



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 15 lipca 2026 r.

Poz. 3230

OBWIESZCZENIE WOJEWODY ZACHODNIOPOMORSKIEGO

z dnia 15 lipca 2026 r.

w sprawie ustalenia wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego

Na podstawie art. 95c ust. 1 i 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) ustala się na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. wojewódzki plan transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

z up. Wojewody Zachodniopomorskiego
II Wicewojewoda Zachodniopomorski

Dawid Krystek



**WOJEWODA
ZACHODNIOPOMORSKI**

Wojewódzki plan transformacji

**województwa zachodniopomorskiego
na lata 2027-2031**

Szczecin 2026 r.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Ministerstwo
Zdrowia

Spis treści

Wykaz skrótów	3
1. Wprowadzenie.....	5
2. Główne obszary działań.....	7
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka.....	7
2.2. Podstawowa opieka zdrowotna.....	14
2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	17
2.4. Leczenie szpitalne	22
2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....	25
2.6. Rehabilitacja medyczna.....	29
2.7. Opieka długoterminowa.....	32
2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna.....	35
2.9. Kadry	39
2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne	43
2.11. Sprzęt medyczny	45
2.12. Pozostałe	47
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja.....	51

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

Wykaz skrótów

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
DALY	Lata życia skorygowane niesprawnością (<i>ang. disability adjusted life-years</i>)
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
FEPZ	Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego
GBD	Globalne Obciążenie Chorobami (<i>ang. Global Burden of Disease</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
KPT	Krajowy Plan Transformacji
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MPZ	Mapa potrzeb zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NiŚOZ	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
PWDL	Podmioty wykonujące działalność leczniczą
SOLO	Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy
STI	Infekcje przenoszone drogą płciową
UE	Unia Europejska
WPT	Wojewódzki plan transformacji

WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
ZLŚ	Zespół leczenia środowiskowego
ZOL	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ZOW NFZ	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
ZRM	Zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

Zgodnie z art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), Wojewoda Zachodniopomorski ustalił WPT dla obszaru województwa zachodniopomorskiego. Będzie on obowiązywał w okresie od 1 stycznia 2027 roku do 31 grudnia 2031 roku.

Podstawą do opracowania dokumentu były:

- 1) KPT na lata 2027-2031;
- 2) MPZ na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r., w tym:
 - Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego,
 - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych;
- 3) inne dokumenty strategiczne w ochronie zdrowia, w tym m.in.:
 - Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026,
 - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie naczelnego lekarza uzdrowiska,
 - ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej,
 - Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa zachodniopomorskiego,
 - ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

WPT obejmuje:

- 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;
- 2) działania wymagające koordynowania na poziomie województwa;
- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
- 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
- 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
- 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2.

Dokument składa się z dwunastu głównych obszarów działań. Każdy z nich podzielony jest na dwie części. Pierwsza zawiera najważniejsze priorytety województwa przedstawione za pomocą wyzwań systemów opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunków działań w ramach danego obszaru. W drugiej części szczegółowo opisane są w postaci tabelarycznej działania wymagające koordynowania na poziomie województwa. Wyodrębnienie najważniejszych działań poprzedziła szczegółowa analiza potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa oparta na podstawie danych:

- zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych,
- uzyskanych od ZOW NFZ,
- zawartych w sprawozdaniach statystycznych Ministra Zdrowia,
- uzyskanych bezpośrednio od podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz ich podmiotów tworzących.

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (m.in. wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa oraz na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.
- 2) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.
- 3) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.
- 4) Dostosowanie działań profilaktycznych do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Koncentrowanie się na najbardziej obciążających problemach zdrowotnych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
- 2) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
- 3) Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
- 4) Podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na osoby starsze w celu promowania ruchu, dostosowanego do potrzeb danej grupy wiekowej oraz wsparcie edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki zdrowotnej, ergonomii w czynnościach dnia codziennego, prewencji dysfunkcji psycho-ruchowych oraz zmiany stylu życia.
- 5) Podejmowanie działań na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą.
- 6) Podejmowanie działań na rzecz profilaktyki z zakresu chorób przenoszonych drogą płciową.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.1.1.	Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego mieszkańców województwa poprzez m.in.: - prowadzenie programów profilaktycznych i ich popularyzację dotyczących walki z uzależnieniami tj. nowe narkotyki, alkohol, leki, - tworzenie programów profilaktycznych dotyczących szkodliwości używania wyrobów elektronicznych, nawiązanie współpracy ze stowarzyszeniami oraz wypracowanie wspólnych działań z innymi jednostkami rządowymi i samorządowymi.	Problem zaburzeń i chorób psychicznych jest szczególnie istotny w ostatnich latach. Prognozy epidemiologiczne wskazują, iż choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się, po chorobach nowotworowych drugim najbardziej kosztotwórczym problemem zdrowotnym w kraju. Prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego umożliwi dotarcie do szerokiego grona osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób mających problemy z różnego rodzaju uzależnieniami, w tym również od wyrobów elektronicznych. Konieczne jest zatem dalsze opracowywanie i wdrażanie programów profilaktycznych oraz udzielanie wsparcia organizacją pozarządowym działającym w tym zakresie.	Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie negatywnych skutków uzależnień.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) WSSE i PSSE.	2022-2031	18,5 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących uzależnień.
2.1.2.	Intensyfikacja działań profilaktycznych w dziedzinie diabetologii poprzez m.in.: - promowanie kultury fizycznej przez: zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej oraz promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego, - skierowanie celowanych programów edukacyjnych do zagrożonych otyłością i cukrzycą grup społecznych województwa, nawiązanie współpracy ze stowarzyszeniami oraz wypracowanie wspólnych działań z innymi jednostkami rządowymi i samorządowymi.	Na podstawie danych GBD zawartych w MPZ w 2021 roku największy wzrost znaczenia problemów zdrowotnych według wartości wskaźnika DALY widoczny był dla cukrzycy. Do rozwoju cukrzycy przyczyniają się m.in. nadwaga i otyłość. Ponadto problem ten dotyka coraz częściej osób w wieku produkcyjnym oraz dzieci i młodzież. Zatem niezbędne jest utrwalanie postawy prozdrowotnej mającej na celu zmniejszenie czynników ryzyka prowadzących do występowaniu cukrzycy i otyłości poprzez naukę społeczeństwa prawidłowego odżywienia, odpowiedniej ilości aktywności fizycznej, samokontroli, dbania o zdrowie psychiczne, itp.	Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie pozytywnych skutków korzystania z aktywności fizycznej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) WSSE i PSSE	2022-2031	11,7 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących rozpowszechniania aktywnego stylu życia. Liczba osób korzystająca z celowanych programów edukacyjnych dla osób zagrożonych otyłością i cukrzycą.

2.1.3.	Wczesne wykrywanie cukrzycy w województwie w obszarach nasilonych problemów zdrowotnych poprzez m.in.: - działania edukacyjne i profilaktyczne, - działania diagnostyczne.	Według danych zawartych w MPZ w ciągu ostatnich 20 lat wartość wskaźnika DALY dla cukrzycy wzrosła o 62%. Zgodnie z prognozami na lata 2020-2028 cukrzyca odnotuje najwyższy spośród wszystkich problemów zdrowotnych wzrost wskaźnika chorobowości o 23,49%. Działania w ramach wczesnego wykrywania cukrzycy będą skierowane do grup defaworyzowanych, wymagających dodatkowego wsparcia w dostępie do profilaktyki, do populacji szczególnie wrażliwej, osób będących w trudnej sytuacji, m.in. doświadczających wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach. Realizowany projekt będzie polegał na wykonywaniu pomiarów glukozy, identyfikacji stanów przedcukrzycowych i przypadków cukrzycy oraz na działaniach edukacyjnych nt. niepoprawnych nawyków żywieniowych, modyfikacji stylu życia, znaczenia aktywności fizycznej.	Identyfikacja osób ze stanem przedcukrzycowym i cukrzycą.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) WSSE i PSSE 3) Wojewódzki Urząd Pracy, 4) PWDL.	2025-2029	11,3 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących wczesnego wykrywania cukrzycy.
2.1.4.	Intensyfikacja działań profilaktycznych wśród mieszkańców powyżej 60 roku życia poprzez: - działania edukacyjne i profilaktyczne z zakresu zdrowia publicznego mające na celu poprawę stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa, - realizację kampanii społecznych skierowanych do seniorów np. w ramach obchodów Dni Seniora (np. prelekcje), - organizowanie akcji społecznych, ćwiczeń ruchowo-rozwojowych, spotkań tematycznych w lokalnej społeczności, - rozwój infrastruktury umożliwiającej aktywizację i utrzymanie sprawności seniorów.	Zgodnie z prognozami GUS zawartymi w MPZ w 2027 roku w województwie odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym będzie o 10 p.p. większy niż odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym (odpowiednio 26,14% i 16,07%). W kolejnych latach dysproporcje będą się powiększały – w 2031 roku różnica wyniesie 12 p.p., a w 2040 roku już 17 p.p. Starzenie się społeczeństwa wymaga wzmocnienia kompleksowej opieki nad osobami starszymi, w tym również w zakresie profilaktyki. Wdrożenie działań ukierunkowanych na promocję zdrowego stylu życia przyczyni się do poprawy jakości i długości życia oraz ograniczy koszty leczenia i hospitalizacji. Konieczne jest zatem dalsze opracowywanie i wdrażanie programów profilaktycznych oraz udzielanie wsparcia organizacjom pozarządowym działającym w tym zakresie.	Zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie podejmowania właściwych postaw prozdrowotnych w kontekście poprawy/utrzymania właściwego poziomu stanu zdrowia. Poprawa stanu i jakości zdrowia mieszkańców województwa powyżej 60 roku życia.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) WSSE i PSSE.	2022-2031	10,1 mln zł	Liczba osób w wieku powyżej 65 lat objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego w danym roku w stosunku do roku poprzedniego.
2.1.5.	Prowadzenie profilaktyki w zakresie zapobiegania zaburzeniom	Wg danych zawartych w MPZ drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów	Poprawa sprawności i jakości życia u chorych będących w trakcie lub	1) PWDL,	2025-2029	8,7 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego

	czynnościowym i przywracania sprawności psychofizycznej pacjentów podczas leczenia i po leczeniu nowotworów złośliwych poprzez rehabilitację leczniczą, wsparcie psychologiczne, konsultacje dietetyczne, edukację zdrowotną pacjentów i szkolenia pracowników medycznych.	w województwie w 2023 r. były choroby nowotworowe. Zarówno wskaźniki zgonów (314 osób na 100 tys. mieszkańców w 2023 r.), jak i zapadalności (486 osób na 100 tys. mieszkańców w 2022 r.) były powyżej średniej dla Polski. Na zmniejszenie wskaźnika zgonów z powodu nowotworów może mieć wpływ prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, zarówno I, II, jak i III fazy. Działania wpisują się w profilaktykę II fazy, która polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby, poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowaniu oraz w profilaktykę III fazy, która dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta.	po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym poprzez zastosowanie rehabilitacji leczniczej.	2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzki Urząd Pracy.			dotyczących zapobiegania zaburzeniom czynnościowym i przywracania sprawności psychofizycznej pacjentów podczas leczenia i po leczeniu nowotworów złośliwych.
2.1.6.	Prowadzenie programów profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania powikłań sercowo-naczyniowych u pacjentów leczonych onkologicznie w celu powstrzymania rozwoju choroby, poszukiwanie czynników ryzyka i ich eliminowanie, w tym m.in. prowadzenie: badań diagnostycznych, działań informacyjno-promocyjnych, edukacji zdrowotnej pacjentów oraz szkoleń personelu medycznego.	Na zmniejszenie wskaźnika zgonów z powodu nowotworów ma wpływ m.in. prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, zarówno I, II fazy, jak i III fazy. Z danych opartych na długoletniej obserwacji pacjentów leczonych onkologicznie i wyleczonych z choroby nowotworowej wynika, że pacjenci ci najczęściej umierają z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Kardiologiczną przyczyną zgonów są najczęściej: zaawansowana niewydolność serca, choroba wieńcowa czy groźne zaburzenia rytmu serca. Wszystkie te jednostki chorobowe mogą być indukowane oraz akcelerowane przez chemio i radioterapię. Wykazano jednocześnie, że wczesna opieka kardiologiczna nad pacjentami z wysokim ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych i wczesne wdrożenie terapii zdiagnozowanych chorób pozwala na większą skuteczność leczenia i zmniejszenie śmiertelności.	Zmniejszenie zapadalności i umieralności na choroby układu krążenia w przebiegu leczenia onkologicznego poprzez wczesną opiekę kardiologiczną nad pacjentami z wysokim ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych.	1) PWDL, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzki Urząd Pracy.	2025-2029	4,5 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących wczesnego wykrywania powikłań sercowo-naczyniowych u pacjentów leczonych onkologicznie.
2.1.7.	Prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu zapobiegania i wczesnego wykrywania raka płuc, w tym m.in.: przesiewowe badania	Zgodnie z prognozami GUS zawartymi w MPZ w 2027 roku w województwie wskaźnik zapadalności na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc wyniesie 106,36 na 100 tys. ludności (średnio w	Wykrycie podejrzenia raka płuca.	1) PWDL, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzki Urząd Pracy.	2025-2029	7,9 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących zapobiegania i wczesnego wykrywania raka płuc.

	diagnostyczne, działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia personelu na temat wczesnej diagnostyki i leczenia raka płuca.	Polsce 85,35), również wskaźnik zgonów będzie wyższy niż średnio w Polsce (odpowiednio: 110,55 i 88,86 na 100 tys. ludności). W kolejnych latach różnice będą się powiększały – w 2031 roku wskaźnik zapadalność w województwie będzie większy o 22,69, a zgonów o 23,65. Możliwość wczesnego wykrycia choroby ma znaczny wpływ na stan pacjenta oraz jego rokowania, co odzwierciedla się również w kosztach leczenia, a także możliwościach dłuższego funkcjonowania chorego na rynku pracy. Dlatego tak niezwykle ważna jest profilaktyka pierwotna i wtórna. Profilaktyka wtórna obejmuje badania przesiewowe, nakierowane na wykrywanie zmian nowotworowych w bardzo wczesnych stadiach.					
2.1.8.	Prowadzenie kampanii i akcji dot. profilaktyki nowotworów typowych dla kobiet, raka płuc i nowotworów typowych dla mężczyzn.	Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów zarówno w województwie zachodniopomorskim, jak i całej Polsce. W 2022 roku nowotwory gruczolu krokowego stanowiły największą liczbę zachorowań u mężczyzn. Kolejnymi schorzeniami u mężczyzn są nowotwory złośliwe płuca, nowotwory jelita grubego, pęcherza moczowego, skóry, nerki i żołądka. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworu jest pierś, płuco, nowotwory skóry, jelita grubego, tarczycy, trzonu macicy i jajnika.	Zwiększenie wczesnego wykrywania i podjęcie działań ograniczających ryzyko zachorowania.	WSSE i PSSE	2027-2031	3,5 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczącymi profilaktyki nowotworów typowych dla kobiet, raka płuc i nowotworów typowych dla mężczyzn
2.1.9.	Prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy, w tym m.in.: działania informacyjno-edukacyjne, konsultacje diagnostyczno-terapeutyczne, działania rehabilitacyjne, szkolenie personelu medycznego.	Dolegliwości związane z bólami kręgosłupa obniżają sprawność psychofizyczną człowieka, ograniczają komfort wykonywanych codziennych czynności, wpływają zasadniczo na wykonywaną pracę lub podejmowane zatrudnienie. Powszechność ich występowania i długi okres utrzymywania się dolegliwości, oddziałuje na jakość życia, a zaniedbane i nieleczone prowadzą do niepełnosprawności. W dużym stopniu dotyka osób aktywnych zawodowo. Niezależnie od wykonywanej pracy (siedząca/fizyczna/umysłowa), realizacja jej	Zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencja przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób czynnych zawodowo.	1) PWDL, 2) jednostki samorządu terytorialnego, 3) Wojewódzki Urząd Pracy.	2025-2029	10,3 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczących przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy.

		przez dłuższy okres może przyczynić się do powstawania bólów kręgosłupa. Czynnikiem zwiększającym ryzyko są również: palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, czy przyjmowanie niewygodnych pozycji.					
2.1.10.	Prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu chorób przenoszonych drogą płciową: w tym m.in. działania informacyjno-edukacyjne oraz diagnostyczne.	W ostatnich latach w Polsce widoczny jest wzrost zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową, co stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Niski poziom wiedzy na temat dróg przenoszenia oraz skutków zdrowotnych infekcji przenoszonych drogą płciową (STI) prowadzi do lekceważenia ryzyka i podejmowania nieodpowiedzialnych zachowań. Istnieje potrzeba kształtowania postaw odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Działania obejmują również propagowanie regularnych badań profilaktycznych i wczesnego wykrywania chorób.	Zwiększenie świadomości uczniów szkół ponadpodstawowych i studentów na temat dróg przenoszenia oraz skutków zdrowotnych STI.	WSSE i PSSE	2027-2031	1,5 mln zł	Liczba osób objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego dotyczącymi chorób przenoszonych drogą płciową.
2.1.11.	Utworzenie ośrodka profilaktyki i edukacji onkologicznej. Ośrodek planowany jest jako wyodrębniona komórka organizacyjna, skupiająca rozproszoną część zadań realizowanych w kilku różnych poradniach i pracowniach. Będzie on łączył profilaktykę, diagnostykę, edukację, rehabilitację oraz strefę zabiegową, zapewniając wsparcie dla pacjentów na każdym etapie leczenia i profilaktyki.	Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. W 2023 r. były drugą, najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie, 314 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców). W związku z czym, kluczowymi działaniami prewencyjnymi jest profilaktyka, diagnostyka onkologiczna obejmujące: profilaktykę pierwotną, w tym zdrowy tryb życia i edukację zdrowotną nt. czynników ryzyka i sposobów ich eliminacji, profilaktykę wtórną polegającą na wczesnym wykryciu nowotworów (m.in. mammografia, cytologia, kolonoskopia) oraz wdrożenie wczesnego leczenia i profilaktyki III fazy, która dotyczy działań rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Istnieje potrzeba prowadzenia szkoleń dotyczących profilaktyki i diagnostyki	Zmniejszenie zapadalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. Poprawa sprawności i jakości życia chorych będących w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym.	1) PWDL, 2) jednostki samorządu terytorialnego,	2030-2031	90 mln zł	Liczba zgonów na 100 tys. mieszkańców. Liczba zachorowań na 100 tys. mieszkańców.

		onkologicznej dla mieszkańców, pacjentów osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej na terenie województwa.					
--	--	--	--	--	--	--	--

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie powyżej średniej krajowej.
- 2) Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.
- 3) Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania.
- 4) Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich.
- 5) Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekłe. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.
- 6) Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.
- 7) Otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ uzależnione powinno być od wzrostu liczby mieszkańców danego obszaru. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.
- 2) Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Wspieranie wprowadzania zachęt, np.

finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.

- 3) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
- 4) Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
- 5) Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.2.1.	Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich nieobjętych POZ poprzez utworzenie dodatkowych miejsc udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich, głównie dla gmin Nowogródek Pomorski, Karnice i Kozielice.	Obecnie świadczeniobiorcy korzystają z podmiotów POZ poza miejscem swojego zamieszkania, działanie ma przynieść zmianę polegającą na możliwości korzystania ze świadczeń POZ w gminie miejsca zamieszkania pacjenta. Zasilenie podmiotów POZ dodatkowym personelem powinno wyeliminować problem przekraczania list aktywnych przez personel medyczny w małych miejscowościach i na terenach wiejskich. W tym celu niezbędne jest zwiększenie zaangażowania władz samorządu terytorialnego w politykę zdrowotną, poprzez pozyskanie lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Poprawienie dostępności do świadczeń POZ na terenach wiejskich może mieć realny wpływ na odciążenie funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na tych terenach.	Zwiększenie liczby placówek w zakresie POZ w gminach, przede wszystkim wiejskich, jak również utrzymanie tych które już funkcjonują. Równomierne rozmieszczenie podmiotów POZ, szczególnie na terenie wsi i miasteczek. Zmniejszenie nadlimitów zadeklarowanej populacji w zakresie lekarza POZ i pielęgniarki POZ.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) podmioty tworzące PWDL, 3) PWDL, 4) ZOW NFZ.	2027-2031	29 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba powstałych dodatkowych miejsc udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich. Liczba nowozatrudnionych lekarzy i pozostałego personelu medycznego w dodatkowych miejscach udzielania świadczeń POZ na obszarach wiejskich.
2.2.2.	Podjęcie działań w celu zachęcenia lekarzy POZ z kwalifikacjami do tworzenia listy aktywnej do rozpoczęcia działalności na niezabezpieczonych terenach województwa np. akcje promujące dany obszar, udostępnienie lokalu na przychodnię, pomoc w uzyskaniu lokalu mieszkalnego dla lekarza itp. Głównymi beneficjentami tych działań powinny być gminy: Kozielice, Nowogródek Pomorski, Karnice.	Wg danych NFZ w województwie są 3 gminy wiejskie niezapewniające opiekę POZ na swoim terenie: Kozielice, Nowogródek Pomorski, Karnice. Problem nierównomiernego zabezpieczenia mieszkańców w opiekę POZ dotyczy głównie obszarów wiejskich i związany jest przede wszystkim z wygaszaniem działalności leczniczej przez dotychczasowych, wieloletnich świadczeniodawców (odejścia na emerytury, zgony lekarzy i pielęgniarek). Wg danych NFZ w latach 2022-2025 w ramach POZ rozwiązanych było 57 umów, w tym 13 bez przekazania deklaracji.	Wzrost liczby lekarzy zabezpieczających mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej.	jednostki samorządu terytorialnego	2022-2031	10 ml zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba podjętych działań.

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, w których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodniopomorskim niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 2) Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni chirurgii ogólnej i położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni deficytowych do poziomu średniej krajowej.
- 3) Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodniopomorskim niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych oraz onkologicznych, zwłaszcza tych, które funkcjonują przy szpitalach.
- 4) Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady w ramach wizyt po receptę, po omówieniu wyników, w niektórych przypadkach wizyta kontrolna (nie dotyczy wizyty pierwszorazowej i wizyt kontrolnych wymagających badania fizykalnego). Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodniopomorskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia.
- 5) Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym

w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: endokrynologia, geriatryka, reumatologia.

- 6) Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, chorób naczyń, chorób metabolicznych, gastroenterologicznej dla dzieci, endokrynologicznej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarze powiatu polickiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagę należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Koszalin, Szczecin, Świnoujście) oraz w powiatach przy granicy województwa.
- 2) Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach chirurgii ogólnej oraz położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: kardiologicznych, chorób płuc, alergologicznych dla dzieci, neurologicznych dla dzieci, reumatologicznych, neurologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez:
- zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad,
 - wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,

zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

- 3) Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: drawskiego, łobeskiego, choszczeńskiego.
- 4) Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągnięcia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.3.1.	Zwiększenie dostępności do deficytowych poradni między innymi poradni w dziedzinach: - kardiologii dziecięcej, - neurologii dziecięcej, - okulistyki dziecięcej, - alergologii dziecięcej, - reumatologii, - endokrynologii, - hematologii, - chorób płuc, - gruźlicy i chorób płuc, - kardiologii, - neurologii poprzez utworzenie nowych poradni w obszarach niezabezpieczonych całego województwa oraz rozwój opieki ambulatoryjnej w szpitalach powiatowych, w szczególności tam, gdzie nastąpiła restrukturyzacja/konsolidacja oddziałów szpitalnych.	Wg danych zawartych w MPZ w 2023 roku najniższa pozycja rankingowa pod względem liczby udzielonych porad w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców występowała w: - poradnia chorób płuc 12 porad (średnia dla Polski 189 porad), ostatnie miejsce w kraju; - poradnia alergologii dla dzieci 21 porad (średnia dla Polski 175 porad), ostatnie miejsce w kraju; - poradnia neurologii dla dzieci 59 porad (średnia dla Polski 90 porad), przedostatnie miejsce w kraju; - poradnia reumatologiczna 208 porad (średnia dla Polski 386 porad), przedostatnie miejsce w kraju; - poradnia neurologiczna 983 porady (średnia dla Polski 1293 porady), przedostatnie miejsce w kraju w 2023 r., a w 2024 roku ostatnia pozycja na tle kraju; - poradnia hematologiczna – 14 pozycja na tle kraju, w 2025 roku rozwiązana umowa szpitalna; - poradnia endokrynologiczna – 13 pozycja na tle kraju w 2023, a w 2024 14 pozycja na tle kraju; - poradnia kardiologiczna dla dzieci 14 pozycja na tle kraju, a w 2024 roku 12 pozycja; - brak poradni okulistycznej dla dzieci jako jedyne województwo w kraju.	Zwiększenie liczby udzielonych świadczeń z zakresu deficytowych poradni.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	53 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba wykonanych porad w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. Liczba poradni w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców.
2.3.2.	Zwiększenie dostępności dla mieszkańców województwa do poradni w specjalnościach, w których czas oczekiwania na świadczenie jest dłuższy niż średni przeciętny czas oczekiwania w kraju, poprzez utworzenie nowych poradni w obszarach niezabezpieczonych.	Wg danych zawartych w MPZ w 2023 roku najdłuższy średni czas oczekiwania na poradę w ramach poradni specjalistycznych na terenie województwa: - poradnia neurochirurgiczna 343 dni (średnia dla Polski 218 dni), - poradnia chorób naczyń – 280 dni (średnia dla Polski 170 dni), - poradnia chorób metabolicznych – 249 dni (średnia dla Polski ogółem 120 dni),	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia o 20%.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2025-2031	34 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Przeciętny czas oczekiwania w dniach w poradniach z utrudnionym dostępem do świadczeń.

		- poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – 245 dni (średnia dla Polski ogółem – 88 dni), - endokrynologiczna – 231 dni (średnia dla Polski ogółem – 190 dni).					
2.3.3.	Intensyfikacja opieki nad pacjentem z cukrzycą poprzez m.in. realizowanie: - Ambulatoryjnej Opieki Pielęgniarskiej w diabetologii docelowo we wszystkich poradniach diabetologicznych. - kompleksowej AOS nad pacjentem z cukrzycą - „Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)”. - wczesnej diagnostyki (medycyna pracy).	Wzmocnienie działań w ramach poradni diabetologicznych poprzez monitorowanie i nadzór nad pacjentem wraz z konieczną diagnostyką w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań. Wg danych zawartych w MPZ w 2024 roku liczba porad w przeliczeniu na tys. mieszkańców w poradniach diabetologicznych wyniosła 47,95 porad co daje 12 pozycję na tle innych województw.	Utworzenie poradni w powiatach, gdzie nie ma realizatorów. Brak poradni diabetologicznej w 5 powiatach: kamieńskim, koszalińskim, łobeskim, świdwińskim i wałeckim. Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą (KAOS). Poprawa dostępu do edukacji diabetyków oraz ich rodzin. Zapewnienie dostępu do leczenia ran przewlekłych.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	15 mln zł	Liczba pacjentów objętych koordynowaną opieką w stosunku do liczby pacjentów ogółem z rozpoznaniem cukrzycy. Liczba zawartych umów.
2.3.4.	Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej na obszarze województwa poprzez utworzenie nowych poradni, w tym przynajmniej jednej w części wschodniej województwa.	Ze względu na niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia poradni geriatrycznych. Wg danych zawartych w MPZ obecnie zabezpieczone jest 14% powiatów województwa (dla porównania w Polsce zabezpieczenie wynosi 19%). Brak zabezpieczenia we wschodniej części województwa.	Poprawa jakości życia osób powyżej 65 roku życia i wczesna diagnostyka geriatryczna. Polepszenie dostępu do tego rodzaju świadczeń medycznych dla wszystkich mieszkańców województwa. Poprawa jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL,	2027-2031	14 mln zł	Liczba utworzonych poradni geriatrycznych.
2.3.5.	Zwiększenie dostępności dla mieszkańców województwa do poradni leczenia bólu poprzez utworzenie przynajmniej dwóch nowych poradni w obszarach niezabezpieczonych.	Wg danych zawartych w MPZ w 2024 roku w przeliczeniu liczby poradni na 10 tys. mieszkańców województwo zajęło przedostatnie miejsce na tle kraju. Poradnie zlokalizowane były tylko w powiecie kołobrzeskim oraz miastach Koszalin, Szczecin i Świnoujście.	Zabezpieczenie poradni leczenia bólu na poziomie powiatu. Poprawa jakości życia pacjentów, życie bez bólu. Podniesienie świadomości pacjentów i decydentów na temat zasadności właściwego leczenia bólu co pozwoli na lepsze funkcjonowanie pacjentów, zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) podmioty tworzące PWDL,	2027-2031	7 mln zł	Liczba poradni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa.

2.4. Leczenie szpitalne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

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

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie

liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim.

- 2) W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.
- 3) Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.
- 4) Wzmocnienie działalności ośrodków specjalistycznych przeznaczonych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadających SOR. Zwiększenie umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
- 5) Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

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

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.
- 2) Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień, szczególnie na południowym wschodzie województwa. Jedynie dwa ośrodki detoksykacji alkoholowej oraz brak placówki specjalizującej się w detoksykacji od substancji psychoaktywnych. Brak hostelu na terenie województwa powoduje konieczność korzystania ze świadczeń w innych województwach. Liczba pacjentów korzystających z hostelu w 2023 wynosiła 28, jednak zapotrzebowanie może być większe. Oddziały/ośrodki leczenia znajdowały się na północy województwa.
- 3) Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
- 4) Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
- 2) Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez współpracę w celu otwarcia nowych poradni leczenia uzależnień ogólnych, szczególnie w powiatach na południu i wschodzie województwa. Zabezpieczenie w dostępie do oddziałów/ośrodków leczenia w południowych powiatach. Weryfikacja potrzeby na otwarcie hostelu na terenie województwa i podjęcie działań zmierzających do otwarcia takiej placówki w przypadku potwierdzenia potrzeby jej istnienia.
- 3) Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.

- 4) Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.5.1.	Zwiększenie liczby podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego oraz zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych w środowisku lokalnym.	Według danych NFZ w 2025 roku na terenie województwa funkcjonowało 6 CZP, które swym zasięgiem obejmowały 10 z 21 powiatów. Prawie wszystkie powiaty subregionu koszalińskiego objęte są opieką CZP (oprócz powiatu sławieńskiego i kołobrzeskiego). W subregionie szczecińskim tylko dwa powiaty (na 12) objęte są działaniem CZP: miasto Szczecin i powiat choszczeński. Dlatego bardzo ważny jest rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej w tych obszarach z jednoczesnym ograniczeniem liczby hospitalizacji na korzyść opieki środowiskowej i ambulatoryjnej. CZP powinny powstać przy ośrodkach posiadających oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego i poradnie zdrowia psychicznego. CZP może powstać w powiecie gryfickim, gdzie znajduje się oddział psychiatryczny.	Wzrost liczby CZP w obszarach jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta. Zapewnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej lub CZP w każdym powiecie lub grupie powiatów.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2026-2031	140 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba powiatów objętych opieką CZP. Zwiększenie udziału opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej w stosunku do opieki stacjonarnej.
2.5.2	Zwiększenie bazy łóżkowej w ramach psychiatrycznej opieki długoterminowej o około 30 łóżek na bazie istniejącego zakładu w powiecie gryfińskim .. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych	Z uwagi na zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, coraz istotniejszym jest adresowanie potrzeb zdrowotnych seniorów, w tym także w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Wiąże się to z koniecznością zapewnienia łatwego dostępu do psychiatrycznej opieki długoterminowej w celu wsparcia opiekunów rodzinnych i instytucjonalnych. W 2024 roku (dane zawarte w MPZ) w zakresie świadczeń w zakładach/oddziałach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych według wskaźnika dostępności na 100 tys. mieszkańców zachodniopomorskie jest na 11 miejscu w kraju (ZACH – 11 pacjentów na 100 tys. mieszkańców, średnia Polska 19 pacjentów na 100 tys. mieszkańców).	Zwiększenie liczby łóżek opieki długoterminowej psychiatrycznej w województwie.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	30 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba łóżek opieki długoterminowej psychiatrycznej.

2.5.3.	Otwieranie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny; a także ośrodków II poziomu referencyjnego, zapewniając pacjentom małoletnim dostęp do opieki dziennej i ZLŚ. Ośrodki I stopnia referencyjności powinny powstać w każdym powiecie, przynajmniej 1 Ośrodek na jeden powiat. Ośrodki II stopnia referencyjności w miastach na prawach powiatu- Świnoujście, Koszalin, Szczecin.	Koniecznym jest zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania, poprzez zwiększenie dostępności do opieki ambulatoryjnej, środowiskowej i dziennej oraz poprawa warunków świadczeń. Według danych NFZ w 2025 roku 14 powiatów objętych było środowiskową opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną dla dzieci i młodzieży I poziomu referencyjnego. Pozostało 5 obszarów: powiat gryficki, gryfiński, policki, pyrzycki i powiat kamieński i miasto Świnoujście, w których powinny powstać ośrodki I poziomu. CZP dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny w 2025 roku były tylko 3: 1 w Koszalinie i 2 w Szczecinie. Istniejące trzy poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży powinny przekształcić się w CZP II poziomu dla dzieci i młodzieży. Brakuje ośrodków z oddziałem dziennym.	Wzrost liczby poradni psychologicznych i psychiatryczny dla dzieci i młodzieży oraz utworzenie ośrodków II poziomu z oddziałem dziennym.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2025-2031	90 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego na I poziomie referencyjnym. Liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego na II poziomie referencyjnym. Liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego na II poziomie referencyjnym z oddziałem dziennym.
2.5.4.	Inwestycje na potrzeby III-go poziomu referencyjnego – Ośrodka Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży oraz ambulatoryjnego leczenia chorób psychicznych dzieci i młodzieży wraz z rozwojem opieki środowiskowej i dziennej. Działania dotyczą budowy i wyposażenia obiektów w podmiotach świadczących usługi psychiatryczne dla dzieci.	Informacje statystyczne wykazują wzrost liczby dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. Wg danych zawartych w MPZ, w województwie zachodniopomorskim w ostatnich latach liczba pacjentów w wieku do 18 roku życia wzrosła o 128,99%, tj. od 4 247 osób w 2018 r. do 9 725 w 2023 r.	Wzrost dostępności świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych dla dzieci i młodzieży. Rozwój środowiskowych form wsparcia.	1) PWDL realizujące świadczenia w zakresie psychiatrii dziecięcej i młodzieży, 2) Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego.	2024-2031	170 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych i wyposażonych podmiotów leczniczych.

2.6. Rehabilitacja medyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.
- 2) Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.
- 3) Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
- 2) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.
- 3) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.6.1.	Utworzenie przynajmniej jednego oddziału/zakładu rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej.	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych jest świadczeniem gwarantowanym. W województwie brak jest podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Utworzenie oddziału rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej na terenie województwa zachodniopomorskiego co w konsekwencji zabezpieczy dostępność do usług w ramach tej rehabilitacji.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	20 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej stacjonarnej.
2.6.2.	Utworzenie co najmniej po jednym ośrodku/oddziale dziennym, który będzie realizował rehabilitację dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego na obszarze grup powiatów: 1. choszczeński, pyrzycki, stargardzki; 2. gryficki, kamieński, m. Świnoujście.	Według danych zawartych w MPZ rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym: - wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasuje województwo na ostatnim 16 miejscu w kraju; - wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 13 miejscu w kraju na 16 miejsc, poniżej wskaźnika dla Polski. Występuje nierównomierne rozłożenie podmiotów świadczących usługi (8 ośrodków na 21 powiatów). Brak zabezpieczenia w środkowej części województwa.	Utworzenie w województwie zachodniopomorskim nowych ośrodków rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, a co za tym idzie zwiększenie dostępności do świadczeń.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2022-2031	20 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych ośrodków/oddziałów dziennych.
2.6.3.	Utworzenie przynajmniej jednego podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w ośrodku/oddziale dziennym.	Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku jest świadczeniem gwarantowanym. W województwie brak jest podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie.	Utworzenie w województwie zachodniopomorskim nowego ośrodka rehabilitacji dziennej narządu wzroku i zabezpieczenie dostępności do tych świadczeń.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2022-2031	10 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych ośrodków/oddziałów.

2.6.4.	Utworzenie na terenie Szczecina nowego oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej z około 25 łózkami.	Według danych zawartych w MPZ w 2024 roku: - wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności plasuje województwo na 10 miejscu w kraju nieznacznie poniżej wskaźnika Polski; - wskaźnik liczby osobodni na 100 tys. ludności plasuje województwo na 7 miejscu w kraju (powyżej wskaźnika Polski); - wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasuje województwo na 15 miejscu w kraju, poniżej wskaźnika Polski. W Szczecinie są dwa podmioty realizujące usługi z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Utworzenie w Szczecinie nowego oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej i zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2024-2031	28 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych nowych oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej.
2.6.5.	Wydzielenie z istniejącej lub utworzenie nowej bazy łóżkowej dla oddziału stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci.	W województwie zachodniopomorskim nie ma oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej dedykowanej tylko dla dzieci. Według MPZ w 2024 roku z rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej skorzystało 55 osób do 18 roku życia z województwa zachodniopomorskiego. W oddziałach stacjonarnych działających na terenie województwa zachodniopomorskiego, rehabilitowanych było 5 pacjentów do 18 r.ż. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Wydzielenie łóżek dla dzieci w ramach istniejącej bazy łóżkowej i zabezpieczenie dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci realizowanej w warunkach stacjonarnych.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2024-2031	13 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych łóżek.

2.7. Opieka długoterminowa

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).
- 2) Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
- 2) Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.7.1.	Zwiększenie istniejącej, jak również utworzenie nowej bazy łóżkowej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych w województwie zachodniopomorskim, a szczególnie w obszarach o niskim wskaźniku liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców: - pow. policki, miasto Szczecin - pow. gryfiński; pow. pyrzycki; pow. stargardzki - pow. białogardzki, pow. i miasto Koszalin, pow. sławieński, pow. kołobrzeski, pow. świdwiński	Według danych zawartych w MPZ w 2024 roku: - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (13 miejsce w kraju, poniżej wskaźnika Polski); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (13 miejsce w kraju, poniżej wskaźnika Polski); - ujemne saldo migracji; - mała liczba ośrodków na 100 tys. mieszkańców (ostatnie miejsce w kraju) i nierównomierne rozmieszczenie zakładów na terenie województwa. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Utworzenie nowej/zwiększenie istniejącej bazy łóżkowej w ZOL w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego. Zwiększenie liczby łóżek aż do osiągnięcia średniej ogólnopolskiej dostępności do łóżek ZOL na 100 tys. mieszkańców.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) podmioty tworzące PWDL, 3) PWDL.	2022-2031	180 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba łóżek w ZOL/ZPO w danym roku.
2.7.2.	Rozbudowa Centrum Opieki Długoterminowej w Koszalinie – etap II.	Starzejące się społeczeństwo i utrzymujące się w tym zakresie trendy długookresowe wskazują na wzrost zapotrzebowania populacyjnego na leczenie chorób przewlekłych i opiekę długoterminową. Obecnie w Koszalinie wykonano I etap prac, utworzono Centrum Opieki Długoterminowej przy Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie mieszczące 47 łóżek długoterminowych. Obiekt został przygotowany konstrukcyjnie do nadbudowy dodatkowych kondygnacji w przypadku rozszerzenia działalności. Etap II przewiduje nadbudowę 2 pięter i uruchomienie kolejnych 94 łóżek. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) podmioty tworzące PWDL, 3) PWDL.	2026-2031	65 mln zł	Liczba nowych łóżek długoterminowych.

2.7.3.	II etap rozbudowy ZOL w Regionalnym Centrum Medycznym w Białogardzie Spółka z o.o.	I etap realizowany w 2026 r. to 25 nowych łóżek. II etap inwestycji to dalsza rozbudowa infrastruktury i powiększenie bazy łóżkowej. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalne co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia.	1) jednostki samorządu terytorialnego, 2) podmioty tworzące PWDL, 3) PWDL.	2022-2031	22 mln zł	Liczba nowych łóżek długoterminowych.
--------	--	---	--	--	-----------	-----------	---------------------------------------

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

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

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
- 2) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
- 3) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.8.1.	Zwiększanie liczby łóżek w istniejących ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej. Utworzenie nowych hospicjów stacjonarnych w szczególności w grupach powiatów: - pow. choszczeński, pow. gryfiński, pow. myśliborski, pow. pyrzycki, pow. stargardzki - pow. goleniowski, pow. gryficki, pow. kamieński, pow. łobeski, pow. policki, pow.-miasto Szczecin, pow.-miasto Świnoujście. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Według danych zawartych w MPZ w 2024 roku: - liczba pacjentów na 100 tys. ludności (15 miejsce w kraju, poniżej wskaźnika Polski); - liczba osobodni na 100 tys. ludności (15 miejsce w kraju; poniżej wskaźnika Polski); - mała liczba ośrodków na 100 tys. ludności (16 ostatnie miejsce w kraju); - nierównomierne rozłożenie ośrodków na terenie województwa; - ujemne saldo migracji.	Utworzenie nowej/zwiększenie istniejącej bazy łóżkowej w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego. Zgodnie z rekomendacjami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej planowane jest osiągnięcie liczby 130 łóżek na milion mieszkańców.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2022-2031	110 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba łóżek hospicyjno-paliatywnych w stosunku do roku poprzedniego. Liczba nowopowstałych podmiotów leczniczych.
2.8.2.	Utworzenie 4 poradni medycyny paliatywnej w 4 obszarach (po jednej poradni w obszarze): 1) choszczeński, stargardzki 2) kołobrzeski, świdwiński, białogardzki 3) szczecinecki, wałecki, drawski 4) Świnoujście, kamieński, goleniowski, gryficki, łobeski.	Według danych zawartych w MPZ w 2024 roku dla poradni medycyny paliatywnej wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności i wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności plasują województwo powyżej wskaźnika Polski. Jednakże w województwie występuje problem nierównomiernego rozłożenia podmiotów świadczących usługi. Zabezpieczona jest zachodnia część województwa. Na pozostałym terenie brak jest podmiotów, które udzielałyby świadczeń z zakresu poradni medycyny paliatywnej. Zgodnie ze specyfiką świadczeń wykonywanych w ramach poradni medycyny paliatywnej świadczeniodawcy powinni być zlokalizowani jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo należy dążyć do tego, aby świadczenia udzielane były w każdym	Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej w wybranych obszarach województwa.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2022-2031	12 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba poradni medycyny paliatywnej.

		powiecie województwa. Występuje ujemne saldo migracji co może świadczyć o niskiej dostępności do usług.					
2.8.3.	Wsparcie działalności hospicjów domowych dla dorosłych funkcjonujących na obszarze całego województwa zachodniopomorskiego, stosownie do aktualnych potrzeb.	W obecnym systemie opieki zdrowotnej, po zakończeniu leczenia specjalistycznego wzrosło zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną nad pacjentami w fazie terminalnej choroby onkologicznej. Świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach paliatywno-hospicyjnej udzielane są w warunkach stacjonarnych, domowych i dziennych. Na terenie województwa funkcjonowało 27 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,65 ośrodka na 100 tys. ludności, o 5% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 131 na 100 tys. ludności (o 27% mniej niż średnio w Polsce). Wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej województwa jest zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Działanie nie będzie polegało na tworzeniu nowych hospicjów domowych. Działania planowane do podjęcia to m.in.: zapewnienie dodatkowej pielęgnacji, fizjoterapii i rehabilitacji, doposażenie w sprzęt i materiały do pielęgnacji i prowadzenia dokumentacji medycznej, podnoszenie kwalifikacji zawodowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2025-2031	EFS+ 43,8 mln zł	Liczba hospicjów domowych.
2.8.4	Utworzenie hospicjum domowego dla dorosłych w powiecie koszalińskim (poza miastem Koszalin).	Wg danych NFZ w województwie działa 25 hospicjów domowych dla dorosłych . W każdym powiecie oprócz powiatu koszalińskiego funkcjonuje przynajmniej jedno hospicjum domowe dla dorosłych. Zgodnie ze specyfiką świadczeń hospicja domowe powinny być zlokalizowane jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Docelowo świadczenia te powinny być udzielane w każdym powiecie województwa.	Utworzenie hospicjum domowego dla dorosłych w powiecie koszalińskim i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej dla dorosłych realizowanej w warunkach domowych.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	5,5 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych hospicjów domowych dla dorosłych.

		Według danych zawartych w MPZ w 2024 roku: -liczba pacjentów na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju, poniżej wskaźnika Polski); -liczba osobodni na 100 tys. ludności (14 miejsce w kraju; poniżej wskaźnika Polski).					
2.8.5.	Utworzenie ośrodka zabezpieczającego usługi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.	Perinatalna opieka paliatywna jest świadczeniem gwarantowanym. W województwie brak jest podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie.	Utworzenie ośrodka zabezpieczającego usługi z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2022-2031	9 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba ośrodków udzielających świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

2.9. Kadry

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Z uwagi na stosunkowo wysoki średni wiek w grupie lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz to, że ponad ¼ personelu osiągnęła już wiek emerytalny, należy zmniejszać lukę pomiędzy wchodzącymi na rynek pracy, a osiągniętymi wiek emerytalny.
- 2) Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
- 2) Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku. Opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
- 3) Stworzenie nowych miejsc szkoleniowych uwzględniając rekomendowane wskaźniki, np. rekomendacje konsultantów krajowych, średnie krajowe, rekomendacje europejskich towarzystw.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.9.1.	Wprowadzenie mechanizmów, które zachęcą kadrę medyczną do podejmowania pracy na terenie województwa i ograniczą ich zarobkową emigrację, np. kampanie promujące podmioty lecznicze (informujące o renomie podmiotu, tj. nowoczesnym wyposażeniu, informatyzacji podmiotu i wysokokwalifikowanej kadrze medycznej), zachęcanie podmiotów leczniczych przez konsultantów wojewódzkich do tworzenia miejsc specjalizacyjnych, promowanie podejmowania pracy w zawodach medycznych przez konsultantów wojewódzkich i samorządy zawodowe.	Wg danych zawartych w MPZ w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2024 roku województwie było: - 374 lekarzy (o 21 mniej niż średnio w Polsce), - 111 lekarzy dentystów (o 9 więcej niż średnio w Polsce), - 535 pielęgniarek (o 81 mniej niż średnio w Polsce – trzecia od końca lokata w kraju), - 70 położnych (o 11 mniej niż średnio w Polsce), - 36 diagnostów laboratoryjnych (o 8 mniej niż średnio w Polsce), - 77 farmaceutów (o 18 mniej niż średnio w Polsce), - 181 fizjoterapeutów (o 10 mniej niż średnio w Polsce).	Zapewnienie odpowiedniej liczby kadry medycznej, która zaspokoi potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa.	1) PUM, 2) konsultanci wojewódzcy, 3) jednostki samorządu terytorialnego, 4) samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne.	2027-2031	Działanie bezkosztowe.	Liczba wprowadzonych mechanizmów, które zachęcą kadrę medyczną do podejmowania pracy na terenie województwa i ograniczą ich zarobkową emigrację.
2.9.2.	Opracowanie programów wsparcia dla absolwentów kierunków medycznych, ułatwiających im podjęcie pracy w wyuczonym zawodzie, poprzez m.in.: fundowanie nagród specjalnych dla najlepszych absolwentów, wsparcie socjalne, pomoc prawna, kursy i szkolenia doszkaltające oraz dostęp do wirtualnej biblioteki.	Wg danych zawartych w MPZ udział kadry w wieku emerytalnym w 2024 roku wyniósł: - 27% lekarzy (najwyższy odsetek w kraju), - 20% lekarzy dentystów, - 28% pielęgniarek (najwyższy odsetek w kraju), - 28% położnych (trzeci najwyższy odsetek w kraju), - 13% diagnostów laboratoryjnych, - 14% farmaceutów, - 6% fizjoterapeutów.	Zwiększenie liczby młodego personelu medycznego.	samorządy zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne.	2027-2031	12 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Procentowy udział kadry w wieku emerytalnym.
2.9.3.	Stworzenie większej liczby miejsc szkoleniowych (w ramach posiadanych zasobów) w dziedzinach medycyny, w których w przyszłości powstaną znaczne luki kadrowe spowodowane brakiem wymienialności pokoleniowej oraz w tych dziedzinach, w których liczba	Wg danych zawartych w MPZ w 2024 roku największe różnice pomiędzy liczbą lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy (w horyzoncie do maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego) a liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny (w tym samym horyzoncie czasowym) były w dziedzinie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej. Ujemne	Zapewnienie odpowiedniej liczby kadry medycznej, która zaspokoi potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa.	1) konsultanci wojewódzcy, 2) podmioty tworzące PWDL 3) PWDL	2027-2031	Działanie bezkosztowe	Wskaźnik zastępowalności pokoleń.

	specjalistów odbiega od rekomendacji.	saldo odnotowano również w dziedzinach: medycyny pracy, rehabilitacji medycznej, chirurgii dziecięcej, radioterapii onkologicznej, chorób płuc, otorynolaryngologii, balneologii i medycyny fizykalnej, nefrologii dziecięcej, toksykologii klinicznej, alergologii, chirurgii klatki piersiowej, geriatry oraz otorynolaryngologii dziecięcej.					
2.9.4.	Zabezpieczenie mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej poprzez: - Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w ośrodkach uprawnionych do kształcenia specjalistycznego w zakresie medycyny rodzinnej lub uzyskanie nowych miejsc szkoleniowych w kolejnych podmiotach. - Propagowanie zawodu pielęgniarki i położnej wśród młodzieży we wszystkich rodzajach szkół ponadpodstawowych w województwie.	Wg danych zawartych w MPZ w 2024 roku liczba personelu medycznego zgłoszonego przez świadczeniodawców do umów z NFZ w ramach POZ przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniosła: - lekarzy 96,7 (średnia dla Polski 117,1 – przedostatnie miejsce w kraju), - pielęgniarek 74,4 (średnia dla Polski 102,6 – ostatnie miejsce w kraju), - położnych 14,8 (średnia dla Polski 117,1 – dwunaste miejsce w kraju). Zgodnie z wykazem jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji w 2025 r. w województwie szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej realizowało 59 podmiotów dysponując 260 miejscami akredytacyjnymi. Liczba miejsc stale rośnie, jednak specjalistów w tej dziedzinie jest nadal za mało.	Odmłodzenie kadry medycznej. Wzrost liczby kadry medycznej zabezpieczającej mieszkańców województwa we właściwą opiekę medyczną w ramach podstawowej opieki medycznej.	1) konsultanci wojewódzcy, 2) podmioty tworzące PWDL 3) PWDL,	2022-2031	Finasowanie przygotowania infrastruktury uzależnione od potrzeb i aktualnych cen rynkowych.	Liczba dodatkowych miejsc szkoleniowych. Liczba pielęgniarek i położnych w POZ na 100 tys. ludności.

2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

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

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności, przynajmniej do poziomu średniej krajowej, w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obciążenia ZRM.
- 2) Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzypadkowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.10.1.	Przekształcenie zespołów S, w których nie jest możliwe zapewnienie obsady lekarza na zespoły P 3 osobowe.	Niedostępność kadry medycznej – lekarzy, zgodnej z wymaganiami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, powoduje, że świadczenia realizowane są niezgodnie z przepisami ustawy o PRM. Przekształcenie zespołów S na zespoły P 3 osobowe wpłynie na urealnienie składu zespołów ZRM.	Zwiększenie dostępności do zespołów 3 osobowych oraz urealnienie ilości rzeczywistych zespołów S z dostępnym lekarzem.	1) PWDL, 2) Wojewoda Zachodniopomorski.	2027-2031	1,7 mln zł na każdy przekształcony zespół. Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba zespołów ZRM P 3 osobowych w stosunku do roku 2026.
2.10.2.	Odnowienie bazy ambulansów ratunkowych i wyposażenia ZRM niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania systemu PRM na terenie województwa.	Odnowienie bazy ambulansów ratunkowych i wyposażenia ZRM w celu poprawy dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zwiększenie o 3 ZRM.	Poprawa jakości świadczeń medycznych udzielanych przez ZRM.	1) PWDL, 2) podmioty tworzące PWDL.	2027-2031	45 mln zł	Liczba ambulansów, których wiek nie przekracza 5 lat lub przebieg 400 tys. km w stosunku do ogólnej liczby.

2.11. Sprzęt medyczny

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Głównym celem inwestycji w infrastrukturę powinien być terminowy dostęp do świadczeń, zmniejszający w miarę możliwości czas oczekiwania na zabieg lub badanie.
- 2) Zapewnienie odpowiedniej struktury wiekowej sprzętu. Sprzęty przestarzałe pod względem technologicznym nie są przystosowane do przeprowadzania procedur w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną.
- 3) Należy dążyć do wymiany sprzętu, który charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Koszty związane z eksploatacją starych sprzętów są wyższe, a ich eksploatacja wiąże się z większym ryzykiem awarii, co może powodować wydłużenie kolejki oczekujących na badanie.
- 4) Maksymalizacja wykorzystania aktualnej bazy sprzętowej poprzez alokację sprzętu przy uwzględnieniu dostępności kadry medycznej i zmieniającej się struktury demograficznej mieszkańców województwa.

Rekomendowane kierunki działań

Analiza przedstawiona w powyższym rozdziale została przeprowadzona na podstawie danych za 2024 rok, przez co nie uwzględnia sprzętów zakupionych lub wymienionych oraz sprzętów przestarzałych i wyeksploatowanych po tym roku. Podczas podejmowania decyzji strategicznych będą brane pod uwagę aktualne stany sprzętu w województwie.

- 1) Głównym celem dla strategii dotyczącej sprzętu medycznego jest efektywna optymalizacja bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców.
- 2) Wymiana sprzętu przestarzałego i charakteryzującego się znacznym stopniem eksploatacji (sprzęt z wysokim priorytetem do wymiany).

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.11.1.	Zakup nowego sprzętu zgodnie z priorytetem do wymiany wskazanym w MPZ.	Zgodnie z prognozami zawartymi w MPZ w 2027 i 2030 roku w województwie udział procentowy poszczególnych sprzętów do wymiany będzie wynosił: - akcelerator – 29% w 2027 r. i 57% w 2030 r. - angiograf – 69% w 2027 r. i 75% w 2030 r. - aparat do brachyterapii – 75% w 2027 r. i 100% w 2030 r. - ECMO – 44% w 2027 r. i 100% w 2030 r. - gammakamera – 44% w 2027 r. i 67% w 2030 r. - mammograf – 56% w 2027 r. i 63% w 2030 r. - PET – 50% w 2027 r. i 50% w 2030 r. - rezonans – 62% w 2027 r. i 72% w 2030 r. - RTG – 66% w 2027 r. i 76% w 2030 r. - tomograf – 29% w 2027 r. i 50% w 2030 r. - UGS – 76% w 2027 r. i 91% w 2030 r.	Zapewnienie utrzymania odpowiedniej struktury wiekowej sprzętu medycznego w województwie.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ. - akcelerator: 36 mln zł, - angiograf: 42 mln zł, - aparat do brachyterapii: 12 mln zł, - ECMO: 7,7 mln zł, - gammakamera 6 mln zł - mammograf: 8,5 mln zł, - PET: 2,5 mln zł, - rezonans: 187 mln zł - RTG: 163,2 mln zł - tomograf: 51 mln zł - UGS: 60,8 mln zł.	Wskaźnik sprzętu z wysokim priorytetem do wymiany.

2.12. Pozostałe

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

1) Leczenie uzdrowiskowe

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Naczelnego Lekarza Uzdrawisk dla województwa zachodniopomorskiego obecnie nie występują braki kadrowe wśród lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów.

Wśród lekarzy ze specjalizacją z balneologii i medycyny fizykalnej bardzo duży odsetek, bo aż 54% osiągnęło już wiek emerytalny.

Województwo zachodniopomorskie jest jednym z dwóch województw, które posiadając uzdrowiska, nie dysponują miejscami akredytacyjnymi do szkolenia lekarzy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej.

Podmioty nie są zainteresowane prowadzeniem szkolenia specjalizacyjnego lekarzy balneologów z powodu problemów z uzyskaniem akredytacji i brakiem chętnych do pełnienia funkcji kierowników specjalizacji.

2) Szczególna opieka geriatryczna

Sprzysianie zdrowemu starzeniu się mieszkańców województwa poprzez zapewnienie szczególnej opieki geriatrycznej osobom, które ukończyły 75 rok życia.

Zaspokojenie potrzeb szybko rosnącej grupy osób w wieku podeszłym wymaga przygotowania odpowiedniej infrastruktury, usług, a przede wszystkim kadr medycznych i opiekuńczych.

3) Infrastruktura

Dążenie do jak najlepszego wykorzystania dostępnej infrastruktury przy jednoczesnym ograniczaniu nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych na obszarze całego kraju.

Zapewnienie mieszkańcom województwa możliwie najlepszej opieki medycznej poprzez zastosowanie innowacji w ochronie zdrowia. Działania takie mają na celu zwiększenie efektywności, jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz odpowiednie wsparcie personelu medycznego.

Rekomendowane kierunki działań

1) Leczenie uzdrowiskowe

W celu uzupełnienia luki kadrowej zasadnym byłoby utworzenie ośrodka prowadzącego kursy dla lekarzy chcących uzyskać certyfikat w tej dziedzinie. Lekarz

specjalista po odbytych kursie w zakresie podstaw balneologii mógłby być lekarzem prowadzącym leczenie uzdrowiskowe.

2) Szczególna opieka geriatryczna

Głównym celem działania Centrum Zdrowia 75+ będzie skoordynowana opieka medyczna dla pacjentów geriatrycznych w celu ustabilizowania ich stanu zdrowia oraz umożliwienia dalszego autonomicznego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku.

3) Infrastruktura

Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.

Zakup dodatkowych urządzeń, w celu osiągnięcia wartości referencyjnych wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

Zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny, w tym technologii optymalizujących czas i pracę osób wykonujących zawody medyczne i niemedyczne.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.12.1.	Utworzenie ośrodka prowadzącego szkolenie dla lekarzy chcących uzyskać certyfikat z balneologii uprawniający do pracy w jednostkach leczących kuracjuszy skierowanych przez NFZ.	Województwo zachodniopomorskie jest jednym z dwóch województw, które posiadając uzdrowiska, nie dysponują miejscami akredytacyjnymi do szkolenia lekarzy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Zapełnienie luki kadrowej może być również możliwe poprzez utworzenie ośrodka prowadzącego kursy dla lekarzy chcących uzyskać certyfikat w tej dziedzinie. Lekarz specjalista po odbytym kursie w zakresie podstaw balneologii mógłby być lekarzem prowadzącym leczenie uzdrowiskowe.	Wypełnienie braków kadrowych wśród lekarzy specjalistów sprawujących opiekę nad kuracjuszami.	1) podmioty tworzące PWDL 2) PWDL, 3) Naczelny Lekarz Uzdrowisk.	2027-2031	5 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba utworzonych ośrodków.
2.12.2.	Utworzenie Centrów Zdrowia 75+ na terenie województwa zachodniopomorskiego w związku z realizacją Planu z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej.	Populacja seniorów powiększa się istotnie, co spowodowane jest wydłużeniem przeciętnej długości życia w ostatnich dziesięcioleciach. Wydłużeniu życia nie towarzyszy niestety zdrowe starzenie się. Polscy seniorzy oceniają swoje samopoczucie gorzej niż mieszkańcy innych krajów unijnych w tym samym wieku. Zaspokojenie potrzeb osób w podeszłym wieku wymaga stworzenia odpowiedniej infrastruktury i usług oraz wykształcenia wykwalifikowanej kadry medycznej i opiekuńczej.	1) Zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych do korzystania ze szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej. 2) Planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami Centrum Zdrowia 75+. 3) Zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom centrum. 4) Zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych.	1) starostowie, 2) Wojewoda Zachodniopomorski.	2024-2031	Koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych.	Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców województwa, którzy ukończyli 60. rok życia. Liczba mieszkańców województwa, którzy ukończyli 75. rok życia.
2.12.3.	Modernizacja, budowa, przebudowa lub rozbudowa infrastruktury podmiotów leczniczych (z wyłączeniem oddziałów szpitalnych), wynikająca z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.	W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych już zakontraktowanych w ramach umowy z NFZ. Działanie pozostaje bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym nie zwiększa liczby łóżek).	Dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	170 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba wniosków inwestycyjnych w systemie IOWISZ w stosunku do roku poprzedniego.

2.12.4.	Zastosowanie nowoczesnych systemów teleinformatycznych, w tym interoperacyjnych platform danych, narzędzi analitycznych oraz rozwiązań AI wspierających procesy kliniczne i administracyjne.	Zgodnie z rekomendacjami zawartymi w MPZ podnoszenie jakości udzielanych świadczeń wiąże się również z dostosowaniem podmiotów do możliwości ich świadczenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych pod warunkiem, że taki sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Rozwój medycyny i postęp technologiczny wymuszają na realizatorach stosowanie coraz bardziej zaawansowanych urządzeń, jak roboty medyczne i sztuczna inteligencja oraz wdrożenie nowoczesnych narzędzi wspierających procesy zarządcze i optymalne wykorzystanie technologii.	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych oraz zniwelowanie nierówności w ich dostępie.	1) podmioty tworzące PWDL, 2) PWDL.	2027-2031	125 mln zł Dane szacunkowe wg stanu na dzień 13.07.2026 r. opracowane na podstawie wytycznych MZ.	Liczba wniosków inwestycyjnych w systemie IOWISZ w stosunku do roku poprzedniego.
---------	--	---	---	--	-----------	--	---

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

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

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

Sprawozdania śródkresowe i końcowe będą zawierały:

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

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

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

Aktualizacja WPT zostanie opublikowana do 31 grudnia 2029 r.