwa, w szczególności wynikające z danych epidemiologicznych 6. przedsięwzięcia, w których stosowane są interwencje o udowodnionej skuteczności Stosowane obligatoryjnie:

Działanie 1.1.2	Profilaktyka chorób, w szczególności zmiennych epidemiologicznie
	-
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba wdrożonych Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej	3 (2020)	6	UMWP
2.	Liczba wdrożonych przez WOMP programów profilaktyki chorób dla pracodawców	3 (2020)	12	WOMP

Priorytet 1.2	Pacjent bezpieczny w swoim środowisku
Zakres tematyczny	W sektorze usług zdrowotnych oraz społecznych nadal dominującą rolę odgrywają formy opieki instytucjonalnej. Wzrastająca zapadalność na choroby cywilizacyjne czy inne choroby zmiennych epidemiologicznie oraz konsekwencje wynikające ze starzenia się społeczeństwa widocznie wpłynęły na zwiększoną potrzebę rozwoju usług świadczonych w formule zdeinstytucjonalizowanej. Oddzielenie fizyczne mieszkańca od lokalnej społeczności i rodziny na czas zapewnienia leczenia i opieki ogranicza jego zdolność oraz gotowość do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. W ramach Priorytetu podjęte zostaną działania mające na celu wspomaganie procesu przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnej społeczności, w pobliżu miejsca zamieszkania. Rozwój zdeinstytucjonalizowanych usług medycznych i opiekuńczych przyczyni się do zwiększenia udziału mieszkańców z problemami zdrowotnymi w życiu społeczności. Realizacja działań na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych oraz społecznych zmniejszy dysproporcje w dostępie do usług oraz poprawi jakość leczenia i życia, w tym osobom nieuleczalnie chorym, wykluczonym oraz zagrożonym wykluczeniem społecznym.

Priorytet 1.2	Pacjent bezpieczny w swoim środowisku	
	Zaplanowane interwencje dotyczyć będą deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, w szczególności w zakresie opieki psychiatrycznej, opieki długoterminowej, opieki nad seniorami oraz osobami z niepełnosprawnością. Upowszechnianie opieki koordynowanej rozumianej jako zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem (począwszy od profilaktyki chorób, przez leczenie, po rehabilitację) odbywać się będzie przy współdziałaniu systemu opieki zdrowotnej z systemem usług społecznych, w tym z NGO. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów konieczne jest także systematyczne weryfikowanie jakości rzeczywistej usług zdrowotnych. Rosnąca świadomość praw pacjenta, a także dynamiczny postęp technologiczny, stymuluje określone oczekiwania oraz wymusza nieustanne działania w zakresie poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, w tym usług towarzyszących. Integracja i koordynacja procesu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą wymaga kompleksowego podejścia. Nieustanna praca w obszarze zarządzania jakością wpływa na poprawę jakości i efektywności świadczeń, konkurencyjności i wiarygodności placówki, co w następstwie usprawnia jej funkcjonowanie, poprawia warunki pracy oraz poziom zadowolenia pacjentów. Stworzona w województwie pomorskim sieć podmiotów leczniczych świadczących usługi zdrowotne o wysokiej jakości ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.	
Zobowiązania SWP	Nazwa	
	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych na szczeblu regionalnym oraz lokalnym w celu projektowania efektywnych interwencji	
	Kontynuacja i rozszerzenie Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania
	Dostosowanie poziomu finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rzeczywistych potrzeb mieszkańców województwa pomorskiego oraz zwiększenie i poprawa wyceny świadczeń,	Wywieranie wpływu na władze publiczne, w tym w szczególności w zakresie rozszerzenia oferty finansowania opieki środowiskowej (w koszyku świadczeń gwarantowanych).

Priorytet 1.2	Pacjent bezpieczny w swoim środowisku	
	pozwalające na pokrycie kosztów ich udzielania.	
	Reformy systemowe w zakresie ochrony zdrowia, w tym poprawa funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez wzmocnienie podstawowej i ambulatoryjnej opieki medycznej oraz wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	1. Wywieranie wpływu na władze publiczne, w tym w szczególności w zakresie skutecznych reform dotyczących wspierania rozwoju deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. 2. Upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie polityki zdrowotnej.
	Przeciwdziałanie deficytom kadrowym w opiece zdrowotnej poprzez kształcenie większej liczby kadr (zwiększenie liczby limitów miejsc na studiach lekarskich i pielęgniarskich oraz limitów miejsc na specjalizacjach lekarskich w dziedzinach szczególnie deficytowych w województwie, zachęty do wchodzenia do zawodu, poprawa sytuacji, warunków pracy i płacy w zawodach medycznych), doprecyzowanie lub uregulowanie prawnego statusu zawodów wspierających kadrę medyczną oraz promowanie zawodów tworzących system ochrony zdrowia.	Wywieranie wpływu na władze publiczne – lobbying, w szczególności w Ministerstwie Zdrowia, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania

Priorytet 1.2	Pacjent bezpieczny w swoim środowisku	
	Wymiana wiedzy i doświadczeń z województwami oraz krajami prowadzącymi skuteczną politykę zdrowotną.	1. Wymiana dobrych praktyk w zakresie rozwoju środowiskowej opieki medycznej. 2. Wymiana i wdrażanie dobrych praktyk w obszarze koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych.
	Wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy.	Monitoring możliwości pozyskania wsparcia dla działań w ochronie zdrowia oraz monitorowanie aktywności podmiotów leczniczych celem wymiany informacji.

Wskaźniki rezultatu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba pacjentów podmiotów leczniczych SWP objętych wsparciem wolontarystycznym w warunkach jednocześnie domowych i szpitalnych	0 (2020)	1000	UMWP
2.	Liczba udzielonych świadczeń medycznych w Centrach Zdrowia Psychicznego w zakresie leczenia ambulatoryjnego, w tym dziennego oraz środowiskowego (domowego)	45,13 tys. (2020)	wzrost o 20%	POW NFZ
3.	Liczba jednostek organizacyjnych w podmiotach leczniczych (Szpitale, POZ) posiadających aktualny certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	28 (2020)	wzrost o 20%	CMJ/MZ

Działanie 1.2.1	Działania na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych i społecznych
Zakres interwencji	- Wsparcie w zakresie organizacyjnym tworzenia nowych i rozwijania istniejących placówek wsparcia środowiskowej opieki zdrowotnej przede wszystkim dla seniorów, dzieci i młodzieży, osób z niepełnosprawnościami, chorobami przewlekłymi, w tym z zaburzeniami psychicznymi. - Rozwój opieki długoterminowej zarówno w warunkach stacjonarnych jak i domowych, w tym rozwój placówek hospicyjno-paliatywnych. - Intensyfikacja koordynacji i współpracy oraz zapewnienie przepływu informacji pomiędzy instytucjami i pracownikami systemów opieki

Działanie 1.2.1	Działania na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych i społecznych zdrowotnej i pomocy społecznej, w tym powstanie przejrzystego systemu informacji o dostępnych usługach zdrowotnych i społecznych. 4. Działania związane z zapewnieniem potrzebującym pacjentom i ich opiekunom faktycznym kompleksowej, zindywidualizowanej opieki również z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych oraz wsparcia społecznego oraz rzeczowego. 5. Działania na rzecz upowszechniania opieki koordynowanej rozumianej jako zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem, przy współdziałaniu opieki zdrowotnej i społecznej. 6. Wsparcie osób niesamodzielnych w opiece poszpitalnej (usługi wolontarystyczne, współpraca z pomocą społeczną) oraz opiekunów faktycznych (np. członków rodziny) poprzez m.in. rozwój opieki wytchnieniowej, teleopieki, szkolenia, wsparcie psychologiczne. 7. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi interesariuszami ochrony zdrowia w zakresie rozwoju deinstytucjonalizacji. 8. Intensyfikacja działań, we współpracy z uczelniami, w kierunku kształcenia oraz pozyskiwania wykształconego personelu sektora zdrowotnego i społecznego oraz doszkalania kompetencji personelu już pozyskanego. 9. Działania na rzecz wymiany wiedzy i dobrych praktyk na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym. 10. Ułatwienie dostępu do korzystania z usług telemedycznych dla seniorów oraz wsparcie osób starszych w samodzielnym funkcjonowaniu poprzez rozwój usług z zakresu telemedycyny. 11. Wsparcie edukacyjno-informacyjne dla personelu medycznego oraz opiekunów osób starszych przy użyciu rozwiązań telemedycznych poprzez organizowanie m.in., szkoleń, warsztatów edukacyjnych w celu ulepszenia świadczonych usług opiekuńczych i medycznych.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: 1. wzrost świadomości obywatelskiej 2. partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne 3. innowacyjność 4. cyfryzacja Stosowane obligatoryjnie: potrzeby grup wymagających szczegółowego wsparcia Specyficzne: Stosowane jako preferencja: 1. przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe

Działanie 1.2.1	Działania na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych i społecznych
	2. przedsięwzięcia o charakterze pilotażowym i testującym 3. przedsięwzięcia wykorzystujące nowoczesne technologie medyczne Stosowane obligatoryjnie: -
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: obszary ze zdiagnozowanym brakiem wybranych świadczeń/usług świadczonych w środowisku lokalnym
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba pozyskanych wolontariuszy, świadczących usługi wolontarystyczne organizowane przez SWP i podmioty podległe u pacjentów w warunkach domowych (wsparcie w opiece poszpitalnej, wsparcie osób niesamodzielnych) i szpitalnych	0 – domowych 288 – szpitalnych (2020)	300 – domowych 500 – szpitalnych	UMWP
2.	Liczba Centrów Zdrowia Psychicznego	2 (2020)	11	MZ/NFZ

Działanie 1.2.2	Wdrożenie narzędzi usprawniających organizację i zarządzanie podmiotami leczniczymi w celu zwiększenia bezpieczeństwa, jakości i efektywności leczenia oraz zadowolenia pacjentów
Zakres interwencji	1. Sukcesywne uzupełnianie, modyfikowanie, wdrażanie oraz monitorowanie Programu doskonalenia jakości. 2. Promocja inicjatyw zwiększających bezpieczeństwo pacjenta, zwłaszcza w lecznictwie zamkniętym. 3. Zaangażowanie i współpraca przy realizacji Programu doskonalenia jakości z interesariuszami systemu ochrony zdrowia. 4. Wdrożenie rozwiązań informatycznych (e-zdrowie) wspierających nadzór nad działaniami w zakresie podnoszenia jakości w podmiotach leczniczych (m.in. rejestr zdarzeń niepożądanych, badanie satysfakcji pacjentów) – np. system typu BI.

Działanie 1.2.2	Wdrożenie narzędzi usprawniających organizację i zarządzanie podmiotami leczniczymi w celu zwiększenia bezpieczeństwa, jakości i efektywności leczenia oraz zadowolenia pacjentów
	5. Promocja rozwiązań o charakterze zdalnym w oparciu o wdrażane istniejące systemy z obszaru teleopieki i telemedycyny. 6. Popularyzacja wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjenta i kultury bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości usług towarzyszących. 7. Popularyzacja wiedzy i promocja instrumentów pomiaru (jakości świadczonych usług) służących porównaniu się między jednostkami i wzajemnemu uczeniu się.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: 1. wzrost świadomości obywatelskiej 2. partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne 3. innowacyjność 4. cyfryzacja Stosowane obligatoryjnie: -
	Specyficzne: Stosowane jako preferencja: 1. przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe 2. przedsięwzięcia o charakterze pilotażowym i testującym 3. przedsięwzięcia wykorzystujące nowoczesne technologie Stosowane obligatoryjnie: -
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: Gdańsk, Sopot, Gdynia, Wejherowo, Kościerzyna, Dzierżążno, Słupsk, Prabuty, Starogard Gdański, Smażyno, Ustka, Zapowiednik.
Przedsięwzięcia strategiczne	1. Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba podmiotów leczniczych SWP niebędących przedsiębiorcą (SPZOZ), które wdrożyły plan działań w zakresie poprawy doskonalenia jakości usług zdrowotnych	0 (2020)	4	UMWP

2.	Liczba zakresów świadczeń medycznych objętych badaniem jakości	0 (2020)	4	UMWP
----	--	-------------	---	------

Priorytet 1.3	Zasoby ochrony zdrowia
Zakres tematyczny	W ramach Priorytetu podjęte zostaną działania mające na celu poprawę dostępności do najnowocześniejszych metod profilaktyki, diagnostyki i terapii, poprzez działania modernizujące i uzupełniające infrastrukturę i wyposażenie podmiotów leczniczych, zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej i uwzględnieniem osiągnięć nowoczesnych technologii oraz potrzeb grup wymagających szczególnego wsparcia oraz rozwój technologii e-zdrowia (w tym telemedycyny i teleopieki), wspieranie działalności badawczo-rozwojowej i innowacji. Planowane inwestycje powinny charakteryzować się efektywnością energetyczną i pozostawać w zgodzie ze zrównoważonym rozwojem. Istnieje potrzeba tworzenia i rozwijania centrów zdrowotnych, które zapewnią kompleksową opiekę dla pacjentów w różnych grupach wiekowych oraz jednostkach chorobowych. W szczególności ważne dla regionu będą centra: chorób metabolicznych, leczenia bólu, pediatriczne, chorób serca i naczyń, onkologii, zdrowia psychicznego, narządu ruchu, okulistyki, chorób płuc, urologii i andrologii oraz leczenia mózgu. Ponadto należy zwrócić uwagę także na dziedziny ochrony zdrowia w zakresie alergologii, chorób zakaźnych, anestezjologii i intensywnej terapii, ginekologii, położnictwa i neonatologii oraz geriatry, z uwagi na zwiększony popyt na świadczenia w tym zakresie. Zostaną także podjęte działania służące unifikacji usług e-zdrowia. Priorytet skupia się również na dostosowaniu zasobów organizacyjnych i ich funkcji do rzeczywistych potrzeb i populacyjnych wyzwań zdrowotnych oraz wzmacnianiu zasobów ludzkich, takich jak: kadry systemu ochrony zdrowia oraz wolontariusze. Kwestię zasobów ochrony zdrowia należy rozpatrywać kompleksowo, także z uwzględnieniem dostępności i poziomu kompetencji profesjonalnych kadr wykonujących zawody medyczne. Z uwagi na ograniczone kompetencje SWP w powyższym zakresie element ten jest brany pod uwagę w przedmiotowym priorytecie jako czynnik niezależny, ale warunkujący inne aktywności. Jednocześnie integralnym elementem interwencji powinny pozostać inicjatywy służące podniesieniu kompetencji i dostępności kluczowych kadr w ochronie zdrowia. Efektami interwencji będzie udoskonalenie ośrodków świadczących wysokiej jakości usługi zdrowotne w zakresie leczenia podstawowego, ambulatoryjnego, uzdrowiskowego i specjalistycznego, współpracujących

Priorytet 1.3	Zasoby ochrony zdrowia	
	ze sferą badawczo-rozwojową oraz dążących do zapewniania szerokiego spektrum usług e-zdrowia. Działania ukierunkowane będą ponadto na wspieranie procesu transformacji świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu usług e-zdrowia i innych rozwiązań innowacyjnych, w kierunku zwiększenia dostępności i jakości oraz na dostosowaniu zasobów organizacyjnych ochrony zdrowia i ich funkcji do rzeczywistych potrzeb, poprzez wskazanie obszarów, które należy przeorganizować, w celu uzyskania skoordynowanej, dostępnej i dobrze rozlokowanej bazy usług leczenia.	
Zobowiązania SWP	Nazwa	
	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych na szczeblu regionalnym oraz lokalnym w celu projektowania efektywnych interwencji	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania
	Dostosowanie poziomu finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rzeczywistych potrzeb mieszkańców województwa pomorskiego oraz zwiększenie i poprawa wyceny świadczeń, pozwalające na pokrycie kosztów ich udzielania.	Wywieranie wpływu na władze publiczne, w szczególności w zakresie rekomendacji wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
	Reformy systemowe w zakresie ochrony zdrowia, w tym poprawa funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez wzmocnienie podstawowej i ambulatoryjnej opieki medycznej oraz wyposażenie samorządów województw w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.	Wywieranie wpływu na władze publiczne w szczególności dotyczący określenia linii demarkacyjnej świadczeń realizowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i ambulatoryjnej opiece (w tym szczególnie nocnej i świątecznej opiece).
	Przeciwdziałanie deficytom kadrowym w opiece	

Priorytet 1.3	Zasoby ochrony zdrowia	
	zdrowotnej poprzez kształcenie większej liczby kadr (zwiększenie liczby limitów miejsc na studiach lekarskich i pielęgniarskich oraz limitów miejsc na specjalizacjach lekarskich w dziedzinach szczególnie deficytowych w województwie, zachęty do wchodzenia do zawodu, poprawa sytuacji, warunków pracy i płacy w zawodach medycznych), doprecyzowanie lub uregulowanie prawnego statusu zawodów wspierających kadrę medyczną oraz promowanie zawodów tworzących system ochrony zdrowia.	Lobbowanie na rzecz rozwoju i zwiększenia dostępności kadr systemu ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowie, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania
	Wymiana wiedzy i doświadczeń z województwami i ośrodkami badawczo-rozwojowymi.	1. Uczestnictwo podmiotów leczniczych w wymianie dobrych praktyk w zakresie innowacyjnych metod leczenia i rozwoju myśli technologicznej. 2. Współpraca międzyregionalna i międzynarodowa dotycząca wymiany wiedzy w zakresie racjonalnej organizacji ochrony zdrowia.

Wskaźniki rezultatu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba specjalistycznych badań medycznych, które wykonano zakupionym diagnostycznym sprzętem	0 (2020)	100 tys.	Podmioty lecznicze SWP

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
	medycznym przez podmioty lecznicze SWP			
2.	Odsetek wdrożonych narzędzi usług e-Zdrowia w stosunku do liczby podmiotów leczniczych SWP	0 (2020)	100%	UMWP

Działanie 1.3.1	Racjonalizacja zasobów ochrony zdrowia
Zakres interwencji	1. Tworzenie, rozbudowa i modernizacja infrastruktury zdrowotnej w celu dostosowania do rzeczywistych potrzeb oraz populacyjnych wyzwań zdrowotnych: – Rozwój i dostosowanie infrastruktury regionalnej bazy szpitalnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, uzdrowiskowej i podstawowej opieki zdrowotnej do rzeczywistych potrzeb, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z uwzględnieniem osób ze szczególnymi potrzebami. – Budowa ładowisk dla śmigłowców ratunkowych przy szpitalnych oddziałach ratunkowych, – Organizacja działalności leczniczej w podmiotach leczniczych, w tym podnoszenie funkcjonalności i jakości wyposażenia oddziałów szpitalnych, w oparciu o realne potrzeby oraz w dostosowaniu do populacyjnych wyzwań zdrowotnych (w tym osób ze szczególnymi potrzebami), poprzez rozbudowę, budowę, nadbudowę, modernizację infrastruktury szpitalnej, doposażenie w sprzęt medyczny, zmniejszenie, rozszerzenie i utworzenie nowych jednostek organizacyjnych, – Tworzenie i rozwój centrów zdrowotnych zapewniających kompleksową opiekę dla pacjentów w różnych grupach wiekowych oraz jednostkach chorobowych, w szczególności w zakresie: centrum chorób metabolicznych, centrum leczenia bólu, centrum pediatriczne, centrum chorób serca i naczyń, centrum onkologii, centrum zdrowia psychicznego, centrum narządu ruchu, centrum okulistyki, centrum chorób płuc, centrum urologii i andrologii oraz centrum leczenia mózgu, – Organizacja i dostosowanie działalności podmiotów leczniczych w zakresie budowania odporności na sytuacje kryzysowe w systemie ochrony zdrowia, w tym realizacja działań umożliwiających szybki i bezpieczny dostęp do opieki zdrowotnej, związana z restrukturyzacją oraz reorganizacją m.in. oddziałów chorób zakaźnych i innych komórek organizacyjnych, które zabezpieczą leczenie chorych,

Działanie 1.3.1	Racjonalizacja zasobów ochrony zdrowia
	również w sytuacjach kryzysowych wynikających m.in. zarówno ze zmian klimatu, pojawiających się chorób pandemicznych czy związanych z eskalacją konfliktów zbrojnych na świecie, – Rozwój deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych poprzez m.in. tworzenie nowych form opieki koordynowanej, wsparcie tworzenia nowych i rozwijanie istniejących placówek wsparcia środowiskowej opieki zdrowotnej (przede wszystkim dla seniorów, dzieci i młodzieży, osób z niepełnosprawnościami, chorobami przewlekłymi, w tym z zaburzeniami psychicznymi) w zakresie inwestycyjnym, w tym m.in. Centra Zdrowia Psychicznego, hostele, – Rozszerzenie działalności rehabilitacji dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży w zakresie infrastruktury i udzielania świadczeń, w tym z wykorzystaniem potencjału lecznictwa uzdrowiskowego, – Utworzenie nowych lub rozszerzenie działalności istniejących poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności, – Utworzenie lub rozszerzenie działalności oraz wyposażenie zakładów opieki długoterminowej w rejonach o niezadowalającej dostępności. 2. Zakup sprzętu medycznego i aparatury medycznej w celu dostosowania dostępności do rzeczywistych potrzeb oraz populacyjnych wyzwań zdrowotnych. 3. Rozwój usług wolontarystycznych poprzez zapewnienie szkoleń dla wolontariuszy oraz zaplecza socjalno-bytowego oraz ochronnego w podmiotach leczniczych. 4. Monitorowanie i wspieranie rozwoju kompetencji kadr medycznych – Systematyczne analizy przekrojowe w podmiotach leczniczych SWP oraz analizy związane z wdrażaniem poszczególnych zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych, – Wspieranie systemu szkoleń na poziomie podmiotów leczniczych oraz współpracy z podmiotami realizującymi powyższe szkolenia, – Monitorowanie kultury organizacyjnej i satysfakcji personelu z wykonywanych zadań, – Monitorowanie efektywności podnoszenia kompetencji oraz zaangażowania personelu, wpływających na jakość i dostępność realizowanych świadczeń, – Wspieranie i rozwój kompetencji społecznych personelu medycznego, związanych z bezpośrednią obsługą pacjenta, – Podnoszenie umiejętności, kompetencji pracodawców w sektorze ochrony zdrowia oraz pracowników wykonujących zawody medyczne i paramedyczne (w szczególności działania na rzecz zwiększenia gotowości cywilnej, przygotowujące do skutecznego reagowania i działania w różnego rodzaju sytuacjach kryzysowych).

Działanie 1.3.1	Racjonalizacja zasobów ochrony zdrowia
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: - partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne - innowacyjność - potrzeby grup wymagających szczególnego wsparcia Stosowane obligatoryjnie: -
	Specyficzne: Stosowane jako preferencja: - działania kompleksowe - lokalizacja - projekty charakteryzujące się niskoemisyjnością eksploatacji budynków i urządzeń Stosowane obligatoryjnie: -
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: obszary o niezadowalającej dostępności do świadczeń zdrowotnych lub obszary wskazane w mapach potrzeb zdrowotnych albo Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Pomorskiego oraz obszary wskazane na podstawie zdiagnozowanych rzeczywistych potrzeb mieszkańców.
Przedsięwzięcia strategiczne	Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba nowozakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego	0 (2020)	10	Podmioty lecznicze SWP
2.	Liczba nowopowstałych jednostek / komórek organizacyjnych	0 (2020)	40	Podmioty lecznicze SWP

Działanie 1.3.2	Wzmocnienie potencjału ochrony zdrowia
Zakres interwencji	Wykorzystanie narzędzi cyfryzacji i informatyzacji w procesie budowania systemu ukierunkowanego na jakość i dostępność usług zdrowotnych:

Działanie 1.3.2	Wzmocnienie potencjału ochrony zdrowia
	– Rozwój platformy regionalnej oraz powiązanie jej z innymi podmiotami w regionie, gromadzenie danych w banku danych dla celów badawczo – rozwojowych, – Tworzenie, rozwój oraz unifikacja usług e-zdrowia, w tym m.in.: • telemedycyny i teleopieki • narzędzi wspierających opiekę koordynowaną • aplikacji mobilnych • diagnostyki AI • klasyfikacji umożliwiających zapewnienie standaryzacji opieki (ICNP) – Wdrożenie narzędzi służących poprawie jakości komunikacji (pacjent-personel medyczny): • elektroniczne tablice informacyjne • wprowadzenie jednolitej struktury stron www w podmiotach leczniczych (SWP) • wdrożenie rozwiązań usprawniających komunikację z pacjentami z zaburzeniami sensorycznymi • wdrożenie rozwiązań usprawniających komunikację z obcokrajowcami (np. syntezy mowy) – Wsparcie medycyny personalizowanej, w tym spersonalizowanych form komunikacji z pacjentem, – Podnoszenie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych, w tym stałe badanie, monitorowanie i identyfikacja zagrożeń, – Współpraca z ośrodkami badawczymi oraz podmiotami leczniczymi w zakresie wymiany danych dla potrzeb AI, w tym wzmocnianie potencjału diagnostyki. – Wdrożenie w szpitalnym systemie informatycznym aplikacji weryfikującej kompetencje pracowników. – Wdrażanie innowacyjnych technologii z zakresu teleopieki i telemedycyny wspierających jakość życia mieszkańców, w szczególności osób starszych i z zaburzeniami psychicznymi oraz upowszechnienie rozwoju innowacyjnych rozwiązań telemedycznych dla mieszkańców, w szczególności seniorów. 2. Zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, wykorzystujących nowoczesną i innowacyjną technologię. 3. Wspieranie działalności badawczo – rozwojowej oraz innowacji w ochronie zdrowia (B+R), wpływających na zwiększenie dostępu do innowacyjnych metod leczenia z wykorzystaniem m.in.: telemedycyny, nowoczesnych technologii diagnostycznych

Działanie 1.3.2	Wzmocnienie potencjału ochrony zdrowia
	i terapeutycznych oraz szpitalnej oceny innowacyjnych technologii medycznych tzw. HB-HTA.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: Stosowane jako preferencja: - partnerstwo, partnerstwo publiczno-prywatne - innowacyjność - cyfryzacja Stosowane obligatoryjnie: -
	Specyficzne: Stosowane jako preferencja - Stosowane obligatoryjnie -
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: obszary wskazane na podstawie zdiagnozowanych potrzeb rozwojowych
Przedsięwzięcia strategiczne	1. Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych

Wskaźniki produktu

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba projektów B+R realizowanych przez podmioty lecznicze SWP	0 (2020)	5	UMWP
2.	Odsetek jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych SWP, które wdrożyły narzędzia służące poprawie jakości komunikacji (pacjent-personel medyczny)	0 (2020)	100%	UMWP

Cel szczegółowy 2. Wrażliwość społeczna

W ramach Celu podjęte zostaną działania służące wyrównaniu warunków życia wszystkich Pomorzank i Pomorzan: włączeniu społecznemu, prewencji wykluczenia oraz zwiększeniu spójności społecznej w regionie a także rozwiązywaniu najważniejszych problemów społecznych.

Działania będą mieć charakter dwutorowy i dotyczyć będą rozwoju zdolności sektora publicznego do pełnego włączenia osób doświadczających wykluczenia oraz jednoczesnego wzmacniania potencjału tych osób do włączenia oraz osiągnięcia możliwie najwyższej jakości życia.

W perspektywie przewidywanych zmian społeczno-gospodarczych i demograficznych szczególnie istotne będzie wsparcie grup szczególnie narażonych na wykluczenie. Ponadto interwencja przewidziana w ramach Celu szczegółowego 2 dotyczyć będzie takich grup jak: rodziny doświadczające problemów opiekuńczo-wychowawczych, przemocy, rodziny i opiekunowie zmagający się z niepełnosprawnością osoby bliskiej, usamodzielniani wychowankowie pieczy zastępczej, bierni zawodowo, ubodzy pracujący oraz osoby doświadczające bezdomności. Prowadzony będzie także monitoring sytuacji społeczno-ekonomicznej ww. grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem.

W ramach realizacji programu priorytetem będzie wzmacnianie samodzielności osób zagrożonych wykluczeniem, ich podmiotowości oraz bezpieczeństwa. W tym kontekście kluczowe będzie zarówno znoszenie barier dostępu ww. grup do usług ogólnych, jak również stałe rozwijanie oferty dedykowanych / zindywidualizowanych specjalistycznych usług społecznych, w szczególności świadczonych w społecznościach lokalnych w formule zdeinstytucjonalizowanej⁵⁰. Istotna będzie również poprawa warunków i dostępności do obiektów infrastruktury społecznej.

Poprawa warunków świadczenia wsparcia na rzecz osób marginalizowanych odbywać będzie się przede wszystkim poprzez wykorzystanie potencjału NGO i PES jako skutecznych realizatorów usług społecznych. W związku z tym konieczny jest rozwój kompetencji sektora społecznego i publicznego w obszarze włączenia społecznego, jak również rozwój instytucjonalny sektora społecznego / pozarządowego.

Poza koniecznością poprawy warunków świadczenia wsparcia na rzecz osób marginalizowanych niezbędne jest podnoszenie wiedzy i świadomości Pomorzan w tym obszarze. Programy mające wpływać na zmianę lub wzmacnianie zachowań i postaw skierowane do mieszkańców województwa będą realizowane w ramach zobowiązania przewidzianego w Regionalnym Programie Strategicznym w zakresie edukacji i kapitału społecznego. Działania te będą skoordynowane i powiązane z interwencją Regionalnego Programu Strategicznego w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej.

⁵⁰ https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/desinstit/

Wskaźniki kontekstowe

Lp.	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Odsetek osób w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej relatywnej granicy ubóstwa	6,2% PL – 13,0% (2019)	utrzymanie się poniżej wartości krajowej	GUS
2.	Wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami	31,6% (2. miejsce) (2019 r.)	utrzymanie drugiego miejsca w kraju	GUS

Priorytet 2.1	Przyjazne usługi społeczne
Zakres tematyczny	W ramach priorytetu realizowane będą działania mające na celu ułatwienie dostępu do usług ogólnych, jak również upowszechnienie oraz podniesienie jakości usług społecznych skierowanych do osób i rodzin / grup zagrożonych wykluczeniem lub wykluczonych społecznie. Powszechne usługi społeczne powinny stać się, podstawowym narzędziem polityki na rzecz włączenia społecznego. Jednocześnie podkreśla się wagę włączenia grup wykluczanych w istniejący system usług publicznych/społecznych (zasada włączenia) i tworzenie oferty usług dodatkowych jedynie w przypadku gdy udział w usługach ogólnych jest dla osób wykluczonych niemożliwy. Taki kierunek działania wpisuje się w strategię prewencji wykluczenia oraz przeciwdziałania segregacyjnemu modelowi realizacji usług na Pomorzu. Usługi dodatkowe/dedykowane osobom wykluczonym dotyczyć mogą wsparcia o charakterze profilaktycznym, interwencyjnym i integracyjnym. Najefektywniejszą formą organizacji ww. wsparcia jest podejście oparte o dostępność usług jak najbliższej odbiorcy. W związku z tym, celem działań ujętych w Priorytecie będzie stopniowe odchodzenie od tradycyjnego wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie zdeinstytucjonalizowanej. W ramach Priorytetu kluczowe będzie upowszechnienie usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej. W celu podniesienia jakości i dostępności usług społecznych niezbędne jest zadbanie o rozwój infrastrukturalny podmiotów świadczących ww. usługi. Możliwe będzie to m.in. dzięki rozwojowi infrastruktury, w której realizowane będą usługi społeczne oraz doskonalenie kompetencji i wzmocnienie zasobów kadrowych realizatorów usług. Ponadto, obiekty infrastruktury społecznej muszą spełniać wszelkie kryteria dostępności (w tym w oparciu o projektowanie uniwersalne) oraz nie mogą nikogo wykluczać z możliwości ich wykorzystania, w tym również osób wymagających intensywnego wsparcia. W związku z tym, działania dotyczyć

Priorytet 2.1	Przyjazne usługi społeczne	
	będą likwidacji wszelkich barier fizycznych i instytucjonalnych w dostępie do ww. infrastruktury. Niezbędne jest również doskonalenie kompetencji kadr świadczących wsparcie na rzecz osób i rodzin zagrożonych/wykluczonych społecznie. Natomiast ułatwienie dostępu do usług ogólnych będzie również realizowane poprzez zwiększanie publicznego zasobu mieszkaniowego w gminach, spełniającego kryteria: dostępności architektonicznej dla osób z niepełnosprawnością, przystępności cenowej, wysokiego standardu oraz wysokiej efektywności energetycznej. Zasób ten powinny stanowić również mieszkania treningowe i wspomagane.	
Zobowiązania SWP	Nazwa	
	Koordynacja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych w województwie	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania
	brak	brak
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania
	Współpraca międzyregionalna i międzynarodowa dotycząca wymiany wiedzy w zakresie organizowania usług w społeczności lokalnej	1. Realizacja projektów partnerskich w zakresie rozwoju usług społecznych z instytucjami spoza województwa pomorskiego. 2. Organizacja wydarzeń upowszechniających dobre praktyki w zakresie rozwoju usług społecznych w tym m.in. konferencji, seminariów, wizyt studyjnych.

Wskaźniki rezultatu

Lp	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Osoby, którym decyzją przyznano świadczenia w formie zasiłków stałych (pomoc pieniężna)	16 632 (2019)	10 000	GUS
2.	Odsetek dzieci w pieczy zastępczej przebywających w rodzinnych formach	79,8% (2019)	85%	UMWP

Działanie 2.1.1	Rozwój usług na rzecz włączenia społecznego
Zakres interwencji	1. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. 2. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami. 3. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz seniorów. 4. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz dzieci i młodzieży objętych wsparciem wynikającym z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. 5. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób w kryzysie bezdomności w tym wykorzystanie innowacyjnych form takich jak np. Housing First. 6. Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. 7. Upowszechnienie usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej np. usługi asystenckie, opiekuńcze, specjalistyczne i inne. 8. Poprawa dostępu do usług transportowych dla osób o szczególnych potrzebach m.in. OzN, seniorzy, osoby długotrwale lub ciężko chore. 9. Rozwój oferty opieki wytchnieniowej dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. seniorów, osób z niepełnosprawnościami, długotrwale i ciężko chorych). 10. Rozwój oferty opieki wytchnieniowej i wsparcia psychologicznego opiekunów osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. seniorów, osób z niepełnosprawnościami, długotrwale i ciężko chorych). 11. Rozwój mieszkalnictwa treningowego lub wspomagane, wspierane/z usługami oraz alternatywnych form i modeli rozwiązań w tym zakresie. 12. Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej w szczególności upowszechnianie zawodowych rodzin zastępczych. 13. Rozwój form specjalistycznego wsparcia rodzin zastępczych i adopcyjnych. 14. Rozwój różnych form specjalistycznego wsparcia dla osób doświadczających przemocy w tym w szczególności: kobiet, seniorów, OzN i innych. 15. Tworzenie narzędzi specjalistycznego wsparcia oraz szkolenia dla specjalistów dotyczące metod pracy z osobami doświadczającymi przemocy. 16. Rozwój oferty i działań wsparcia dla rodzin w zakresie pełnienia funkcji rodzicielskich. 17. Animacja społeczności lokalnych, w tym rozwój oferty domów / klubów seniora, domów / klubów sąsiedzkich. 18. Realizacja usług społecznych o charakterze innowacyjnym.

Działanie 2.1.1	Rozwój usług na rzecz włączenia społecznego
	19. Rozwój oferty wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży z rodzin / środowisk marginalizowanych, doświadczających problemów opiekuńczo-wychowawczych w szczególności poprzez takie usługi jak: placówki wsparcia dziennego w tym w formie pracy podwórkowej, streetworking i inne (np. działania polegające na integracji osób defaworyzowanych ze społecznością lokalną). 20. Promocja i upowszechnianie działalności rodzin wspierających w tym m.in. kampanie społeczne na rzecz rodzin wspierających. 21. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób uzależnionych i ich rodzin. 22. Wspieranie działalności grup samopomocowych dla osób uzależnionych i ich rodzin. 23. Pomoc rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywanie szans tych rodzin i osób.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium partnerstwa; 2. Kryterium partnerstwa publiczno-prywatnego. Stosowane obligatoryjnie: Kryterium dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.
	Specyficzne (dla RPS): Stosowane obligatoryjnie: Rozwój usług społecznych powinien przyczyniać się do trwałego odejścia od wsparcia świadczonego w dużych zakładach opieki na rzecz wsparcia na poziomie społeczności lokalnej w obiektach do 8 miejsc, a w mieszkaniach treningowych, wspomaganych i innych formach mieszkań do 3 miejsc (deinstytucjonalizacja).
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: Obszary ponadprzeciętnego wykluczenia społecznego i zdegradowane obszary miejskie.
Przedsięwzięcia strategiczne	Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim Deinstytucjonalizacja usług w obszarze pieczy zastępczej

Wskaźniki produktu

Lp	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej	0 (2020)	15 tys.	UMWP
2.	Liczba zawodowych rodzin zastępczych	554 (2019)	600	UMWP

Działanie 2.1.2	Rozwój infrastruktury na rzecz włączenia społecznego
Zakres interwencji	1. Tworzenie warunków do rozwoju infrastrukturalnego obiektów, w których świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze, w szczególności skierowane do osób z niepełnosprawnościami, długotrwale i ciężko chorych lub seniorów. 2. Tworzenie warunków do rozwoju infrastrukturalnego różnych form mieszkalnictwa na rzecz integracji i włączenia społecznego m.in. wspomagane lub treningowe, z usługami/ze wsparciem np. poprzez budowę, przebudowę i adaptację istniejących lokali oraz rozwój publicznego zasobu mieszkaniowego (mieszkań komunalnych i społecznych) w gminach. 3. Poprawa warunków w istniejących obiektach infrastruktury społecznej, w tym dostosowanie do standardów takich obiektów jak: placówki opiekuńczo-wychowawcze, Regionalna Placówka Opiekuńczo-Terapeutyczna. 4. Likwidacja barier architektonicznych w obiektach infrastruktury społecznej zgodnie z ustawą o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. 5. Budowa lub poprawa warunków w istniejących obiektach infrastruktury społecznej, w tym dostosowanie do standardów następujących obiektów dla osób w kryzysie bezdomności: schroniska, noclegownie, ogrzewalnie, łaźnie, pralnie. 6. Rozwój infrastruktury społecznej na rzecz społeczności lokalnych m.in. poprzez inwestycje dot. domów / klubów seniora, domów / klubów sąsiedzkich oraz poprawa warunków w już istniejących obiektach. 7. Poprawa i rozwój środowiskowej infrastruktury społecznej skierowanej do osób z niepełnosprawnościami np. rozwój infrastrukturalny środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej. 8. Rozwój infrastruktury społecznej na rzecz wsparcia dziennego dzieci i młodzieży.
Kryteria strategiczne	<u>W zakresie infrastruktury społecznej</u> Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium partnerstwa; 2. Kryterium partnerstwa publiczno-prywatnego. Stosowane obligatoryjnie:

Działanie 2.1.2	Rozwój infrastruktury na rzecz włączenia społecznego
Kryteria strategiczne	Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: Przedsięwzięcia wykorzystujące potencjał NGO i PES jako realizatorów usług społecznych oraz jednocześnie przyczyniające się do wzmocnienia infrastrukturalnego i ekonomicznego ww. podmiotów. Stosowane obligatoryjnie: Rozwój infrastruktury społecznej powinien przyczyniać się do trwałego odejścia od wsparcia świadczonego w dużych zakładach opieki na rzecz wsparcia na poziomie społeczności lokalnej w obiektach do 8 miejsc, a w mieszkaniach treningowych, wspomaganych i innych formach mieszkań do 3 miejsc (deinstytucjonalizacja).
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: Obszary ponadprzeciętnego wykluczenia społecznego i zdegradowane obszary miejskie.
Przedsięwzięcia strategiczne	Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim

Wskaźniki produktu

Lp	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba nowopowstałych, wyremontowanych lub dostosowanych do standardów obiektów infrastruktury społecznej	0 (2020)	60	UMWP
2.	Liczba nowopowstałych mieszkań komunalnych lub społecznych	0 (2025)	150	UMWP

Działanie 2.1.3	Doskonalenie kompetencji kadr pomocy i integracji społecznej oraz znoszenie barier instytucjonalnych w miejscach świadczących usługi publiczne
Zakres interwencji	1. Zapewnienie warunków do przygotowania kadry centrów usług społecznych. 2. Szkolenia dla pracowników systemu pomocy społecznej oraz kadry realizującej działania w obszarze wspierania rodziny i pieczy zastępczej (w tym dla NGO), w szczególności w zakresie metod pracy z osobami potrzebującymi pomocy i wsparcia. 3. Doradztwo specjalistyczne dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej, w szczególności w zakresie wdrożenia deinstytucjonalizacji. 4. Superwizje pracowników świadczących wsparcie osobom z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. 5. Współpraca z uczelniami wyższymi w zakresie rozwoju oferty szkoleniowej skierowanej do osób pracujących w obszarze pomocy i integracji społecznej (m.in. OPS / PCPR, NGO). 6. Rozwój kompetencji instytucji publicznych (szkoły, IRP, urzędy gminne i powiatowe, ośrodki pomocy społecznej i in.), NGO i innych podmiotów realizujących usługi publiczne w obszarze włączenia (pełnego dostępu do oferty i możliwości uczestnictwa w niej na równych zasadach) osób z grup wykluczanych poprzez: szkolenia kadr, tworzenie planów działania z obszaru włączenia i świadczenia usług równej jakości, dostarczania narzędzi wspierających obsługę osób z grup zagrożonych wykluczeniem i innych. 7. Budowanie relacji zaufania oraz zrozumienia między usługodawcami a usługobiorcami z grup wykluczanych poprzez różnorodne formuły redukujące bariery dostępu po obu stronach, m.in. poprzez kampanie społeczne promujące wiedzę o osobach zagrożonych wykluczeniem społecznym i pozytywny odbiór grup zagrożonych wykluczeniem, dni otwarte i in.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: Kryterium partnerstwa
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	Systemowe wsparcie polityki na rzecz włączenia społecznego

Wskaźniki produktu

Lp	Wskaźnik	Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba osób przeszkolonych w ramach kształcenia kadr Centrów Usług Społecznych	0 (2020)	25	UMWP
2.	Liczba przeszkolonych pracowników pomocy i integracji społecznej	0 (2020)	2000	UMWP

Priorytet 2.2	Aktywna integracja
Zakres tematyczny	Aktywna integracja stanowi element systemu pomocy i integracji społecznej niekierowany na budowanie kompetencji osobistych niezbędnych dla włączenia społecznego osób pozostających na marginesie życia społecznego, ekonomicznego i kulturalnego Pomorza. Co do zasady polega ona na dążeniu do włączenia społecznego osób marginalizowanych poprzez wzmacnianie ich potencjału i zaangażowania. Aktywna integracja oznacza również wsparcie i działania na rzecz osób, które nigdy nie będą mogły podjąć zatrudnienia, takie jak osoby z niepełnosprawnością, które wymagają intensywnego wsparcia. W odróżnieniu od wszelkiego rodzaju pasywnych form wsparcia np. świadczeń pieniężnych wsparcie w ramach aktywnej integracji w dużej mierze zależy od zastosowania adekwatnych i zindywidualizowanych narzędzi, służących rozwojowi osoby wspieranej. Podejście to umożliwia holistyczne rozwiązywanie złożonych problemów społecznych i koncentruje się na wykorzystaniu dedykowanych, specjalistycznych usług społecznych, adekwatnych do potrzeb grup wykluczanych. W ramach Priorytetu realizowane będą działania polegające przede wszystkim na aktywizacji i reintegracji społecznej oraz zawodowej, opartej o analizę barier i potencjału systemowego włączenia osób narażonych i doświadczających wykluczenia z uwagi na wszystkie cechy niezależne. W realizacji ww. działań preferowane będą przede wszystkim przedsięwzięcia wykorzystujące / promujące elementy ekonomii społecznej i solidarnej, która może stanowić efektywne narzędzie włączenia w rynek pracy. Oprócz grup wymienionych specyficznie w kontekście aktywizacji i wsparcia (seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami, imigranci), analogiczne i zindywidualizowane działania będą prowadzone dla wszystkich Pomorzan doświadczających wykluczenia. Przestankami wykluczenia są często niski status ekonomiczny oraz cechy niezależne. Należy podkreślić krzyżowość wykluczenia i dyskryminacji: ubóstwo jest skorelowane z ww. cechami silniej niż w przypadku ogółu populacji. Integracja społeczna ww. osób będzie opierać się o badania i monitoring sytuacji i potrzeb osób zagrożonych wykluczeniem.
Zobowiązania SWP	Nazwa
	Stworzenie regionalnego systemu wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej seniorów, w tym tworzenie warunków do kontynuowania aktywności zawodowej seniorów
	Stworzenie regionalnego systemu wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów
	Koordynacja procesu integracji imigrantów w regionie

Priorytet 2.2		Aktywna integracja	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania	
	Stworzenie mechanizmów zapobiegania przedwczesnemu wycofywaniu się seniorów z rynku pracy	1. Działania na rzecz zmiany przepisów prawa w celu zachęcania pracodawców do zatrudniania osób w wieku okołoemerytalnym / 50+; 2. Rekomendowanie zmiany przepisów prawa w celu zachęcania pracowników do pozostawiania na rynku pracy po osiągnięciu formalnego wieku emerytalnego.	
	Systemowe wsparcie imigrantów poprzez wzmocnienie kompetencji samorządów województw w obszarze rynku pracy, pomocy i integracji społecznej, ochrony zdrowia i edukacji	Uzgodnienie wspólnej agendy migracyjnej na poziomie województw i wystosowanie rekomendacji do właściwych ministrów poprzez Związek Województw RP.	
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania	
	Poprawa systemu aktywizacji społecznej i zawodowej seniorów oraz systemu opieki	1. Wymiana dobrych praktyk promujących aktywność zawodową i społeczną seniorów; 2. Tworzenie katalogu dobrych praktyk.	

Wskaźniki rezultatu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Odsetek osób w wieku senioralnym uczestniczących w zajęciach aktywności ruchowej	25,1% (2018)	30%	GUS
2.	Liczba osób z niepełnosprawnościami zarejestrowanych jako bezrobotni	3 589 (2019)	3 000	GUS

Działanie 2.2.1	Aktywizacja społeczna, zawodowa oraz zwiększenie udziału w życiu publicznym seniorów
Zakres interwencji	1. Rozwój oferty aktywności społecznej dla seniorów w szczególności w formie projektów realizowanych przez NGO oraz grupy nieformalne. 2. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym promowanie potencjału seniorów. 3. Tworzenie lub umożliwienie funkcjonowania sieci, platform współpracy i wymiany dobrych praktyk w zakresie aktywizacji seniorów np. Pomorskie Forum Uniwersytetów Trzeciego Wieku. 4. Wspieranie partycypacji społecznej i obywatelskiej osób starszych poprzez działania animacyjne i doradcze, działalność Pomorskiego Forum Rad Seniorów oraz inicjowanie tworzenia rad seniorów. 5. Promowanie i upowszechnianie aktywności seniorów oraz polityki na rzecz osób starszych np. poprzez organizację konkursu o nagrodę MWP „Pomorskie dla Seniora”. 6. Wspieranie wydarzeń w zakresie promocji zatrudnienia wśród osób powyżej 60 roku życia np. Targi Pracy Seniora. 7. Upowszechnianie informacji oraz promowanie zatrudniania osób starszych. 8. Promowanie idei wolontariatu wśród osób starszych oraz inicjatyw międzypokoleniowych.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2. Kryterium partnerstwa; 3. Kryterium wzrostu zatrudnienia. Stosowane obligatoryjnie: Kryterium dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: Przedsięwzięcia kompleksowe przeciwdziałające samotności i izolacji społecznej osób starszych, promujące starzenie się w dobrym zdrowiu, zwiększające poczucie bezpieczeństwa, rozwijające zainteresowania, przełamujące bariery, wzmacniające kompetencje i zapobiegające przedwczesnemu wycofywaniu się z aktywności zawodowej, promujące relacje międzypokoleniowe.

Działanie 2.2.1	Aktywizacja społeczna, zawodowa oraz zwiększenie udziału w życiu publicznym seniorów
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: Obszary ponadprzeciętnego wykluczenia społecznego i zdegradowane obszary miejskie.
Przedsięwzięcia strategiczne	Regionalny system wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej seniorów

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba uczestników zajęć UTW	7,8 tys. (2020)	10 tys.	UMWP
2.	Liczba rad seniorów	37 (2020)	70	UMWP
3.	Liczba kampanii społecznych, wydarzeń dot. promocji zatrudnienia osób starszych	0 (2020)	15	UMWP

Działanie 2.2.2	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami
Zakres interwencji	1. Przygotowanie do aktywizacji społecznej poprzez diagnozowanie problemów ograniczających samodzielność OzN, w tym niskofunkcjonujących OzN i osób niesamodzielnych tzn. wymagających intensywnego codziennego wsparcia. 2. Inicjowanie budowy kompleksowych rozwiązań w zakresie aktywizacji społecznej OzN, w tym dla osób niesamodzielnych, tzn. wymagających intensywnego codziennego wsparcia. 3. Tworzenie warunków do aktywizacji społecznej i włączenia społecznego wszystkich OzN bez względu na wiek czy stopień niepełnosprawności poprzez uwzględnienie ich uczestnictwa w każdym aspekcie życia Pomorza, w tym: ochronie zdrowia, edukacji, mieszkalnictwie, mobilności i transporcie, kulturze czy organizacji czasu wolnego. 4. Organizacja kursów, warsztatów i konsultacji indywidualnych dla OzN umożliwiających wzmocnienie kompetencji społecznych i zawodowych. 5. Przygotowanie OzN do czynności związanych z zadaniami wykonywanymi u pracodawcy na stanowisku pracy przy wsparciu trenera pracy.

Działanie 2.2.2	Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami
	6. Zdobywanie doświadczenia zawodowego (np. po szkoleniach) w ramach staży u pracodawców wg. określonego programu. 7. Subsydiowanie miejsc pracy u pracodawców poprzez np. prace interwencyjne, roboty publiczne, zatrudnienie wspierane oraz refundację wynagrodzenia z PFRON. 8. Aktywizacja zawodowa opiekunów osób niesamodzielnych tzn. wymagających intensywnego wsparcia codziennego, poprzez rozwijanie różnych innowacyjnych form zatrudnienia (part time job, telepraca, dzielenie etatu itp.). 9. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym promowanie potencjału osób z niepełnosprawnościami w różnych obszarach życiowej aktywności.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2. Kryterium partnerstwa; 3. Kryterium wzrostu zatrudniania. Stosowane obligatoryjnie: Kryterium dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.
	Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: Przedsięwzięcia zgodne z Programem Dostępność Plus.
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo Stosowane jako preferencja: Obszary ponadprzeciętnego wykluczenia społecznego i zdegradowane obszary miejskie.
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba osób z niepełnosprawnościami, które wzięły udział w kursach, szkoleniach i warsztatach z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej	0 (2020)	4000	UMWP
2.	Liczba osób z niepełnosprawnościami, które znalazły zatrudnienie w ramach zatrudnienia wspomaganego	0 (2020)	400	UMWP

Działanie 2.2.3	Wsparcie imigrantów zagrożonych wykluczeniem
Zakres interwencji	1. Inspirowanie działań służących wsparciu imigrantów (w tym repatriantów) zagrożonych wykluczeniem lub wykluczonych społecznie. 2. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu imigrantów, w tym poprzez szerokie upowszechnianie informacji oraz budowanie zaufania do pomorskich instytucji publicznych, jak i organizacji pozarządowych. 3. Wspieranie wydarzeń promujących wielokulturową integrację imigrantów z lokalną społecznością. 4. Tworzenie i umożliwienie funkcjonowania sieci, platform współpracy i wymiany dobrych praktyk w zakresie integracji imigrantów np. Zespół Zadaniowy do spraw regionalnej polityki migracyjnej. 5. Szkolenia/warsztaty dla interesariuszy regionalnej polityki migracyjnej (w tym NGO) realizujących działania w obszarze integracji imigrantów, w tym zwłaszcza imigrantów zagrożonych wykluczeniem.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2. Kryterium partnerstwa. Stosowane obligatoryjnie: Kryterium dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.
	Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: 1. Przedsięwzięcia kompleksowe, obejmujące szeroki katalog form wsparcia z różnych dziedzin; 2. Przedsięwzięcia realizowane na poziomie lokalnym; 3. Przedsięwzięcia wzmacniające kompetencję międzykulturowe instytucji i kadr.
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	!WELCOME – spójny system integracji migrantów w regionie

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba działań informacyjno-edukacyjnych w obszarze przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu imigrantów	0 (2020)	5	UMWP
2.	Liczba osób zaangażowanych w działania na rzecz integracji imigrantów objęta wsparciem	0 (2020)	300	UMWP

Priorytet 2.3	Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej
Zakres tematyczny	Pomorskie organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej, będąc najbliższymi mieszkańców województwa pomorskiego i ich problemów / potrzeb, stanowią jedną z najważniejszych tkanek społecznych Pomorza. Ich rozwój – zarówno tych ukierunkowanych na działania wolontariackie i realizację oddolnych inicjatyw, jak i tych, które wykorzystują narzędzia ekonomiczne do zaspokajania lokalnych i regionalnych potrzeb – powinien zostać wzmocniony. Wsparcie rozwoju instytucjonalnego, wzmocnienie zasobów własnych, a także profesjonalizacja świadczonych usług pozwolą na stworzenie podstaw do stabilnego i zrównoważonego rozwoju sektora pozarządowego i ekonomii społecznej. Interwencja zaplanowana w ramach Priorytetu ma na celu uatrakcyjnienie NGO i PES jako pracodawców, wzmocnienie kompetencji ich kadr, a także wzmocnienie ekonomiczne sektora społecznego, zapewniające mu trwałe podstawy rozwojowe. W efekcie, zaplanowane zostały działania mające na celu trwałe i strukturalne wzmocnienie sektora społecznego, poprawę efektywności i innowacyjności organizacji pozarządowych oraz podmiotów ekonomii społecznej. Dzięki efektywnemu ekonomicznie sektorowi społecznemu wzrośnie poziom usług społecznych zleconych przez JST oraz wzrośnie skuteczność realizacji celów społecznych NGO i PES. Działania te służyć będą podnoszeniu atrakcyjności i specjalizacji ww. podmiotów jako realizatorów usług społecznych oraz jako dostawców/usługodawców na rynku komercyjnym. Kluczową rolę w podnoszeniu jakości usług świadczonych przez PS/ PES będą pełnić OWES. W związku z tym, niezwykle ważne jest aby stale podnosić kompetencje kadry ośrodków, która na co dzień będzie odpowiedzialna za takie działania jak animacja, inkubacja oraz bezpośrednie wsparcie PS/PES. Kluczowe w tym względzie będzie m.in. przygotowanie OWES do realizacji na wysokim poziomie takich usług jak m.in. doradztwo

Priorytet 2.3	Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej	
	biznesowe, ale również usług o charakterze reintegracyjnych dla osób chcących rozpocząć działalność w sektorze ES.	
Zobowiązania SWP	Nazwa	
	Rozwój regionalnego systemu wsparcia instytucjonalizacji i urynkowienia NGO i PES	
	Wspieranie powstawania i konsolidacji platform systematycznej współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami tworzących mechanizm wsparcia oddolnych przedsięwzięć na rzecz rozwoju wspólnot lokalnych	
Oczekiwania wobec władz centralnych	Nazwa	Planowane działania
	Stworzenie regulacji prawnych w zakresie ekonomii społecznej	- Opiniowanie planowanych regulacji prawnych w zakresie ekonomii społecznej i solidarnej; - Upowszechnianie dobrych praktyk, rekomendacji do wykorzystania przy tworzeniu ww. regulacji.
	Dostosowanie ustawy o finansach publicznych do możliwości zawierania wieloletnich umów o wsparcie lub powierzenie realizacji zadania publicznego wynikających z ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	Monitorowanie prac nad nowelizacją ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz zgłaszanie propozycji do zespołu przygotowującego zmianę dokumentu oraz ciał opiniujących przygotowywane zmiany (m. in. Konwent Wojewódzkich Rad Działalności Pożytku Publicznego).
Obszary współpracy międzyregionalnej i międzynarodowej	Nazwa	Planowane działania
	Aktywna współpraca w ramach międzynarodowej sieci wolontariatu wspierającego aktywność obywatelską	- Analiza programów ukierunkowanych na współpracę międzyregionalną i międzynarodową w ramach sieci wolontariatu; - Identyfikacja podmiotów zainteresowanych współpracą międzyregionalną i międzynarodową w zakresie wolontariatu (w szczególności jednostek samorządu terytorialnego i NGO) oraz partnerska realizacja przedsięwzięć; - Upowszechnianie wiedzy o współpracy międzyregionalnej w zakresie wolontariatu.

Wskaźniki rezultatu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Kwota z 1% przekazana przez podatników z woj. pomorskiego dla OPP	57 mln zł (2019)	65 mln zł	Izba Administracji Skarbowej
2.	Odsetek wydatków z budżetów pomorskich JST przekazanych NGO w ramach zadań zleconych	1,16% (2019)	3%	UMWP
3.	Odsetek PS oceniających pozytywnie wsparcie OWES	75,5% (2020)	90%	UMWP

Działanie 2.3.1	Wsparcie organizacji pozarządowych
Zakres interwencji	1. Wzmocnienie zrównoważonych terytorialnie rozwiązań sieciujących organizacje pozarządowe w zakresie profesjonalizacji usług i powszechności dostępu do wsparcia. 2. Wzmocnienie instytucjonalne NGO m.in. poprzez doskonalenie kompetencji pracowników, wolontariuszy (działania doradcze, szkoleniowe, mentoringowe), wsparcie pozyskiwania kadr sektora pozarządowego oraz inwestowanie w rozwój i utrzymanie silnych liderów sektora NGO, wsparcie w procesie aplikacji o środki zewnętrzne w tym pomoc w uzyskiwaniu środków na wkłady własne. 3. Poprawa warunków realizacji zadań publicznych przez NGO (m.in. poprzez wzmocnienie instytucjonalne; elastyczne rozwiązania prawne w umowach itp.). 4. Wzmocnienie NGO w prowadzeniu działalności gospodarczej (klauzule społeczne, współpraca z biznesem – wymiana know-how, kooperacja). 5. Wzmacnianie rozwoju partnerskiej współpracy pomiędzy JST, NGO i biznesem poprzez wdrażanie nowych narzędzi współpracy wzmacniających działania NGO oraz upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie ww. współpracy. 6. Prowadzenie systematycznych działań monitorujących i analitycznych w kontekście kondycji III sektora, współpracy międzysektorowej oraz rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. 7. Wzmacnianie aktywności obywatelskiej i współzarządzania rozwojem lokalnym, w tym np. kampania 1%.

Działanie 2.3.1	Wsparcie organizacji pozarządowych
	8. Popularyzowanie tworzenia przestrzeni wspólnych, coworkingowych dla NGO, które w mniejszym stopniu potrzebują wsparcia infrastrukturalnego. 9. Wsparcie powstawania nowych oraz wsparcie rozwoju istniejących inicjatyw na rzecz współpracy międzysektorowej w województwie. 10. Wsparcie powstawania innowacji społecznych wdrażanych przez NGO i PES, w partnerstwie międzysektorowym. 11. Wzmocnienie wsparcia rzeczniczego NGO takich jak media obywatelskie. 12. Wsparcie JST oraz NGO w tworzeniu i upowszechnianiu rozwiązań cyfrowych zwiększających świadomość obywatelską oraz partycypację społeczną. 13. Wdrożenie mechanizmów kompleksowego wsparcia aktywności obywatelskiej oraz tworzenie trwałych platform współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami i sektorem publicznym.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2. Kryterium partnerstwa; 3. Kryterium wysokiej jakości miejsc pracy.
	Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: 1. Przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe; 2. W zakresie wsparcia NGO w procesie aplikacji o środki na realizację projektów w ramach źródeł zewnętrznych preferowane będą inicjatywy dot. ułatwień w uzyskaniu środków na wkład własny.
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	Pomorski fundusz obywatelski

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Odsetek NGO prowadzących działalność gospodarczą	10% (2020)	15%	UMWP

2.	Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w NGO	10,3 tys. (2018)	15 tys.	GUS
----	--	---------------------	---------	-----

Działanie 2.3.2	Mechanizmy kompleksowego wsparcia wolontariatu
Zakres interwencji	1. Wdrożenie mechanizmów kompleksowego wsparcia wolontariatu. 2. Stymulowanie powstawania klubów i centrów wolontariatu. 3. Wspieranie istniejących klubów i centrów wolontariatu. 4. Koordynacja działań wolontariatu poprzez sieciowanie i promowanie idei form wolontariatu. 5. Wspieranie wolontariatu długoterminowego i pracy społecznej świadczonej przez członków stowarzyszeń, w szczególności zaangażowanego w świadczenie usług społecznych, w organizacjach pozarządowych poprzez kształcenie, promocję, motywowanie. 6. Promowanie działań wolontariackich poprzez działania rzecznicze w mediach obywatelskich. 7. Monitorowanie wolontariatu w regionie.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne: (z SRWP 2030): Stosowane jako preferencja: 1.Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2.Kryterium partnerstwa. Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: Przedsięwzięcia wieloletnie, wielosektorowe oraz kompleksowe.
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba istniejących lub nowopowstałych centrów / klubów wolontariatu, które otrzymały wsparcie	0 (2020)	20	UMWP
2.	Funkcjonowanie Pomorskiego Forum Wolontariatu	0 (2020)	1	UMWP

Działanie 2.3.3	Rozwój ekonomii społecznej
Zakres interwencji	1. Podnoszenie efektywności systemu wsparcia ekonomii społecznej m.in. poprzez wzmocnienie kompetencji kadry OWES np. w zakresie silniejszego urynkowania PES / PS. 2. Tworzenie wysokiej jakości, trwałych miejsc pracy w PES / PS. 3. Wzmocnienie PES / PS jako realizatora usług społecznych poprzez rozwój potencjału organizacyjnego oraz szkolenie kadr. 4. Stymulowanie współpracy pomiędzy biznesem a PES / PS np. poprzez popularyzację outsourcingu PES / PS na rzecz biznesu. 5. Rozwój sieci współpracy PES / PS m.in. popularyzacja inicjatyw klastrowych i konsorcjów. 6. Profesjonalizacja podmiotów ekonomii społecznej m.in. poprzez doskonalenie kompetencji liderów PES / PS. 7. Wzmocnienie ekonomiczne PES / PS m.in. poprzez upowszechnienie wiedzy o dostępności instrumentów finansowanych skierowanych do mikro, małych i średnich przedsiębiorstw. 8. Podnoszenie jakości oraz promocja produktów i usług PES / PS w szczególności tych o zasięgu lokalnym, charakteryzujących się innowacyjnością lub nawiązujących do dziedzictwa regionalnego (sieć dziedzictwa kulinarnego). 9. Tworzenie warunków do szerszego stosowania zrównoważonych zamówień publicznych. 10. Wsparcie działań edukacyjnych i promujących ES w regionie.
Kryteria strategiczne	Horyzontalne (z SRWP): Stosowane jako preferencja: 1. Kryterium wzrostu świadomości obywatelskiej; 2. Kryterium wysokiej jakości miejsc pracy; 3. Kryterium wzrostu zatrudnienia. Specyficzne (dla RPS): Stosowane jako preferencja: W zakresie wzmocnienia PES / PS jako realizatorów usług społecznych preferowane będą przede wszystkim kluczowe w kontekście zmian społeczno-demograficznych usługi tj. np. usługi opiekuńcze, asystenckie i inne wspierające osoby o szczególnych potrzebach w codziennym funkcjonowaniu.
Ukierunkowanie terytorialne – obszary strategicznej interwencji	Całe województwo
Przedsięwzięcia strategiczne	-

Wskaźniki produktu

Wskaźnik		Wartość bazowa	Wartość docelowa (2030)	Źródło danych
1.	Liczba PS utworzonych w wyniku wsparcia OWES	72 (2020)	150	UMWP
2.	Liczba aktywnie działających PES	5,1 tys. (2018)	8 tys.	GUS

IV. SYSTEM REALIZACJI PROGRAMU

1. Struktura wdrażania Programu

Kierownik Programu i Zespół Zarządzający

Za wdrażanie Programu odpowiada Kierownik Programu, którego funkcję pełni dyrektor Departamentu Zdrowia wspólnie z Zastępcą Kierownika Programu, którego funkcję pełni dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej.

Kierownik Programu wykonuje swoje zadania przy pomocy Zespołu Zarządzającego Programem, w skład którego wchodzi przedstawiciele departamentów UMWP oraz jednostek podległych UMWP właściwych z uwagi na zakres tematyczny Programu. Do zadań Zespołu Zarządzającego należy podejmowanie decyzji i działań związanych z bieżącym zarządzaniem Programem.

W realizację poszczególnych priorytetów i działań RPS zaangażowane będą jednostki wdrażające. Główne zadania tych jednostek obejmą m.in. nadzór nad prawidłową realizacją celów Programu, zapewnienie prawidłowej i terminowej realizacji zobowiązań Samorządu Województwa oraz udział w realizacji zidentyfikowanych przedsięwzięć strategicznych. W ramach RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej funkcję jednostek wdrażających pełni będą następujące instytucje:

Priorytet	Działanie	Jednostka wdrażająca
Priorytet 1.1 Odpowiedzialność za zdrowie	Działanie 1.1.1. Budowanie świadomości zdrowotnej	DZ (współpraca z: DES, KMW)
	Działanie 1.1.2. Profilaktyka chorób, w szczególności zmiennych epidemiologicznie	DZ (współpraca z: DES, WOMP)
Priorytet 1.2 Pacjent bezpieczny w swoim środowisku	Działanie 1.2.1. Działania na rzecz upowszechnienia deinstytucjonalizacji, koordynacji i personalizacji świadczeń zdrowotnych i społecznych	DZ (współpraca z ROPS)
	Działanie 1.2.2. Wdrożenie narzędzi usprawniających organizację i zarządzanie podmiotami leczniczymi, w celu zwiększenia bezpieczeństwa, jakości i	DZ

Priorytet	Działanie	Jednostka wdrażająca
	efektywności leczenia oraz zadowolenia pacjentów	
Priorytet 1.3 Zasoby ochrony zdrowia	Działanie 1.3.1. Racjonalizacja zasobów ochrony zdrowia	DZ / Departament Majątku Województwa
	Działanie 1.3.2. Wzmocnienie potencjału ochrony zdrowia	DZ / DC
Priorytet 2.1 Przyjazne usługi społeczne	Działanie 2.1.1. Rozwój usług na rzecz włączenia społecznego	ROPS
	Działanie 2.1.2. Rozwój infrastruktury na rzecz włączenia społecznego	
	Działanie 2.1.3. Doskonalenie kompetencji kadr pomocy i integracji społecznej oraz znoszenie barier instytucjonalnych w miejscach świadczących usługi publiczne	
Priorytet 2.2 Aktywna integracja	Działanie 2.2.1. Aktywizacja społeczna, zawodowa oraz zwiększenie udziału w życiu publicznym seniorów	ROPS
	Działanie 2.2.2. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami	
	Działanie 2.2.3. Wsparcie imigrantów zagrożonych wykluczeniem	KMW (współpraca z ROPS i DRG)
Priorytet 2.3	Działanie 2.3.1. Wsparcie organizacji pozarządowych	ROPS

Priorytet	Działanie	Jednostka wdrażająca
Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej	Działanie 2.3.2. Mechanizmy kompleksowego wsparcia wolontariatu	
	Działanie 2.3.3. Rozwój ekonomii społecznej	

2. Koordynacja Programu z pozostałymi RPS

Za zapewnienie spójności oraz komplementarności przygotowania Programów oraz koordynację ich realizacji odpowiada Zespół Sterujący Strategią. W skład Zespołu wchodzi: Koordynator Strategii (przewodniczący), Kierownicy oraz Zastępcy Kierowników RPS oraz Dyrektorzy DPR, DEFS, DPROW, DF i DO.

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.

3. Ramy finansowe RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej

Realizacja celów RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej finansowana będzie z następujących źródeł:

- a) środki europejskie – tj. przede wszystkim środki pochodzące ze źródeł UE, pozyskane w perspektywie finansowej 2021-2027, jak również inne programy i mechanizmy międzynarodowe;
- b) środki centralne – obejmujące państwowe fundusze celowe oraz inne środki będące w dyspozycji ministerstw i instytucji centralnych, jak również innych podmiotów szczebla krajowego;
- c) środki samorządowe – obejmujące wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa (gminy, powiaty, województwo), spółek komunalnych oraz innych podmiotów i instytucji szczebla regionalnego;
- d) środki prywatne, w tym w systemie partnerstwa publiczno-prywatnego.

Wartość środków publicznych, które można potencjalnie skierować na realizację RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej oszacowano w szczególności na podstawie:

- a) potencjału inwestycyjnego pomorskich jednostek samorządu terytorialnego, które będą zaangażowane w finansowanie zadań inwestycyjnych i innych działań rozwojowych;

- b) możliwości absorpcyjnych regionu związanych ze środkami UE, które będą dostępne w Polsce w latach 2021-2027 w ramach Polityki Spójności, Wspólnej Polityki Rolnej oraz Wspólnej Polityki Rybackiej, a także Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Szacunkowa wartość środków rozwojowych dostępnych na realizację RPS w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej w latach 2021-2030 wyniesie około 9,11 mld zł. Wartość ta wyznacza szeroko rozumianą ramę finansową realizacji RPS. Szacuje się, że samorząd województwa będzie miał bezpośredni i decyzyjny wpływ na ok. 7,35 % tej kwoty, tj. ok. 669,4 mln zł, w tym w ramach przedsięwzięć strategicznych.

W ramach RPS zidentyfikowano 7 przedsięwzięć strategicznych o szacunkowej łącznej wartości 707 mln zł. Szacuje się, że około 291 mln zł z tej kwoty finansowana będzie ze środków własnych Samorządu Województwa Pomorskiego. Udział środków z budżetu SWP ma charakter szacunkowy, a ostateczna ich wartość skierowana na realizację RPS, w tym realizację przedsięwzięć strategicznych uwarunkowana będzie faktycznym potencjałem finansowym SWP w latach 2021-2030*.

Priorytet	Liczba przedsięwzięć strategicznych	Szacunkowa wartość całkowita przedsięwzięć	W tym szacunkowy udział środków z budżetu SWP*
1.2 Pacjent bezpieczny w swoim środowisku	1	423 000 000 zł	281 300 000 zł
2.1 Przyjazne usługi społeczne	3	257 730 000 zł	4 575 000 zł
2.2 Aktywna integracja	2	10 986 220 zł	5 205 641 zł
2.3 Stabilny i profesjonalny sektor pozarządowy i ekonomii społecznej	1	15 530 000 zł	-
SUMA	7	707 246 220 zł	291 080 641 zł

4. System monitorowania i oceny realizacji RPS

Proces monitorowania i oceny Programu będzie elementem Pomorskiego Systemu Monitoringu i Ewaluacji (PSME) oraz obejmie wykorzystanie szeregu narzędzi służących do opracowania rocznych **raportów z realizacji Programu**.

Podstawowymi narzędziami monitorowania realizacji Programu będą:

- a) **baza informacji i wskaźników** określonych na poziomie celów szczegółowych, priorytetów i działań. 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 RPS.

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) analizę postępu realizacji celów i priorytetów Programu;
- d) analizę zmian wartości założonych wskaźników;
- e) analizę rzeczowo-finansową podjętych działań;
- f) ocenę stopnia zaawansowania przedsięwzięć strategicznych realizowanych w ramach Programu;
- g) ocenę postępu realizacji zobowiązań SWP w zakresie Programu, wynikających ze SRWP;
- h) wnioski dotyczące istotnych problemów zidentyfikowanych w trakcie realizacji Programu;
- i) rekomendacje w zakresie planowanych działań.

Bardzo ważną rolę w procesie wdrażania Programu będą odgrywały badania ewaluacyjne, których wyniki, wraz z ewentualnymi rekomendacjami, będą przedstawione w **raportach z realizacji Programu**. Będą one stanowić wsparcie do oceny sprawności systemu wdrażania Programu, jak też wpływu jego realizacji na rozwój regionu i osiągnięcie celów SRWP.

V. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Charakterystyka zobowiązań wynikających z SRWP 2030

Zobowiązanie z SRWP 2030	Monitorowanie potrzeb zdrowotnych na szczeblu regionalnym oraz lokalnym w celu projektowania efektywnych interwencji
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	DZ
Termin realizacji	2021-2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Zbieranie i gromadzenie danych statystycznych, opracowań, biuletynów z ogólnodostępnych źródeł. 2. Prowadzenie analiz na podstawie danych źródłowych oraz ogólnodostępnych biuletynów i opracowań tematycznych 3. Wdrożenie systemu analizy biznesowej (BI) na potrzeby monitorowania potrzeb zdrowotnych województwa pomorskiego. 4. Szkolenia z zakresu wykorzystania narzędzia BI do analityki danych oraz Hospital Basic HTA. 5. Przygotowanie raportów z zakresu zdrowia na potrzeby realizacji oraz sprawozdań z realizacji Regionalnego Programu Strategicznego, przy wykorzystaniu narzędzia BI oraz ogólnodostępnych danych, biuletynów i opracowań tematycznych. 6. Wykorzystanie wyników analiz oraz raportów w celu projektowania efektywnych interwencji oraz prowadzenia polityki zdrowotnej w regionie.
Kluczowi partnerzy	1. Podmioty lecznicze 2. POW NFZ 3. Główny Urząd Statystyczny 4. Pomorski Urząd Wojewódzki 5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 3,12 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027
Przedsięwzięcie strategiczne	-

Zobowiązanie z SRWP 2030	Kontynuacja i rozszerzenie Programu doskonalenia jakości w jednostkach wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym lub właścicielem jest Województwo Pomorskie
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	Wiodący – DZ UMWP, wspomagający – DC UMWP
Termin realizacji	2021-2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Przegląd zapisów dotychczasowego Programu jakościowego oraz ocena dotychczas zrealizowanych działań. 2. Weryfikacja i aktualizacja celów, priorytetów i działań oraz opracowanie harmonogramu ich realizacji. 3. Opracowanie projektów, koncepcji, scenariuszy itp. podnoszących jakość świadczonych usług w podmiotach leczniczych w kontekście aktualnych potrzeb. 4. Wdrażanie projektów i innych instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług w podmiotach leczniczych (w tym opracowanych koncepcji, scenariuszy) i ewaluacja ich wyników. 5. Rekomendowanie dobrych praktyk w oparciu o zasady Evidence Based Medicine na obszarze województwa pomorskiego.
Kluczowi partnerzy	1. Podmioty lecznicze WP 2. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku 3. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku i w Słupsku 4. Politechnika Gdańska 5. Uniwersytet Gdański 6. Gdański Uniwersytet Medyczny 7. Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gdańsku
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 277 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027
Przedsięwzięcie strategiczne	Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych

Zobowiązanie z SRWP 2030	Upowszechnianie społecznych kompetencji i wzmacnianie zasobów w zakresie zdrowia
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	DZ
Termin realizacji	2021-2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Współpraca z samorządami terytorialnymi w województwie pomorskim w zakresie profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia oraz w zakresie kształtowania środowiska sprzyjającemu zdrowiu. 2. Rozwój współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze ochrony zdrowia. 3. Współpraca z instytucjami medycyny pracy w celu upowszechniania społecznych kompetencji i zasobów w zakresie zdrowia wśród pracodawców i aktywnych zawodowo mieszkańców. 4. Inicjowanie działań w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób – umożliwienie mieszkańcom nabywania kompetencji zdrowotnych, poprzez promowanie wiedzy, postaw oraz kształtowanie umiejętności mieszkańców w zakresie dbania o zdrowie oraz poruszania się w systemie zdrowia, m.in. poprzez: organizację kampanii informacyjno – edukacyjnych, eventów, konferencji. Wykorzystanie oraz ukierunkowywanie wiedzy, postaw i umiejętności mieszkańców do zarządzania własnym zdrowiem.
Kluczowi partnerzy	1. Podmioty lecznicze 2. Jednostki Samorządu Terytorialnego 3. Organizacje pozarządowe 4. WOMP
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 3 mln zł.
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027
Przedsięwzięcie strategiczne	-

Zobowiązanie z SRWP 2030	Koordinacja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych w województwie
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS we współpracy z DZ, DEFS, DPR
Termin realizacji	2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Opracowanie wojewódzkiego planu odejścia od opieki instytucjonalnej na rzecz usług społecznych świadczonych w społecznościach lokalnych. 2. Koordinacja realizacji przedsięwzięć strategicznych w obszarze deinstytucjonalizacji usług społecznych. 3. Działania monitoringowo-analityczne w zakresie procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych.
Kluczowi partnerzy	1. JST 2. Instytucje ochrony zdrowia 3. NGO
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 1,6 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki UE, w tym FEP 2021-2027 2. Środki własne SWP
Przedsięwzięcie strategiczne	Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim Systemowe wsparcie na rzecz włączenia społecznego Deinstytucjonalizacja usług w obszarze pieczy zastępczej

Zobowiązanie z SRWP 2030	Stworzenie regionalnego systemu wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej seniorów, w tym tworzenie warunków do kontynuowania aktywności zawodowej seniorów
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Inicjowanie, wspieranie i koordynowanie działań w obszarze aktywności zawodowej i społecznej seniorów. 2. Rekomendowanie mechanizmów zachęcających seniorów do aktywności zawodowej oraz pracodawców do zatrudniania osób 60+. 3. Wspieranie działań zwalczających stereotypy dotyczące aktywności zawodowej osób 60+. 4. Inicjowanie działań zachęcających do pozostania na rynku pracy po osiągnięciu formalnego wieku emerytalnego. 5. Wspieranie rozwoju oferty edukacyjnej dla seniorów oraz promowanie uczenia się przez całe życie. 6. Działalność informacyjno-edukacyjna skierowana do seniorów.
Kluczowi partnerzy	1. JST 2. NGO/PES 3. Instytucje rynku pracy 4. Instytucje edukacyjne 5. Przedsiębiorcy
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 4,2 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027
Przedsięwzięcie strategiczne	Regionalny system wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej seniorów

Zobowiązanie z SRWP 2030	Stworzenie regionalnego systemu wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS we współpracy z DEFS i WUP
Termin realizacji	2027 r.
Główne etapy realizacji	1. Inicjowanie budowy kompleksowych rozwiązań wspierających niezależne życie OzN. 2. Wspieranie aktywizacji społecznej i włączenia społecznego OzN. 3. Wspieranie OzN na rynku pracy. 4. Przygotowanie i realizacja przedsięwzięcia mającego na celu stworzenie systemu wsparcia online/telefonicznego (na poziomie województwa) i wsparcia stacjonarnego (w każdej gminie) dla rodzin osób z niepełnosprawnością lub/i zaburzeniami psychicznymi i całościowymi zaburzeniami rozwoju oraz budowę sieci współpracy sektorowej.
Kluczowi partnerzy	1. JST 2. NGO/PES
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 5 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki UE, w tym FEP 2021-2027 2. Środki PFRON 3. Środki własne SWP
Przedsięwzięcie strategiczne	-

Zobowiązanie z SRWP 2030	Koordinacja procesu integracji imigrantów w regionie
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	KMW we współpracy z ROPS i DRG
Termin realizacji	2021-2027 r.
Główne etapy realizacji	1. Wdrożenie regionalnego planu działań na rzecz imigrantów, zawierającego działania służące integracji imigrantów. 2. Koordinacja polityk publicznych przyjaznych integracji imigrantów w ramach współpracy z samorządami gminnymi i powiatowymi, NGO, przedsiębiorcami oraz przedstawicielami imigrantów. 3. Promowanie doświadczeń pomorskich samorządów w zakresie wdrażanych rozwiązań włączających imigrantów do społeczności lokalnych.
Kluczowi partnerzy	1. JST 2. NGO 3. Przedsiębiorcy 4. Przedstawiciele imigrantów
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 1,3 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki z funduszy krajowych i zagranicznych 3. Środki JST
Przedsięwzięcie strategiczne	!WELCOME – spójny system integracji migrantów w regionie

Zobowiązanie z SRWP 2030	Rozwój regionalnego systemu wsparcia instytucjonalizacji i urynkowania NGO i PES
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2030 r.
Główne etapy realizacji	1. Tworzenie warunków do rozwoju dialogu społecznego poprzez inicjowanie partnerstw międzysektorowych na rzecz projektowania i wdrażania narzędzi rozwojowych dla III sektora. 2. Wzmacnianie rozwoju zasobów kadrowych i działalności zarobkowej organizacji pozarządowych, m.in. poprzez wzmocnienie rozwiązań sieciowego wsparcia organizacji pozarządowych w zakresie profesjonalizacji usług i powszechności dostępu wsparcia. 3. Koordynowanie wymiany wiedzy pomiędzy sektorem gospodarczym a pozarządowym w zakresie modeli zarządzania i zaangażowania społecznego. 4. Upowszechnianie stosowania społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych w samorządach. 5. Promocja produktów i usług podmiotów ekonomii społecznej w tym m.in. organizacja targów ES, realizacja kampanii promocyjnych produktów i usług ES. 6. Wzmocnienie systemu wsparcia ekonomii społecznej w regionie, m.in. rozwój oferty OWES.
Kluczowi partnerzy	1. NGO 2. Pomorska Rada Działalności Pożytku Publicznego 3. Przedsiębiorcy 4. JST
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 9,5 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki UE 2. Środki własne SWP 3. Środki z funduszy krajowych i zagranicznych 4. Środki JST
Przedsięwzięcie strategiczne	-

Zobowiązanie z SRWP 2030	Wspieranie powstawania i konsolidacji platform systematycznej współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami tworzących mechanizm wsparcia oddolnych przedsięwzięć na rzecz rozwoju wspólnot lokalnych
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	DRRP/fundacja powołana w ramach spółek prawa handlowego SWP
Termin realizacji	2029 r.
Główne etapy realizacji	1. Ustalenie oczekiwań i potencjalnego zainteresowania pracodawców skoordynowanymi działaniami na rzecz rozwoju lokalnych społeczności. 2. Ustalenie oczekiwań i możliwości współpracy sektora społecznego (w szczególności NGO) oraz JST w zakresie konsolidacji już istniejących platform i inicjatyw dotyczących współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami i sektorem publicznym, a także współtworzenia nowych mechanizmów. 3. Identyfikacja i analiza funkcjonujących dobrych praktyk w obszarze systematycznej współpracy sektora społecznego z biznesem. 4. Wypracowanie rekomendacji odnośnie optymalnego sposobu powstawania i konsolidacji platform i inicjatyw dotyczących współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami. 5. Weryfikacja opracowanych rekomendacji z przedsiębiorcami i ich organizacjami, sektorem społecznym, JST oraz zewnętrznymi ekspertami. 6. Stworzenie – we współpracy z przedsiębiorcami, sektorem społecznym i JST – regionalnej inicjatywy służącej wsparciu oddolnych przedsięwzięć na rzecz rozwoju wspólnot lokalnych.
Kluczowi partnerzy	1. Przedsiębiorcy i ich organizacje 2. Partnerzy społeczni 3. Organizacje społeczeństwa obywatelskiego 4. Podmioty ekonomii społecznej
Szacunkowy koszt (w zł)	ok. 15,53 mln zł
Główne źródła i formy finansowania	1. Środki prywatne 2. Środki Budżetu Państwa 3. Środki SWP
Przedsięwzięcie strategiczne	Pomorski fundusz obywatelski

Załącznik 2. Charakterystyka przedsięwzięć strategicznych

Tytuł	Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	Wiodący - DZ UMWP, wspomagający - DC UMWP
Termin realizacji	2030 r.
Zakres*	1. Realizacja inwestycji ukierunkowanych na rozwój opieki jednego dnia oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, oddziałów szpitalnych, w celu rozwoju opieki koordynowanej, stopniowego odwracania piramidy (odciążenia systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym) oraz poprawy dostępu do świadczeń. 2. Poprawa infrastruktury w obszarze lecznictwa psychiatrycznego (w szczególności ambulatoryjnego i środowiskowego wsparcia psychologicznego) obejmująca wszystkie poziomy opieki, w tym poprzez projekty w formule grantowej. 3. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych w obszarze lecznictwa psychiatrycznego, w szczególności dzieci i młodzieży, w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym poprzez projekty w formule grantowej. Kontynuacja i rozszerzenie działań w projekcie „Lepsza przyszłość. Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży”. 4. Wsparcie infrastruktury służącej rehabilitacji w trybie dziennym, środowiskowym. 5. Rozwój telemedycyny i teleopieki (w tym narzędzia wspierające opiekę koordynowaną). 6. Wzmocnienie bezpieczeństwa infrastruktury podmiotów leczniczych na sytuacje kryzysowe w szczególności poprzez zapewnienie miejsc schronienia, inwestycje w zakresie dekontaminacji i izolacji epidemiologicznej, rezerwowe źródła wody i energii, systemy i technologie związane z wytwarzaniem i magazynowaniem energii wraz z niezbędną infrastrukturą dostępową oraz wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów urazowych oraz zespołów ratownictwa medycznego. 7. Wzmocnienie i rozwój kadr systemu ochrony zdrowia, w tym w obszarze zwiększenia gotowości cywilnej, przygotowujące do skutecznego reagowania i działania w różnego rodzaju sytuacjach kryzysowych. Działania skierowane będą do pracodawców w sektorze ochrony zdrowia oraz pracowników wykonujących zawody

Tytuł	Jakość i bezpieczeństwo w podmiotach leczniczych
	medyczne i paramedyczne. Działania mogą być realizowane w formule projektów grantowych. 8. Wdrożenie standardów dostępności w podmiotach leczniczych. 9. Współpraca z interesariuszami systemu ochrony zdrowia.
Kluczowi partnerzy	1. Podmioty lecznicze WP 2. Okręgowa Izba Lekarska 3. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych 4. Politechnika Gdańska 5. Uniwersytet Gdański 6. Gdański Uniwersytet Medyczny 7. Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Gdańsku
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 423 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027

* Zakres przedsięwzięcia strategicznego w pierwszej kolejności dotyczy działań skierowanych do podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym lub współnikiem jest Województwo Pomorskie.

Działania w zakresie:

- 1) psychiatrii, w szczególności w formule grantowej, skierowane będą do podmiotów leczniczych całego województwa,
- 2) wzmocnienia i rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia, w szczególności w formule grantowej, mogą być skierowane do pracodawców oraz pracowników całego województwa.

Tytuł	Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2030 r.
Zakres	<u>W zakresie infrastruktury społecznej i usług społecznych</u> Zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych w charakterze mieszkalnictwa treningowego lub wspomaganego oraz mieszkań z usługami/ze wsparciem dla usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej, osób w wieku senioralnym, osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, a także osób w kryzysie bezdomności. Budynki, w których umiejscowione będą mieszkania treningowe lub wspomagane oraz mieszkania z usługami/ze wsparciem muszą spełniać kryteria: – pełnej dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami (uzupełniająco możliwa jest realizacja działań służących likwidacji barier, w szczególności w oparciu o uniwersalne projektowanie), – umiejscowienia w społeczności lokalnej oraz dobrego skomunikowania (zapobieganie segregacji przestrzennej), Preferowane będą inwestycje, których potrzeba realizacji wynika z lokalnego planu rozwoju i deinstytucjonalizacji usług społecznych (LPDI) opracowanego przez gminę lub powiat. Mieszkania mogą być prowadzone przez DPS w celu usamodzielnienia mieszkańców lub zapobiegania umieszczania osób w placówkach opieki całodobowej. Warunkiem jest zlokalizowanie mieszkania poza nieruchomością, na której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej. <u>W zakresie publicznego zasobu mieszkaniowego w gminach</u> Zwiększanie publicznego zasobu mieszkaniowego w gminach wg następujących założeń: 1) interwencja dotyczyć będzie wyłącznie budowy nowych budynków na potrzeby mieszkań komunalnych i społecznych; 2) interwencja realizowana będzie wyłącznie na obszarach miejskich (gminy miejskie i gminy miejsko wiejskie na obszarach miejskich). Preferowane będą inwestycje, które oprócz wsparcia mieszkań komunalnych/społecznych będą przewidywały utworzenie mieszkań wspomaganych lub treningowych.
Kluczowi partnerzy	<u>W zakresie infrastruktury społecznej i usług społecznych:</u>

Tytuł	Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim
	1. NGO / PES jako realizatorzy usług społecznych 2. JST jako organizatorzy i realizatorzy usług społecznych <u>W zakresie publicznego zasobu mieszkaniowego w gminach:</u> 1. JST i ich jednostki organizacyjne oraz spółki (TBS, SIM) z udziałem JST
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 200 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki UE, w tym FEP 2021-2027 2. Środki własne JST, NGO / PES

Tytuł	Systemowe wsparcie polityki na rzecz włączenia społecznego
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2030 r.
Zakres	1. Diagnozowanie i monitorowanie problemów społecznych w regionie oraz ewaluacja polityk na rzecz włączenia społecznego w szczególności poprzez: – realizację / zlecenie badań diagnozujących najważniejsze problemy społeczne w regionie; – utworzenie Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej. 2. Strategiczne ukierunkowanie interwencji publicznej w zakresie polityki społecznej, w szczególności: – wsparcie gminy i powiatów w przygotowaniu strategii rozwiązywania problemów społecznych i innych dokumentów strategicznych w zakresie polityki społecznej na poziomie lokalnym; – doradztwo w zakresie tworzenia i wdrażania mechanizmów koordynacji, w tym szczególnie CUS. 3. Podnoszenie kompetencji kadr pomocy i integracji społecznej w tym w szczególności: – szkolenia dla kadr pomocy i integracji społecznej, w tym pracowników NGO i wolontariuszy; – superwizje pracowników pomocy i integracji społecznej; – doradztwo specjalistyczne dla kadry OPS / PCPR. 4. Współpraca międzyregionalna i międzynarodowa w zakresie wymiany dobrych praktyk w zakresie pomocy i integracji społecznej. 5. Upowszechnianie i promocja wiedzy specjalistycznej w zakresie włączenia społecznego w szczególności: – przygotowywanie i upowszechnienie publikacji; – promocja narzędzi i metod pracy służb społecznych z wykorzystaniem mediów.
Kluczowi partnerzy	1. JST (jednostki organizacyjne pomocy społecznej m.in. OPS, PCPR, CUS i in.) 2. NGO 3. Uczelnie
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 11,2 mln zł

Tytuł	Systemowe wsparcie polityki na rzecz włączenia społecznego
Główne źródła finansowania	1. Środki UE, w tym FEP 2021-2027 2. Środki własne SWP

Tytuł	Pomorski fundusz obywatelski
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	Fundacja powołana w ramach spółek prawa handlowego SWP
Termin realizacji	2025-2029
Zakres	Celem przedsięwzięcia jest stworzenie – we współpracy z przedsiębiorcami i sektorem społecznym – regionalnej inicjatywy systematycznej współpracy organizacji pozarządowych z przedsiębiorcami tworzących mechanizm wsparcia oddolnych przedsięwzięć na rzecz rozwoju wspólnot lokalnych. Inicjatywa ta przyjmie formułę mechanizmu charakteryzującego się trwałością, stabilnością, oddolnym podejściem, wielosektorową współpracą oraz włączającego niepubliczne źródła finansowania inicjatyw. W celu wdrożenia mechanizmu powstanie pomorski fundusz obywatelski będący: – źródłem finansowania inicjatyw o charakterze społecznym na poziomie lokalnym i regionalnym; – platformą współpracy i koordynacji działań organizacji pozarządowych, przedsiębiorców i sektora publicznego. Przedsięwzięcia realizowane w ramach Funduszu będą docelowo obejmowały szeroko rozumianą aktywność mieszkańców i poprawę jakości życia, w szczególności w kontekście celów Europejskiego filaru praw socjalnych. Zakres tematyczny możliwych inicjatyw będzie dostosowywany do aktualnych potrzeb identyfikowanych w poszczególnych obszarach. Przedsięwzięcie strategiczne obejmie etap I ww. procesu, tj. uruchomienie Funduszu wraz z pilotażem jego funkcjonowania. Planowane działania: 1. stworzenie struktury zarządczej Funduszu; 2. utworzenie sieci Operatorów odpowiedzialnych m.in. za inkubowanie projektów oraz gromadzenie na poziomie lokalnym środków finansowych na ich realizację; 3. zapewnienie adekwatnych rozwiązań cyfrowych, w tym np. platformy crowdfundingowej lub aplikacji sieciującej przedsiębiorców i NGO/PES.
Kluczowi partnerzy	1. Przedsiębiorcy i ich organizacje 2. Partnerzy społeczni 3. Organizacje społeczeństwa obywatelskiego 4. Podmioty ekonomii społecznej

Tytuł	Pomorski fundusz obywatelski
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 15,53 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki Budżetu Państwa 2. Środki SWP 3. Środki z funduszy krajowych i zagranicznych

Tytuł	Regionalny system wsparcia oraz rozwoju aktywności zawodowej i społecznej seniorów
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2025-2030
Zakres	Celem przedsięwzięcia jest utworzenie trwałego i kompleksowego mechanizmu wspierającego aktywność zawodową i społeczną pomorskich seniorów. Planowane działania: 1. Rekomendowanie i promowanie mechanizmów zachęcających seniorów do aktywności zawodowej oraz pracodawców do zatrudniania osób 60+ w tym poprzez wymianę dobrych praktyk promujących aktywność zawodową i społeczną seniorów np. w podmiotach ekonomii społecznej. 2. Inicjowanie, wspieranie i koordynowanie działań w obszarze aktywności zawodowej i społecznej seniorów poprzez organizowanie lokalnych kampanii informacyjno-edukacyjnych. 3. Wspieranie działań zwalczających stereotypy dotyczące aktywności zawodowej osób 60+ poprzez wspieranie doradztwa i szkoleń, w tym z zakresu zarządzania zespołem zróżnicowanym wiekowo. 4. Inicjowanie działań zachęcających do pozostania na rynku pracy po osiągnięciu formalnego wieku emerytalnego, w tym poprzez organizację wydarzeń promujących zatrudnienie osób starszych. 5. Wspieranie rozwoju oferty edukacyjnej dla seniorów oraz promowanie uczenia się przez całe życie. 6. Działalność informacyjno-edukacyjna skierowana do seniorów, w tym poprzez organizowanie spotkań, forów, grup tematycznych, publikowanie informatorów, tworzenie katalogu dobrych praktyk.
Kluczowi partnerzy	1. JST 2. NGO/PES 3. Instytucje rynku pracy 4. Instytucje edukacyjne 5. Przedsiębiorcy
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 4,9 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki UE, w tym FEP 2021-2027

Tytuł	Deinstytucjonalizacja usług w obszarze pieczy zastępczej
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	ROPS
Termin realizacji	2030
Zakres	1. Upowszechnianie rodzicielstwa zastępczego, w szczególności zawodowych rodzin zastępczych, w tym kampanie promujące rodzicielstwo zastępcze (lokalne i/lub regionalne); 2. Specjalistyczne wsparcie rodzinnej pieczy zastępczej, poprzez szkolenia, warsztaty, grupy wsparcia, superwizje dla osób prowadzących rodzinną pieczę zastępczą; 3. Specjalistyczne wsparcie dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej, poprzez: – specjalistyczne wsparcie psychologiczne i psychiatryczne; – diagnozy specjalistyczne oraz terapie indywidualne i grupowe, w tym rehabilitację; – zapewnienie wypoczynku letniego/zimowego; – zapewnienie dodatkowych zajęć pozalekcyjnych oraz pomocy i wsparcia w nauce; – szkolenia, warsztaty i treningi usamodzielnienia; 4. Wsparcie wychowanków realizujących program usamodzielnienia poprzez usługi społeczne w istniejących mieszkaniach treningowych lub wspomaganych, mieszkaniach z usługami/ ze wsparciem oraz działania z zakresu aktywizacji zawodowej. Wsparcie nie będzie dotyczyć osób objętych działaniami projektowymi w ramach realizacji przedsięwzięcia Zintegrowany rozwój infrastruktury i usług społecznych w województwie pomorskim.
Kluczowi partnerzy	JST/organizatorzy pieczy zastępczej
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 20 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki UE, w tym FEP 2021-2027 2. Środki własne JST

Tytuł	!WELCOME – spójny system integracji migrantów w regionie
Jednostka odpowiedzialna za realizację lub koordynację	KMW
Termin realizacji	2025-2030
Zakres	1. Podwyższanie kompetencji pracowników oraz budowanie potencjału podmiotów działających na rzecz migrantów. 2. Analizy, badania i monitoring sytuacji oraz liczby migrantów w województwie. 3. Współpraca z samorządami gminnymi i powiatowymi, administracją rządową, NGO, uczelniami, przedsiębiorcami oraz przedstawicielami migrantów na rzecz budowy polityk publicznych przyjaznych integracji osób z doświadczeniem migracyjnym. 4. Promowanie doświadczeń europejskich, krajowych oraz regionalnych interesariuszy w zakresie wdrażanych rozwiązań włączających migrantów do społeczności lokalnych. 5. Współpraca międzyregionalna i międzynarodowa w zakresie wymiany dobrych praktyk w obszarze integracji migrantów.
Kluczowi partnerzy	1. JST(w tym jednostki organizacyjne) 2. Administracja rządowa (w tym administracja zespolona) 3. NGO 4. Uczelnie 5. Przedsiębiorcy i ich organizacje 6. Przedstawiciele imigrantów
Orientacyjna wartość całkowita przedsięwzięcia (w zł)	ok. 6,1 mln zł
Główne źródła finansowania	1. Środki własne SWP 2. Środki z funduszy krajowych i zagranicznych 3. Środki JST

Załącznik 3. Słownik kluczowych pojęć

B+R	Działalność badawczo-rozwojowa to działalność twórcza obejmująca badania naukowe lub prace rozwojowe, podejmowana w sposób systematyczny, w celu zwiększenia zasobów wiedzy oraz wykorzystania zasobów wiedzy do tworzenia nowych zastosowań.
Business Intelligence (BI)	System analityczny, umożliwiający przekształcanie danych w informacje, zaś informacje w wiedzę. System ten cechuje integralność z systemami dziedzinowymi (np. HIS, ERP), a pozyskując dane ze wspomnianych systemów, możliwe jest dokonywanie analiz, obliczanie wskaźników efektywności działania podmiotu leczniczego.
Centrum Integracji Społecznej	Podmiot reintegracji społecznej i zawodowej utworzony na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 217, z późn. zm.), posiadający aktualny wpis do rejestru CIS prowadzonego przez właściwego wojewodę.
Centrum Usług Społecznych	Instytucja tworzona przez samorząd lokalny, której celem jest zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie określonych usług społecznych oraz koordynacji tych usług. Szczegółowy zakres zadań oraz tryb powołania CUS określa ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych.
Certyfikat ISO 9001 – 2015	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.
Chorobowość	Całkowita liczba osób chorujących na daną chorobę liczoną na 100 tys. osób (najczęściej) w określonym przedziale czasu. Zatem wliczamy tu zarówno osoby chorujące już wcześniej (niezależnie od tego czy wyzdrowiały w badanym okresie czasu czy nie), jak i nowo zarejestrowane przypadki.

Choroby cywilizacyjne	Choroby wynikające ze zmian w zachowaniach zdrowotnych, w wyniku postępu cywilizacyjnego. Rozumiane m.in. jako choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego, układu kostno – stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, choroby przewodu pokarmowego, zaburzenia endokrynologiczne, zaburzenia metaboliczne, otyłość oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
COVID-19	Ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (ang. Coronavirus Disease 2019).
Deinstytucjonalizacja	Proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej, realizowany w oparciu o „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej, a w przypadku dzieci – rozdzielaniu dziecka z rodziną i umieszczeniu w pieczy zastępczej.
Ekonomia społeczna	Sfera aktywności obywatelskiej, która poprzez działalność gospodarczą i działalność pożytku publicznego służy: integracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych marginalizacją społeczną, tworzeniu miejsc pracy, świadczeniu usług społecznych użyteczności publicznej (na rzecz interesu ogólnego).
e-Zdrowie (ang. e-Health)	Koncepcja świadczenia usług medycznych z wykorzystaniem serwisów medycznych zbudowanych z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych.
Klauzula społeczna	Klauzule społeczne są częścią społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych. Za klauzule społeczne uznaje się także tzw. zamówienia zastrzeżone, o których mowa w art. 22 ust. ustawy oraz zamówienia zastrzeżone przewidziane w ramach specjalnego reżimu udzielania zamówień na usługi społeczne i inne szczególne usługi, udzielane na podstawie art. 138p ustawy PZP.
Klub integracji społecznej	Podmiot reintegracji społecznej i zawodowej utworzony na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, posiadający aktualny wpis do rejestru KIS prowadzonego przez właściwego wojewodę.

Mieszkania chronione	Usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu o której mowa w art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Rodzaj i zakres wsparcia świadczonego w mieszkaniu chronionym oraz standard lokalu przeznaczonego na mieszkanie chronione określają akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy. Definicja obowiązująca do 31 października 2023 r., zmieniona na mocy Ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw.
Mieszkania wspomagane (w tym treningowe)	Usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia. Mieszkanie lub dom może być prowadzone w formie mieszkania: • treningowego, przygotowującego osoby w nim przebywające do prowadzenia samodzielnego życia. Usługa ma charakter okresowy i służy określonym kategoriom osób w osiągnięciu częściowej lub całkowitej samodzielności, m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji; • wspieranego, stanowiącego alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Usługa ma charakter pobytu stałego lub okresowego (w przypadku potrzeby opieki w zastępstwie za opiekunów faktycznych) i służy osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub osobom z niepełnosprawnościami. Formą mieszkania wspomagane nie jest mieszkanie socjalne. Definicja obowiązująca do 31 października 2023 r., zmieniona na mocy Ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw.
Mieszkania treningowe lub wspomagane	Usługa społeczna świadczona w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu o której mowa w art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Rodzaj i zakres usług świadczonych w mieszkaniu treningowym lub wspomagany, standardy lokalu przeznaczonego na mieszkanie treningowe lub wspomagane określają akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy.

Mieszkania z usługami/ze wsparciem	Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej w postaci mieszkań treningowych lub mieszkań wspomaganych oraz innych mieszkań, w których są oferowane usługi społeczne i wsparcie osób je zamieszkujących, o ile liczba miejsc w mieszkaniu nie jest większa niż 3. Definicja określona w wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027.
Opieka wytnieniowa	Opieka nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego, w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego.
Opiekun faktyczny (nieformalny)	Osoba pełnoletnia opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny.
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Do osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zalicza się: - osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; - osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; - osoby przebywające w pieczy zastępczej⁵¹ lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; - osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969); - osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,

⁵¹ W tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

	o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.); - osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; - członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością. - osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; - osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; - osoby odbywające kary pozbawienia wolności; - osoby korzystające z PO PŻ.
Osoba z niepełnosprawnością - nisko funkcjonująca	Jako nisko funkcjonującą osobę z niepełnosprawnością określa się osobę, która potrzebuje niemal całkowitego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Dotyczy to m.in. osób z autyzmem lub z niepełnosprawnością intelektualną.
Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej	Podmiot lub partnerstwo posiadający akredytację, świadczący komplementarnie pakiet usług wsparcia ekonomii społecznej wskazanych w Krajowym Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku.
Platforma crowdfundingowa	Platforma do finansowania społecznościowego (z ang. crowdfunding). Forma finansowania różnego rodzaju projektów przez społeczność, która jest lub zostanie wokół tych projektów zorganizowana. Przedsięwzięcie jest w takim przypadku finansowane poprzez dużą liczbę drobnych, jednorazowych wpłat dokonywanych przez osoby zainteresowane projektem. Upowszechnienie się Internetu pozwala na łatwe informowanie o projektach i tworzenie wokół nich społeczności, co przyczyniło się do rozwoju zjawiska crowdfundingu.
Platforma P1	Jest to realizowany przez Centrum e-Zdrowia (CeZ) projekt pn. „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania

	zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1). W ramach projektu planuje się wdrożenie systemów informatycznych, które pozwolą na usprawnienie procesów związanych z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem i sprawozdawczością z ich realizacji, dostępem do informacji o udzielanych świadczeniach oraz publikowaniem informacji w obszarze ochrony zdrowia. Wdrażane rozwiązania umożliwią tworzenie, gromadzenie i analizę informacji o zdarzeniach medycznych.
Podmiot ekonomii społecznej	Podmiot, przedsiębiorstwo lub organizacja, która łączy działalność gospodarczą z działalnością społeczną. Do podmiotów ekonomii społecznej zaliczają się: przedsiębiorstwa społeczne, podmioty reintegracyjne podmioty działające w sferze pożytku publicznego, podmioty sfery gospodarczej utworzone w związku z realizacją celu społecznego.
POZ+	POZ+ to model opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie POZ ma na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczeniu usług medycznych, kładzie się większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych.
Projekt grantowy	Projekt w rozumieniu art. 41 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Projektem grantowym jest projekt, którego beneficjent udziela grantów na realizację zadań służących osiągnięciu celu tego projektu przez grantobiorców. Grantobiorcą jest podmiot publiczny albo prywatny, inny niż beneficjent projektu grantowego albo partner projektu partnerskiego, wybrany w drodze otwartego naboru ogłoszonego przez beneficjenta projektu grantowego w ramach realizacji projektu grantowego.

Przedsiębiorstwo społeczne	Podmioty, które zatrudniają co najmniej 50% osób z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym (w tym niepełnosprawnych, bezrobotnych) lub 30% osób o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności. W przedsiębiorstwa społecznych zysk nie podlega podziałowi, lecz przeznaczany jest na wzmocnienie potencjału przedsiębiorstwa oraz na reintegrację zawodową i społeczną lub na działalność pożytku publicznego prowadzoną na rzecz społeczności lokalnej, w której działa przedsiębiorstwo.
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.
Szpital poziomu I	Poziomy referencyjne szpitali w Polsce wprowadzono pod koniec 1998 roku. Szpitale przyporządkowano do trzech poziomów. Poziomy systemu zabezpieczenia są określane przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili systemu zabezpieczenia: poziom szpitali I stopnia: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych), pediatria.
Szpital poziomu II	Poziomy referencyjne szpitali w Polsce wprowadzono pod koniec 1998 roku. Szpitale przyporządkowano do trzech poziomów. Poziomy systemu zabezpieczenia są określane przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili systemu zabezpieczenia: poziom szpitali II stopnia: chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna, w przypadku określonym wart. 95m ust. 7 i 8, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatologia, w przypadku określonym wart. 95m ust. 7 i 8, urologia.
Szpital poziomu III	Poziomy referencyjne szpitali w Polsce wprowadzono pod koniec 1998 roku. Szpitale przyporządkowano do trzech poziomów. Poziomy systemu zabezpieczenia są określane przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili systemu zabezpieczenia: poziom szpitali III stopnia: chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych), choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dla dzieci, kardiologia dla dzieci, nefrologia, nefrologia dla dzieci, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, neurologia dla dzieci, okulistyka dla

	dzieci, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, otorynolaryngologia dla dzieci, toksykologia kliniczna, toksykologia kliniczna dla dzieci, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, urologia dla dzieci.
Publiczny zasób mieszkaniowy	W rozumieniu Ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i zmianie Kodeksu cywilnego są to lokale wchodzące w skład mieszkaniowego zasobu gminy oraz lokale stanowiące własność innych jednostek samorządu terytorialnego lub Skarbu Państwa. W Programie uwzględniają również lokale służące zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych w ramach SIM i TBS, z zastrzeżeniem, że w każdym przypadku mowa o mieszkaniu pozostającym w zasobie gminy.
Telemedycyna	Zdalne (poprzez kanał elektroniczny, np. Internet) świadczenie usług zdrowotnych, np. rehabilitacja, teleopieka, telekonsultacje itp.
Umieralność	Liczba zgonów w jednostce czasu w stosunku do ogółu ludności żyjącej na danym obszarze.
Usługi świadczone w społeczności lokalnej	Usługi społeczne lub zdrowotne umożliwiające osobom niezależne życie w środowisku lokalnym, a dzieciom życie w rodzinie lub rodzinnej pieczy zastępczej. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny lub społeczności lokalnej oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Są to usługi świadczone w sposób: - a)indywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby); - b)umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą (w zakresie wsparcia dzieci uwzględnianie ich zdania); - c)zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem; - d)gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej. Warunki, o których mowa w lit. a–d, muszą być spełnione łącznie.
Zachorowalność	Zachorowalność (inna nazwa: zapadalność) jest to liczba nowo zarejestrowanych przypadków danej choroby na 100 tys. mieszkańców (najczęściej), w określonym przedziale czasu.

Zobowiązanie SWP	Deklaracja Samorządu Województwa Pomorskiego w zakresie realizacji działań prowadzących do osiągnięcia kluczowych celów określonych w Strategii Województwa Pomorskiego 2030. Zobowiązania zostały określone w opisach poszczególnych celów operacyjnych.
-------------------------	---