



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 15 lipca 2026 r.

Poz. 5518

OBWIESZCZENIE WOJEWODY WIELKOPOLSKIEGO

z dnia 15 lipca 2026 r.

w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa wielkopolskiego

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.¹⁾) ogłasza się wojewódzki plan transformacji województwa wielkopolskiego na lata 2027–2031, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

wz. Wojewody Wielkopolskiego

(-) Karolina Fabiś- Szulc

I Wicewojewoda Wielkopolski

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791.

Załącznik
do Obwieszczenia
Wojewody Wielkopolskiego
z dnia 15 lipca 2026 r.

Wojewódzki plan transformacji

**województwa wielkopolskiego
na lata 2027-2031**

Poznań 2026

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	12
2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	14
2.4. Leczenie szpitalne	19
2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	21
2.6. Rehabilitacja medyczna	25
2.7. Opieka długoterminowa	28
2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna	32
2.9. Kadry	34
2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne	36
2.11. Sprzęt medyczny	38
2.12. Pozostałe	46
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	49

Wykaz skrótów

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
COVID-19	ang. coronavirus disease 2019
CTK	Centrum Terapii Komórkowych
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
ECMO	ang. extra corporeal membrane oxygenation
ESHG	European Society of Human Genetics
GUS	Główny Urząd Statystyczny
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KPT	Krajowy Plan Transformacji
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MPZ	mapa potrzeb zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGS	ang. next generation sequencing
PET-CT	ang. positron emission tomography – computed tomography
POChP	przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
PTGC	Polskie Towarzystwo Genetyków Człowieka
PTGiP	Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników
RP	Rzeczpospolita Polska
RSV	ang. respiratory syncytial virus

RTG	badanie rentgenowskie
UE	Unia Europejska
UMP	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
WPT	wojewódzki plan transformacji
ZOL	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ZPO	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ZRM	zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

Wojewoda Wielkopolski ustala dla obszaru województwa WPT, uwzględniając KPT, rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz kierunki działań wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Celem wdrożenia WPT jest zaplanowanie konkretnych działań koordynowanych na poziomie województwa, nakierowanych na:

- 1) zabezpieczenie zakresu świadczeń,
- 2) wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia,
- 3) poprawę efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej, a także na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Podstawa prawna

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 ze zm.).

Informacje ogólne

Województwo wielkopolskie, położone w środkowo-zachodniej części Polski, zajmuje obszar 29,827 km², stanowiący 9,5% powierzchni kraju. Na jego terenie znajduje się łącznie 226 gmin i 35 powiatów, w tym 4 miasta na prawach powiatu.

Według danych GUS z 30 czerwca 2024 r. województwo wielkopolskie liczyło 3 484 177 mieszkańców, co stanowiło 9,3% ludności Polski. Zgodnie z prognozami demograficznymi do 2035 r. liczba ludności zmniejszy się o 2%, a do 2060 r. o 14,1% (w porównaniu do 2023 r.). Będzie również obserwowany proces migracji ludności poza duże miasta. Przykładowo w Poznaniu liczba mieszkańców zmniejszy się w tym okresie o 121,8 tys., a jednocześnie na terenie powiatu poznańskiego wzrośnie o 115,8 tys.

W województwie wielkopolskim, podobnie jak w całej Polsce, postępuje proces starzenia się ludności. Według danych GUS do 2060 r. wzrośnie liczba osób w wieku 60 lat i więcej o 29% w porównaniu z 2023 r. (z 858 041 do 1 104 742), a osób w wieku 80 lat i więcej o 165% (z 124 394 do 329 130).

Problemy zdrowotne populacji województwa wielkopolskiego i inne

Główne problemy zdrowotne Wielkopolan to choroby cywilizacyjne, w tym nowotwory (szczególnie rak piersi u kobiet i jelita grubego), choroby układu krążenia i oddechowego. Natomiast wyzwaniem systemowym jest dostęp do opieki medycznej i zapewnienie specjalistycznej kadry medycznej.

W 2023 r. w województwie wielkopolskim najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia (296 zgonów na 100 tys. mieszkańców), a drugą w kolejności choroby nowotworowe (280 zgonów na 100 tys. mieszkańców).

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Konieczność zmniejszenia wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi i ryzyka żywieniowe) na śmiertelność mieszkańców województwa oraz utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.
- 2) Potrzeba obniżenia wpływu czynników ryzyka (tytoń i alkohol) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to przeciwdziałania wystąpienia chorób nowotworowych i POChP.
- 3) Niska zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych w ramach programów profilaktycznych. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności. W szczególności dotyczy to poprawy zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne.
- 4) Potrzeba rozwijania umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego, w tym: radzenia sobie ze stresem i wymaganiami środowiska u osób dorosłych, chorych na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne.
- 5) Konieczność ograniczenia lub skompensowania funkcjonalnych deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych, depresyjnych, poprzez udzielenie wsparcia specjalistycznego osobom dorosłym w wieku od 18 do 65 roku życia dotkniętym problemami zaburzeń nastroju, w tym pacjentów z rozpoznaniem: epizod depresyjny (F32) i depresja nawracająca (F33).
- 6) Niewystarczający poziom wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych, redukujących ryzyko podjęcia próby samobójczej, poprzez prowadzone działania edukacyjne u dzieci w wieku od 13 do 18 roku życia.
- 7) Występowanie zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych u osób po 65 roku życia.

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. złych nawyków żywieniowych i braku aktywności fizycznej).
- 2) 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 oraz spożywanie alkoholu).
- 3) Podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększanie zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych, ze szczególnym naciskiem na profilaktykę onkologiczną kobiet. Działania te obejmują upowszechnianie badań mammograficznych oraz cytologicznych jako kluczowych interwencji ograniczających ryzyko późnego rozpoznania nowotworów oraz redukujących wpływ czynników ryzyka związanych z opóźnioną diagnostyką.
- 4) Kontynuacja programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego w obszarze psychiatrii, obejmującego psychoedukację, terapię grupową, terapię zajęciową i socjoterapię, ukierunkowanego na wzmacnianie funkcjonowania społecznego pacjentów oraz redukcję czynników ryzyka pogorszenia stanu psychicznego.
- 5) Kontynuowanie programu polityki zdrowotnej, który obejmuje działania mające na celu podnoszenie kompetencji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń depresyjnych oraz kompleksową rehabilitację pacjentów - uczestników programu (wywiad/konsultacja lekarska i psychologiczna, indywidualne sesje terapeutyczne, indywidualne konsultacje specjalistyczne, warsztaty terapeutyczne, działania edukacyjne, kontrolna wizyta lekarska i psychologiczna).
- 6) Kontynuowanie regionalnego programu rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi, który obejmuje konsultacje psychiatryczne i psychologiczne połączone z sesjami psychoterapii indywidualnej i rodzinnej oraz turnusy rehabilitacyjne.
- 7) Realizacja programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.

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.	Realizacja projektów profilaktyki wczesnej (kształtowanie odpowiedniego stylu życia), pierwotnej (polegającej na kontrolowaniu czynników ryzyka), wtórnej (polegającej na wczesnym wykrywaniu schorzeń) oraz III fazy (zapobieganiu powikłaniom i postępowi choroby). Na przykład w zakresie: chorób cywilizacyjnych, działań zmierzających do zahamowania postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby, zwiększania odporności osobniczej na zachorowania, edukacji zdrowotnej oraz dążenia do zmniejszenia zapadalności na określone choroby.	Według danych z MPZ: w 2021 r. w województwie wielkopolskim czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: - wysokie ciśnienie krwi - ok. 183 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); - ryzyka żywieniowe - ok. 156 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności). Niewłaściwe nawyki żywieniowe i niska aktywność fizyczna prowadzą do rozwoju chorób dietozależnych, do których należą: nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia i niektóre nowotwory. Wg danych MPZ choroby układu krążenia były najczęstszą przyczyną zgonów - 296 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Realizacja programów w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych w tym np. nadwagi i choroby otyłościowej podniesie świadomość zdrowotną oraz przyczyni się do zwiększenia aktywności fizycznej co wpłynie na szereg korzyści zdrowotnych i podniesienie jakości życia.	Wzmocnienie profilaktyki zdrowotnej skierowanej na zapobieganie chorobom cywilizacyjnym oraz zmniejszenie liczby zgonów przy zwróceniu szczególnej uwagi na niekorzystne trendy demograficzne społeczeństwa. Wzrost poziomu wiedzy o przyczynach chorób cywilizacyjnych. Zwiększenie liczby programów i działań dotyczących zdrowego stylu życia wraz z poprawą nawyków żywieniowych.	JST oraz Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2027-2031	90-120 mln zł	Liczba osób objętych programem profilaktycznym Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych
2.1.2.	Edukacja w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych używania wyrobów tytoniowych i alkoholowych wraz z realizacją regionalnego programu przesiewowych badań płuc polegającego na wykonaniu niskodawkowej tomografii komputerowej w celu wczesnego wykrywania raka płuc z uzupełnieniem spirometrii w diagnostyce POChP u osób wysokiego ryzyka.	Edukacja w zakresie skutków zdrowotnych i społecznych używania wyrobów tytoniowych i alkoholowych stanowi istotny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Tytoń i alkohol należą do głównych czynników ryzyka rozwoju nowotworów, chorób układu oddechowego, sercowo-naczyniowego oraz zaburzeń społecznych. W szczególności palenie tytoniu jest bezpośrednio związane z rozwojem POChP oraz raka płuca - nowotworu o wysokiej śmiertelności, który często wykrywany jest w zaawansowanym stadium. Dlatego niezbędne jest uzupełnienie działań edukacyjnych o realizację regionalnego programu przesiewowych badań płuc oraz wprowadzenie działań wspierających w zakresie szczepień ochronnych. Regularne szczepienia przeciw grypie, RSV, COVID-19 i pneumokokom zmniejszają ryzyko zaostrzeń POChP oraz infekcji dolnych dróg oddechowych, co bezpośrednio wpływa na redukcję hospitalizacji i zgonów w grupach ryzyka.	Wzrost poziomu wiedzy o skutkach zdrowotnych i społecznych używania wyrobów tytoniowych i alkoholowych. Zwiększenie liczby programów profilaktycznych dotyczących szkodliwości tytoniu i alkoholu.	JST oraz Samorząd Województwa Wielkopolskiego.	2027-2031	250-325 mln zł	Liczba osób objętych programem profilaktycznym Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych
2.1.3.	Realizacja działań informacyjno-promocyjnych mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe w kierunku nowotworów realizowane w ramach populacyjnych programów zdrowotnych.	Według danych z MPZ nowotwory to druga najczęstsza przyczyna zgonów w województwie wielkopolskim. Do 2060 r. prognozuje się wzrost zapadalności na nowotwory o 33%. Diagnoza nowotworu najczęściej występuje w przypadku pojawienia się objawów, co nierzadko łączy się z wysokim stopniem zaawansowania choroby. Wykrycie zmian nowotworowych we wczesnych stadiach rozwoju umożliwia	Poprawa zgłaszalności mężczyzn na badania przesiewowe z zakresu profilaktyki nowotworowej np. raka gruczołu krokowego. Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe z zakresu	JST oraz Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2027-2031	5,2-9,5 mln zł	Liczba osób, które skorzystały z badań przesiewowych Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
		szybkie podjęcie leczenia co daje szansę na całkowite wyleczenie. Promocja badań przesiewowych w kierunku nowotworów zmniejsza liczbę zgonów i spowoduje spadek zachorowalności na nowotwory złośliwe. W ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 50% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 59%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 80%). Z kolei zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy w 2023 r. wyniosła ok. 6% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 7% (spadek o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (11%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	profilaktyki nowotworowej, zwłaszcza cytologiczne i mammograficzne. Wykrywanie chorób nowotworowych na wczesnych etapach.				
2.1.4.	Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów. W ramach programu będą realizowane następujące procedury: psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia.	Program adresowany dla osób dorosłych, chorych na schizofrenię i inne schizofrenie przebiegające z objawami psychotycznymi, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne.	Rozwijanie umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego, w tym: radzenia sobie ze stresem i wymaganiami środowiska: – zapewnienie pacjentom biorącym udział w programie ciągłości i kompleksowości świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej i aktywizacji zmierzających do utrzymania dobrostanu oraz zapobiegających wykluczeniu, – poprawa jakości życia pacjentów, – umożliwienie pacjentom udziału we wszystkich procedurach proponowanych w programie, zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym, – ograniczenie poziomu hospitalizacji do 5%, – ograniczenie odsetka pilnych interwencji do 20%, – zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych.	Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2026-2031	4,9 mln zł	Liczba procedur zrealizowanych w poszczególnych latach Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.1.5.	Realizacja programu polityki zdrowotnej adresowanego do osób dorosłych w wieku od 18 do 65 roku życia dotkniętych problemem zaburzeń nastroju, w tym pacjentów z rozpoznaniem: epizod depresyjny (F32) i depresja nawracająca (F33), aktualnie nie korzystających z podobnych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Program zakłada objęcie populacji docelowej z terenu całego województwa wielkopolskiego.	Grupa jednostek chorobowych F30-F39 stanowi znaczną średnią liczbę dni absencji chorobowej w województwie (dane z 2019 r. to prawie 22 dni/rok), co znajduje swoje odzwierciedlenie na rynku pracy. W grupie zaburzeń nastroju (w tym epizod depresyjny) jest na 5 miejscu w grupie zaburzeń i obejmuje 9,4% wszystkich pacjentów. Natomiast zaburzenia depresyjne nawracające obejmują prawie 7% wszystkich pacjentów. W ramach programu przewiduje się realizację: – działań mających na celu podnoszenie kompetencji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń depresyjnych (kampania informacyjna, szkolenia), – kompleksowej rehabilitacji pacjentów – uczestników programu (wywiad/ konsultacja lekarska i psychologiczna, indywidualne sesje terapeutyczne, indywidualne konsultacje specjalistyczne, warsztaty terapeutyczne, działania edukacyjne, kontrolna wizyta lekarska i psychologiczna).	Poprawa sprawności psychicznej i społecznej osób którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych. Ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z zaburzeń psychicznych, depresyjnych, poprzez udzielenie wsparcia specjalistycznego. Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych poprzez prowadzone działania edukacyjne.	Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2026-2031	3,9 mln zł	Liczba osób objętych programem profilaktycznym Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych
2.1.6.	Realizacja regionalnego programu rehabilitacji młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi. Program polityki zdrowotnej adresowany do dzieci od 13 do 18 roku życia włącznie z rozpoznaniem w wywiadzie zaburzeń nastroju w tym epizod depresji (F.32) oraz depresja nawracająca (F.33). Program zakłada objęcie populacji docelowej z terenu całego województwa wielkopolskiego.	Utrudniona dostępność do pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Wzrost liczby dzieci wykazujących zachowania aspołeczne, z obniżoną samooceną i trudnościami w nawiązywaniu kontaktów rówieśniczych. Problem wykluczenia i hejtu ze strony rówieśników. Zaburzenia emocji u młodzieży są na pierwszym miejscu w rankingu grup zaburzeń i obejmują 21% wszystkich pacjentów w województwie, natomiast zaburzenia nastroju w tym epizod depresyjny obejmuje 4,4% wszystkich pacjentów. W ramach programu przewiduje się realizację: – konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych połączonych z sesjami psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, – turnusów rehabilitacyjnych, uwzględniających sesje psychoterapii grupowej, wsparcia psychospołecznego i zajęć edukacyjnych.	Wzrost sprawności psychicznej i społecznej osób uczestniczących w programie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych. Zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych, redukujących ryzyko podjęcia próby samobójczej, poprzez prowadzone działania edukacyjne. Zapewnienie zakwalifikowanym udziału w turnusie rehabilitacyjnym.	Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2026-2031	10,1 mln zł	Liczba osób objętych programem profilaktycznym Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych
2.1.7.	Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.	Wobec rosnącej populacji osób starszych w Polsce, a co za tym idzie zwiększającej się liczby osób z otępieniem, konieczne jest tworzenie i rozwój modeli wsparcia we własnym środowisku dla osób z mniej nasilonym otępieniem z zachowaną w pewnym stopniu samodzielnością samoobsługową.	Poprawa funkcji poznawczych i jakości życia osób po 65 roku życia. Utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej w związku z nabytymi podczas Programu umiejętnościami. Wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla rodzin i opiekunów pacjentów włączonych do programu i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie.	Samorząd Województwa Wielkopolskiego.	2025-2029	3,1 mln zł	Liczba osób objętych programem profilaktycznym Liczba zrealizowanych programów profilaktycznych

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Niewystarczająca liczba miejsc udzielania świadczeń u dotychczasowych świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie POZ.
- 2) Potrzeba podjęcia działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych w zakresie 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.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Podjęcie działań w celu poprawy dostępności do świadczeń POZ dla mieszkańców województwa.
- 2) Zwiększenie dostępności do opieki koordynowanej w POZ obejmującej cały proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjenta, w tym współpracę z lekarzami specjalistami (kardiolog, diabetolog, pulmonolog, nefrolog, endokrynolog), pielęgniarzą POZ i dietetykiem, by zapewnić kompleksową opiekę bez zbędnych skierowań, z możliwością zlecania badań specjalistycznych i tworzenia indywidualnych planów leczenia dla przewlekłych chorób kardiologicznych, diabetologicznych, pulmonologicznych, endokrynologicznych, nefrologicznych.

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.	Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń u dotychczasowych świadczeniobiorców realizujących świadczenia w zakresie POZ lub utworzenie nowych placówek, na terenie powiatu poznańskiego i leszczyńskiego.	Wg rekomendacji MPZ: na terenie województwa funkcjonowało 1019 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 29,21 (powyżej wartości dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Zgodnie z prognozami demograficznymi, liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w powiecie poznańskim i leszczyńskim przewidyuje się wzrost liczby mieszkańców, co może wiązać się z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najbliższe procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu, takich jak: m. Konin, m. Kalisz, m. Leszno.	Zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy POZ (lekarz, pielęgniarka, położna): 4,8 mln zł	Liczba podmiotów POZ (łącznie lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ) na 100 tys. ludności województwa Liczba nowo zawartych umów w zakresie POZ
2.2.2.	Utworzenie nowych miejsc realizowania świadczeń w ramach zawartych już umów ramach opieki koordynowanej w POZ w celu poprawy dostępności do świadczeń dla pacjentów w wieku podeszłym z chorobami przewlekłymi na terenie powiatów: chodzieskiego, czarnkowsko-trzcianeckiego, ostrzeszowskiego, wągrowieckiego oraz m. Leszno.	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. Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,5% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,75% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w województwie.	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe, pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania ich do AOS.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej: 275 000 zł	Liczba świadczeń w zakresie opieki koordynowanej

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Potrzeba utrzymania dostępności (minimum 1 poradnia w powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych oraz tworzenia nowych poradni w powiatach, w których te poradnie nie funkcjonowały. Konieczność zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych ze względu na zachodzące w Polsce, w tym również w województwie wielkopolskim, niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne.
- 2) Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych.
- 3) Usprawnienie realizacji i zwiększenie dostępności do programów lekowych.
- 4) Wykorzystanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: złotowskiego, czarnkowsko-trzcianeckiego, międzychodzkiego.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Działania zmierzające do wzmocnienia wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych, utrzymania dostępności do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, kardiologicznych i tworzenie nowych poradni w powiatach, w których te poradnie nie występują 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. Zapewnienie minimum jednej poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa oraz zwiększenie liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 2) Działania zmierzające do odwrócenia piramidy świadczeń: zmiany realizacji świadczeń z leczenia szpitalnego na realizację świadczeń w ramach AOS w zakresie programy lekowej.

- 3) Działania zmierzające do utrzymania dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. ludności województwa) w poradniach chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, kardiologicznych i tworzenie nowych poradni w powiatach, w których te poradnie nie występują oraz zwiększenia dostępności do porad w poradniach: gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych.

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.	Zawarcie kolejnych umów na poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych (minimum 1 poradnia w powiecie).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne oraz kardiologiczne były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa wielkopolskiego: - chirurgii ogólnej - 91% powiatów województwa; - położniczo-ginekologiczna - 100% powiatów województwa; - kardiologiczna - 94% powiatów województwa. W szczególności dotyczy to grup powiatów: m. Kalisz i pow. kaliskiego oraz ostrowskiego, m. Konin i pow. konińskiego, m. Leszno i pow. leszczyńskiego oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Poznania.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w poradni: chirurgii ogólnej: 937 224 zł położniczo-ginekologicznej: 597 750 zł kardiologicznej: 786 875 zł	Liczba nowopowstałych poradni kardiologicznych Liczba nowopowstałych poradni położniczo-ginekologicznych Liczba nowopowstałych poradni chirurgii ogólnej
2.3.2.	Zawarcie umów na poradnie: geriatryczne i onkologiczne w całym regionie ze względu na zachodzące w Polsce, w tym również w województwie wielkopolskim, niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: poradnie geriatryczne oraz onkologiczne były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa wielkopolskiego: - geriatryczna – 17% powiatów województwa, - onkologiczna – 60% powiatów województwa. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie wielkopolskim, niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne priorytetem dla województwa jest dążenie do wzmocnienia w całym regionie dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych. Osoby w wieku 60+ stanowią już około jednej czwartej (24,6%) ogółu ludności Wielkopolski. Zgodnie z basiw.mz.gov.pl w Wielkopolsce w 2024 r.: - liczba poradni geriatrycznych – 8, liczba porad – 3625, liczba porad na 10 tys. mieszkańców - 0,02, - liczba poradni onkologicznych - 44, liczba porad - 182 448, liczba porad na 10 tys. mieszkańców - 0,13 Szacuje się, że aby zaspokoić potrzeby demograficzne regionu, w Wielkopolsce powinno pracować 245 geriatrów (według zaleceń American Geriatrics Society). W Wielkopolsce mamy ok 34 lekarzy geriatrów a potrzebujemy ich dużo więcej około 211.	Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych i geriatrycznych 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.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w poradni: geriatrycznej: 163 517 zł onkologicznej: 818 226 zł	Liczba nowopowstałych poradni geriatrycznych Liczba nowopowstałych poradni onkologicznych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.3.3.	Zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, kardiologicznych i gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych w całym regionie.	Liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: – chirurgii ogólnej - 2120 porad; – położniczo-ginekologiczną - 2098 porad; – geriatryczną - 38 porad; – kardiologiczną - 1240 porad; – onkologiczną - 484 porad. Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa dotyczyła poradni: – gastroenterologicznych - 74 porad (średnia dla RP ogółem - 190 porad); pierwsze miejsce od końca na tle województw; – endokrynologicznych dla dzieci - 16 porad (średnia dla RP ogółem - 56 porad); drugie miejsce od końca na tle województw; – chorób zakaźnych - 41 porad (średnia dla RP ogółem - 108 porad); drugie miejsce od końca na tle województw; – chirurgii urazowo-ortopedycznej - 1539 porad (średnia dla RP ogółem - 2070 porad); drugie miejsce od końca na tle województw; – urologicznych - 665 porad (średnia dla RP ogółem - 866 porad); drugie miejsce od końca na tle województw.	Zwiększenie liczby poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, kardiologicznych i gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w poradni: chirurgii ogólnej: 937 224 zł położniczo-ginekologicznej: 597 750 zł kardiologicznej: 786 875 zł gastroenterologicznej: 212 508 zł endokrynologicznej dla dzieci: 471 255 zł chorób zakaźnych: 838 235 zł chirurgii urazowo-ortopedycznej: 965 032 zł urologicznej: 426 489 zł geriatrycznej: 163 517 zł onkologicznej: 818 226 zł	Liczba porad w poradniach w zakresach: – chirurgii ogólnej, – kardiologii, – położniczo-ginekologicznym, – gastroenterologicznym, – endokrynologicznym dla dzieci, – chorób zakaźnych, – chirurgii urazowo-ortopedycznej, – urologicznym, – geriatrycznym, – onkologicznym
2.3.4.	Przeprowadzenie akcji promocyjnej (np. spotkania z konsultantami wojewódzkimi, informacje w mediach społecznościowych), dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w formie teleporady za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, głównie w poradniach: – chirurgii ogólnej, – kardiologicznych, – położniczo-ginekologicznych, – gastroenterologicznych, – endokrynologicznych dla dzieci, – chorób zakaźnych,	Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 35% (średnia dla RP ogółem - 31% ogólnej liczby świadczeniodawców).	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez teleporady w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, kardiologicznych i gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych.	Konsultanci wojewódzcy, Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	2027-2031	Bezkosztowo	Liczba akcji promocyjnych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
	– chirurgii urazowo-ortopedycznej, – urologicznych, – geriatrycznych, – onkologicznych, szczególnie na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: złotowskiego, czarnkowsko-trzcianeckiego, międzychodzkiego.						

2.4. Leczenie szpitalne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Potrzeba zapewnienia spójnego, opartego na danych procesu transformacji systemu opieki szpitalnej odpowiadającego rzeczywistym potrzebom zdrowotnym mieszkańców województwa.
- 2) Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury, związana z bieżącym utrzymaniem oraz jej dostosowaniem do obowiązujących przepisów prawa i norm. Poprawa standardów leczenia i warunków udzielania świadczeń oraz zwiększenie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Opracowanie planu wdrożenia map potrzeb zdrowotnych określającego kierunki, etapy i działania niezbędne do dostosowania schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej oraz planowania inwestycji i zmian organizacyjnych zgodnie z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców.
- 2) Odnowienie zużytej infrastruktury oraz rozbudowa, budowa nowych obiektów. Inwestycje w zakresie rozwiązań telekomunikacyjnych, poprawiających energooszczędność oraz proekologicznych, a także wpływających na poprawę komfortu i bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego i administracyjnego. Modernizacja infrastruktury celem poprawy warunków udzielania świadczeń oraz transformacji (przekształcanie oddziałów, konsolidacja szpitali).

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 określili 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	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac.	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	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac.	Liczba wydanych pozytywnych opinii o celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla inwestycji dotyczących modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Brak dostępu do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień obecnie realizowanej w pilotażu CZP, na obszarze subregionu leszczyńskiego.
- 2) Zwiększenie dostępności do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień poprzez zakontraktowanie świadczeń poradni leczenia uzależnień w powiatach, w których brak realizatorów świadczeń.
- 3) Ograniczona dostępność opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, na obszarach gdzie występują istotne braki w zabezpieczeniu świadczeń dla osób uzależnionych np. od substancji psychoaktywnych.
- 4) Potrzeba zabezpieczenia dostępu do leczenia w trybie dziennym: uzależnień od alkoholu, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz na oddziale dziennym psychiatrycznym w powiatach południowej Wielkopolski.
- 5) Konieczność zakontraktowania świadczeń udzielanych w hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- 6) Niewystarczająca dostępność do leczenia w zakresach świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.
- 7) Starzenie się populacji i rosnąca liczba pacjentów geriatrycznych oraz ograniczona dostępność do świadczeń w zakresie opieki psychogeriatrycznej - stacjonarnej i dziennej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zapewnienie dostępu do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na obszarach, gdzie te świadczenia nie są dotychczas udzielane.
- 2) Zwiększenie liczby poradni leczenia uzależnień, zwłaszcza w powiatach niedysponującym taką placówką.
- 3) Zwiększenie liczby placówek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
- 4) Zwiększenie dostępu do leczenia w trybie dziennym: uzależnień od alkoholu, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz na oddziale dziennym psychiatrycznym w południowych powiatach Wielkopolski.
- 5) Zakontraktowanie hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- 6) Zwiększenie dostępności do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.
- 7) Zwiększenie dostępności w zakresie opieki psychogeriatrycznej stacjonarnej i dziennej.

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.	Zawarcie umów na realizację świadczeń w rodzaju kompleksowa opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w subregionie leszczyńskim.	Na terenie województwa wielkopolskiego program pilotażowy CZP realizowany jest od marca 2020 r. (1 CZP). W porównaniu z rokiem 2020 liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się do 6 placówek (stan do 01.01.2024 r.). Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 32 powiatach. W Wielkopolsce brak dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej na obszarze subregionu leszczyńskiego.	Zwiększenie w regionie dostępu do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w CZP: 7,7 mln zł	Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
2.5.2.	Zawarcie umów na świadczenia w poradni leczenia uzależnień w powiatach, w których brak realizatorów świadczeń (w powiatach: kaliski, pleszewski, stupecki, wolsztyński, chodzieński, czarnkowsko-trzcianiecki, wągrowiecki, międzychodzki, średzki, śremski).	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 30. Najwięcej takich poradni znajdowało się w powiecie poznańskim i Poznaniu (łącznie 7). W 11 powiatach nie było takiej placówki. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach. Ich liczba wynosiła 21 z największą koncentracją w powiecie poznańskim i Poznaniu (7 poradni).	Zwiększenie liczby poradni leczenia uzależnień zwłaszcza w powiatach nie dysponujących taką placówką.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w poradni leczenia uzależnień: 602 497 zł	Liczba poradni leczenia uzależnień
2.5.3.	Zawarcie umów na leczenie uzależnień innych niż od alkoholu w subregionie pilskim.	W województwie znajdowało się 6 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych, z czego tylko jedna na północ od Poznania (powiat pilski). Łącznie ze świadczeń poradni skorzystało 25 848 pacjentów.	Zwiększenie liczby placówek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych: 535 054 zł	Liczba poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych
2.5.4.	Zawarcie umów na leczenie w trybie dziennym: uzależnień od alkoholu, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz na oddziale dziennym psychiatrycznym w subregionie kaliskim.	W województwie w 2023 r. znajdowało się 11 oddziałów dziennych, z czego tylko jeden specjalizujący się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, znajdujący się w Kaliszu. Skorzystało z nich 797 pacjentów, z czego 18 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 12 z podziałem na: 3 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 5 uzależnień ogólnych oraz 4 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Żadna z tych placówek nie znajdowała się na południu województwa.	Zwiększenie w południowej Wielkopolsce dostępu do leczenia w trybie dziennym: uzależnień od alkoholu, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz na oddziale dziennym psychiatrycznym.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane na: oddziale dziennym terapii uzależnień od alkoholu: 316 146 zł oddziale dziennym terapii uzależnień od substancji	Liczba oddziałów dziennych terapii uzależnień od alkoholu Liczba oddziałów dziennych terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych Liczba oddziałów dziennych psychiatrycznych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
						psychoaktywnych: 176 928 zł oddziale dziennym psychiatrycznym: 598 934 zł	
2.5.5.	Zawarcie umów na świadczenia udzielane w hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Gnieźnie oraz w Rożnowicach.	Na terenie województwa znajdował się jeden hostel, z którego skorzystało 65 pacjentów. Brak w województwie hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Według rozszkolenia WOW NFZ możliwe byłoby zakontraktowanie świadczeń w Gnieźnie oraz w Rożnowicach.	Zakontraktowanie świadczeń udzielanych w hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych: 4 mln zł	Liczba hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych
2.5.6.	Zawarcie umów w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na poszczególnych poziomach referencyjnych w całym regionie.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: - na terenie 26 powiatów województwa funkcjonował Zespół/ Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (I poziom referencyjny). - Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w powiatach: jarocińskim, kaliskim, kępieńskim, konińskim, krotoszyńskim, leszczyńskim, rawickim, słupeckim oraz tureckim. - CZP dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 11 powiatach (m. Poznań, gnieźnieńskim, m. Kalisz, kolskim, kościańskim, krotoszyńskim, ostrowskim, pilskim, poznańskim, m. Konin, m. Leszno). - na terenie województwa funkcjonowały 2 ośrodki III poziomu referencyjnego (w m. Poznań).	Zwiększenie dostępności do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczeń realizowanych w ramach: Zespołu Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży - I poziom referencyjny - 269 588 zł Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży I poziom referencyjny: 637 267 zł Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego - II poziom	Liczba umów zawartych w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży na poszczególnych poziomach referencyjnych

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
						referencyjny: 3,35 mln zł Ośrodek Wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny: 10,1 mln zł	
2.5.7.	Zawarcie umów o udzielanie świadczeń w zakresie opieki psychogeriatrycznej stacjonarnej lub dziennej w całym regionie.	W 2023 r. liczba ludności w Polsce wynosiła 37,6 mln, w tym 9,9 mln osób (czyli ponad 26%) stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Jak prognozuje GUS, do 2050 r. udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji mieszkańców naszego kraju zwiększy się do ponad 40% (czyli 13,7 mln osób). Zmiany demograficzne przyczyniają się do zwiększenia odsetka osób z chorobami ościennymi. W 2022 r. największą liczbą osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce należała do grupy wiekowej powyżej 85 lat, z istotną przewagą kobiet (ponad 115 tys. kobiet i ponad 26 tys. mężczyzn). W Wielkopolsce w 5 powiatach (subregiony kaliski i poznański) funkcjonuje 7 oddziałów z komórką organizacyjną oddziału dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny. Brak oddziału w subregionie konińskim, leszczyńskim oraz pilskim. Natomiast oddział stacjonarny psychogeriatryczny znajduje się tylko w Gnieźnie.	Zwiększenie dostępności w zakresie opieki psychogeriatrycznej stacjonarnej lub dziennej.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia realizowane w zakresie opieki psychogeriatrycznej stacjonarnej: 4,6 mln zł, dziennej: 598 934 zł	Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresach opieki psychogeriatrycznej dziennej Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresach opieki psychogeriatrycznej stacjonarnej

2.6. Rehabilitacja medyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Nierównomierny dostęp do ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej w regionie.
- 2) Konieczność zwiększenia dostępu do rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.
- 3) Ograniczona dostępność do świadczeń w zakresie rehabilitacji: kardiologicznej, neurologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń wzroku, słuchu i mowy 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) Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji: kardiologicznej, neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku, celem zwiększenia dostępności do świadczeń.

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.	Zawarcie umów celem zwiększenia liczby ośrodków rehabilitacji: dziennej, stacjonarnej, domowej, ambulatoryjnej na obszarach tzw. „białych plam”. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Na terenie województwa funkcjonowało: – 68 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,95 na 100 tys. ludności, o 14% mniej niż średnio w Polsce), – 34 ośrodki rehabilitacji stacjonarnej (0,97 na 100 tys. ludności, o 23% mniej niż średnio w Polsce), – 46 ośrodków rehabilitacji domowej (1,32 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w Polsce), – 212 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (6,08 na 100 tys. ludności, o 10% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 7,68 ośrodków rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 10% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji na 100 tys. ludności celem zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacji: dziennej, stacjonarnej, domowej, ambulatoryjnej.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy realizowanej w zakresie rehabilitacji: dziennej: 7 194 77 zł; stacjonarnej: 5 246 164 zł; domowej: 300 903 zł; ambulatoryjnej: 485 871 zł.	Liczba ośrodków realizujących świadczenia rehabilitacji: – dziennej, – stacjonarnej, – domowej, – ambulatoryjnej
2.6.2.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji: dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej na obszarach tzw. „białych plam”. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało (wskaźnik na 100 tys. ludności): – 786 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 25% mniej niż średnio w Polsce), – 508 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 19% mniej niż średnio w Polsce), – 267 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 2% więcej niż średnio w Polsce), – 6 027 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 26% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 7 141 pacjentów na 100 tys. ludności (o 23% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji: dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy realizowanej w zakresie rehabilitacji: dziennej: 7 194 770 zł; stacjonarnej: 5 246 164 zł; domowej: 300 903 zł; ambulatoryjnej: 485 871 zł.	Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach: – dziennych, – stacjonarnych, – domowych, – ambulatoryjnych, na 10 tys. ludności w poszczególnych powiatach

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.6.3.	Zawarcie umów celem utworzenia ośrodków opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie rehabilitacji: – kardiologicznej dziennej, – kardiologicznej stacjonarnej, – neurologicznej stacjonarnej na obszarach tzw. „białych pól”; – pacjentów w śpiączce – przynajmniej jeden w regionie, – zaburzeń słuchu i mowy w subregionach: kaliskim, konińskim, pilskim, – zaburzeń wzroku w subregionach: kaliskim, konińskim, leszczyńskim, pilskim oraz zaburzeń wieku rozwojowego na obszarach tzw. „białych pól”. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Na terenie województwa: – funkcjonowało 19 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,54 ośrodka na 100 tys. ludności; o 18% mniej niż średnia wartość dla Polski), – funkcjonowało 13 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,37 ośrodka na 100 tys. ludności; o 30% mniej niż średnia wartość dla Polski), – nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), – funkcjonowały 4 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,11 ośrodka na 100 tys. ludności; o 31% mniej niż średnia wartość dla Polski), – funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (tj. 0,03 ośrodka na 100 tys. ludności; o 25% mniej niż średnia wartość dla Polski), – funkcjonowało 29 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,83 ośrodka na 100 tys. ludności; o 1% mniej niż średnia wartość dla Polski).	Utworzenie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku celem zwiększenia dostępności do świadczeń.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy realizowanej w zakresie: rehabilitacji realizowanej w ośrodku rehabilitacji kardiologicznej dziennej: 238 262 zł rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej: 4 224 711 zł rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej: 7 331 988 zł rehabilitacji słuchu i mowy dziennej: 408 932 zł realizacji świadczeń w dziennej rehabilitacji zaburzeń wzroku: 670 634 zł rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym: 1 056 167 zł	Liczba ośrodków rehabilitacji kardiologicznej dziennej Liczba ośrodków rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej Liczba ośrodków rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej Liczba ośrodków rehabilitacji dla dorosłych w śpiączce Liczba ośrodków rehabilitacji dla dzieci w śpiączce Liczba ośrodków rehabilitacji słuchu i mowy dziennej Liczba ośrodków rehabilitacji zaburzeń wzroku dziennej Liczba ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym

2.7. Opieka długoterminowa

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Konieczność wspierania 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 oraz w których jest ograniczona dostępność do świadczeń realizowanych w ZOL i ZPO.
- 2) Ograniczony dostęp do ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Konieczność utworzenia ośrodka realizującego świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki długoterminowej dla dzieci.
- 4) Niewystarczająca liczba łóżek w ZOL i ZPO oraz ograniczony dostęp do opieki pośredniej i wentylacji mechanicznej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zmniejszenie liczby tzw. białych plam - powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych (ZOL/ZPO). Będzie to realizowane poprzez zakontraktowanie nowych miejsc udzielania świadczeń powstałych w wyniku zamian organizacyjnych w podmiotach leczniczych polegających na przekształcaniu łóżek szpitalnych w łóżka opieki długoterminowej (ZOL/ZPO) lub w podmiotach leczniczych posiadających w tym zakresie pozytywną opinię Wojewody Wielkopolskiego i otrzymały wsparcie finansowe w ramach KPO.
- 2) Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w ZOL i ZPO poprzez zakontraktowanie nowych miejsc udzielania świadczeń, utworzenie nowych ZOL lub wykorzystanie zamian organizacyjnych w podmiotach leczniczych polegających na przekształcaniu łóżek szpitalnych w łóżka opieki długoterminowej (ZOL/ZPO). Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych). Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych. Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w powiatach: kaliskim, kępińskim, ostrzeszowskim, kościańskim, złotowskim, grodziskim, obornickim. Ponadto zwiększenie na terenie całego województwa liczby świadczeń takich jak: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej- dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,

świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej- dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

- 4) Powstanie ZOL dla dzieci i młodzieży celem poprawy opieki długoterminowej nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim.
- 5) Wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej oraz łóżek opieki pośredniej wraz ze zwiększeniem dostępności do miejsc wentylacji mechanicznej. Zwiększenie dostępności do opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, opieki pośredniej oraz miejsc wentylacji mechanicznej.

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.	Zawarcie umów celem utworzenia nowych miejsc udzielania świadczeń w ZOL lub ZPO we wszystkich powiatach województwa. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek w ZOL lub ZPO będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 30 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 0,9 ośrodka na 100 tys. ludności (o 33% poniżej średniej dla Polski). W 11 z 35 powiatów (31,4%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych (ZPO/ZOL). Zmniejszenie liczby tzw. białych płam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia) opieki długoterminowej w ZOL/ZPO. Zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w ZOL i ZPO.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy w ZOL /ZPO: 4 685 751 zł	Liczba świadczeń w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym /opiekuńczo-leczniczym Liczba pacjentów leczonych w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym /opiekuńczo-leczniczym
2.7.2.	Zawarcie umów na świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w powiatach: kaliskim, kępińskim, ostrzeszowskim, kościańskim, złotowskim, grodziskim, obornickim.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,8 na 100 tys. ludności (o 6% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 151 na 100 tys. ludności (o 19% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy na świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej: 856 109 zł	Liczba ośrodków udzielających świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej
2.7.3.	Zawarcie umów w zakresach: zespół długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, zespół długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie na obszarach tzw. „białych płam”.	Świadczenia: zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie realizowane są jedynie w Kaliszu, powiecie gnieźnieńskim i w Poznaniu, natomiast świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie realizowane są jedynie w powiecie gnieźnieńskim i w Poznaniu.	Zwiększenie dostępności do świadczeń długoterminowej opieki domowej. Zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy w zakresie: realizacji świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: 5 669 259 zł realizacji świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie: 2 992 768 zł	Liczba dorosłych pacjentów, którym udzielono świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie Liczba dzieci, którym udzielono świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.7.4.	Zawarcie umów w ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży w całym regionie. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek w ZOL lub ZPO będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych*.	Obecnie świadczenia są zakontraktowane tylko w Złotowie (subregion pilski). Istnieje potrzeba zwiększenia dostępności do ww. świadczeń w całej Wielkopolsce.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży. Poprawa dostępności do opieki długoterminowej nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt 1 umowy w ZOL /ZPO dla dzieci i młodzieży: 1 800 514 zł	Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży
2.7.5.	Zwiększenie liczby łóżek w ZOL i ZPO w całym regionie, w ramach obowiązujących umów. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek w ZOL lub ZPO będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych*.	W 2023 r. na terenie województwa liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 34 (o 60% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 81 na 100 tys. ludności (o 39% poniżej średniej dla Polski). Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie realizowane są tylko w powiecie międzychodzkim, wrzesińskim, pleszewskim, rawickim, m. Kalisz, m. Poznań.	Wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej oraz łóżek opieki pośredniej wraz ze zwiększeniem dostępności do miejsc wentylacji mechanicznej. Zwiększenia dostępności do opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, opieki pośredniej oraz miejsc wentylacji mechanicznej. Zmniejszenie kolejek do placówek.	NFZ	2027-2031	Koszt 1 łóżka w ZOL w 2025 r. ok. 323,24 zł/dzień	Liczba łóżek opieki długoterminowej na 100 tys. ludności Liczba łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (dorosli/dzieci)

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej (wskaźnika dla Polski) wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.
- 2) Ograniczona dostępność do świadczeń w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej.
- 3) Niewystarczająca dostępność do świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym oraz do świadczeń w hospicjum domowym.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Poprawa dostępności do świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w warunkach stacjonarnych w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują tj. w powiatach: jarocińskim, m. Kalisz, kępińskim, kolskim, słupeckim, turecki, m. Leszno, rawickim, wolsztyńskim, czarnkowsko-trzcianeckim, grodziskim, międzychodzkiem, nowotomyskim i szamotulskim.
- 2) Zwiększenie liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej w powiatach: jarocińskim, kaliskim, kępińskim, krotoszyńskim, ostrzeszowskim, pleszewskim, kolskim, konińskim, tureckim, gostyńskim, kościańskim, rawickim, wolsztyńskim, chodzieskim, czarnkowsko-trzcianeckim, wągrowieckim, złotowskim, grodziskim, międzychodzkiem, nowotomyskim, obornickim, poznańskim, szamotulskim, średzkim i wrzesińskim oraz zwiększenie liczby pacjentów objętych opieką w tym zakresie.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym oraz do świadczeń w hospicjum domowym.

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.	Zawarcie umów na świadczenia udzielane w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym na obszarach tzw. „białych pól”. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Brak dostępności do świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują w sytuacji występującej w tych powiatach ograniczonej dostępności do świadczeń w hospicjum domowym.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizujących: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, w szczególności takie ośrodki nie funkcjonują.	NFZ	2027 - 2031	Koszt roczny 1 umowy na świadczenia w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym: 4 606 795 zł	Liczba oddziałów realizujących świadczenia w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym Liczba pacjentów korzystająca ze świadczeń w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym
2.8.2.	Zawarcie umów na świadczenia w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej na obszarach tzw. „białych pól”.	Na terenie województwa funkcjonowało 10 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,29 ośrodek na 100 tys. ludności, o 33% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 18 na 100 tys. ludności (o 41% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków realizujących świadczenia w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej oraz zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej na 100 tys. ludności.	NFZ	2027 - 2031	Roczny koszt 1 umowy w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej: 54 116 zł	Liczba ośrodków realizujących świadczenia w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej Liczba pacjentów korzystająca ze świadczeń w zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej
2.8.3.	Zawarcie umów na realizację świadczeń w ośrodkach świadczących usługi w zakresie: opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych oraz ośrodkach realizujących świadczenia w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci na obszarach tzw. „białych pól”.	Na terenie województwa funkcjonowały 54 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach domowych (1,55 ośrodek na 100 tys. ludności, o 1% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 175 na 100 tys. ludności (o 3% mniej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie czarnkowsko-trzcińskim (drugim pod względem wielkości w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja (jeden ośrodek lub brak ośrodków) występuje również w powiecie złotowskim, konińskim i pilskim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie: opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych w powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.	NFZ	2027 - 2031	Roczny koszt 1 umowy na realizację świadczeń w hospicjum domowym; 1 159 222 zł hospicjum domowym dla dzieci: 1 720 964 zł	Liczba ośrodków realizujących świadczenia w hospicjum domowym Liczba pacjentów korzystająca ze świadczeń w hospicjum domowym Liczba ośrodków realizujących świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci Liczba pacjentów korzystająca ze świadczeń w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci

2.9. Kadry

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Brak zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarstwa oraz zwiększenia liczby czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.
- 2) Konieczność zwiększenia liczby kandydatów na jednolite 5-letnie studia magisterskie na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna.
- 3) Brak kierowników specjalizacji w dziedzinach priorytetowych: mikrobiologii medycznej, laboratoryjnej genetyki medycznej oraz laboratoryjnej transfuzjologii medycznej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększenie liczby studentów na kierunku pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie i zwiększenie liczby czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.
- 2) Promowanie zawodu diagnosty laboratoryjnego jako medycznego zawodu zaufania publicznego w liceach ogólnokształcących na terenie województwa i współpraca w tym zakresie z członkami Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
- 3) Akredytowanie specjalizacji w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej – oraz zwiększanie liczby miejsc stażowych w zakresie staży kierunkowych dla specjalizacji priorytetowych takich jak: mikrobiologia medyczna, laboratoryjna genetyka medyczna oraz laboratoryjna transfuzjologia medyczna.

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.	Spotkania informacyjne dla szkół średnich w celu podejmowania studiów na kierunku: pielęgniarstwo, np. w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego.	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie wielkopolskim wyniosła 782 osoby. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 753 pielęgniarzek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na zapewnienie zastępowalności pokoleniowej z niewielką nadwyżką. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą pracę w zawodzie.	Zwiększenie liczby studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwa. Wzrost liczby pielęgniarzek zatrudnionych w ramach umowy z NFZ w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.	Konsultanci Wojewódzcy, Wojewoda.	2027-2031	Bezkosztowo	Liczba przeprowadzonych spotkań informacyjnych
2.9.2.	Przeprowadzenie akcji promocyjnej podejmowania jednolitych 5-letnich studiów magisterskich na kierunku: analityka medyczna (np. spotkania z konsultantami wojewódzkimi, informacje w mediach społecznościowych).	Zwiększenie atrakcyjności pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego wśród uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Działania informacyjno-edukacyjne powinny obejmować przedstawienie roli diagnosty laboratoryjnego w systemie opieki zdrowotnej, znaczenia wykonywanych przez niego zadań dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz charakteru tego zawodu jako zawodu medycznego zaufania publicznego, wykonywanego na podstawie obowiązujących regulacji prawnych.	Wzrost liczby kandydatów na studia na kierunku diagnostyka laboratoryjna. Wzrost liczby pracujących diagnostów laboratoryjnych w wieku od 26 do 39 lat.	Konsultant Wojewódzki, Wojewoda	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na etapie tworzenia planu	Liczba przeprowadzonych działań w ramach akcji promocyjnej

2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Konieczność stopniowej wymiany zużytych ambulansów, poprzez zakup nowoczesnych pojazdów wraz z pełnym wyposażeniem zgodnym z aktualnymi wymaganiami technicznymi i prawnymi w celu zwiększenia niezawodności systemu PRM oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Działanie wynika z konieczności odnowienia parku pojazdów i dostosowania go do współczesnych standardów.
- 2) Brak wyposażenia systemu PRM w sprzęt przeznaczony do transportu przez ZRM osób z dużą otyłością.
- 3) Brak wyposażenia ZRM w komory izolacyjne do transportu pacjentów zakaźnie chorych.
- 4) Brak kursów doszkalających i szkoleń specjalistycznych (w tym e-learningowych) dla personelu systemu PRM, szczególnie w zakresie udzielania pomocy w sytuacjach katastrof, zdarzeń masowych oraz medycyny pola walki. Działanie to odpowiada na wyzwania związane z koniecznością ciągłego podnoszenia kompetencji kadry medycznej oraz wzmacniania odporności systemu w sytuacjach kryzysowych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Doposażenie systemu PRM w nowe ambulanse, obejmujące odnowienie wyeksploatowanego taboru oraz wymianę zużytego sprzętu medycznego, w celu dostosowania wyposażenia do aktualnych przepisów i norm technicznych oraz zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, w szczególności z urazami i w sytuacjach nagłych.
- 2) Doposażenie systemu PRM w tzw. sprzęt przeznaczony do transportu przez ZRM osób z dużą otyłością.
- 3) Wyposażenie systemu PRM w komory izolacyjne do transportu pacjentów zakaźnie chorych.
- 4) Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji ratowników medycznych zatrudnionych w ZRM i Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, poprzez rozwój szkoleń specjalistycznych, kursów doskonalących oraz programów ukierunkowanych na aktualizację wiedzy i doskonalenie umiejętności praktycznych, zwłaszcza w zakresie postępowania w stanach nagłych, zdarzeniach masowych, katastrofach oraz nowych procedurach medycznych.

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.	Stopniowa wymiana zużytych ambulansów.	Nowoczesny sprzęt jest gwarantem szybkiej diagnostyki, daje możliwość podjęcia szybkich działań podczas ratowania życia i zdrowia na miejscu zdarzenia.	Odnowienie zużytego sprzętu, a tym samym dostosowanie wyposażenia do obowiązujących przepisów i norm celem zabezpieczenie pacjentów urazowych.	Wojewoda, JST, Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2027-2031	1,5 mln zł za 1 ambulans	Liczba wymienionych ambulansów (zastąpienie zużytych nowymi)
2.10.2.	Wyposażenie systemu PRM w sprzęt przeznaczony do transportu osób z dużą otyłością.	Prognozy opracowane przez NFZ w Raporcie o zdrowiu – dotyczącym otyłości (2025 r.) wskazują, że odsetek osób z otyłością w Polce z poziomu 13,6% w roku 2022 wzrośnie do poziomu 33,0% w roku 2035. Szacuje się, że w 2035 r. w RP koszty związane z nadwagą i otyłością będą wynosić ponad 32 mln dolarów, co będzie stanowiło około 3,5% PKB RP. Zasadnym jest zatem wyposażenie ZRM w sprzęt ułatwiający proces udzielania pomocy i transportu pacjentów z nadwagą.	Wyposażenie systemu PRM w sprzęt przeznaczony do transportu osób z dużą otyłością celem zabezpieczenia świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne osobom chorym na otyłość.	Wojewoda, JST, Samorząd Województwa Wielkopolskiego,	2027-2031	300 tys. zł – koszt doposażenia 1 ambulansu	Liczba ambulansów wyposażonych w sprzęt przeznaczony do transportu osób z dużą otyłością
2.10.3.	Wyposażenie systemu PRM w komory izolacyjne do transportu pacjentów zakaźnie chorych.	Brak wyposażenia systemu PRM w komory izolacyjne. Potrzeba wyposażenia co najmniej 5 Dygnentów ZRM w województwie wielkopolskim (na 5 obszarach) w komory izolacyjne dla pacjentów zakaźnych nietypowymi patogenami.	Zwiększenie bezpieczeństwa pracowników ZRM.	Wojewoda, JST, Samorząd Województwa Wielkopolskiego	2027-2031	55 tys. zł – koszt 1 komory izolacyjnej	Liczba zakupionych komór izolacyjnych do transportu pacjentów zakaźnie chorych
2.10.4.	Przeprowadzenie kursów doszkalających (w tym e-learningowych) dla personelu systemu PRM w zakresie udzielania pomocy w sytuacjach katastrof, zdarzeń masowych oraz medycyny pola walki.	Kursy pozwolą na pogłębienie wiedzy ratowników i zapewnią lepszą opiekę mieszkańcom województwa podczas udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych i konfliktu zbrojnego.	Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji ratowników medycznych pracujących w ZRM-ach i Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych Wykwalifikowani ratownicy medyczni gotowi do udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych i konfliktu zbrojnego.	Wojewoda, Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwo medyczne.	2027-2031	200 tys. zł za 1 kurs dla 100 osób	Liczba przeprowadzonych kursów doszkalających dla ratowników medycznych Liczba przeszkolonych ratowników medycznych

2.11. Sprzęt medyczny

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Konieczność wymiany akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany oraz zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności wartości rekomendowanej przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej.
- 2) Konieczność wymiany angiografów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 3) Konieczność wymiany aparatów do brachyterapii, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany oraz dążenie do mediany liczby sprzętów na 100 tys. ludności dla krajów UE.
- 4) Konieczność wymiany aparatów do ECMO, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 5) Konieczność wymiany gammakamer o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.
- 6) Konieczność wymiany mammografów o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych mammografów, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
- 7) Konieczność wymiany aparatów PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca oraz zakupu dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności. Należy dążyć do zakupu nowych aparatów, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.) wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
- 8) Konieczność wymiana aparatów do rezonansu magnetycznego o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca: zakup dodatkowych aparatów do rezonansu magnetycznego, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

- 9) Konieczność wymiany aparatów do RTG, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.
- 10) Konieczność wymiany tomografów komputerowych o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Należy dążyć do wykorzystania obecnie posiadanych tomografów komputerowych, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
- 11) Konieczność wymiany aparatów do USG, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wymiana akceleratorów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.
- 2) Wymiana angiografów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.
- 3) Wymiana aparatów do brachyterapii z wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.
- 4) Wymiana aparatów ECMO z wysokim priorytetem do wymiany.
- 5) Wymiana gammakamer z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.
- 6) Wymiana mammografów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkie, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.
- 7) Wymiana aparatów do PET-CT z wysokim priorytetem do wymiany wynikających z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.

- 8) Wymiana aparatów do rezonansu magnetycznego z wysokim priorytetem do wymiany wynikających z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.
- 9) Wymiana aparatów do RTG z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.
- 10) Wymiana tomografów komputerowych z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.
- 11) Wymiana aparatów do USG z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.11.1.	Wymiana akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany (zgodnie z MPZ). W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca, zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w 2023 r. w województwie znajdowało się 11 akceleratorów (0,32 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 8 lat. 3 akceleratorzy (27% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie: m. Poznań liczba wykonanych procedur wynosiła od 1 tys. do 1,25 tys., a w powiatach pilskim i m. Kalisz od 1,5 tys. do 1,75 tys. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Kalisz i m. Poznań.	Wymiana akceleratorów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 11 akceleratorów: 99 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.2.	Wymiana angiografów o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych (zgodnie z MPZ).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w 2023 r. w województwie znajdowały się 34 angiografy (0,97 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 11 angiografów (29% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia roczna liczba procedur w województwie przypadająca na urządzenie wynosi 1 tys. – 1,25 tys. Najmniejszą liczbę procedur wykonano w powiecie pleszewskim (od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur średnio rocznie na sprzęt), a największą w powiecie: m. Konin (od 2 tys. do 2,5 tys. procedur). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana angiografów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 28 angiografów: 98 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.3.	Wymiana aparatów do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany (zgodnie z MPZ). W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca, zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w 2023 r. w województwie znajdowało się 5 aparatów do brachyterapii (0,14 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 3 aparaty (60% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. Aparaty	Wymiana aparatów do brachyterapii z wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 4 aparatów do brachyterapii: 12 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
	wartość referencyjną wskaźnika: liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	znajdowały się w powiecie: m. Poznań, a średnia liczba procedur na aparat wyniosła 870. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Poznań					
2.11.4.	Wymiana aparatów ECMO o wysokim priorytecie do wymiany (zgodnie z MPZ).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w 2023 r. w województwie znajdowało się 6 aparatów ECMO (0,17 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 5 aparatów (83% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się w placówkach zlokalizowanych na terenie powiatu: m. Poznań. Średnio na urządzenie wykonano 18 procedur.	Wymiana aparatów ECMO z wysokim priorytetem do wymiany.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 4 aparatów ECMO: 3,4 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.5.	Wymiana gammakamer o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (zgodnie z MPZ).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowało się 9 gammakamer (0,26 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 11 lat. 6 aparatów (66% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane w powiecie pilskim (1 szt.) - liczba wykonanych procedur wyniosła 2254, a w powiecie: m. Poznań (8 szt.) wykonano średnio na jedno urządzenie 1799 procedur. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana gammakamer z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 10 gammakamer: 10 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.6.	Wymiana mammografów o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (zgodnie z MPZ). Optymalne wykorzystanie obecnie posiadanych mammografów, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w 2023 r. w województwie znajdowało się 52 mammografy (1,49 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 14 urządzeń (26% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: czarnkowsko-trzcianieckim, gnieźnieńskim, gostyńskim, grodzkim, kępińskim, międzychodzkiem, ostrowskim, szamotulskim, tureckim i wolsztyńskim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie: m. Konin liczba procedur wynosiła od 3,5 tys. do 3,75 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach:	Wymiana mammografów z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 29 mammografów: 24,6 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
		czarnkowsko-trzcianeckim (1 szt.), gnieźnieńskim (1 szt.), gostyńskim (1 szt.), m. Kalisz (2 szt.), m. Konin (1 szt.), międzychodzkiem (1 szt.), ostrowskim (1 szt.), pilskim (1 szt.), m. Poznań (4 szt.) i szamotulskim (1 szt.). Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.					
2.11.7.	Wymiana aparatów PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (zgodnie z MPZ). W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca, zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności. Zakup nowych aparatów w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.) wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowały się 2 aparaty PET-CT (0,06 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. Oba urządzenia zlokalizowane w powiecie: m. Poznań posiadają wysoki priorytet do wymiany. Średnia roczna liczba procedur na aparat wynosiła od 8,75 tys. do 9 tys. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana aparatów do PET-CT z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 1 aparatu PET-CT: 2,5 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.8.	Wymiana aparatów do rezonansu magnetycznego o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (zgodnie z MPZ). W uzasadnionych przypadkach, tj. alokacji miejsc wykonywania usług na obszary, gdzie brak świadczeniodawców lub ich liczba jest niewystarczająca, zakup dodatkowych aparatów do rezonansu magnetycznego, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika: liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowało się 39 rezonansów magnetycznych (1,12 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 11 urządzeń (34% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie tureckim (171), a najwięcej w powiecie: m. Leszno (9 810), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Konin (1 szt.), nowotomyskim (1 szt.), pilskim (2 szt.), pleszewskim (1 szt.) i m. Poznań (6 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8	Wymiana aparatów do rezonansu magnetycznego z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Zakup nowego sprzętu dla celów zwiększania dostępności do świadczeń oraz w nowych miejscach celem unikania nadmiernej koncentracji miejsc wykonywania świadczeń.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 27 aparatów do rezonansu magnetycznego: 337 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
		tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.					
2.11.9.	Wymiana aparatów do RTG, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (z wyjątkiem powiatu leszczyńskiego).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowały się 652 sztuki aparatów RTG (18,69 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 308 urządzeń (47% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, z wyjątkiem powiatu leszczyńskiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonywały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonywały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana aparatów do RTG z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 519 aparatów do RTG: 337 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa
2.11.10.	Wymiana tomografów komputerowych o wysokim priorytecie do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur (zgodnie z MPZ). Optymalne wykorzystanie obecnie posiadanych tomografów komputerowych, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowało się 71 tomografów komputerowych (2,04 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 19 urządzeń (26% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 4,75 tys. do 5 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat grodziski (1 675) oraz m. Konin (8 585), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: chodzieskim (1 szt.), gnieźnieńskim (1 szt.), gostyńskim (1szt.), grodziskim (1 szt.), kołskim (1 szt.), kościańskim (1 szt.), międzychodzkiem (1 szt.), nowotomyskim (1 szt.), ostrzeszowskim (1 szt.), pilskim (2 szt.), śremskim (1 szt.), wągrowieckim (1 szt.), pilskim (2 szt.), śremskim (1 szt.), m. Kalisz (1 szt.) i m. Poznań (4 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonywały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonywały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana tomografów komputerowych z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur. Maksymalizacja wykorzystania bazy sprzętowej.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 47 tomografów komputerowych: 141 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.11.11.	Wymiana aparatów do USG, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji) (zgodnie z MPZ).	Zgodnie z rekomendacją dla województwa wielkopolskiego zawartą w MPZ: w województwie znajdowało się 1 397 aparatów USG (40,05 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 877 urządzeń (62% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonywały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonywały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana aparatów do USG z wysokim priorytetem do wymiany wynikającym z eksploatacji oraz wszystkich, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Koszt wymiany 1298 aparatów do USG - 129,8 mln zł	Liczba sprzętu na 100 tys. ludności
2.11.12	Zakup zaawansowanych technologii innowacyjnych - metod operacyjnych i diagnostycznych wynikających z postępu technologicznego, możliwych do finansowania w ramach świadczeń gwarantowanych.	Działanie dotyczy podmiotów leczniczych spełniających wymagania dla danego zakresu świadczeń, w tym posiadające odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny, doświadczenie kliniczne oraz zaplecze organizacyjne i techniczne zgodne z wymaganiami koszyka świadczeń gwarantowanych. Działanie będzie uwzględniać regionalny plan wdrożenia prognozy z MPZ.	Poprawa efektywności opieki zdrowotnej.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba zakupionych lub wymienionych zaawansowanych technologii innowacyjnych

2.12. Pozostałe

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Niewystarczająca liczba miejsc opieki geriatrycznej w województwie.
- 2) Potrzeba modernizacji oraz zakupienia platformy NGS, stacji pipetujących oraz sprzętów pomocniczych i służących do bankowania materiału, cyfrowych systemów kontroli jakości, bezpieczeństwa przechowywania danych genomowych, zintegrowania systemów laboratoryjnych z elektroniczną dokumentacją medyczną, umożliwiającego automatyczne raportowanie wyników do systemów, standaryzacji procedur diagnostycznych i walidacji metod dla prenatalnej i rozrodowej diagnostyki genetycznej, zgodnie z aktualnymi wytycznymi PTGiP, PTGC oraz ESHG. Należy dążyć do zapewnienia ciągłości kompetencyjnej personelu, w tym szkolenia z zakresu bioinformatyki, interpretacji wariantów oraz wyników klinicznych.¹

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu geriatry w województwie.
- 2) Rozwój ośrodków i zespołów geriatrycznych w szpitalach i w opiece ambulatoryjnej oraz zwiększenie dostępności do świadczeń domowych i dziennych dla osób starszych.
- 3) Konsolidacja diagnostyki: skrócenie czasu diagnostyki i szybkie wdrażanie postępowania klinicznego i terapeutycznego, dostęp do nowoczesnych, wysokoczułych badań w jednym ośrodku, poprawa komfortu i poczucia bezpieczeństwa dzięki kompletnej obsłudze w ramach jednego szpitala i regionu. Korzyści dla systemu ochrony zdrowia w regionie: centralizacja i standaryzacja wysokospecjalistycznej diagnostyki, eliminacja ponownego wykonania badań (redukcja kosztów), stworzenie referencyjnego centrum genetyki prenatalnej i rozrodo dla całej Wielkopolski, maksymalne wykorzystanie istniejącej infrastruktury klinicznej i uczelnianej.
Zwiększenie dostępności do świadczeń diagnostycznych i leczniczych dotychczas niedostępnych w województwie wielkopolskim.²

¹ Rekomendacja Pani dr hab. n. med. Katarzyna Ziółkowska Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie genetyki laboratoryjnej

² Rekomendacja Pani dr hab. n. med. Katarzyna Ziółkowska Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie genetyki laboratoryjnej

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.	Powstanie nowych miejsc stacjonarnej opieki geriatrycznej, przekształcenie łóżek szpitalnych niewykorzystanych w innych zakresach świadczeń (przede wszystkim na obszarach, gdzie brak oddziału geriatrycznego) oraz zawarcie umów na realizację świadczeń zapewniających opiekę geriatryczną i długoterminową. W przypadku podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	Wielkopolska, podobnie jak cały kraj, zmaga się z nierównym dostępem osób starszych do kompleksowej opieki geriatrycznej. Obecny system nie zawsze zapewnia odpowiednią diagnostykę, leczenie i wsparcie pacjentom w różnym stopniu zależności funkcjonalnej. Wyrównanie nierówności poprzez rozwój geriatryi pozwoli na lepszą koordynację opieki, dostęp do wysokiej jakości świadczeń oraz wsparcie pacjentów w miejscu zamieszkania i w ośrodkach specjalistycznych. Znacząco wzrosło nie tylko populacja osób starszych, ale w ramach tej grupy ludności zwiększy się liczba i udział osób sędziwych (niezależnie od definiowania wieku tej grupy).	Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu geriatryi w województwie. Zapewnienie kompleksowej opieki geriatrycznej/ długoterminowej z dedykowanym sprzętem oraz kadrą.	JST, Samorząd Województwa Wielkopolskiego, NFZ	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba łóżek geriatrycznych
2.12.2.	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.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba wydanych pozytywnych opinii dotyczących celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2.12.3	Modernizacja, rozbudowa istniejącej oraz budowa nowej infrastruktury, związana z dostosowaniem do obowiązujących przepisów prawa i norm z uwzględnieniem zarówno cyberbezpieczeństwa.	Kluczowe jest wdrożenie wymogów ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Integracja cyberbezpieczeństwem w podmiotach leczniczych przestała być jedynie zaleceniem technologicznym, jest obowiązkiem prawnym. W związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (KSC), która wdraża unijną dyrektywę NIS2, placówki medyczne muszą równolegle rozwijać e-usługi oraz systemy ich ochrony.	Zapewnienie ochrony danych medycznych i ciągłość działania placówek.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac	Liczba wydanych pozytywnych opinii dotyczących celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla cyberbezpieczeństwa

2.12.4.	Modernizacja oraz zakupienie platformy NGS, stacji pipetujących oraz sprzętów pomocniczych i służących do bankowania materiału, cyfrowych systemów kontroli jakości, bezpieczeństwa przechowywania danych genomowych, zintegrowanie systemów laboratoryjnych z elektroniczną dokumentacją medyczną, umożliwiające automatyczne raportowanie wyników do systemów, standaryzacja procedur diagnostycznych i walidacja metod dla prenatalnej i rozrodowej diagnostyki genetycznej, zgodnie z aktualnymi wytycznymi PTGIP, PTGC oraz ESHG, zapewnienie ciągłości kompetencyjnej personelu, w tym szkolenia z zakresu bioinformatyki, interpretacji wariantów oraz wyników klinicznych.	W województwie wielkopolskim w odnotowano 26 746 porodów (nfz-poznan.pl). Ściąga się, że problem niepłodności dotyczy w Polsce 10-16 % par w wieku rozrodczym. W latach 2022-23 w województwie wielkopolskim zakwalifikowano do programu leczenia niepłodności metodą in vitro około 3 813 par. Na tej podstawie można wnioskować, że centralizacja obsługi dla kobiet ciężarnych oraz par z niepowodzeniami rozrodu jest uzasadniona - zwłaszcza jeżeli uwzględnić diagnostykę genetyczną, prenatalną i preimplantacyjną. Kompleksowość obsługi wiąże się z działalnością na terenie GPSK UMP Centrum Diagnostyki Prenatalnej oraz Uniwersyteckiego Centrum Leczenia Niepłodności. Badania genetyczne prenatalne i w kierunku problemów z rozrodem są obecnie rozproszone pomiędzy różne ośrodki, co skutkuje wydłużonym czasem oczekiwania na wynik i brakiem spójnego standardu diagnostycznego.	Skrócenie czasu diagnostyki i szybkie wdrażanie postępowania klinicznego i terapeutycznego, dostęp do nowoczesnych, wysokoczułych badań w jednym ośrodku, poprawa komfortu i poczucia bezpieczeństwa dzięki kompletnej obsłudze w ramach jednego szpitala i regionu. Centralizacja i standaryzacja wyspecjalistycznej diagnostyki, eliminacja ponownego wykonania badań (redukcja kosztów),	UMP	2027 – 2031	Brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac.	Liczba badań genetycznych w zakresie diagnostyki prenatalnej Liczba badań genetycznych w zakresie diagnostyki preimplantacyjnej
---------	--	---	---	-----	-------------	---	--

3. Monitorowanie

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. Wojewoda 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.