

Załącznik do uchwały nr 10/496a/24
Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 6 marca 2024 r.



Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024-2030

REGIONALNE DOKUMENTY PROGRAMOWE
KLUCZOWE DLA REALIZACJI STRATEGII PRZYSPIESZENIA 2030+

I WSTĘP.....	3
II DIAGNOZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKI.....	9
1. Uwarunkowania demograficzne.....	9
2. Stan zdrowia ludności w województwie kujawsko-pomorskim.....	10
2.1. Leczeni w szpitalach – struktura hospitalizacji	10
2.2. Leczeni w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	14
2.3. Leczeni w uzdrowiskach.....	19
2.4. Zachorowania na nowotwory	21
2.5. Zachorowania na choroby zakaźne.....	26
2.6. Zgony	33
2.6. Przyczyny niezdolności do pracy.....	38
2.7. Osoby z niepełnosprawnościami.....	39
2.8. Zdrowie psychiczne.....	40
2.9. Warunki życia gospodarstw domowych, dochody, wydatki na ochronę zdrowia.....	44
3. Zagrożenia środowiskowe - jakość powietrza atmosferycznego i wody pitnej.....	46
4. Zasoby ochrony zdrowia.....	47
4.1. Opieka psychiatryczna, zdrowie psychiczne i terapia uzależnień	47
4.2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	51
4.3. Podstawowa opieka zdrowotna.....	55
4.4. Lecznictwo szpitalne	58
4.5. Opieka długoterminowa.....	59
4.6. Opieka paliatywna i hospicyjna.....	61
4.7. Rehabilitacja medyczna	62
4.8. Kadra	65
4.9. Lecznictwo uzdrowiskowe.....	70
5. Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ	71
6. Dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ	73
6.1. Świadczenia specjalistyczne – AOS, SOK.....	73
6.2. Opieka długoterminowa.....	76
6.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....	77
6.4. Rehabilitacja lecznicza	79
6.5. Leczenie szpitalne.....	80
7. Wpływ pandemii covid-19 na stan zdrowia ludności oraz system ochrony zdrowia.....	84
8. Wpływ konfliktu zbrojnego w Ukrainie na polski system ochrony zdrowia	87
9. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób.....	88
9.1. Programy zdrowotne	88
9.1.1. Programy zdrowotne realizowane przez Samorząd Województwa	88
9.1.2. Programy zdrowotne realizowane przez samorządy terytorialne	91
9.1.3. Programy zdrowotne realizowane przez NFZ.....	91
10. Program rehabilitacji po COVID-19.....	94

11. Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podległych Samorządowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego w latach 2018-2022	95
III KIERUNKI POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO	97
1. Cele strategiczne i operacyjne oraz kierunki działań polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego	101
2. Realizacja celów polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego.....	104
3. Planowane projekty kluczowe	111
4. Monitorowanie stanu realizacji projektów	156
4.1. System wdrażania Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego.....	156
4.2. Monitorowanie i ewaluacja.....	158
IV SPIS WYKRESÓW, TABEL I MAP	167

I Wstęp

Prawo każdego człowieka do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie jest jednym z przywilejów zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) 10 grudnia 1948 roku [1]. Na przestrzeni lat definicja zdrowia ewoluowała, obejmując swym zasięgiem nowe obszary. Dokonując syntezy wielu podejść sformułowanych przez organizacje i instytucje będące autorytetami w dziedzinach ściśle powiązanych ze zdrowiem można stwierdzić, że zdrowie to po prostu stan strukturalny, funkcjonalny i emocjonalny pozwalający na prowadzenie satysfakcjonującego życia, zarówno jako jednostka, jak i część społeczności [2]. Rozpatrywanie zdrowia w kategoriach ludzkich zbiorowości to pole zainteresowania dziedziny nazwanej zdrowiem publicznym. Aktualne zadania obejmujące swym zakresem zdrowie publiczne na gruncie polskim opisuje ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Warto przypomnieć sobie, że należą do nich między innymi:

- analiza zdrowia społeczeństwa;
- edukacja zdrowotna;
- rozpoznawanie, eliminowanie i ograniczanie zagrożeń dla zdrowia;
- ocena zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- badania naukowe i współpraca międzynarodowa;
- rozwój kadr uczestniczących w działaniach z zakresu zdrowia publicznego;
- likwidowanie nierówności zdrowotnych.

Współdziałanie organów administracji rządowej, państwowych jednostek organizacyjnych i jednostek samorządu terytorialnego umożliwia sprawną i kompletną realizację wyżej wymienionych zadań [3]. Kluczowym narzędziem w rękach ich przedstawicieli jest umiejętnie skonstruowana polityka zdrowotna, która, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zawiera plany działań mające służyć osiągnięciu konkretnych celów opieki zdrowotnej [4].

Samorząd województwa wypełnia politykę zdrowotną, stanowiąc filar szczebla regionalnego. Nawiązując do wcześniejszego założenia, dokonuje tego, kooperując zarówno z jednostkami wyższego szczebla struktury administracyjnej (poziomu krajowego), jak i niższego szczebla (poziom lokalny, np. gminy). Dokładny zakres działalności samorządu wojewódzkiego określa szereg aktów prawnych, w tym ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa i ustawa z dnia 27 czerwca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [5].

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że to właśnie samorząd województwa posiada największą wiedzę w temacie szeroko rozumianej sytuacji zdrowotnej ludności zamieszkującej teren określonego województwa. Poprzez regularne dokonywanie szczegółowych analiz jest w stanie wyodrębnić problemy zdrowotne, z którymi aktualnie boryka się społeczeństwo regionu oraz ustalić priorytety w zakresie ich rozwiązywania. Decyduje o ulokowaniu różnego rodzaju zasobów w celu naprawy ubytków w systemie ochrony zdrowia publicznego. O tym, jak ważnym jest ogniwem tego systemu, świadczą wysokie nakłady finansowe samorządu województwa na infrastrukturę medyczną na przestrzeni ostatnich lat oraz pełne zaangażowanie w rozwój profilaktyki i promocji zdrowia.

„Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024-2030” jest owocem zbiorowej pracy oraz odpowiedzią na obecne i przyszłe zapotrzebowanie na dobra pozwalające utrzymać zdrowie ludzi jak najdłużej. Dokument ten stanowi pełny przegląd zdrowia mieszkańców regionu na poziomie populacyjnym, opisuje możliwości instytucjonalne województwa i przedstawia wyzwania, z którymi przyjdzie się zmierzyć w najbliższym czasie. Poniższe opracowanie nie zawiera istotnego elementu regionalnego oraz krajowego systemu ochrony zdrowia jakim jest leczenie uzdrowiskowe, które ze względu na jego wagę i znaczenie dla polityki rozwoju województwa oraz złożoność

gospodarczo-finansową wymaga przygotowania odrębnego dokumentu. „Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024-2030” jest spójna z innymi obowiązującymi dokumentami regulującymi kwestie współczesnej polityki zdrowotnej, w tym z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2027. Co najważniejsze, koresponduje on również z podstawową ideą przyświecającą wszystkim decydentom, dla których zdrowie jest nieocenioną wartością. Idea ta została zwerbalizowana jako hasło V Kongresu Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego i brzmi:

„Zdrowie społeczeństwa to inwestycja, a nie wydatek”.

Tak więc inwestując w zdrowie, inwestujemy w mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego i ich jakość życia.

Źródła:

1. <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>;
2. G. McCartney, F. Popham, R. McMaster, A. Cumbers, Defining health and health inequalities, Public Health 2019, 172, 22-30;
3. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
4. <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>;
5. S. Kawałko, Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia, Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość 2014, 11, 325-338.

I Podstawy prawne działania Wydziału Zdrowia:

1. ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny;
2. ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy;
3. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
4. ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa;
5. ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
6. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
7. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
8. ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
9. ustawa z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi;
10. ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta
11. ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych;
12. ustawa z dnia 29 września 1994 o rachunkowości;
13. ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych;
14. ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
15. ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
16. ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;

17. ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
18. ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
19. ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
20. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
21. ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
22. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
23. ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych;
24. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
25. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
26. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych
27. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
28. rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 30 grudnia 2014 r. z dnia 30 grudnia 2014 r. w sprawie pracowników zatrudnionych na stanowiskach bezpośrednio związanych z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz z prowadzeniem określonych pojazdów kolejowych;
29. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty;
30. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 października 2015 r. w sprawie szkolenia obronnego;
31. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022;
32. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania;
33. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego;
34. rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
35. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego;

36. zarządzenie nr 22 Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 5 maja 2015 r. w sprawie prac nad projektami aktów normatywnych oraz projektami założeń projektów ustaw w resorcie administracji i cyfryzacji;

37. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2102 z dnia 26 października 2016 r. w sprawie dostępności stron internetowych i mobilnych.

II Podstawy prawne programów opracowywanych w zakresie ochrony zdrowia:

1. „Program ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2021-2022”.

Podstawa prawna: rozdz. 2 cz. VIII Samorządy województw, cel główny 1, cel szczegółowy lit. d pkt 1 załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. poz. 458).

2. „Wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2022-2025”.

Podstawa prawna: art. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119, z późn. zm.), Załącznik do uchwały nr XLIII/574/22 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21.03.2022 r.

III Podstawy prawne dotyczące opracowywania i realizowania programów polityki zdrowotnej:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

Stosownie do art. 9 ww. ustawy do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy m.in.: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

W art. 48 ust. 1 cyt. ustawy określone jest szczegółowo, iż programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Art. 48a ust. 1 wskazuje, iż minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej (art. 48a ust.4).

2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

Art. 114 ust. 1. pkt 1 ww. ustawy mówi, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;

W art. 115 ust. 3 precyzuje się, iż na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1-6 cyt. Ustawy, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od podmiotu, o którym mowa w ust. 1 cyt. ustawy (m.in. jednostki samorządu terytorialnego), z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych (z zastrzeżeniem ust. 4).

3. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183)

W art. 3 ust. 1 wskazano, iż zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2020r. poz. 1220 i 2327), państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz.2476).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz.469).

Dodatkowe dokumenty, aplikacje, portale pomocne w tworzeniu PPZ na stronach AOTMiT, MZ:

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji -
<http://wwwold.aotm.gov.pl/index.php?id=209>

W zakładce: Samorządowe Programy Polityki Zdrowotnej można znaleźć opracowania pomocne w przygotowywaniu PPZ np.:

- Praktyczne wskazówki dot. planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2016 r.),
http://wwwold.aotm.gov.pl/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/2016/Instrukcja_PPZ.pdf
- Struktura PPZ – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
http://wwwold.aotm.gov.pl/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/2016/Zal_4_16%2002%2012
- Wydane przez Prezesa Agencji rekomendacje w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz>

- Ministerstwo Zdrowia – Mapy Potrzeb Zdrowotnych, <http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-kujawsko-pomorskie/> do 2018 r. wersje papierowe

- od 2019 r. - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, tutaj są dostępne niezbędne informacje dot. np. Map Potrzeb Zdrowotnych, analiza umieralności, analiza chorobowości itp.
- Ministerstwo Zdrowia – Krajowy Plan Transformacji na lata 2022 – 2026. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia poz. 80, oraz kolejne aktualizacje.
- Wojewoda Kujawsko-Pomorski – Wojewódzki plan transformacji województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022 – 2026. Obwieszczenie Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. Dziennik Urzędowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego poz. 6818, oraz kolejne aktualizacje.

III Spójność z dokumentami strategicznymi

1. Krajowe dokumenty:

- a) Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025;
- b) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030;
- c) Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.;
- d) Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022 - 2026;
- e) Krajowy Plan Transformacji na lata 2022 – 2026.

2. Wojewódzkie dokumenty:

- a) Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+;
- b) Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030;
- c) Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy w rodzinie dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021-2026;
- d) Mapa potrzeb zdrowotnych 2020. Wnioski i rekomendacje dla województwa kujawsko-pomorskiego;
- e) Wojewódzki plan transformacji dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022 – 2026;
- f) Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027.

II Diagnoza sytuacji zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorski

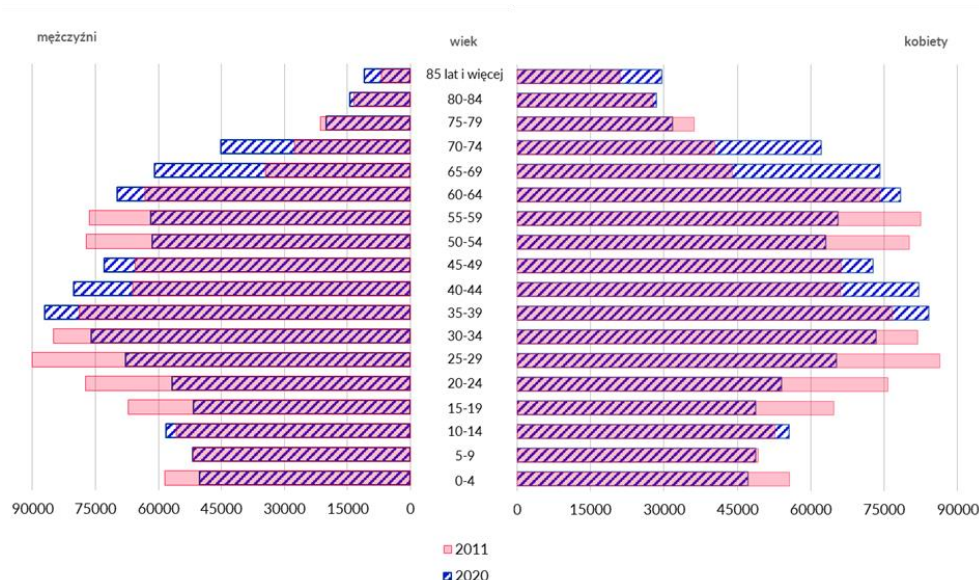
1. Uwarunkowania demograficzne

W 2020 r. województwo kujawsko-pomorskie zamieszkiwało 2 061 942 osób, zatem prawie 2% mniej niż 10 lat temu. Liczba ludności w regionie rokrocznie spada, a według prognoz GUS proces ten ma się jeszcze bardziej pogłębiać¹.

Większość mieszkańców, podobnie jak w całym kraju, stanowiły kobiety (ok 52%). Nadwyżka liczby kobiet nad mężczyznami widoczna jest wśród osób powyżej 49 lat. Największe dysproporcje dotyczą starszych grup wiekowych. W populacji osób w wieku 85 lat i więcej udział kobiet wynosił w 2020 r. aż 73% (o 18,5 tys. więcej kobiet niż mężczyzn). Niepokojącym zjawiskiem w kontekście reprodukcji ludności i zastępowalności pokoleń jest zmniejszająca się liczebność kobiet w wieku 20-34 lat będąca efektem „przesunięcia się” wyżu demograficznego z lat 80. w kierunku starszych grup wiekowych i jednoczesnego braku kompensacji istniejącego stanu przez roczniki młodsze². W latach 2011-2020 w grupach wiekowych 20-24 oraz 25-29 lat spadek liczby kobiet wyniósł odpowiednio 29 i 24%.

W kontekście wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia najistotniejsze wydają się zmiany zachodzące w zakresie struktury wiekowej społeczeństwa. Starzenie społeczeństwa jest procesem, który przyczynia się do wzrostu liczby ludności w najstarszych grupach wiekowych. Między 2011 r. a 2020 r. liczba osób w wieku powyżej 80 lat wzrosła w regionie o 21% (z 69,1 tys. osób do 83,4 tys. osób). Prognoza demograficzna przewiduje dalszy wzrost liczebności tej grupy wiekowej do wartości 114,3 tys. osób w 2030 r., w wyniku jej dużego zasilania przez roczniki wyżu demograficznego okresu powojennego.

Wykres 1. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011 i 2020



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Dla województwa kujawsko-pomorskiego długość przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn (urodzonych w 2019 r.) wynosiła 73,7 lat, a kobiet była o ponad 7 lat dłuższa i wynosiła 81,0 lat (w Polsce odpowiednio dla mężczyzn 74,1 i dla kobiet 81,8 lat). Długość życia dla mężczyzn była zatem

¹ Do roku 2030 przewiduje się spadek liczby mieszkańców w województwie na poziomie ok. 66 tys. (-3,2%). – przewidując, iż w okresie prognozy województwo będzie zamieszkiwać już tylko niewiele powyżej 2 mln osób

² Wyzwania rozwojowe województwa kujawsko-pomorskiego u progu III dekady XXI wieku. Diagnoza stanu i uwarunkowań rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego

o 2,3, a dla kobiet o 1,5 lat dłuższa niż jeszcze 10 lat temu i odpowiednio o 5,2 i 3,8 lat dłuższa niż 20 lat temu, co wskazuje na wyraźną stałą tendencję wzrostową wskaźnika. Pod względem terytorialnym zauważalne jest dłuższe przeciętne trwanie życia wśród mężczyzn mieszkających w miastach (o 0,7 dłuższe niż na wsi) i wśród kobiet zamieszkujących tereny wiejskie (o 0,2 dłuższe niż w miastach). Wraz z wydłużeniem przeciętnego trwania życia spodziewać się można wzrostu odsetka lat życia z chorobami przewlekłymi oraz niepełnosprawnością. Według badań GUS w województwie kujawsko-pomorskim szacowana przeciętna liczba lat życia w zdrowiu dla mężczyzny urodzonego w 2019 r. wynosi 59,8 lat, a dla kobiety 63,5 lat i tym samym kształtuje się na poziomie średniej dla kraju (w przypadku kobiet nieznacznie ją przekraczając).

O postępującym procesie starzenia się społeczeństwa świadczy zwiększający się wiek środkowy (mediana wieku) ludności województwa kujawsko-pomorskiego. W 2020 r. połowa mieszkańców regionu przekroczyła 41,7 lat. Wyższy wiek środkowy charakterystyczny był dla kobiet. W 2020 r. wyniósł on 43,4 lata i był tym samym o 3,4 lata wyższy niż w przypadku mężczyzn. Mediana wieku kształtowała się zatem na takim samym poziomie jak w kraju i była o ponad rok (1,2) wyższa niż jeszcze w 2017 r. Zarówno w Polsce, jak i w województwie osoby mieszkające na wsi są młodsze od mieszkających w miastach. Średni wiek mieszkańców terenów wiejskich w województwie w 2020 r. wynosił 39,4 lata, a mieszkańców miast – 43,3 lata.

Zachodzące w regionie procesy starzenia społeczeństwa potwierdzają także analizy zarówno bezwzględnej liczby ludności w wieku poprodukcyjnym³, jak i udziału tej grupy w populacji ogółem. W 2020 r. liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 455,7 tys. osób, co stanowiło 22% mieszkańców regionu. W okresie 2011-2020 liczba ludności w tej grupie wiekowej wzrosła aż o 31% z 347,3 tys. do 455,7 tys. osób. W analizowanym okresie zwiększył się także udział ludności w wieku poprodukcyjnym w ludności ogółem. W 2020 r. kształtował się na poziomie 22%, zatem o prawie 6 p.p. wyższym niż jeszcze w roku 2011. Zgodnie z prognozą GUS oczekiwać można dalszego wzrostu tego wskaźnika, który do 2030 r. ma wzrosnąć do prawie 26% (szacowana liczba ludności w tym wieku ma osiągnąć poziom 520,3 tys. osób).

2. Stan zdrowia ludności w województwie kujawsko-pomorskim

2.1. Leczeni w szpitalach – struktura hospitalizacji

Według danych GUS w 2019 r. na wszystkich oddziałach stacjonarnych szpitali ogólnych leczonych było (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) 388,5 tys. pacjentów, czyli o 4,5% mniej niż w roku 2012⁴. Stanowili oni 4,9% wszystkich leczonych w kraju. Wypisanych zostało ponad 354 tys. osób, z czego 20,1% stanowiły dzieci do 18 lat (jedna z najwyższych wartości kraju – 4. pozycja), zmarło ponad 9,6 tys. osób (0,6 tys. stanowiły dzieci do 18 lat)⁵.

W 2019 r. współczynnik hospitalizacji⁶ w szpitalach ogólnych w województwie wynosił 1 502 hospitalizacje na 10 tys. mieszkańców⁷, przy czym najwyższy (powyżej 1 600 hospitalizacji na 10 tys. ludności) był wśród mieszkańców Bydgoszczy, powiatu nakielskiego i radziejowskiego. Wysokie wartości współczynnika charakterystyczne są także dla powiatów aleksandrowskiego, golubsko-dobrzyńskiego,

³ Obejmuje kobiety w wieku powyżej 60 lat i mężczyzn w wieku powyżej 65 lat

⁴ Do porównań przyjęto rok 2012, ponieważ do 2011 r. dane udostępniane przez BDL GUS z zakresu szpitali ogólnych nie obejmowały placówek MON i MSWiA.

⁵ Bez noworodków martwo urodzonych i zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia.

⁶ Współczynnik hospitalizacji wg GUS liczony jako iloraz liczby hospitalizacji w danym roku i liczby ludności według faktycznego miejsca zamieszkania i stanu w dniu 30.06 danego roku pomnożony razy 10 000

⁷ Współczynnik obejmuje tylko hospitalizacje mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego

chełmińskiego, wąbrzeskiego oraz Grudziądza. Wśród kobiet współczynnik hospitalizacji kształtował się na poziomie 1 760 hospitalizacji na 10 tys. kobiet, a wśród mężczyzn 1 570 na 10 tys. mężczyzn.

Zgodnie z danymi Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego, w szpitalach na terenie województwa leczonych było 378 726 osób⁸, z czego 91,4% stanowili mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego. Pozostały odsetek leczonych stanowią mieszkańcy innych województw. Warto zwrócić uwagę, że od 2005 r. ich liczba systematycznie wzrastała i w ciągu ostatnich 3 lat utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Wśród pacjentów spoza województwa kujawsko-pomorskiego dominują mieszkańcy sąsiednich regionów, zwłaszcza wielkopolski i pomorza.

Tabela 1. Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim według miejsca zamieszkania pacjentów w latach 2005, 2010, 2015, 2018, 2019

Województwo zamieszkania pacjenta	Liczba hospitalizacji				
	2005	2010	2015	2018	2019
kujawsko-pomorskie	326 815	341 877	348 323	358 278	346 331
pozostałe województwa - łącznie	11 699	18 303	24 670	30 731	30 361
wielkopolskie	3008	4652	9954	9935	10104
pomorskie	2857	5569	9432	9393	9339
mazowieckie	1388	1915	2923	2854	2844
warmińsko-mazurskie	1221	1659	2508	2329	2525
zachodniopomorskie	780	1118	1861	1916	1927
łódzkie	687	1289	1288	1511	1105
dolnośląskie	298	378	616	688	591
lubuskie	217	289	540	484	481
śląskie	364	386	388	448	393
małopolskie	212	217	343	293	273
lubelskie	253	331	247	286	247
podlaskie	155	187	216	239	196
opolskie	63	88	133	125	117
podkarpackie	96	107	152	145	111
świętokrzyskie	100	118	130	131	108
brak danych, bezdomni, cudzoziemcy	1 085	3 092	2 448	3 472	2 034
OGÓŁEM	339 599	363 272	375 441	392 481	378 726

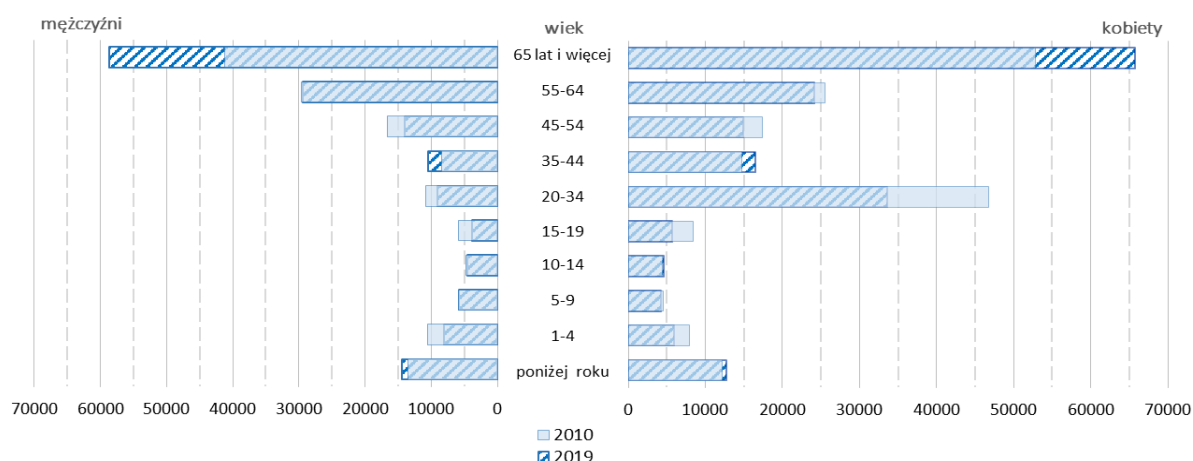
Źródło: Opracowanie na podstawie Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2005-2019, Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2021 r.

Biorąc pod uwagę strukturę wieku i płci pacjentów stwierdzić można, że kobiety hospitalizowane są częściej niż mężczyźni, co jest sytuacją charakterystyczną dla całego kraju i utrzymuje się od lat. W 2019 r. w szpitalach ogólnych w województwie ponad 54% hospitalizacji dotyczyło kobiet (hospitalizacje kobiet dominują także po wyeliminowaniu pobytów w szpitalach związanych z porodem fizjologicznym oraz pobytów zdrowo urodzonych noworodków). Największa przewaga kobiet nad mężczyznami w liczbie hospitalizacji widoczna jest wśród pacjentów w grupach wiekowych 20-34 lat (w 2019 r. o 24,5 tys. więcej kobiet, a w 2010 r. o 35,9 tys.) oraz 65 lat i więcej (w 2019 r. o 7,1 tys.

⁸ Nie obejmuje szpitalnych oddziałów ratunkowych i pobytów jednodniowych niezakończonych zgonem

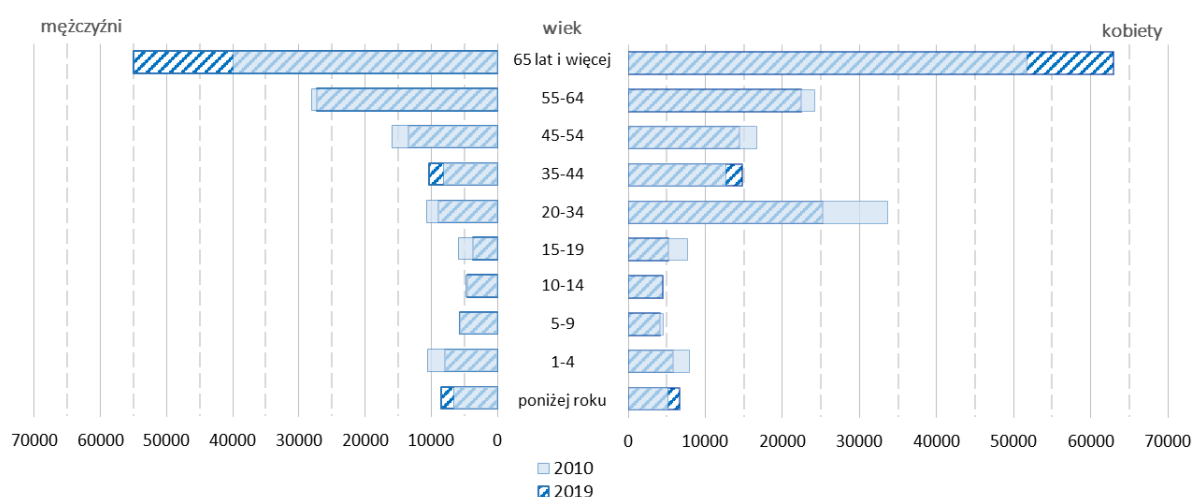
więcej kobiet, a w 2010 r. o 11,6 tys.). Sytuacja taka wynikać może w pierwszym przypadku z pobytami szpitalnymi związanymi z powikłaniami podczas ciąży i porodu, w drugim zaś z uwarunkowaniami demograficznymi - znaczną przewagą liczby kobiet w tej grupie wieku. Należy pokreślić, że na przestrzeni lat zmienia się liczebność pacjentów w poszczególnych grupach wieku. W 2019 r. aż 36% przypadków hospitalizacji dotyczyło osób powyżej 64 lat i odsetek ten był zatem znacznie wyższy niż w 2010 r., gdy wynosił 27%.

Wykres 2. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 i 2019 (z porodami samoistnymi oraz żywo urodzonymi niemowlętami)⁹



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2005-2019, Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2021 r.

Wykres 3. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 i 2019 z powodu chorób o kodach A00-T98 bez O80, O84 (bez porodów samoistnych)¹⁰



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2005-2019, Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2021 r.

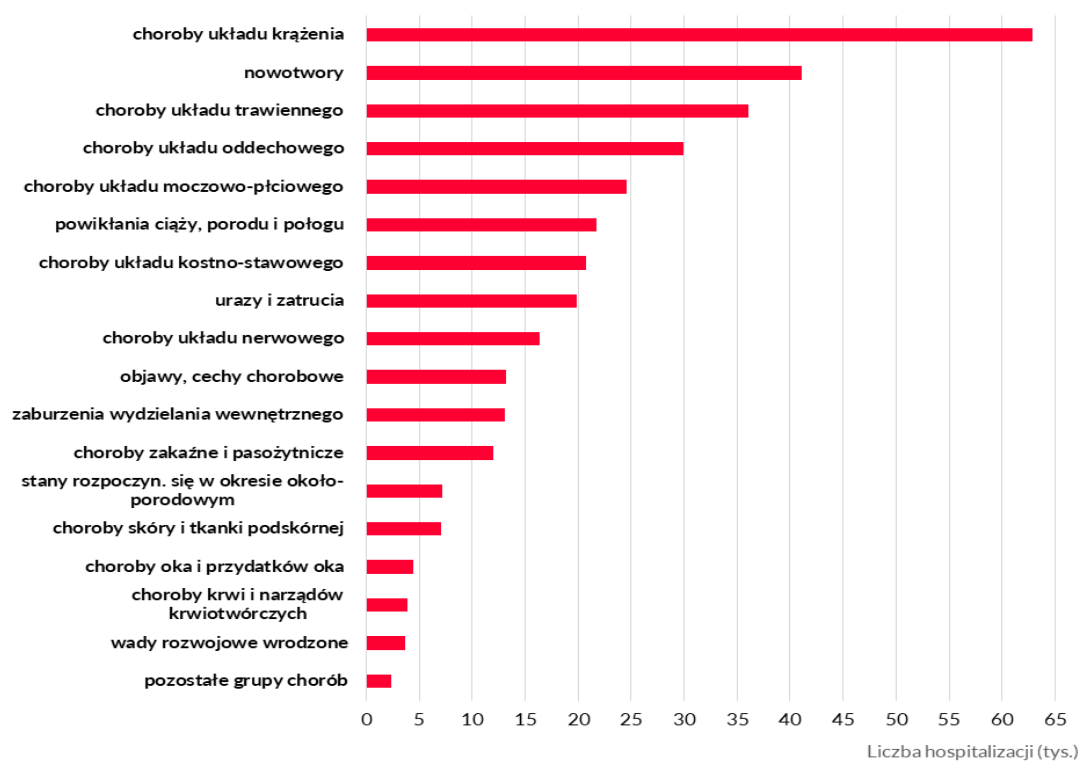
Najwięcej osób, łącznie prawie 40% ogółu, leczonych było na oddziałach chirurgicznych (łącznie 103,5 tys., z czego ponad 50% na oddziałach chirurgicznych ogólnych), ginekologiczno-położniczych (49,1 tys.) oraz chorób wewnętrznych (44,5 tys.). Najmniej, poniżej 1 tys. osób leczono na oddziale transplantologicznym. Warto zwrócić uwagę na wysoki odsetek dzieci do lat osiemnastu

leczonych poza oddziałami przeznaczonymi bezpośrednio dla dzieci⁹. Na oddziałach endokrynologicznych dzieci stanowiły prawie 57% pacjentów, z kolei na hematologicznych i otolaryngologicznych odpowiednio 45% i 33%.

Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego struktura przyczyn hospitalizacji w województwie kujawsko-pomorskim na przestrzeni lat pozostaje niezmienna. W 2019 r. pacjenci szpitali w regionie leczeni byli przede wszystkim na choroby układu krążenia¹⁰ (19% łącznej liczby hospitalizacji), a niewydolność serca stanowiła najczęstszą przyczynę hospitalizacji we wszystkich powiatach regionu. Liczne hospitalizacje dotyczyły również nowotworów¹¹ (12%) i chorób układu trawiennego (11%).

Do głównych przyczyn hospitalizacji na oddziałach należały: na oddziałach kardiologicznych – przewlekła choroba niedokrwienna serca, ostry zawał serca i niewydolność serca (łącznie 52,4%); na oddziałach ginekologiczno-położniczych – porody pojedyncze samoistne (siłami natury) – 23,4% i poród przez cesarskie cięcie (11,3%), poród fałszywy, krwawienie we wczesnym okresie ciąży, polip żeńskiego narządu rodowego (łącznie 51,5%); na oddziałach okulistycznych – zaćma starcza i inne postacię zaćmy (łącznie 57,1%); na oddziałach wewnętrznych – niewydolność serca 18% i niewydolność nerek 4,4%.

Wykres 4. Przyczyny hospitalizacji w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2005-2019, Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2021 r.

Przyczyny hospitalizacji różnią się w zależności od wieku i płci pacjentów. Główne powody hospitalizacji dzieci i młodzieży do 18 lat stanowią choroby układu oddechowego oraz urazy i zatrucia (warto zwrócić uwagę na niewielki w porównaniu z mężczyznami odsetek urazów i zatruc wśród kobiet). Kobiety w wieku 20-44 roku życia najczęściej trafiały do szpitala ze względu na powikłania ciąży, porodu i połogu. Mężczyźni w tym wieku najczęściej są hospitalizowani ze względu na choroby układu krążenia.

⁹ neonatologiczny, chirurgii dla dzieci, pediatryczny

¹⁰ W tym choroba niedokrwienna serca 16,2 tys. (obejmująca dusznicę bolesną i ostry zawał serca) oraz niewydolność serca 13,9 tys.

¹¹ Nowotwory złośliwe oskrzela i płuca 2,7 tys., jelita grubego 2,7 tys., pęcherza moczowego 2,4 tys.

Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn od 45 roku życia zwiększa się udział hospitalizacji spowodowanych chorobami układu krążenia i nowotworami.

Pod względem rozpoznań zasadniczych u pacjentów wypisanych ze szpitali dominują z liczbą przypadków przekraczającą 5 tys.: niewydolność serca (13,9 tys.), przewlekła choroba niedokrwienna serca (6,8 tys.), ostry zawał serca (5,8 tys.), poród pojedynczy przez cesarskie cięcie (5,2 tys.), kamica żółciowa (5,2 tys.).

W przypadku osób spoza województwa wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji w szpitalach w województwie wymienić należy inne choroby krążka międzykręgowego (2,5%) oraz nowotwory złośliwe mózgu, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego i jelita grubego (łącznie 7,4%).

Jak wskazują dane GUS w 2019 r., pacjenci przebywali w szpitalach ogólnych średnio 5,7 dni. Widać jednak zdecydowane różnice w przeciętnej długości pobytu na poszczególnych oddziałach. Najdłuższa hospitalizacja charakterystyczna była dla oddziałów psychiatrycznych (33,4 dni), terapii uzależnień (26,2 dni) i rehabilitacyjnych (23,7 dni). Na pozostałych oddziałach przeciętny pobyt trwał od 2,5 (okulistyczny) do 10,2 dnia (intensywnej terapii).

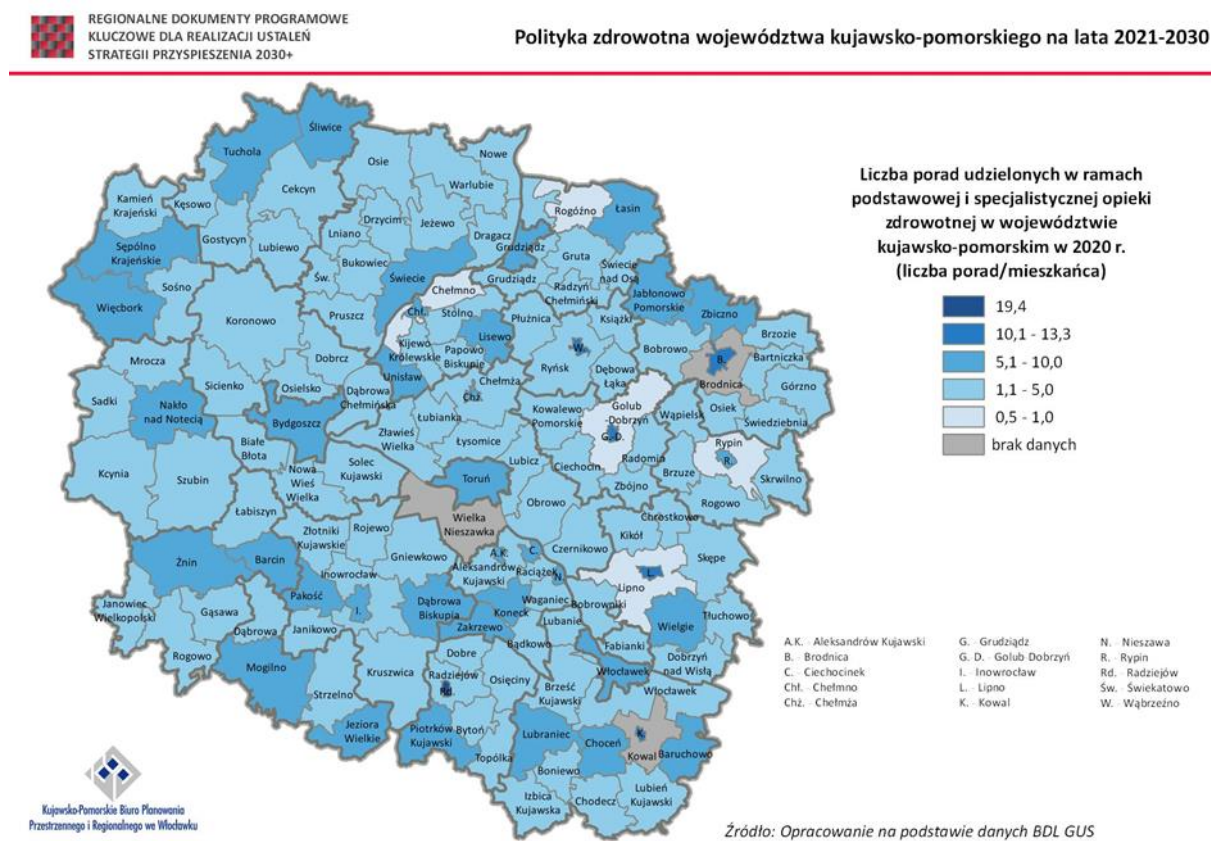
2.2. Leczeni w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Według danych GUS w 2019 r. w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, obejmującej świadczenia skierowane do osób niewymagających leczenia w warunkach całodobowych i całodziennych¹², mieszkańcom województwa kujawsko-pomorskiego udzielono 15 764,6 tys. porad (9 932,1 tys. w ramach POZ), zatem prawie 7% więcej niż w 2012 r. Pandemia COVID-19 i związane z nią obostrzenia przyczyniły się jednak do znacznego spadku liczby wizyt lekarskich – zarówno w skali kraju, jak i w województwie kujawsko-pomorskim o prawie 12%. W 2020 r. w regionie zrealizowano zaledwie 13 893,7 tys. wizyt (8 987,1 tys. w ramach POZ), tj. o 1 870,9 tys. mniej niż w roku poprzednim.

Spadek widoczny jest również w przypadku wskaźnika liczby porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej per capita. W 2020 r. w województwie, podobnie jak w kraju, udzielono 6,7 porad lekarskich na 1 mieszkańca i było to o 0,9 porady mniej niż w roku poprzednim. Najwięcej porad podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca udzielono w miastach położonych we wschodniej i południowo-wschodniej części województwa – w Radziejowie (19,4), Golubiu-Dobrzyniu (13,3) i Kowalu (12,2). Natomiast najmniej porad na 1 mieszkańca odnotowano w gminach wiejskich otaczających miasta z wysoką liczbą udzielonych porad – wartość wskaźnika poniżej 1 porady na mieszkańca odnotowano w gminach Rogóźno i Chełmno.

¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559.

Mapa 1. Porady podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2020 r.



Pierwszym miejscem kontaktu pacjentów z systemem ochrony zdrowia są placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)¹³, które zapewniają dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴. Jak wskazują dane MPZ 2020 w 2019 r. prawie 79% mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego zapisanych do POZ przynajmniej raz skorzystało ze świadczeń POZ (w kraju 78%). Ponad 21% osób zapisanych do POZ nie pojawiło się w ani razu. Najwyższym odsetkiem osób zarejestrowanych w POZ, ale nie korzystających z jej świadczeń byli mężczyźni w wieku 18-50 lat¹⁵. Najczęstszym celem wizyty u lekarza POZ było uzyskanie powtórnej recepty (21,6%), samoistne (pierwotne) nadciśnienie (6,2%), ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (4,6%) oraz ostre zapalenie nosa i gardła – przeziębienie (4,1%)¹⁶.

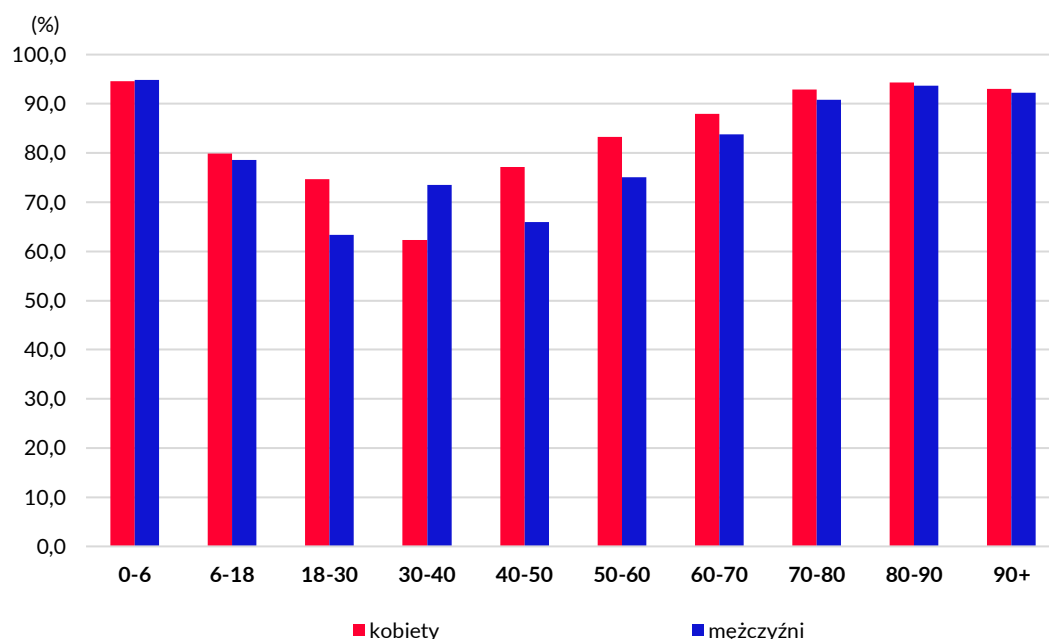
¹³ z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

¹⁴ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej Dz. U. z 2021 r. poz. 1050.

¹⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3407>, dostęp z dnia 28.06.2021 r.

¹⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3407>, dostęp z dnia 29.09.2021 r.

Wykres 5. Odsetek liczby pacjentów korzystających z POZ w poszczególnych grupach wiekowych wg płci w 2019 r.

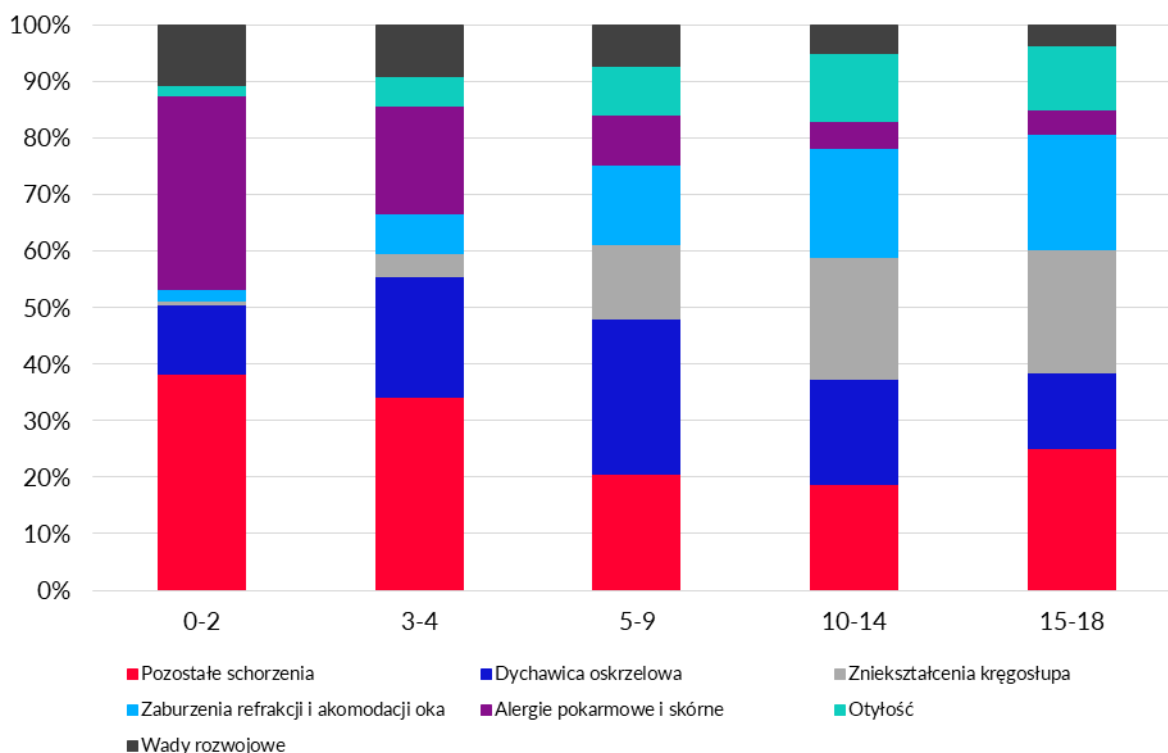


Źródło: Opracowanie własne na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3407>, dostęp z dnia 28.06.2021 r.

Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2019 r. lekarze POZ udzielili 289,7 tys. porad dzieciom zdrowym w wieku do 3 lat, z czego prawie 57% dotyczyło dzieci do 1 roku życia. Średnia liczba porad przypadająca na jedno dziecko, dla dzieci w wieku do 3 lat, wyniosła 4,9, zaś dla dzieci do 1 roku życia 8,7 (w powiecie wąbrzeskim aż 11,7). W ramach badań profilaktycznych dzieci i młodzieży w wieku 2-18 lat przebadanych zostało ponad 75% osób podlegających badaniom. Najwyższy odsetek populacji zbadanej przez lekarza POZ wynoszący co najmniej 80% dotyczył dzieci w wieku 6 lat objętych obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym, dzieci w wieku 2 lat oraz uczniów klasy VII szkoły podstawowej. Z kolei najniższy, na poziomie 62%, zanotowano w przypadku uczniów ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej (do ukończenia 19 roku życia).

W 2019 r. pod opieką lekarzy POZ znajdowało się prawie 90,8 tys. dzieci i młodzieży do 18 lat, u których zdiagnozowano przynajmniej jedno schorzenie wymagające opieki czynnej. Najliczniejszą grupę (prawie 32%) stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat. Do najczęstszych przyczyn leczenia należały dychawica oskrzelowa (17,1%), zniekształcenia kręgosłupa (14,1%), zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (13,8%) i nieco rzadziej alergie pokarmowe i skórne (8,9%) oraz otyłość (8,3%). Należy jednak podkreślić, że struktura problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży zmienia się wraz z ich wiekiem. Najmłodsze dzieci do 2 lat najczęściej chorowały na alergie pokarmowe i skórne (34,4%). U dzieci w wieku 3-4 oraz 5-9 lat dominowały przypadki dychawicy oskrzelowej (odpowiednio 21,4 i 23,6%). Z kolei wśród najstarszych dzieci i młodzieży w grupach wiekowych 10-14 lat i 15-18 lat najczęściej diagnozowano zniekształcenia kręgosłupa (odpowiednio 18,5 i 19,2%).

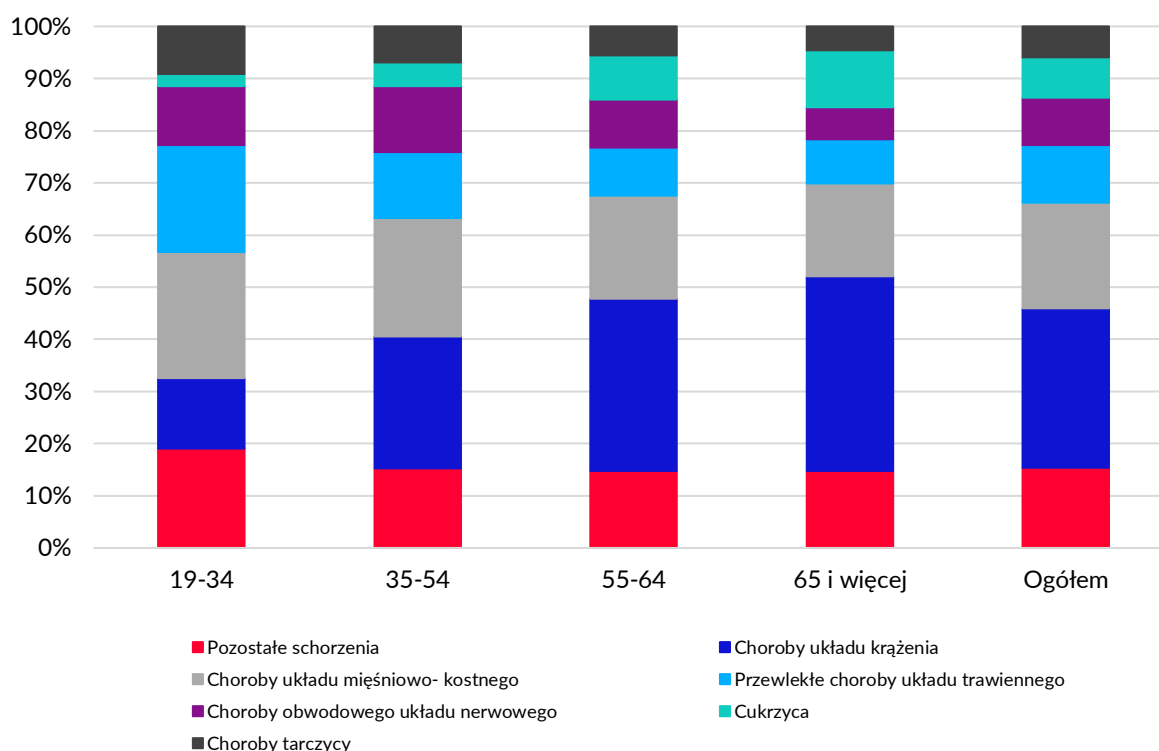
Wykres 6. Struktura schorzeń najczęściej diagnozowanych u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat leczonych w ramach POZ wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny. Ochrona Zdrowia w Województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r., Wydział Zdrowia - Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Biorąc pod uwagę populację dorosłych, w ostatnich latach zauważalny jest znaczny wzrost liczby pacjentów POZ z przynajmniej jednym stwierdzonym schorzeniem. W 2019 r. opieki lekarza POZ wymagało ponad 729,9 tys. osób w wieku powyżej 18 lat, zatem o 114,2 tys. więcej niż w 2015 r. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 65 lat i więcej (36%) i to w tej grupie zauważalny jest największy wzrost (o 55,4 tys. osób). W 2019 r., podobnie jak w poprzednich latach, osoby dorosłe najczęściej leczą się na choroby układu krążenia (w 70% przypadków była to choroba nadciśnieniowa), stanowiące prawie 1/3 wszystkich stwierdzonych schorzeń. Wśród pozostałych problemów zdrowotnych często diagnozowano także choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (20%) oraz przewlekłe choroby układu trawiennego (11%). W przypadku osób dorosłych struktura schorzeń w poszczególnych grupach wiekowych zmienia się nieznacznie – w większości dominują przypadki chorób układu krążenia. Jedynie wśród pacjentów w wieku 19-34 lata najczęściej diagnozowano choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (24%).

Wykres 7. Struktura schorzeń najczęściej diagnozowanych u osób dorosłych w wieku 19 lat i więcej leczonych w ramach POZ wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



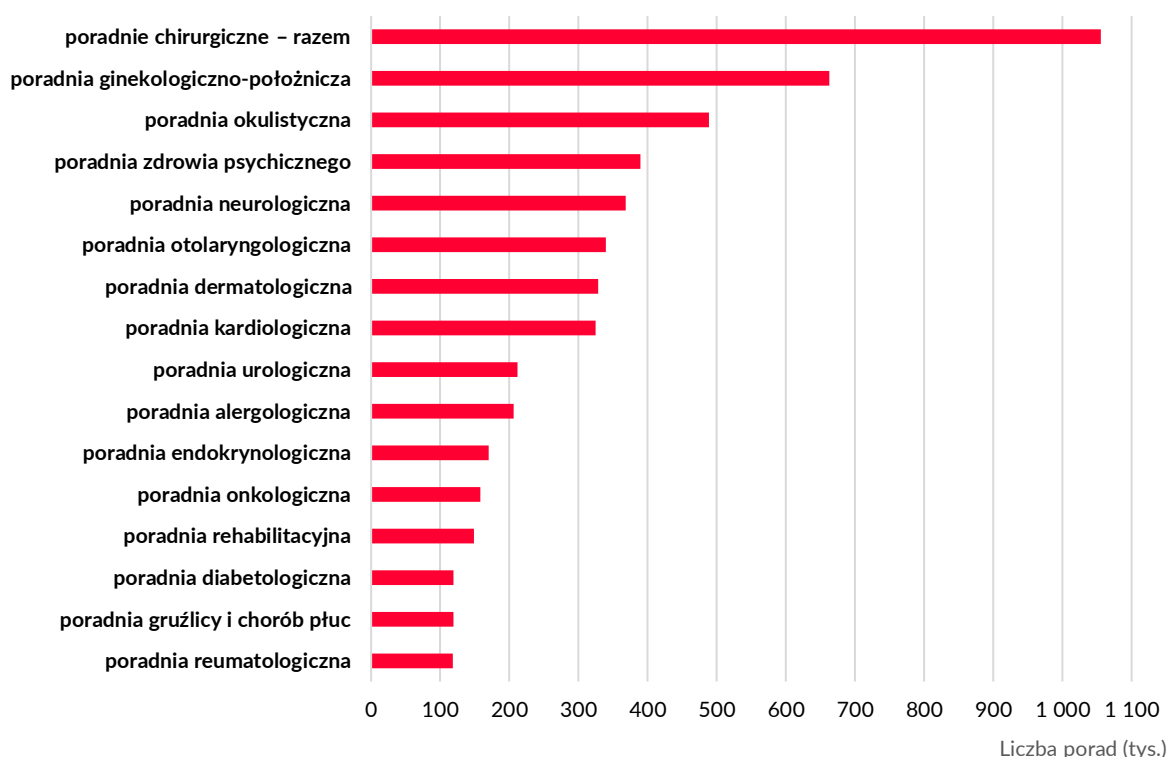
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny. Ochrona Zdrowia w Województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r., Wydział Zdrowia - Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Gwarantowane świadczenia zdrowotne, które nie są dostępne w ramach POZ realizowane są przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS). Obejmuje ona przede wszystkim porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe, świadczenia w chemioterapii czy świadczenia w celu realizacji programów lekowych¹⁷.

Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim udzielono 5 832,5 tys. porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z czego prawie 1/3 dotyczyła osób w wieku 65 lat i więcej. Z poradni specjalistycznych zdecydowanie częściej korzystały kobiety (60%). Najwięcej porad, bo aż 1 055,4 tys., udzielono w poradniach chirurgicznych (z czego 40% w poradniach neurochirurgicznych). Kolejne pod względem liczby udzielonych świadczeń były poradnie ginekologiczno-położnicze (662,4 tys.) oraz okulistyczne (488,4 tys.). Młodzi pacjenci, dzieci i młodzież do 18 lat, najczęściej korzystali z poradni chirurgicznych (17% porad dla tej grupy wiekowej), alergologicznych (13%) i otolaryngologicznych (9%). Z kolei osoby z najstarszych grup wiekowych, powyżej 64 lat, zgłaszały się głównie do poradni chirurgicznych (18% porad dla osób w wieku 65 lat i więcej), okulistycznych (12%) oraz kardiologicznych (9%).

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Wykres 8. Poradnie, w których w 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim liczba udzielonych porad przekroczyła 100 tys.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny. Ochrona Zdrowia w Województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r., Wydział Zdrowia - Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2019 r. kobietom w ciąży udzielono w regionie 121,3 tys. porad (6,5 porady na osobę – jedna z najwyższych wartości w kraju). Kobiety ciężarne w województwie kujawsko-pomorskim zgłaszają się po poradę wcześniej niż w pozostałych regionach. Województwo charakteryzuje się najwyższym w kraju wskaźnikiem wczesnego objęcia opieką profilaktyczną kobiet ciężarnych (do 14 tygodnia ciąży)¹⁸, który w 2019 r. wyniósł 87,5% i tym samym zdecydowanie przekraczał przeciętną wartość dla Polski (dla Polski 76,7%; najniższa w zachodniopomorskim 64,5%). Najwyższe wartości zanotowano w powiatach sępoleńskim i grudziądzkim (odpowiednio 98,4% i 97,3%), z kolei najniższe w powiatach radziejowskim i wąbrzeskim (72,7% i 73,4%).

2.3. Leczeni w uzdrowiskach

Lecznictwo uzdrowiskowe powszechnie uznawane jest za niezwykle ważną część systemu ochrony zdrowia, będącą kontynuacją leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego. Polega głównie na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji, fizjoterapii w oparciu o występujące w obrębie danego ośrodka uzdrowiskowego bogactwo zasobów naturalnych, do których zalicza się np. właściwości naturalnych surowców, czy specyficzny mikroklimat.

Osobie ubezpieczonej korzystanie z lecznictwa/rehabilitacji uzdrowiskowej przysługuje na podstawie wydanego przez odpowiedniego lekarza stosownego skierowania, które upoważnia ubezpieczonego do odbycia darmowego, bądź częściowo refundowanego turnusu. Możliwość skorzystania z leczenia nie jest jednak uzależniona wyłącznie od uzyskania skierowania. Dostęp do kuracji pozostaje bowiem otwarty dla wszystkich pacjentów komercyjnych. Wówczas jednak całość, tj. koszt prywatnego pobytu

¹⁸ liczony jako stosunek liczby wizyt pierwszorazowych (do 14-go tygodnia ciąży) do ogólnej liczby wizyt pierwszorazowych

lecniczego, w tym noclegu, wyżywienia, opieki lekarsko-pielęgniarskiej oraz wszelkich zabiegów finansowany jest ze środków własnych zainteresowanego. Taka możliwość pozwala zainteresowanemu m.in. na wyjazd w dogodnym terminie i tym samym na ominięcie kolejek związanych z oczekiwaniem na rozpoczęcie bezpłatnego lub częściowo refundowanego turnusu.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia, rehabilitacji uzdrowiskowej prowadzone są głównie w trzech prężnie funkcjonujących uzdrowiskach statutowych, tj. Ciechocinek, Inowrocław oraz Wieniec-Zdrój (gm. Brześć Kujawski, powiat włocławski), które oferują leczenie w bardzo powszechnych kierunkach leczniczych. Spośród 17 wskazywanych w ustawie, stosunkowo wysoką liczbą na tle kraju cechuje się uzdrowisko Ciechocinek (10). W pozostałych dwóch uzdrowiskach działalność prowadzona jest w 6, dość powszechnych w kraju profilach leczniczych.

W świetle udostępnianych przez statystykę publiczną danych w latach 2010 - 2019 liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie w województwie wzrosła, z poziomu 93,3 tys. osób do niespełna 152,7 tys. osób (wzrost o 63,6%). Niemniej podobny trend zmian obserwowano w całym kraju. Wśród wszystkich województw wykazujących ruch uzdrowiskowy, kujawsko-pomorskie odnotowało najwyższy bezwzględny wzrost. Korzystającymi ze świadczeń byli zarówno mieszkańcy województwa, osoby z pozostałych regionów w kraju, jak i cudzoziemcy. W 2019 roku udział województwa w obsłudze krajowego ruchu uzdrowiskowego wynosił 19,5%, a wskaźnik osobodni pobytu kuracjuszy, mierzony iloczynem liczby kuracjuszy stacjonarnych i czasu ich pobytu przekroczył 2,4 mln, co z kolei stanowiło prawie 20% sumy krajowej. Województwo cechowało się wysokim udziałem w kraju pod względem obsługi kuracjuszy leczonych w trybie ambulatoryjnym. Z wynikiem wynoszącym aż 43,3% zajmowało pierwszą pozycję, deklasując przy tym pozostałych konkurentów (kolejne woj. świętokrzyskie – 14,9%, podkarpackie – 8,5%, pomorskie – 6,1%; pozostałe województwa cechowały się udziałem w zakresie od 0 do 5,6%). Od lat uzdrowiska prowadzące działalność na terenie województwa doceniane są za swoją ofertę leczniczą i jakość świadczonych usług, zarówno przez kuracjuszy kierowanych tu na leczenie uzdrowiskowe w ramach gwarantowanych świadczeń, jak również przez osoby zainteresowane wizytami komercyjnymi. W samym 2019 roku przeszło 1/5 wszystkich kuracjuszy stacjonarnych leczonych pełnopłatnie skorzystała z nierefundowanych świadczeń oferowanych na terenie kujawsko-pomorskiego.

Mimo wysokich pozycji i stosunkowo dużego znaczenia województwa w krajowym systemie lecznictwa uzdrowiskowego (kwestia kuracjuszy leczonych stacjonarnie, w tym pełnopłatnych, kuracjuszy leczonych w trybie ambulatoryjnym), należy zauważyć wciąż bardzo małą rolę w obsłudze krajowego ruchu dzieci, młodzieży, czy kuracjuszy zagranicznych leczonych stacjonarnie. W pierwszym przypadku, w 2019 roku województwo obsłużyło jedynie 8,9% krajowego ruchu (4. pozycja w kraju; prawie 1,8 tys. dzieci). W drugim zaś 2,3% całego ruchu (4. pozycja w kraju; niespełna 1,2 tys. osób). Większym udziałem cechowało tu się województwo zachodniopomorskie - 61,8%, dolnośląskie - 28,9% i pomorskie - 2,4%. Taki stan świadczyć może nie tylko o specyficznej roli i pozycji pozostałych uzdrowisk w kraju w obsłudze wspomnianej grupy kuracjuszy (dzięki dedykowanym im kierunkom leczenia, posiadaniu odpowiedniej infrastruktury, dysponowaniu wykwalifikowaną kadrą medyczną), ale i o potencjalnych możliwościach rozwoju oferty dla tej grupy docelowej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

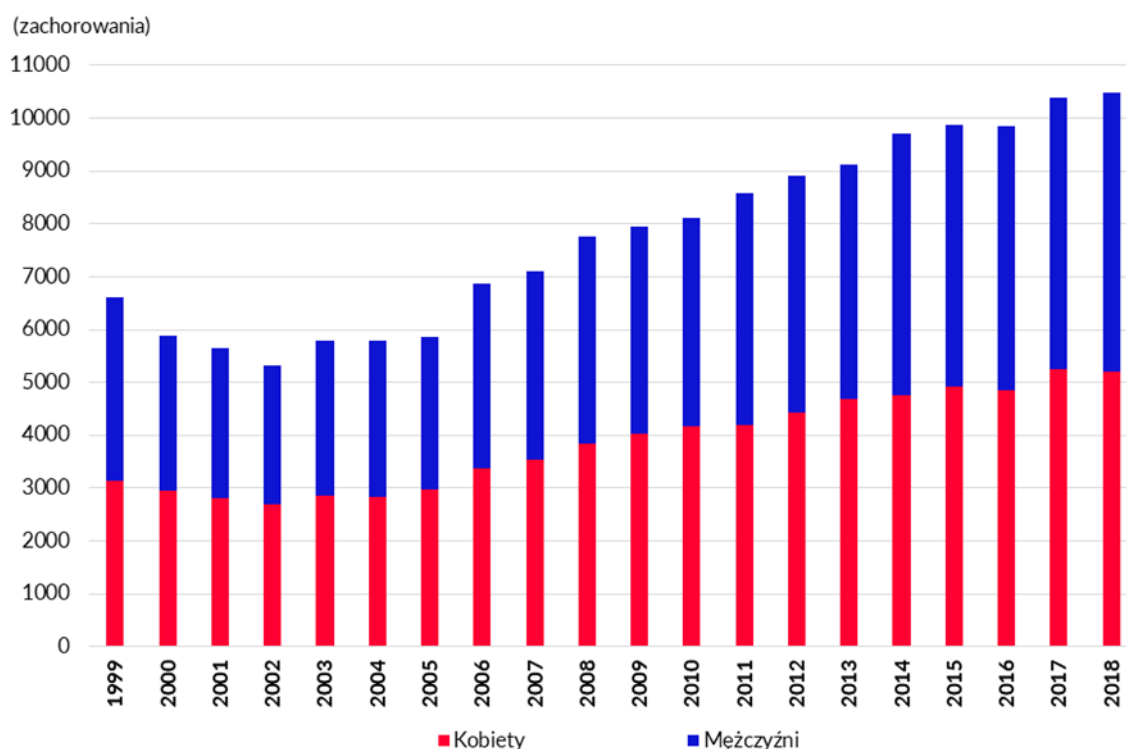
W świetle prognozowanych niekorzystnych zmian demograficznych w kraju, ale i rosnącej świadomości społeczeństwa w kontekście zdrowego stylu życia, rehabilitacji i fizjoterapii, należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Biorąc pod uwagę obecny czas oczekiwania na leczenie, stale pogłębiający się deficyt kadr medycznych oraz mogące wystąpić w kolejnych latach chwilowe zaniechania w realizacji wszelkich działań inwestycyjnych i organizacyjnych, wydaje się, iż poprawa obecnej sytuacji beneficjenta polegająca przede wszystkim na

skróceniu czasu oczekiwania będzie zadaniem niezwykle trudnym. Nie będzie sprzyjać temu trwająca pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 i jej skutki. Dane statystyczne dla roku 2020 wskazują, iż skala obsłużonych kuracjuszy na terenie województwa w stosunku do roku poprzedniego zmalała o około 50%, czyli o prawie 74,9 tys. kuracjuszy. W początkowej fazie pandemii, w związku z trudną sytuacją epidemiologiczną w kraju i wprowadzonymi obostrzeniami sporo osób zostało pozbawionych możliwości skorzystania z oferty uzdrowisk w planowanych terminach, w związku z czym można spodziewać się większego zainteresowania w okresie zmniejszenia się skali pandemii. Do grupy tej zaczynają dołączać jeszcze osoby po przebytej chorobie COVID-19, w efekcie czego lista chętnych do skorzystania z leczenia uzdrowiskowego stale się powiększa.

2.4. Zachorowania na nowotwory

W 2018 r.¹⁹ w województwie kujawsko-pomorskim zanotowano 10 491 zachorowań na nowotwory²⁰ (ponad 6% wszystkich zachorowań w kraju), zatem o 114 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Województwo charakteryzuje się wysoką, wyższą niż przeciętnie w kraju, dynamiką wzrostu liczby zachorowań. W ciągu dziesięciu lat (od 2009 r.) liczba zachorowań w regionie wzrosła o prawie 32% (w kraju 21%), w dwudziestu latach (od 1999 r.) o prawie 59% (w kraju 50%). Wzrost zauważalny jest zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn.

Wykres 9. Zachorowania na nowotwory ogółem wg płci w województwie kujawsko-pomorskim w latach 1999-2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów, http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_rok, dostęp z dnia 28.07.2021 r.

W województwie kujawsko-pomorskim zauważa się niekorzystną na tle kraju sytuację w zakresie kształtowania się wskaźników zachorowalności na nowotwory złośliwe. W 2018 r., podobnie jak w roku poprzednim, w województwie kujawsko-pomorskim zanotowano najwyższe wartości wskaźnika

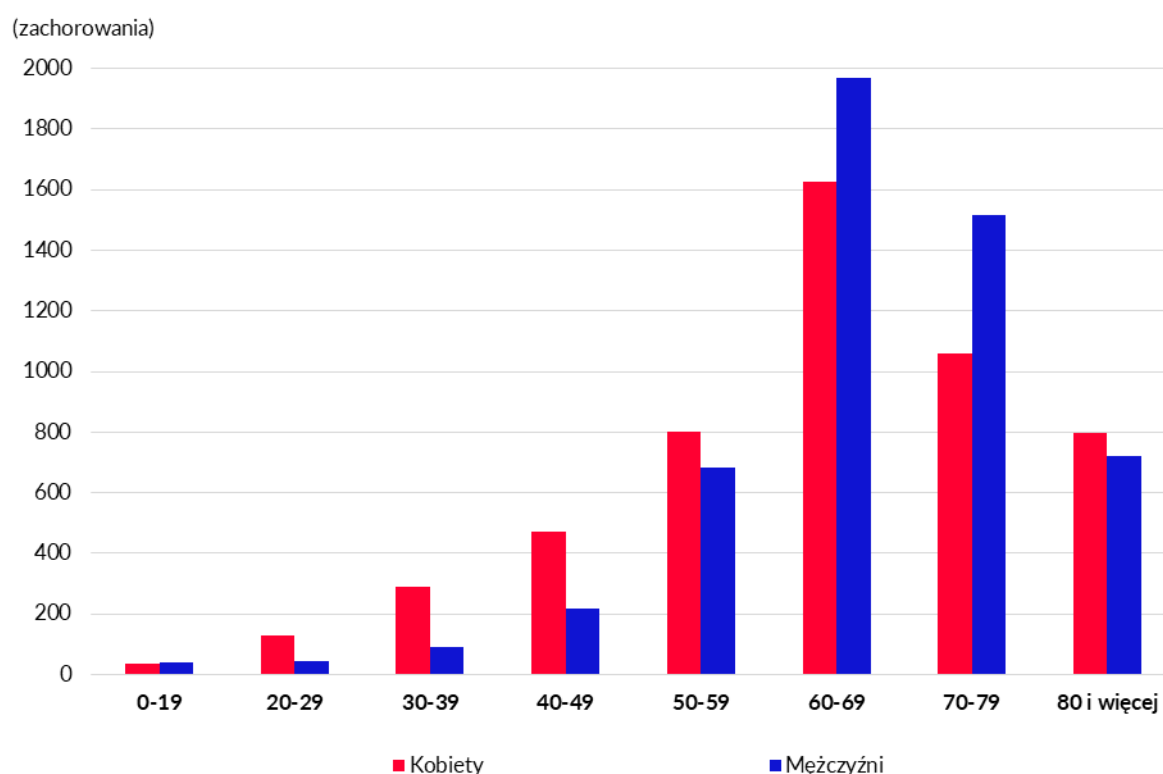
¹⁹ Dane Krajowego Rejestru Nowotworów publikowane są w odstępie 2 lat od zakończenia ich zbierania, zatem najnowsze dane opublikowane w 2020 r. dotyczą 2018 r.

²⁰ rozumiana jako liczba zarejestrowanych zachorowań

zachorowalności na nowotwory ogółem wśród kobiet (486,1/100 tys. osób), w przypadku mężczyzn region zajął 3. pozycję w kraju (523,9/100 tys. osób).

Choroby onkologiczne nie występują w czasie życia ze stałą częstością, a ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. W 2018 r., podobnie jak w latach poprzednich, większość przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe dotyczyła osób w wieku 60 lat i więcej. Najliczniejszą grupę wiekową wśród osób, u których zdiagnozowano nowotwór stanowiła grupa 60-69 lat (ponad 34% ogółu zachorowań). Biorąc pod uwagę płeć chorych stwierdzić można, że wśród chorujących onkologicznie w wieku 20-59 lat oraz 80 lat i więcej dominują kobiety. Nowotwory wśród osób w wieku 60-79 lat częściej występują u mężczyzn.

Wykres 10. Zachorowania na nowotwory ogółem wg grup wieku i płci w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów, http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_rok, dostęp z dnia 28.07.2021 r.

Struktura zachorowań z powodu nowotworu kształtuje się w województwie kujawsko-pomorskim podobnie, jak w pozostałych częściach kraju. Dominują zachorowania na nowotwory oskrzela i płuca (15,2%), dalej na nowotwory sutka (10,6%) i gruczołu krokowego (10,3%). Znaczny odsetek zachorowań, powyżej 5%, dotyczy również innych nowotworów złośliwych skóry, jelita grubego i pęcherza moczowego. Trzeba podkreślić, że wymienione lokalizacje nie były diagnozowane u osób w wieku poniżej 20 lat. Specyficznymi nowotworami dla dzieci i młodzieży są natomiast białaczka limfatyczna oraz nowotwór złośliwy mózgu. Wśród dorosłych poniżej 40 lat najczęściej wykrywano raka in situ szyjki macicy oraz nowotwory złośliwe jądra i tarczycy.

Wykres 11. Najczęstsze lokalizacje nowotworów złośliwych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.

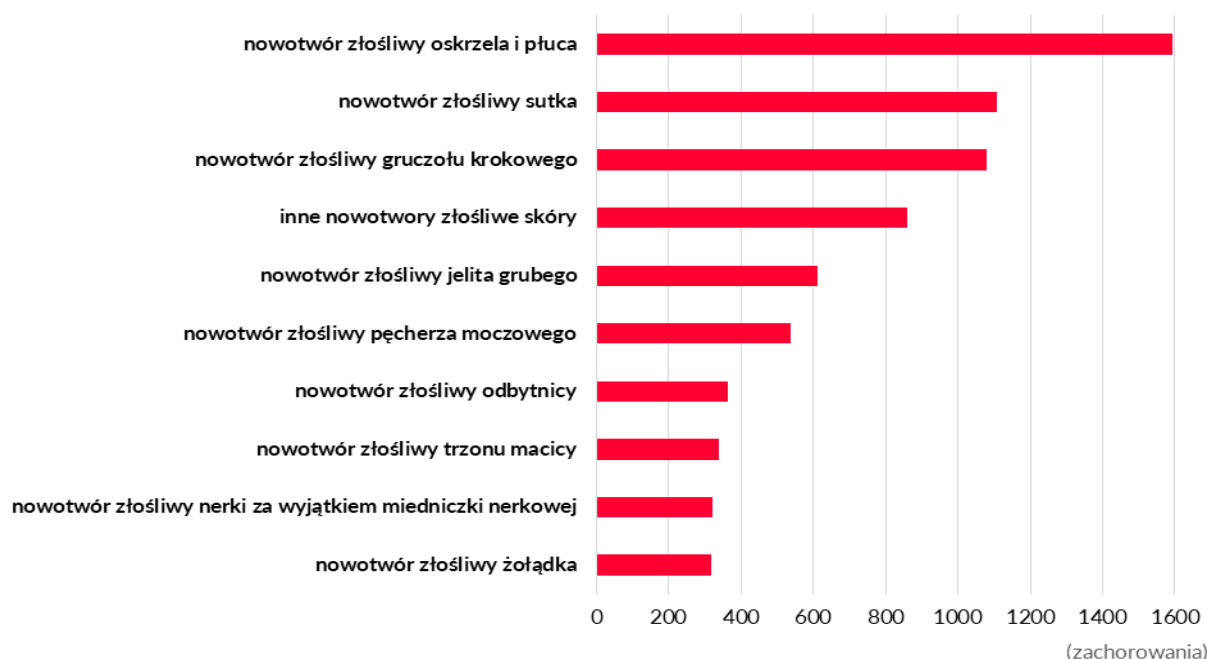


Tabela 2. Najczęstsze lokalizacje nowotworów złośliwych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r. wg grup wieku pacjentów

Grupa wiekowa	Rodzaj nowotworu	Liczba zachorowań	Udział w ogóle zachorowań w danej grupie (%)
0-19	Białaczka limfatyczna	17	21,8
	Nowotwór złośliwy mózgu	15	19,2
20-29	Rak in situ szyjki macicy	69	40,1
	Nowotwór złośliwy jądra	22	12,8
30-39	Rak in situ szyjki macicy	122	32,0
	Nowotwór złośliwy tarczycy	36	9,4
40-49	Nowotwór złośliwy sutka	164	23,8
	Rak in situ szyjki macicy	56	8,1
50-59	Nowotwór złośliwy sutka	234	15,8
	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	217	14,6
60-69	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	678	18,9
	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	490	13,6
70-79	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	486	18,9
	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	369	14,3
80+	Inne nowotwory złośliwe skóry	240	15,8
	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	184	12,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów, http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_rok, dostęp z dnia 28.07.2021 r.

Najczęściej występującymi lokalizacjami nowotworów u mężczyzn były gruczoł krokowy (20,4%), oskrzela i płuca (19,6%), skóra (7,7%) oraz pęcherz moczowy (7,5%), stanowiące łącznie ponad 55% wszystkich przypadków nowotworów złośliwych wśród mężczyzn. W populacji kobiet najczęściej

diagnozowano nowotwory złośliwe sutka (21,1%). W dalszej kolejności znajdowały się nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (10,7%), skóry (8,7%), trzonu macicy (6,5%) oraz rak in situ szyjki macicy (5,6%).

Cechą charakterystyczną znacznej części chorób onkologicznych jest dynamicznie postępujący proces nowotworowy. Powoduje to konieczność wczesnej diagnostyki i szybkiego rozpoczęcia leczenia. Ważną rolę w tym zakresie odgrywają lekarze POZ, którzy poza AOS i szpitalami realizują zadania w ramach pakietu onkologicznego²¹. W okresie od stycznia do września 2021 r. spośród 16 408 wydanych w regionie kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) ponad 52% wystawili lekarze POZ (w Bydgoszczy i powiecie tucholskim 59%). Oznacza to, że karty wydane zostały na najwcześniejszym możliwym etapie procesu diagnostycznego, co może istotnie wpływać na jego skuteczność. Kujawsko-pomorskie od 2018 r. zajmuje 1. pozycję w kraju pod względem udziału POZ w liczbie wydawanych kart DiLO ogółem²². Biorąc pod uwagę terminowość diagnostyki od stycznia do września 2021 r. zauważa się, że odsetek kart realizowanych we wskazanych ramach czasowych zarówno w przypadku diagnostyki wstępnej²³, jak i diagnostyki pogłębionej²⁴ w kujawsko-pomorskim kształtował się w poszczególnych miesiącach na niższym poziomie niż w kraju (we wrześniu 2021 r. terminowość diagnostyki wstępnej wyniosła w regionie 69% a w kraju 72%, zaś diagnostyki pogłębionej - w regionie 71% a w kraju ponad 75%).

Wczesna diagnoza ma szczególne znaczenie w kontekście wieloletniej przeżywalności chorujących na nowotwory. Dla przykładu przeanalizowano wskaźnik przeżyć dla chorych na raka płuca. W województwie kujawsko-pomorskim w latach 2014-2016 wskaźnik przeżyć względnych dla chorych na raka płuca kształtował się na podobnym poziomie jak w kraju. W przypadku przeżywalności rocznej przekraczał 40%, a w przypadku przeżywalności 3-letniej już tylko 19%. Przy czym wyższe szanse przeżycia rocznego, 2- i 3-letniego miały kobiety. W regionie aż 42% chorych na raka płuca zdiagnozowanych zostało dopiero w stadium uogólnionym choroby²⁵, 26% w stadium regionalnym²⁶ i tylko 14% w stadium miejscowym²⁷, co ma istotne przełożenie na kształtowanie się wskaźników przeżywalności. Wśród pacjentów z wczesną diagnozą raka płuca, w stadium miejscowym nowotworu, 3-letni okres przeżywało 56% osób. Analogiczny wskaźnik dla osób z diagnozą na zaawansowanym etapie rozwoju choroby przekraczał jedynie 4%²⁸.

²¹ Pakiet Onkologiczny wprowadzony został w 2015 r. i skierowany jest do pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. Daje im szczególne uprawnienia w dostępie do szybkiej diagnostyki i leczenia. Regulowany jest przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. 2017 poz.1250), <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny>, dostęp z dnia 27.07.2021 r.

²² https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/#, dostęp z dnia 6.10.2021 r.

²³ Diagnostyka wstępna obejmująca potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu powinna zająć zasadniczo nie dłużej niż 28 dni, <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny>, dostęp z dnia 27.07.2021 r.

²⁴ Diagnostyka pogłębiona obejmująca ustalenie typu, stopnia zaawansowania i lokalizację nowotworu powinna zająć zasadniczo nie dłużej niż 21 dni, <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny>, dostęp z dnia 27.07.2021 r.

²⁵ nowotwór daje przerzuty odległe krwiopochodne lub drogami chłonnymi do dalszych, niż najbliższa, stacji węzłów chłonnych

²⁶ nowotwór przekracza granice narządu naciekając tkanki otaczające lub tworząc przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych

²⁷ nowotwór ograniczony do narządu, w którym pierwotnie powstał

²⁸ Raport dotyczący stopni zaawansowania, leczenia oraz przeżyć chorych na raka płuca zgłoszonych do KRN w latach 2014-2016 Warszawa 2019, Wersja 2, aktualizacja 14.04.2020

Tabela 3. Wskaźniki przeżyć względnych na raka płuca 1,2,3 letnich – wg płci (%)

Obszar	Ogółem			Kobiety			Mężczyźni		
	1-roczy	2-letni	3-letni	1-roczy	2-letni	3-letni	1-roczy	2-letni	3-letni
Polska	40,4	24,8	19,1	45,2	29,8	23,7	37,8	22,1	16,7
Kujawsko-pomorskie	40,6	24,7	19,2	43,8	28,8	23,3	38,7	22,1	16,7

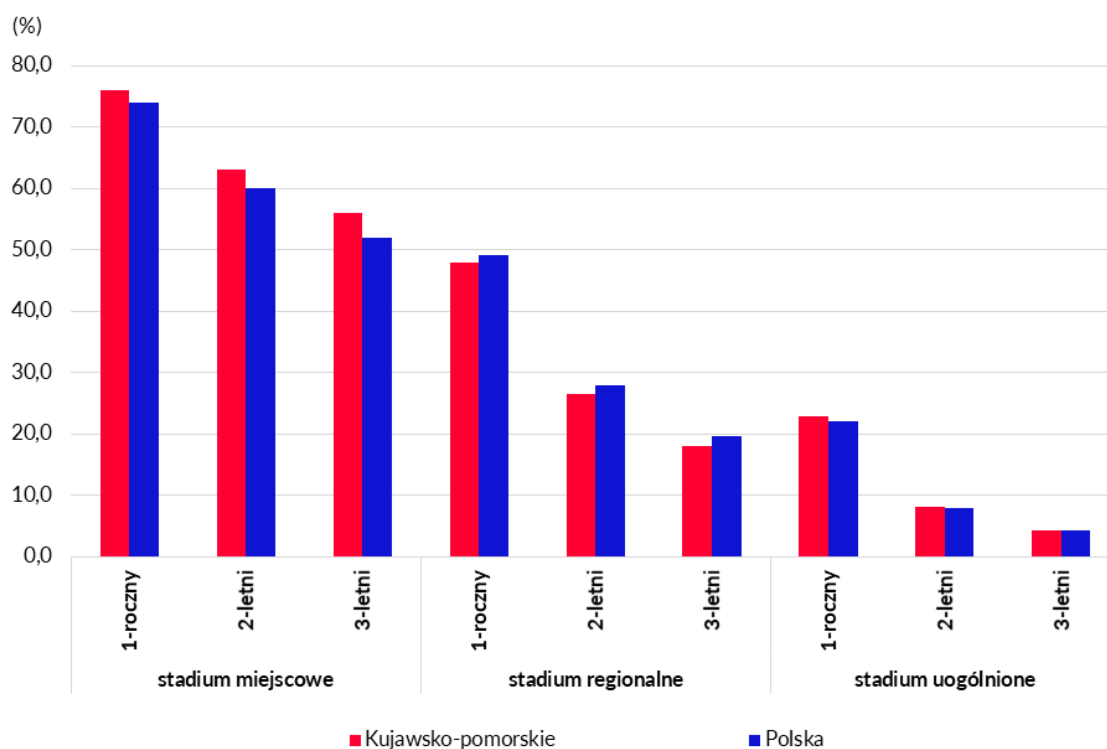
Źródło: Raport dotyczący stopni zaawansowania, leczenia oraz przeżyć chorych na raka płuca zgłoszonych do KRN w latach 2014-2016 Warszawa 2019, Wersja 2, aktualizacja 14.04.2020

Tabela 4. Wskaźniki przeżyć względnych na raka płuca 1,2,3 letnich – wg stadium zaawansowania (%)

Obszar	Stadium miejscowe			Stadium regionalne			Stadium uogólnione		
	1-roczy	2-letni	3-letni	1-roczy	2-letni	3-letni	1-roczy	2-letni	3-letni
Polska	74,0	60,0	52,0	49,2	27,9	19,7	22,1	7,9	4,3
Kujawsko-pomorskie	76,0	63,0	56,0	47,8	26,4	18	22,9	8,1	4,2

Źródło: Raport dotyczący stopni zaawansowania, leczenia oraz przeżyć chorych na raka płuca zgłoszonych do KRN w latach 2014-2016 Warszawa 2019, Wersja 2, aktualizacja 14.04.2020

Wykres 12. Wskaźnik przeżyć względnych na raka płuca 1,2,3 letnich – wg stadium zaawansowania (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raport dotyczący stopni zaawansowania, leczenia oraz przeżyć chorych na raka płuca zgłoszonych do KRN w latach 2014-2016 Warszawa 2019, Wersja 2, aktualizacja 14.04.2020

Niewątpliwie pandemia COVID-19 może mieć znaczący wpływ (jak podkreślają lekarze już widoczny) na wzrost umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Wiąże się to przede wszystkim z odraczaniem wizyt, a co za tym idzie późniejszą diagnozą. Według raportu z 2021 r.²⁹ pandemia COVID-19 przyczyniła się do istotnego ograniczenia liczby osób, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową i skierowano do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego. Województwo kujawsko-pomorskie jest jednym z regionów, w których zanotowano największe spadki bezwzględnej liczby zdiagnozowanych przypadków chorób nowotworowych w stosunku do 2019 r. - w zakresie AOS dla nowotworów płuc aż o 9 644 pacjentów. Skutki ograniczeń profilaktyki i diagnostyki, przejawiające się wzrostem liczby diagnozowanych zaawansowanych nowotworów (w przypadku których rokowania są zdecydowanie niższe niż dla nowotworów w początkowych fazach) mogą być widoczne w kolejnych latach.

Tabela 5. Diagnostyka chorób nowotworowych - zmiany w stosunku do 2019 r. dla diagnostyki raka płuca (C34)

Obszar	Spadek liczby wystawionych kart DiLO (%)	Spadek liczby pierwszorazowych hospitalizacji (%)	Spadek liczby konsyliów lekarskich (%)	Spadek bezwzględnej liczby pacjentów AOS
Polska	14,5	14,4	9,8	80641
Kujawsko-pomorskie	21,7	20,1	18,0	9644

Źródło: Opracowanie na podstawie Raport 2021 Wpływ pandemii Covid-19 na system opieki onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, 2021_07_14_NIO_Raport-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej.pdf (pib-nio.pl), dostęp z dnia 6.08.2021 r.

Zarówno krótkookresowe prognozy dla lat 2019-2020, jak i prognozy epidemiologiczne na lata 2020-2034 przewidują dalszy wzrost liczby zachorowań na nowotwory, co wiązać można m. in. z zachodzącymi zmianami demograficznymi, zwłaszcza rosnącym udziałem osób starszych w populacji. Szacowano, że w 2019 r. w skali całego kraju liczba zdiagnozowanych nowotworów wyniesie 177,4 tys., a w 2020 r. wzrośnie już do 182,5 tys. przypadków (według prognozy ECIS³⁰ nawet do 196,4 tys.). Wśród najczęściej występujących nowotworów złośliwych nieznacznie spadnie liczba nowych zachorowań (w krótkim okresie) spodziewać się można w populacji mężczyzn jedynie w przypadku nowotworu płuc, zaś w populacji kobiet w przypadku nowotworu szyjki macicy³¹. Według MPZ 2020 w województwie kujawsko-pomorskim do 2034 r. prognozowany jest, podobnie jak w pozostałych regionach, rosnący trend liczby zachorowań na nowotwory.

2.5. Zachorowania na choroby zakaźne

Spośród wszystkich chorób zakaźnych diagnozowanych w województwie kujawsko-pomorskim najwięcej zachorowań wywołuje grypa, a powikłania po grypie należą do śmiertelnie niebezpiecznych. Należy jednak pamiętać, że w kategorii zachorowalności na grypę znajdują się zarówno ostre zakażenia dróg oddechowych, jak i zachorowania grypopodobne³². W 2019 r. na grypę leczyło się prawie 252,5 tys. osób (rok wcześniej 315,2 tys.), a wskaźnik zapadalności³³ na tę chorobę na 100 tys. ludności

²⁹ Raport 2021 Wpływ pandemii Covid-19 na system opieki onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, 2021_07_14_NIO_Raport-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej.pdf (pib-nio.pl), dostęp z dnia 6.08.2021

³⁰ ECIS – European Cancer Information System, Data explorer | ECIS (europa.eu), dostęp z dnia 28.07.2021 r.

³¹ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Warszawa 2020, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf, dostęp z dnia 29.07.2021 r.

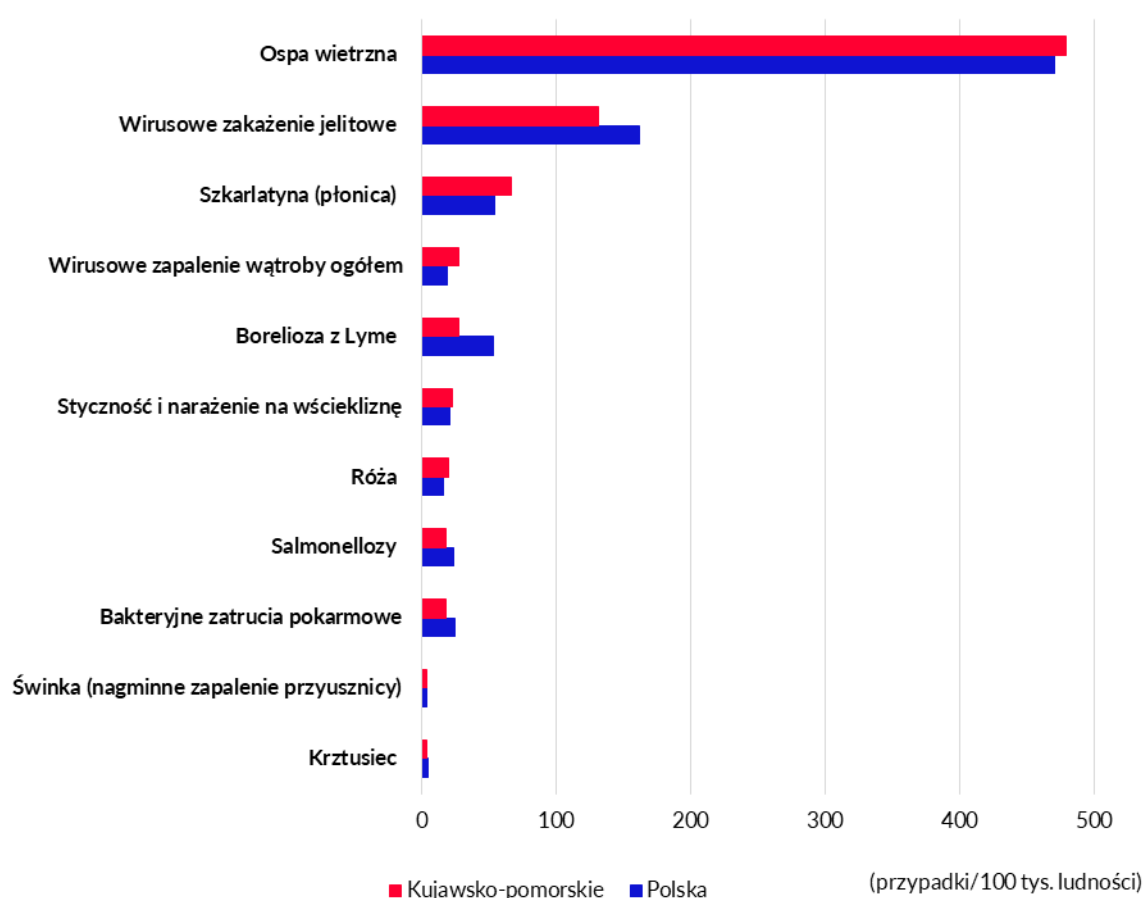
³² grypa i podejrzenia zachorowań na grypę (wg klasyfikacji ICD-10 to J10-J11)

³³ Zapadalność (zachorowalność) wg Biuletynu Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim oznacza liczbę nowych zachorowań w okresie sprawozdawczym (nowych przypadków chorobowych) w stosunku do liczby ludności.

wynosił 12 169 i był tym samym nieznacznie niższy niż wskaźnik dla kraju (12 478). Znaczną grupę wśród zdiagnozowanych przypadków – 47% – stanowiły dzieci w wieku do 14 lat. Najwyższą zapadalność na gripę zanotowano w powiecie sępoleńskim (50 118/100 tys. osób), Grudziądzu i powiecie grudziądzkim (45 426/100 tys. osób)³⁴, powiecie rypińskim (45 313/100 tys. osób) i aleksandrowskim (42 913/100 tys. osób), najniższą zaś w powiatach nakielskim (323/100 tys. osób) i wąbrzeskim (746/100 tys. osób).

Drugą najczęściej diagnozowaną chorobą zakaźną była w 2019 r. ospa wietrzna (9,9 tys. zdiagnozowanych przypadków). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności wynosił 479 i był wyższy niż wskaźnik dla Polski (471). Najwyższą zapadalnością charakteryzowały się powiaty aleksandrowski (914/100 tys. osób), żniński (846/100 tys. osób) i wąbrzeski (773/100 tys. osób).

Wykres 13. Wskaźniki zapadalności na choroby zakaźne (z wyłączeniem grypy) w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

Wirusowe zakażenie jelitowe charakteryzowało się zapadalnością na poziomie 131 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Widoczne są znaczne zróżnicowania regionalne - najwyższe wskaźniki zapadalności na wirusowe zakażenia jelitowe wywołane przez rotawirusy zanotowano w powiatach wąbrzeskim (357),

³⁴ Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego – podaje dane łącznie dla Grudziądza i powiatu grudziądzkiego, Torunia i powiatu toruńskiego, Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego, Włocławka i powiatu włocławskiego

włocławskim (339) i brodnickim (298). W 2019 r. zdiagnozowano 2,7 tys. przypadków tej choroby, z czego 52% dotyczyło dzieci do 2 lat.

Warto zwrócić uwagę, że w ostatnich latach w regionie istotnie wzrasta liczba zachorowań na odrę (trend wzrostowy zauważalny jest zarówno w kraju, jak i w całej Europie). W 2019 r. zdiagnozowano 21 przypadków tj. trzykrotnie więcej niż w roku poprzednim. Zapadalność na poziomie 1/100 tys. osób była jednak zdecydowanie niższa niż przeciętnie w kraju (3,9)³⁵.

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim wykryto 253 (9. pozycja w kraju) przypadki gruźlicy wszystkich postaci, co oznacza spadek w stosunku do roku 2010 o 34,5%. Tendencja spadkowa charakterystyczna jest dla całej Polski. Ponad 45% z nich dotyczyło osób w wieku 45-64 lat. Na gruźlicę częściej chorują mężczyźni (68,8% przypadków) i osoby mieszkające w mieście (63,2% przypadków). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności wyniósł dla gruźlicy 12,2 (8 pozycja w kraju) i jest niższy niż w 2010 r. jednak zauważa się wzrost w stosunku do roku poprzedniego.

W kontekście chorób zakaźnych szczególnie istotnym zagadnieniem jest poziom realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych. W ostatnich 5 latach systematycznie wzrasta odsetek osób, które nie poddają się obowiązkowym szczepieniom. W 2015 r. od obowiązku szczepienia uchylało się 456 osób (0,11%) w 2019 r. było to już 1427 osób (0,36%) – ponad 3-krotny wzrost. Korzystnie na tle kraju kształtuje się jednak poziom szczepień na gruźlicę. W województwie w 2018 r. odsetek dzieci zaszczepionych na gruźlicę w 1 roku życia wyniósł 93,6% i przekraczał przeciętny poziom w kraju. Co więcej, większość dzieci w regionie szczepiona jest w 1 dobie życia i tym samym województwo zajmuje pod tym względem 2. Pozycję w kraju.

Znaczne zmiany w zakresie zachorowalności na choroby zakaźne, widoczne od 2020 r., związane są z ogłoszoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) pandemią choroby COVID-19. Wprowadzone w związku z epidemią krajowe restrykcje dotyczące przemieszczania się i zgromadzeń, dystans społeczny i izolacja przyczyniły się do znacznego ograniczenia zachorowalności na pozostałe choroby zakaźne. Według danych GUS w 2020 r. w regionie zanotowano 182,9 tys. przypadków grypy i podejrzeń zachorowania na gripę, zatem o prawie 28% mniej niż rok wcześniej (w Polsce spadek o 34%). Wskaźnik zapadalności dla grypy kształtował się na poziomie 8 871 przypadków/100 tys. osób. W kujawsko-pomorskim zdiagnozowano też, podobnie jak w całym kraju, o 70% mniej przypadków biegunek u dzieci do lat 2 i nie zgłoszono żadnego zachorowania na odrę (w całej Polsce tylko 29 przypadków).

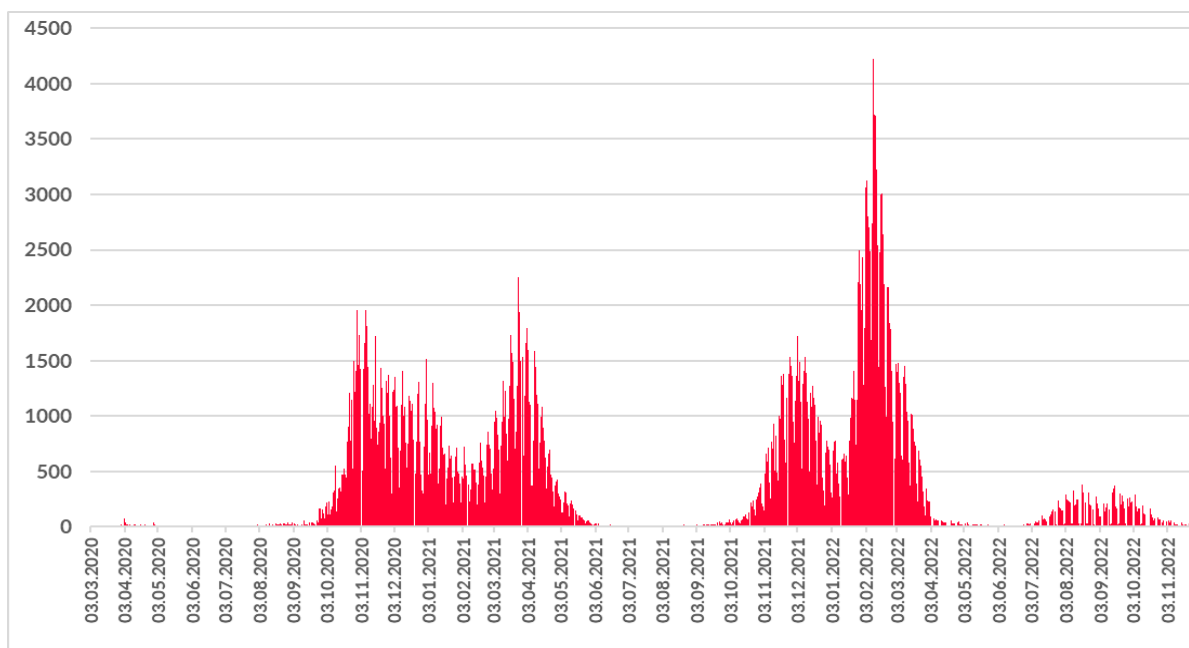
Od momentu potwierdzenia pierwszych przypadków zachorowania na COVID-19, co w województwie kujawsko-pomorskim miało miejsce 17.03.2020 r., do końca listopada 2022 r. w regionie stwierdzono łącznie 378,1 tys. zakażeń wirusem SARS-CoV2 (6,0% przypadków w kraju) i 7,3 tys. zgonów z tej przyczyny (6,2% przypadków w kraju). Pierwszy znaczny wzrost liczby zakażeń zauważalny był, podobnie jak w całym kraju, w okresie jesiennym 2020 r., osiągając szczyt na przełomie października i listopada. 7-dniowa liczba zachorowań w regionie kształtowała się wówczas na poziomie prawie 10,7 tys. zakażeń³⁶. Kolejny trend wzrostowy nastąpił wiosną, a 7-dniowa liczba zachorowań ponownie przekroczyła 10 tys. Stwierdzono wówczas najwyższą dzienną liczbę zakażeń wynoszącą ponad 2,2 tys. (25.03.2021 r.). Trzecią falę zachorowań zaobserwowano jesienią 2021 r., podczas której najwyższa liczba 7-dniowych zachorowań wyniosła prawie 8,7 tys. zakażeń (początek grudnia). Największe nasilenie zachorowań w czasie rozwoju pandemii zanotowano w lutym 2022 r., gdy liczba tygodniowych zakażeń kształtowała się na poziomie od 10 tys. do prawie 22 tys. (dziennie odnotowywano w regionie nawet 3-4 tys. zakażeń).

³⁵ WSSE w Bydgoszczy

³⁶ dotyczy okresu 7 dni do 2.11.2020 r.

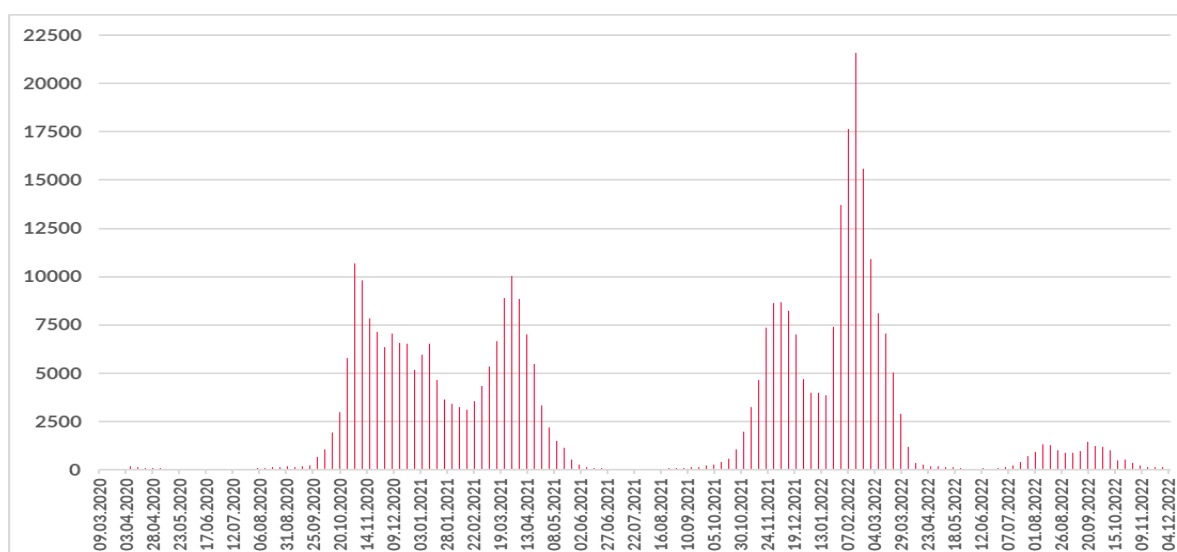
Wskaźnik zakażeń na COVID-19 w kujawsko-pomorskim należał do bardzo wysokich na tle pozostałych województw. W 2020 r., kiedy liczba zdiagnozowanych zachorowań wyniosła ponad 84,6 tys. (4 166 przypadki/ 100 tys. osób; dla Polski 3 326) i w 2022 r., kiedy to do końca listopada zanotowano 136,8 tys. zakażeń (6 816/ 100 tys. osób; dla Polski – 5 764) województwo kujawsko-pomorskie zajmowało 1. pozycję pod względem wielkości wskaźnika zachorowań wśród województw. W 2021 roku region zajął nieco korzystniejszą, choć także wysoką, 5. pozycję (zanotowano wówczas 156,7 tys. zakażeń, a więc 7 765 na 100 tys. mieszkańców, dla porównania w Polsce 7 301).

Wykres 14. Dzienna liczba zachorowań na COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim w okresie od 17.03.2020 r. do 29.11.2022 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych <https://koronawirusunas.pl>, dostęp z dnia 29.11.2022 r.

Wykres 15. 7-dniowa liczba zachorowań na COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim w okresie od 17.03.2020 r. do 29.11.2022 r.



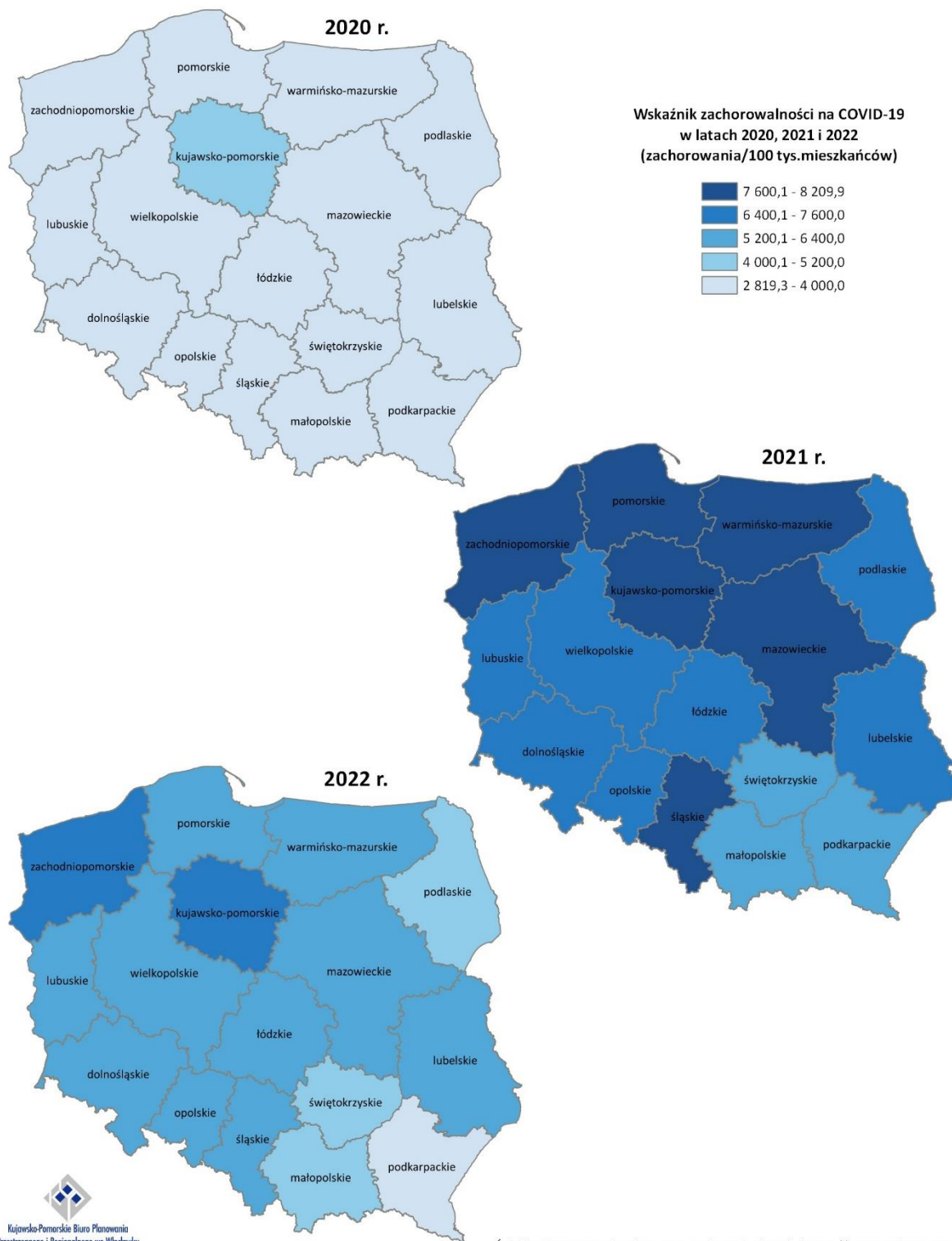
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych <https://koronawirusunas.pl>, dostęp z dnia 29.11.2022 r.

Mapa 2. Zachorowalność na COVID-19 w okresie 2020 - 2022

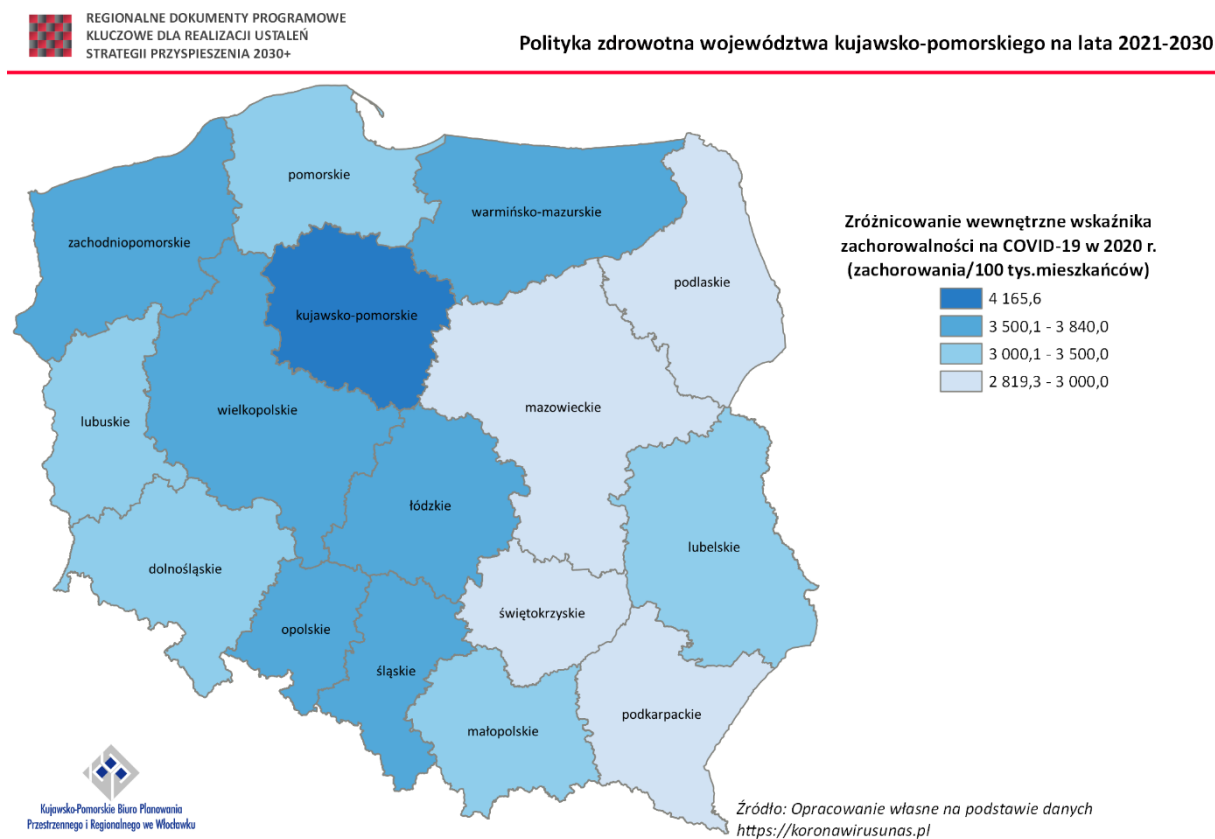


REGIONALNE DOKUMENTY PROGRAMOWE
KLUCZOWE DLA REALIZACJI USTALEŃ
STRATEGII PRZYSPIESZENIA 2030+

Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021-2030



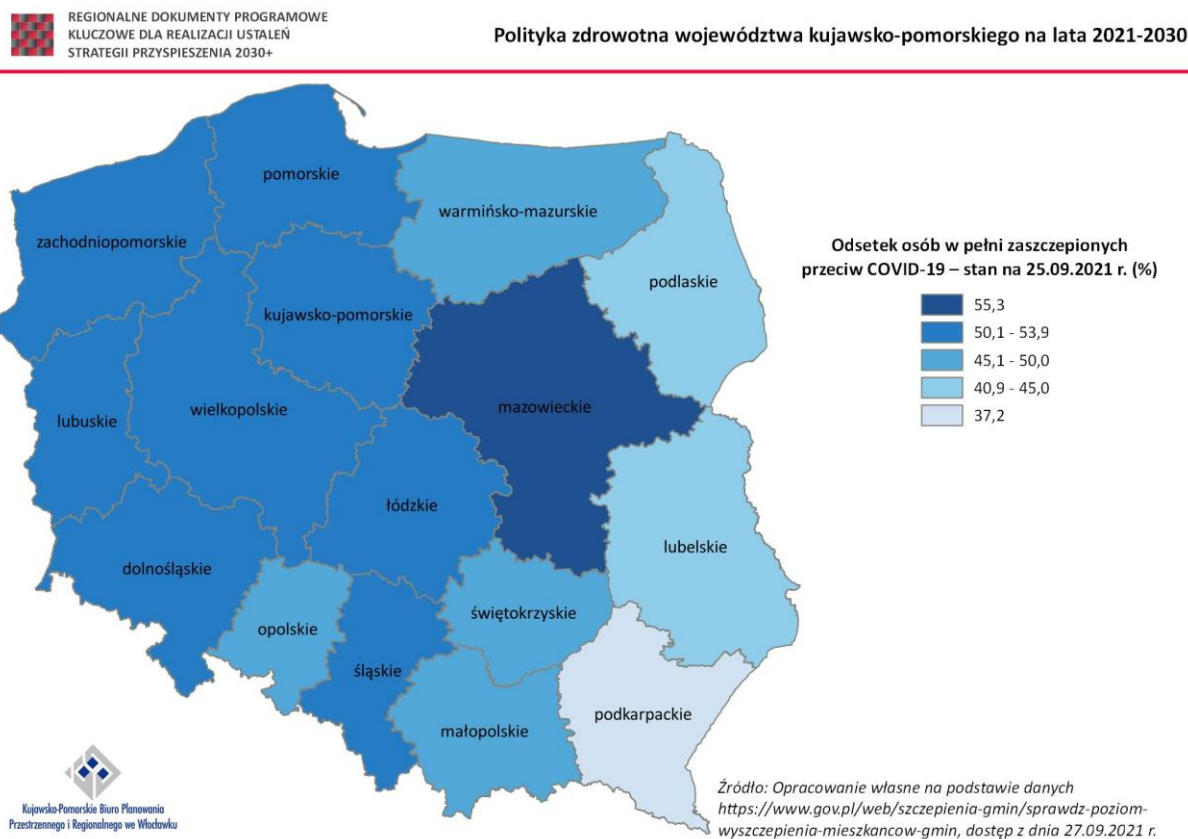
Mapa 3. Zachorowalność na COVID-19 w 2020 r.



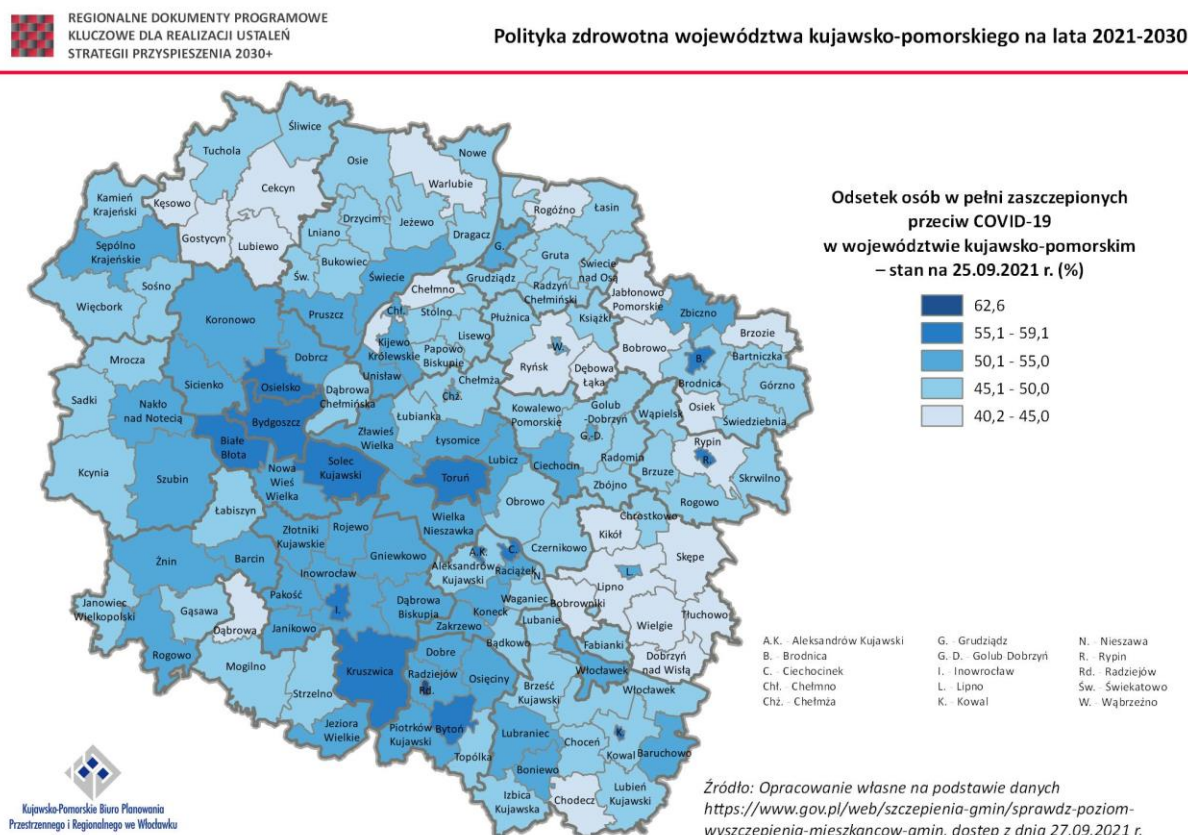
Stan zaszczepienia całym cyklem szczepień³⁷ populacji województwa kujawsko-pomorskiego przeciw COVID-19 kształtował się we wrześniu 2021 r. na wyższym poziomie niż przeciętnie w Polsce i 25.09.2021 r. wyniósł 52,3% (w Polsce 50,3%), co plasuje region na 5. pozycji w kraju. Na poziomie gmin województwa widoczne są jednak znaczne zróżnicowania w zakresie realizacji programu szczepień. Najwyższy odsetek osób zaszczepionych zanotowano w gminie miejskiej Radziejów (62,6%), najniższy zaś w gminach wiejskich Lipno (40,2%), Tłuchowo (41,3%) i Chełmno (41,8%).

³⁷ Cały/pełen cykl szczepień przeciw COVID-19 dotyczy dwóch dawek preparatów dwudawkowych (AstraZeneca, Moderna, Pfizer,) lub jednej dawki preparatu jednodawkowego (Johnson&Johnson)

Mapa 4. Stan zaszczepienia pełnym cyklem szczepień przeciw COVID-19 w Polsce



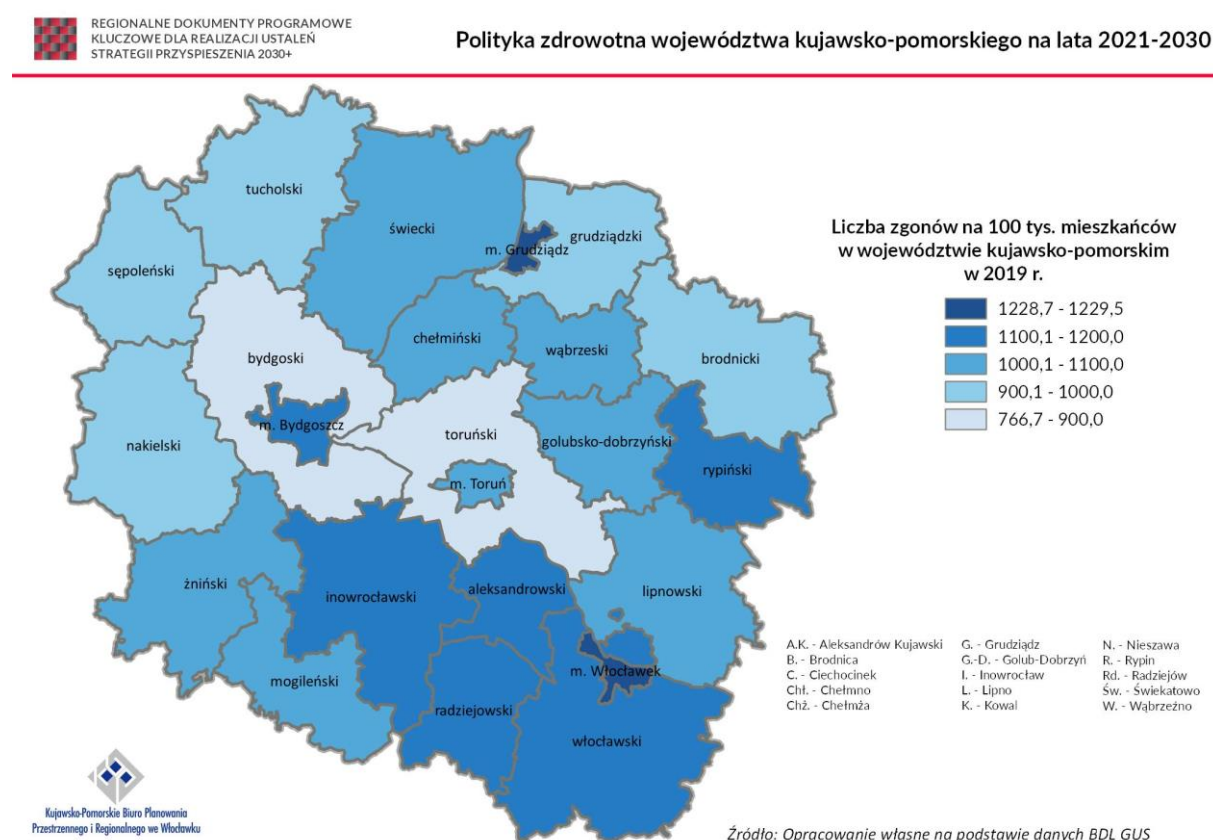
Mapa 5. Stan zaszczepienia pełnym cyklem szczepień przeciw COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim



2.6. Zgony

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim zanotowano 22 096 zgonów. Współczynnik umieralności był równy 1065,1 zgonów na 100 tys. mieszkańców i tym samym, podobnie jak w poprzednich latach, kształtował się poniżej przeciętnej wartości w kraju (1067,3). Widoczne są w tym zakresie znaczne zróżnicowania terytorialne. Najwyższe wskaźniki umieralności w 2019 r. zanotowano we Włocławku i Grudziądzu (odpowiednio 1229,5 oraz 1228,7 zgonów na 100 tys. osób), najniższe zaś w powiatach bydgoskim³⁸ i toruńskim (odpowiednio 766,7 oraz 882,6 zgonów na 100 tys. osób).

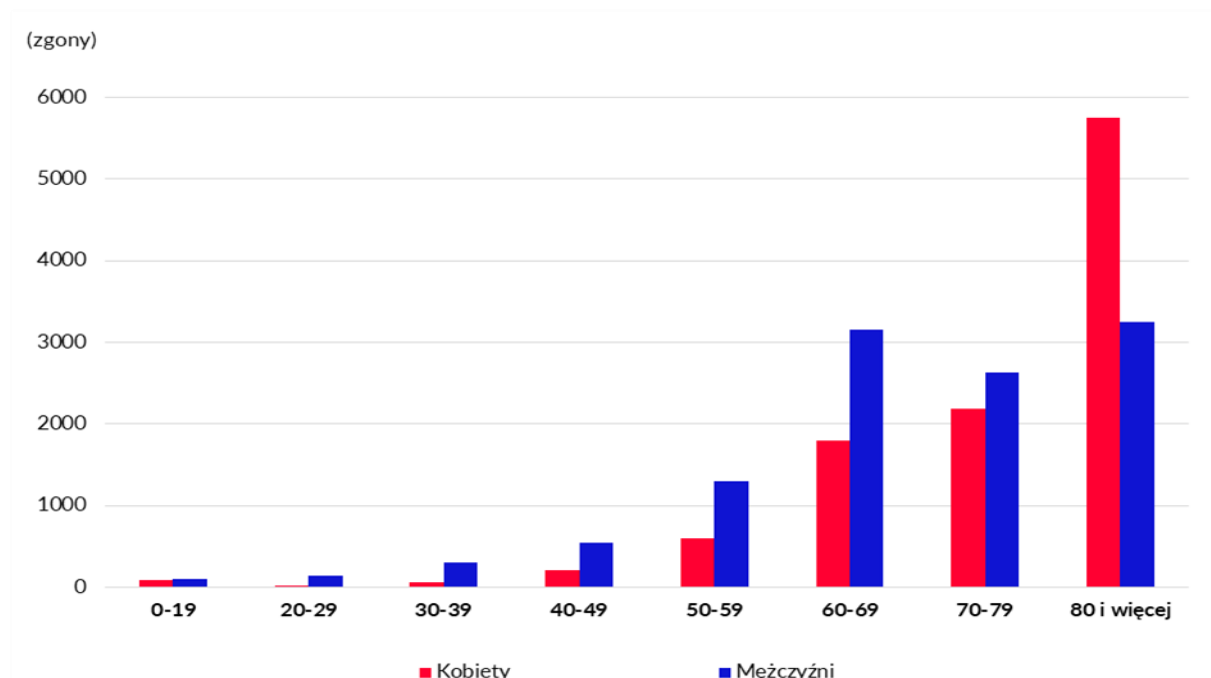
Mapa 6. Wskaźnik umieralności ogółem w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Ponad połowa ogólnej liczby zgonów w województwie dotyczyła mężczyzn (51,6%). Znacznie wyższa umieralność mężczyzn niż kobiet zauważalna była zwłaszcza w grupach wieku od 20 do 29 lat i od 30 do 39 lat (odpowiednio 85% i 83% ogółu zgonów zanotowanych w tych grupach wiekowych stanowiły zgony mężczyzn). Dominacja liczby zgonów kobiet nad zgonami mężczyzn widoczna jest dopiero wśród osób w wieku 80 lat i więcej (64% to zgony kobiet), co jest wynikiem wyraźnej dominacji liczebnościowej kobiet w tej grupie wiekowej.

³⁸ Powiat bydgoski charakteryzuje się najniższymi wartościami analizowanego wskaźnika od 2010 r.

Wykres 16. Struktura zgonów wg płci i wieku w 2018 r.⁴²



Źródło: Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

W województwie kujawsko-pomorskim najczęstszymi przyczynami zgonów mieszkańców są, podobnie jak w kraju, choroby układu krążenia oraz nowotwory (w 2019 r. ich udział wynosił odpowiednio 35,2% i 29,1%). Sytuacja ta utrzymuje się od wielu lat i według prognozy epidemiologicznej na lata 2020-2034 nie ulegnie zmianie³⁹.

Wartość wskaźnika liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w okresie 2010-2019 spadła o 14,4%. Tym samym w 2019 r. województwo kujawsko-pomorskie przyjmowało w tym zakresie wartości na poziomie 374,4 zgonów na 100 tys. osób, zatem znacznie niższe niż przeciętnie w kraju (421,0). Warto dodać, iż w analizowanym okresie zgony z powodu chorób układu krążenia częściej dotyczyły kobiet. Kobiety częściej umierały na miażdżycę i choroby naczyń mózgowych, mężczyźni zaś na choroby niedokrwienne serca.

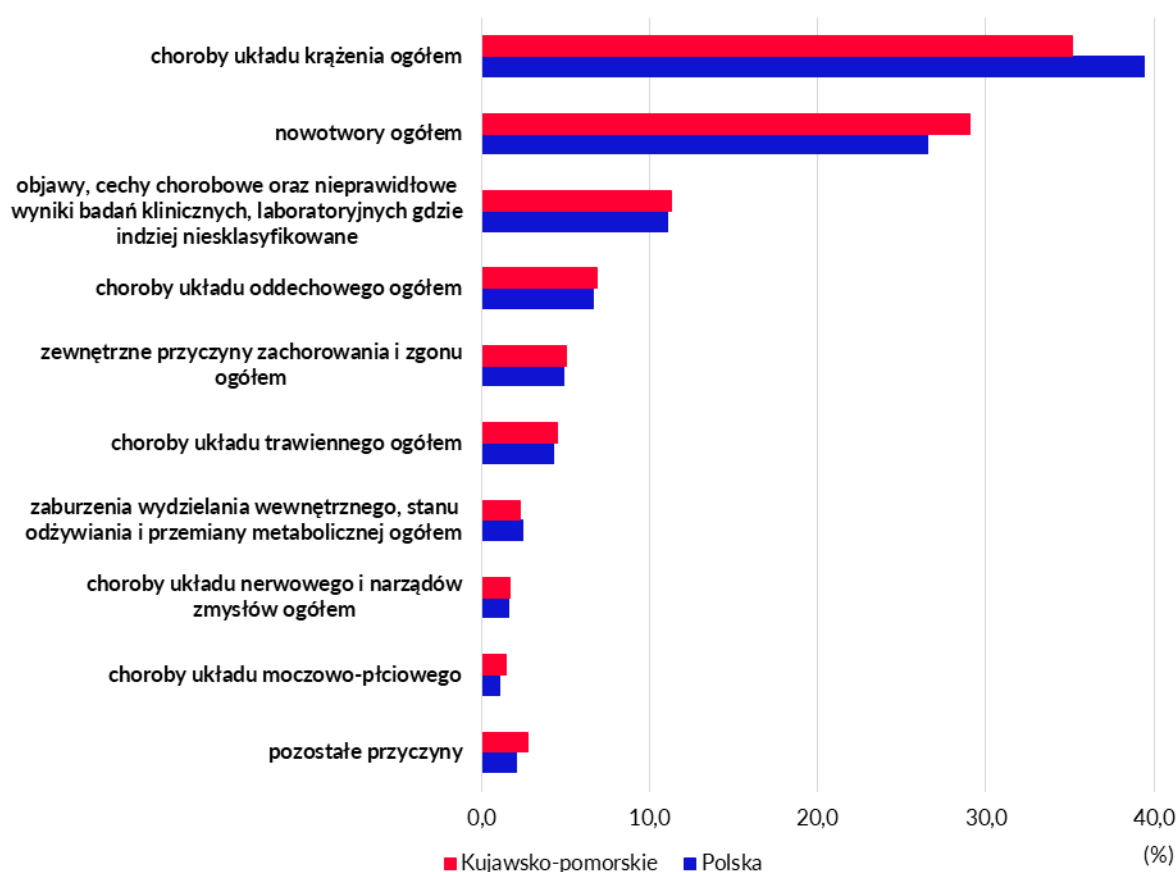
Zarówno wartość wskaźnika zgonów z powodu nowotworów ogółem, jak i nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności utrzymuje się na wysokim poziomie – powyżej średniej krajowej i jest jedną z najwyższych w Polsce. W analizowanym okresie wartość wskaźnika zgonów z powodu nowotworów ogółem wzrosła o 11% i w 2019 r. wyniosła 309,5 zgonów na 100 tys. ludności (najwyższa w województwie śląskim – 313,1; najniższa w województwie podkarpackim – 236,9). Niepokojące są wysokie na tle kraju wartości wskaźników dla zgonów kobiet z powodu nowotworu złośliwego sutka (w 2019 r. 42 zgony na 100 tys. kobiet – najwyższa wartość w Polsce) i nowotworu szyjki macicy.

Widoczne są dysproporcje między wartościami omawianych wskaźników dla miast i wsi. W województwie kujawsko-pomorskim zarówno w przypadku chorób krążenia, jak i nowotworów wyższą liczbą zgonów na 100 tys. mieszkańców charakteryzują się tereny miejskie (w przypadku nowotworów odpowiada to trendom krajowym). Dla nowotworów w miastach wskaźnik jest wyższy o 80 zgonów na 100 tys. mieszkańców, zaś dla chorób krążenia różnica wyniosła 40,3.

³⁹ Mapa Potrzeb Zdrowotnych: Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp z dnia 26.07.2021 r.

Trzecią co do częstości przyczyną zgonów (zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn), jest kategoria obejmująca objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane tj. objawy i stany niedokładnie określone lub nieznanie przyczyny umieralności (w 2019 r. w województwie stanowiły one 10,0% wszystkich zgonów). Wśród najczęstszych przyczyn zgonów znalazły się również choroby układu oddechowego i trawiennego oraz zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu, w tym wypadki komunikacyjne. W 2019 r. w wypadkach komunikacyjnych w województwie zginęło trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet (mężczyźni 15 zgonów/100 tys. ludności, kobiety 5 zgonów/100 tys. ludności).

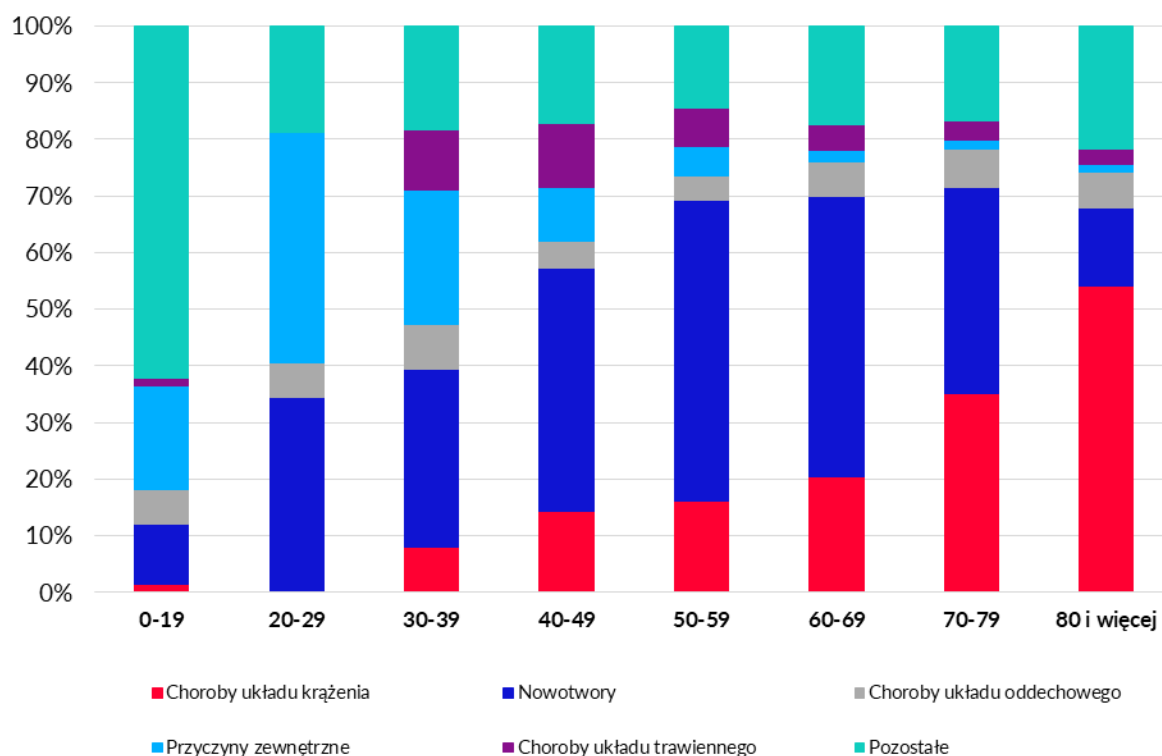
Wykres 17. Najczęstsze przyczyny zgonów w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

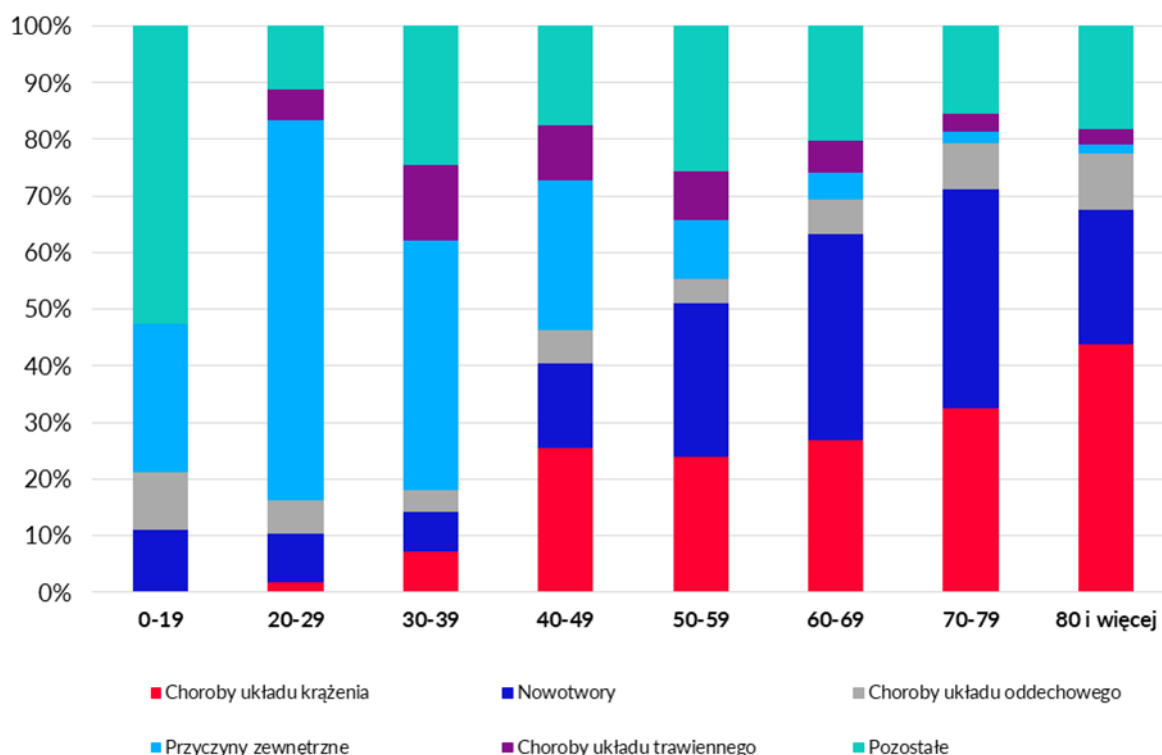
Należy jednak zwrócić uwagę, że przyczyny zgonów są znacznie zróżnicowane ze względu na wiek i płeć. Wśród dzieci i młodzieży oraz osób młodych w wieku 20-29 lat najczęściej notowano zewnętrzne przyczyny zgonów jak wypadki, samookaleczenia czy przestępstwa (odpowiednio 23% i 62,5% zgonów w danej grupie wiekowej). U osób w wieku 40-49 lat zauważa się trzy główne przyczyny zgonów, są to choroby układu krążenia (22,6%), nowotwory (22,4%) oraz przyczyny zewnętrzne (21,9 %). Osoby ze starszych grup wiekowych (50-59, 60-59, 70-79 lat) umierały głównie na nowotwory i choroby układu krążenia (w grupie 80 lat i więcej ponad 50% zgonów).

Wykres 18. Przyczyny zgonów kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

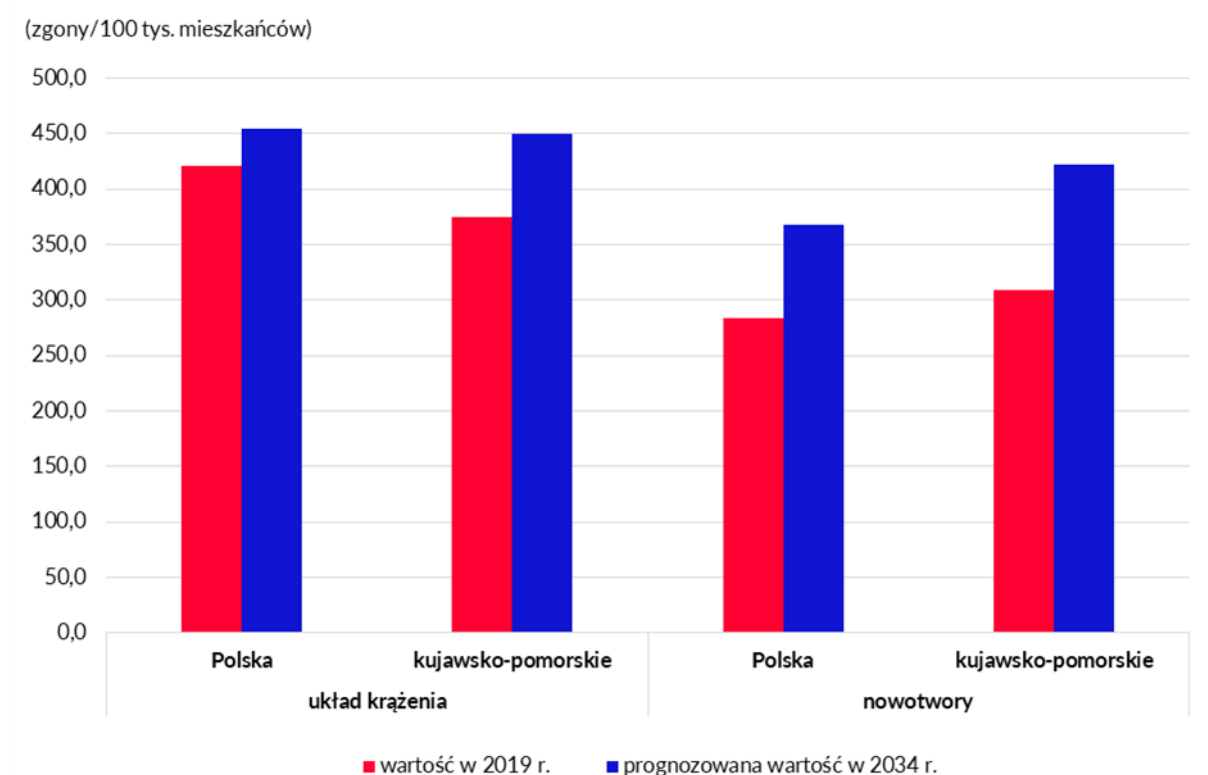
Wykres 19. Przyczyny zgonów mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

Według prognoz w okresie 2020-2034⁴⁰ umieralność zarówno z powodu chorób układu krążenia, jak i nowotworów będzie systematycznie wzrastała osiągając wartości odpowiednio 449,2 i 422,4 zgony/100 tys. mieszkańców. Ocenia się, że zagrożenie życia mieszkańców województwa chorobami kardiologicznymi będzie w 2034 r. o 1,2% niższe niż szacowane dla całego kraju. Gorsza sytuacja przewidywana jest w przypadku chorób onkologicznych, gdzie wskaźnik liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców może być aż o 15% wyższy niż w kraju.

Wykres 20. Umieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (wartość w 2019 r.) oraz Mapa Potrzeb Zdrowotnych: Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp z dnia 26.07.2021 r. (prognozowana wartość w 2034 r.)

W województwie kujawsko-pomorskim utrzymuje się wysoki poziom umieralności niemowląt (w ciągu 10 lat jedynie w 2013 r. poniżej przeciętnej dla kraju). W 2019 r. wskaźnik liczby zgonów niemowląt na 100 tys. urodzeń żywych wyniósł 491,2, co stanowiło najwyższą wartość wśród wszystkich województw. Jako najczęstsze przyczyny śmierci noworodków rozpoznawane były stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym 320,6 zgonów/100 tys. urodzeń żywych (z czego największą grupę stanowiły zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu – najwyższa wartość wskaźnika w kraju) oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe 134,4 zgonów/100 tys. urodzeń żywych.⁴¹ Przypadki wczesnej umieralności niemowląt (0-27 dni) dotyczą 78,9% zgonów, w tym 37,8% to noworodki, które nie przeżyły 24 godzin⁴².

⁴⁰ Mapa Potrzeb Zdrowotnych: Prognoza epidemiologiczna na lata 2020-2034, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp z dnia 26.07.2021 r.

⁴¹ BDL GUS

⁴² Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

2.6. Przyczyny niezdolności do pracy⁴³

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim wystawiono 1 004,8 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS (5,0% wszystkich zaświadczeń wystawionych w kraju) na łączną ilość 12 845,8 tys. dni absencji chorobowej (5,4% łącznej liczby dni absencji dla całego kraju). Przeciętna długość takiego zaświadczenia lekarskiego w województwie wynosiła 12,78 dni (średnio dla całego kraju wartość ta wynosiła 11,99 dni). Wartość tego wskaźnika dla kujawsko-pomorskiego utrzymuje się na wysokim poziomie wśród pozostałych województw (w 2019 r. 2. najwyższa wartość w kraju, w latach 2016-2018 3. najwyższa wartość w kraju). 57,5% wszystkich dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej w województwie przypadało na kobiety, co stanowiło wartość niższą niż przeciętnie dla całego kraju (58,3%). Ponadto w 2019 r. w województwie wystawiono 106,3 tys. zaświadczeń lekarskich (4,8% wszystkich tego typu zaświadczeń w kraju) na 453,9 tys. dni absencji chorobowej (4,7% wartości dla kraju) z tytułu opieki nad dzieckiem osób ubezpieczonych w ZUS. Przeciętna długość tego typu zwolnienia w 2019 r. wynosiła 4,27 dni i utrzymywała się na poziomie niższym niż przeciętnie w kraju (w 2019 r. 4,35 dni). Zarówno liczba zwolnień jak i liczba dni absencji z tytułu opieki nad dzieckiem co roku wzrasta (w latach 2016-2019 odnotowano około 10% wzrost liczby dni absencji oraz około 20% wzrost liczby zaświadczeń lekarskich), jednak przeciętna długość takiego zwolnienia lekarskiego spada – zmiany następujące w województwie w zakresie absencji z tytułu opieki nad dzieckiem w województwie kujawsko-pomorskim są podobne jak dla całego kraju. Najmniejsza liczba wystawionych w 2019 r. zaświadczeń lekarskich dotyczyła absencji chorobowej z tytułu opieki nad innym członkiem rodziny osoby ubezpieczonej w ZUS. W województwie kujawsko-pomorskim obejmowała ona 19,3 tys. zaświadczeń (5,5% wszystkich zaświadczeń z tego tytułu wystawionych w kraju) na 132,7 tys. dni absencji (6,0% całkowitej wartości w kraju), a przeciętna długość takiego zwolnienia wynosiła 6,88 dni i była dłuższa niż przeciętnie w kraju (6,28 dni). Podobnie jak w przypadku absencji chorobowej z tytułu opieki nad dzieckiem, liczba zaświadczeń i liczba dni absencji z tytułu opieki nad innym członkiem rodziny stale wzrasta zarówno w województwie jak i w całym kraju, a przeciętna długość tego typu zaświadczenia jest coraz krótsza. Co jednak należy zaznaczyć jeśli chodzi o wzrost liczby dni absencji, to w latach 2016-2019 wynosił on ponad 30%, natomiast wzrost liczby zaświadczeń ponad 40% (zarówno w województwie jaki i przeciętnie w kraju).

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim zaświadczenia lekarskie z tytułu choroby własnej wystawiono 340,8 tys. osób ubezpieczonych w ZUS (5,2% wszystkich osób, którym wystawiono co najmniej jedno zwolnienie lekarskie w kraju). Przeciętna długość absencji chorobowej w roku w województwie wynosiła 37,23 dni i wartość ta utrzymuje się na poziomie wyższym niż przeciętnie w kraju (36,23 dni). W przypadku absencji chorobowej z tytułu choroby własnej pracowników dotyczyła ona w województwie w 2019 r. 252,2 tys. osób (5,1% wszystkich pracowników, którzy mieli co najmniej raz wystawione zaświadczenie w 2019 r. w kraju) i jej przeciętna długość w ciągu roku wynosiła 34,47 dni (w kraju 33,55 dni). W latach 2016-2019 nastąpił w województwie około 10% wzrost (podobnie jak przeciętnie w całym kraju) liczby pracowników, którzy co najmniej raz w roku mieli wystawione zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej.

W strukturze zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS wg grup chorobowych w 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim, podobnie jak w całym kraju, dominowały choroby układu oddechowego (24,4%) oraz choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (14,7%). Co warto zauważyć w województwie ponadprzeciętnie duży udział zaświadczeń lekarskich (a także liczby dni absencji chorobowej) dotyczył chorób z grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (w 2019 r. w województwie 7,6%, natomiast w kraju 5,8%) oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (w 2019 r. w województwie 14,7%, natomiast w kraju 13,9%) i jest to tendencja utrzymująca się w województwie od kilku lat.

⁴³ Na podstawie opracowań ZUS dotyczących absencji chorobowej dostępnych na stronie <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa> (dostęp 5.05.2021 r.)

Tabela 6. Struktura zaświadczeń lekarskich oraz dni absencji z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w 2019 r.

Grupy chorobowe:	Zaświadczenia lekarskie				Dni absencji chorobowej			
	liczba [tys.]		udział [%]		liczba [tys.]		udział [%]	
	ogółem	kujawsko-pomorskie	ogółem	kujawsko-pomorskie	ogółem	kujawsko-pomorskie	ogółem	kujawsko-pomorskie
choroby układu oddechowego	5 249,1	245,6	26,4	24,4	29 251,6	1 341,5	12,3	10,4
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	2 766,5	148,1	13,9	14,7	37 589,1	2 100,7	15,7	16,4
urazy, zatrucia	2 111,8	103,2	10,6	10,3	33 437,2	1 692,7	14	13,2
ciąża, poród, połóg	1 963,6	95,7	9,9	9,5	46 422,5	2 501,1	19,4	19,5
choroby układu nerwowego	1 497,7	78,8	7,5	7,8	17 395,9	930,0	7,3	7,2
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	1 162,1	76,1	5,8	7,6	20 203,9	1 441,7	8,5	11,2
choroby układu trawienneego	1 228,2	64,0	6,2	6,4	10 195,6	527,2	4,3	4,1
choroby układu krążenia	843,2	40,9	4,2	4,1	12 030,8	637,2	5	5
objawy, cechy chorobowe gdzieś indziej niesklasyfikowane	628,6	32,0	3,2	3,2	3 650,8	190,1	1,5	1,5
choroby układu moczowo-płciowego	626,8	29,5	3,1	2,9	6 328,8	315,0	2,7	2,5
nowotwory	464,6	23,9	2,3	2,4	8 890,0	495,7	3,7	3,9
niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	338,8	14,5	1,7	1,4	2 053,7	90,5	0,9	0,7
choroby skóry i tkanki podskórnej	226,2	12,4	1,1	1,2	2 095,4	115,0	0,9	0,9
czynniki wpływające na stan zdrowia	192,3	10,1	1	1	2 635,6	120,1	1,1	0,9
zaburzenia wydzielania wewnętrznego	147,5	7,9	0,7	0,8	1 934,4	113,5	0,8	0,9
choroby oka i przydatków oka	190,7	8,4	1	0,8	2 154,7	102,4	0,9	0,8
choroby ucha i wyrostka sutkowatego	132,9	6,3	0,7	0,6	1 010,9	48,2	0,4	0,4
choroby krwi i narządów krwiotwórczych	51,1	2,6	0,3	0,3	564,2	31,0	0,2	0,2
wady rozwojowe wrodzone	10,6	0,6	0,1	0,1	168,7	9,6	0,1	0,1
zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	24,0	1,3	0,1	0,1	178,7	10,7	0,1	0,1
niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	0,1	0,0	0	0	1,3	0,0	0	0

Źródło: Absencja chorobowa w 2019 roku, ZUS, Warszawa 2020

2.7. Osoby z niepełnosprawnościami

Przez wzgląd na brak dostępności całościowych i aktualnych danych trudno jest jednoznacznie oszacować obecną liczbę oraz określić pełną charakterystykę grupy osób z niepełnosprawnościami. Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. osoby z niepełnosprawnościami stanowiły

w województwie 12,6% ludności (264,3 tys. osób), z czego 73,6% posiadało orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez odpowiedni organ (tzw. osoby niepełnosprawne prawnie). W grupie osób niepełnosprawnych prawnie znajdowało się 54,1 tys. (20,5% wszystkich osób niepełnosprawnych w województwie) o znacznym stopniu niepełnosprawności, 73 tys. (27,6% wszystkich osób niepełnosprawnych w województwie) o stopniu niepełnosprawności umiarkowanym i 49,6 tys. (18,8% wszystkich osób niepełnosprawnych w województwie) o stopniu niepełnosprawności lekkim, natomiast 11,2 tys. było poniżej 16 roku życia (4,3% wszystkich osób niepełnosprawnych w województwie). Pozostałe osoby z niepełnosprawnościami to osoby niepełnosprawne biologicznie. Zgodnie z definicją stosowaną przez GUS są to osoby, które odczuwają ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, ale nie posiadają prawnego orzeczenia o niepełnosprawności. Wśród tych osób 4,1 tys. (1,6% wszystkich osób z niepełnosprawnościami w województwie) określiło się jako odczuwające całkowite ograniczenie sprawności, 16,1 tys. (6,1% wszystkich osób z niepełnosprawnościami w województwie) odczuwające poważne ograniczenie sprawności i 49,6 tys. (18,8% wszystkich osób z niepełnosprawnościami w województwie) odczuwające umiarkowane ograniczenie sprawności.

Najbardziej aktualne dostępne dane dotyczące liczby osób z niepełnosprawnościami pochodzą z prowadzonego przez GUS badania aktywności ekonomicznej ludności. Zgodnie z nim liczba osób z niepełnosprawnościami w wieku powyżej 16 lat w województwie kujawsko-pomorskim w 2020 r. wynosiła 184 tys. i od 2016 r. cechuje ją tendencja spadkowa. Warto również zwrócić uwagę, że w 2019 r. w regionie z powodu niepełnosprawności opieką społeczną objętych było 22,4 tys. rodzin, natomiast z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby 24,8 tys. rodzin i o ile liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu niepełnosprawności stale spada, to liczba rodzin objętych pomocą społeczną z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby w ostatnich latach stale wzrasta.

2.8. Zdrowie psychiczne

Na przestrzeni ostatnich lat zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego w całym kraju istotnie wzrasta. Zaburzenia psychiczne obniżają jakość życia mieszkańców oddziałując na wszystkie sfery życia rodzinną, społeczną i zawodową. Ponadto coraz częściej stanowią przyczynę wydawania orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeń o niepełnosprawności⁴⁴.

Dane GUS wskazują, że województwo kujawsko-pomorskie notuje wysoką na tle pozostałych regionów (2. pozycja w kraju) liczbę osób zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców. W 2019 r. wskaźnik ten kształtował się na poziomie 53 osób na 1 tys. mieszkańców (średnia dla Polski – 44) i był tym samym prawie o 20% wyższy niż w 2010 r.

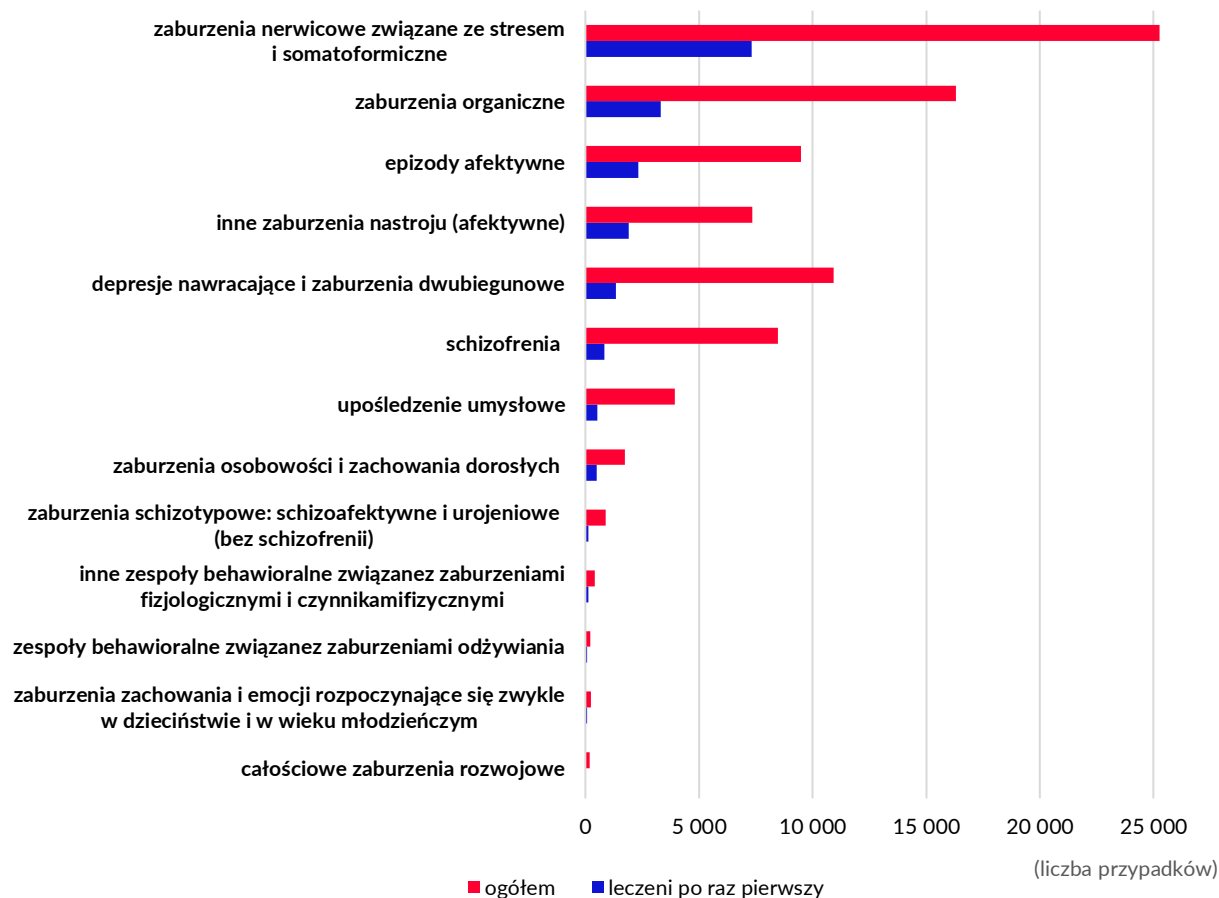
Systematyczny wzrost liczby mieszkańców korzystających z pomocy poradni zdrowia psychicznego (łącznie z poradniami dla dzieci) potwierdzają dane Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Według nich w 2019 r. z tego rodzaju świadczeń skorzystało prawie 101,1 tys. osób (w tym 100,5 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi), zatem o 3,4 tys. więcej niż w 2016 r. (o 3,1 tys. dla osób z zaburzeniami psychicznymi). Znaczący wzrost widoczny jest zwłaszcza wśród osób, które po raz pierwszy w życiu udały się do poradni zdrowia psychicznego – w 2019 r. było ich 23,5 tys. (o 11% w stosunku do 2016 r.).

Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2019 r. w poradniach zdrowia psychicznego leczonych było prawie 86,8 tys. osób w wieku powyżej 18 lat, z czego 22% korzystało z tego rodzaju świadczeń po raz pierwszy w życiu. W większości są to osoby w wieku 30-64 lata (54% ogółu leczonych). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania pacjentów zauważa

⁴⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021

się dominację osób zamieszkałych w mieście (71% ogółu leczonych), z kolei pod względem płci z poradni częściej korzystały kobiety (62% ogółu leczonych). W populacji osób dorosłych wśród zaburzeń psychicznych niezwiązanych z uzależnieniem najczęściej diagnozowano zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne⁴⁵ (30%), które zdecydowanie dominowały w grupach wiekowych 19-29 oraz 30-64 lat. Drugą najczęściej występującą grupą zaburzeń były zaburzenia organiczne⁴⁶ (19%), dotyczące głównie osób w wieku powyżej 64 lat. Znaczny odsetek osób dorosłych leczył się także w związku z depresjami nawracającymi i zaburzeniami dwubiegunowymi (13%) oraz epizodami afektywnymi (11%).

Wykres 21. Zaburzenia diagnozowane⁵¹ u osób dorosłych w wieku 19 lat i więcej leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

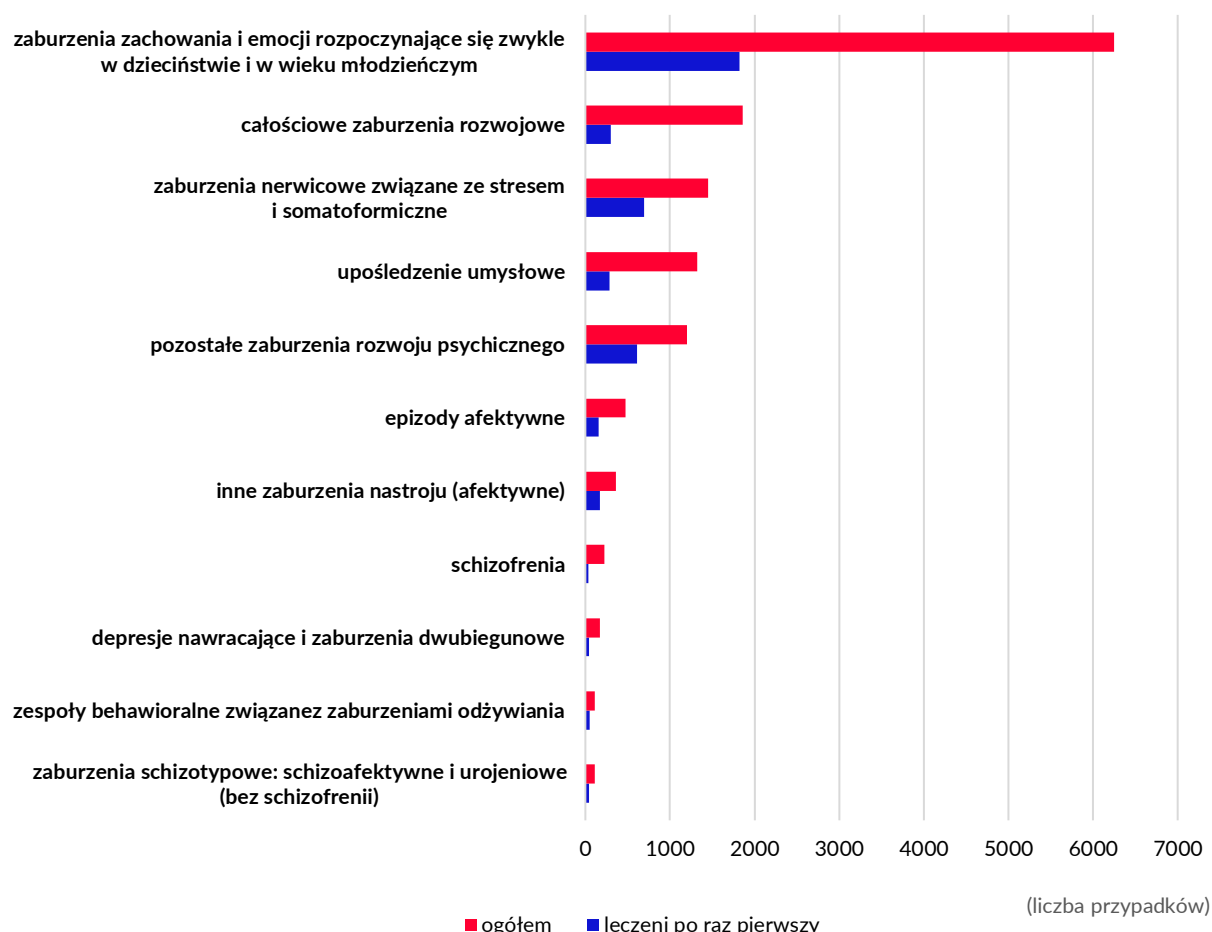
Problemy związane z zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego coraz częściej dotyczą także dzieci i młodzież. Dane statystyczne gromadzone przez WHO pokazują, iż około 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych zaczyna się w okresie dojrzewania. W województwie kujawsko-

⁴⁵ F40-F48 wg klasyfikacji ICD-10 obejmują zaburzenia lękowe w postaci fobii, inne zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne], zaburzenia występujące pod maską somatyczną, inne zaburzenia nerwicowe

⁴⁶ F00-F09 wg klasyfikacji ICD-10 obejmują otępienie w chorobie Alzheimer, otępienie naczyniowe, otępienie w chorobach klasyfikowanych gdzie indziej, otępienie bliżej nieokreślone, organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe

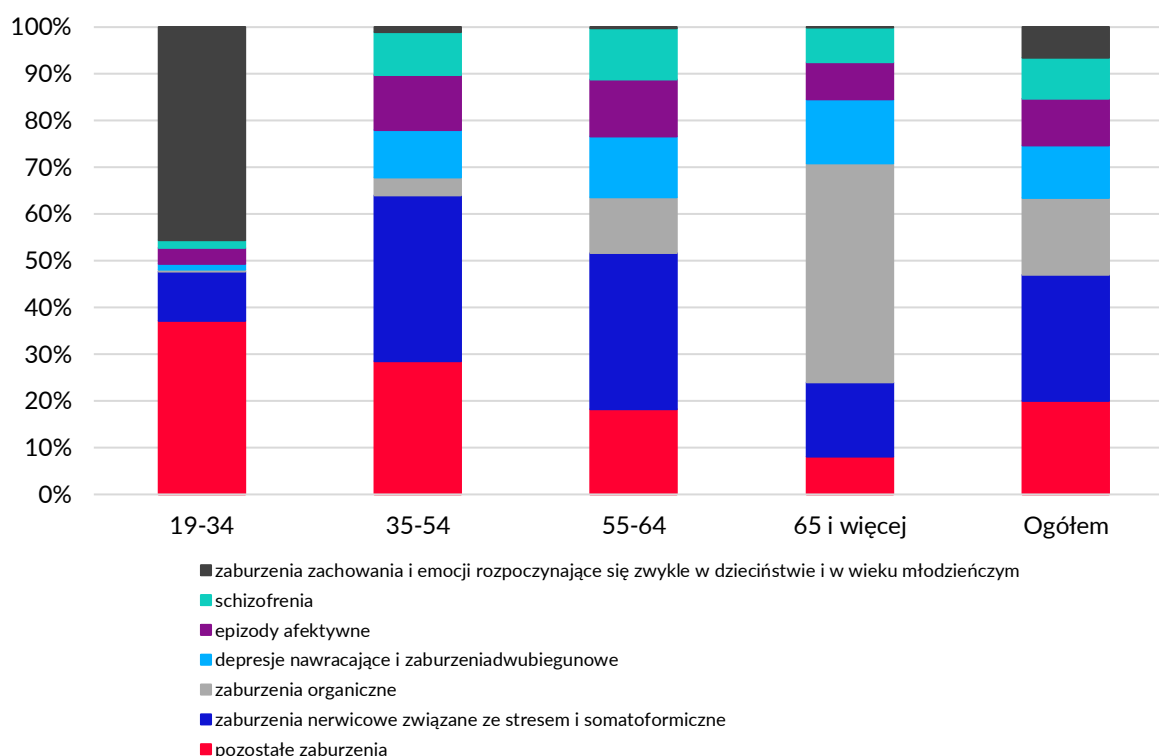
W pomorskim w 2019 r. opieką ambulatoryjną w zakresie zdrowia psychicznego objętych było ponad 13,7 tys. osób do 18 roku życia, z czego 32% po raz pierwszy w życiu. Największy odsetek dzieci i młodzieży leczony był w związku z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (45,5%), całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (13,6%), zaburzeniami somatomorficznymi i nerwicowymi związanymi ze stresem (10,6%) oraz upośledzeniami umysłowymi (9,6%). W zakresie liczby dzieci i młodzieży leczonych w poradniach zdrowia psychicznego zauważalna jest tendencja wzrostowa - w porównaniu do 2016 r. wzrost o ponad 1,7 tys. przypadków.

Wykres 22. Zaburzenia diagnozowane⁵² u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

Wykres 23. Struktura zaburzeń najczęściej diagnozowanych u pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (łącznie z poradniami dla dzieci i młodzieży) wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletyn Ochrona Zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim. Wydział Zdrowia Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Bydgoszcz 2020

Zaburzenia z zakresu zdrowia psychicznego obejmują także problemy związane z uzależnieniami, które jednocześnie zaliczane są do grupy ryzykownych zachowań zdrowotnych⁴⁷. Według danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2019 r. opieką ambulatoryjną⁴⁸ ze względu na zaburzenia psychiczne spowodowane uzależnieniem objętych było ponad 8 tys. osób uzależnionych od alkoholu i ponad 2 tys. osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, z czego po raz pierwszy ze świadczeń tego typu skorzystało 481 pacjentów (295 uzależnionych od alkoholu i 186 od środków psychoaktywnych). Prawie 75% leczonych z powodu uzależnień stanowiły osoby w wieku 30-64 lat. W przypadku dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat odsetek ten wyniósł niespełna 2%, przy czym dominowały tu osoby uzależnione od środków psychoaktywnych.

Województwo kujawsko-pomorskie charakteryzuje się jednym z najwyższych w kraju (3. pozycja w kraju) wskaźnikiem zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania na 100 tys. ludności. W 2019 r. jego wartość była wyższa niż średnia dla kraju i wynosiła odpowiednio 16,5 zgonów na 100 tys. ludności. Widoczna jest jednak znaczna poprawa, jeśli chodzi o współczynnik samobójstw na 10 tys. mieszkańców w 2019 r., jeden z najniższych w kraju (0,8), a jeszcze w latach 2012-2014 utrzymywał się na prawie trzykrotnie wyższym poziomie i był jednym z najwyższych w Polsce. Niepokoić mogą dane Komendy Wojewódzkiej Policji (KWP), według których w województwie kujawsko-pomorskim w okresie od 2013 do 2016 r. targnięcia na własne życie dokonało 106 osób

⁴⁷ Wśród ryzykownych zachowań zdrowotnych wymieniane są: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesna aktywność seksualną, zachowania agresywne, stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, czyny chuligańskie, wandalizm (Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2018 r.)

⁴⁸ W poradniach zdrowia psychicznego, w poradniach terapii uzależnień od alkoholu, w poradniach uzależnienia od środków psychoaktywnych

z grupy dzieci, młodzieży i młodych dorosłych (24 osoby w wieku 13-18 lat; 82 osoby w wieku 19-24 lata).

W opracowaniu przygotowanym przez Eurostat w 2014 r. zwrócono uwagę na korelację statystyki samobójstw wśród młodzieży z niewystarczającą opieką psychologiczną w polskich szkołach. Problem dotyczy szczególnie mniejszych miejscowości, gdzie dostęp do psychologów i psychiatrów jest utrudniony. Wśród najczęstszych powodów wszystkich prób samobójczych wśród młodzieży policyjne statystyki wymieniają zaburzenia lub choroby psychiczne, zawód miłosny, a także konflikty i przemoc w rodzinie i środowisku dziecka, w tym przemoc rówieśniczą. W profilaktyce ważne do uwzględnienia jest, aby nie tylko zapobiegać skrajnej sytuacji, jaką jest zamach samobójczy, ale także przeciwdziałać podejmowaniu zachowań ryzykownych oraz kryminogennych⁴⁹.

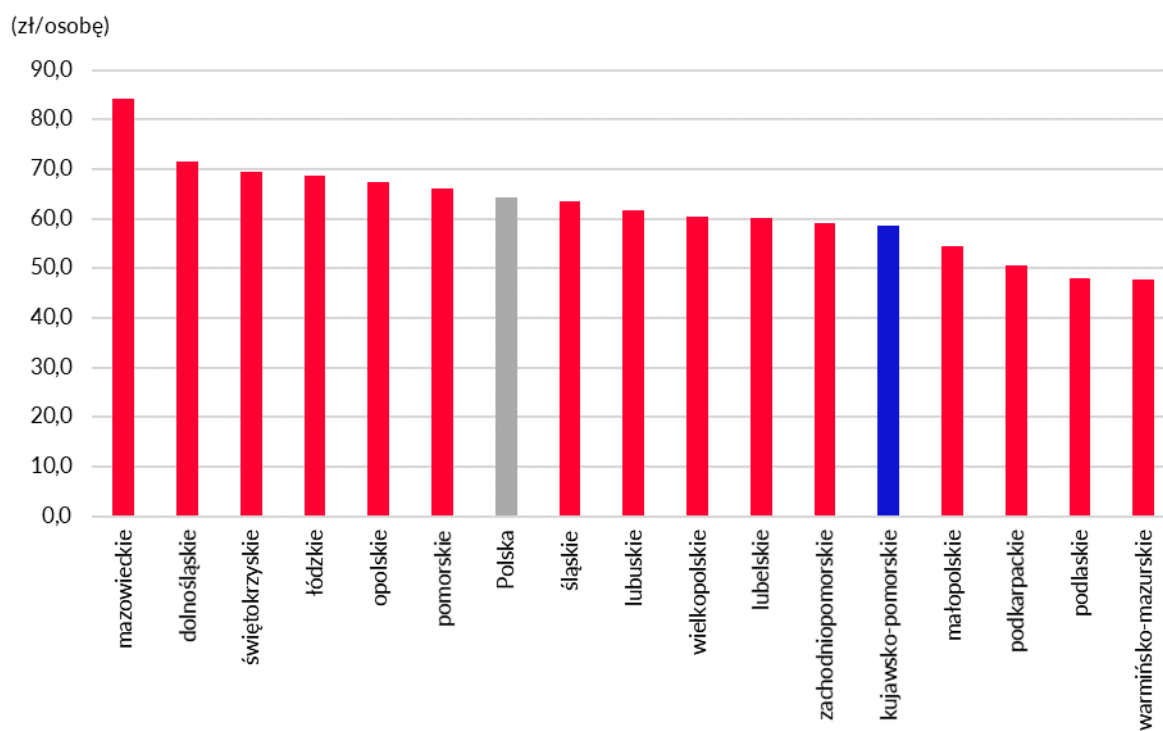
2.9. Warunki życia gospodarstw domowych, dochody, wydatki na ochronę zdrowia

Zgodnie z danymi pochodzącymi z badania budżetów gospodarstw domowych prowadzanego przez GUS przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r. wynosił 1 770,82 zł, co stanowiło 97,3% wartości tego wskaźnika dla całego kraju i plasowało województwo na 10 pozycji wśród pozostałych regionów. Podobnie, jak w pozostałych województwach wartość tego wskaźnika dla kujawsko-pomorskiego stale wzrasta (w stosunku do 2010 r. nastąpił ponad 50% wzrost wartości), jednak tempo tego wzrostu jest zbliżone do tempa wzrostu tego wskaźnika dla całego kraju i tylko w 5 województwach jest niższe niż w kujawsko-pomorskim. Mimo stałego wzrostu wartości wskaźnika dla województwa kujawsko-pomorskiego, a także od 2014 r. poprawy pozycji wśród pozostałych regionów (z miejsca 14. w 2014 r. na miejsce 10. w 2019 r.), w przeciągu ostatnich 10 lat cały czas nie przekroczył on wartości dla kraju, co wskazuje na stosunkowo gorsze warunki życia gospodarstw domowych w regionie.

W 2019 r. wydatki gospodarstw domowych na zdrowie na osobę w województwie kujawsko-pomorskim wynosiły 58,63 zł, co stanowiło 4,8% całkowitej kwoty wydatków na osobę w województwie (dla Polski udział ten wynosił 5,1%). Wartość wydatków na zdrowie na osobę w kujawsko-pomorskim była stosunkowo niska (stanowiła 91,2% kwoty wydatków na zdrowie na osobę dla całego kraju) i mimo stałego wzrostu (w latach 2010-2019 wzrost ten wyniósł prawie 50% i był 5. co do wielkości w kraju, znacznie wyższy niż dla wartości dla Polski) cały czas utrzymuje się poniżej średniej wartości wskaźnika dla kraju, na niskich pozycjach wśród pozostałych województw (w latach 2010-2019 w zasadzie nie osiągała pozycji wyższej niż 11.).

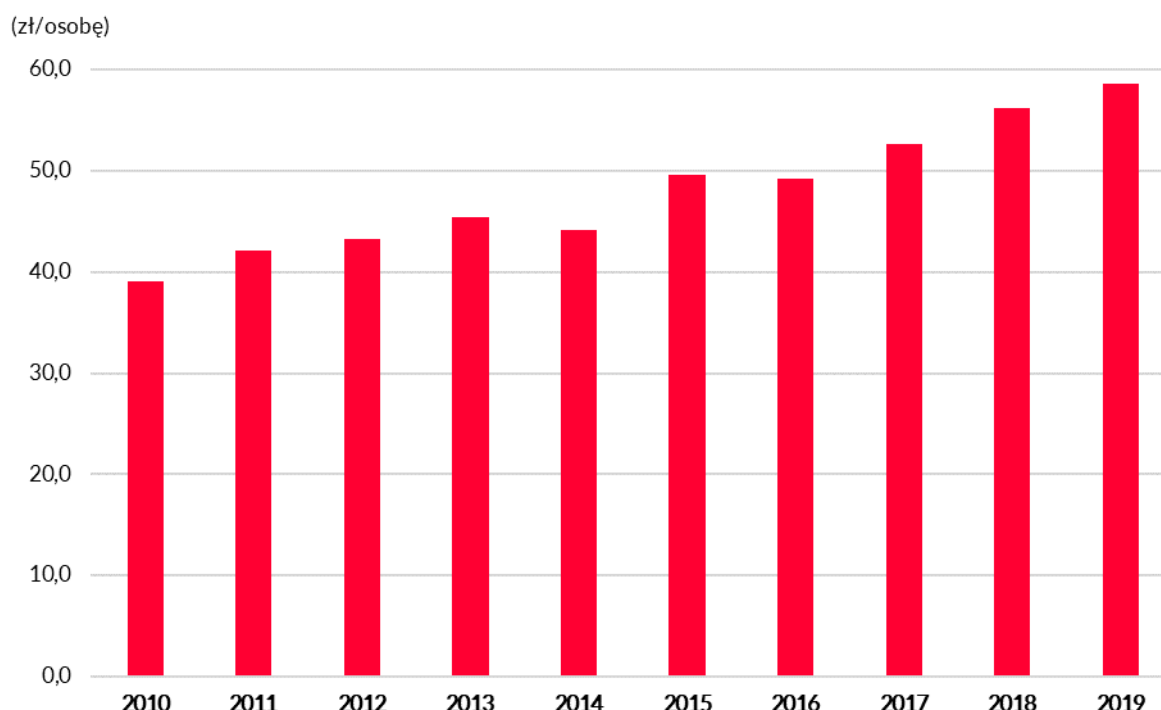
⁴⁹ Wyzwania rozwojowe województwa kujawsko-pomorskiego u progu III dekady XXI wieku. Diagnoza stanu i uwarunkowań rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego

Wykres 24. Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych w 2019 r. (zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Wykres 25. Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2019 (zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

3. Zagrożenia środowiskowe - jakość powietrza atmosferycznego i wody pitnej

Na aspekt zdrowia społeczeństwa bezpośrednio wpływają również 2 ważne czynniki związane ze stanem środowiska, a mianowicie stan czystości powietrza atmosferycznego i wody pitnej.

Pochodzące ze stacji pomiarowych Generalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska wyniki pomiarów wybranych rodzajów zanieczyszczeń powietrza wskazują, że w zakresie podstawowego parametru, który w kompleksowy sposób obrazuje stan czystości powietrza, a mianowicie stężenia pyłu zawieszonego PM₁₀, w zasięgu większości stacji pomiarowych na terenie województwa w ciągu ubiegłej dekady nastąpił generalnie spadek poziomu jego stężenia (co wskazuje na ogólną poprawę czystości powietrza). Obrazując sytuację pod względem liczby dni w ciągu roku ze średniodobowym poziomem stężenia PM₁₀ powyżej 50 µg/m³, w ciągu lat ubiegłej dekady, na niektórych stacjach pomiarowych w województwie dochodziło do przekraczania wartości dopuszczalnej, lecz najczęściej mamy do czynienia z dość częstymi przekroczeniami dobowymi, niemniej jednak nie są one wysokie. Biorąc pod uwagę sam rok 2019, wówczas ponad połowa dni z przekroczeniami dobowymi dotyczyła zakresu 50-60 µg/m³, zaś nieco ponad ¼ przekroczeń dotyczyła zakresu 60-70 µg/m³ – generalnie rzadko dochodzi do znaczących przekroczeń poziomów alarmowych.

Sformułowania dotyczące poprawy jakości powietrza notowanej w ciągu ubiegłej dekady, mają także swoje odzwierciedlenie w zakresie mierzonego stężenia w powietrzu zanieczyszczeń pyłami drobnymi (PM_{2,5}), w zakresie których tak jak w przypadku pyłów grubszych – obserwuje się generalnie spadki.

Należy zaznaczyć, że ten rodzaj pyłów wchodzi również w skład PM₁₀ (stanowiąc w nim udział zazwyczaj ok. 60% latem oraz ok. 75% zimą), tak więc w dość dużym stopniu pokrywa się z przedstawionymi

wcześniej wynikami. Jednak ważną cechą tego pyłu jest jego wielkość, gdyż budujące go cząsteczki są bardzo drobne i z łatwością mogą docierać do górnych dróg oddechowych, płuc, a także mogą przenikać i być transportowane w układzie krwionośnym człowieka. Dopuszczalny poziom stężenia tego zanieczyszczenia w ciągu roku kalendarzowego wynosi $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (do 2020 r. obowiązywało $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$). W przypadku większości stacji pomiarowych na terenie województwa nie notuje się problemów związanych z ponadnormatywnie wysokim stężeniem $\text{PM}_{2,5}$.

Na stacjach pomiarowych mierzone jest także stężenie gazowych zanieczyszczeń powietrza, m.in. dwutlenku siarki oraz dwutlenku azotu. Biorąc pod uwagę skutki zdrowotne związane z ekspozycją na dwutlenek siarki, to przede wszystkim wywiera on szkodliwe działanie na układ oddechowy człowieka, prowadząc do upośledzenia jego funkcji, natomiast ekspozycja na dwutlenek azotu, prowadzi do podrażnienia dróg oddechowych oraz nasilenia chorób w tym zakresie (w tym astmy), a także obrzęku płuc. W zakresie obydwu związków w okresie 2010-2019 na większości stacji pomiarowych doszło do spadku ich średniorocznego stężenia, i już od kilku lat średnioroczny poziom stężenia tych związków jest na wszystkich stacjach pomiarowych wyraźnie niższy, niż poziom dopuszczalny.

W ogólnym ujęciu stan czystości powietrza na obszarach prowadzenia pomiarów w województwie kujawsko-pomorskim można ocenić jako dobry, tj. nie powodujący ciągłego zagrożenia dla zdrowia ludzi. Należy jednak zwrócić uwagę na potencjalnie niebezpieczne sytuacje, w których dochodzi do osiągania bardzo dużych wartości stężenia niektórych rodzajów zanieczyszczeń w powietrzu (najczęściej w postaci okresów kilkudniowych). Takie problemy występują zwłaszcza w porze zimowej, podczas której spalanie paliw kopalnych z uwagi na warunki pogodowe jest bardzo wysokie w stosunku do pozostałych pór roku.

Proces badania i monitorowania stanu przydatności wody pitnej do potrzeb bytowo-komunalnych ludzi jest bardziej złożony, niż ma to miejsce w przypadku pomiarów czystości powietrza, bowiem w tym zakresie bada się nie tylko parametry jakościowe, związane z występowaniem określonych właściwości fizykochemicznych wód do spożycia, ale także parametry organoleptyczne (związane z barwą, mętnością, smakiem, czy zapachem) oraz parametry mikrobiologiczne, związane z potencjalną obecnością bakterii określonego rodzaju, które mogłyby powodować komplikacje zdrowotne u ludzi.

Przeprowadzone badania wskazują, że względem ogólnej jakości wody dostarczanej mieszkańcom regionu za pośrednictwem sieci wodociągowej wszystkie wodociągi dostarczały wodę dobrą, spełniającą określone przepisami prawa wymagania przydatności do spożycia. W ciągu ostatnich kilku lat problemy w tym zakresie występowały sporadycznie – a zatem doprowadzana do użytkowników woda wodociągowa w ogromnej ilości odpowiadała prawidłowym normom jakościowym. Udział mieszkańców zagrożonych użytkowaniem wody z wodociągów o nieodpowiednich parametrach jakościowych w okresie 2015-2020 był niewielki i wynosił 0,05-0,2%.

4. Zasoby ochrony zdrowia

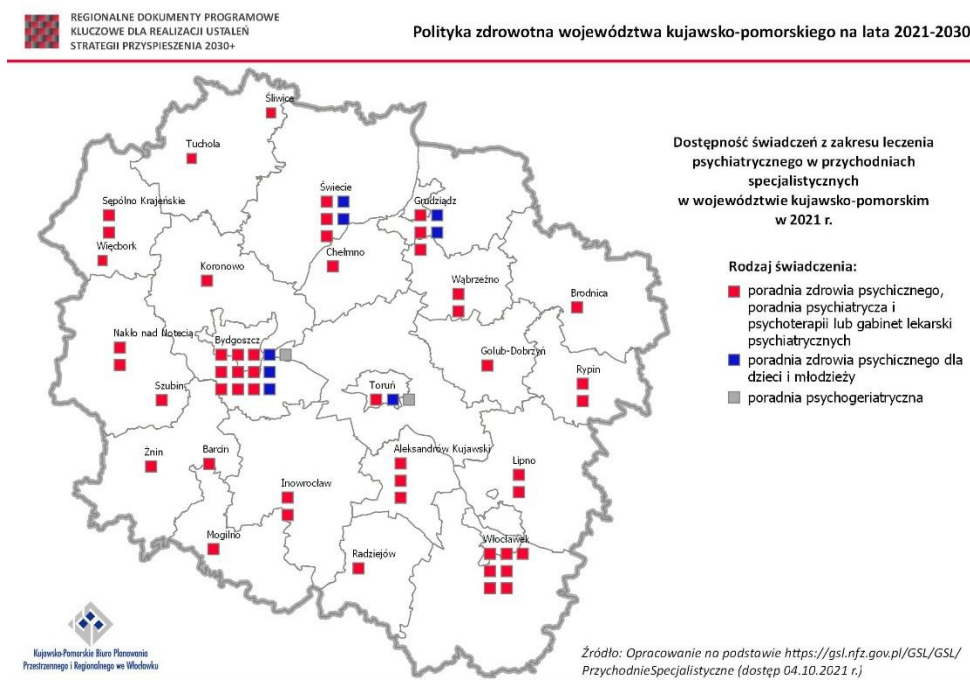
4.1. Opieka psychiatryczna, zdrowie psychiczne i terapia uzależnień

W 2021 r.⁵⁰ w województwie kujawsko-pomorskim leczenie psychiatryczne dla osób dorosłych w przychodniach specjalistycznych odbywało się w 50 podmiotach (w formie poradni zdrowia psychicznego, poradni psychiatrycznych i psychoterapii oraz gabinetów lekarskich psychiatrycznych). Dodatkowo w województwie działało 8 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz 2 poradnie psychogeriatryczne. Świadczenia psychologiczne uzyskać można było w 30 poradniach i gabinetach psychologicznych, 8 poradniach psychologicznych dla dzieci, a także w ramach 5 ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Przychodnie specjalistyczne psychiatryczne dostępne były w co najmniej jednej miejscowości w 20 powiatach (poza powiatami grudziądzkim, toruńskim i włocławskim), w 4 powiatach położonych w zachodniej części

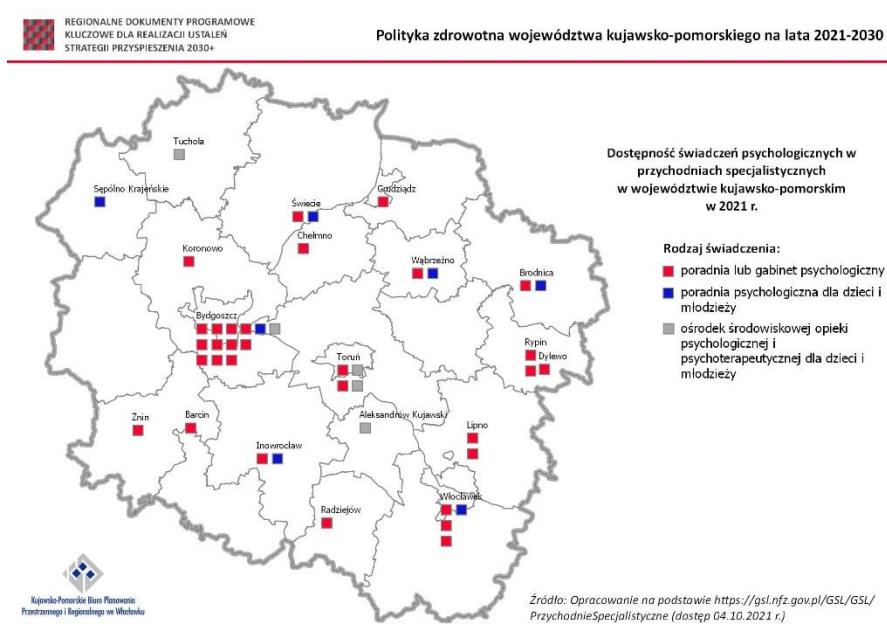
⁵⁰ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>, dostęp 4.10.2021 r.

województwa tego typu placówki dostępne były w dwóch miejscowościach. Natomiast przychodnie specjalistyczne, w których skorzystać można było ze świadczeń psychologicznych znajdowały się na obszarze 17 powiatów – tego rodzaju świadczenia nie były dostępne poza powiatami grudziądzkim, toruńskim i włocławskim także w powiatach nakielskim, wąbrzeskim oraz mogileńskim, a w przypadku 3 powiatów (sepołeński, tucholski, aleksandrowski) dostępne były tylko świadczenia dla dzieci i młodzieży.

Mapa 7. Przychodnie specjalistyczne psychiatryczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.



Mapa 8. Przychodnie specjalistyczne psychologiczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.



W 2020 r.⁵¹ w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowało 19 oddziałów psychiatrycznych ogólnych (z czego aż 8 w Wojewódzkim Szpitalu Dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Im. Dr Józefa Bednarza w Świeciu, po 3 w Bydgoszczy, Lipnie i Toruniu oraz 2 w Grudziądzu) i 2 oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych (w Bydgoszczy). Ponadto, działało również 20 oddziałów dziennych psychiatrycznych, w tym 3 dla dzieci (w tym dwa rehabilitacyjne dla dzieci w Bydgoszczy i w Toruniu), 3 psychogeriatryczne (2 w Bydgoszczy i 1 w Toruniu), 2 rehabilitacyjne (w Bydgoszczy i w Toruniu), 9 oddziałów ogólnych (4 w Bydgoszczy, 2 w Grudziądzu, 2 we Włocławku i 1 w Toruniu) oraz 3 oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych (2 w Bydgoszczy i 1 w Toruniu).

Tabela 7. Oddziały psychiatryczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2020 r.

	Rodzaj oddziału	Miejscowość						suma
		Bydgoszcz	Grudziądz	Lipno	Świecie	Toruń	Włocławek	
świadczenia dzienne	oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)	4	2	0	0	1	2	9
	oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny	1	0	0	0	1	0	2
	oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci	1	0	0	0	0	0	1
	oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci	1	0	0	0	1	0	2
	oddział dzienny psychogeriatryczny	2	0	0	0	1	0	3
	oddział dzienny zaburzeń nerwicowych	2	0	0	0	1	0	3
świadczenia całodobowe	oddział psychiatryczny (ogólny)	3	2	3	8	3	0	19
	oddział leczenia zaburzeń nerwicowych	2	0	0	0	0	0	2

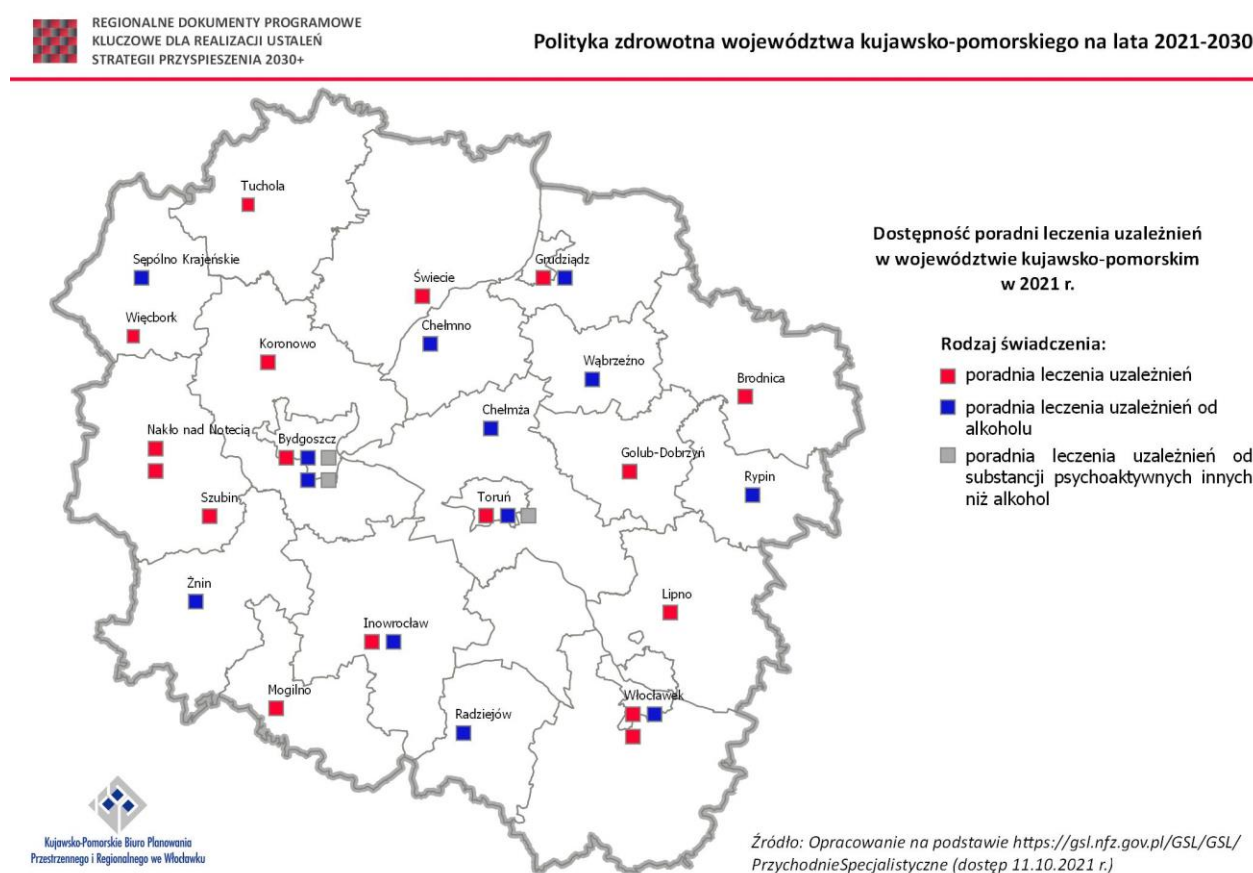
Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406> stan na listopad 2020r. (dostęp z dnia 3.09.2021 r.)

Na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego w 2021 r.⁵² funkcjonowały 33 poradnie leczenia uzależnień (w tym 13 poradni leczenia uzależnień od alkoholu i 3 poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol). Były one dostępne w 22 miastach na obszarze 20 powiatów. Tego typu placówki nie działały na obszarze powiatu aleksandrowskiego, grudziądzkiego i włocławskiego, a na obszarze powiatów sępoleńskiego i nakielskiego dostępne były w dwóch miejscowościach (w pozostałych powiatach znajdowały się tylko w jednej miejscowości).

⁵¹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406> stan na listopad 2020r. (dostęp z dnia 3.09.2021r.)

⁵² <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>, dostęp 11.10.2021 r.

Mapa 9. Poradnie leczenia uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.



W województwie w 2021 r.⁵³ działało 16 oddziałów leczenia/terapii uzależnień. 6 z nich to oddziały dzienne – 4 oddziały dzienne terapii uzależnienia od alkoholu, 1 oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz 1 oddział w ośrodku leczenia uzależnień, bliżej niescharakteryzowanych. Pozostałe 10 oddziałów to oddziały całodobowe, w tym 1 dedykowany leczeniu uzależnień dla młodzieży. Największa liczba oddziałów (5) znajdowała się w Toruniu (działała w ramach Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu) oraz w Świeciu (3 oddziały działające w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Im. Dr Józefa Bednarza w Świeciu).

Tabela 8. Oddziały leczenia/terapii uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.

	Rodzaj oddziału	Miejscowość							suma
		Bydgoszcz	Inowrocław	Mokowo (g. Dobrzyń nad Wisłą)	Nakło nad Notecią	Radziejów	Świecie	Toruń	
świadczenia dienne	oddział dzienny leczenia uzależnienia od alkoholu	1	1	0	1	0	0	1	4
	oddział dzienny leczenia uzależnień	0	1	0	0	0	0	0	1
	oddział dzienny leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych	0	0	1	0	0	0	0	1

⁵³ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl> stan na 01.09.2021 r. (dostęp 2.09.2021 r.)

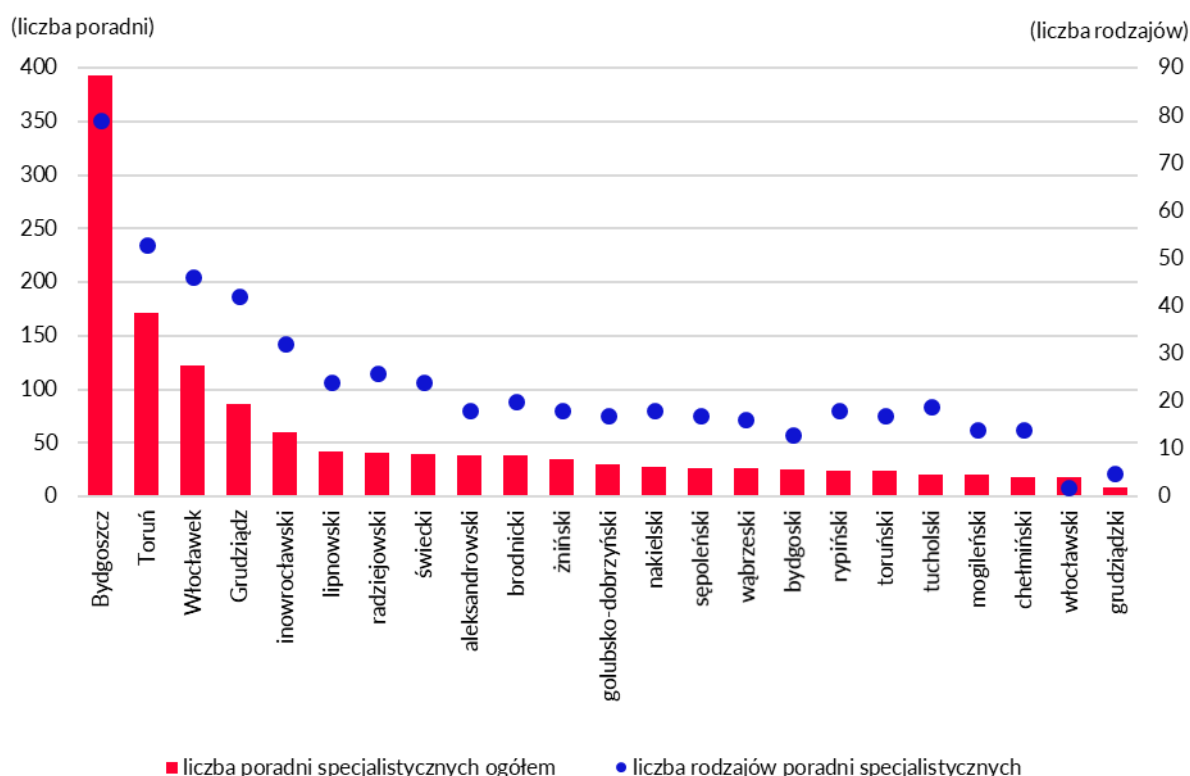
świadczenia całodobowe	oddział leczenia uzależnienia od alkoholu	0	0	0	0	1	1	0	2
	oddział leczenia uzależnienia od alkoholu (detoksykacja)	0	0	0	0	1	1	0	2
	oddział leczenia uzależnień	1	0	0	0	0	0	1	2
	oddział leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych	0	0	0	0	0	1	3	4

Źródło: Opracowanie na podstawie <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl>, stan na 01.09.2021 r. (dostęp 2.09.2021 r.)

4.2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim działało 1 338⁵⁴ poradni świadczących specjalistyczne porady, badania diagnostyczne oraz procedury zabiegowe niewymagające całodobowej hospitalizacji⁵⁵. Obejmowały one 87 rodzajów specjalności w tym 29 (95 poradni) dla dzieci. Największa liczba poradni specjalistycznych działała w 4 największych miastach regionu – Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku i Grudziądzu.

Wykres 26. Poradnie specjalistyczne w województwie kujawsko-pomorskim wg powiatów w 2019 r.



Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3409> (dostęp 26.07.2021)

Najlepszą dostępnością cechują się poradnie położniczo-ginekologiczne – jest ich najwięcej w województwie (185) i na obszarze każdego powiatu działają co najmniej 2 placówki tego typu. Ponadto do poradni o najlepszej dostępności należą poradnie o specjalności neurologicznej, okulistycznej,

⁵⁴ Z analizy wyłączono wykazane w zestawieniu 3 poradnie, które nie miały przypisanego rodzaju.

⁵⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3409>

otorynolaryngologicznej, dermatologicznej, kardiologicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznej oraz pracownie endoskopii, które poza powiatami grudziądzkim i włocławskim są dostępne na obszarze wszystkich pozostałych powiatów.

W województwie jest szereg rodzajów poradni (49), które są zlokalizowane wyłącznie w którymś z 4 największych miast regionu (w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku lub Grudziądzu), z czego 35 rodzajów tylko w Bydgoszczy lub w Toruniu. W największych miastach występuje często po kilka poradni tego samego rodzaju.

Tabela 9. Dostępność rodzajów poradni specjalistycznych w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.

Rozmieszczenie rodzajów poradni specjalistycznych	Rodzaj poradni	Liczba poradni
Rodzaje poradni specjalistycznych działające we wszystkich powiatach	poradnia położniczo-ginekologiczna	185
Rodzaje poradni specjalistycznych działające w 4 największych miastach województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) oraz w 17-18 z pozostałych powiatów	poradnia neurologiczna	83
	poradnia chirurgii ogólnej	77
	poradnia okulistyczna	77
	poradnia otorynolaryngologiczna	77
	poradnia dermatologiczna	64
	poradnia kardiologiczna	60
	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	53
	poradnia urologiczna	49
	pracownia endoskopii	43
Rodzaje poradni specjalistycznych działające w 4 największych miastach województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) oraz w 13-16 z pozostałych powiatów	poradnia logopedyczna	50
	poradnia alergologiczna	43
	poradnia reumatologiczna	43
	poradnia diabetologiczna	37
	pracownia tomografii komputerowej	28
Rodzaje poradni specjalistycznych działające w 4 największych miastach województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) oraz w 10 z pozostałych powiatów	poradnia endokrynologiczna	39
	poradnia gruźlicy i chorób płuc	19
Rodzaje poradni specjalistycznych działające w co najmniej 1 z 4 największych miast województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) oraz w 4-6 z pozostałych powiatów	poradnia gastroenterologiczna	24
	poradnia leczenia bólu	19
	pracownia rezonansu magnetycznego	19
	poradnia chorób płuc	16
	poradnia medycyny sportowej	14
	poradnia onkologiczna	14

	poradnia preluksacyjna	14
	poradnia nefrologiczna	12
	poradnia ginekologiczna	7
Rodzaje poradni specjalistycznych działające w co najmniej w 1 z 4 największych miast województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) i w 1-3 z pozostałych powiatów	poradnia chirurgii ogólnej dla dzieci	12
	poradnia chirurgii onkologicznej	12
	poradnia neurochirurgiczna	11
	poradnia alergologiczna dla dzieci	8
	poradnia neurologiczna dla dzieci	8
	poradnia neonatologiczna	7
	poradnia chirurgii naczyniowej	6
	poradnia osteoporozy	6
	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	4
	poradnia chorób zakaźnych	5
	poradnia hematologiczna	5
	poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci	5
Rodzaje poradni specjalistycznych działające wyłącznie w co najmniej 1 z 4 największych miast województwa (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz); *rodzaje poradni działające wyłącznie w Bydgoszczy lub w Toruniu	poradnia chorób naczyń	6
	poradnia kardiologiczna dla dzieci	6
	poradnia geriatryczna*	5
	poradnia wad postawy	5
	pracownia lub zakład medycyny nuklearnej	5
	poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej*	4
	poradnia ginekologiczna dla dziewcząt	4
	poradnia audiologiczna*	3
	poradnia chemioterapii	3
	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	3
	poradnia endokrynologiczna dla dzieci	3
	poradnia genetyczna*	3
	poradnia leczenia zeza*	3
	poradnia okulistyczna dla dzieci	3
	poradnia urologiczna dla dzieci*	3
	poradnia chirurgii klatki piersiowej*	2
	poradnia chorób metabolicznych*	2
	poradnia chorób płuc dla dzieci*	2

	poradnia diabetologiczna dla dzieci	2
	poradnia foniatryczna*	2
	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci*	2
	poradnia hematologiczna dla dzieci*	2
	poradnia kardiochirurgiczna*	2
	poradnia nefrologiczna dla dzieci*	2
	poradnia profilaktyki chorób piersi	2
	poradnia radioterapii*	2
	poradnia audiologiczna dla dzieci*	1
	poradnia chirurgii plastycznej*	1
	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci*	1
	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci	1
	poradnia dermatologiczna dla dzieci*	1
	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej*	1
	poradnia hepatologiczna*	1
	poradnia immunologiczna*	1
	poradnia immunologiczna dla dzieci*	1
	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci*	1
	poradnia logopedyczna dla dzieci	1
	poradnia neurochirurgiczna dla dzieci*	1
	poradnia nowotworów krwi*	1
	poradnia onkologiczna dla dzieci*	1
	poradnia profilaktyczno-lecznicza (hiv/aids)*	1
	poradnia proktologiczna*	1
	poradnia reumatologiczna dla dzieci*	1
	poradnia transplantologiczna*	1
	poradnia transplantologiczna dla dzieci*	1
	poradnia wad serca*	1
	poradnia zaopatrzenia ortopedycznego*	1
	pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej*	1
	pracownia usg	1

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3409> (dostęp 26.07.2021)

4.3. Podstawowa opieka zdrowotna⁵⁶

W 2021 r. w województwie kujawsko-pomorskim działało 479 placówek podstawowej opieki zdrowotnej w formie gabinetów, poradni lub przychodni. Zlokalizowane one były w 219 miejscowościach (we wszystkich 52 miastach, w 74 z 79 wiejskich siedzib gmin i 93 pozostałych miejscowościach wiejskich). Tylko na obszarze 3 gmin wiejskich – Kowal, Brodnica i Radziejów, tzw. gmin obwarzankowych⁵⁷ - nie funkcjonowała żadna placówka POZ. Miejscowości, w których znajdowały się placówki POZ zamieszkiwało 66,9% mieszkańców województwa⁵⁸ (100% ludności mieszkającej w miastach i 23,1% ludności mieszkającej na obszarach wiejskich).

Ze wszystkich miejscowości, w których działały placówki podstawowej opieki zdrowotnej w 217 dostępny był co najmniej jeden gabinet/poradnia lekarska (w dwóch miejscowościach wiejskich, w których znajdowały się placówki POZ dostępny był tylko gabinet/poradnia pielęgniarki lub położnej). W poszczególnych gminach maksymalna liczba miejscowości, w których można było skorzystać z gabinetów/poradni lekarza POZ wynosiła 4-5 (Szubin 5, Obrowo 4, Koronowo 4). W 70 gminach wiejskich lub miejsko-wiejskich gabinety/poradnie lekarskie znajdowały się w jednej miejscowości. W 51 gminach gabinet/poradnia lekarza POZ dostępna była w 2 lub 3 miejscowościach (2 w 36 gminach, 3 w 15 gminach). Brak możliwości skorzystania z porady lekarza POZ na obszarze swojej gminy mieli mieszkańcy 3 gmin, w których brak było placówek POZ – gmin wiejskich Brodnica, Kowal i Radziejów. Łącznie w województwie działały 522 gabinety/poradnie lekarskie⁵⁹. W miejscowościach z dostępem do gabinetu/poradni lekarza POZ mieszkało 66,8% ludności całego województwa i 22,9% ludności zamieszkującej obszary wiejskie.

Gabinety/poradnie pielęgniarki POZ znajdowały się w 196 miejscowościach (w 52 miastach, 73 wiejskich siedzibach gmin oraz w 71 pozostałych miejscowościach wiejskich). W całym województwie działało 428 gabinetów/poradni pielęgniarki POZ⁶⁰. Poza wspomnianymi wyżej 3 gminami obwarzankowymi (wiejskimi gminami Brodnica, Kowal i Radziejów) gabinet/poradnia pielęgniarki nie była dostępna

w gminie wiejskiej Chełmno (również tzw. gminie obwarzankowej) oraz w gminie Chrostkowo. Podobnie jak w przypadku gabinetów/poradni lekarza POZ, największa liczba miejscowości z dostępnymi gabinetami/poradniami pielęgniarki była w gminach Szubin (5), Koronowo (4) i Obrowo (4). Po 3 miejscowości wyposażone w tego typu świadczenie występowały w 9 gminach, po 2 miejscowości w 29 gminach, a tylko po jednej miejscowości w 98 gminach. Łącznie w miejscowościach, w których funkcjonowały gabinety/poradnie pielęgniarki POZ, mieszkało 65,0% ludności całego województwa i 18,6% ludności zamieszkującej obszary wiejskie.

Najmniejsza liczba miejscowości była wyposażona w gabinet/poradnię położnej POZ - działały one w 162 miejscowościach (w 52 miastach, 67 wiejskich siedzibach gmin oraz 43 pozostałych miejscowościach wiejskich). W 2021 r. liczba funkcjonujących gabinetów/poradni położnej POZ wynosiła 354⁶¹. Podobnie jak w przypadku gabinetów/poradni pielęgniarki POZ żaden gabinet/poradnia położnej nie znajdowała się na obszarze 5 gmin (wiejskich gmin Brodnica, Chełmno, Kowal i Radziejów oraz gminy Chrostkowo). Maksymalna liczba miejscowości w gminie, w których działały gabinety/poradnie położnej POZ wynosiła 4 w gminie Koronowo oraz 3 w gminach Obrowo i Lubicz. Po dwie miejscowości wyposażone w tego typu świadczenie znajdowały się w 16 gminach, natomiast po jednej miejscowości w aż 120 gminach. Miejscowości, w których znajdowały się gabinety/poradnie

⁵⁶ Stan na 30.07.2021 r. wg <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/POZ>

⁵⁷ Dla tego typu gmin miejscem gdzie mieszkańcy korzystają ze świadczeń jest najczęściej gmina miejska.

⁵⁸ Informacje dotyczące udziału liczby ludności zamieszkującej miejscowości wyposażone w dany rodzaj świadczenia zostały obliczone na podstawie danych dotyczących liczby ludności na koniec 2020 r.

⁵⁹ W jednej placówce może funkcjonować więcej niż jeden gabinet/poradnia.

⁶⁰ W jednej placówce może funkcjonować więcej niż jeden gabinet/poradnia.

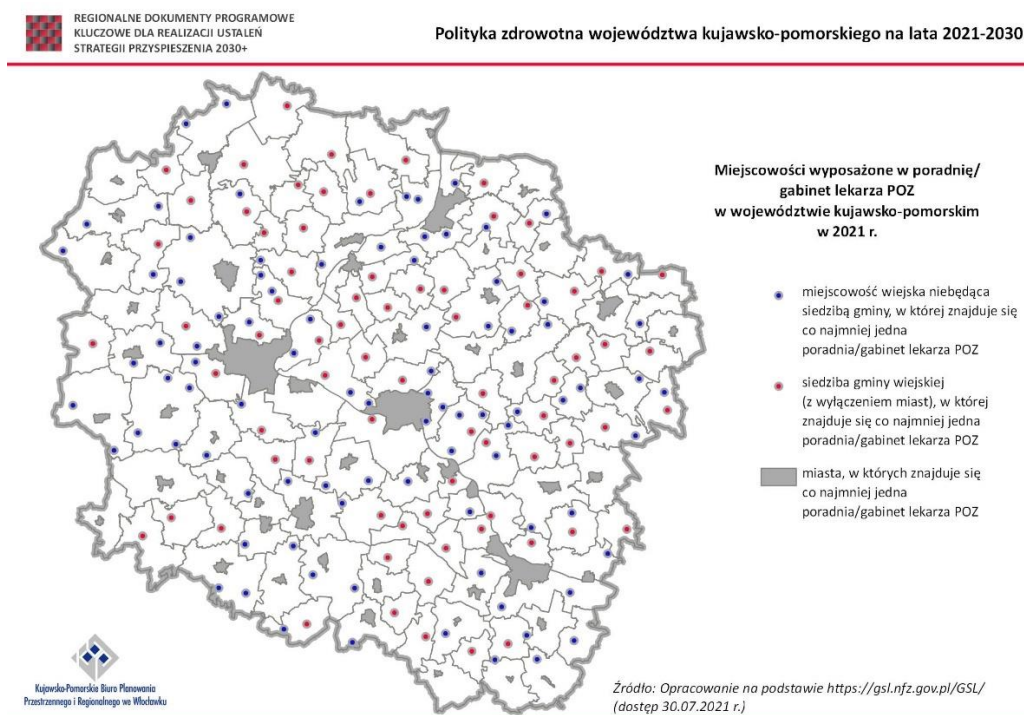
⁶¹ W jednej placówce może funkcjonować więcej niż jeden gabinet/poradnia.

położonej zamieszkiwało 64,4% mieszkańców całego województwa i 17,3% ludności zamieszkującej obszary wiejskie.

Mapa 10. Dostępność placówek podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.



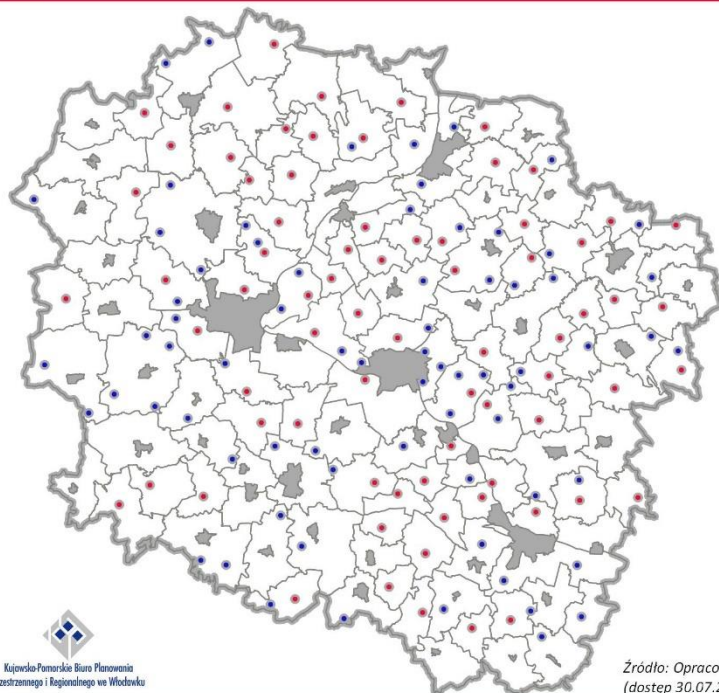
Mapa 11. Dostępność lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.



Mapa 12. Dostępność pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.

REGIONALNE DOKUMENTY PROGRAMOWE
KLUCZOWE DLA REALIZACJI USTALEŃ
STRATEGII PRZYSPIESZENIA 2030+

Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021-2030



Miejscowości wyposażone w poradnię/
gabinet pielęgniarstwa POZ
w województwie kujawsko-pomorskim
w 2021 r.

- miejscowość wiejska niebędąca siedzibą gminy, w której znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet pielęgniarstwa POZ
- siedziba gminy wiejskiej (z wyłączeniem miast), w której znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet pielęgniarstwa POZ
- miasta, w których znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet pielęgniarstwa POZ

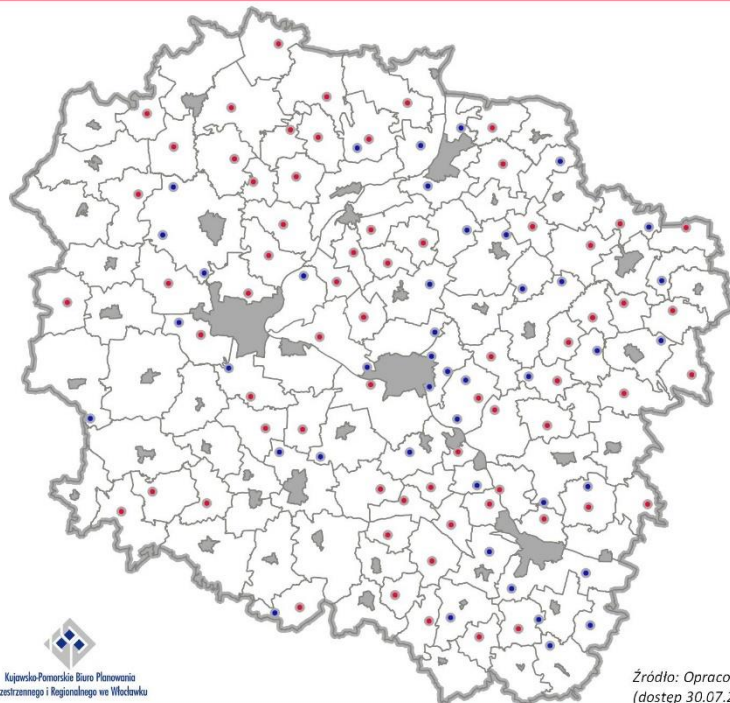
Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania
Przestrzennego i Regionalnego w Włocławku

Źródło: Opracowanie na podstawie <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/>
(dostęp 30.07.2021 r.)

Mapa 13. Dostępność położnej podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.

REGIONALNE DOKUMENTY PROGRAMOWE
KLUCZOWE DLA REALIZACJI USTALEŃ
STRATEGII PRZYSPIESZENIA 2030+

Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021-2030



Miejscowości wyposażone w poradnię/
gabinet położnej POZ
w województwie kujawsko-pomorskim
w 2021 r.

- miejscowość wiejska niebędąca siedzibą gminy, w której znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet położnej POZ
- siedziba gminy wiejskiej (z wyłączeniem miast), w której znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet położnej POZ
- miasta, w których znajduje się co najmniej jedna poradnia/gabinet położnej POZ

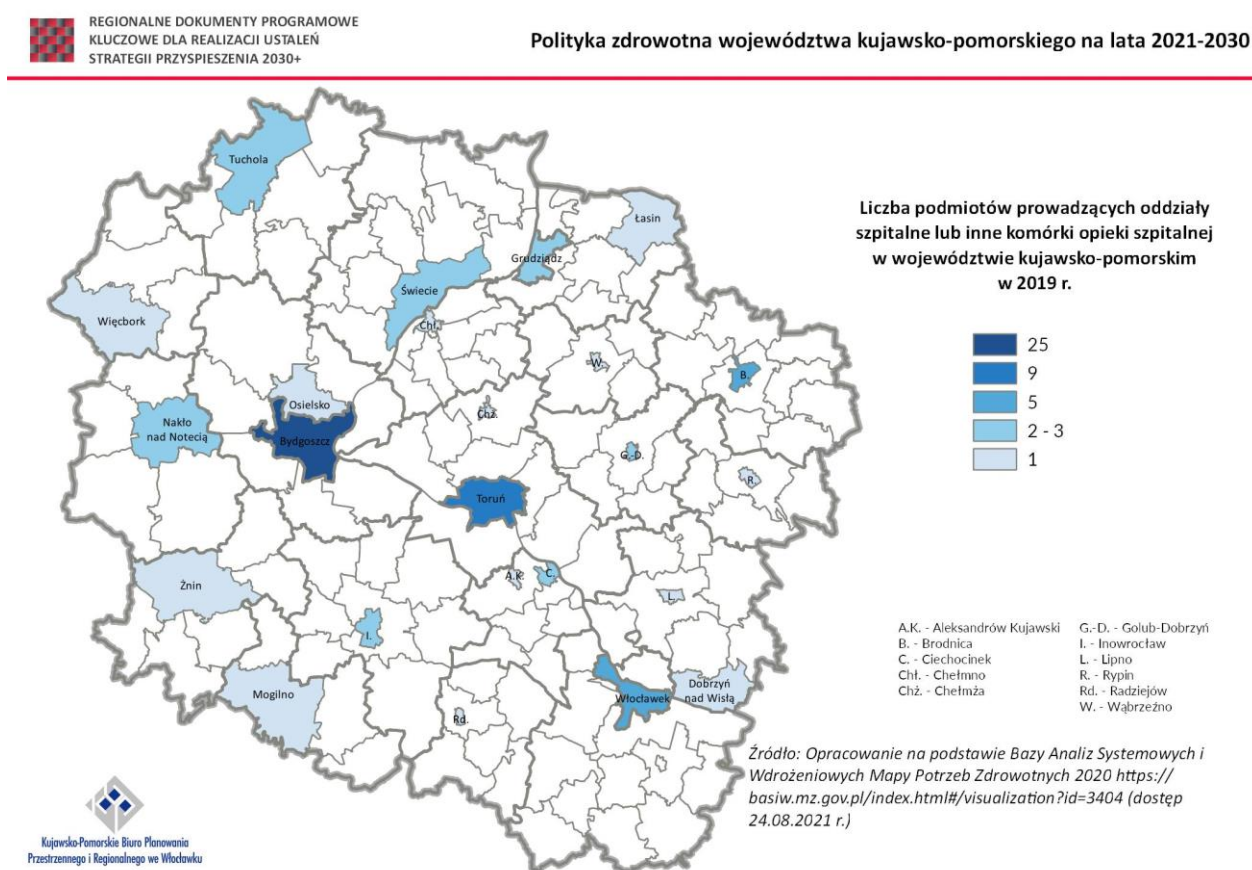
Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania
Przestrzennego i Regionalnego w Włocławku

Źródło: Opracowanie na podstawie <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/>
(dostęp 30.07.2021 r.)

4.4. Lecznictwo szpitalne

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim działały 73 podmioty prowadzące łącznie 534 oddziały szpitalne lub inne komórki opieki szpitalnej⁶². Podmioty te funkcjonowały w 24 gminach – poza powiatem włocławskim, na obszarze wszystkich pozostałych powiatów działała co najmniej jedna tego typu placówka.

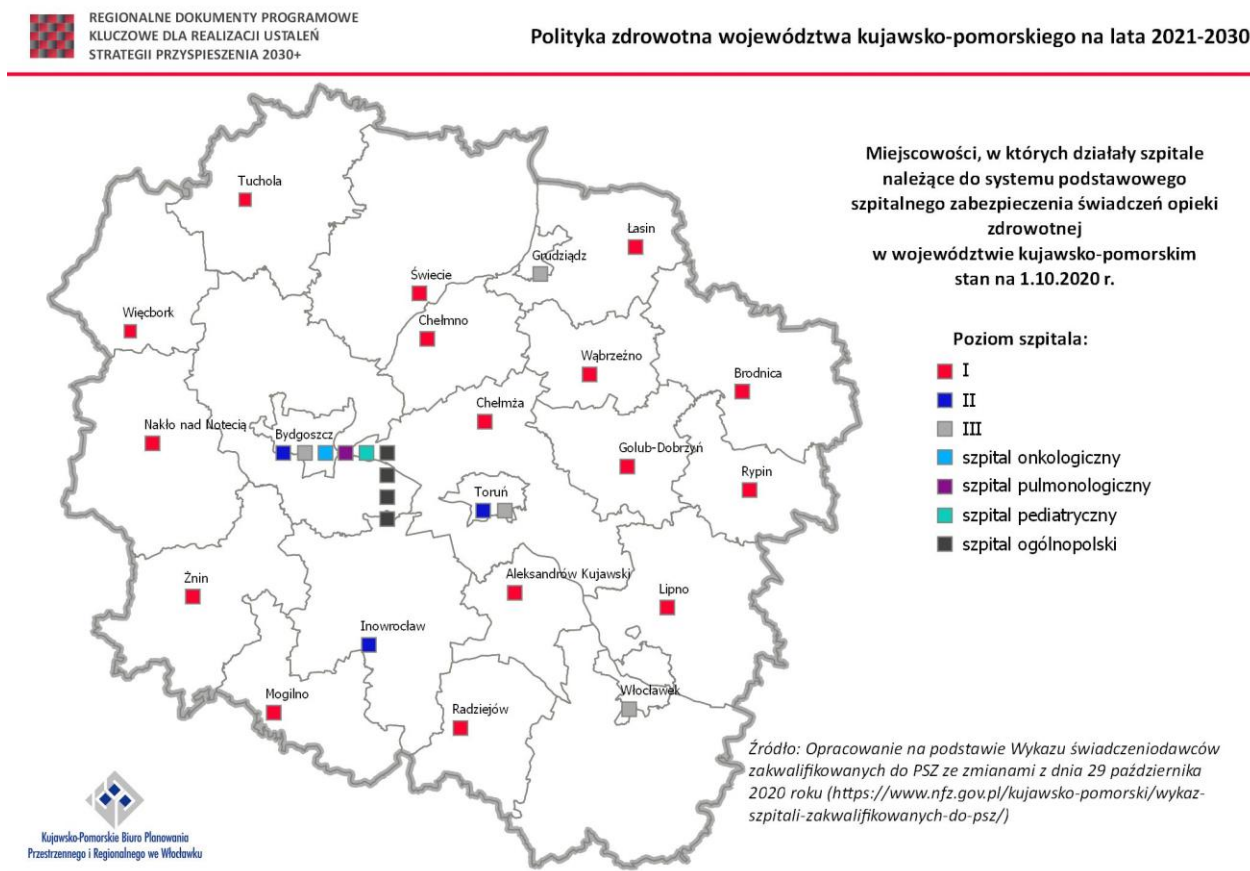
Mapa 14. Podmioty prowadzące oddziały szpitalne lub inne komórki opieki szpitalnej w województwie kujawsko-pomorskim wg gmin w 2019 r.



30 podmiotów ze wszystkich prowadzących oddziały szpitalne lub inne komórki opieki szpitalnej, należało do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali). Składało się na niego 16 szpitali I stopnia, 3 szpitale II stopnia, 4 szpitale III stopnia, 4 szpitale ogólnopolskie oraz po jednym szpitalu onkologicznym, pediatrycznym i pulmonologicznym.

⁶² <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>

Mapa 15. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim



4.5. Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa w Polsce jest świadczona w dwóch formach – stacjonarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz domowej świadczona przez pielęgniarkę opieki długoterminowej w domu osoby potrzebującej⁶³.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r. ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej skorzystało 4 691 pacjentów (2 746 w opiece domowej i 1 947 w opiece stacjonarnej).

W 2019 r. w województwie działało 25 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych z łączną liczbą ok. 1,2 tys. łóżek. Dwa z nich (1 w Bydgoszczy i 1 w Toruniu) oferowały świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz jeden (w Toruniu) przeznaczony był dla dzieci i młodzieży (w tym pacjentów wentylowanych mechanicznie). Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze/opiekuńczo-lecznicze działały na obszarze 17 powiatów (w tym w 3 miastach na prawach powiatu – Bydgoszczy, Toruniu i Grudziądzu).

Opieka domowa w województwie świadczona była przez 73 podmioty. Tego typu świadczenia dostępne były we wszystkich powiatach regionu. Spośród wszystkich świadczeniodawców 4 podmioty (działające w Bydgoszczy) oferowały świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (2 zarówno dla dzieci jak i osób dorosłych, 1 dla dorosłych i 1 dla dzieci).

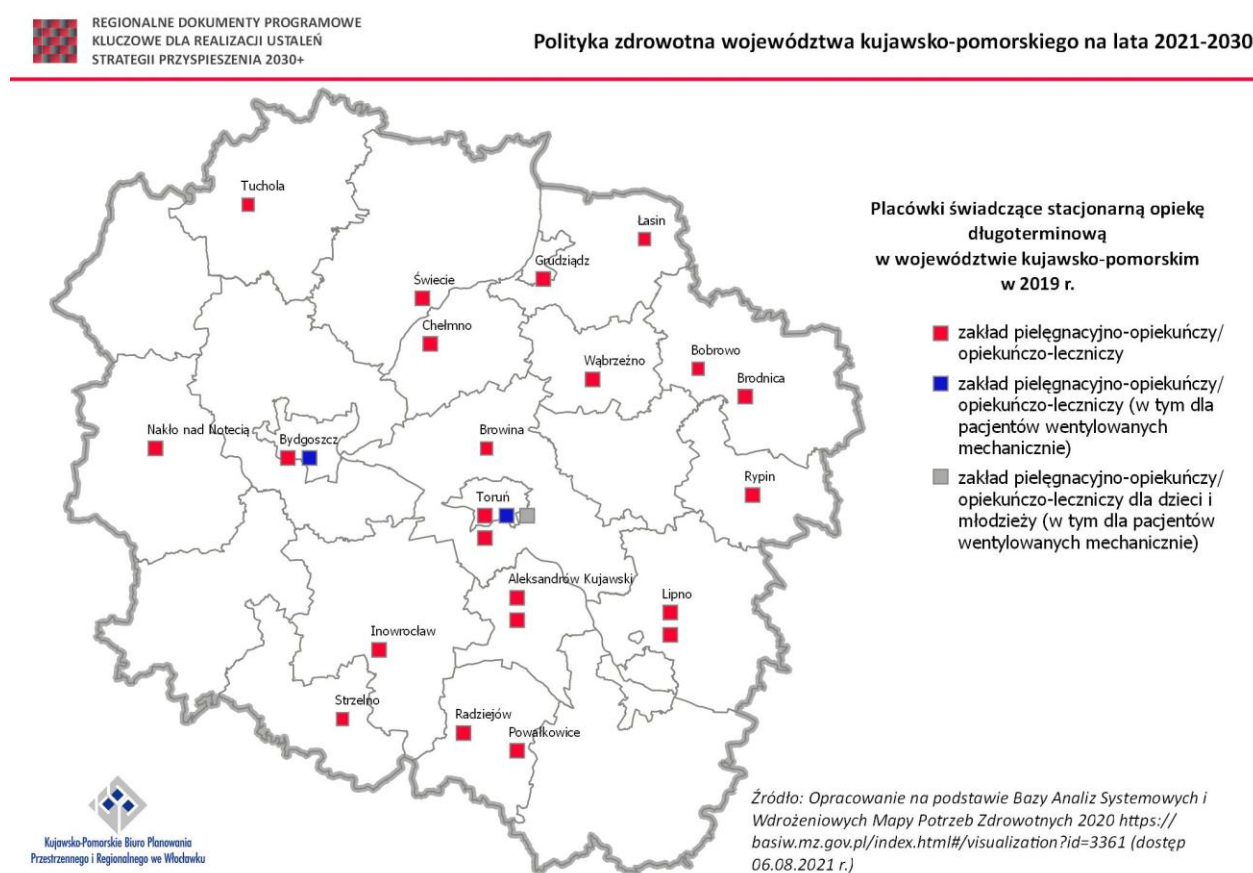
⁶³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>

Tabela 10. Opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.

Powiat	Opieka długoterminowa			
	opieka domowa		opieka stacjonarna	
	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów
aleksandrowski	2	120	2	117
brodnicki	2	28	2	160
bydgoski	1	32	0	0
chełmiński	1	24	1	76
golubsko-dobrzyński	1	8	0	0
grudziądzki	1	26	1	84
inowrocławski	5	144	1	35
lipnowski	4	75	2	203
m. Bydgoszcz	11	899	2	148
m. Grudziądz	3	118	1	99
m. Toruń	9	258	4	324
m. Włocławek	4	244	0	0
mogileński	2	30	1	57
nakielski	3	109	1	83
radziejowski	2	67	2	110
rypiński	1	39	1	59
sępoleński	3	54	0	0
świecki	1	13	1	133
toruński	6	63	1	113
tucholski	3	105	1	24
wąbrzeski	1	12	1	122
włocławski	5	203	0	0
żniński	2	75	0	0
SUMA	73	2746	25	1947

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>

Mapa 16. Stacjonarna opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



4.6. Opieka paliatywna i hospicyjna⁶⁴

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim opiekę paliatywno-hospicyjną świadczyło 29 placówek⁶⁵. W 7⁶⁶ z nich można było skorzystać z porady w poradni medycyny paliatywnej (w 2019 r. z takiej formy skorzystało 542 pacjentów). Opiekę domową w formie hospicjum domowego świadczyły 24 placówki, w ramach których w 2019 r. opieką objętych było 5 263 pacjentów. Ponadto 4 placówki w województwie oferowały świadczenia w formie hospicjum domowego dla dzieci (w 2019 r. tą formą opieki objętych było 166 pacjentów). Średni czas jakim objęci byli pacjenci opieką w ramach hospicjum domowego wynosił 93 dni, natomiast w przypadku hospicjów domowych dla dzieci 284 dni. Ostatnim rodzajem opieki paliatywnej i hospicyjnej jest opieka stacjonarna świadczona w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej. W 2019 r. na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego tego rodzaju świadczenia można było uzyskać w 10 placówkach. Obejmowały one na koniec 2019 r. 164 łóżka i skorzystało z nich 1 905 pacjentów. Średni czas pobytu pacjenta w placówce opieki stacjonarnej wynosił 25 dni.

Najbardziej rozbudowana oferta świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. dostępna była w Bydgoszczy, a także Toruniu i Włocławku oraz w Grudziądzu. Tylko w tych miastach dostępne były wszystkie rodzaje świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej - w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci oraz w poradni medycyny paliatywnej.

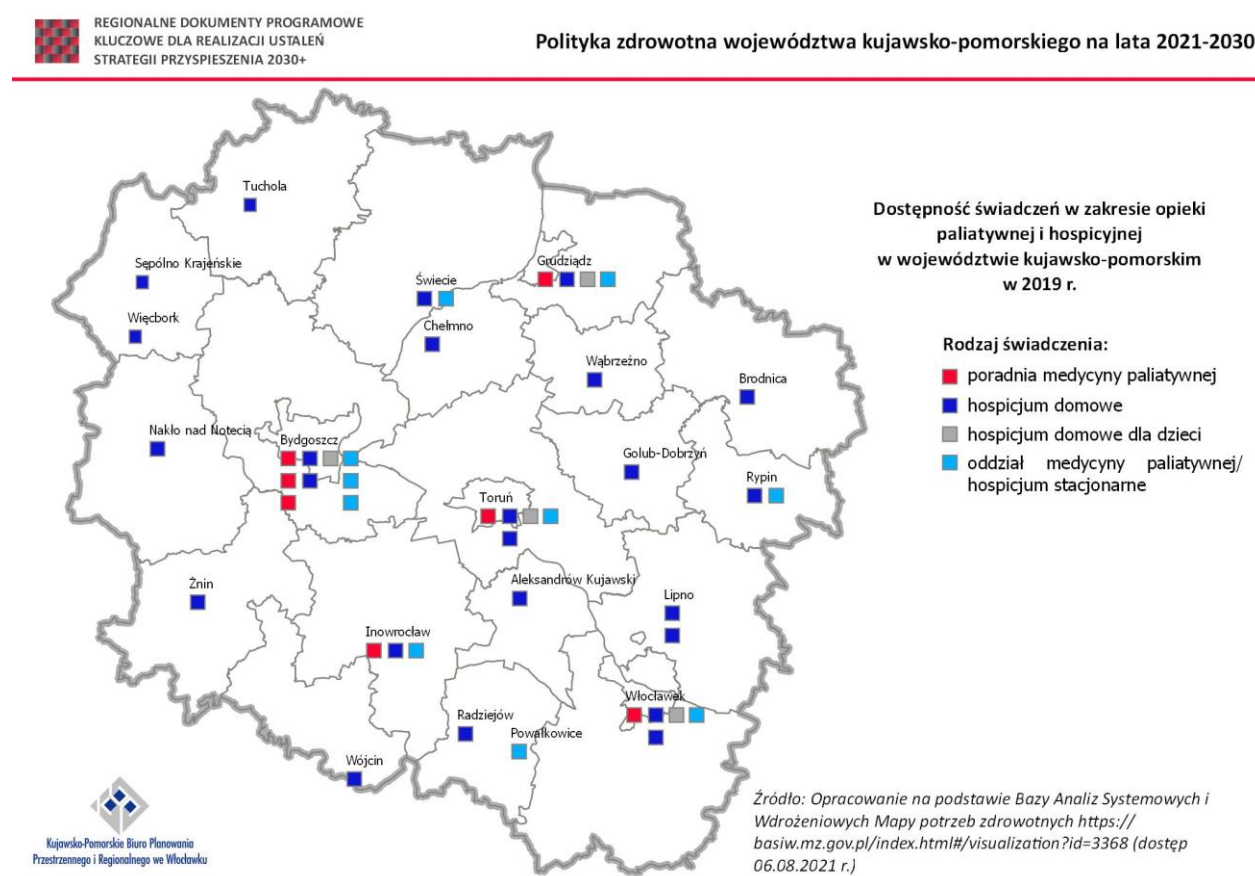
⁶⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368> (dostęp 06.08.2021)

⁶⁵ Jedna placówka może oferować kilka rodzajów świadczeń.

⁶⁶ W analizie nie uwzględniono jako poradni medycyny paliatywnej placówki działającej w Nakle nad Notecią, dla której w wykazie świadczeniodawców na stronie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368> wykazano tylko 1 pacjenta w 2019 r.

Największą dostępnością na obszarze województwa cechowały się hospicja domowe dla dorosłych, w ramach których usługi świadczył co najmniej jeden świadczeniodawca na obszarze 19 powiatów. Hospicja domowe dla dzieci działały wyłącznie w czterech największych miastach regionu. Z porad w poradniach medycyny paliatywnej skorzystać można było wyłącznie w największych miastach – w Bydgoszczy, Toruniu, Włocławku, Grudziądzu i Inowrocławiu. Opieka stacjonarna w postaci oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego poza 5 największymi miastami regionu dostępna była w Świeciu, Rypinie i Powątkowicach (powiat radziejowski).

Mapa 17. Opieka paliatywna i hospicyjna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.

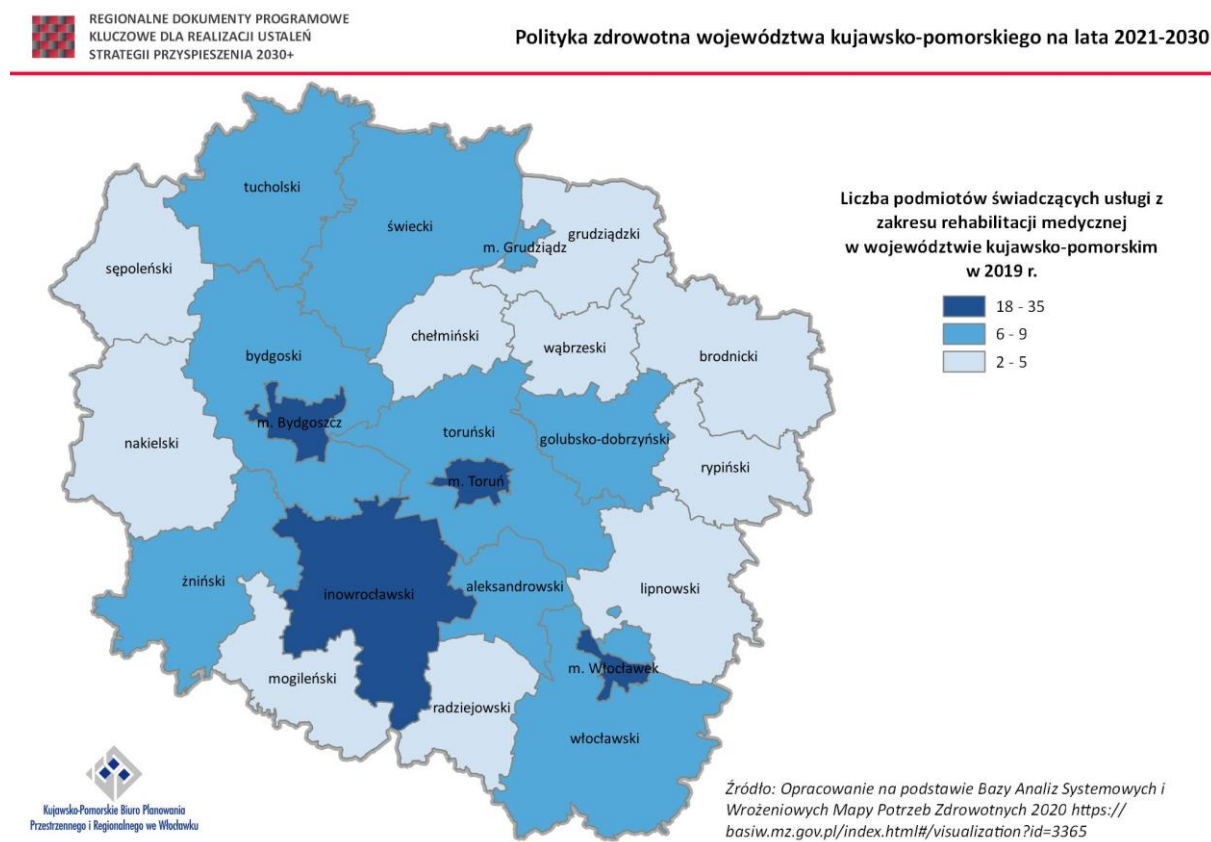


4.7. Rehabilitacja medyczna⁶⁷

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim działało 194 świadczeniodawców świadczących usługi z zakresu rehabilitacji medycznej. Największa liczba podmiotów występowała w Bydgoszczy (35 świadczeniodawców), powiecie inowrocławskim (21 świadczeniodawców), Toruniu (18 świadczeniodawców) i Włocławku (18 świadczeniodawców).

⁶⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3365>

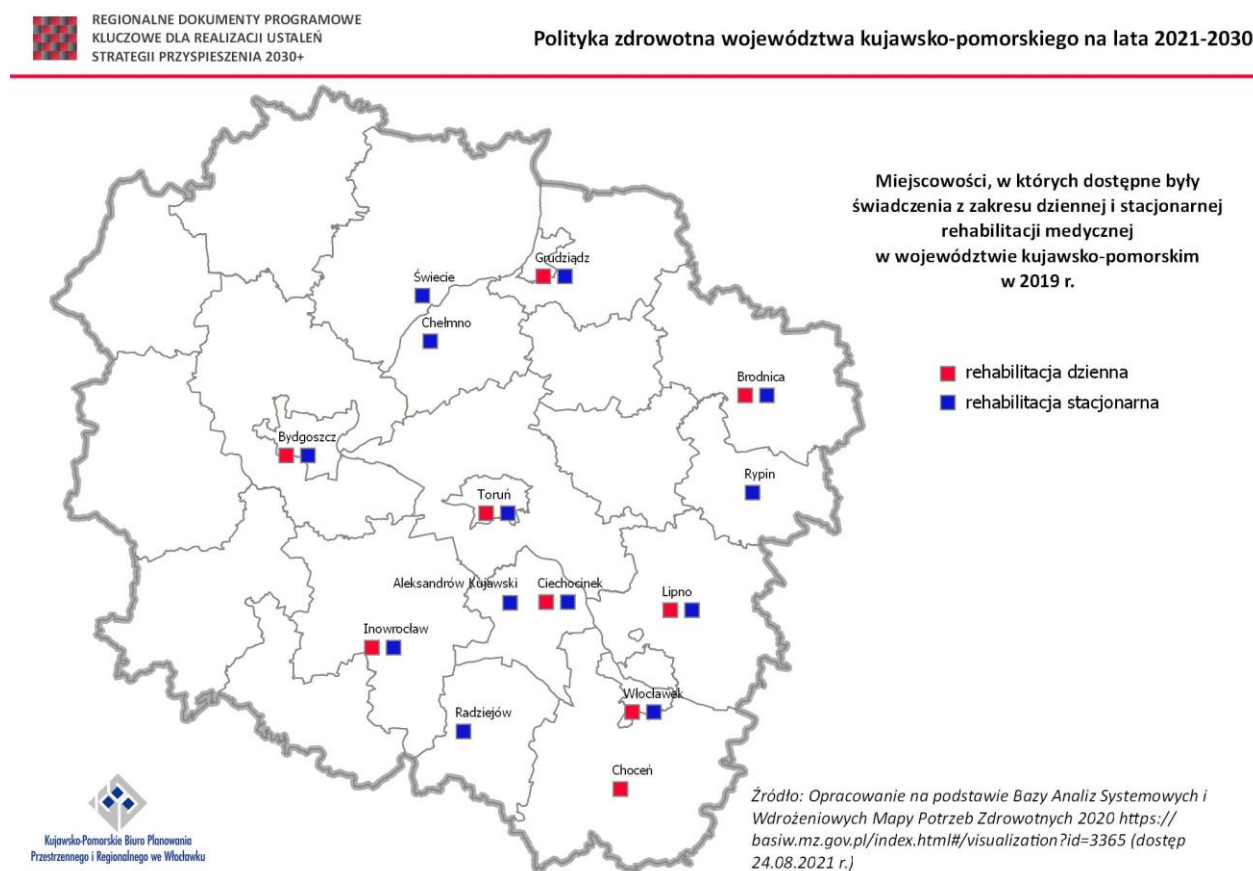
Mapa 18. Rehabilitacja medyczna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Biorąc pod uwagę warunki udzielania świadczeń w regionie, 180 świadczeniodawców udzielało świadczeń w formie ambulatoryjnej (w poradniach i pracowniach), 30 w formie dziennej (w zakładach i ośrodkach rehabilitacji), 18 w formie stacjonarnej (na oddziałach i w zakładach rehabilitacji) oraz 17 w formie domowej⁶⁸. Najlepszą dostępnością w województwie cechowała się rehabilitacja w formie ambulatoryjnej – co najmniej po 2 tego typu placówki dostępne były na obszarze wszystkich powiatów. Jednocześnie w 7 powiatach (bydgoskim, tucholskim, wąbrzeskim, grudziądzkim, nakielskim, sępoleńskim i mogileńskim) świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej dostępne były tylko w takiej formie. Rehabilitacja dzienna dostępna była na obszarze 9 powiatów, a stacjonarna na obszarze 12 powiatów – tylko w powiecie aleksandrowskim tego typu placówki działały w więcej niż jednej miejscowości. Natomiast z rehabilitacji domowej można było skorzystać na obszarze 10 powiatów.

⁶⁸ Jeden świadczeniodawca może udzielać świadczeń w więcej niż jednej formie.

Mapa 19. Stacjonarna i dzienna rehabilitacja medyczna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Największa liczba świadczeniodawców udzielała świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnej (185 podmiotów)⁶⁹. Dostępna ona była w co najmniej 2 podmiotach na obszarze wszystkich powiatów, a jednocześnie w 11 powiatach była jedynym dostępnym rodzajem rehabilitacji. 17 świadczeniodawców działających na obszarze województwa udzielało świadczeń z zakresu rehabilitacji ze względu na zaburzenia wieku rozwojowego (na obszarze 7 powiatów), 14 rehabilitacji kardiologicznej (na obszarze 7 powiatów), 13 rehabilitacji neurologicznej (na obszarze 8 powiatów) i 4 rehabilitacji ze względu na zaburzenia słuchu i mowy (na obszarze 2 powiatów). Dodatkowo po jednym świadczeniodawcy udzielało świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej i rehabilitacji ze względu na zaburzenia wzroku (w przypadku obu specjalności placówki dostępne były wyłącznie w Bydgoszczy).

⁶⁹ Jeden świadczeniodawca może udzielać świadczeń w więcej niż jednym zakresie.

Tabela 11. Liczba świadczeniodawców w zakresie rehabilitacji medycznej wg formy i zakresu świadczeń w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.

Nazwa powiatu	Rehabilitacja dzienna						Rehabilitacja stacjonarna					Rehabilitacja domowa	Rehabilitacja ambulatoryjna
	razem	ogólna	zaburzenia wieku rozwojowego	kardiologia	zaburzenia słuchu i mowy	zaburzenia wzroku	razem	ogólna	kardiologia	neurologia	pulmonologia	ogólna	ogólna
aleksandrowski	3	3	0	1	0	0	5	3	3	2	0	1	5
brodnicki	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5
bydgoski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
chełmiński	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
golubsko-dobrzyński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
grudziądzki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
inowrocławski	3	1	2	2	0	0	2	2	2	1	0	1	20
lipnowski	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2
m. Bydgoszcz	11	5	7	3	3	1	5	3	1	5	1	5	34
m. Grudziądz	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	2	5
m. Toruń	5	2	2	1	1	0	2	2	0	1	0	2	14
m. Włocławek	3	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	1	16
mogileński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
nakielski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
radziejowski	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	4
rypiński	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5
sępoleński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
świecki	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	8
toruński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
tucholski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
wąbrzeski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
włocławski	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
żniński	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5

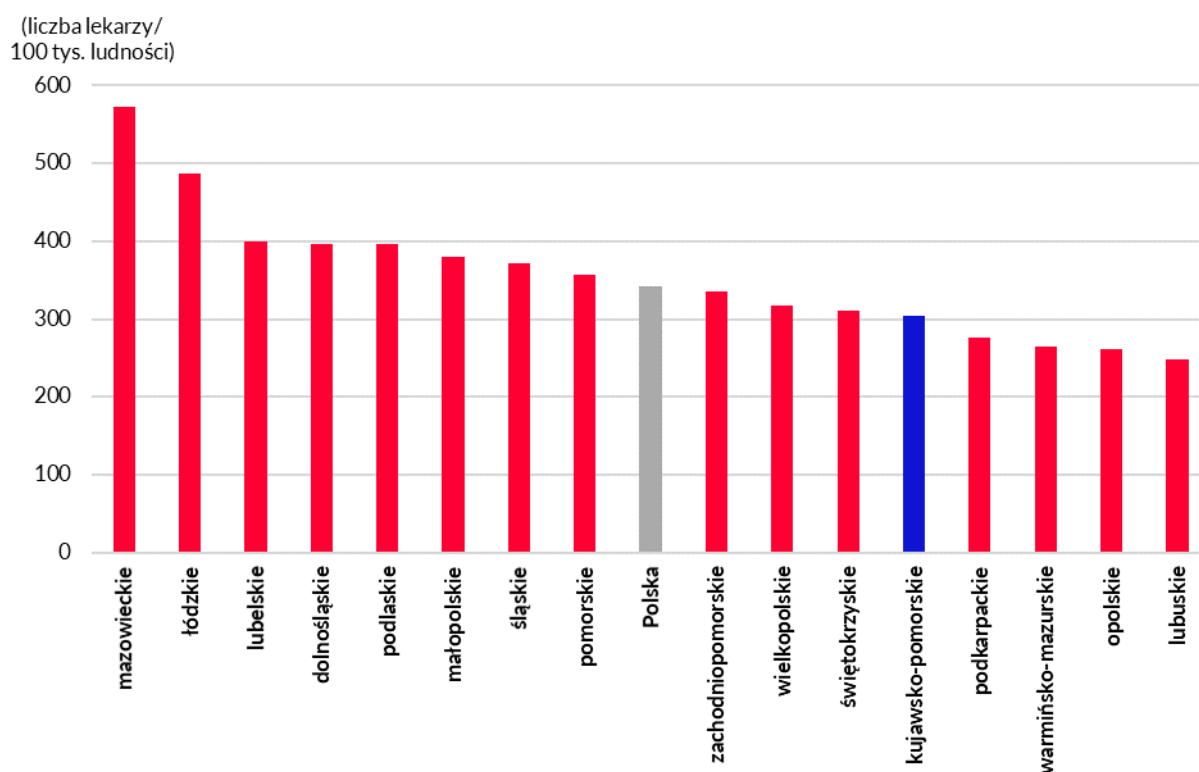
Źródło: opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3365>

4.8. Kadra⁷⁰

W 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim było 6 309 lekarzy (4,3% wszystkich lekarzy w kraju). Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa dawała kujawsko-pomorskiemu 12 pozycję z wartością wynoszącą 304 lekarzy na 100 tys. osób i była niższa niż przeciętnie dla całego kraju, gdzie wynosiła 342 lekarzy na 100 tys. ludności.

⁷⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp z 13.10.2021 r.)

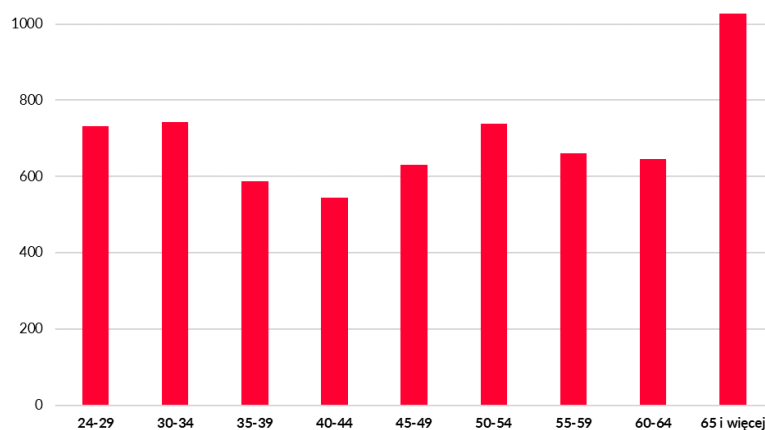
Wykres 27. Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców w 2019 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp z 13.10.2021 r.)

Średni wiek lekarzy w województwie w 2019 r. wynosił 49 lat, podobnie jak w 8 innych województwach (przy rozpiętości wartości w regionach od 47 do 51 lat). Ponad ¼ lekarzy w województwie kujawsko-pomorskim (26,5%) miała 60 i więcej lat. Najmniejsza liczba lekarzy była w grupach wiekowych 35-39 i 40-45 lat.

Wykres 28. Liczba lekarzy wg wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp z 13.10.2021 r.)

Dużo większe zróżnicowanie jeśli chodzi o średnią wieku widoczne było w zależności od wybranej specjalności lekarzy. W województwie kujawsko-pomorskim średnia wieku lekarzy w poszczególnych specjalnościach⁷¹ wahała się od 45 dla perinatologów i immunologów klinicznych do 70 i więcej lat w przypadku lekarzy medycyny lotniczej wojskowej i diagnostyki laboratoryjnej. Średnia wieku lekarzy powyżej 60 lat dotyczyła 9 specjalności, a dla zdecydowanej większości specjalności (59 z 77) średnia wieku zawierała się w przedziale między 50 a 59 lat. Bardzo istotnym wskaźnikiem w przypadku analizowania kadry lekarskiej jest udział lekarzy w wieku emerytalnym. W województwie w przypadku 18 specjalności powyżej 1/3 lekarzy była w wieku emerytalnym, z czego w szczególności należy zwrócić uwagę na takie specjalności jak medycyna pracy, otolaryngologia, alergologia czy reumatologia, ale również endokrynologia, pediatria, okulistyka, dermatologia i wenerologia oraz położnictwo i ginekologia, a w kontekście pandemii COVID-19 także epidemiologia i choroby zakaźne. Jeśli chodzi o wymienialność pokoleniową dla poszczególnych specjalności (biorąc pod uwagę różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy w czasie 6 lat osiągną wiek emerytalny (do 2024 r.) oraz liczbą lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego), to do specjalności których mogą dotyczyć braki kadrowe należą w szczególności dziedziny takie jak diabetologia, neonatologia, alergologia, nefrologia, medycyna nuklearna, transfuzjologia kliniczna, medycyna sądowa, onkologia i hematologia dziecięca (zastępowalność 50,0% i mniej), a także chirurgia ogólna, choroby zakaźne, endokrynologia, choroby płuc, choroby wewnętrzne, radioterapia, onkologiczna, rehabilitacja medyczna, neurologia dziecięca, położnictwo i ginekologia, pediatria, chirurgia klatki piersiowej i reumatologia (zastępowalności 51,0% do 80,0%).

Tabela 12. Lekarze w województwie kujawsko-pomorskim według specjalności w 2019 r.

Dziedzina	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności	Średni wiek lekarza	Udział lekarzy w wieku emerytalnym
Medycyna lotnicza wojskowa	3	0,1	70	100,0%
Diagnostyka laboratoryjna	7	0,3	76	85,7%
Zdrowie publiczne	73	3,5	68	61,6%
Gastroenterologia dziecięca	2	0,1	66	50,0%
Epidemiologia	13	0,6	66	46,2%
Medycyna pracy	128	6,2	59	45,3%
Otorynolaryngologia dziecięca	19	0,9	61	42,1%
Otorynolaryngologia	152	7,3	59	42,1%
Alergologia	88	4,2	58	40,9%
Reumatologia	92	4,4	58	40,2%
Endokrynologia	58	2,8	58	39,7%
Pediatria	706	34,1	57	39,5%
Okulistyka	195	9,4	56	37,9%
Dermatologia i wenerologia	111	5,4	56	37,8%
Położnictwo i ginekologia	315	15,2	58	37,5%
Medycyna sportowa (cywilna)	19	0,9	61	36,8%
Choroby zakaźne	59	2,8	59	35,6%
Balneologia i medycyna fizykalna	71	3,4	59	33,8%
Neonatologia	66	3,2	57	31,8%
Ginekologia onkologiczna	16	0,8	56	31,3%
Chirurgia dziecięca	56	2,7	56	30,4%

⁷¹ Pomijając najmłodszą grupę lekarzy bez specjalności.

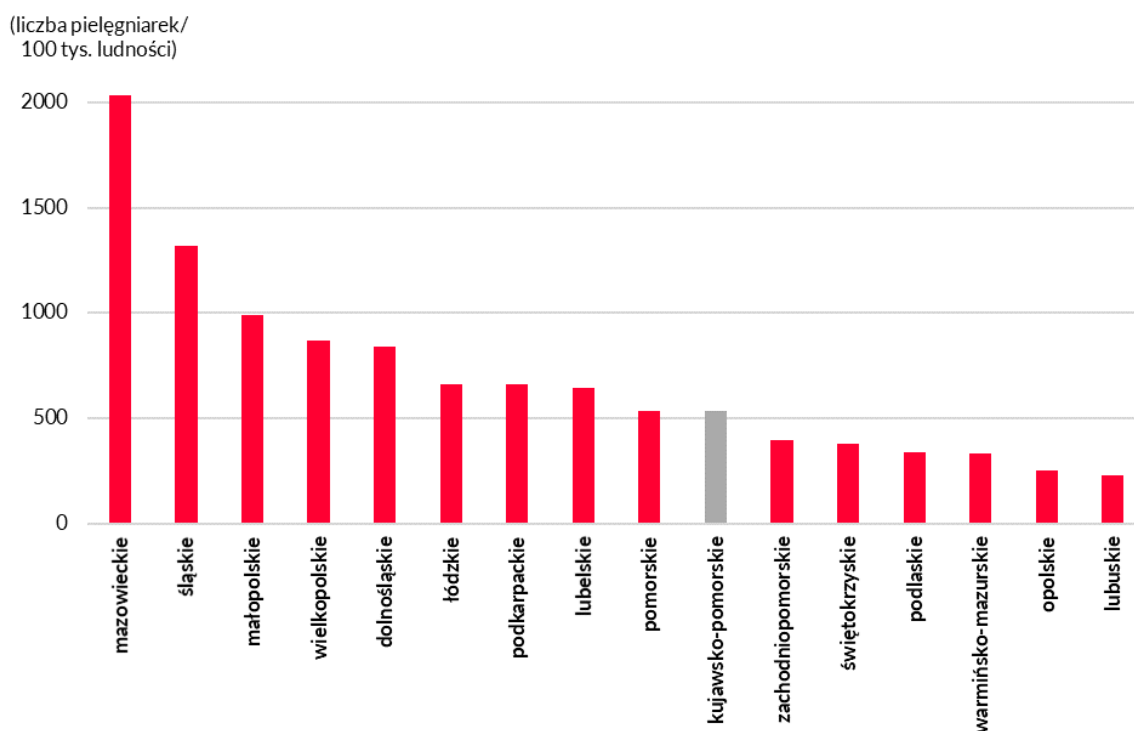
Neurologia dziecięca	24	1,2	56	29,2%
Transfuzjologia kliniczna	14	0,7	59	28,6%
Medycyna sądowa	7	0,3	59	28,6%
Chirurgia ogólna	416	20,1	58	27,9%
Neurologia	195	9,4	54	27,7%
Psychiatria dzieci i młodzieży	26	1,3	54	26,9%
Anestezjologia i intensywna terapia	292	14,1	54	26,7%
Choroby wewnętrzne	1183	57,1	54	26,3%
Patomorfologia	31	1,5	56	25,8%
Chirurgia klatki piersiowej	16	0,8	57	25,0%
Seksuologia	8	0,4	55	25,0%
Diabetologia	68	3,3	54	25,0%
Angiologia	16	0,8	53	25,0%
Choroby płuc	109	5,3	54	24,8%
Hematologia	25	1,2	51	24,0%
Transplantologia kliniczna	13	0,6	56	23,1%
Gastroenterologia	53	2,6	53	22,6%
Medycyna ratunkowa	49	2,4	53	22,4%
Psychiatria	190	9,2	52	21,6%
Chirurgia onkologiczna	51	2,5	57	21,6%
Higiena	14	0,7	61	21,4%
Rehabilitacja medyczna	94	4,5	53	21,3%
Mikrobiologia lekarska	5	0,2	58	20,0%
Urologia	90	4,3	53	20,0%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	150	7,2	53	19,3%
Medycyna rodzinna	499	24,1	51	18,8%
Nefrologia	59	2,8	51	18,6%
Audiologia i foniatria	11	0,5	55	18,2%
Medycyna nuklearna	17	0,8	52	17,6%
Kardiologia	206	9,9	51	17,5%
Chirurgia naczyniowa	24	1,2	52	16,7%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	177	8,5	50	16,4%
Neurochirurgia	50	2,4	51	16,0%
Radioterapia onkologiczna	40	1,9	50	15,0%
Chirurgia plastyczna	7	0,3	55	14,3%
Genetyka kliniczna	7	0,3	50	14,3%
Medycyna lotnicza	16	0,8	53	12,5%
Geriatrya	22	1,1	49	9,1%
Hipertensjologia	14	0,7	50	7,1%
Onkologia kliniczna	43	2,1	46	7,0%
Onkologia i hematologia dziecięca	16	0,8	50	6,3%
Medycyna paliatywna	55	2,7	49	5,5%
Kardiochirurgia	21	1,0	47	4,8%
Brak specjalizacji	1550	74,8	32	2,1%

Medycyny morska i tropikalna	1	0,0	64	-
Chirurgia szczękowo-twarzowa	3	0,1	57	-
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	3	0,1	54	-
Chirurgia stomatologiczna	1	0,0	53	-
Nefrologia dziecięca	2	0,1	53	-
Urologia dziecięca	3	0,1	52	-
Farmakologia kliniczna	2	0,1	50	-
Toksykologia kliniczna	1	0,0	50	-
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	4	0,2	49	-
Medycyna tropikalna	3	0,1	49	-
Kardiologia dziecięca	7	0,3	47	-
Immunologia kliniczna	9	0,4	45	-
Perinatologia	4	0,2	45	-

Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp 13.10.2021 r.)

W województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r. było 12 785 pielęgniarek (4,8% wszystkich pielęgniarek w kraju). Wskaźnik liczby pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w województwie wynosiła 533,0, co plasowało region na 10. pozycji w kraju. W przypadku tego wskaźnika występują duże zróżnicowania pomiędzy regionami – dla kujawsko-pomorskiego różnica do trzech województw o najwyższych wartościach jest prawie 2-4 krotna, natomiast do wartości najniższych prawie 2-krotna.

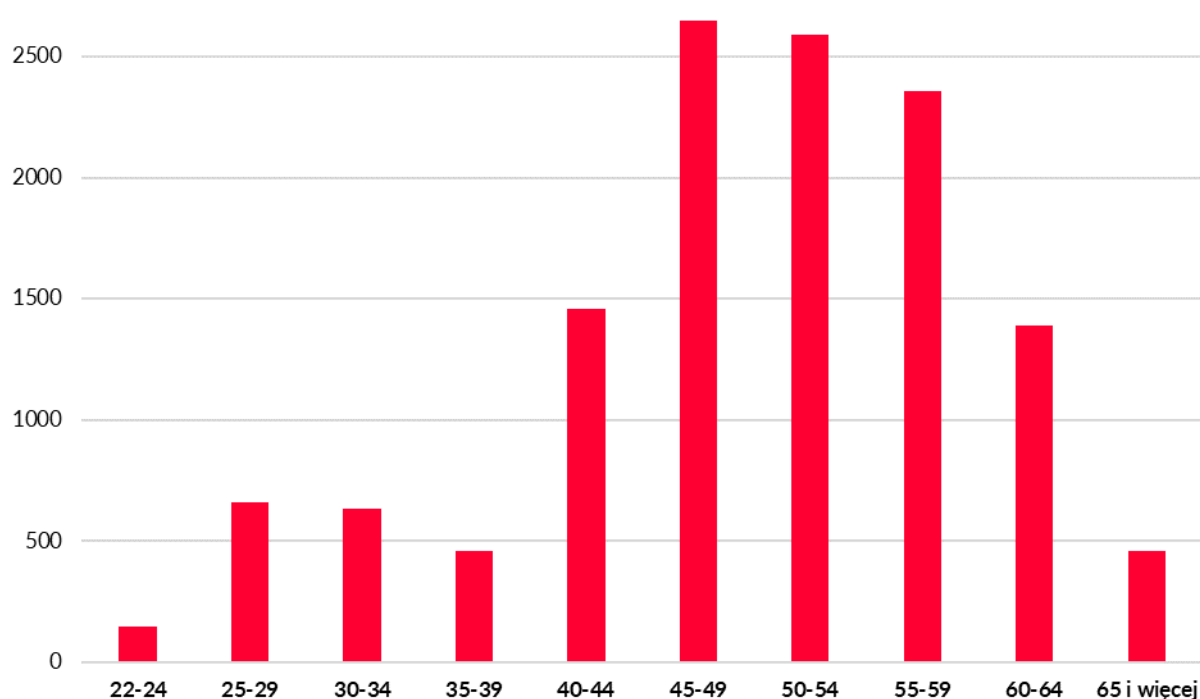
Wykres 29. Liczba pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w 2019 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp 13.10.2021 r.)

Średni wiek pielęgniarek w województwie w 2019 r. wynosił 49 lat, podobnie jak w 6 innych regionach (przy rozpiętości wartości w pozostałych regionach od 48 do 51 lat). Tylko 14% pielęgniarek w województwie było w wieku emerytalnym (podobnie jak w województwie opolskim), a jedynym województwem o niższym udziale wynoszącym 13% było podkarpackie. Najwyższa wartość udziału pielęgniarek w wieku emerytalnym występowała w województwie zachodniopomorskim i wynosiła 21%. Analizując szczegółową strukturę wieku pielęgniarek pracujących w województwie kujawsko-pomorskim zauważyć można, że 82,0% z nich ma co najmniej 43 lata i występuje bardzo duża dysproporcja pomiędzy liczebnością młodszych roczników – liczba pielęgniarek w wieku 43 lat wynosiła 441 i grupy wiekowe 43-61 liczyły średnio po 495 osób, natomiast liczba pielęgniarek w wieku 42 lata wynosiła już tylko 168 i średnia liczba pielęgniarek w poszczególnych grupach wiekowych pomiędzy 22 i 42 lata wynosiła tylko 110 osób. Pośrednio mała liczebność młodszych roczników pielęgniarek jest pochodną mniejszej liczby ludności ogółem w tych rocznikach jednak dysproporcja jest na tyle duża, że można sądzić że coraz mniej osób jest zainteresowanych tym zawodem i w przyszłości mogą występować duże kłopoty z wystarczającą liczebnością kadry.

Wykres 30. Liczba pielęgniarek według wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403> (dostęp 13.10.2021 r.)

4.9. Lecznictwo uzdrowiskowe

W 2019 według danych GUS na terenie całego województwa działalność uzdrowiskowa prowadzona była w 31 zakładach lecznictwa uzdrowiskowego różnego typu. Począwszy od tych najbardziej popularnych⁷² w kraju, tj. szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych dla osób dorosłych (Ciechocinek, Inowrocław, Wieniec-Zdrój), po szpitale i sanatoria przeznaczone na pobyt dzieci (tylko Ciechocinek) oraz

⁷² Raport z badania nt. „Diagnoza gmin uzdrowiskowych w Polsce”, Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego, 2020

przychodnie uzdrowiskowe - ambulatoria (tylko Wieniec-Zdrój). Łącznie zakłady uzdrowiskowe z terenu województwa stanowiły prawie 13% wszystkich obiektów dostępnych w kraju (4. pozycja województwa w kraju). Ich stan ilościowy począwszy od 2010 roku nie uległ znaczącym zmianom i utrzymywał się na stałym, bardzo zbliżonym do obecnego poziomie (podobnie jak w całym kraju).

Mimo to, na terenie województwa w tym czasie wzrosła możliwa do zaoferowania kuracjom liczba łóżek⁷³, tj. z poziomu 5,7 do 7,9 tys., co stanowiło wzrost rzędu prawie 38%. W tym samym czasie podobny trend charakteryzował większość województw wykazujących ruch uzdrowiskowy⁷⁴. Kujawsko-pomorskie mając do dyspozycji prawie 8 tys. łóżek cechowało się wartością znacznie powyżej średniej krajowej wynoszącą 3,3 tys. łóżek. Pod tym względem ustępowało jedynie miejsca województwu zachodniopomorskiemu. W ujęciu przestrzennym na terenie województwa najwięcej łóżek oferowało uzdrowisko Ciechocinek (63,5% dostępnych łóżek na terenie województwa). Ponad połowa mniej dostępna była w uzdrowisku Inowrocław (25,3%). Najmniejszym udziałem dostępnych łóżek w skali województwa cechowało się natomiast uzdrowisko Wieniec-Zdrój (11,3%). Prezentowany stan należy rozpatrywać przez pryzmat występujących na terenie uzdrowisk zakładów uzdrowiskowych, ich liczby oraz pojemności normatywnej (wielkości obiektów).

Proces leczenia w uzdrowiskach z terenu województwa realizowany jest w oparciu o dość powszechne urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego wykorzystywane w kraju, do których zalicza się: parki i pijalnie uzdrowiskowe, tęźnie, ścieżki kinezyterapii oraz lecznicze i rehabilitacyjne baseny uzdrowiskowe.

Wysoki poziom świadczenia opieki medycznej przez zakłady uzdrowiskowe wymaga posiadania nie tylko nowoczesnego zaplecza infrastrukturalnego, ale także odpowiednio wykwalifikowanych kadr w postaci lekarzy specjalistów, pielęgniarek, czy fizjoterapeutów. Za problem o coraz większym znaczeniu nie tylko w województwie, ale i w całym kraju uznaje się brak wymienności pokoleniowej wśród lekarzy specjalistów. Zgodnie z danymi publikowanymi na platformie internetowej – Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeń (BASIW)⁷⁵ na terenie województwa pracuje 12,3% (17 z 575) spośród wszystkich lekarzy specjalistów z dziedziny balneologii i medycyny fizykalnej⁷⁶ w Polsce. Średnia ich wieku wynosi 58,97 lat i jest niewiele wyższa od średniej krajowej (60,4). Wśród 71 lekarzy świadczących usługi na terenie województwa prawie połowa osiągnęła już w wiek emerytalny (30). Do 2025 roku prognozuje się, iż spośród obecnie pracujących lekarzy 8 osiągnie wiek emerytalny, co przy 20 lekarzach będących w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego spowoduje powstanie przerwy w wymienności pokoleniowej, określonej na poziomie 7 brakujących specjalistów. Zważywszy, iż krajowi konsultanci rekomendują zatrudnienie przynajmniej 46, deficyt w stosunku stanu obecnego wynosi więc już 25 lekarzy. Dodając do tego wspomnianą „lukę” pokoleniową, ostateczną sumę potrzebną do wymienności pokoleniowej w świetle przedstawionych rekomendacji przez krajowych konsultantów określa się na poziomie 31 specjalistów. Dowodzi to wciąż zbyt małej liczby lekarzy specjalistów z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej w stosunku do rosnących potrzeb. Zakłada się, iż niekorzystna sytuacja dotyczyć będzie także kadry medycznej w postaci pielęgniarek i fizjoterapeutów. Jednakże skala zapotrzebowania nie jest możliwa do oszacowania, co wiąże się z brakiem danych w odniesieniu do personelu zajmującego się wyłącznie leczeniem uzdrowiskowym.

5. Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ

Na podstawie analizy planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), stwierdzić można, że w 2021 r.⁷⁷ środki przewidziane dla wszystkich wojewódzkich oddziałów NFZ są niższe niż planowane

⁷³ Według GUS, liczba łóżek których stan wskazywany jest na dzień 31.12

⁷⁴ na terenie lubuskiego, opolskiego i wielkopolskiego brak statutowych uzdrowisk

⁷⁵ Powstałej w ramach projektu Mapy potrzeb zdrowotnych (<https://basiw.mz.gov.pl>); dostęp do serwisu 13.07.2021

⁷⁶ lekarz posiadający dwie specjalizacje, tj. jedną kliniczną (np. z zakresu kardiologii, diabetologii, pediatrii) oraz drugą typową dla lecznictwa uzdrowiskowego - balneologiczną

⁷⁷ Ostateczny plan finansowy NFZ na 2019 r., Ostateczny plan finansowy NFZ na 2020 r. – autokorekta, Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2021, zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 7 lipca 2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp z dnia 14.09.2021 r.

w latach poprzednich. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ przeznaczyć miał w tym roku na realizację świadczeń opieki zdrowotnej ponad 4,1 mld zł, zatem 32% mniej niż w 2020 i 18% mniej niż 2019 r. Kwota ta stanowi ponad 5% sumy środków przeznaczonych na ten cel dla całej Polski (9. pozycja w kraju). Najwyższą kwotę z puli skierowano do województwa mazowieckiego (11,6 mld zł), najniższą zaś do województwa opolskiego (1,8 mld zł).

W kolejnym roku we wszystkich regionach przewidziane są dalsze ograniczenia środków na świadczenia medyczne. Według pierwotnego planu finansowego NFZ na 2022 r.⁷⁸ koszty świadczeń zdrowotnych w województwie kujawsko-pomorskim oszacowano na kwotę niespełna 3,6 mld zł (13% niższa niż w 2021 r.). Największy spadek widoczny jest w zakresie leczenia szpitalnego obejmującego m.in. programy lekowe, chemioterapię, ratunkowy dostęp do technologii lekowej oraz świadczenia wysokospecjalistyczne. Koszty zaplanowane w tym zakresie na 2022 r. wynoszą 991 mln zł, są zatem o 42% niższe niż dla 2021 i o 67% niższe niż dla 2020 r. Obniżenie środków finansowych w stosunku do 2021 r. przewidziano także dla pomocy doraźnej i transportu sanitarnego (o 15%), opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (o 8%), refundacji⁷⁹ (o 4%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (o 3%) i rehabilitacji leczniczej (o 1%). Należy podkreślić, że w planie finansowym na 2022 r. nie ma środków dedykowanych leczeniu uzdrowiskowemu. Wyższe środki niż w 2021 r. mają zostać skierowane na podstawową opiekę zdrowotną (o 6%), zaopatrzenie w określone ustawą⁸⁰ wyroby medyczne i ich naprawę (o 37%), leczenie stomatologiczne (o 10%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (o 8%), opiekę paliatywną i hospicyjną (o 7%) oraz profilaktyczne programy zdrowotne (o 22%).

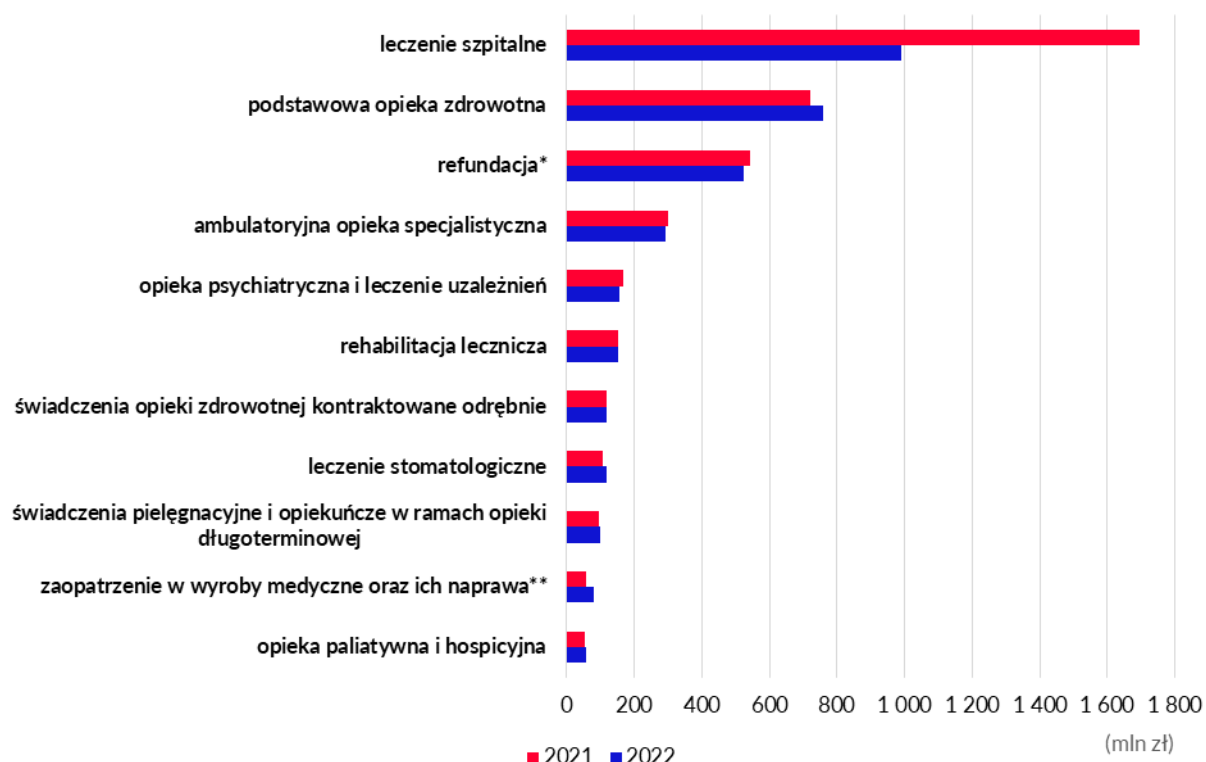
Biorąc pod uwagę strukturę planowanych środków największe zmiany na przestrzeni ostatnich lat zauważa się w zakresie leczenia szpitalnego. Choć nadal stanowią one największą część szacowanych kosztów, to ich udział w sumie środków na świadczenia zdrowotne zmniejszył się z ponad 50% w latach 2019-2020 do niespełna 28% w 2022 r. Odwrotna tendencja charakterystyczna jest dla większości świadczeń wykazanych w planie finansowym. Największy wzrost udziału notuje się w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (z niespełna 14% w latach 2019-2020 do ponad 21% w 2022 r.).

⁷⁸ Plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej w dniu 30 lipca 2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp z dnia 16.09.2021 r.

⁷⁹ obejmujące leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę oraz leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego określone w ustawie (art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy oraz art. 15 ust. 2 pkt 18 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Dz.U.2021.0.523)

⁸⁰ Art. 38 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Dz.U.2021.0.523

Wykres 31. Wybrane⁸⁷ koszty świadczeń opieki zdrowotnej planowane dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021 i 2022



* dotyczy refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę oraz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego określonych w ustawie o refundacji

** dotyczy zaopatrzenia określonego w ustawie o refundacji w wyroby medyczne oraz ich napraw

Źródło: Opracowanie własne na podstawie planów finansowych NFZ - Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2021, zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 7 lipca 2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp z dnia 14.09.2021 r. oraz Plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej w dniu 30 lipca 2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, dostęp z dnia 16.09.2021 r.

6. Dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ

Realna dostępność publicznego systemu opieki zdrowotnej kształtowana jest nie tylko przez rozmieszczenie placówek, ale również przez czas oczekiwania na realizację świadczeń medycznych. Ten z kolei w znacznym stopniu uzależniony jest od liczby kontraktów z NFZ, jaką dana placówka posiada. Zagadnienie to opracowane zostało na podstawie danych o czasie oczekiwania na świadczenia medyczne i liczby osób oczekujących w listopadzie 2020 r.⁸¹ udostępnianych w aplikacji Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych MPZ 2020.

6.1. Świadczenia specjalistyczne – AOS, SOK⁸²

Cechą charakterystyczną opieki zdrowotnej jest jej zróżnicowana dostępność w zależności od stopnia specjalizacji. O ile w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (zarówno dziennej, nocnej i świątecznej), terminy oczekiwania z założenia nie mogą być długie, o tyle w przypadku opieki zdrowotnej określonych specjalności terminy oczekiwania na świadczenia są bardzo zróżnicowane.

⁸¹ Stan na 30.11.2020 r.

⁸² Świadczenia Oddzielnie Kontraktowane

Biorąc pod uwagę najpowszechniejsze świadczenia specjalistyczne⁸³, najlepszą dostępnością pod tym względem dla przypadków stabilnych charakteryzowały się położnictwo i ginekologia oraz chirurgia ogólna, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie⁸⁴ wynosił odpowiednio 34 i 37 dni. W obu specjalnościach ponad 50% jednostek raportowało średni czas oczekiwania na świadczenie⁸⁵ nie przekraczający 7 dni. Stosunkowo dobrą dostępność na tle pozostałych regionów zanotowała także onkologia, w przypadku której przeciętny czas oczekiwania na świadczenie wynosił 74 dni (o 32 dni krótszy niż dla kraju), zaś średni czas oczekiwania w 50% placówek wynosił maksymalnie 7 dni, a w 90% nie przekraczał 60 dni. Tylko w 2 przypadkach na poradę w zakresie onkologii trzeba było czekać ponad 180 dni. Jednak biorąc pod uwagę postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz prognozowany wzrost zachorowalności na choroby onkologiczne i ich specyfikę - wymagającą jak najszybszego wdrożenia leczenia - diagnozowany aktualnie poziom dostępności tego rodzaju świadczeń może okazać się niewystarczający.

W przypadku pozostałych analizowanych specjalizacji (diabetologia, geriatria, kardiologia, okulistyka, stomatologia) dostępność pod względem okresu oczekiwania była zdecydowanie gorsza. Przeciętny czas oczekiwania na świadczenie wynosił ponad 3 miesiące (najdłuższy w przypadku okulistyki i kardiologii - odpowiednio 194 i 174 dni). Średni czas oczekiwania przekraczający 180 dni sprawozdawało prawie 30% placówek z zakresu kardiologii oraz okulistyki i 20% placówek z zakresu geriatry.

Tabela 13. Dostępność do wybranych poradni specjalistycznych pod względem średniego czasu oczekiwania na świadczenia dla przypadków stabilnych w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.

Poradnie specjalistyczne	Udział poradni o średnim czasie oczekiwania na świadczenie (% ogółu raportujących poradni)						
	Do 7 dni	8-14 dni	15-30 dni	31-60 dni	61-90 dni	91-180 dni	Powyżej 180 dni
Chirurgia ogólna	53,3	16,7	11,7	13,3	3,3	1,7	0,0
Diabetologia	18,9	8,1	10,8	24,3	5,4	21,6	10,8
Geriatria	0,0	0,0	40,0	20,0	0,0	20,0	20,0
Kardiologia	17,2	6,3	4,7	7,8	18,8	17,2	28,1
Okulistyka	23,8	7,5	12,5	6,3	5,0	17,5	27,5
Onkologia	50,0	10,0	20,0	10,0	0,0	0,0	10,0
Położnictwo i ginekologia	61,5	12,0	13,0	7,3	3,6	1,0	1,6
Stomatologia	41,2	13,4	19,0	13,9	4,6	2,3	5,6

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 9.09.2021 r.

Problemy z długimi terminami oczekiwania na wizytę charakterystyczne dla całego kraju widoczne są w zakresie świadczeń o mniejszej powszechności zwłaszcza świadczeń wysokospecjalistycznych. W przypadku 15 rodzajów poradni i świadczeń zdrowotnych tego typu przeciętny czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych przekraczał 180 dni. Najgorszą sytuację zanotowano z zakresu poradni osteoporozy oraz świadczeń endokrynologicznych, gdzie przeciętnie pacjent musiał czekać na wizytę 297 dni. Warto zwrócić uwagę na niekorzystną na tle pozostałych regionów sytuację dla poradni

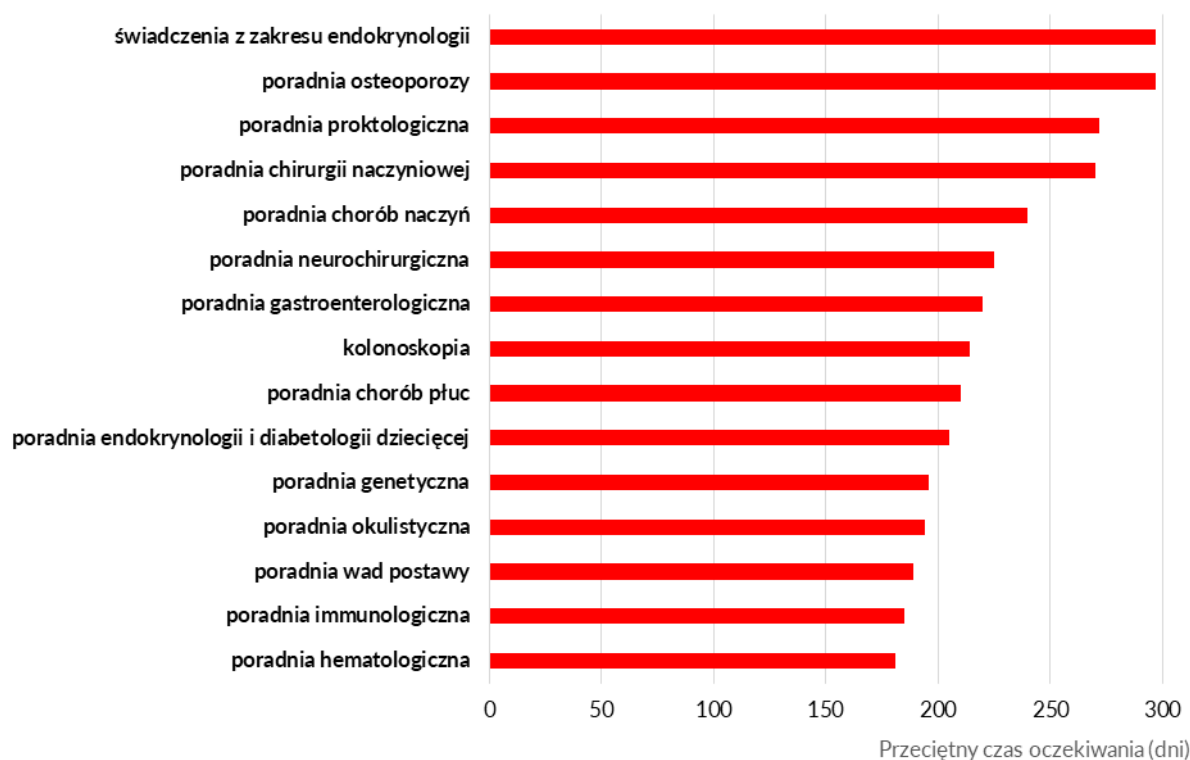
⁸³ Przeanalizowano specjalizacje, uznane za istotne dla ogółu ludności z uwagi na stosunkowo dużą powszechność występowania danych schorzeń i prognozowany wzrost zachorowalności (chirurgia ogólna, diabetologia, geriatria, kardiologia, okulistyka, onkologia, położnictwo i ginekologia, stomatologia)

⁸⁴ Przeciętny czas oczekiwania definiowany w MPZ 2020 jako średnia średnich czasów oczekiwania raportowanych bezpośrednio przez świadczeniodawcę ważona liczbą osób oczekujących w kolejce

⁸⁵ Średni czas oczekiwania definiowany w MPZ 2020 jako raportowany bezpośrednio przez świadczeniodawcę średni czas oczekiwania osób, które zostały wykreślone z listy oczekujących w kolejce ze względu na realizację świadczenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy

osteoporozy, proktologicznej, gastroenterologicznej, chorób płuc i wad postawy. W przypadku każdej z nich przeciętny okres oczekiwania na świadczenie był najdłuższy w kraju.

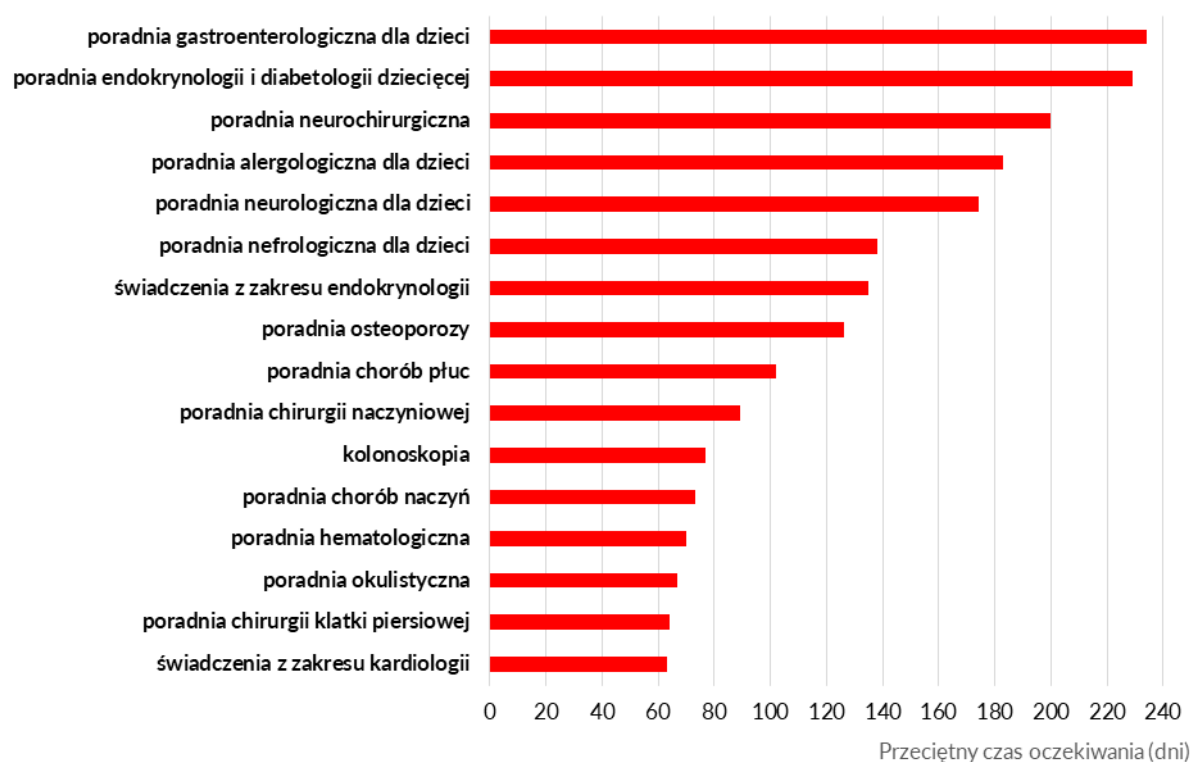
Wykres 32. Kolejki⁹³, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

Istotny wpływ na termin realizacji specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej ma określona dla każdego pacjenta kategoria medyczna. Zgodnie z ustawą przypadki pilne rozpatrywane są szybciej, co znajduje odzwierciedlenie w długości czasu oczekiwania. Mimo to, w przypadku 4 rodzajów poradni i świadczeń zdrowotnych, przeciętny czas oczekiwania także dla pacjentów wymagających pilnej wizyty był dłuższy niż 180 dni, a w kolejnych 11 przekraczał 60 dni. Z czego prawie 1/3 to poradnie dedykowane dzieciom. Najgorszą sytuację zanotowano w zakresie poradni gastroenterologicznej dla dzieci (234 dni) oraz poradni endokrynologii i diabetologii dziecięcej (229 dni).

Wykres 33. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

6.2. Opieka długoterminowa

Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej dla przypadków stabilnych wynosił w listopadzie 2020 r. od 0 do 111 dni w zależności od rodzaju kolejki. Najdłużej czekać musieli pacjenci zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych. W ich przypadku przeciętny okres oczekiwania był ponad 50 dni dłuższy niż w kraju. Tylko jeden świadczeniodawca sprawozdawał średni czas oczekiwania jako 0 dni. U pozostałych wynosił minimum 35 dni.

Z kolei dla drugiej kategorii medycznej (przypadek pilny) najdłuższy przeciętny czas oczekiwania zanotowano w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego i wynosił on 91 dni, co również jest wartością przekraczającą tę raportowaną dla kraju (o 19 dni). Trzeba jednak zaznaczyć, że w przypadku ponad 92% świadczeniodawców średni okres oczekiwania na świadczenie wynosił 0 dni (dla pozostałych 5 świadczeniodawców od 10 do 185 dni).

Tabela 14. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.

Kolejka	Kategoria medyczna (przypadek)	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maksymalny czas oczekiwania (dni) ⁸⁶	Minimalny czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących ⁸⁷
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	pilny	22	27	1	13
	stabilny	111	261	0	228
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	pilny	91	92	91	4
	stabilny	72	280	0	107
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	pilny	9	37	0	34
	stabilny	39	165	0	351
Zespół długoterminowej opieki domowej	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	0	0	0	1

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

6.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej charakteryzują się zróżnicowanym przeciętnym czasem oczekiwania na wizytę. Pacjenci w stanie stabilnym, którzy uzyskali poradę w listopadzie 2020 r. czekali na nią przeciętnie od 6 do 313 dni. Najdłuższy czas oczekiwania zanotowano w zakresie świadczeń dedykowanych osobom starszym, tj. poradni psychogeriatrycznych (313 dni) i oddziałów dziennych psychogeriatrycznych (209 dni). Należy podkreślić, że kujawsko-pomorskie jest jednym z nielicznych regionów, w których funkcjonują tego typu jednostki. Długie terminy oczekiwania na wizytę nie są w tym przypadku specyficznym problemem województwa a zjawiskiem charakterystycznym dla całej Polski. Znacznie lepszą sytuację stwierdzono w przypadku świadczeń dedykowanych dzieciom. Dla jednostek realizujących tego rodzaju świadczenia przeciętny czas oczekiwania wynosił od 6 (oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci) do 35 dni (poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci). Opieka psychiatryczna najpowszechniej realizowana jest przez poradnie zdrowia psychicznego i poradnie psychologiczne, gdzie przeciętny czas oczekiwania wynosił odpowiednio 32 (11 dni krótszy niż w kraju) i 152 dni (52 dni dłuższy niż w kraju). W obu przypadkach widoczne są znaczne różnice między terminami u poszczególnych świadczeniodawców. Najlepszą dostępność, obejmującą średni czas oczekiwania nie przekraczający 7 dni, raportowało 31% poradni zdrowia psychicznego i 38% poradni psychologicznych.

Pacjenci wymagający pilnej wizyty najdłużej czekali na świadczenia udzielane przez poradnie psychogeriatryczne i oddział leczenia zaburzeń nerwicowych. W ich przypadku przeciętny czas oczekiwania na poradę wynosił odpowiednio 54 i 17 dni.

⁸⁶ Najkrótszy/najdłuższy czas oczekiwania definiowany w MPZ 2020 jako najkrótszy i najdłuższy średni czas oczekiwania wśród świadczeniodawców prowadzących listę oczekujących do danego świadczenia lub komórki

⁸⁷ Liczba osób oczekujących definiowana w MPZ 2020 jako suma osób oczekujących w kolejce w wybranym okresie sprawozdawczym

Tabela 15. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu opieki psychiatrycznej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.

Kolejka	Kategoria medyczna (przypadek)	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maksymalny czas oczekiwania (dni)	Minimalny czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących
Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)	pilny	1	1	1	1
	stabilny	65	247	0	123
Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	44	55	23	17
Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	6	6	6	1
Oddział dzienny psychogeriatryczny	pilny	0	0	0	2
	stabilny	209	273	181	169
Oddział dzienny zaburzeń nerwicowych	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	24	24	24	24
Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych	pilny	17	17	17	1
	stabilny	45	48	5	30
Oddział psychiatryczny (ogólny)	pilny	10	10	10	33
	stabilny	76	78	0	254
Poradnia psychogeriatryczna	pilny	54	54	54	5
	stabilny	313	345	46	335
Poradnia psychologiczna	pilny	2	10	0	16
	stabilny	152	619	0	642
Poradnia psychologiczna dla dzieci	pilny	13	13	4	19
	stabilny	13	31	0	32
Poradnia zdrowia psychicznego	pilny	32	98	0	2 156
	stabilny	bd	bd	bd	bd
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci	pilny	35	38	5	204
	stabilny	0	0	0	16
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	pilny	0	0	0	16
	stabilny	17	167	0	91
Zespół leczenia środowiskowego (domowego)	pilny	0	0	0	1
	stabilny	28	59	0	23

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 3.09.2021 r.

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu leczenia uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim jest bardzo zróżnicowany ze względu na rodzaj świadczenia i oferujące je komórki organizacyjne. Najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania dla przypadków stabilnych w listopadzie 2020 r. charakteryzowały się oddziały terapii uzależnienia od alkoholu oraz oddziały leczenia uzależnień, gdzie okres ten wynosił odpowiednio 32 i 26 dni. W obu przypadkach znacznie krótszy przeciętny okres oczekiwania niż w kraju - województwo notuje jednak znacznie lepszą sytuację niż w kraju, gdzie przeciętny czas oczekiwania 154 i 108 dni. Z kolei oddziały terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych charakteryzują się zbliżoną sytuacją do tej w kraju. Tak istotnych rozbieżności nie

zauważa się natomiast w przypadku oddziału terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W regionie przeciętny czas oczekiwania wynosił 23 dni, zaś w kraju 25 dni.

Większą dostępnością pod względem przeciętnego czasu oczekiwania charakteryzowały się usługi zdrowotne oferowane przez poradnie. Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia wynosił w ich przypadku od 6 dni w poradniach uzależnienia od środków psychoaktywnych (w kraju także 6 dni) do 19 dni w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (w kraju 80 dni).

Tabela 16. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu leczenia uzależnień dla przypadków stabilnych w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.⁹⁶

Kolejka	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maksymalny czas oczekiwania (dni)	Minimalny czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących
Oddział terapii uzależnienia od alkoholu	32	42	6	15
Oddział leczenia uzależnień	26	28	9	97
Oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	23	31	15	49
Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	19	22	5	136
Poradnia leczenia uzależnień	11	16	3	37
Oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	8	8	8	2
Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	6	6	6	4
Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu	0	0	0	3

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 3.09.2021 r.

6.4. Rehabilitacja lecznicza

Długie terminy oczekiwania na usługi z zakresu rehabilitacji leczniczej stanowią problem w całym kraju. W województwie kujawsko-pomorskim przeciętny czas oczekiwania na tego rodzaju świadczenia dla przypadków stabilnych wynosił w listopadzie 2020 r. od 13 (rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych) do 1005 dni (rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych) w zależności od rodzaju kolejki. Widoczne były także znaczne zróżnicowania w ramach tego samego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Największe dysproporcje zanotowano w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Prawie 20% świadczeniodawców oferujących ten rodzaj usług raportowało średni czas oczekiwania w kolejce wynoszący 0 dni, taki sam odsetek - przekraczający 1000 dni. W skrajnym przypadku pacjenci musieli czekać średnio 1619 dni.

W przypadku pacjentów wymagających pilnego udzielenia świadczenia przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację wynosił od 4 do 147 dni. Podobnie jak dla przypadków stabilnych najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania charakteryzowała się rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych. U połowy świadczeniodawców z tego obszaru działalności średni okres oczekiwania na rehabilitację nie przekraczał 14 dni, u kolejnych 25% mieścił się w przedziale od 15 do 30 dni.

Tabela 17. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu rehabilitacji leczniczej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.

Kolejka	Kategoria medyczna (przypadek)	Przeciętny czas oczekiwania (dni)	Maksymalny czas oczekiwania (dni)	Minimalny czas oczekiwania (dni)	Liczba osób oczekujących
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	80	318	0	4 901
	stabilny	153	523	0	29 729
Fizjoterapia domowa	pilny	37	90	0	58
	stabilny	109	264	0	228
Poradnia rehabilitacyjna	pilny	25	107	0	77
	stabilny	35	206	0	2 001
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	134	134	134	951
Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	13	20	0	37
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	4	20	0	169
	stabilny	111	948	0	720
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	147	253	0	1 085
	stabilny	1 005	1 619	0	4 831
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	26	26	18	26
	stabilny	274	274	47	274
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	pilny	bd	bd	bd	bd
	stabilny	14	20	1	22
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	51	94	19	140
	stabilny	229	589	0	636
Zakład ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	pilny	87	280	0	50
	stabilny	82	160	5	628

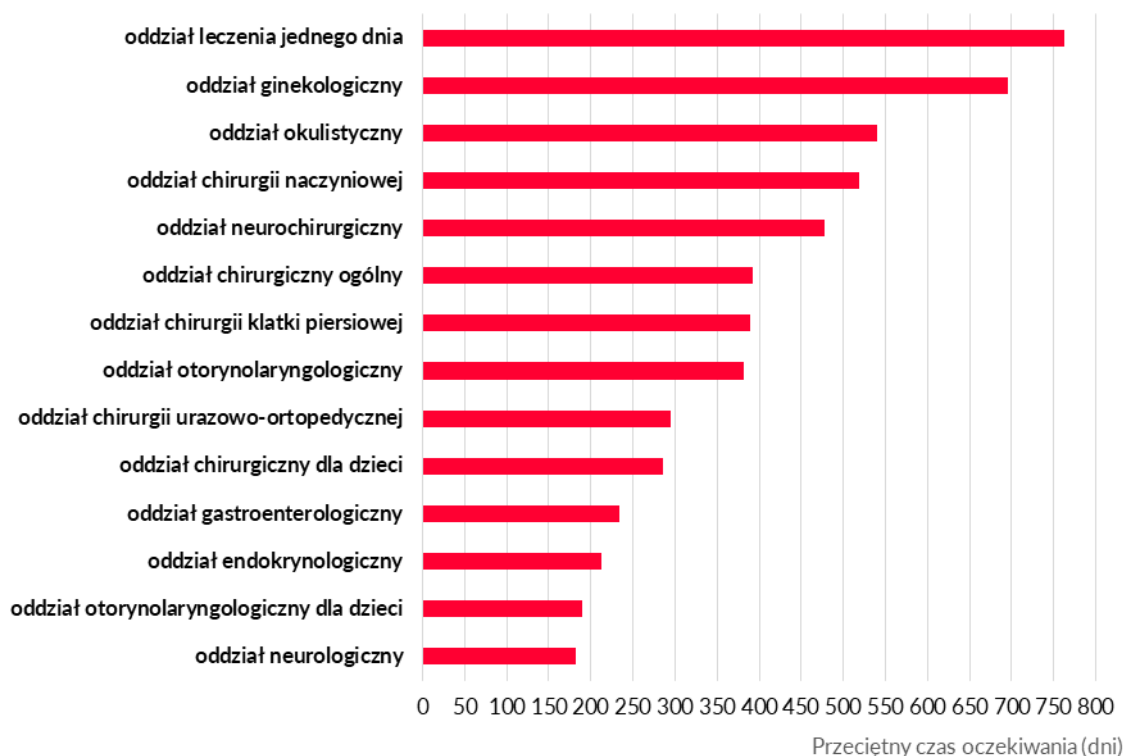
Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 1.09.2021 r.

6.5. Leczenie szpitalne

Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego jest bardzo zróżnicowany ze względu na rodzaj świadczenia i oferujące je komórki organizacyjne. Najlepszą dostępnością pod tym względem dla pacjentów stabilnych charakteryzowały się oddziały onkologii klinicznej/chemioterapii (0 dni), kardiochirurgiczny (0 dni), obserwacyjno-zakaźny dla dzieci (3 dni) i ginekologii onkologicznej (6 dni)⁸⁸. W przypadku 14 oddziałów szpitalnych przeciętny czas oczekiwania na świadczenie przekraczał 180 dni. Najgorszą sytuację zanotowano dla oddziałów leczenia jednego dnia oraz oddziałów ginekologicznych, gdzie przeciętny czas oczekiwania pacjenta na świadczenie wynosił odpowiednio 763 i 695 dni. Sytuacja większości ze wspomnianych 14 oddziałów (poza oddziałami chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznym dla dzieci i neurologicznym) kształtuje się niekorzystnie na tle pozostałych regionów notując dłuższy przeciętny czas oczekiwania na świadczenie niż raportowany dla całego kraju. W przypadku oddziałów chirurgii naczyniowej, neurochirurgicznych, chirurgii klatki piersiowej, chirurgicznych dla dzieci i gastroenterologicznych pacjenci czekali na przyjęcie znacznie dłużej niż w pozostałych województwach.

⁸⁸ Każdy z wymienionych rodzajów oddziałów raportowany jest w województwie kujawsko-pomorskim przez jedną jednostkę

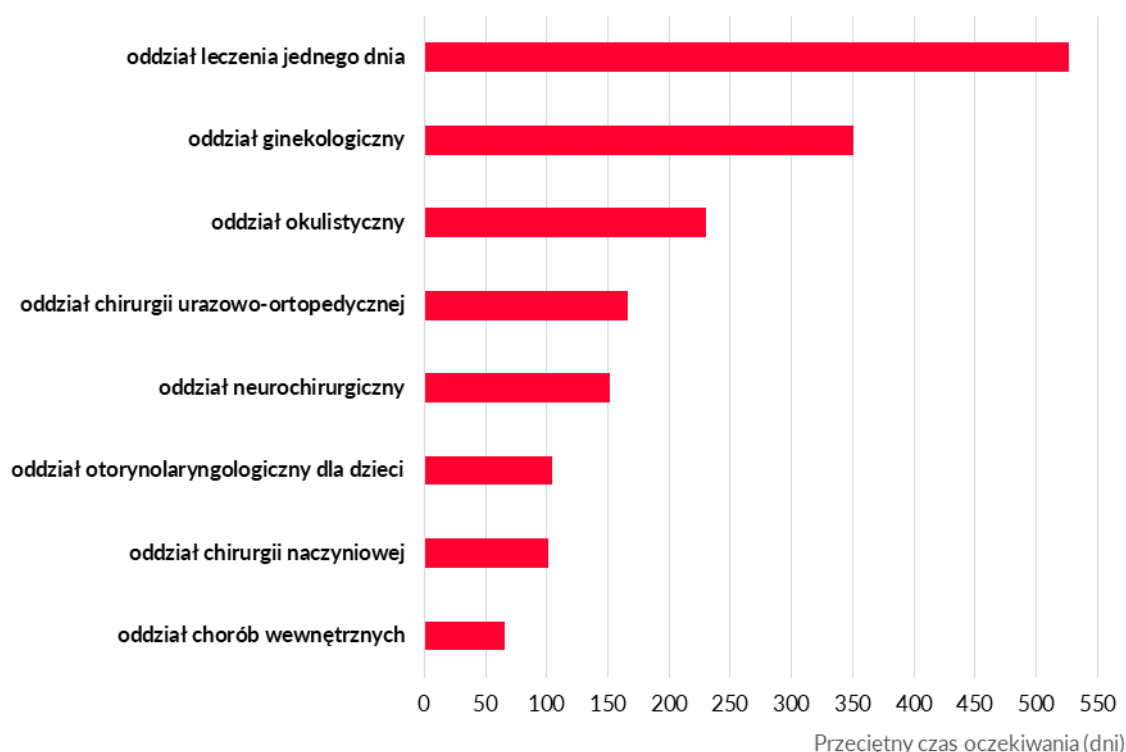
Wykres 34. Oddziały szpitalne, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

Pacjenci wymagający pilnego udzielenia świadczenia przyjmowani są na oddziały szpitalne znacznie szybciej niż przypadki stabilne. Mimo to dla 8 z analizowanych oddziałów przeciętny czas oczekiwania dla przypadków pilnych przekraczał 60 dni. Najgorszą sytuacją charakteryzowały się oddziały jednego dnia, gdzie pacjenci musieli czekać na przyjęcie 527 dni.

Wykres 35. Oddziały szpitalne, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

Dostępność leczenia szpitalnego określają nie tylko terminy przyjęć na oddziały, ale również czas oczekiwania w kolejkach na realizowane w szpitalach zabiegi i specjalistyczne badania⁸⁹. Spośród procedur medycznych, dla których udostępniane są dane dotyczące czasu oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych najlepszą dostępność, obejmującą przeciętny okres oczekiwania nie przekraczający 7 dni, zanotowano dla wymiany procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiany procesora dźwięku implantów ucha środkowego, wszczepienia protezy ślimaka lub wszczepienia wielokanałowej protezy ślimaka, wszczepienia albo wymiany rozrusznika dwujamowego, operacji jaskry z zaćmą, leczenia stwardnienia rozsianego, leczenia spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu a, przezcewnikowej nieoperacyjnej naprawy zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka oraz leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem (amd).

W przypadku 15 rodzajów analizowanych zabiegów i badań przeciętny czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych przekraczał 180 dni. Najgorszą sytuację zanotowano z zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego i endoprotezoplastyki stawu biodrowego, gdzie przeciętny czas oczekiwania na leczenie wynosił odpowiednio 1107 i 1042 dni. Średni czas oczekiwania na tego typu zabiegi przekraczający 360 dni raportowało prawie 70% świadczeniodawców oferujących endoprotezoplastykę stawu kolanowego i 75% oferujących endoprotezoplastykę stawu biodrowego. Czas oczekiwania na oba typy zabiegów u 5 świadczeniodawców przekraczał 1000 dni, a w skrajnej sytuacji wynosił 1701 dni. W przypadku 12 ze wspomnianych zabiegów i badań (poza artroskopią leczniczą stawu kolanowego,

⁸⁹ Udostępniane przez MPZ 2020 dane w tym zakresie dotyczą jedynie części realizowanych w szpitalach procedur medycznych, ponieważ obowiązek raportowania do NFZ

usunięciem migdałków podniebiennych i leczeniem operacyjnym zespołu cieśni nadgarstka) przeciętny czas oczekiwania na świadczenia znacznie przekraczał wartości krajowe, a dla leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c terapią bezinterferonową, wszczepienia albo wymiany stymulatora nerwu błędnego, implementacji, założenia, umiejscowienia lub przemieszczenia wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu i wycięcia macicy (histerektomii) był najdłuższy spośród wszystkich województw.

Wykres 36. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



* dotyczy leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c terapią bezinterferonową

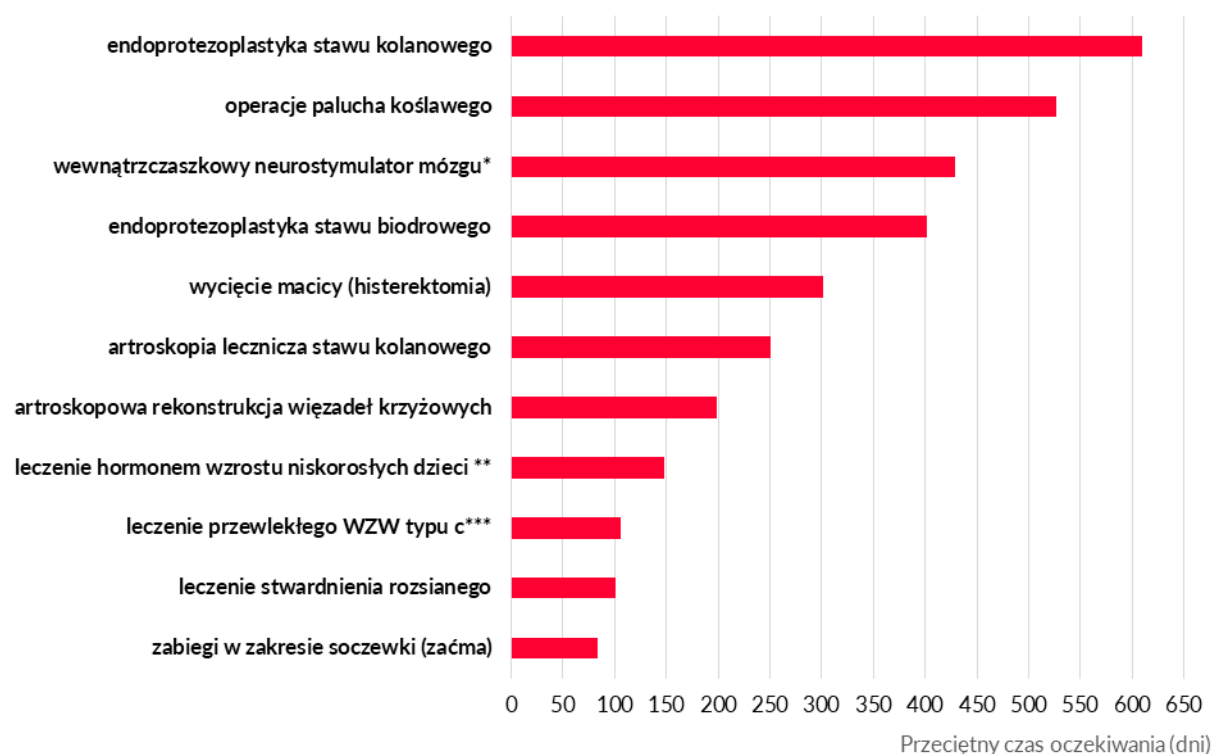
** dotyczy implementacji, założenia, umiejscowienia lub przemieszczenia wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu

***dotyczy przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

Biorąc pod uwagę przypadki pilne najdłuższymi terminami oczekiwania na świadczenie charakteryzują się, podobnie jak dla przypadków stabilnych, endoprotezoplastyka stawu kolanowego (610 dni) i operacje palucha koślawego (526 dni). W przypadku 11 z analizowanych rodzajów leczenia przeciętny czas oczekiwania w tej kategorii medycznej przekraczał 60 dni.

Wykres 37. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.



* dotyczy implementacji, założenia, umiejscowienia lub przemieszczenia wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu

** dotyczy leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (sga lub iugr)

*** dotyczy leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c terapią bezinterferonową

Źródło: Opracowanie na podstawie MPZ 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406>, dostęp z dnia 8.09.2021 r.

7. Wpływ pandemii covid-19 na stan zdrowia ludności oraz system ochrony zdrowia

W ostatnich latach epidemia COVID-19 znacząco wpłynęła na stan zdrowia populacji w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim. Wpływ pandemii jest jednak dużo szerszy i dopiero po kilku latach będzie można oszacować w pełni jego skalę. Pandemia wywołała niespotykane wcześniej obciążenie systemu opieki zdrowotnej, co skutkowało koniecznością odłożenia mniej pilnych świadczeń na okres po pandemii. Wywołało to trudny obecnie do oszacowania dług zdrowotny, zwłaszcza w zakresie przewlekłych chorób cywilizacyjnych. Nie mniej istotne są skutki społeczne, w tym efekty długotrwałej edukacji w systemie nauki zdalnej, jak również kryzys gospodarczy. Zwalczanie epidemii opierało się na ograniczaniu fizycznych kontaktów społecznych. Wdrażano różnego rodzaju ograniczenia dotyczące funkcjonowania szkół, zakładów pracy czy handlu. Zalecano lub nakazywano pracę zdalną. Okresowo wdrażano całkowity zakaz przemieszczania się, tak zwany lockdown, ograniczana była także liczba osób, które mogą gromadzić się w jednym miejscu. Wdrażano również obowiązkowe zasłanianie ust i nosa, zalecane lub obowiązujące były maseczki medyczne. Inną strategię umożliwiającą zwalczanie epidemii było masowe testowanie oraz izolacja osób zakażonych i kwarantanna osób z kontaktu. Jednocześnie w 2020 r. trwały intensywne prace nad wyprodukowaniem szczepionki przeciwko COVID-19. Rejestracja pierwszych szczepionek miała miejsce w grudniu 2020 r. Od tego czasu szczepienia pozostają głównym narzędziem zwalczania epidemii COVID-19, lecz ich dostępność pozostawała początkowo na bardzo niskim poziomie. Z kolei w wielu krajach, w których szczepionka była i jest

dostępna, obserwowano niewystarczający stopień zaszczepienia, co wynikało z braku zainteresowania lub wręcz przeciwstawiania się szczepieniom. Dotyczy to również naszego kraju, w którym prawie 40% osób nie zaszczepiło się przeciwko COVID-19. Rozwój pandemii w Polsce w latach 2020 – 2022 kształtowany był przez kilka czynników, w tym przez wprowadzane działania przeciwepidemiczne, opracowanie szczepień ochronnych, a następnie program ich wdrażania oraz pojawianie się kolejnych wariantów wirusa i ich rozprzestrzenienie się w naszej populacji.

Podejmowane w kraju środki przeciwdziałania szerzeniu się epidemii niosły za sobą koszty społeczne i gospodarcze. Zmiana stylu życia związana z pracą w domu (lub utratą pracy), brakiem lub ograniczeniem kontaktów społecznych, koniecznością zorganizowania życia rodzinnego na nowo (edukacja domowa), itp., wymusza zmianę nawyków zapewniających utrzymanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Dlatego wywołuje lęk. Lęk (i powiązane z nim stany afektywne) ogranicza funkcjonowanie poznawcze i społeczne. Skutkuje nasileniem objawów klinicznych fobii, lęku społecznego, depresji, zaburzeń psychotycznych i innych chorób psychicznych. Prowadzi do zachowań indywidualnie szkodliwych, jak samobójstwa i samookaleczenia, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, hazard oraz społecznie szkodliwych, jak agresja lub przemoc. Sprzyja także napięciom i konfliktom społecznym. Prezydent British Psychological Society, Dr David Murphy, wskazywał na lęk i poczucie zagrożenia jako kluczowe problemy, z jakimi ludzie (obywatele i decydenci) muszą zmagać się w pandemii. Co ważne jednak, psychologiczne skutki pandemii odczuwane są znacznie dłużej niż sama pandemia: lęk związany z chorobą mija, ale lęk związany z innymi powiązanymi z pandemią stresorami pozostaje.

W przeprowadzonym w 2022 r. badaniu UCE RESEARCH 38,5% ankietowanych zgłaszało, że w czasie pandemii pogorszyło się ich zdrowie psychiczne. Wśród osób w wieku 18-35 lat ten odsetek przekraczał 44%. Najczęściej problemy objawiały się u nich stresem (48%) i obniżeniem nastroju (ponad 47%), zaburzeniami snu (38%), częstymi uczuciami niepokoju (36,3%) oraz zmniejszeniem aktywności i brakiem energii (35,5%).

Liczba udanych i nieudanych prób samobójczych, która jeszcze w pierwszym roku pandemii, 2020 r., utrzymała się na podobnym jak rok wcześniej poziomie, w 2021 r. wzrosła rok do roku o prawie 15%. Drastycznie zwiększyła się liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży: niemal trzykrotnie (193%) wśród dzieci w wieku od 7 do 12 lat, o trzy czwarte (73%) w grupie 13-18 lat i o ponad jedną czwartą (prawie 27%) wśród młodzieży w wieku 19-24 lata. Największe wzrosty występowały w miesiącach poprzedzającym powrót do szkoły po okresie zdalnej nauki. Wprowadzone w związku z pandemią ograniczenia, zamknięcie obiektów sportowych (w tym basenów i siłowni) czy zakaz wstępu do parków i lasów, skutkowały zmniejszeniem poziomu aktywności fizycznej Polaków. Przyczyniały się także do tego obawa przed zakażeniem po wyjściu z domu i zmiana pracy na zdalną. Z badania przeprowadzonego w październiku 2020 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny wynika, że od wiosny do jesieni 2020 r. 28% Polaków w wieku 20 lat lub więcej (28% mężczyzn i 29% kobiet) odnotowało zwiększenie masy ciała. Według autorów raportu „Kondycja serc Polaków we czasie pandemii COVID-19” konsekwencją może być zwiększona liczba zachorowań na schorzenia kardiologiczne. Szczególnie, że okres pandemii COVID-19 (2020 r.) charakteryzował się znaczącym pogorszeniem opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia (ChUK). Pogorszenie opieki nad pacjentem z tego rodzaju chorobami dotyczyło zarówno opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Doprowadziło to z jednej strony do nadmiarowych zgonów zarówno w 2020 r., jak i w 2021 r, co mogło już wynikać z „długu zdrowotnego”, który będzie musiał być „spłacony” również w kolejnych latach po zakończeniu pandemii.

Priorytetem dla całego systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii stało się zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom i personelowi medycznemu. Dostęp do świadczeń zdrowotnych innych niż wynikających z zakażenia SARS-CoV-2 został w praktyce ograniczony. Spadła liczba pacjentów i udzielanych im świadczeń. Wynikało to zarówno z ograniczeń instytucjonalnych, jak i barier psychologicznych. Utworzenie jednoimiennych szpitali zakaźnych skutkowało jednocześnie ograniczeniem przyjmowania pacjentów „nie-covidowych”, w szczególności tych oczekujących na

procedury planowe. Negatywnymi konsekwencjami może skutkować w przyszłości także ograniczenie lub zawieszenie w okresie pandemii niektórych profilaktycznych programów zdrowotnych. Wartość zrealizowanych w 2020 r. świadczeń zmalała rok do roku o 12%.

W trakcie pandemii COVID-19 obserwowany był znaczny spadek wskaźników związanych z rozpoznawalnością nowotworów złośliwych w Polsce (liczba konsyliów w systemie DiLO, liczba pierwszorazowych hospitalizacji, liczba pierwszorazowych kontaktów). Opóźnione rozpoznania generują dług zdrowotny, który może prowadzić, do większego udziału rozpoznań w zaawansowanym stadium nowotworu w przyszłości.

Pandemia wpłynęła niekorzystnie na możliwość zwalczania przewlekłych chorób zakaźnych, szczególnie zakażeń HIV, HCV i HBV. Jednym z filarów zwalczania tych chorób jest wczesne wykrywanie i leczenie osób zakażonych. W okresie pandemii, zwłaszcza w 2020 r., testowanie w kierunku w/w zakażeń zostało znacznie ograniczone, co skutkowało 50% spadkiem liczby rozpoznań zakażeń HIV, 3-krotnym spadkiem rozpoznań przewlekłych zakażeń HBV i 3,5-krotnym spadkiem rozpoznań HCV. Jest to sytuacja szczególnie niepokojąca biorąc pod uwagę, że już przed pandemią wymagała ona poprawy. Obecnie tym bardziej, szerszy dostęp do badań, propagowanie testowania w kierunku HIV, HCV, a także integracja testowania (oferowanie pakietu testów) w kierunku tych chorób oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, pozostaje zagadnieniem priorytetowym.

Analiza danych o długości życia i umieralności mieszkańców Polski w latach 2020 -2022 r. wskazuje, że w latach pandemii COVID-19 nastąpiło zasadnicze pogorszenie stanu zdrowia Polaków, szczególnie osób starszych. Długość życia polskich mężczyzn i kobiet zmieniła w okresie pandemii swoją wartość bardziej niż w większości krajów UE. Według danych Ministerstwa Zdrowia pandemia i jej konsekwencje doprowadziły do skrócenia średniej długości życia Polaków o ponad dwa lata. W 2021 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce wyniosło 71,8 roku, natomiast kobiet – 79,7 roku. W porównaniu z 2019 r. skróciło się o 2,3 roku w przypadku mężczyzn i 2,1 roku w przypadku kobiet.

Od początku pandemii w przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 występowały różne wzorce zdrowienia. Niektórzy pacjenci zgłaszali szereg objawów już po wyzdrowieniu, co pozwoliło na rozpoznanie zespołu long covid (ang. long covid syndrome). Long covid może dotyczyć prawie każdego układu w organizmie i objawiać się jako nowo powstałe choroby przewlekłe, takie jak np. choroby serca, cukrzyca, choroby nerek, zaburzenia hematologiczne, schorzenia neurologiczne oraz zaburzenia zdrowia psychicznego. Badania wskazują na występowanie zróżnicowanych objawów long covid i ich nasilenia w grupie pacjentów hospitalizowanych podczas ostrej fazy choroby oraz tych, którzy nie byli objęci opieką szpitalną. Czynniki ryzyka są wciąż słabo poznane, choć wyniki badań wskazują, że wystąpienie tych objawów może być związane z ciężkością ostrej fazy zakażenia SARS-CoV-2, a także z czynnikami autoimmunologicznymi oraz obecnością fragmentów wirusa w organizmie. Amerykańska agencja rządowa, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), oszacowała w badaniach z 2022 r., że problemy zdrowotne będące następstwem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 występują u co czwartej osoby w wieku powyżej 65 lat i u co piątej wieku od 18 do 64 lat.

Dziecięcy wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 (pediatric inflammatory multisystem syndrome – PIMS) to nowa jednostka chorobowa, występująca u dzieci i młodych dorosłych, związana z przebyciem zakażeniem wirusem SARS- -CoV-2. Według szacunków rozwija się u mniej więcej jednego na 1000 dzieci zakażonych SARS-CoV-2. Pierwsze przypadki PIMS zaobserwowano w Polsce w maju 2020 r. Ich liczba zaczęła wzrastać wraz ze zwiększoną transmisją zakażeń SARS-CoV-2 wśród dzieci. Etiologia PIMS związana jest z deregulacją układu odpornościowego, która ma miejsce w okresie ok. czterech tygodni po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Najczęściej występujące powikłania to zaburzenia kardiologiczne, w tym ostre uszkodzenie mięśnia sercowego, wstrząs, nieprawidłowości w obrębie tętnic wieńcowych i zaburzenia rytmu serca. Śmiertelność w krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych wynosi ok. 2%.

Pandemia przyspieszyła cyfrową rewolucję w ochronie zdrowia. Wraz z jej pojawieniem się w rekordowym tempie wzrosło wykorzystanie nowych rozwiązań technologicznych. To przede wszystkim teleporady, a także takie ułatwienia, jak e-recepty i e-skierowania, Internetowe Konto Pacjenta. Pozwoliły one utrzymać ciągłość leczenia pacjentów i ograniczyć spadek udzielanych świadczeń. Ułatwiły dostęp do leków i przeprowadzenie niezbędnych badań diagnostycznych, pomogły też w pracy lekarzom. Z badań Eurofound wynika, że w 2021 r. aż 62% Polaków korzystało z usług e-zdrowia. To wynik znacznie powyżej średniej UE, która wynosiła 39%.

8. Wpływ konfliktu zbrojnego w Ukrainie na polski system ochrony zdrowia

Jak pokazują doświadczenia z różnych konfliktów wojennych, niezależnie od regionu, masowe migracje ludności wiążą się z występowaniem nowych problemów i potrzeb zdrowotnych, a im większa jest skala migracji i większe różnice w sytuacji epidemiologicznej między krajem pochodzenia a krajem docelowym, tym większe wyzwania dla systemów ochrony zdrowia państw, do których trafiają uchodźcy.

Agresja Rosji na Ukrainę, której kolejna faza rozpoczęła się 24 lutego 2022 roku, pociągnęła za sobą konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego nie tylko - w sposób oczywisty - dla obywateli Ukrainy, ale również innych państw, w tym Polski. Analizując kilka źródeł informacji, szacuje się, że do Polski od początku wojny przybyło około 2,6 mln osób, w tym ok. 600-800 tys. dzieci uciekających przed dramatycznymi wydarzeniami w ich miejscu zamieszkania (stan na marzec 2022 r.) Sytuacja zmienia się w sposób dynamiczny i trudno jest obecnie oszacować rzeczywistą liczbę uchodźców przebywających w Polsce. Prawdopodobnie nawet 1 mln obywateli Ukrainy opuściło już Polskę, rozpoczynając falę relokacji do innych krajów Unii Europejskiej lub wróciło do Ukrainy.

Przed wszystkim konieczne stało się dokładne oszacowanie potrzeb zdrowotnych uchodźców w zakresie chorób zakaźnych, przewlekłych i wymagających ciągłego leczenia. Kilkumilionowa populacja stanowi dla polskiego systemu ochrony zdrowia istotne dodatkowe obciążenie, dlatego potrzebne stały się rozwiązania systemowe oraz wykorzystanie kadry medycznej, która przybyła do Polski, w naturalny sposób predysponowanej do opieki nad tymi osobami. Dodatkowym problemem, który pojawił się po wybuchu wojny, jest niszczenie w Ukrainie infrastruktury ochrony zdrowia, brak personelu medycznego oraz trudności w zaopatrzeniu aptek, punktów szczepień i szpitali, co grozi jeszcze większym kryzysem i utratą zdolności do utrzymania bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Jednym z problemów, z którymi musi zmierzyć polski system ochrony zdrowia, jest niska wyszczepialność uchodźców. Dotyczy to nie tylko wirusa SARS-CoV-2, ale też innych patogenów. Jak podaje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-PIB, stan zaszczepienia dzieci w Ukrainie jest zróżnicowany w zależności od grupy wiekowej i regionu kraju i waha się od ok. 60 proc. do 99 proc. Zgodnie z danymi WHO w 2020 roku w Ukrainie zaszczepienie przeciw odrze wynosiło 81,9 proc., przeciw poliomyelitis – 84,2 proc., przeciw krztuścowi – 81,3 proc., a przeciw WZW B – 80,9 proc. To oznacza, że do osiągnięcia 90 proc. wyszczepienia, koniecznego do osiągnięcia odporności zbiorowej, droga jest daleka. Nagła migracja do Polski ludności ukraińskiej sprawiła, że problem ich wyszczepialności stał się problemem polskiego systemu ochrony zdrowia. Do tych statystyk należy też dorzucić COVID-19. Pod względem wyszczepienia przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 Ukraina kwalifikuje się na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Ukraina ma też problem z HIV – ponad 250 tys. chorych, z czego 150 tys. jest aktywnie leczonych, oraz z gruźlicą.

Polskie dane wskazują, że niezaszczepieni uchodźcy z Ukrainy dołączyli do dobrze zaszczepionej populacji o niewielkim ryzyku epidemiologicznym.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) rekomenduje, aby organy ds. zdrowia publicznego, w krajach przyjmujących uchodźców z Ukrainy, zwiększały świadomość wśród swoich lokalnych świadczeniodawców w zakresie konieczności zapewnienia dostępu do usług i ciągłości programów szczepień, a także były świadome podatności przesiedleńców na choroby zakaźne.

Zgodnie ze strategią WHO dotyczącą ograniczenia zachorowań m. in. na gruźlicę, oprócz szczepień, powinien być prowadzony nadzór epidemiczny oraz identyfikacja zakażonych w POZ, oddziałach szpitalnych (szczególnie w oddziałach chorób wewnętrznych), placówkach medycyny pracy, oraz szkołach.

9. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób

9.1. Programy zdrowotne

9.1.1. Programy zdrowotne realizowane przez Samorząd Województwa

Do źródeł finansowania programów zdrowotnych realizowanych przez Samorząd Województwa w ostatnich latach zaliczamy budżet Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz środki unijne, do 2023 r. były to środki pozyskane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, a od 2024 r. środki finansowe pozyskane w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 -2027.

Programy polityki zdrowotnej aktualnie realizowane i finansowane z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego:

1. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” – realizacja od 2012 r. do dziś (stan na 29.01.2024 r.).

Do celów tego programu zaliczamy:

- zwiększenie wczesnej wykrywalności tętniaka aorty brzusznej;
- zmniejszenie śmiertelności związanej z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej;
- zmniejszenie śmiertelności związanej z operacją naprawczą tętniaka aorty brzusznej;
- zwiększenie wiedzy mieszkańców regionu na temat tętniaka aorty brzusznej i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu.

Przedmiotem Programu są badania USG aorty brzusznej oraz edukacja indywidualna pacjentów, zaś adresaci Programu to mężczyźni w wieku 65-74 lata, palący papierosy, będący mieszkańcami województwa kujawsko-pomorskiego.

2. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” – realizacja od 2018 r. do dziś (stan na 29.01.2024 r.) - w partnerstwie z jst. Głównym celem programu jest zmniejszenie liczby upadków i urazów wśród osób po 60 r.ż. uczestniczących w programie. Cele szczegółowe Programu to:

- poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu;
- zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie;
- zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.

Adresatami Programu są osoby w wieku od 60 r.ż. zamieszkałe na terenie gmin z województwa kujawsko-pomorskiego, które zadeklarowały swój udział w programie.

3. Od 2024 r. Samorząd Województwa wraz Partnerami (jst) realizuje „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”. Głównym celem Programu jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* o min. 15% w populacji osób po 65 r.ż., objętych programem. Przedmiotem programu są szczepienia przeciwko pneumokokom u tych osób z użyciem szczepionki skoniugowanej 20-walentnej. Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 65+, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia, zamieszkałe na terenie jednostek samorządu terytorialnego województwa kujawsko-pomorskiego przystępujących w danym roku do programu (Partnerów).

Programy polityki zdrowotnej realizowane i finansowane z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w latach wcześniejszych:

1. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w latach 2015-2018 (w partnerstwie z jst). Do celów tego programu zaliczamy:

zmniejszenie częstości występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci;

- redukcja hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 2-4 r.ż.;
- redukcja częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego.

Przedmiotem Programu były szczepienia dzieci w wieku od 24 do 36 miesiąca życia przeciwko pneumokokom z użyciem szczepionki koniugowanej 13-walentnej, zaś adresatami Programu dzieci w wieku od 24 do 36 miesiąca życia, które wcześniej nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom, będące mieszkańcami gmin, które wyraziły wolę realizacji programu.

W latach 2015-2018 zaszczepiono 6 792 dzieci.

2. „Program Wykrywania Zakażeń WZW B i C w Województwie Kujawsko-Pomorskim” - w latach 2013-2020 - w partnerstwie z innymi jednostkami samorządu terytorialnego.

Do celów tego programu zaliczamy:

- zwiększenie wykrywalności bezobjawowych zakażeń WZW B i C;
- zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie zapobiegania zakażeniom WZW B i C.

Przedmiotem Programu w 2021 r. były badania diagnostyczne krwi w kierunku HBsAg, badania diagnostyczne krwi na obecność przeciwciał anti-HCV oraz szkolenia dla pacjentów dotyczące zakażeń WZW B i C, zaś adresaci programu to mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego, u których wcześniej nie stwierdzono WZW, zameldowani na terenie jst, które zadeklarowały udział w Programie.

3. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w latach 2015-2018 (w partnerstwie z jst). Do celów tego programu zaliczamy:

- zmniejszenie częstości występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci;
- redukcja hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 2-4 r.ż.;

- redukcja częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego.

Przedmiotem Programu były szczepienia dzieci w wieku od 24 do 36 miesiąca życia przeciwko pneumokokom z użyciem szczepionki koniugowanej 13-walentnej, zaś adresatami Programu dzieci w wieku od 24 do 36 miesiąca życia, które wcześniej nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom, będące mieszkańcami gmin, które wyraziły wolę realizacji programu. W latach 2015-2018 zaszczepiono 6 792 dzieci.

4. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” realizowany w latach 2016-2023 (w partnerstwie z jst w latach 2017-2023). Głównym celem programu było zmniejszenie liczby infekcji (zapadalności na zakażenia pneumokokowe) i powikłań po zakażeniu pneumokokowym wśród osób po 65 r.ż. Przedmiotem Programu były szczepienia osób dorosłych po 65 r.ż. przeciwko pneumokokom z użyciem szczepionki skoniugowanej 13-walentnej, zaś adresatami Programu osoby w wieku powyżej 65 r.ż., które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i znajdowały się w grupie ryzyka - osoby leczone z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli i dychawicy oskrzelowej, zamieszkałe na terenie jst, które wyraziły wolę jego realizacji.

W latach 2016-2023 szczepieniami przeciwko pneumokokom objęto 11 059 osób po 65 r.ż.

Programy realizowane i finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (Poddziałanie 8.6.2 Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne, Działanie 8.6 Zdrowy i aktywny region, Oś priorytetowa 8. Aktywni na rynku pracy). Celem programów było zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia. Programy zakończyły się z końcem 2023 roku.

1. „Program profilaktyczny ukierunkowany na wczesne wykrywanie nowotworu jelita grubego dla osób zagrożonych przerwaniami aktywności zawodowej” – 2018 r. – 2023 r.

Program umożliwiał osobom od 25 do 65 r.ż. (wiek zależny od pozostałych czynników ryzyka tj. rozpoznany rak jelita grubego w rodzinie) wykonanie bezpłatnej kolonoskopii i udział w zajęciach edukacyjnych. W 2023 r. z badań kolonoskopowych skorzystało ponad 600 osób. W 2023 r. program był realizowany przez 5 podmiotów leczniczych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego. Program trwał od połowy 2017 r. i zakończył się wraz z końcem 2023 r. Program realizowało 13 beneficjentów, a badanie kolonoskopii wykonano u blisko 18 tys. osób (łącznie u 17 790 osób). Wszystkie projekty zostały współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Realizacja „Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia na terenie województwa kujawsko-pomorskiego” – 2020 r. – 2023 r.

Projekt stanowi realizację Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) - połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia opracowanego w ramach PO WERA, który został dostosowany do specyfiki województwa kujawsko-pomorskiego.

Projekt realizowany był od 2020 r. do końca 2023 r. przez Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy obejmował: niskodawkową tomografię komputerową klatki piersiowej dla palaczy lub byłych palaczy tytoniu w wieku 50-74 lata (wiek zależny od pozostałych czynników ryzyka tj. ekspozycja zawodowa na określone substancje, rak płuca w rodzinie, choroby płuc w historii choroby), działania

edukacyjne oraz szkolenia personelu medycznego w kierunku wykrywalności raka płuca. Projekt był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

W efekcie realizacji Programu:

- przeprowadzono 4000 wizyt kwalifikacyjnych,
- przeprowadzono 7 228 wizyt wynikowych,
- wykonano 7273 badania niskodawkową tomografią komputerową klatki piersiowej,
- wykryto 55 zmian nowotworowych,
- objęto poradą antynikotynową 4 119 osób,
- przeprowadzono szkolenia dla 126 pracowników ochrony zdrowia.

3. „Program profilaktyki WZW B i C w woj. kujawsko-pomorskim” – 2020 r. – 2023 r. (NIEZREALIZOWANY)

Projekt trwał od 2021 r., skierowany był do mieszkańców regionu w wieku aktywności zawodowej tj. 20-64 lata należących do przynajmniej jednej z grup ryzyka, dający okazję do wykonania badań diagnostycznych krwi w kierunku WZW B lub C oraz szczepień przeciw WZW B. Szeroka grupa odbiorców (osoby w wieku 20-64 lata) miała zostać objęta działaniami edukacyjnymi, dotyczącymi: objawów, powikłań, profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby oraz unikania ryzykownych zachowań sprzyjających zakażeniom. Realizator programu – Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o. w Warszawie zaprosił do współpracy placówki medyczne z całego województwa kujawsko-pomorskiego tj. POZ-y, przychodnie specjalistyczne i szpitale. Jednakże w 2023 roku realizację programu przerwano. W wyniku wykrytych nieprawidłowości po kontroli Departamentu Wdrażania Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza umowa z beneficjentem została rozwiązana.

9.1.2. Programy zdrowotne realizowane przez samorządy terytorialne

Na podstawie artykułu 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) możliwe jest opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów polityki zdrowotnej przez każdą jednostkę samorządu terytorialnego. W związku z powyższym samorządy terytorialne wchodzące w skład województwa kujawsko-pomorskiego mogą samodzielnie tworzyć odrębne programy polityki zdrowotnej, które podlegają takim samym obramowaniom prawnym jak te, które są realizowane przez Samorząd Województwa.

9.1.3. Programy zdrowotne realizowane przez NFZ

Według danych Ministerstwa Zdrowia (MZ)⁹⁰ i NFZ⁹¹ na terenie województwa kujawsko-pomorskiego realizowanych jest szereg programów profilaktycznych obejmujących działania edukacyjne, wczesną diagnostykę (w tym badania przesiewowe) czy rehabilitację i poprawę sprawności po przebytej chorobie. Programy te dotyczą szerokiego zakresu problemów zdrowotnych i skierowane są głównie do osób dorosłych (wyjątek stanowi program profilaktyki próchnicy zębów dla młodzieży⁹²).

⁹⁰ <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny>, dostęp z dnia 23-24.09.2021 r.

⁹¹ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>, dostęp z dnia 23-24.09.2021 r.

⁹² Program skierowany jest do uczniów szkół ponadpodstawowych w wieku 15-19 lat; <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-prochnicy-zebow-dla-mlodziezy>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

Tematyka programów zdrowotnych obejmuje choroby układu sercowo-naczyniowego (profilaktyka chorób układu krążenia - CHUK⁹³ i profilaktyka chorób kardiologicznych - KORDIAN⁹⁴), choroby odtytoniowe (w tym POChP)⁹⁵, udary⁹⁶, badania prenatalne⁹⁷, depresję poporodową⁹⁸, gruźlicę⁹⁹, bóle kręgosłupa (Ogólnopolski Program Profilaktyki Przewlekłych Bólów Kręgosłupa) oraz choroby onkologiczne.

W obszarze prewencji onkologicznej prowadzone są programy profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi, profilaktyki nowotworów skóry¹⁰⁰, profilaktyki raka płuca¹⁰¹, profilaktyki nowotworów wątroby (program pilotażowy)¹⁰², profilaktyki nowotworów głowy i szyi¹⁰³, badań przesiewowych raka jelita grubego¹⁰⁴, profilaktyki raka piersi oraz profilaktyki raka szyjki macicy.

Badania przesiewowe stanowią szczególnie istotny obszar profilaktyki prowadzonej przez MZ i NFZ, mają na celu wykrycie choroby na wczesnym etapie, a co za tym idzie szybkie wdrożenie leczenia. Do najbardziej powszechnych należą badania w kierunku raka piersi i szyjki macicy.

Program profilaktyki raka piersi¹⁰⁵ skierowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie wykonywały mammografii w ramach profilaktyki zdrowotnej. Badania mammograficzne wykonywane są w poradniach stacjonarnych lub w mammobusach. W województwie kujawsko-pomorskim program realizowany jest w 17 placówkach zlokalizowanych w Bydgoszczy (4 placówki), Grudziądzu (2 placówki), Inowrocławiu, Radziejowie, Rypinie, Toruniu (4 placówki) i Włocławku (4 placówki)¹⁰⁶. We wrześniu 2021 r. przynajmniej jeden postój mammobusów zaplanowany był we wszystkich miastach powiatowych oraz w 44 miejscowościach z terenu 12 powiatów (bez powiatów aleksandrowskiego, brodnickiego, golubsko-dobrzyńskiego, grudziądzkiego, radziejowskiego, rypińskiego i wąbrzeskiego). Najwięcej możliwości skorzystania z tego typu świadczenia przewidziano w Bydgoszczy, Nakle nad Notecią i Toruniu, gdzie w ciągu miesiąca mammobusy zatrzymać się miały pięciokrotnie¹⁰⁷. Zgodnie ze stanem na 1.09.2021 r. w województwie kujawsko-pomorskim do programu profilaktyki raka piersi kwalifikowało się 279,7 tys. kobiet, a procent objęcia programem

⁹³ Obowiązek realizacji programu mają wszystkie poradnie POZ; <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorob-ukladu-krzenia-chuk>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

⁹⁴ Program realizowany jest w 10 placówkach POZ zlokalizowanych w 9 miejscowościach w regionie: Wąbrzeźno (2 placówki), Chełmno, Żnin, Toruń, Dębowa Łąka, Brodnica, Kruszwica, Bydgoszcz, Chełmża; <https://kordian.uck.pl/dla-pacjenta/wykaz-placowek/>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

⁹⁵ Program realizowany jest w 19 placówkach POZ; <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

⁹⁶ W województwie kujawsko-pomorskim ośrodkiem odpowiedzialnym za realizację programu jest 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPOZ w Wałcu. Świadczenia realizowane przez lekarzy POZ, którzy podpisali ze szpitalem umowę na działania profilaktyczne; <https://pacjent.udary.107sw.pl/informacje-o-programie/>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

⁹⁷ Program realizowany jest przez 6 poradni ginekologiczno-położniczych zlokalizowanych w Bydgoszczy (3 placówki), Grudziądzu i Toruniu (2 placówki); <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

⁹⁸ Program realizowany jest w 4 placówkach zlokalizowanych w Bydgoszczy, Grudziądzu, Świeciu i Toruniu; <https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/gdzie-szukac-wsparcia/>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

⁹⁹ Obowiązek realizacji programu mają wszystkie pielęgniarki POZ w regionie; <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-gruzlicy>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

¹⁰⁰ Program realizowany jest przez 8 placówek zlokalizowanych w Bydgoszczy (2 placówki), Grudziądzu (4 placówki), Łasinie, Żninie; <https://www.szpitalepomorskie.eu/skora/#pacjentc6ee-1b4ee1d4-09d6>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

¹⁰¹ Jedynym ośrodkiem w regionie współpracującym w zakresie programu jest Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii, <https://zbadajwojepluca.uck.pl/dla-pacjenta/lista-osrodkow/>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

¹⁰² Województwo kujawsko-pomorskie jest jednym z 6 regionów w kraju, w których program jest realizowany. Świadczenia w ramach programu udzielane są w 6 placówkach zlokalizowanych w Bydgoszczy, Grudziądzu (3 świadczeniodawców), Wąbrzeźnie i Żninie; <https://watrobanieboli.pzh.gov.pl/lista-placowek-uczestniczacych-w-programie/>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

¹⁰³ Program realizowany jest przez 10 placówek zlokalizowanych w Bydgoszczy, Chełmnie, Inowrocławiu (3 placówki), poradni ginekologiczno-położniczych zlokalizowanych w Bydgoszczy (3 placówki), Grudziądzu i Toruniu (2 placówki); <https://profilaktyka.umed.lodz.pl/placowki-poz-w-programie/>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

¹⁰⁴ Program realizowany jest w 4 ośrodkach, z czego 2 znajdują się w Grudziądzu oraz po 1 w Bydgoszczy i Rypinie; <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-badan-przesiewowych-raka-jelita-grubego>, dostęp z dnia 23.09.2021 r.

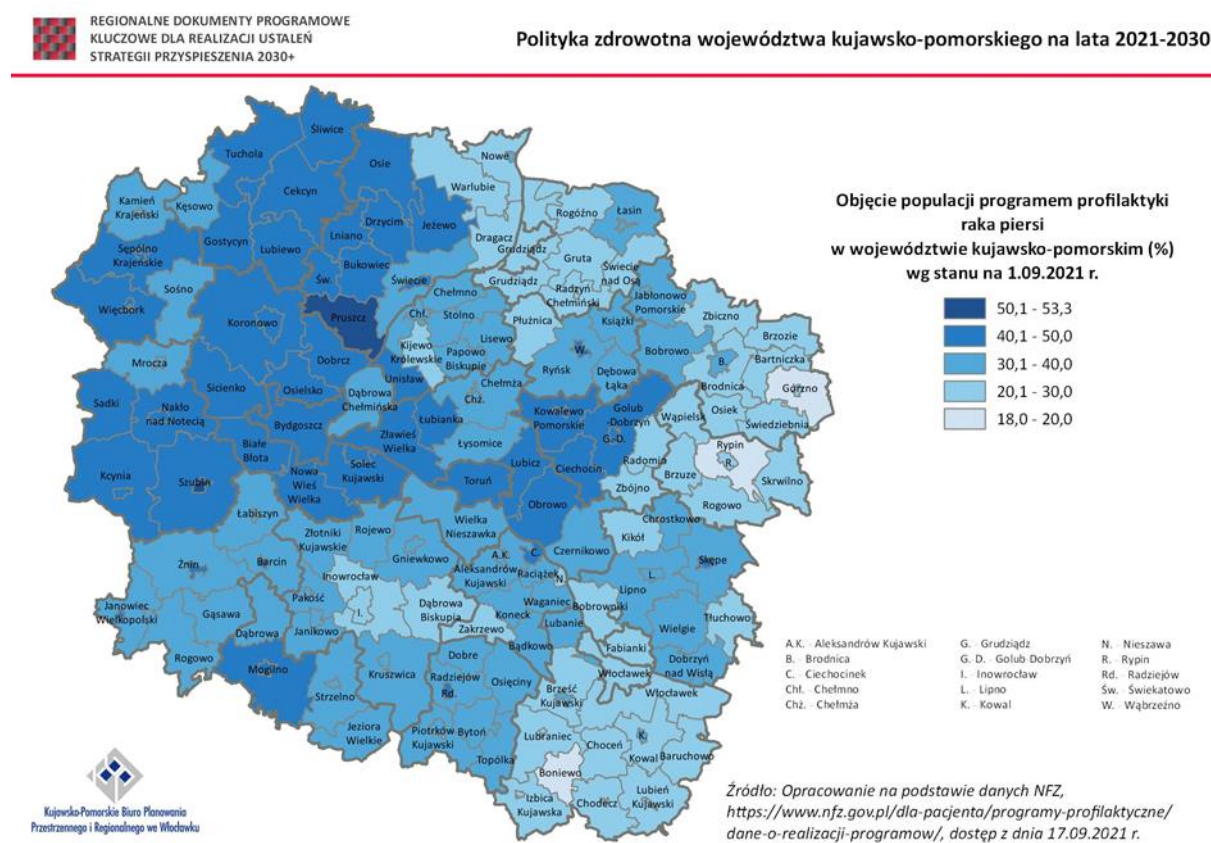
¹⁰⁵ <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-piersi>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

¹⁰⁶ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

¹⁰⁷ <http://nfz-bydgoszcz.pl/artukul/54/1303/harmonogram-postoju-mammobusow>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

wynosił ponad 36% populacji kwalifikującej się do skorzystania z badań przesiewowych. Program cieszył się największym zainteresowaniem w Szubinie (53,3%) i gminie Pruszcz (51,5%), najmniejszym zaś w gminach wiejskich Boniewo i Rypin (poniżej 19%)¹⁰⁸.

Mapa 20. Program profilaktyki raka piersi w województwie kujawsko-pomorskim - procent objęcia programem populacji kwalifikującej się do skorzystania z badań przesiewowych wg stanu na 1.09.2021 r.



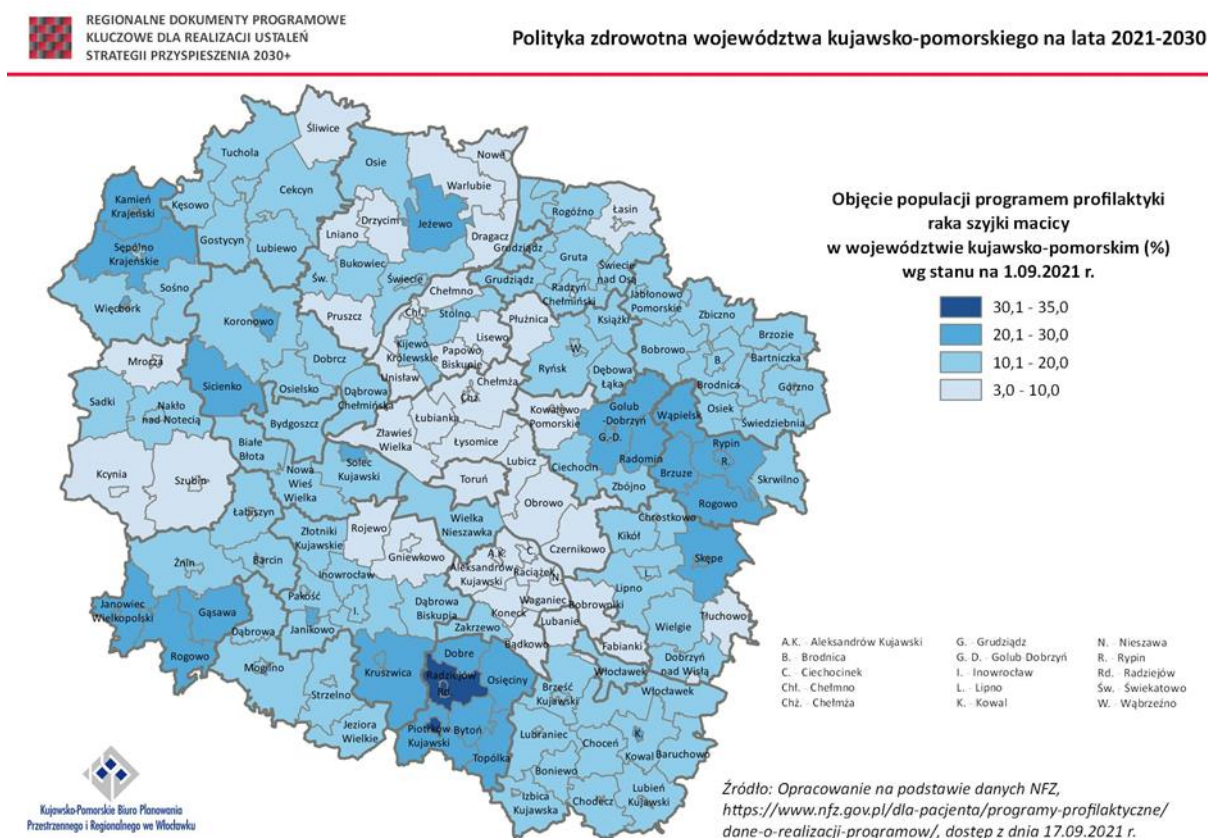
Program profilaktyki raka szyjki macicy¹⁰⁹ skierowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywały przesiewowego badania cytologicznego. Badania cytologiczne wykonywane są we wszystkich poradniach położniczo-ginekologicznych, które mają podpisaną umowę z NFZ oraz w wybranych poradniach POZ na terenie województwa. Zgodnie ze stanem na 1.09.2021 r. w województwie kujawsko-pomorskim do programu kwalifikowało się 504,7 tys. kobiet. Procent objęcia programem wynosił niespełna 13%, co wydaje się niewystarczające w kontekście osiągnięcia jego zakładanych celów. Podobnie jak w przypadku udziału w programie raka piersi w obrębie regionu widoczne są znaczne dysproporcje. Najwyższe zainteresowanie programem wykazywały mieszkanki gminy wiejskiej Radziejów (35%), najmniejsze zaś, na poziomie zaledwie 3%, mieszkanki Chełmży¹¹⁰.

¹⁰⁸ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>, dostęp z dnia 17.09.2021 r.

¹⁰⁹ <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy>, dostęp z dnia 24.09.2021 r.

¹¹⁰ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>, dostęp z dnia 17.09.2021 r.

Mapa 21. Program profilaktyki raka szyjki macicy w województwie kujawsko-pomorskim - procent objęcia programem populacji kwalifikującej się do skorzystania z badań przesiewowych wg stanu na 1.09.2021 r.



Poza badaniami przesiewowymi w kierunku chorób onkologicznych NFZ realizuje również, od 1.07.2021 r., program zdrowotny Profilaktyka 40 PLUS. Stanowi on odpowiedź na obniżenie zainteresowania badaniami profilaktycznymi i odkładanie wizyt u lekarzy zarówno pierwszego kontaktu, jak i specjalistów spowodowane pandemią COVID-19. Program skierowany jest do osób od 40 roku życia. Obejmuje 3 pakiety badań diagnostycznych w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych (odrębnie dla kobiet¹¹¹ i dla mężczyzn¹¹² oraz pakiet wspólny¹¹³)¹¹⁴. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego program realizuje 95 placówek¹¹⁵.

10. Program rehabilitacji po COVID-19

NFZ realizuje program rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 mający na celu poprawę sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego pacjentów w stanie średnim lub ciężkim¹¹⁶. Obejmuje on opiekę lekarską, pielęgniarską oraz wsparcie psychologiczne. Od początku funkcjonowania program

¹¹¹ Pakiet zawiera: morfologię krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi; stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy; stężenie glukozy we krwi; ALAT, AspAT, GGTP; poziom kreatyniny we krwi; badanie ogólne moczu; poziom kwasu moczowego we krwi; krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT)

¹¹² Pakiet zawiera elementy pakietu dla kobiet oraz PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity

¹¹³ Pakiet zawiera: pomiar ciśnienia tętniczego; pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI); ocenę miarowości rytmu serca

¹¹⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-40-plus>, dostęp z dnia 17.09.2021 r.

¹¹⁵ Według stanu na 21.10.2021 r.; <http://nfz-bydgoszcz.pl/uploads/files/Zalaczniki/40plus/realizat40plus.pdf>; dostęp z dnia 28.10.2021 r.

¹¹⁶ Załącznik do zarządzenia Nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 02.06.2021 r., <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-nfz/zarządzenie-nr-982021dsoz,7365.html>, dostęp z dnia 1.09.2021 r.

realizowany jest w trybie stacjonarnym i leczeniu uzdrowiskowym. Obecnie jego zakres został rozszerzony o świadczenia wykonywane w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego realizatorami programu jest 47 placówek świadczących usługi z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19¹¹⁷ - najczęściej znajduje się w Bydgoszczy (13) oraz w Inowrocławiu (8). Najlepszą dostępnością w regionie wyróżnia się rehabilitacja ambulatoryjna – świadczenia tego typu udzielane są przez 85% placówek. Z kolei rehabilitacja domowa prowadzona jest jedynie przez 3 placówki.

Tabela 18. Liczba placówek realizujących program świadczeń z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wg stanu na 9.08.2021 r.

Miejscowość	Placówki realizujące program (ogółem)*	Placówki realizujące program w trybie:		
		rehabilitacji stacjonarnej	rehabilitacji ambulatoryjnej	rehabilitacji domowej
Aleksandrów Kujawski	2	1	1	0
Białe Błota	1	0	1	0
Brodnica	3	0	3	0
Bydgoszcz	13	1	11	2
Ciechocinek	3	2	1	0
Grudziądz	3	0	3	1
Inowrocław	8	3	5	0
Lipno	2	0	2	0
Radziejów	1	0	1	0
Sicienko	1	0	1	0
Skępe	1	0	1	0
Toruń	3	0	3	0
Wieniec Zdrój	1	1	0	0
Włocławek	5	0	5	0
Zławieś Wielka	1	0	1	0
Złotniki	1	0	1	0

* Liczba placówek realizujących program ogółem nie jest równa sumie placówek realizujących program w trybie stacjonarnym, ambulatoryjnym i domowym. Wynika to z faktu, że 4 placówki (3 w Bydgoszczy i 1 w Grudziądzu) realizują świadczenia w 2 formach.

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy, <http://nfz-bydgoszcz.pl/artukul/54/3425/rehabilitacja-po-covid-19-wykaz-placowek>, dostęp z dnia 1.09.2021 r.

11. Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podległych Samorządowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego w latach 2018-2022

W latach 2018-2022 Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego był organem założycielskim dla 14 podmiotów leczniczych, w tym dla 8 szpitali, 1 przychodni, 3 ośrodków medycyny pracy, 1 stacji pogotowia ratunkowego oraz 1 sanatorium. Pełna lista podległych podmiotów leczniczych znajduje się poniżej:

Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (sp zoz):

- Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

¹¹⁷ Stan na 9.08.2021 r., <http://nfz-bydgoszcz.pl/artukul/54/3425/rehabilitacja-po-covid-19-wykaz-placowek>, dostęp z dnia 1.09.2021 r.

- Sanatorium Uzdrowskie „Przy Tężni” im. dra Józefa Krzywińskiego s.p.z.o.o. w Inowrocławiu
- Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku
- Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy
- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Toruniu
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Włocławku
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. dra Józefa Bednarza w Świeciu
- Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
- Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

Spółki:

- Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.
- Uzdrowsko Ciechocinek S.A.
- Zakład Sprzętu Ortopedycznego i Rehabilitacyjnego sp. z o.o. w Bydgoszczy.

W sieci szpitali znalazło się 7 szpitali podległych Samorządowi Województwa Kujawsko-Pomorskiego zgodnie z wprowadzonym z dniem 1 października 2017 r. systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2018 r. wartość kontraktu z NFZ zawartego przez podmioty lecznicze opiewała na kwotę w wysokości 983 856,9 tys. zł, w 2019 r. 1 127 737,5 tys. zł, a w 2020 r. wzrosła do kwoty 1 140 019,9 tys. zł, w 2021 r. wynosiła 1 545 346,2 tys. zł oraz w 2022 r. wzrosła do kwoty 1 705 565,8 tys. zł.

Przychody ogółem osiągnięte przez podmioty w 2018 r. wynosiły 1 130 680,8 tys. zł, w 2019 r. 1 285 647,7 tys. zł, w 2020 r. 1 452 161,1 tys. zł, a w 2021 r. 1 726 205,8 tys. zł, w 2022 r. 1 945 020,1 tys. zł.

Koszty ogółem poniesione przez podmioty w 2018 r. wyniosły 1 125 344,2 tys. zł, w 2019 r. 1 296 512,1 tys. zł, w 2020 r. 1 444 549,9 tys. zł, a w 2021 r. 1 593 412,1 tys. zł, w 2022 r. 1 946 635,3 tys. zł.

Skumulowany wynik finansowy podmiotów wynosił:

- za 2018 r.: 5 336,6 tys. zł (w tym szpitali 5 059,9 tys. zł),
- za 2019 r.: (-)10 864,4 tys. zł (w tym szpitali (-)10 615,1 tys. zł),
- za 2020 r.: 7 611,2 tys. zł (w tym szpitali 8 279,0 tys. zł),
- za 2021 r.: 11 249,3 tys. zł (w tym szpitali 10 103,3 tys. zł),
- za 2022 r.: (-) 2 390,6 tys. zł (w tym szpitali (-) 3 776,8 tys. zł).

Stratę netto za 2018 r. poniosło 7 jednostek (w tym 4 szpitale), w 2019 r. 6 jednostek (w tym 3 szpitale), w 2020 r. 8 jednostek (w tym 4 szpitale), w 2021 r. 5 jednostek (w tym 3 szpitale), w 2022 r. 5 jednostek (w tym 3 szpitale). Zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej jednostki te musiały sporządzać programy naprawcze, które zostały zatwierdzone przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego pokrył stratę netto za 2018 r. 1 podmiotu w wysokości 712,7 tys. zł., za 2019 r. 3 podmiotom w łącznej wysokości 1 235,4 zł, za 2020 r. 2 podmiotom w łącznej wysokości 1 288,5 tys. zł.

Sytuacja finansowo-ekonomiczna podległych jednostek uległa pogorszeniu w okresie pandemii, w szczególności w zakresie świadczeń psychiatrycznych oraz medycyny pracy.

Związane było to z ograniczeniem udzielania świadczeń, w skutek zmian przepisów prawa dotyczących wykonywania badań medycyny pracy oraz lękiem przed hospitalizacją w szpitalach.

W dużych szpitalach wieloprofilowych sytuacja finansowa poprawiła się w skutek utworzenia oddziałów covidowych, które były dedykowane w okresie pandemii do leczenia chorych na COVID-19.

Obecna sytuacja finansowa podmiotów leczniczych jest dobra. Szpitale osiągają dodatnie wyniki finansowe, starają się terminowo regulować swoje zobowiązania. Prowadzą inwestycje, które mają na celu zwiększenie dostępności oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń. Przełoży się to bezpośrednio w przyszłości na zwiększenie środków finansowych za wykonywane usługi. Wyjątkiem są ośrodki medycyny pracy, które niestety nie podniosły się z finansowej zapaści po pandemii.

Głównym zagrożeniem dla placówek służby zdrowia w najbliższej przyszłości mogą okazać się ciągłe zmiany przepisów prawa w szczególności dotyczące wzrostu wysokości wynagrodzeń personelu medycznego. Związane jest to z ciągłym niezadowoleniem personelu nie tylko medycznego, ale i pomocniczego i administracyjnego z ich wysokości oraz roszczeniowa postawa kolejnych grup co do wysokości wynagrodzeń. Ciągłe wzrosty wynagrodzeń są ogromnym obciążeniem dla jednostek służby zdrowia i w przyszłości mogą wpłynąć negatywnie na ich sytuację finansową.

Ponadto, pomimo corocznego wzrostu wynagrodzeń wciąż brakuje młodego personelu medycznego, który mógłby zastąpić osoby w wieku emerytalnym, w szczególności w grupie pielęgniarek i położnych.

III Kierunki Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

Głównym dokumentem strategicznym określającym kierunki zmian dla systemu ochrony zdrowia jest „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030”, przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. Dokument identyfikuje główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Przedstawia niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wskazuje też główne działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia. Stanowi kontynuację dokumentu pn.: „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”.

Dokument jest realizacją wizji przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia przyczyniającego się do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Celem przedstawionych w nim działań jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system.

Oczekiwanym efektem implementacji zmian wskazanych w „Zdrowej Przyszłości” jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Dokument jest nakierowany na działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które ujęto w cztery główne obszary: pacjent, procesy, rozwój i finanse, definiując dla każdego z nich cele, które z kolei przekładają się na określone kierunki interwencji.

„Zdrowa Przyszłość” to także dokładnie określona strategia na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej. Składa się ona z dwóch części – w postaci dwóch załączników do „Zdrowej Przyszłości” – obejmujących dwie grupy: osoby starsze oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Celem głównym obu strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym oraz poprawa jakości

życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Głównym dokumentem odpowiadającym w głównej mierze na wyzwania wynikające z Zaleceń Rady dla Polski jest Krajowy Program Reform (KPR). KPR jest jednym z głównych instrumentów w procesie zarządzania gospodarczego i społecznego w Unii Europejskiej, czyli Semestru Europejskiego. Zgodnie z harmonogramem Semestru KPR jest przyjmowany oraz przekazywany do Komisji Europejskiej do końca kwietnia każdego roku. Zawarte w KPR propozycje działań mają odpowiedzieć na wyzwanie jakim jest poprawa opieki zdrowotnej, zapewnienie wystarczających zasobów i przyspieszenie wdrażania usług e-zdrowia.

Wskazane w dokumentach kierunki rozwoju w zakresie opieki zdrowotnej, są obowiązującymi dla wszystkich podmiotów leczniczych oraz jednostek samorządu terytorialnego, będących organem założycielskim dla tych podmiotów. Jednostki samorządu terytorialnego oprócz powyższych dokumentów krajowych, realizują zadania wyznaczone im przez określone akty prawne.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, samorząd ten jest odpowiedzialny za rozwój gospodarczy i społeczny regionu. Realizuje zawarte w ustawie zadania o charakterze usług publicznych, między innymi w zakresie kultury, edukacji, ochrony środowiska, pomocy społecznej, bezpieczeństwa publicznego oraz ochrony zdrowia. Do samorządu województwa należy także opracowywanie planów wojewódzkich i wieloletnich planów inwestycyjnych oraz programów rozwoju regionalnego i przestrzennego. Ponadto, samorząd województwa opracowuje strategię rozwoju województwa, która zawiera zagadnienia dotyczące zabezpieczenia zdrowotnego społeczeństwa województwa, w wielu aspektach, także inwestycyjnych.

Wykonanie zadań nałożonych na Samorząd województwa, szczególnie inwestycyjnych, ma swoje odzwierciedlenie w planowanym i realizowanym budżecie województwa. Analizując wydatki budżetów jednostek samorządów terytorialnych, które grupuje się zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o finansach publicznych, tj. na działy i rozdziały - określające rodzaj działalności oraz paragrafy, rozpatrujemy wydatki w Dziale 851 – Ochrona zdrowia.

Struktura wydatków województwa kujawsko-pomorskiego według działów klasyfikacji budżetowej wskazuje na znaczący udział wydatków w dziale „Ochrona zdrowia” w wydatkach ogółem województwa, w 2020 r. było to 15%, w 2021 r. – 17%, w 2022 r. – 12%, podczas gdy w 2010 r. było to zaledwie 5% .

Okres pandemii spowodował znaczny wzrost wydatków budżetów województw w zakresie ochrony zdrowia, gdyż w wielu przypadkach miało to istotny wpływ na dostosowanie infrastruktury podmiotów oraz posiadanego przez nie sprzętu medycznego, na zabezpieczenie życia i zdrowia mieszkańców w tym szczególnym czasie.

Rozpatrując kolejne znaczące w tym zakresie akty prawne, zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej określa zakres zadań własnych samorządu województwa mających na celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności:

- opracowywanie, realizację oraz ocenę efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa, które wynikać powinny z konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach polityki zdrowotnej;
- opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone powyżej, służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji, w ochronie zdrowia;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Samorząd województwa, oprócz pełnienia funkcji podmiotu tworzącego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialny jest za prowadzenie zakładów psychiatrycznej opieki medycznej i realizowania zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Ponadto, samorząd województwa realizuje i koordynuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów profilaktyki zdrowotnej. Ważnym zadaniem samorządu (także zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest sprawowanie opieki nad osobami uzależnionymi, prowadzenie działań przeciwdziałających alkoholizmowi oraz działań antynikotynowych. Samorząd województwa, w ramach zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu, otrzymuje informacje o stanie bezpieczeństwa sanitarnego całego województwa. Samorządu województwa ma też udział w zadaniach dotyczących działań związanych z systemem ratownictwa medycznego.

Natomiast, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w art. 6 wskazuje, iż jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej albo samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Będąc organem tworzącym podmiotu leczniczego, samorząd województwa sprawuje nad nim nadzór w zakresie zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności, dokonuje również kontroli i oceny realizacji zadań. Kontrola i ocena, jak wskazuje ustawa, poza wykonywaniem zadań statutowych i gospodarnością, dotyczyć powinna dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Istotnym dokumentem dla określenia zadań samorządu województwa jest ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Zgodnie z art. 2 ustawy, do katalogu zadań samorządu województwa należy monitorowanie i ocena stanu zdrowia mieszkańców województwa, także w zakresie zagrożeń dla zdrowia oraz jakości życia. Ważnym zadaniem jest edukację zdrowotną, dostosowaną do potrzeb różnych grup wiekowych, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych oraz promocja zdrowia i profilaktyka chorób. Do samorządu województwa należą również działania mające na celu rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. Samorząd powinien prowadzić analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu. Ustawa nakłada na samorząd województwa zadania związane z inicjowaniem i prowadzeniem badań naukowych oraz współpracą międzynarodową w zakresie zdrowia publicznego. Ważnym działaniem jest stworzenie warunków do rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Dla samych mieszkańców województwa istotnym zadaniem jest rola samorządu w ograniczaniu nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Samorząd na podstawie przepisów ustawy podejmuje również działania w obszarze aktywności fizycznej mieszkańców, która ma fundamentalny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa.

Zgodnie z art. 3 ust. 3 i 4 ustawy o zdrowiu publicznym w ramach realizacji powyższych zadań, samorządy gmin oraz samorządy powiatów z terenu województwa mogą współpracować z samorządem województwa, który z kolei współpracuje z wojewodą z obszaru danego województwa.

Podsumowując, w ramach posiadanych kompetencji, samorząd województwa kujawsko-pomorskiego, opracowując program regionalny „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 – 2027” kierował się m.in. założeniami zawartymi w Zdrowej Przyszłości oraz w Krajowym Programie Reform, poprzez zaplanowane do finansowania konkursy i niekonkurencyjne nabory na projekty mające na celu zmianę piramidy świadczeń zdrowotnych. Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, centrów zdrowia psychicznego oraz leczenie jednego dnia. Wdrażane poprzez program regionalny działania, będą miały realny wpływ na system ochrony zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w postaci odwrócenia piramidy świadczeń, a skutki podejmowanych działań będą widoczne na przestrzeni najbliższych lat.

Ponadto, w ramach programu regionalnego „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 – 2027” zostaną zrealizowane projekty dotyczące profilaktyki związanej z miejscem pracy i rehabilitacji w ramach celu szczegółowego 4d - Wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia oraz w ramach celu szczegółowego k – zapobiegających chorobom stanowiącym poważny problem w regionie. Programy polityki zdrowotnej planowane są do realizacji także w ramach budżetu województwa kujawsko-pomorskiego. Niezwykle istotnym tematem jest zdrowie psychiczne mieszkańców województwa, w tym dzieci i młodzieży, dlatego kontynuowana będzie kampania „Kujawsko-Pomorskie działa z głową”.

Niezmienne, najważniejszym priorytetem zarządu województwa pozostają placówki publicznego leczenia, w tym przede wszystkim szpitale. Konsekwentnie będzie kontynuowany wielki wojewódzki program modernizacji lecznic. Szpitale, zwłaszcza te najważniejsze w regionie, muszą być stale modernizowane, co oznacza zakupy sprzętu i aparatury medycznej najnowszej generacji, a także rozbudowę szpitalnych kompleksów.

Plany obejmują m.in.:

- ✓ budowę ośrodka diagnostyki narządowej w bydgoskim Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym,
- ✓ dokończenie inwestycji w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, w tym budowę zespołu poradni specjalistycznych,
- ✓ rozbudowę i modernizację kompleksu regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy,
- ✓ modernizację Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy na ul. Seminaryjnej 1 oraz budowę Centrum Rehabilitacji i Edukacji Zdrowotnej Smukała KPCP „Aktywne starzenie się”,
- ✓ rozbudowę i modernizację Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy,
- ✓ rozbudowę i modernizację obiektów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku oraz utworzenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego,
- ✓ utworzenie lub modernizacja Centrów Zdrowia Psychicznego w WSNiPCh w Świeciu, WPZP w Bydgoszczy, w WSZ w Toruniu i WSS we Włocławku, ale też w innych podmiotach, które zgłoszą propozycje projektów w konkursach na utworzenie CZP na deficytowych obszarach,
- ✓ modernizację i rozbudowę Wojewódzkiego Ośrodka Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu,
- ✓ utworzenie Centrum Koordynacji Opieki Medycznej (CKOM) działającego w ramach działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek (OIPiP) i Położnych w Toruniu,
- ✓ wsparcie modernizacji i wyposażenie szpitali powiatowych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego.

W celu efektywnego i wysokiej jakości funkcjonowania zmodernizowanych szpitali niezwykle istotnym tematem jest rozwój kadr medycznych zasilających szeregi pracujących w nich osób. Wraz z systematyczną poprawą warunków pracy wspierane jest poszerzanie oferty edukacyjnej szkół wyższych oraz innych instytucji. Przykładem jest planowane:

- uruchomienie kierunku lekarsko-dentystycznego na Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,
- uruchomienie kierunku lekarskiego na Politechnice Bydgoskiej,
- modernizacja i rozwój Centrum Edukacji Kadr Medycznych w Toruniu.

1. Cele strategiczne i operacyjne oraz kierunki działań polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

W poniższym rozdziale zostały przedstawione propozycje dotyczące celu głównego oraz celów operacyjnych. Do każdego z celów operacyjnych zostały dobrane kierunki działań oraz mierniki. Wszystkie zaproponowane cele zostały oparte o wnioski wynikające z analizy przedstawionej we wcześniejszych rozdziałach. Ocena efektu końcowego: monitoring i ewaluacja będzie prowadzona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego oraz wskazanych mierników.

Schemat 1. Struktura „drzewa celów”

CEL GŁÓWNY	
CEL OPERACYJNY	CEL OPERACYJNY
KIERUNEK	KIERUNEK
KIERUNEK	KIERUNEK
KIERUNEK	KIERUNEK

Drzewo celów obejmujące określony cel główny, cele operacyjne, a także kierunki rozwoju przedstawia poniższy opis.

W wyniku analizy problemów sformułowano cel główny systemu Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego: **poprawa zdrowia mieszkańców województwa jako czynnika rozwoju społeczno-gospodarczego regionu.**

Cel ten jest spójny z celem głównym 2: **Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo** Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+.

Na cel główny składają się 2 cele operacyjne. Należą do nich: **rozwój profilaktyki chorób i promocji zdrowia** oraz **zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej**. Do realizacji celów operacyjnych przyczyni się realizowanie zadań zawartych w kierunkach określonych dla każdego celu operacyjnego.

Cel operacyjny dotyczy rozwoju profilaktyki chorób i promocji zdrowia

Cel dotyczy rozwoju ogółu działań o charakterze organizacyjnym, edukacyjnym, promocyjnym polegających na kształtowaniu właściwych postaw i zachowań w zakresie zdrowego trybu życia. Podejmowane działania wzmocnią świadomość o potrzebie wykonywania badań diagnostycznych w ramach profilaktyki chorób. Cel dotyczy także rozwoju współpracy z samorządami lokalnymi na rzecz upowszechniania wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych.

Do 2030 roku co najmniej 15% dorosłej populacji województwa kujawsko-pomorskiego zostanie objęta co najmniej jednym działaniem z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Kierunki i działania

Kierunek 1. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców postaw prozdrowotnych.

Działania:

Opracowanie i realizacja programów edukacyjno-promocyjnych służących kształtowaniu właściwych postaw i zachowań w zakresie zdrowego trybu życia np. organizowanie konferencji, warsztatów, konkursów i innych form.

Promocja i wspieranie projektów służących zdrowemu stylowi życia i przeciwdziałanie uzależnieniom oraz biernym formom spędzania czasu wolnego.

Prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych dot. specyfiki zaburzeń psychicznych, potrzeb i możliwości osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Opracowywanie materiałów promocyjno-informacyjnych dotyczących istotnych dla zdrowia ogółu jednostek chorobowych oraz zagrożeń i źródeł prowadzących do utraty zdrowia i ograniczenia sprawności.

Prowadzenie działań edukacyjnych podnoszących świadomość na temat profilaktycznej opieki medycznej oraz zwiększających frekwencję w programach profilaktycznych.

Kierunek 2. Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

Działania:

Opracowanie i wdrożenie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób zakaźnych i niezakaźnych, stanowiących ważny problem dla regionu, mających na celu zapobieganie ich wystąpieniu i minimalizowanie ich następstw.

Opracowanie i wdrożenie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób związanych ze szkodliwymi czynnikami w miejscu pracy oraz rehabilitacji medycznej.

Podejmowanie zgodnych z aktualną wiedzą medyczną działań adekwatnych do sytuacji o charakterze kryzysowym, stanowiących zagrożenie dla mieszkańców województwa, np. związanych ze stanem epidemii, klęski żywiołowej lub humanitarnej, bądź katastrofy, w celu ograniczenia ich skutków.

Kierunek 3. Aktywizowanie podmiotów zewnętrznych, w tym jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.

Współpraca z instytucjami zaangażowanymi formalnie, organizacyjnie i merytorycznie w opiekę zdrowotną mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Budowa i rozwój zintegrowanego systemu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, polegającego na skupieniu wiedzy, instytucji, osób oraz narzędzi w celu realizacji projektów i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i zbiorowości.

Cel operacyjny dotyczy zapewnienia równego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Cel dotyczy ogółu działań organizacyjnych mających na celu poprawę dostępności do leczenia ogólnego i specjalistycznego, wraz z działaniami inwestycyjnymi polegającymi na wymianie sprzętu i aparatury medycznej oraz modernizacji, przebudowie i budowie obiektów ochrony zdrowia w sposób skutkujący rozwojem infrastruktury szpitalnej, a także podstawowej opieki medycznej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ze szczególnym uwzględnieniem systematycznego wzmacniania roli leczenia środowiskowego i dziennego. Celem jest także wsparcie organizacyjne rozwoju kadry medycznych oraz telemedycyny i elektronicznych usług.

Do 2030 roku w co najmniej 10% wojewódzkich placówek medycznych zostanie zmodernizowana infrastruktura lub nastąpi doposażenie w sprzęt medyczny.

Kierunki i działania

Kierunek 1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Działania:

Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego.

Zwiększanie dostępności i zmniejszanie nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwój usług środowiskowych w centrach zdrowia psychicznego.

Rozwój oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Kierunek 2. Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do usług zdrowotnych.

Działania:

Modernizacja, rozbudowa, budowa infrastruktury szpitalnej zidentyfikowanej jako strategiczne dla województwa kujawsko-pomorskiego.

Modernizacja infrastruktury oraz doposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną POZ i AOS, wsparcie tworzenia usług POZ na obszarach gdzie nie ma do niej dostępu.

Modernizacja i budowa obiektów ochrony zdrowia w celu rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności dziennych i środowiskowych form opieki.

Przekształcanie i dostosowywanie placówek całodobowych o charakterze długoterminowym, w tym opieki paliatywnej i hospicyjnej, do realizacji usług o charakterze dziennym i środowiskowym, w tym zakup wyposażenia do świadczenia tego typu form wsparcia.

Rozbudowa infrastruktury o charakterze dziennych domów opieki medycznej, w tym działania inwestycyjne lub związane z doposażeniem i dostosowaniem pomieszczeń.

Wymiana sprzętu i aparatury medycznej służąca rozwojowi diagnostyki, w tym diagnostyki chorób przewlekłych, chorób cywilizacyjnych czy diagnostyki mikrobiologicznej.

Tworzenie nowych lub rozwój działalności ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacyjnych, uwzględniających środowiskowe formy wparcia.

Aktualizacja najskuteczniejszych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w usługach zdrowotnych w województwie (telemedycyna, e-zdrowie).

Kierunek 3. Zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej dla ochrony zdrowia

Działania:

Rozwój kompetencji pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym kompetencji medycznych.

Poprawa warunków pracy personelu medycznego i około medycznego.

Tworzenie warunków wpływających na zwiększenie liczebności kadry medycznej w województwie.

Pozyskanie poza granicami kraju kadr dla gospodarki oraz usług publicznych realizowanych na terenie województwa oraz ich adaptacja do rynku pracy województwa.

2. Realizacja celów polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

Cel operacyjny: Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia		
Kierunki	Działania	Wskaźniki
1. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców postaw prozdrowotnych.	1.1 Opracowanie i realizacja programów edukacyjno-promocyjnych służących kształtowaniu właściwych postaw i zachowań w zakresie zdrowego trybu życia np. organizowanie konferencji, warsztatów, konkursów i innych form.	Liczba opracowanych i realizowanych szkoleń, spotkań, konkursów, wydarzeń.
		Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
		Liczba opracowanych materiałów edukacyjno-promocyjnych.
	1.2 Promocja i wspieranie projektów służących zdrowemu stylowi życia i przeciwdziałanie uzależnieniom oraz biernym formom spędzania czasu wolnego.	Liczba wspartych działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom oraz służących zdrowemu stylowi życia.
	1.3 Prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych dot. specyfiki zaburzeń	Liczba zainicjowanych i wspartych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.

	psychicznych, potrzeb i możliwości osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.	Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
	1.4 Opracowywanie materiałów promocyjno-informacyjnych dotyczących istotnych dla zdrowia ogółu jednostek chorobowych oraz zagrożeń i źródeł prowadzących do utraty zdrowia i ograniczenia sprawności.	Liczba opracowanych materiałów promocyjno-informacyjnych.
	1.5 Prowadzenie działań edukacyjnych podnoszących świadomość na temat profilaktycznej opieki medycznej oraz zwiększających frekwencję w programach profilaktycznych.	Liczba przeprowadzonych działań edukacyjnych.
		Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
Sposób realizacji: Projekt kluczowy pn. „Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową!” Projekty realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.		
2. Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu.	2.1 Opracowanie i wdrożenie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób zakaźnych i niezakaźnych, stanowiących ważny problem dla regionu, mających na celu zapobieganie ich wystąpieniu i minimalizowanie ich następstw.	Liczba opracowanych programów polityki zdrowotnej.
		Liczba zrealizowanych programów polityki zdrowotnej.
		Liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej.
		Liczba placówek biorących udział oraz realizujących programy polityki zdrowotnej.
	2.2 Opracowanie i wdrożenie programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób związanych ze szkodliwymi czynnikami w miejscu pracy oraz rehabilitacji medycznej.	Liczba opracowanych programów polityki zdrowotnej.
		Liczba zrealizowanych programów polityki zdrowotnej.
		Liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej.
		Liczba placówek biorących udział oraz realizujących programy polityki zdrowotnej.

	2.3 Podejmowanie zgodnych z aktualną wiedzą medyczną działań adekwatnych do sytuacji o charakterze kryzysowym, stanowiących zagrożenie dla mieszkańców województwa, np. związanych ze stanem epidemii, stanu wojny, klęski żywiołowej lub humanitarnej, bądź katastrofy, w celu ograniczenia ich skutków.	Liczba podjętych działań w związku z wystąpieniem epidemii, klęski żywiołowej lub humanitarnej bądź katastrofy czy stanu wojny.
Sposób realizacji: Projekt kluczowy nr 2 pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”. Projekt kluczowy nr 3 pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 1 pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”. Projekt kluczowy nr 4 pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie kujawsko-pomorskim”. Projekt kluczowy nr 5 pn. „Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 6 pn. „Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 7 pn. „Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie w województwie kujawsko-pomorskim”. Projekt kluczowy nr 8 pn. „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 9 pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 10 pn. „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. Projekt kluczowy nr 11 pn. „Ochrona i promocja zdrowia”. Projekt kluczowy nr 12 pn. „Ochrona zdrowia psychicznego”. Projekty realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEdKP.		
3. Aktywizowanie podmiotów zewnętrznych,	3.1 Współpraca z instytucjami zaangażowanymi formalnie,	Liczba jednostek samorządu terytorialnego uczestniczących

w tym jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.	organizacyjnie i merytorycznie w opiekę zdrowotną mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.	w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
		Liczba organizacji pozarządowych uczestniczących w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
		Liczba podmiotów leczniczych uczestniczących w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
	3.2 Budowa i rozwój zintegrowanego systemu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, polegającego na skupieniu wiedzy, instytucji, osób oraz narzędzi w celu realizacji projektów i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i zbiorowości.	Liczba zorganizowanych inicjatyw.
Sposób realizacji: Projekty realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Projekty realizowane w ramach FEDKP.		
Cel operacyjny: Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych.		
1.Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.	1.1 Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego.	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.
	1.2 Zwiększanie dostępności i zmniejszanie nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwój usług środowiskowych w centrach zdrowia psychicznego.	Liczba funkcjonujących CZP na terenie województwa.
		Liczba wspartych CZP na terenie województwa.
		Liczba podmiotów I, II, III stopnia referencyjnego nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
	1.3 Rozwój oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.	Liczba oddziałów psychiatrycznych objętych wsparciem w szpitalach

		wielospecjalistycznych na terenie województwa.
	1.4 Wsparcie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Liczba organizacji pozarządowych, którym udzielono wsparcia w zakresie działań w zakresie zdrowia psychicznego.
		Liczba projektów zrealizowanych przez organizacje pozarządowe dzięki wsparciu w zakresie działań w zakresie zdrowia psychicznego.
		Liczba osób, które skorzystały z wsparcia dzięki realizacji działań.
Sposób realizacji: Projekt kluczowy nr 14 pn. „Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego”. Projekt kluczowy nr 13 pn. „Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową!” Projekt kluczowy nr 17 pn. „Ochrona zdrowia psychicznego”. Projekt kluczowy nr 16 pn. „Budowa budynku Centrum Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy wraz z zagospodarowaniem terenu”. Projekt kluczowy pn. „Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu o nową siedzibę Centrum Zdrowia Psychicznego” Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEdKP.		
2. Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych.	2.1 Modernizacja, rozbudowa, budowa infrastruktury szpitalnej zidentyfikowanej jako strategiczne dla województwa kujawsko-pomorskiego.	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie modernizacji, rozbudowy i budowy infrastruktury szpitalnej.
		Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą objętych wsparciem w zakresie poprawy dostępności zgodnie ze standardem dostępności.
	2.2 Modernizacja infrastruktury oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną POZ i AOS, wsparcie tworzenia usług POZ na obszarach gdzie nie ma do niej dostępu.	Liczba podmiotów POZ i AOS objętych wsparciem w zakresie modernizacji i wyposażenia.
	2.3 Modernizacja i budowa obiektów ochrony zdrowia w celu rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych

	opieki nad pacjentem, w szczególności dziennych i środowiskowych form opieki.	i środowiskowych form opieki medycznej.
	2.4 Przekształcanie i dostosowywanie placówek całodobowych o charakterze długoterminowym, w tym opieki paliatywnej i hospicyjnej, do realizacji usług o charakterze dziennym i środowiskowym, w tym zakup wyposażenia do świadczenia tego typu form wsparcia.	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych i środowiskowych form opieki medycznej.
	2.5 Rozbudowa infrastruktury o charakterze dziennych domów opieki medycznej, w tym działania inwestycyjne lub związane z doposażeniem i dostosowaniem pomieszczeń.	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych domów opieki medycznej.
	2.6 Wymiana sprzętu i aparatury medycznej służąca rozwojowi diagnostyki, w tym diagnostyki chorób przewlekłych, chorób cywilizacyjnych czy diagnostyki mikrobiologicznej.	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju diagnostyki.
	2.7 Tworzenie nowych lub rozwój działalności ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacyjnych, uwzględniających środowiskowe formy wsparcia.	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie rozwoju świadczeń rehabilitacyjnych.
	2.8 Aktualizacja najsukuteczniejszych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w usługach zdrowotnych w województwie (telemedycyna, e-zdrowie).	Liczba wspartych inicjatyw.
Sposób realizacji: Projekt kluczowy nr 15 pn. „Rozbudowa i modernizacja Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy w zakresie działalności podstawowej: diagnostyka i leczenie”. Projekt kluczowy nr 20 pn. „Ośrodek Diagnostyki Narządowej przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy”.		

Projekt kluczowy nr 22 pn. „Budowa zespołu poradni specjalistycznych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu”.

Projekt kluczowy nr 21 pn. „Przebudowa, rozbudowa i remont budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu”.

Projekt kluczowy nr 19 pn. „Nowoczesna poradnia terapii uzależnień”.

Projekt kluczowy nr 18 pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku”.

Projekt kluczowy nr 23 pn. „Przebudowa i nadbudowa budynku B Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. Św. Floriana 12 w Bydgoszczy”.

Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEKP.

Projekty realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Projekty realizowane ze środków budżetu podmiotów leczniczych.

Projekty realizowane ze środków budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

3. Zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej dla ochrony zdrowia.	Rozwój kompetencji pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym kompetencji medycznych.	Liczba działań szkoleniowych objętych wsparciem w zakresie rozwoju kompetencji medycznych.
	Poprawa warunków pracy personelu medycznego i około medycznego.	Liczba inicjatyw objętych wsparciem z zakresu poprawy warunków pracy.
	Tworzenie warunków wpływających na zwiększenie liczebności kadry medycznej w województwie.	Liczba inicjatyw objętych wsparciem z zakresu tworzenia warunków wpływających na zwiększenie liczebności pracowników medycznych.
	Pozyskanie poza granicami kraju kadr dla gospodarki oraz usług publicznych realizowanych na terenie województwa oraz ich adaptacja do rynku pracy województwa.	Liczba wspartych inicjatyw. Liczba zatrudnionych w wojewódzkich podmiotach leczniczych obcokrajowców.

Sposób realizacji:

Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEKP.

3. Planowane projekty kluczowe

Lista projektów, które zostały zidentyfikowane w momencie opracowywania dokumentu, uzupełniając do Strategii Województwa Kujawsko-Pomorskiego, która została zestawiona według stanu na 23.02.2024 r.

Realizacja projektów uzależniona jest od bieżącego stanu prawnego, dostępnych źródeł finansowania i procesów decyzyjnych zainteresowanych stron.

Projekt kluczowy nr 1.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie wynika z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Program skierowany jest do mężczyzn w wieku 65-74 lata, będących mieszkańcami województwa kujawsko-pomorskiego i palących papierosy. Program ma na celu m.in. zwiększenie wczesnej wykrywalności tętniaków aorty brzusznej, zmniejszenie śmiertelności związanej z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej, zmniejszenie śmiertelności związanej z operacją naprawczą tętniaka aorty brzusznej oraz zwiększenie wiedzy mieszkańców regionu na temat tętniaka aorty brzusznej i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem palenia tytoniu. Przedmiotem programu są: a) badanie USG aorty brzusznej, b) edukacja indywidualna pacjentów. Badania USG aorty brzusznej Aortę można uwidocznic w badaniu ultrasonograficznym u 99% osób poddanych temu badaniu. Nie uwidocznienie spowodowane jest zwykle otyłością badanego lub nadmiarem gazów jelitowych. Wykazano, że badanie ultrasonograficzne jest powtarzalnym i dokładnym badaniem w porównaniu z tomografią komputerową. Dla rozpoznania tętniaka aorty brzusznej za pomocą ultrasonografii czułość wynosi 95%, a specyficzność bliska jest 100%. Samo badanie jest nieinwazyjne, nie wiąże się z żadnymi somatycznymi powikłaniami dla zdrowia pacjenta. Wszyscy uczestnicy programu otrzymują wynik badania ultrasonograficznego. Odstępy czasowe pomiędzy kolejnymi badaniami w okresie obserwacji są związane z maksymalnym wymiarem aorty i wynoszą: • 3 – 4,4 cm: kontrolne badanie raz w roku; • 4,5 – 5,4 cm: kontrolne badanie co 3 miesiące; • =>5,5 cm: skierowanie do specjalisty chirurgii naczyniowej i rozważenie operacji. Decyzje co do rozpoznania tętniaka aorty brzusznej, częstotliwości badań kontrolnych i skierowania do chirurga naczyniowego, oparte o powyższe przedziały wymiaru aorty, są podejmowane przez osobę	

wykonującą badanie bezpośrednio po jego wykonaniu. Pacjent jest dokładnie poinformowany o wyniku badania ultrasonograficznego i otrzymuje go w formie pisemnej.

Edukacja badanych

W ramach programu przeprowadzana jest edukacja pośrednia i bezpośrednia. Edukacja pośrednia polegała na przekazaniu informacji na temat tętniaka aorty brzusznej, jego wykrywania i leczenia za pomocą plakatów i ulotek, strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz stron internetowych realizatorów.

Edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu rozmów edukacyjnych z każdym badanym. Rozmowy mają formę porad, podczas których omawiane są m.in. wyniki badań, zalecenia dalszego postępowania, przyczyny powstawania tętniaka aorty brzusznej jak i formy prawidłowych zachowań zdrowotnych.

Realizatorzy „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” wybrani w drodze konkursu ofert odpowiedzialni są za przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej (USG aorty brzusznej) wraz z:

- 1) określeniem średnicy aorty,
- 2) interpretacją uzyskanych wyników, udzieleniem porady lekarskiej oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania,
- 3) zastosowaniem elementów edukacji zdrowotnej wśród uczestników programu,
- 4) wydrukowaniem i wypełnieniem kwestionariusza uczestnika programu,
- 5) wydrukowaniem i uzupełnieniem informacji o wyniku badania na stosownym formularzu,
- 6) wydrukowaniem i przeprowadzeniem ankiety satysfakcji pacjenta,
- 7) prowadzeniem rejestracji uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z jego realizacją,
- 8) sporządzaniem miesięcznych sprawozdań z realizacji programu i przekazywanie ich do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.

Powyższe działania finansowane są w całości z środków samorządu województwa.

Sposób realizacji programu

Program realizowany jest w cyklu rocznym z możliwością kontynuacji w latach następnych.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Częstość występowania tętniaka aorty brzusznej szacuje się na 7,6% u mężczyzn w wieku 65 lat i więcej, w porównaniu z częstością występowania u kobiet w tej samej grupie wiekowej – 1,3%. Z każdą kolejną dekadą częstość występowania tętniaka u mężczyzn zwiększa się o około 6%. Chociaż tętniak aorty brzusznej może nie dawać objawów przez wiele lat, to ostatecznie 1 na 3 pęka, jeśli nie był wcześniej rozpoznany. Współczynnik umieralności ogólnej dla pacjentów z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej wynosi 65%, a około połowa tych zgonów następuje zanim pacjent dotrze na salę operacyjną. Natomiast śmiertelność pooperacyjna (do 30 dni) dla operacji naprawczych tętniaka aorty w trybie planowym wśród pacjentów poddanych wcześniej badaniu przesiewowemu wynosi 3%, w porównaniu z 9% dla pacjentów którzy nie uczestniczyli w tych badaniach. Z przeprowadzonych badań porównujących względne ryzyko zachorowania na różne choroby wśród chronicznych palaczy tytoniu, wynika że dla rozwoju tętniaka aorty brzusznej jest ono trzykrotnie większe niż dla rozwoju choroby wieńcowej serca, a prawie pięciokrotnie większe niż ryzyko dla chorób naczyń krążenia mózgowego. Bazując na tych klinicznych obserwacjach, przewlekłe palenie tytoniu jest prawdopodobnie najważniejszym środowiskowym czynnikiem ryzyka dla rozwoju i progresji tętniaka aorty. Odpowiednią strategią dla zmniejszenia śmiertelności związanej z tętniakiem aorty brzusznej

jest wczesna wykrywalność choroby w okresie bezobjawowym. Dla osiągnięcia tego celu szeroko akceptowaną metodą jest badanie ultrasonograficzne, którego czułość wynosi 95%, a specyficzność bliska jest 100%. Strategia taka prowadzi do zmniejszenia śmiertelności dla tętniaka aorty brzusznej wśród mężczyzn w wieku 65-74 lata o 42%.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Liczba wykonanych badań USG aorty brzusznej wg planu ustalanego na dany rok uchwałą w sprawie przyjęcia programu do realizacji.

Zwiększenie wczesnej wykrywalności tętniaków aorty brzusznej – średnio o 4%.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:

Na podstawie szacowania realnej liczby uczestników i ustalania kwoty jednostkowej za badanie profilaktyczne w ramach budżetu, średni koszt realizacji programu w danym roku wynosi ok. 80.000,00 zł.

Potencjalne źródła finansowania:

Środki własne – budżet województwa.

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2012 r. z możliwością kontynuacji.

Faza przygotowawcza

1. Przyjęcie programu do realizacji uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
2. Ogłoszenie konkursu na realizatorów programu polityki zdrowotnej w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych (USG aorty brzusznej).

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

1. Rozstrzygnięcie konkursu ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych (USG aorty brzusznej).
2. Przygotowanie i podpisanie umów dotacyjnych z koordynatorem programu.
3. Realizacja działań zaplanowanych w ramach programu.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 2.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Program skierowany jest do osób po 60 r. ż. Celem programu jest zmniejszenie upadków wśród seniorów poprzez poprawę sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż. Program realizowany jest we współpracy z samorządami terytorialnymi (JST), których zadaniem jest prowadzenie naboru uczestników programu i trenerów (wykwalifikowanych rehabilitantów i absolwentów AWF), pokrycie kosztów pracy trenerów, zapewnienie sali do ćwiczeń, do zajęć edukacyjnych oraz pomieszczenia do przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i kontrolnych. Zadaniem Samorządu Województwa jest wybór w drodze konkursu ofert koordynatora Programu i pokrycie kosztów działań, za które jest odpowiedzialny tj.: - przeprowadzenie szkolenia trenerów; - przeprowadzenie edukacji uczestników programu; - przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych do programu i kontrolnych (tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG); - opracowanie i przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, promocyjnych oraz niezbędnej dokumentacji i formularzy na potrzeby Programu; - przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestnika; - prowadzenie strony internetowej dotyczącej realizowanego Programu; - zakupienie drobnego sprzętu do ćwiczeń (np. piłki, taśmy rehabilitacyjne, hantle, skakanki, piłki itp.); - nadzór merytoryczny nad realizacją programu (koordynacja) w tym współpracy z Partnerami (JST); Koszty większości działań przeliczane są na liczbę uczestników zadeklarowanych każdego roku przez Partnerów (JST). Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu: badanie kwalifikacyjne – edukacja - udział w zajęciach aktywności fizycznej (minimum 3 miesiące) – badanie końcowe/kontrolne (te same badania, które były przeprowadzone przy kwalifikacji). <u>Szkolenie trenerów</u> obejmuje następujące zagadnienia: a) specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku, b) aktywność fizyczna a zdrowy styl życia, c) zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów, d) testy sprawności fizycznej seniorów, e) zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego, f) podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej. <u>Badania kwalifikacyjne i kontrolne</u> to m.in. badania ogólnolekarskie, w ramach których uczestnicy wypełniają ankietę o swoim stanie zdrowia, ocena kardiologiczna w tym badanie EKG i pomiar ciśnienia tętniczego krwi.	

W ramach badań kwalifikacyjnych i kontrolnych wykonywane są:

- a) badania antropometryczne/ocena składu ciała,
- b) funkcjonalny test sprawności seniorów,
- c) psychologiczne badanie Kwestionariuszowe Stanu Zdrowia.

Ćwiczenia fizyczne: po zakwalifikowaniu przez lekarza, uczestnicy ćwiczą w grupach 15-20 osobowych, 3 razy w tygodniu po 45 minut. Grupy prowadzone są przez przeszkolonych trenerów. Okres ćwiczeń trwa 3 miesiące. Programy treningowe ukierunkowane są na poprawę:

- a) sprawności krążeniowo-oddechowej (przykładowe ćwiczenia: marsz, trucht, taniec, aerobik);
- b) siły i wytrzymałości mięśniowej (przykładowe ćwiczenia: przysiady, ćwiczenia z wykorzystaniem hantli, taśm elastycznych);
- c) gibkości (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia rozciągające, tzw. stretching);
- d) równowagi (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia wymuszające utrzymanie prawidłowej pozycji ciała w warunkach ograniczonego podparcia np. stanie na jednej nodze, powolne przenoszenie kończyn podczas marszu lub ćwiczenia o charakterze siłowym wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i poprawiające koordynację nerwowo-mięśniową np. odwodzenie kończyn dolnych podczas stania na jednej nodze).

Edukacja pośrednia i bezpośrednia seniorów:

- a) edukacja pośrednia (kampania społeczna na rzecz aktywności fizycznej seniorów) polega na przekazaniu informacji na temat aktywności fizycznej, zapobiegania upadkom, prawidłowego odżywiania itp. za pomocą strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz strony internetowej prowadzonej przez koordynatora na potrzeby programu;
- b) edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu w formie wykładów, podczas których szkoleniowcy przekazują wiedzę z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

Sposób realizacji programu

Program realizowany jest w cyklu rocznym z możliwością kontynuacji w latach następnych.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Upadki osób starszych stanowią poważny problem geriatryczny, społeczny i ekonomiczny. Do upadków dochodzi w każdej grupie wiekowej. Jednak te, które dotyczą osób starszych stanowią problem ze względu na fakt, że w tej grupie wiekowej występuje statystycznie zwiększona podatność na urazy oraz to, że ich następstwem jest zazwyczaj pogorszenie funkcji organizmu, zwiększenie chorobowości i śmiertelności. Generują one również wzrost kosztów leczenia i opieki. Według różnych doniesień upadki dotyczą 25–40% osób w wieku 65 i więcej lat, a po 80 roku życia przynajmniej raz w roku upadku doświadcza co druga osoba. Spośród osób, które upadły występuje zwiększenie o 12–40% ryzyka ponownego upadku. W tej grupie odnotowuje się pogorszenie sprawności oraz utratę samodzielności. Częstość urazów związanych z upadkami wzrasta z wiekiem. Statystyki wskazują, że 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami. Połowę z nich stanowią złamania, reszta to urazy głowy i obrażenia tkanek miękkich. W związku z powyższym został opracowany program polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”, którego głównym celem jest zmniejszenie liczby upadków i urazów wśród osób po 60 r.ż.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Liczba osób aktywnie uczestniczących w programie – 2000*.

Liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych (pośrednich i bezpośrednich) – 4000.

Liczba przeszkolonych trenerów – od 25 do 50.

Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu – ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).

Cele szczegółowe programu to poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.

* liczba uczestników zależna jest od liczby zadeklarowanych osób przez partnerów (JST) w danym roku.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	Koszt w danym roku realizacji programu uzależniony jest od liczby osób zadeklarowanych przez partnerów (JST)
Potencjalne źródła finansowania:	Środki własne – budżet województwa.

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2018 r. z możliwością kontynuacji

Faza przygotowawcza

1. W roku poprzedzającym realizację programu zbierane są z samorządów terytorialnych deklaracje chęci udziału w programie ze wskazaniem liczby uczestników i kosztów partnera w celu zweryfikowania budżetu województwa na kolejny rok tj. określenie wysokości środków finansowych jakie województwo przeznaczy na realizację programu.
2. Przyjęcie programu do realizacji uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
3. Ogłoszenie konkursu na realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie koordynacji programu.

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

1. Przygotowanie i podpisanie porozumień z jednostkami samorządu terytorialnego będącymi partnerami programu.
2. Rozstrzygnięcie konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w zakresie koordynacji programu.
3. Przygotowanie i podpisanie umowy dotacyjnej z koordynatorem programu.
4. Realizacja działań zaplanowanych w ramach programu.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 3.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie wynika z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Celem głównym programu jest zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby wywoływane przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> o min. 15% w populacji osób po 65 r.ż., objętych programem, zamieszkałych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u osób po 65 r.ż. Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 65+, które nie były szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom i nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do takiego szczepienia oraz wyrażą pisemną zgodę do udziału w programie, zamieszkałe na terenie jednostek samorządu terytorialnego województwa kujawsko-pomorskiego przystępujących w danym roku do programu (Partnerów). Pacjent zainteresowany szczepieniem zobowiązany będzie do wcześniejszej rejestracji u wybranego dla danej jst realizatora programu. Kryteria wyłączenia: - wcześniejsze zaszczepienie przeciwko pneumokokom, - potwierdzona reakcja anafilaktyczna na jakikolwiek składnik podawanej szczepionki (IAC 2022), - inne indywidualne przeciwwskazania do szczepień. Program szczepień będzie realizowany przez podmioty lecznicze, które zostaną wybrane do realizacji programu w drodze konkursu. Szczepienie będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia. Profil bezpieczeństwa szczepionki będzie podany na podstawie charakterystyki produktu. W programie będzie użyta szczepionka 20-walentna. W drodze procedury konkursowej wyłoniony zostanie główny ośrodek koordynujący realizację programu na poziomie wojewódzkim zwany koordynatorem programu. Świadczenia oferowane w ramach programu będą bezpłatne dla jego uczestników i przysługiwać im będą na zasadzie dobrowolności. Świadczenie profilaktyczne w postaci kwalifikacji lekarskiej oraz wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każda osoba, która zostanie zakwalifikowana do programu. Szczepienie każdorazowo będzie poprzedzane kwalifikacją lekarską i przeprowadzone po uzyskaniu zgody uczestnika programu na jego realizację. Uczestnicy programu będą poinformowani przez lekarza kwalifikującego do szczepienia o możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu, gdzie można zgłosić się w razie ewentualnych działań niepożądanych. Ewentualne niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) występujące po podaniu szczepionek w ramach programu zostaną zgłoszone odpowiednim organom nadzoru zgodnie z obowiązującymi przepisami. Działania edukacyjne kierowane będą przede wszystkim do osób w wieku 65+ poprzez przekazanie materiałów informacyjnych (plakaty, ulotki) do środowiska lekarzy POZ, klubów seniora oraz uniwersytetów trzeciego wieku. Materiały informacyjne (ulotki i plakaty) zostaną przygotowane z myślą o osobach 65+ - łatwa w odbiorze, czytelna treść wskazująca na korzyści z wykonania szczepienia oraz miejsca, w których oferowane są szczepienia. Dodatkowo informacje o programie szczepień zostaną zawarte na stronach	

internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz stronach internetowych Partnerów programu (jst), a także poprzez odnośniki, na stronach podmiotów realizujących program. Udział w promocji programu deklarują również Partnerzy programu (jst). Ich zadaniem będzie informowanie o programie lokalną prasę, telewizję, radio, parafie, kluby seniora, organizacje skupiające seniorów itp. W ramach realizacji programu przewidziano także zorganizowanie spotkania edukacyjno-informacyjnego dla podmiotów leczniczych realizujących program (możliwe w formie on-line). W spotkaniu wezmą udział lekarze i pielęgniarki zaangażowane w realizację programu.

Program wraz z kampanią informacyjno-edukacyjną finansowany będzie z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego (jst) – Partnerów programu, które w danym roku przystąpią do Programu. Samorząd Województwa pokrywać będzie koszty koordynacji oraz koszty przeprowadzenia szczepień w 50%. Jednostki samorządu terytorialnego (Partnerzy) pokryją natomiast 50% kosztów przeprowadzenia szczepień własnych mieszkańców. Będą one także współodpowiedzialne za współprowadzenie kampanii medialnej i współpracę z realizatorami programu.

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w cyklu rocznym - począwszy od 2024 roku (z możliwością kontynuacji w latach kolejnych)

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok zwany dwoinką zapalenia płuc, jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakteriami, sepsa i Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych (ZOMR), określane mianem Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP). Drobnoustroj ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne. Najczęstsze to: ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, zapalenie zatok, zaostrzenia m. in. w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek. Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch skrajnych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż., u których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały oraz u osób powyżej 65 r.ż, kiedy często występują liczne czynniki ryzyka. Pomimo, że IChP dotyczy głównie małych dzieci (<2 lat) i osób w starszym wieku (>65 r.ż.), to badania wskazują, że największą śmiertelnością z powodu IChP obarczeni są właśnie chorzy w starszym wieku. U dorosłych zakażenie najczęściej przebiega w postaci pneumokokowego zapalenia płuc, które nawet w 25% przypadków może zakończyć się zgonem. Według danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w Polsce w 2022 roku zarejestrowano 2 221 przypadków IChP, co daje zapadalność ogólną 5,87/100 000 mieszkańców. W grupie osób, u których potwierdzono inwazyjną chorobę pneumokokową w roku 2022, aż 49,6% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65+ (dane KOROUN). Analizując dane dla województwa kujawsko-pomorskiego dotyczące zachorowalności na inwazyjną chorobę pneumokokową ogółem tj. zapalenie płuc z bakteriami, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz posocznice należy stwierdzić, że sytuacja w województwie w odniesieniu do danych krajowych w latach 2013-2020 była niekorzystna. W latach 2020-2021 obserwowaliśmy, podobnie jak w całym kraju, wyraźnie mniejsze wartości współczynnika zapadalności na choroby związane z *Streptococcus pneumoniae* na 100 tys. ludności w stosunku do roku 2019 (spadek o 61,0% w roku 2020 w stosunku do 2019 r.), spowodowane sytuacją związaną z pandemią wirusa SARS-CoV-2. W roku 2022 widoczny jest natomiast wyraźny - prawie 2,5-krotny wzrost wartości ww. współczynnika rok do roku. Liczba zachorowań wywołanych *Streptococcus pneumoniae* inwazyjna ogółem w woj. kujawsko-pomorskim wyniosła w roku 2022 r. 127 przypadków, zaś zapadalność była wyższa od krajowej (5,87/100 tys. osób) i wynosiła 6,31/100 tys. osób (dane NIZP-PZH).

Podobne zmiany obserwujemy analizując dane Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ odnośnie liczby hospitalizacji oraz chorobowości mającej związek z chorobami wywołanymi przez *Streptococcus pneumoniae* w populacji ogólnej i osób po 65 r.ż. w województwie kujawsko-pomorskim. Po wyraźnym zmniejszeniu się liczby hospitalizacji i osób leczonych ambulatoryjnie w roku 2020, ponownie obserwujemy trend wzrostowy. Dodać należy, że w przypadku hospitalizacji z powodu zapalenia płuc pacjenci w wieku 65+ stanowią ok. 40% hospitalizowanych z tego powodu. Jeszcze większy odsetek stanowią osoby starsze jeśli mowa o hospitalizacji z powodu posocznicy (ok. 60%). Z racji obserwowanego „starzenia się” społeczeństwa, a więc wzrostu udziału osób w wiek poprodukcyjnym istnieje coraz większa potrzeba uchronienia tej grupy społecznej przez chorobami niosącymi poważne zagrożenia dla ich zdrowia i życia. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zakażeniom pneumokokowym są szczepienia. Realizacja „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego” wynika więc z konieczności zmniejszenia ryzyka zachorowania na choroby wywoływane przez *Streptococcus pneumoniae* w populacji osób po 65 r.ż., poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko pneumokokom u tych osób.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Biorąc pod uwagę bardzo dużą populację oraz ograniczone środki finansowe Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Partnerów programu (jednostki samorządu terytorialnego) zakłada się, iż rocznie możliwe jest zaszczepienie ok. 2 500 osób. Przy założeniu kontynuacji przez kolejne 4 lata daje to liczbę 12 500 zaszczepionych w ciągu 5 lat ($5 \times 2\,500 = 12\,500$). Rzeczywista liczba osób zaszczepionych w danym roku uzależniona jest jednak od liczby osób, która wskazywana jest w deklaracjach, a następnie w umowach z Partnerami programu. Ostateczna wielkość populacji wynika więc wprost z zainteresowania i możliwości finansowych jst.

Zakład się, iż w wyniku realizacji programu nastąpi (w dłuższej perspektywie czasu): zmniejszenie zachorowań na IChP wśród osób po 65 r. ż. z terenu województwa kujawsko-pomorskiego, zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu IChP wśród osób po 65 r.ż. z terenu województwa kujawsko-pomorskiego, zmniejszenie liczby osób po 65 r. ż. leczonych ambulatoryjnie z powodu ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUŚ) oraz zapaleniem płuc, wzrost wśród uczestników programu wiedzy z zakresu chorób wywoływanych przez pneumokoki i profilaktyki zakażeń pneumokokowych w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	939 500 zł rocznie (z tego 502 000 zł to środki Samorządu Województwa, a 437 500 środki jst będących Partnerami programu) Rzeczywiste koszty w danym roku zależą od wielkości populacji i wkładu własnego deklarowanego w danym roku przez Partnerów (jst).
Potencjalne źródła finansowania:	budżet Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, budżety jst będących Partnerami programu

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

W roku poprzedzającym realizację programu nadesłanie przez jst zainteresowane partnerstwem w programie deklaracji wraz z określeniem populacji i wkładu finansowego.

Na podstawie ww. deklaracji oszacowanie budżetu programu na dany rok.

Przyjęcie programu do realizacji w danym roku.

Przygotowanie i podpisanie umów partnerskich pomiędzy jst, a Samorządem Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ogłoszenie konkursów ofert na wybór realizatorów programu w zakresie przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz w zakresie koordynacji programu.

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie konkursów ofert na wybór realizatorów programu w zakresie przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz w zakresie koordynacji programu.

Podpisanie umów dotacyjnych z podmiotami leczniczymi przeprowadzającymi szczepienia oraz koordynatorem programu.

Realizacja zadań.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 4.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie kujawsko-pomorskim	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Projekt jest odpowiedzią na zidentyfikowane i najistotniejsze problemy zdrowotne pracujących mieszkańców woj. kuj. -pom. Zostały one określone na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 oraz Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych www.basiw.mz.gov.pl. <u>Schorzenia kręgosłupa</u> stanowią jedną z najczęstszych przyczyn czasowego ograniczenia możliwości podjęcia pracy zarobkowej, a także są jedną z najczęstszych przyczyn przyznawania rent chorobowych z tytułu czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Taki stan pociąga za sobą duże koszty medyczne i społeczne. Wg danych z www.basiw.mz.gov.pl w 2019 r. ból dolnego odcinka kręgosłupa zajmował 5 pozycję na liście problemów zdrowotnych określonych na podstawie współczynnika DALY/100 tys. ludności. W województwie kujawsko-pomorskim współczynnik DALY na 100 tys. ludności standaryzowany do wieku wynosił w 2019 r. - 1 133,2 i był wyższy niż średnia dla kraju - 1 129,4. W latach 2009-2019 obserwujemy w regionie wzrost nie tylko współczynnika DALY, ale także chorobowości i zapadalności w omawianej jednostce chorobowej. Wśród schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego najwyższą rejestrowaną zapadalnością i chorobowością cechuje się ból dolnego odcinka kręgosłupa. W województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r. wartość dla tych zmiennych wyniosła odpowiednio: zapadalność (Z) - 5429,5	

oraz chorobowość (Ch) - 13 286,2 / 100 tys. mieszkańców. W dalszej kolejności MPZ odnoszą się do zapalenia kości i stawów, Z: 648,2/ Ch: 8 955,6 na 100 tys. osób oraz bólu odcinka szyjnego kręgosłupa Z: 517,7/ Ch: 2 284,5 na 100 tys. osób. Według prognozy epidemiologicznej opracowanej na lata 2020-2034 w województwie kujawsko-pomorskim nastąpi wzrost chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Szacuje się, że wskaźnik zapadalności w 2027 r. wyniesie 7 038,91/100 tys. osób, natomiast wskaźnik chorobowości przekroczy 23 941,4/ 100 tys. osób.

Ogromny wpływ na zahamowanie procesu chorobowego ma tryb życia, przestrzeganie zasad profilaktyki oraz leczenie zachowawcze. Ważnym elementem RPZ w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Planowany projekt podyktowany jest koniecznością podjęcia zdecydowanych działań w celu:

- wzmocnienia potencjału zdrowia osób pracujących,
- poprawy zdrowia osób pracujących w przypadku pojawienia się schorzeń związanych z miejscem/charakterem pracy. Wdrożenie programu przyczyni się do ograniczenia zjawiska opuszczania rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Wdrożenie programu wpłynie na:

- podniesienie jakości życia osób pracujących,
- zwiększenie dostępu pracodawców i pracowników do działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej oraz elementów rehabilitacji medycznej,
- ograniczenie zjawiska opuszczania rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,
- poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego poprzez zwiększenie wśród pracodawców i pracowników wiedzy na temat czynników ryzyka w miejscu pracy oraz sposób zapobiegania ich skutkom.

Ważnym elementem RPZ w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa będzie edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych. Interwencje skupią się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	27 600 000,00
---	---------------

Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
---	---

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia
2024
Faza przygotowawcza
Opracowanie programu. Przyjęcie programu przez Agencję AOTMiT. Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania
Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych. Realizacja zadania.
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 5.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Stres w miejscu pracy i jego skutki, w tym psychiczne, fizyczne czy społeczne. W porównaniu z chorobą psychiczną problemy zdrowia psychicznego są dość powszechne i występują często w okresach zwiększonego stresu lub w następstwie przykrych zdarzeń. Źródła czynników ryzyka dla zdrowia psychicznego i dobrostanu mogą być różne, w tym mogą być one związane z miejscem pracy tj. zakres obowiązków, obciążenie pracą i tempo pracy, harmonogram pracy, kontrola, środowisko i wyposażenie, kultura i funkcja organizacyjna i funkcja, relacje interpersonalne w pracy, rola w organizacji, rozwój kariery zawodowej, przemoc i nękanie, relacja praca-dom. Podmioty zatrudniające pracowników w UE, ale także coraz częściej w Polsce, uznają zdrowie psychiczne i dobrostan pracowników za istotną kwestię. Dla pracodawców staje się coraz bardziej oczywiste, że zaburzenia zdrowia psychicznego wśród pracowników wiążą się z kosztami – można je wyrazić jako absencję, nieefektywną obecność w pracy i utratę wydajności, ale także niskie morale pracowników i niekorzystna reputacja pod względem organizacyjnym. Coraz częściej podejmują więc oni działania dotyczące problemów zdrowia psychicznego – w zakresie sposobów łagodzenia	

ryzyka, promowania zdrowia psychicznego, zarządzania procesem powrotu do pracy czy przeprowadzania procesu rekrutacji osób z problemami zdrowia psychicznego.

Zgodnie z danymi z www.basiw.mz.gov.pl współczynnik DALY/100 tys. dla zaburzeń psychicznych wynosił w 2019 r. w woj. kujawsko-pomorskim 330,3 i był wyższy niż średnia dla kraju - 328,4. Kujawsko-pomorskie charakteryzuje się też wyższymi wskaźnikami w tym zakresie dla chorobowości (K-P - 10 661,9, Polska - 10 621,9) i zapadalności (K-P - 3 254,0, Polska - 3 249,8) na 100 tys. ludności. W naszym województwie wśród zaburzeń psychicznych największa zapadalność/100 tys. ludności zarejestrowano dla zaburzeń depresyjnych (2 407,6), zaburzeń lękowych (497,7) i zaburzeń odżywiania (126,0).

Według prognozy epidemiologicznej opracowanej na lata 2020-2034 w województwie kujawsko-pomorskim nastąpi wzrost znaczenia zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że wskaźnik zapadalności w 2027 r. wyniesie 3 857,5/100 tys. osób, a wskaźnik chorobowości osiągnie 11 347,1/ 100 tys. osób. Wzrost dotyczyć będzie w szczególności zaburzeń depresyjnych: chorobowość - 2 932,3/100 tys. osób, zapadalność - 3 593,3/100 tys. osób.

Planowany do opracowania RPZ w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy stanowić będzie wsparcie dla pracodawców w działaniach niwelujących zagrożenia w miejscu pracy (głównie stres) lub impuls do ich podjęcia, a także promocję takich aktywności. Program obejmować będzie przede wszystkim interwencje związane z zapobieganiem ryzyku, zmianie sposobu, w jaki pracownicy postrzegają zagrożenia psychospołeczne, oraz na poprawie ich zdolności do radzenia sobie z tymi zagrożeniami. Ponieważ zjawisko stresogenności pracy wykracza dalece poza kwestie związane z samym tylko zawodem, stąd w badaniach skupia się obecnie raczej na grupach zawodowych czy też branżach niż na konkretnym zawodzie. Wybór grup, do których skierowany będzie program zostanie dokonany na podstawie dostępnych opracowań.

Projekt jest odpowiedzią na zidentyfikowane i najistotniejsze problemy zdrowotne pracujących mieszkańców woj. kuj. -pom. Zostały one określone na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 oraz Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych www.basiw.mz.gov.pl.

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Planowany projekt podyktowany jest koniecznością podjęcia zdecydowanych działań w celu:

- wzmocnienia potencjału zdrowia osób pracujących,
- poprawy zdrowia osób pracujących w przypadku pojawienia się schorzeń związanych z miejscem/charakterem pracy. Wdrożenie programu przyczyni się do ograniczenia zjawiska opuszczania rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Wdrożenie programu wpłynie na:

- podniesienie jakości życia osób pracujących,
- zwiększenie dostępu pracodawców i pracowników do działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej oraz elementów rehabilitacji medycznej,
- ograniczenie zjawiska opuszczania rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,
- poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego poprzez zwiększenie wśród pracodawców i pracowników wiedzy na temat czynników ryzyka w miejscu pracy oraz sposób zapobiegania ich skutkom.

RPZ w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy stanowić będzie wsparcie dla pracodawców w działaniach niwelujących zagrożenia w miejscu pracy (głównie stres) lub impuls do ich podjęcia, a także promocję takich aktywności. Interwencje w programie skupiać się będą na zapobieganiu ryzyku, zmianie sposobu, w jaki pracownicy postrzegają zagrożenia psychospołeczne, oraz na poprawie ich zdolności do radzenia sobie z tymi zagrożeniami i skierowane będą do określonych grup pracowników.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	19 400 000,00
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Opracowanie programu.

Przyjęcie programu przez Agencję AOTMi.

Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie naboru konkurencyjnego na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy.

Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.

Realizacja zadania.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 6.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego i duchowego. Od lat 70. XX wieku wiemy, iż opieka zdrowotna odpowiada za nasze zdrowie tylko w 10%. Za to styl życia aż w 53%, a środowisko fizyczne i społeczne w 21%. Chcąc zadbać o zdrowie mieszkańców województwa musimy więc w większym zakresie podejmować działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Tylko zwiększając dostępność do edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych, szczepień, działań ograniczających wpływ czynników ryzyka oraz kształtując zachowania prozdrowotne itp. możemy zmienić niekorzystne zjawiska epidemiologiczne. W ramach programu zostaną przeprowadzone działania informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób dorosłych, ocenę ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych, wykonywanie pomiaru gęstości mineralnej kości z wykorzystaniem badania densytometrycznego, a także prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy, zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla personelu medycznego.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Osteoporoza jest chorobą, która na świecie dotyka 22,1% kobiet oraz 6,1% mężczyzn powyżej 50. r.ż.. Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2022 r., to 2,15 mln, z czego 1,75 mln to kobiety. Na podstawie danych NFZ oszacowano, że w 2022 r. chorobowość rejestrowana wyniosła 532 tys. osób. Ogólnopolski standaryzowany wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności powyżej 50. r. ż wyniósł w 2022 r. 3 421 9 (dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego - 3 715). Porównując szacowaną liczbę chorych z wartością chorobowości rejestrowanej oszacowano, że stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w 2022 r. wyniósł 75,3% (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 74,9%). Odpowiada to liczbie 1,62 mln niezdiagnozowanych Polaków. W 2022 r. standaryzowany wskaźnik liczby złamań osteoporotycznych na 100 tys. mieszkańców Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wieku powyżej 50 r.ż. wyniósł 960 złamań. Wg danych za 2021 r. 13,1% osób, które doznały jakiegokolwiek złamania osteoporotycznego umarło w ciągu pierwszego roku po złamaniu (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 11,3%). Najczęściej stosowanym badaniem diagnostycznym do pomiaru gęstości kości jest densytometria z kości	

udowej lub kręgosłupa (DXA). Tymczasem w 2022 r. wskaźnik liczby osób, którym wykonano badanie DXA na 100 tys. osób powyżej 50. r. życia wynosił 1 390 (w Województwie Kujawsko-Pomorskim - 1 246).

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Wdrożenie programu wpłynie na:

- podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom.,
- zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (densytometria)
- zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,
- zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.

Program zakłada uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne
nakłady finansowe:

3 000 000,00

Potencjalne źródła
finansowania:

Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Opracowanie programu.

Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie wykrywania osteoporozy.

Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.

Realizacja zadania.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 7.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie w województwie kujawsko-pomorskim	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego i duchowego. Od lat 70. XX wieku wiadomo, iż opieka zdrowotna odpowiada za nasze zdrowie tylko w 10%. Za to styl życia aż w 53%, a środowisko fizyczne i społeczne w 21%. Chcąc zadbać o zdrowie mieszkańców województwa należy więc w większym zakresie podejmować działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Tylko zwiększając dostępność do edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych, szczepień, działań ograniczających wpływ czynników ryzyka oraz kształtując zachowania prozdrowotne oj. można zmienić niekorzystne zjawiska epidemiologiczne.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Osoby chore na nowotwory mają upośledzony układ odpornościowy. Leczenie przeciwnowotworowe oparte o chemioterapię i/lub radioterapię dodatkowo pogłębia stan dysfunkcji układu immunologicznego. W konsekwencji wiąże się z tym zwiększona zapadalność chorych onkologicznie na groźne dla zdrowia i życia zakażenia miejscowe i uogólnione, co pogarsza skuteczność leczenia oraz rokowanie co do wyleczenia i 5-letniego przeżycia. Zwiększona zapadalność na infekcje, w tym zapalenia płuc, skutkuje większą śmiertelnością wśród chorych onkologicznych. Z danych wynika, że najczęstszym zakażeniem w tej grupie chorych są zapalenia płuc, a najczęstszą przyczyną zapaleń płuc u chorych na schorzenia onkologiczne są pneumokoki. Pneumokoki 2022 r. były przyczyną zachorowań 125 osób oj.woj. kuj.-pom., zatem zaobserwowano spory wzrost zachorowań w porównaniu do 2 ubiegłych lat kiedy to liczba zachorowań oscylowała w granicach 50. Zapadalność – 6,21 również była wyższa w porównaniu do roku ubiegłego i nieznacznie większa niż zapadalność krajowa – 5,71. Najefektywniej zapobiegać zakażeniom można poprzez stosowanie powszechnych szczepień ochronnych, szczególnie w grupie podwyższonego ryzyka, jakimi są osoby chore onkologicznie. Uzasadnionym zatem jest wdrożenie programu szczepień ochronnych przeciw pneumokokom wśród chorych onkologicznych.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Wdrożenie programu wpłynie na: • podniesienie jakości życia mieszkańców województwie,	

- zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. szczepień ochronnych (przeciwko pneumokokom),
- zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,
- zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.

Zmniejszenie zapadalności na zapalenie płuc u osób chorujących na nowotwory złośliwe w województwie kujawsko-pomorskim.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	5 000 000,00
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEdKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Opracowanie programu.
 Przyjęcie programu przez Agencję AOTMiT.
 Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
 Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie.
 Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.
 Realizacja zadania.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 8.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
W ramach programu profilaktyki POChP planuje się przeprowadzenie działań edukacyjnych nakierowanych na szkodliwość palenia tytoniu, promowanie działań profilaktycznych oraz bezpośrednie skutki zdrowotne wystąpienia POChP, dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka, wykonywanie badania spirometrycznego wśród uczestników przynależących do grup wysokiego ryzyka, przeprowadzenie interwencji antynikotynowej w celu ograniczania lub eliminacji palenia tytoniu w populacji wysokiego ryzyka POChP, a także prowadzenie szkoleń dotyczących czynników ryzyka POChP występujących w środowisku pracy dla pracodawców, u których w zakładach pracy zidentyfikowano obecność niebezpiecznych substancji i pyłów.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) cechuje się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Najczęściej POChP jest wynikiem palenia, jednak około 15% przypadków tej choroby przynajmniej częściowo jest wywoływane występowaniem jakiegoś czynnika w środowisku pracy. Zgodnie z danymi z MPZ liczba zgonów z powodu POChP w 2019 r. wyniosła w woj. kuj.-pom. 27,0 na 100 tys. ludn. (średnia dla Polski 26,7/100 tys. ludn.). W 2019 r. na POChP chorowało w regionie prawie 73 tys. osób, w Polsce ponad 1,4 mln. U chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia POChP, ryzyko zgonu w ciągu 5 lat wynosi ok. 50% (Szczeklik 2017). Wg obowiązującej MPZ 2022-2026 POChP zajmowało w 2019 r. 10. miejsce wśród schorzeń odpowiadających za największą liczbę lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci (wskaznik YLL). W 2019 roku w woj. kuj.-pom. YLL na 100 tys. ludn. wynosił 455,7 (średnia dla Polski - 441,0). W woj. kuj.-pom. przewiduje się wzrost wskaźnika chorobowości (Ch) i zapadalności (Z) na POChP z: odpowiednio 3 500/100 tys. ludn.(Ch) i 234/100 tys. ludn.(Z) w 2019 r. do 4 027/100 tys. ludn. (Ch) i 273/100 tys. ludn. w 2030 r.(Z).	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Wdrożenie programu wpłynie na: • podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom.,	

- zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (niskodawkowa tomografia komputerowa - NDTK, densytometria, badanie spirometryczne), porad antytytułowych),
- zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. wiedzy na temat czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,
- zwiększenie wśród pracodawców świadomości w wybranych zakresach np. zasad ergonomii w miejscu pracy, metod zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko występowania POChP u pracowników, informacja nadużywania substancji psychoaktywnych, a w szczególności palenia tytoniu,
- zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu POChP, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	12 000 000,00
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Opracowanie programu.

Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.

Realizacja zadania.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 9.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Przeprowadzanie w ramach programu badań przesiewowych z wykorzystaniem NDTK wśród osób w wieku 55-74 lata, z historią konsumpcji tytoniu wynoszącą ≥ 30 paczkolet oraz okresem abstynencji tytoniowej ≤ 15 lat, prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę raka płuca wśród osób kwalifikujących się do badania NDTK, a także prowadzenie szkoleń dotyczących raka płuca dla personelu medycznego.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Nowotwory w 2021 r. w woj. kuj.-pom. były przyczyną 5,8 tys. zgonów (20,6% wszystkich zgonów w województwie, w kraju 19,6%). Wg danych z www.basiw.mz.gov.pl w woj. kuj.-pom. przewiduje się wzrost wskaźnika zgonów z powodu nowotworów z 356,9/100 tys. ludn. (317,6 – Polska) w 2019 r. do 404,9/100 tys. ludn. (354,2 – Polska) w 2030 r. 1) Zgodnie z KRN w 2020 r. rak płuca był drugim najczęściej występującym nowotworem zarówno w populacji mężczyzn (15,8% ogółu) jak i kobiet (9,9% ogółu nowotworów). Pierwsze miejsce zajmował jako najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów (26,1% w populacji mężczyzn i 15,6% w populacji kobiet). Podobnie sytuacja przedstawia się w woj. kuj.-pom. Tu rak płuca jest jednak na 1. miejscu także jeśli mowa o zachorowaniach u mężczyzn. Począwszy od roku 2010 do 2020, w naszym regionie u kobiet liczba zgonów na raka płuca wzrasta, a u mężczyzn ulga wahaniom z tendencją spadkową. W roku 2020 liczba zgonów wśród mężczyzn na raka płuca sięgnęła 865, natomiast wśród kobiet na nowotwór płuca zmarły 544 osoby. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 55+ w której to wynosi 136,8/100 tys. w populacji kobiet (1. miejsce w kraju, wartość śr. dla Polski – 100,8) oraz 290,4/100 tys. w populacji mężczyzn (1. miejsce w kraju, Polska 209,6). Rokowanie u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania klinicznego, które to zależy od wczesnego wykrycia nowotworu. Odsetek przeżyć 5-letnich w stopniu zaawansowania z 49% dla stopnia IA maleje do około 1% chorych z NDRP w stadium zaawansowania IV.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Wdrożenie programu wpłynie na: • podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom., • zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (niskodawkowa tomografia komputerowa - NDTK, badanie spirometryczne), porad antytytułowych),	

- zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. świadomości w zakresie czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia,
- zwiększenie wśród pracodawców świadomości w wybranych zakresach np. zasad ergonomii w miejscu pracy, metod zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko zachorowań, informacja nadużywania substancji psychoaktywnych, a w szczególności palenia tytoniu,
- zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób.

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu raka płuca, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.

Poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych wśród mieszkańców województwa kujawsko – pomorskiego.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	23 400 000,00
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Opracowanie programu.

Przyjęcie programu przez Agencję AOTMiT.

Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc.

Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych.

Realizacja zadania.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 10.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad programem regionalnym „Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027”	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Przeprowadzanie w ramach programu działań edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych i dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych, wykonywanie interwencji antyżywkowych wśród uczestników z objawami uzależnienia, a także prowadzenie szkoleń dotyczących problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży szkolnej, pracodawców oraz personelu medycznego.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
PARPA na 30,9 mld zł wycenia koszty społeczno-ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu. Ponad połowa Polaków (56%) deklaruje, że pije alkohol okazjonalnie, 8% badanych spożywa go często. Najwyższy odsetek pijących kobiet notujemy w grupie wiekowej 25–34 lata (93%), mężczyzn zaś w wieku 45–54 lata – w tej grupie jest to praktycznie powszechne – 99%. Szkody zdrowotne, rodzinne i społeczne spowodowane narkomanią także są ogromne. Wg badania EZOP II (2019/2020) 6,3% badanych Polaków przyznaje, iż w swoim życiu zażyło przynajmniej jeden narkotyk (najczęściej marihuanę lub haszysz – 4,8%). To wzrost o 2,1% w porównaniu do badania EZOP I (2010/2011). Zgodnie z danymi z www.basiw.mz.gov.pl wartość współczynnika DALY/100 tys. dla zaburzeń związanych z piciem alkoholu wzrosła w woj. kuj.-pom. w ciągu ostatnich 10 lat z 734,3 w 2009 r. do 781,2 w 2019 r. Kujawsko-pomorskie charakteryzuje się też wzrostem w tym zakresie dla wsp. chorobowości/100 tys. ludn. z 3 380,3 w 2009 r. do 3 673,3 w 2019 r. i wsp. zapadalności/100 tys. ludn. z 1 724,8 w 2009 r. do 1 848,8 w 2019 r. Podobne wzrosty obserwujemy dla zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – wsp. DALY/100 tys. ludn. z 880,8 w 2009 r. do 920,6 w 2019 r., wsp. chorobowości/100 tys. ludn. z 4 138,5 w 2009 r. do 4 281,3 w 2019 r. i wsp. zapadalności/100 tys. ludn. z 1 948,2 w 2009 r. do 2 050,6 w 2019 r. Jednocześnie z dostępnych danych wynika, że w woj. kuj.-pom. pod opieką 31 poradni leczenia uzależnień od alkoholu w 2021 r. leczonych było 8 686 osób, tj. o 15,8% więcej niż rok wcześniej. W 2021 r. sprawozdały się także 3 poradnie terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych. Leczyło się w nich 688 osób, tj. o 8,5% mniej niż w 2020 r. Po raz pierwszy rozpoczęły leczenie 378 osób (54,9 % ogółu leczonych). Według prognozy epidemiologicznej opracowanej na lata 2020-2034 w woj. kuj.-pom. nastąpi wzrost znaczenia zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Szacuje się, że do 2034 r. względny wzrost chorobowości/100 tys. ludności wyniesie 10,68% (z 3 673,3 w 2019 r. do 4 065,7 w 2034 r.), a zapadalności/100 tys. ludności - 6,79% (z 1 848,8 w 2019 r. do 1 974,4 w 2034 r.).	

Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Wdrożenie programu wpłynie na: • podniesienie jakości życia mieszkańców woj. kuj.-pom., • zwiększenie dostępu mieszkańców regionu do działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w tym m.in. badań przesiewowych (niskodawkowa tomografia komputerowa - NDTK, densytometria, badanie spirometryczne), porad antyżywkowych, • zwiększenie wśród mieszkańców woj. kuj.-pom. świadomości w zakresie czynników ryzyka chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu oraz sposobów eliminowania tych czynników lub ograniczania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia, • zwiększenie wśród pracodawców świadomości w wybranych zakresach np. zasad ergonomii w miejscu pracy, metod zapobiegania i minimalizacji wpływu środowiska pracy na ryzyko zachorowań u pracowników, informacja nadużywania substancji psychoaktywnych, a w szczególności palenia tytoniu, • zwiększenie wśród kadry medycznej z terenu województwa kujawsko-pomorskiego wiedzy na temat profilaktyki, diagnostyki i leczenia wybranych chorób. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	3 000 000,00
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
Opracowanie programu. Przyjęcie programu do realizacji przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Ogłoszenie naboru konkurencyjnego na realizatorów .	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
Rozstrzygnięcie konkursu na wybór realizatorów programu w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Podpisanie umów z realizatorami - jednostkami posiadającymi uprawnienia placówek zdrowotnych do przeprowadzenia działań profilaktycznych. Realizacja zadania.	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 11.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
„Ochrona i promocja zdrowia”	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Konkurs ofert pn. „Ochrona i promocja zdrowia” na realizację zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia ogłaszany jest na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Celem otwartego konkursu ofert jest zwiększenie świadomości zdrowotnej i poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Co roku na podstawie przeanalizowania problemów zdrowotnych konkurs ogłaszany jest na działania z różnych obszarów tematycznych zwiększających wiedzę wśród mieszkańców regionu w zakresie przeciwdziałania szkodliwym czynnikom wpływającym negatywnie na zdrowie, kształtujących właściwe zachowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia drugiego człowieka a także umacniających zdrowie i zapobiegających największym problemom zdrowotnym.	
Sposób realizacji programu	
Konkurs realizowany jest w cyklu rocznym	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych i promocji zdrowia. Na każdym poziomie profilaktycznych działań znaczącą rolę odgrywa edukacja, która jest bardzo ważnym narzędziem w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia populacji.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Istotnym efektem konkursu jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań, motywacji i umiejętności, a co za tym idzie postaw zdrowotnych jednostki. Działania realizowane w ramach konkursu wpływają na wzrost świadomości dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w obszarze zachowań prozdrowotnych, na poprawę jakości życia osób chorych a także na wytworzenie prawidłowych nawyków zdrowotnych oraz na poprawę sprawności ruchowej.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	Wysokość środków finansowych zaplanowanych na konkurs na dany rok uzależniony jest od budżetu samorządu województwa kujawsko-pomorskiego. Średnio koszt konkursu wynosi 130 000,00 zł ale potrzeby są znacznie większe na co najmniej 300 000,00 zł.

Potencjalne źródła finansowania:	Środki własne – budżet województwa
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
1. Określenie działań w danych obszarach tematycznych do realizacji w danym roku w oparciu o zdefiniowane priorytety, określenie grupy odbiorców – beneficjentów poszczególnych działań. 2. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert. 3. Rozstrzygnięcie konkursu ofert.	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
1. Przygotowanie i podpisanie umów dotacyjnych z realizatorami. 2. Realizacja projektów wybranych do realizacji.	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 12.

CEL OPERACYJNY:	Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych regionu
„Ochrona zdrowia psychicznego”	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie wynika z rozeznanych potrzeb zdrowotnych	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Konkurs ofert pn. „Ochrona zdrowia psychicznego” na realizację zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie promocji i ochrony zdrowia ogłaszany jest na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Celem otwartego konkursu ofert jest profilaktyka chorób psychicznych oraz poprawa stanu zdrowia psychicznego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Co roku na podstawie przeanalizowania problematyki zdrowia psychicznego i potrzeb z tych problemów wynikających, konkurs ogłaszany jest na działania z różnych obszarów tematycznych, których zadaniem jest m.in. promowanie zdrowia psychicznego wśród mieszkańców regionu, przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym a także dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie przez mieszkańców województwa w sytuacjach zagrażających ich zdrowiu psychicznemu.	

Sposób realizacji programu	
Konkurs realizowany jest w cyklu rocznym	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Na każdym poziomie profilaktycznych działań znaczącą rolę odgrywa edukacja, która jest bardzo ważnym narzędziem w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia populacji.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Wzrost świadomości dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych z zakresu przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym, znaczenia zdrowia psychicznego i dbałości o nie oraz z zakresu dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Działania realizowane w ramach konkursu wpływają także na zmniejszenie stresu, zwiększenie dostępności do porad psychologicznych, na poprawę relacji społecznych i dobrostanu psycho-fizycznego.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	Wysokość środków finansowych zaplanowanych na konkurs na dany rok uzależniony jest od budżetu samorządu województwa kujawsko-pomorskiego. Średnio koszt konkursu wynosi 130 000,00 zł ale potrzeby są znacznie większe na co najmniej 300 000,00 zł.
Potencjalne źródła finansowania:	Środki własne – budżet województwa
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
1. Określenie działań w danych obszarach tematycznych do realizacji w danym roku w oparciu o zdefiniowane priorytety, określenie grupy odbiorców – beneficjentów poszczególnych działań. 2. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert. 3. Rozstrzygnięcie konkursu ofert.	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
1. Przygotowanie i podpisanie umów dotacyjnych z realizatorami. 2. Realizacja projektów wybranych do realizacji.	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 13.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową!	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie stanowi odpowiedź na dramatyczną sytuację w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową! jest kampanią informacyjno-edukacyjną, a jej celem jest szerokokorozumiana promocja zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Nieustanny wzrost oczekiwań, zagrożeń i wymagań stawianych przed młodymi ludźmi ma negatywny wpływ na ich dobrostan psychiczny, całościowy rozwój i umiejętności adaptacyjne do zmieniających się, tak dynamicznie, warunków życia. Profilaktyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży staje się z roku na rok coraz bardziej istotnym obszarem działań zarówno w sektorze zdrowia jak i w edukacji oraz wychowaniu. Kampania rozpoczęła się w 2022 roku i planowana jest do realizacji w kolejnych latach. Zadania do realizacji w danym roku określone są każdorazowo w oparciu o zdefiniowane priorytety. W 2022 r. ogłoszono pierwszą edycję konkursu plastycznego „Zdrowie psychiczne – wyraż je artystycznie”, planowanego jako działanie cykliczne. Idea i forma konkursu spotkała się z szerokim poparciem ze strony środowiska szkolnego i specjalistów w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a sam konkurs cieszył się dużym zainteresowaniem ze strony uczniów. Celami konkursu są: zwrócenie uwagi młodych ludzi na problematykę zdrowia psychicznego i podkreślenie jego znaczenia dla dobrostanu człowieka, promocja zdrowia psychicznego. Działania artystyczne są sposobem na wyrażenie siebie, pomagają rozładować frustracje, zmniejszyć lęk i poziom agresji, podnieść samoocenę – często tak zachwianą w okresie adolescencji, stąd celowy dobór plastycznej formy konkursu. Partnerami merytorycznymi zadania w 2022 r. byli: podmioty lecznicze, Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy, Kujawsko-Pomorskie Centrum Edukacji Nauczycieli w Toruniu, Galeria i Ośrodek Plastycznej Twórczości Dziecka w Toruniu, Fundacja Instytut Edukacji Pozytywnej w Warszawie, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Toruniu, szkoły z terenu województwa kujawsko-pomorskiego. Zorganizowano konferencję o charakterze warsztatowym, w ramach której odbyły się dwie sesje warsztatowe: I – wykłady dla dyrektorów, nauczycieli, pedagogów, psychologów szkolnych: „Reforma w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”, „Problemy emocjonalne okresu dojrzewania”, „Szkoła Myślenia Pozytywnego 2.0 – jak to się robi w praktyce?”, Zostań „Szkołą Promującą Zdrowie”, „Problemowe korzystanie z urządzeń – przyczyna czy skutek?”, II – warsztaty dla uczniów: „Rola stresu w procesie uczenia się i zapamiętywania. Metody skutecznego zapamiętywania”, „Zobacz siebie w dobrym świetle czyli jak dbać o poczucie własnej wartości”. Każdy z uczestników konferencji otrzymał zestaw materiałów promocyjno-edukacyjnych: broszury, ulotki, materiały do pracy z uczniami itp. W 2023 r. w ramach kampanii została zrealizowana <i>Koncepcja realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży... bo GŁOWA jest najważniejsza</i>, której głównym celem było zwiększenie wiedzy, kompetencji i umiejętności praktycznych rodziców oraz opiekunów w zakresie prewencji kryzysów w obszarze zdrowia psychicznego adolescentów. Działania skierowane były głównie do rodziców	

i opiekunów – podstawowego środowiska wychowawczego każdego dziecka. W wyniku realizacji Koncepcji, rodzice i opiekunowie z 10 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego, w których nie funkcjonują ośrodki I stopnia referencyjnego udzielające wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego oraz powiaty, w których ośrodki działają od niedawna uczestniczyli w bezpłatnych spotkaniach psychoedukacyjnych pt. „Usłysz swoje dziecko!”. Biorąc pod uwagę wspomniane kryterium prelekcje odbyły się w powiatach: bydgoskim, nakielskim, chełmińskim, golubsko-dobrzyńskim, grudziądzkim, żnińskim, mogileńskim, radziejowskim, włocławskim oraz brodnickim. Organizację i promocję spotkań wspierały starostwa powiatowe oraz jednostki organizacyjne powiatów.

Z myślą o osobach, które nie mogły uczestniczyć w spotkaniach stacjonarnych przygotowano webinar ekspercki online. Uczestnicy spotkań wzięli udział w anonimowym badaniu ankietowym, którego celem było zbadanie potrzeb w zakresie ochrony i wzmacniania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wyniki badań będą pomocne w projektowaniu dalszych działań w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego adolescentów.

Istotnym elementem Koncepcji była realizacja materiału audiowizualnego w postaci 5 filmów edukacyjno-informacyjnych z priorytetowych obszarów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W materiale poruszono następujące zagadnienia: kryzys psychiczny, pierwsza pomoc emocjonalna, zagrożenia cyberprzestrzeni, samouszkodzenia, zaburzenia depresyjne.

W ramach realizacji zadań powstał także materiał wspierający, w tym prezentacja multimedialna oraz ulotka zawierająca kluczowe treści poruszane na spotkaniach psychoedukacyjnych.

Ogłoszono drugą edycję konkursu plastycznego „Zdrowie psychiczne – wyraż je artystycznie”.

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w środowisku rodzinnym i szkolnym.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Wzrost świadomości rodziców/opiekunów/kadr pedagogicznych w obszarze zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, nabycie umiejętności rozpoznania sytuacji kryzysowej i podjęcia adekwatnej pomocy, rozwój w zakresie umiejętności wspierania dziecka w kryzysie psychicznym, poprawa jakości oraz satysfakcji z wykonywanych zadań wychowawczych przez rodziców, znajomość miejsc udzielania pomocy i dostęp do telefonów wsparcia, wzrost zgłaszalności do specjalistów osób w początkowym etapie choroby/zaburzenia, wzrost liczby publikacji (ulotek) na temat zdrowia psychicznego kierowanych do rodziców/opiekunów/kadr pedagogicznych, wzrost liczby publikacji (ulotek) na temat zdrowia psychicznego kierowanych do dzieci i młodzieży, zwiększenie świadomości młodych ludzi na temat znaczenia zdrowia psychicznego i dbałości o nie, a także możliwych form wsparcia i pomocy, zwiększenie liczby interwencji służących poprawie zdrowia psychicznego adolescentów.

Istotnym efektem kampanii jest destygmatyzacja tematyki zdrowia psychicznego w przestrzeni publicznej oraz podjęcie woli współpracy różnych środowisk w celu poprawy dobrostanu młodych ludzi.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne
nakłady finansowe:

50.000,00 zł na każdy rok realizacji kampanii

Potencjalne źródła finansowania:	środki własne
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
Określenie zadań do realizacji w danym roku w oparciu o zdefiniowane priorytety, określenie grypy odbiorców – beneficjentów poszczególnych działań. Nawiązanie współpracy z podmiotami zaangażowanymi w profilaktykę zdrowia psychicznego, ekspertami w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, instytucjami oświaty, a także mediami i podmiotami kształtującymi opinię publiczną.	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
Uruchomienie środków. Realizacja zadań.	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 14.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego.	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Obowiązek sporządzenie niniejszego Programu wynika z zapisów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 i jest jednym z zadań delegowanych samorządom województw.	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2024-2030 stanowi dokument strategiczny na poziomie wojewódzkim określający cele i zadania w ramach polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, której nadrzędnym celem jest ochrona zdrowia psychicznego mieszkańców. Opracowanie zawiera analizę sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa kujawsko-pomorskiego oraz diagnozę dostępnego wsparcia instytucjonalno-kadrowego w obszarze psychiatrii. Cele i zadania Programu wynikają z dwóch dokumentów strategicznych w obszarze zdrowia tj. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030	

Sposób realizacji programu	
Program będzie realizowane w systemie ciągłym w czasie jego obowiązywania.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Istnieje potrzeba podejmowania działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Realizacja działań w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb przyczyni się do poprawy zdrowia psychicznego mieszkańców województwa.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	-
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
Analiza sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa kujawsko-pomorskiego oraz diagnozę dostępnego wsparcia instytucjonalno-kadrowego w obszarze psychiatrii. Sformułowanie celów i zadań do realizacji w okresie obowiązywania Programu.	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
Przyjęcie Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2024-2030 przez Zarząd Województwa Kujawsko-pomorskiego. Realizacja celów i zadań.	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 15.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Rozbudowa i modernizacja Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy w zakresie działalności podstawowej: diagnostyka i leczenie

Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb.

A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu

Opis przedsięwzięcia

Realizacja zadania pn. „Rozbudowa i modernizacja Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy w zakresie działalności podstawowej: diagnostyka i leczenie” obejmuje swym zakresem rozwiązanie układu funkcjonalnego działów szpitalnych w istniejącej i nowo budowanej części budynków Zespołu Głównego. Inwestycja polegać będzie na:

- budowie nowego budynku CITO oraz przebudowie i nadbudowie Zespołu Budynku Głównego Centrum Onkologii, polegającej w celu dostosowania obiektu do obowiązujących przepisów i potrzeb organizacyjnych wynikających z programu medycznego Centrum Onkologii wraz z zagospodarowaniem terenu,
- zakupie wyposażenia medycznego tj. wysoce specjalistycznej aparatury i sprzęty medycznego oraz niemedycznego niezbędnego dla zapewnienia funkcjonowania jednostek medycznych zlokalizowanych w budynkach.

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Konieczność realizacji przedmiotowej inwestycji wynika z potrzeb zdrowotnych społeczeństwa regionu kujawsko-pomorskiego oraz całego kraju, ponieważ Centrum Onkologii w Bydgoszczy od wielu lat plasuje się na czołowych pozycjach rankingów na najlepszy szpital publiczny w Polsce, co implikuje wzrost pacjentów zainteresowanych korzystaniem z profesjonalnych usług medycznych tego Szpitala.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Stworzenia infrastruktury niezbędnej dla rozwoju wysokospecjalistycznej diagnostyki i skojarzonego leczenia pacjentów z chorobą nowotworową, wobec radykalnego zwiększenia potrzeb społeczeństwa na usługi medyczne Centrum Onkologii w Bydgoszczy z regionu kujawsko-pomorskiego oraz terenu całego kraju. Nowo wybudowana infrastruktura umożliwi rozwinięcie działalności CO w zakresie zabiegowym, diagnostycznym i pomocniczym (zabezpieczenie logistyczne działalności podstawowej).

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	410 000 000,00 zł
--	-------------------

Potencjalne źródła finansowania:	Środki krajowe, Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
----------------------------------	---

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia
2024
Faza przygotowawcza
2023 – pozwolenie na budowę
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania
2028
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 16.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
KIERUNEK ROZWOJU:	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu o nową siedzibę Centrum Zdrowia Psychicznego	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb jednostki	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu działa Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) jednakże jego przestrzeń nie jest wystarczająca z uwagi na ograniczenia metrażowe oraz w zakresie ilości pomieszczeń. W związku z powyższym realizacja zadania obejmować będzie budowę, przebudowę i modernizację następujących obiektów: – prace w kompleksie budynków 9, 10, 11 oraz 59 w celu stworzenia nowego kompleksu dla istniejącego CZP wraz z wyposażeniem, – remont i wyposażenie budynku nr 7 - zaplecza administracyjnego wraz z archiwum CZP, – rozbiórkę 2 budynków gospodarczych pod budowę budynku terapii ogrodnictwem. Ponadto inwestycja przyczyni się do doposażenia zespołów wyjazdowych w niezbędny sprzęt medyczny oraz środki transportu, które są bardzo istotnym elementem modelu środowiskowego.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	

Ograniczenia w zakresie kubatury budynków uniemożliwiają objęcie opieką zwiększoną ilość pacjentów, którzy powinni zostać przyjęci na oddział dzienny oraz na prowadzenie terapii w różnorodnych kierunkach i nurtach. Pacjenci na oddziale dziennym muszą mieć zagwarantowane zajęcia w zakresie warsztatów terapeutycznych, pobyt w oddziale dziennym trwa 8 godzin na dobę, zatem ogromnym wyzwaniem jest zagospodarowanie tego czasu w taki sposób, aby był komfortowy i efektywny terapeutycznie.

Obecny układ pomieszczeń oraz powierzchnia nie pozwalają na rozszerzenie działalności o większą ilość gabinetów oraz zwiększenie ilości zatrudnionego personelu w tym w szczególności w zakresie zespołów wyjazdowych. Terapia prowadzona jest wymiennie ze względu na brak przestronnych sal. Ponadto warsztaty terapii zajęciowej są prowadzone w okrojonym zakresie ze względu na brak dostępu do specjalistycznego wyposażenia i przede wszystkim przestrzeni lokalowej.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Inwestycja przyczyni się do zwiększenia jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych w CZP, w tym rozwoju środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych.

Realizacja projektu wpłynie pozytywnie na dostępność do opieki psychiatrycznej, co przełoży się na rentowność CZP. Wprowadzenie zmian pozwoli na utworzenie większej ilości gabinetów lekarskich i terapeutycznych, wyposażonych w niezbędny do codziennej pracy sprzęt i aparaturę medyczną. W skutek realizacji projektu rozwinie się opieka środowiskowa, funkcjonowanie oddziału dziennego, realizacja szerszego zakresu terapii zajęciowej; powstanie także komfortowa przestrzeń dla pacjentów oraz pracowników.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	36 000 000,00 zł
--	------------------

Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
----------------------------------	---

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

2027

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
Budowa budynku Centrum Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy wraz z zagospodarowaniem terenu	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb jednostki	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
W celu utworzenia Centrum Zdrowia Publicznego (CZP) na terenie Gminy Miasta Bydgoszcz zaplanowano budowę nowego budynku przy ul. Józefa Sułkowskiego 58a w Bydgoszczy. W ramach przygotowania bazy lokalowej dla CZP zaplanowano budowę: – nowego pięcio-kondygnacyjnego budynku dostosowanego do obowiązujących przepisów i potrzeb organizacyjnych wynikających z programu medycznego CZP wraz z zaprojektowaniem nowego zagospodarowania terenu dla całej działki przy ul. Józefa Sułkowskiego 58a, – zakup wyposażenia medycznego m.in. sprzętu specjalistycznego do badań diagnostycznych oraz niemedycznego niezbędnego dla zapewnienia funkcjonowania jednostek medycznych zlokalizowanych w budynku. W budynku zlokalizowane zostaną m.in. punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny, punkt pielęgniarski, gabinety zabiegowe, gabinety badań, gabinety lekarskie, gabinet badań EEG, sale terapeutyczne i do terapii indywidualnej, sala konferencyjna, pomieszczenia administracyjne, socjalno-higieniczne, szatnie dla pacjentów i personelu, poczekalnie, rejestracja, techniczne i pomocnicze niezbędne dla zapewnienia prawidłowego i zgodnego z obowiązującymi przepisami funkcjonowania CZP oraz parking podziemny. Ponadto w ramach realizacji projektu zostanie kompleksowo zagospodarowany teren działki na której zlokalizowany jest budynek, m.in. w zakresie nowej organizacji miejsc parkingowych, urządzenia terenów zielonych, zapewnieniem ciągów komunikacyjnych pomiędzy pozostałymi budynkami znajdującymi się na działce, a także odnowienie ogrodzenia i zaprojektowanie zieleni i nowego oświetlenia dla całego terenu.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
W związku z koniecznością organizacji na terenie Gminy Miasto Bydgoszcz Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), w ramach którego działać będą: – Poradnie w ramach interwencji kryzysowej i leczenia środowiskowego w ramach działalności którego udzielane będą wizyty domowe, terapie indywidualne i grupowe, praca z rodziną, trening umiejętności społecznych interpersonalnych, zajęcia w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ), turnusy rehabilitacyjne, – Poradnie w ramach leczenia ambulatoryjnego (porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, interwencje socjalne, czynności pielęgniarskie, terapia rodzin udzielana ambulatoryjnie),	

- Oddział Dzienny Psychiatryczny tzw. częściowa hospitalizacja z możliwością korzystania z terapii indywidualnej i grupowej w ramach oddziału, szeroko pojęta terapia zajęciowa, konsultacje specjalistyczne trudnych przypadków klinicznych,

funkcjonującego jako zakład opieki dziennej.

Utworzenie CZP stanowi odpowiedź na potrzeby w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Nowoczesny, przestronny budynek, zbudowany na podstawie założeń i wytycznych sformułowanych przez specjalistów świadczących obecnie porady psychologiczne i psychiatryczne, zapewni przestrzeń adekwatną do potrzeb, umożliwi zwiększenie liczby specjalistów udzielających równocześnie porad, zapewni odpowiednio przygotowane sale terapii indywidualnych oraz grupowych.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Założeniem utworzenia CZP jest zmiana rodzaju działalności leczniczej ze szpitalnej na ambulatoryjną oraz zwiększenie dostępności porad w zakresie zdrowia psychicznego i skrócenie okresu oczekiwania na poradę oraz zmniejszenie ilości pacjentów leczonych w warunkach stacjonarnych (w szpitalu).

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	27 108 424,48 zł
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2024

Faza przygotowawcza

pozwolenie na budowę

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

2027/2028

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 18.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku

Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb jednostki

A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu

Opis przedsięwzięcia

Przedmiot projektu obejmuje przebudowę i rozbudowę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogostawionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku. Przedmiotowe przedsięwzięcie składać się będzie z:

- etapu I fazy I (zakończona w roku 2023) i fazy II,
- etapu II.

W Etapie I fazy I wykonano zagospodarowanie terenu, wybudowano budynek tlenowni, wykonano prace w gruncie dotyczące sieci cieplnej, wodno-kanalizacyjnej, teletechnicznej i energetycznej, wykonano dwie stacje transformatorowe, zamontowano został agregat prądowórczy, wykonano zbiornik na wodę pitną oraz wykonano w stanie surowym budynek zabiegowy wraz z łącznikiem B4/B4A.

Etap I faza II obejmować będzie dokończenie budowy budynku B4/B4A poprzez realizację prac dotyczących m.in. architektury obiektu, wykonanie osłon radiologicznych oraz zakup i montaż technologii medycznej i wyposażenia (ujęty został sprzęt medyczny i wyposażenie integralnie związane z konstrukcją budynku oraz sprzęt medyczny i wyposażenie do wbudowania) oraz wykonanie obiektu portierni.

W wyniku realizacji Etapu I powstanie w pełni operacyjny budynek zabiegowy wraz z łącznikiem prowadzącym do budynku B11 (łącznik B4a), który obejmie w szczególności aptekę szpitalną, Centralną Sterylizatornię, SOR, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Anestezjologii, Blok Porodowy, Oddział Ginekologiczno-Położniczy (poza odcinkiem ginekologicznym), Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Ortopedii i Traumatologii, Oddział Neurochirurgii, Główny Blok Operacyjny. Dodatkowo powstanie „Gorąca Platforma” czyli bezpośrednie połączenie lądowiska ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

Etap II obejmować będzie dostosowanie budynków B1, B2, B3, B6 do nowoczesnych form leczenia i terapii. Planowane prace inwestycyjne mają w szczególności za zadanie uwzględnienie wszelkich rozwiązań architektonicznych nakierowanych na stworzenie szpitala bezpiecznego i przyjaznego pacjentowi.

Etap II - dostosowanie budynków B1, B2, B3, B6 do nowoczesnych form leczenia i terapii

Sposób realizacji programu

Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.

B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie

Realizacja projektu przyczyni się do zwiększenia dostępności do badań diagnostycznych oraz zapewnienia mieszkańcom województwa kujawsko-pomorskiego specjalistycznych usług medycznych na wysokim poziomie, opartym o standardy europejskie oraz spełniającym wymogi prawa poprzez dostosowanie pomieszczeń do wymagań wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Realizacja projektu przyczyni się do zwiększenia dostępności do badań diagnostycznych oraz zapewnienia mieszkańcom województwa kujawsko-pomorskiego specjalistycznych usług medycznych na wysokim poziomie. Projekt poprawi jakość świadczonych usług w warunkach szpitalnych, zwiększy komfort leczenia chorych, a także podniesie atrakcyjność Szpitala, mogącego oferować swoim pacjentom świadczenia medyczne na wysokim poziomie.

Wprowadzone zostaną nowe rozwiązania, które usprawnią organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i poprawią dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego, a także umożliwią lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Ponadto realizacja projektu zagwarantuje odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność pracy wszystkich komórek medycznych, których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia wszystkim pacjentom prawidłowej opieki zdrowotnej.

Ponadto, wprowadzone rozwiązania architektoniczne nakierowane są na stworzenie szpitala bezpiecznego i przyjaznego pacjentowi.

Zastosowanie zaawansowanych technologii pozwala na rozpoznanie problemu w początkowym stadium.

Poprawi się jakość oraz kompleksowość realizowanych przez szpital świadczeń medycznych ale przede wszystkim umożliwi świadczenie najlepszych jakościowo usług medycznych szybszej i trafnej diagnozy, która dzięki nowoczesnej technologii będzie dokładniejsza i dostępna dla większej liczby pacjentów.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	800 000 000 zł
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2022

Faza przygotowawcza

2016-2017 – wykonanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla modernizacji rozbudowy i przebudowy WSS we Włocławku

2018-2021 - wykonanie dokumentacji budowlano – wykonawczej

2021-2022 - opracowanie kompletnej zamiennej dokumentacji projektowej dla Etapu I

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 19.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych
Nowoczesna poradnia terapii uzależnień	
Geneza/powiązane przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione podczas prac nad koncepcją rozwoju leczenia uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim.	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Inwestycja polegać będzie na stworzeniu nowoczesnej poradni leczenia uzależnień na bazie funkcjonującego obiektu. Użytkowany obecnie budynek przy ul. Szosa Bydgoska 1 stanowi bazę dla trzech jednostek organizacyjnych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, tj. poradni, oddziału dziennego, oddziału całodobowego i administracji. Docelowo zakłada się, że w obiekcie pozostanie poradnia i oddział dzienny. Pomieszczenia opuszczone przez pracowników administracji Ośrodka oraz przez Oddział całodobowy zostaną zaadoptowane na potrzeby Wojewódzkiej Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Przesunięte zostaną ściany działowe, przebudowane zostanie wejście do budynku wraz z utworzeniem nowego pomieszczenia rejestracji. Wymienione zostaną instalacje wewnętrzne w budynku. Zorganizowane zostanie zaplecze socjalne pozwalające na prowadzenie zajęć oddziału dziennego oraz grup terapeutycznych w optymalnych warunkach.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Stworzenie miejsca dla osób uzależnionych i ich rodzin odpowiada na potrzeby tych grup by stworzyć przyjazne miejsce świadczenia usług leczniczych.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Efektem będzie stworzenie przestrzeni do realizacji wysokiej jakości świadczeń z obszaru leczenia uzależnień.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	2 682 000,00 zł
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	

2025
Faza przygotowawcza
2024-2025
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania
Realizacja 2025 -2026 Funkcjonowanie 2027 i kolejne
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 20.

	CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
	KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych
Ośrodek Diagnostyki Narządowej przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy		
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb jednostki		
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu		
Opis przedsięwzięcia		
Przedmiotem projektu jest budowa nowego budynku oraz zakup wyposażenia na potrzeby Ośrodka Diagnostyki Narządowej przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy. Budynek podzielony zostanie na poszczególne strefy związane z następującymi funkcjami: – pracownia rezonansu magnetycznego, – pracownia endoskopowa, – pomieszczenia socjalne, – pomieszczenia techniczne – Centrum Wsparcia Duchowego, – garaż dwupoziomowy. Nowo budowany Ośrodek zostanie wyposażony w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną m.in. w aparat rezonansu magnetycznego 1,5 -teslowy, aparat rezonansu magnetycznego 3 -teslowy, kolumny anestezjologiczne, lampy operacyjne, aparaty do znieczulenia, systemy infuzyjne, kardiomonitor, respiratory, endoskopy, tory wizyjne endoskopowe, aparaty USG.		
Sposób realizacji programu		
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.		
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem		

Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Badania z zakresu rezonansu magnetycznego i endoskopii umożliwią pacjentom z regionu kujawsko-pomorskiego krótką ścieżkę diagnostyczną chorób nowotworowych, innych schorzeń mózgu i rdzenia kręgowego, przewodu pokarmowego, narządów jamy brzusznej, serca oraz wczesnych i późnych narządowych powikłań pocovidowych. Realizacja zadania umożliwi skrócenie czasu oczekiwania na badania specjalistycznym sprzętem bowiem zwiększy się jego dostępność poprzez wykonywanie dużej ilości badań i szybkie opisywanie wyników przez lekarzy radiologów. Ponadto Szpital zostanie dostosowany do obowiązujących standardów w zakresie specjalistycznego wyposażenia medycznego oraz zostaną wdrożone nowe możliwości diagnostyczne poprzez poszerzenie panelu wykonywanych dotychczas badań diagnostycznych.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Realizacja zadania umożliwi podniesienie komfortu i jakości leczenia zwiększającej się liczby pacjentów oraz zapewnieni im dostęp do kompleksowego leczenia poprzez poszerzenie zakresu wykonywanych usług i wprowadzenie do oferty nowych świadczeń przez Szpital.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	79.760,848,15
Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024/2025	
Faza przygotowawcza	
2022-2023 – uzyskanie pozwolenia na budowę oraz wielobranżowej dokumentacji wykonawczej	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
2027	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 21.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
-----------------	---

 KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych
Przebudowa, rozbudowa i remont budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu, przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb jednostki	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Budowa wraz z wyposażeniem oraz wyburzenie istniejącego budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu przy ul. Św. Józefa 53-59. Planowane zadanie jest kolejnym etapem inwestycji polegającej na przebudowie i rozbudowie Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu. Nowy budynek będzie funkcjonalnie dostosowany do potrzeb kompleksu rozbudowanego w pierwszym etapie inwestycji.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Nowoczesny kompleks budynków szpitalnych zgodnie z potrzebami mieszkańców województwa.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	650 000 000,00 zł
Potencjalne źródła finansowania:	środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
Faza przygotowawcza	
2024	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

Projekt kluczowy nr 22.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych
Budowa zespołu poradni specjalistycznych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
W celu utworzenia Zespołu Przychodni Specjalistycznych zaplanowano budowę nowego budynku na terenie kompleksu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu przy ul. Św. Józefa 53-59. Zadanie obejmować będzie wybudowanie cztero-kondygnacyjnego budynku dostosowanego do obowiązujących przepisów wraz z zagospodarowaniem terenu oraz zakup wyposażenia medycznego m.in. rehabilitacyjnego i sprzętu specjalistycznego do badań diagnostycznych oraz niemedycznego niezbędnego dla zapewnienia funkcjonowania jednostek medycznych zlokalizowanych w budynku. W wybudowanym obiekcie zlokalizowane zostaną m.in. gabinety lekarzy specjalistów, gabinety diagnostyczne (tj. np. USG, HOLTER, EKG), gabinety rehabilitacyjne, pomieszczenia administracyjne, socjalno-higieniczne, szatnie dla pacjentów i personelu, poczekalnie, rejestracja, techniczne i pomocnicze w ramach części medycznej, oraz część niemedyczna, komercyjna apteka, sklep ze sprzętem medycznym, punkt gastronomiczny, sala konferencyjna. Ponadto w budynku zaprojektowany zostanie parking podziemny.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie będzie realizowane w systemie ciągłym.	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
W związku z koniecznością zwiększenia dostępu do specjalistycznych świadczeń medycznych na terenie Gminy Miasto Toruń w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych działać będą: 1) Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej z Opieką Nocną i Świąteczną, 2) Przychodnia Rehabilitacyjna, 3) Przychodnia Medycyny Pracy.	
Efekt (produkt) przedsięwzięcia	
Zwiększenie dostępności do lekarzy specjalistów i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.	
C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet	
Szacowane niezbędne nakłady finansowe:	81 000 000 zł

Potencjalne źródła finansowania:	Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027 (FEKP), środki własne, inne źródła
D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań	
Termin rozpoczęcia	
2024	
Faza przygotowawcza	
Faza wdrożeniowa i funkcjonowania	
2028	
Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia	
Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.	

Projekt kluczowy nr 23.

CEL OPERACYJNY:	Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych
 KIERUNEK ROZWOJU:	Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych
Przebudowa i nadbudowa budynku B Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. Św. Floriana 12 w Bydgoszczy	
Geneza/powiązana przedsięwzięcia: Przedsięwzięcie zostało wyłonione poprzez analizę potrzeb.	
A. Podstawowe informacje o przedsięwzięciu	
Opis przedsięwzięcia	
Zadanie realizowane od 2021 r. Zadanie wpisane do wieloletniej prognozy finansowej Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2023-2039. W wyniku realizacji zadania zwiększy się powierzchnia budynku B Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. Św. Floriana 12 w Bydgoszczy.	
Sposób realizacji programu	
Przedsięwzięcie realizowane jako zadanie wieloletnie 2021-2024 .	
B. Potrzeby i efekt związane z przedsięwzięciem	
Potrzeby, na które odpowiada przedsięwzięcie	
Obecna sytuacja epidemiczna wskazuje na zapotrzebowanie na leczenie z zakresu chorób zakaźnych. Do wyremontowanego budynku będzie przeniesiona cała administracja Szpitala, apteka szpitalna, sale na zajęcia dla studentów kierunków medycznych. W efekcie przebudowy Szpital będzie mógł uruchomić	

oddziały, w pomieszczeniach w których obecnie jest administracja oraz zwiększyć możliwości w zakresie leczenia pacjentów.

Efekt (produkt) przedsięwzięcia

Budynek B - aktualna powierzchnia - 992,40 m² po realizacji inwestycji 1575,50 m².

POZIOM -1 [PIWNICA]

Projektuje się powiększenie powierzchni piwnic poprzez odkopanie obecnie zasypanych piwnic i dodatkowo na fragmencie wykonanie nowego podpiwniczenia. Docelowo, pomieszczenia piwnic będą znajdować się prawie na całym obrysie budynku.

Na tym poziomie zaprojektowano archiwum, pomieszczenia socjalne z szatniami i magazynowe zewnętrznej firmy sprzątającej oraz pomieszczenia magazynowe apteki szpitalnej, skomunikowane z poziomem zero platformą towarową.

POZIOM 0 [PARTER]

Na poziomie parteru zlokalizowano pomieszczenia apteki szpitalnej oraz na fragmencie pomieszczenia administracyjne szpitala.

POZIOM +1 [1-WSZE PIĘTRO]

Zaprojektowano pomieszczenia administracyjne szpitala oraz sale wykładowe dla studentów. Całość uzupełniają pomieszczenia socjalne i higieniczno-sanitarne.

POZIOM +2 [2-GIE PIĘTRO]

Na poziomie 2-go piętra zlokalizowano pomieszczenia administracyjne szpitala oraz salę konferencyjną. Całość uzupełniają pomieszczenia socjalne i higieniczno-sanitarne.

Dodatkowo w części nadbudowywanej zostanie wytworzona przestrzeń techniczna, w której zostaną zlokalizowane centrale wentylacyjne, pompy ciepła i zbiorniki buforowe.

C. Nakłady na realizację przedsięwzięcia oraz jego priorytet

Szacowane niezbędne nakłady finansowe:

Całkowita wartość zadania w latach 2021-2024 wyniesie 21 510 711,02 zł.

Potencjalne źródła finansowania:

Całkowita wartość zadania finansowana ze środków własnych województwa w latach 2021-2024 wyniesie 16.151 263,00 zł.

Całkowita wartość zadania finansowana ze środków własnych jednostki w latach 2021-2024 wyniesie 2.555 448,00 zł.

Całkowita wartość zadania finansowana z innych źródeł (KPIM Sp. z o.o.) w latach 2021-2024 roku wyniesie 2.804.000,02 zł.

D. Termin rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz ramowa kolejność działań

Termin rozpoczęcia

2021

Faza przygotowawcza

Prace projektowe, uzyskanie źródeł finansowania Na realizację zadania zawarta została w dniu 16 listopada 2022 r. pomiędzy Województwem Kujawsko-Pomorskim a Szpitalem umowa dotacyjna UM_SZ.3041.1.591.2022

Faza wdrożeniowa i funkcjonowania

Szpital w wyniku postępowania przetargowego zawarł w dniu 23 listopada 2022 r. umowę z wykonawcą KONTBUD Sp. z o.o. w Bydgoszczy na realizację zadania. Przekazany został plac budowy wykonawcy przez Szpital.

Monitorowanie rezultatów oraz przebiegu realizacji przedsięwzięcia

Monitorowanie zgodnie z przyjętym w dokumencie systemem monitorowania.

4. Monitorowanie stanu realizacji projektów

4.1. System wdrażania Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację ustaleń *Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego* jest Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego¹¹⁸, który będzie to zadanie realizował za pomocą Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia oraz innych podmiotów imiennie wskazanych dla poszczególnych zadań.

Departament Spraw Społecznych i Zdrowia może realizować wskazane w ww. dokumencie ustalenia w trybie: (1) samodzielnej realizacji, (2) realizacji w partnerstwie (np. z innymi departamentami/jednostkami organizacyjnymi/spółkami/pełnomocnikami¹¹⁹ lub (3) powierzenia ich realizacji innym podmiotom (samorządowym wymienionym wyżej lub zewnętrznym). Za koordynację realizacji całości ustaleń *Polityki* odpowiada Departament Spraw Społecznych i Zdrowia.

Tabela. Podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych projektów kluczowych Polityki zdrowotnej

	Projekt kluczowy Polityki zdrowotnej	Podmiot odpowiedzialny
1	Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
2	Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
3	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
4	Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie kujawsko-pomorskim	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia

¹¹⁸ Zgodnie z art. 14 ust. 1, art. 41 ust.1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

¹¹⁹ Departamenty – komórki organizacyjne Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego; jednostki organizacyjne – jednostki organizacyjne Województwa Kujawsko-Pomorskiego; spółki – spółki prawa handlowego z udziałem Województwa Kujawsko-Pomorskiego; pełnomocnicy – pełnomocnicy Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz pełnomocnicy Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

5	Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
6	Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
7	Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie w województwie kujawsko-pomorskim	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
8	Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
9	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
10	Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
11	Ochrona i promocja zdrowia	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
12	Ochrona zdrowia psychicznego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
13	Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową! (	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
14	Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego	Departament Spraw Społecznych i Zdrowia
15	Rozbudowa i modernizacja Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy w zakresie działalności podstawowej: diagnostyka i leczenie	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. Centrum Onkologii w Bydgoszczy
16	Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu o nową siedzibę Centrum Zdrowia Psychicznego	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu
17	Budowa budynku Centrum Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy wraz z zagospodarowaniem terenu	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. WPZP w Bydgoszczy
18	Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku

19	Nowoczesna poradnia terapii uzależnień	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu
20	Ośrodek Diagnostyki Narządowej przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy
21	Przebudowa, rozbudowa i remont budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Toruniu, przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym Toruniu
22	Budowa zespołu poradni specjalistycznych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym Toruniu	Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Zespólny Toruniu
23	Przebudowa i nadbudowa budynku B Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. Św. Floriana 12 w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Zakaźno-Obserwacyjny w Bydgoszczy

Źródło: Opracowanie własne

4.2. Monitorowanie i ewaluacja

Podmiotem odpowiedzialnym za prawidłowy przebieg całości procesu monitorowania będzie Departament Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu. Przewidywany jest stały monitoring realizacji Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego, polegający na regularnej obserwacji zmian ilościowych i jakościowych w badanym obszarze. System monitorowania realizacji Polityki będzie polegał na pomiarze:

- wskaźników głównych,
- wskaźników tła,
- wskaźników kierunków,

oraz

- ocenie stopnia oraz charakterystyce realizacji projektów kluczowych.

Dla wskaźników głównych i wskaźników tła dane pozyskiwane będą ze statystyki publicznej lub dostępnych baz danych w zakresie usług medycznych (GUS, BASiW).

Monitoring w zakresie realizacji Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego będzie miał formę corocznego raportu pod nazwą „Raport z realizacji Polityki Zdrowotnej Województwa Kujawsko-Pomorskiego”. Pierwszy raport obejmujący pierwszy pełny rok realizacji Polityki, a więc rok 2024 zostanie przygotowany do końca I kw. 2025 r., a przedstawiony Zarządowi Województwa do końca II kw. 2025 r. Przed przyjęciem przez Zarząd raport musi być zaprezentowany na Komisji Ochrony i Promocji Zdrowia. Stosowną opinię Komisji należy załączyć do materiałów dla Zarządu Województwa.

Raport będzie zawierał:

- Tabelaiczne zestawienie wszystkich wskaźników (wg tabel wskaźników zamieszczonych w niniejszym rozdziale) – dla danego roku oraz dla lat wcześniejszych, począwszy od danych za rok

2023; w przypadku wskaźników dla kierunków tam gdzie charakter danych to uzasadnia – należy pokazywać wartość bieżącą dla monitorowanego roku, wartość dla lat poprzednich od momentu rozpoczęcia realizacji oraz wartość narastającą (skumulowaną) od początku realizacji danego kierunku,

- Ocenę realizacji każdego z projektów kluczowych,
- Charakterystykę zidentyfikowanych ryzyk w obszarze realizacji Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego,
- Ekspertkę interpretację Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia (lub podmiotu, któremu Departament Spraw Społecznych i Zdrowia powierzy dokonanie tego typu eksperckiej interpretacji) dotyczącą oceny charakteru zachodzących zmian oraz stopnia realizacji przedsięwzięć wraz z rekomendacjami dla Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w zakresie działań, które należy podjąć dla usprawnienia realizacji Polityki edukacyjnej województwa kujawsko-pomorskiego (w przypadku braku konieczności sformułowania rekomendacji – należy podać taką informację).

Tabela. Wskaźniki główne realizacji ustaleń Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

Nr	Nr wskaźnika	Wskaźnik	Źródło danych	Oczekiwana tendencja
1	G1	Odsetek osób objętych co najmniej jednym działaniem z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia	Obliczenia własne na podstawie danych sprawozdanych do UMWKP oraz danych GUS	wzrostowa
2	G2	Odsetek osób objętych programami polityki zdrowotnej w populacji województwa	Obliczenia własne na podstawie danych sprawozdanych do UMWKP oraz danych GUS	wzrostowa
3	G3	Odsetek osób objętych działaniami CZP w populacji województwa	Obliczenia własne na podstawie danych sprawozdanych do UMWKP oraz danych GUS	wzrostowa
4	G4	Odsetek wojewódzkich placówek medycznych objętych działaniami z zakresu modernizacji, rozbudowy lub budowy infrastruktury medycznej	Obliczenia własne na podstawie danych sprawozdanych do UMWKP oraz danych GUS	wzrostowa
5	G5	Odsetek wojewódzkich placówek medycznych wyposażonych w sprzęt medyczny	Obliczenia własne na podstawie danych sprawozdanych do UMWKP oraz danych GUS	wzrostowa

Źródło: Opracowanie własne

Tabela. Wskaźniki tła realizacji ustaleń Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego

Nr	Nr wskaźnika	Wskaźnik ¹²⁰
1	T1	Wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych (w %)
2	T2	Przeciętne wykorzystanie łóżek w placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno-opiekuńczych
3	T3	Zachorowalność na krztusiec, odrę i tężec na 100 tys. ludności
4	T4	Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności
5	T5	Zachorowalność na bakteryjne zatrucia pokarmowe 100 tys. ludności
6	T6	Zapadalność na grypę na 100 tys. ludności
7	T7	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności
8	T8	Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności
9	T9	Liczba zgonów rocznie z powodu chorób nowotworowych
10	T10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności
11	T11	Zaburzenia nerwicowe na 100 tys. ludności
12	T12	Liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców
13	T13	Liczba szpitali na 100 tys. mieszkańców uwzględniając placówki jednego dnia
14	T14	Łóżka w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności
15	T15	Średni czas pobytu na oddziale szpitalnym
16	T16	Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych
17	T17	Pacjenci w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności
18	T18	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności
19	T19	Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności
20	T20	Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki psychiatrycznej
21	T21	Przeciętne wykorzystanie łóżek w placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno-opiekuńczych
22	T22	Średnia długość pobytu pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych
23	T23	Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego na 10 tys. ludności
24	T24	Lekarze pracujący wg podstawowego miejsca pracy na 10 tys. ludności
25	T25	Pielęgniarki i położne na 10 tys. ludności - personel pracujący wg podstawowego miejsca pracy
26	T26	Liczba pacjentów na łóżko w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności
27	T27	Liczba pacjentów na łóżko w szpitalach psychiatrycznych na 10 tys. ludności
28	T28	Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi - uzależnienie na 1000 mieszkańców
29	T29	Osoby leczone w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji

¹²⁰ Źródło danych: GUS BDL.

30	T30	Łóżka w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych na 100 tys. ludności
31	T31	Liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie
32	T32	Liczba szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów uzdrowiskowych
33	T33	Liczba przychodni na 10 tys. ludności

Źródło: Opracowanie własne

Tabela. Zestawienie wskaźników dla kierunków

Cel operacyjny: Rozwój profilaktyki i promocji zdrowia			
Kierunek	Projekt kluczowy realizujący kierunek	Numer wskaźnika	Wskaźnik ¹²¹
1. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców postaw prozdrowotnych.	„Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową! - Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.	P 01 – 1	Liczba opracowanych i realizowanych szkoleń, spotkań, konkursów, wydarzeń.
		P 01 – 2	Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
		P 01 – 3	Liczba opracowanych materiałów edukacyjno-promocyjnych.
		P 01 – 4	Liczba wspartych działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom oraz służących zdrowemu stylowi życia.
		P 01 – 5	Liczba zainicjowanych i wspartych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.
		P 01 – 6	Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
		P 01 – 7	Liczba opracowanych materiałów promocyjno-informacyjnych.
		P 01 – 8	Liczba przeprowadzonych działań edukacyjnych.
		P 01 – 9	Liczba osób biorących udział w wydarzeniach.
2. Wczesne wykrywanie chorób i ograniczenie skutków najpoważniejszych	„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych	P 02 – 1	Liczba opracowanych programów polityki zdrowotnej.
		P 02 – 2	Liczba zrealizowanych programów polityki zdrowotnej.

¹²¹ Dane pozyskiwane przez Departament Edukacji

problemów zdrowotnych regionu.	w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”	P 02 – 3	Liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej.
	• „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”.	P 02 – 4	Liczba placówek biorących udział oraz realizujących programy polityki zdrowotnej.
	• „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla osób dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego”.	P 02 – 5	Liczba opracowanych programów polityki zdrowotnej.
	• „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie kujawsko-pomorskim”.	P 02 – 6	Liczba zrealizowanych programów polityki zdrowotnej.
	• „Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w warunkach podwyższonego stresu w miejscu pracy mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”.	P 02 – 7	Liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej.
	• „Wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”.	P 02 – 8	Liczba placówek biorących udział oraz realizujących programy polityki zdrowotnej.
	• „Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznie w województwie kujawsko-pomorskim”.	P 02 – 9	Liczba podjętych działań w związku z wystąpieniem epidemii, klęski żywiołowej lub humanitarnej bądź katastrofy czy stanu wojny.
	• „Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”.		
	• „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”.		

	• „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego”. • „Ochrona i promocja zdrowia”. • „Ochrona zdrowia psychicznego”. • Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. • Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEDKP.		
3. Aktywizowanie podmiotów zewnętrznych, w tym jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.	• Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. • Projekty realizowane w ramach FEDKP.	P 03 – 1	Liczba jednostek samorządu terytorialnego uczestniczących w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
		P 03 – 2	Liczba organizacji pozarządowych uczestniczących w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
		P 03 – 3	Liczba podmiotów leczniczych uczestniczących w działaniach na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia.
		P 03 – 4	Liczba zorganizowanych inicjatyw.
Cel operacyjny: Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych.			
1.Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.	• „Aktualizacja i realizacja wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego”. • „Kampania Kujawsko-Pomorskie działa z Głową!” • „Budowa budynku Centrum Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy wraz z zagospodarowaniem terenu”.	P 04 – 1	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.
		P 04 – 2	Liczba funkcjonujących CZP na terenie województwa.
		P 04 – 3	Liczba wspartych CZP na terenie województwa.
		P 04 – 4	Liczba podmiotów I, II, III stopnia referencyjnego nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
		P 04 – 5	Liczba powiatów objętych działaniem CZP.

	„Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu o nową siedzibę Centrum Zdrowia Psychicznego” - Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEKP.	P 04 – 6	Liczba oddziałów psychiatrycznych objętych wsparciem w szpitalach wielospecjalistycznych na terenie województwa.
		P 04 – 7	Liczba organizacji pozarządowych, którym udzielono wsparcia w zakresie działań w zakresie zdrowia psychicznego.
		P 04 – 8	Liczba projektów zrealizowanych przez organizacje pozarządowe dzięki wsparciu w zakresie działań w zakresie zdrowia psychicznego.
		P 04 – 9	Liczba osób, które skorzystały z wsparcia dzięki realizacji działań.
2. Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do wysokiej jakości usług zdrowotnych.	- Rozbudowa i modernizacja Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy w zakresie działalności podstawowej: diagnostyka i leczenie. - Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. bł. ks. J. Popiełuszki we Włocławku - Nowoczesna poradnia terapii uzależnień - Ośrodek Diagnostyki Narządowej przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy - Przebudowa, rozbudowa i remont budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego	P 05 – 1	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie modernizacji, rozbudowy i budowy infrastruktury szpitalnej.
		P 05 – 2	Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą objętych wsparciem w zakresie poprawy dostępności zgodnie ze standardem dostępności.
		P 05 – 3	Liczba podmiotów POZ i AOS objętych wsparciem w zakresie modernizacji i doposażenia.
		P 05 – 4	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych i środowiskowych form opieki medycznej.
		P 05 – 5	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych i środowiskowych form opieki medycznej.
		P 05 – 6	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie rozwoju dziennych domów opieki medycznej.
		P 05 – 7	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie rozwoju diagnostyki.

	w Toruniu, przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu • Budowa zespołu poradni specjalistycznych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu • Przebudowa i nadbudowa budynku B Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. Św. Floriana 12 w Bydgoszczy • Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEdKP. • Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. • Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu podmiotów leczniczych. • Przedsięwzięcia realizowane ze środków budżetu jednostek samorządu terytorialnego.	P 05 – 8	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie rozwoju świadczeń rehabilitacyjnych.
		P 05 – 9	Liczba wspartych inicjatyw.
2. Zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej dla ochrony zdrowia.	• Projekty do realizacji wyłonione w trybie konkurencyjnym oraz niekonkurencyjnym w ramach FEdKP.	P 06 – 1	Liczba działań szkoleniowych objętych wsparciem w zakresie rozwoju kompetencji medycznych.
		P 06 – 2	Liczba inicjatyw objętych wsparciem z zakresu poprawy warunków pracy.
		P 06 – 3	Liczba inicjatyw objętych wsparciem z zakresu tworzenia warunków wpływających na zwiększenie liczebności pracowników medycznych.
		P 06 – 4	Liczba wspartych inicjatyw.
		P 06 – 5	Liczba zatrudnionych w wojewódzkich podmiotach leczniczych obcokrajowców.

Źródło: Opracowanie własne

W przypadku realizacji projektów kluczowych przez Departament Spraw Społecznych i Zdrowia w partnerstwie z innym podmiotem lub w przypadku powierzenia realizacji projektów kluczowych innym podmiotom, zobowiązuje się te podmioty do przekazania Departamentowi Spraw Społecznych i Zdrowia danych dotyczących oceny stopnia realizacji projektów kluczowych oraz szacowania ryzyk zgodnie z poniższą tabelą.

Tab. Wyjaśnienia dotyczące oceny stopnia realizacji projektów kluczowych oraz oceny ryzyk na etapie ich realizacji

Ocena stopnia realizacji projektu kluczowego	Ocena ryzyk realizacji projektu kluczowego
etap „zero” – prace nie zostały rozpoczęte	- brak – „nie wystąpi”
etap I – prace w fazie przygotowawczej	- niewielkie lub średnie – „raczej nie wystąpi”,
etap II – prace realizacyjne w fazie początkowej	- duże – „raczej wystąpi”,
etap III – prace realizacyjne w fazie zaawansowanej	- bardzo duże – „wystąpienie pewne lub niemal pewne”
etap IV – prace zostały zakończone, projekt kluczowy został zrealizowany	
realizacja projektu kluczowego została zawieszona (+ powód), odstąpiono od realizacji (+ powód)	

Źródło: Opracowanie własne

W miarę pojawiających się potrzeb mogą być przygotowywane samodzielnie lub zlecane opracowania analityczne i eksperckie dotyczące realizacji Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego, które będą miały charakter uzupełniający system monitorowania.

W zależności od obserwowanych efektów realizacji Polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego dopuszcza się przeprowadzenie ewaluacji. W latach 2027-2028 będzie podjęta decyzja o przeprowadzeniu badań ewaluacyjnych.

IV Spis wykresów, tabel i map

WYKRESY:

Wykres 1. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011 i 2020	9
Wykres 2. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 i 2019 (z porodami samoistnymi oraz żywo urodzonymi niemowlętami) ⁹	12
Wykres 3. Struktura wieku i płci mieszkańców województwa hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010 i 2019 z powodu chorób o kodach A00-T98 bez O80, O84 (bez porodów samoistnych) ¹⁰	12
Wykres 4. Przyczyny hospitalizacji w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	13
Wykres 5. Odsetek liczby pacjentów korzystających z POZ w poszczególnych grupach wiekowych wg płci w 2019 r.	16
Wykres 6. Struktura schorzeń najczęściej diagnozowanych u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat leczonych w ramach POZ wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	17
Wykres 7. Struktura schorzeń najczęściej diagnozowanych u osób dorosłych w wieku 19 lat i więcej leczonych w ramach POZ wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	18
Wykres 8. Poradnie, w których w 2019 r. w województwie kujawsko-pomorskim liczba udzielonych porad przekroczyła 100 tys.	19
Wykres 9. Zachorowania na nowotwory ogółem wg płci w województwie kujawsko-pomorskim w latach 1999-2018	21
Wykres 10. Zachorowania na nowotwory ogółem wg grup wieku i płci w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.	22
Wykres 11. Najczęstsze lokalizacje nowotworów złośliwych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.	23
Wykres 12. Wskaźnik przeżyć względnych na raka płuca 1,2,3 letnich – wg stadium zaawansowania (%) ²⁵	25
Wykres 13. Wskaźniki zapadalności na choroby zakaźne (z wyłączeniem grypy) w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	27
Wykres 14. Dzienna liczba zachorowań na COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim w okresie od 17.03.2020 r. do 29.11.2022 r.	29
Wykres 15. 7-dniowa liczba zachorowań na COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim w okresie od 17.03.2020 r. do 29.11.2022 r.	29
Wykres 16. Struktura zgonów wg płci i wieku w 2018 r. ⁴²	34
Wykres 17. Najczęstsze przyczyny zgonów w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	35
Wykres 18. Przyczyny zgonów kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r.	36
Wykres 19. Przyczyny zgonów mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych w 2018 r.	36
Wykres 20. Umieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów	37
Wykres 21. Zaburzenia diagnozowane ⁵¹ u osób dorosłych w wieku 19 lat i więcej leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	41
Wykres 22. Zaburzenia diagnozowane ⁵² u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	42
Wykres 23. Struktura zaburzeń najczęściej diagnozowanych u pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego (łącznie z poradniami dla dzieci i młodzieży) wg grup wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	43
Wykres 24. Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych w 2019 r. (zł)	45

Wykres 25. Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwach domowych w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2010-2019 (zł)	46
Wykres 26. Poradnie specjalistyczne w województwie kujawsko-pomorskim wg powiatów w 2019 r.	51
Wykres 27. Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców w 2019 r.	66
Wykres 28. Liczba lekarzy wg wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	66
Wykres 29. Liczba pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców w 2019 r.	69
Wykres 30. Liczba pielęgniarek według wieku w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	70
Wykres 31. Wybrane ⁸⁷ koszty świadczeń opieki zdrowotnej planowane dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2021 i 2022.....	73
Wykres 32. Kolejki ⁹³ , dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	75
Wykres 33. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	76
Wykres 34. Oddziały szpitalne, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	81
Wykres 35. Oddziały szpitalne, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	82
Wykres 36. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków stabilnych przekroczył 180 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	83
Wykres 37. Kolejki, dla których przeciętny czas oczekiwania na świadczenie dla przypadków pilnych przekroczył 60 dni wg stanu na 30.11.2020 r.	84

TABELE:

Tabela 1. Hospitalizacje w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim według miejsca zamieszkania pacjentów w latach 2005, 2010, 2015, 2018, 2019	11
Tabela 2. Najczęstsze lokalizacje nowotworów złośliwych w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 r. wg grup wieku pacjentów	23
Tabela 3. Wskaźniki przeżyć względnych na raka płuca 1,2 ,3 letnich – wg płci (%).....	25
Tabela 4. Wskaźniki przeżyć względnych na raka płuca 1,2 ,3 letnich – wg stadium zaawansowania (%) .	25
Tabela 5. Diagnostyka chorób nowotworowych - zmiany w stosunku do 2019 r. dla diagnostyki raka płuca (C34).....	26
Tabela 6. Struktura zaświadczeń lekarskich oraz dni absencji z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w 2019 r.....	39
Tabela 7. Oddziały psychiatryczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2020 r.....	49
Tabela 8. Oddziały leczenia/terapii uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.....	50
Tabela 9. Dostępność rodzajów poradni specjalistycznych w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	52
Tabela 10. Opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.....	60
Tabela 11. Liczba świadczeniodawców w zakresie rehabilitacji medycznej wg formy i zakresu świadczeń w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	65
Tabela 12. Lekarze w województwie kujawsko-pomorskim według specjalności w 2019 r.....	67
Tabela 13. Dostępność do wybranych poradni specjalistycznych pod względem średniego czasu oczekiwania na świadczenia dla przypadków stabilnych w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.....	74
Tabela 14. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.	77
Tabela 15. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu opieki psychiatrycznej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.	78

Tabela 16. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu leczenia uzależnień dla przypadków stabilnych w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r. ⁹⁶	79
Tabela 17. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne z zakresu rehabilitacji leczniczej w województwie kujawsko-pomorskim wg stanu na 30.11.2020 r.	80
Tabela 18. Liczba placówek realizujących program świadczeń z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wg stanu na 9.08.2021 r.	95

MAPY:

Mapa 1. Porady podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2020 r.	15
Mapa 2. Zachorowalność na COVID-19 w okresie 2020 - 2022	30
Mapa 3. Zachorowalność na COVID-19 w 2020 r.	31
Mapa 4. Stan zaszczepienia pełnym cyklem szczepień przeciw COVID-19 w Polsce.....	32
Mapa 5. Stan zaszczepienia pełnym cyklem szczepień przeciw COVID-19 w województwie kujawsko-pomorskim.....	32
Mapa 6. Wskaźnik umieralności ogółem w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.....	33
Mapa 7. Przychodnie specjalistyczne psychiatryczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.	48
Mapa 8. Przychodnie specjalistyczne psychologiczne w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.	48
Mapa 9. Poradnie leczenia uzależnień w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.	50
Mapa 10. Dostępność placówek podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.	56
Mapa 11. Dostępność lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.....	56
Mapa 12. Dostępność pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.....	57
Mapa 13. Dostępność położnej podstawowej opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim w 2021 r.	57
Mapa 14. Podmioty prowadzące oddziały szpitalne lub inne komórki opieki szpitalnej w województwie kujawsko-pomorskim wg gmin w 2019 r.....	58
Mapa 15. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim	59
Mapa 16. Stacjonarna opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	61
Mapa 17. Opieka paliatywna i hospicyjna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.....	62
Mapa 18. Rehabilitacja medyczna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	63
Mapa 19. Stacjonarna i dzienna rehabilitacja medyczna w województwie kujawsko-pomorskim w 2019 r.	64
Mapa 20. Program profilaktyki raka piersi w województwie kujawsko-pomorskim - procent objęcia programem populacji kwalifikującej się do skorzystania z badań przesiewowych wg stanu na 1.09.2021 r.	93
Mapa 21. Program profilaktyki raka szyjki macicy w województwie kujawsko-pomorskim - procent objęcia programem populacji kwalifikującej się do skorzystania z badań przesiewowych wg stanu na 1.09.2021 r.....	94