



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE
KARDIOLOGIA I ONKOLOGIA



Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa kujawsko-pomorskiego

Podsumowanie

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI



Człowiek – najlepsza inwestycja

www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl



Spis treści

Informacje wstępne	3
I Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	3
Struktura ludności	4
Demografia powiatów województwa kujawsko-pomorskiego	4
Zachorowania na choroby kardiologiczne	4
Zgony z powodu chorób kardiologicznych	4
II Analizy stanu i wykorzystania zasobów	5
Lecznictwo szpitalne	5
1 Szpitale udzielające świadczeń kardiologicznych	5
2 Kardiochirurgia dorosłych	6
3 Kardiochirurgia dziecięca	7
Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej	7
Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej	7
III Prognozy potrzeb zdrowotnych	7
Prognoza demograficzna	7
1 Prognozowana struktura ludności	7
2 Prognozowana demografia powiatów województwa kujawsko-pomorskiego	8
Prognoza zachorowalności	8
Prognoza liczby świadczeń	8
1 Świadczenia kardiologiczne	8
2 Kardiochirurgia dorosłych	8
3 Kardiochirurgia dzieci	8



Informacje wstępne

1. W niniejszym opracowaniu, zgodnie z decyzją Zespołu do spraw opracowania map potrzeb zdrowotnych w dziedzinie kardiologii i kardiochirurgii powołanym przez Ministra Zdrowia, choroby kardiologiczne definiowane są jako choroby należące do następujących grup rozpoznań według klasyfikacji ICD-10: choroba niedokrwienna serca (I20, I21, I24, I25), niewydolność serca (I50), migotanie i trzepotanie przedsionków (I48), pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia (I44–I47, I49), kardiomiopatie (I42, I43), wady serca wrodzone (Q20–Q26), wady serca nabyte (I05–I09, I34–I37), zator płucny (I26).
2. Do określenia zapadalności na choroby kardiologiczne oraz realizacji świadczeń w zakresie kardiologii posłużono się bazą Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)¹ za lata 2009-2014, natomiast liczbę nowych przypadków określono dla lat 2010-2013 (rok 2009 oraz 2014 posłużyły do weryfikacji, czy pacjent jest pacjentem pierwszorazowym). Należy jednak mieć na uwadze, że dane NFZ służą rozliczeniu się ze świadczeniodawcą i mogą być obarczone błędami np. w zakresie rozpoznań ICD-10. W związku z tym, w celu np. określenia daty rozpoznania choroby u pacjenta, niezbędne było zastosowanie reguł decyzyjnych. Pacjenci, którzy pojawili się w szpitalu bądź SOR/Izbie przyjęć, byli automatycznie uwzględnieni przy określaniu zapadalności jako pacjenci pierwszorazowi. Jeżeli pacjent pojawił się pierwszy raz w AOS, i nie pojawił się ponownie w systemie w ciągu kolejnych 365 dni, poddano analizie produkty sprawozdane w ramach tej wizyty. Na tej podstawie przypisano prawdopodobieństwo tego, że pacjent jest pacjentem pierwszorazowym. Na przykład, jeżeli produktem była wizyta pohospitalizacyjna, a pacjent nie został odnotowany w szpitalu, pacjenta takiego zaliczono do kategorii „Nowy pacjent”, wychodząc z założenia, że hospitalizacja mogła być z innej przyczyny kardiologicznej (dominującej), jednak w przebiegu choroby zdiagnozowano u niego również analizowane schorzenie, natomiast w przypadku porady W11 (porada ambulatoryjna bez wskazania badań z listy kwalifikującej do wyższej płatności – najprostsza porada ambulatoryjna) pacjenta ze 100% prawdopodobieństwem klasyfikowano jako pacjenta w procesie follow-up. Ponadto z analizy zapadalności wykluczono pacjentów z pierwszym pojawieniem w AOS z rozpoznaniem zawału serca i zatoru płucny².
3. Informacja o świadczeniach kardiochirurgii dorosłych i dzieci została przygotowana na bazie informacji z rejestru KROK z tego względu, że nie wszystkie procedury (np. wyskospecjalistyczne) były raportowane w bazie NFZ.

¹W przypadku chorób kardiologicznych prowadzone są w Polsce 3 rejestry medyczne: Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego (PL-ACS), Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK) oraz Ogólnopolski Rejestr Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI). Żaden z tych rejestrów nie jest wystarczający do przygotowania informacji na temat zapadalności na choroby kardiologiczne oraz prognozowania tej wartości. Rejestr pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi w kategoriach ilościowych odbiega od wartości obserwowanych w danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia. Wstępna analiza porównawcza pokazuje, że nie wszystkie placówki zgłaszają swoje przypadki do rejestru. Ponadto zgłoszenie do PL-ACS wykonywane jest możliwie szybko, podczas gdy sprawozdawczość do NFZ przygotowywana jest przy zakończeniu hospitalizacji, kiedy lekarze mają pełniejszy obraz kliniczny pacjenta. Dodatkowo, ostre zespoły wieńcowe to tylko jedna z grup jednostek chorobowych w ramach chorób kardiologicznych, zatem nawet przy pełnym rejestrze nie można by było uzyskać niezbędnej informacji prognostycznej. Z kolei KROK jest rejestrem operacji kardiochirurgicznych i obejmuje jedynie jedną z metod leczenia pacjentów kardiologicznych. Trzeci z tych rejestrów, ORPKI, nie posiada identyfikatorów pacjentów, które pozwoliłyby na połączenie informacji z danymi sprawozdawczymi NFZ. Co więcej, ORPKI również dotyczy tylko części chorób kardiologicznych, przez co nie może zostać użyty przy projektowaniu ujednoliconej metody analizy.

²Te jednostki choroby, ze względu na ich ostry przebieg, nie mogą być leczone w ambulatorium (pacjenci leczeni w ramach hospitalizacji, stan zagrożenia życia). Uznano, że wizyta w AOS z tym rozpoznaniem jest kontynuacją procesu leczenia szpitalnego.



Część I

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

Struktura ludności

W 2013 roku województwo kujawsko-pomorskie zamieszkiwało 2,1 mln osób, co stanowi 5,4% ludności kraju. Było to dziesiąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Populacja województwa kujawsko-pomorskiego była, w demograficznym sensie, nieco młodsza niż populacja Polski.

Demografia powiatów województwa kujawsko-pomorskiego

1. Największą populacją cechował się powiat miasto Bydgoszcz (359 tys., 17,2% ludności województwa). Natomiast najmniejsza liczba ludności (35 tys., 1,7% ludności województwa) zamieszkiwała powiat wąbrzeski.
2. Jeśli chodzi o zaawansowanie procesu starzenia się ludności w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego to największe udziały osób w wieku 65 lat i więcej odnotowano w miastach na prawach powiatu: miasto Bydgoszcz (17,2%), Włocławku (15,8%), Grudziądzu (15,4%) i Toruniu (15,2%), zaś najmniejsze w powiatach: toruńskim (10,5%), bydgoskim (10,9%) i grudziądzkim (11,7%).

Zachorowania na choroby kardiologiczne

W 2013 r. w województwie kujawsko-pomorskim zdiagnozowano 19,5 tys. nowych zachorowań na choroby kardiologiczne - była to 9. najwyższa wartość wśród województw. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 932 - 10. najwyższa wartość w kraju. W województwie najczęstszymi rozpoznaniem były: choroba niedokrwienna serca (540 rozpoznania na 100 tys. mieszkańców) oraz pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia (341 rozpoznania na 100 tys. mieszkańców).

Zgony z powodu chorób kardiologicznych

1. Choroby serca są pierwszą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców woj. kujawsko - pomorskiego, podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw. W 2013 r. były one odpowiedzialne za 25,9% ogółu zgonów mieszkańców województwa (26% w przypadku mężczyzn, 25,9% w przypadku kobiet) i są to wartości nieznacznie mniejsze niż wartości odnotowane dla Polski (odpowiednio 28%, 27% i 29,1%). Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu ogółu chorób serca mieszkańców województwa kujawsko - pomorskiego wynosi 249,8/100 tys. ludności i jest o 10,2% niższy od ogólnopolskiego (278/100 tys. ludności). Współczynniki rzeczywiste dla kobiet i mężczyzn również są niższe od tych dla całej Polski (odpowiednio o 13,3% i 7,1%). Po standaryzacji współczynników względem wieku (wartości SMR), różnica umieralności mieszkańców województwa w stosunku do poziomu w całym kraju zmniejsza się. Współczynniki standaryzowane są niższe od ogólnopolskich o 5% dla ogółu ludności oraz o 7,6% dla kobiet i 2,4% dla mężczyzn.
2. Najczęstszą przyczyną zgonów w województwie kujawsko-pomorskim stanowiła niewydolność serca i kardiomiopatie, które były odpowiedzialne za 47% ogółu zgonów z powodu chorób serca. Wartość wskaźnika SMR jest wyższa o 21,6% od poziomu ogólnopolskiego, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiatach: świeckim, grudziądzkim, brodnickim i Grudziądzu, a najniższe w powiecie sępoleńskim i rypińskim.
3. Drugą z najczęstszych przyczyną zgonów w województwie kujawsko-pomorskim stanowiła choroba niedokrwienna serca, która była odpowiedzialna za 30,4% ogółu zgonów z powodu chorób serca.



Wartość wskaźnika SMR choroby niedokrwiennej serca jest niższa o 24,7% od poziomu ogólnopolskiego, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiatach: mogileńskim, radziejowskim i rypińskim, a najniższy odnotowano w powiecie brodnickim, dla którego wskaźnik jest o 25% niższy od ogólnopolskiego.

4. Zatorowość płucna stanowiła przyczynę 2,8% ogółu zgonów z powodu chorób serca mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Wartość ta jest wyższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 2,2%. Wartość wskaźnika SMR dla zatorowości płucnej jest o 17,4% wyższa w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Najwyższą wartość odnotowano w powiecie aleksandrowskim, natomiast najniższe wartości współczynnika występują w powiatach grudziądzkim i tucholskim.
5. Migotanie i trzepotanie przedsionków stanowiły przyczynę 1,4% ogółu zgonów z powodu chorób serca mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Wartość ta jest zbliżona do ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 1,5%. Natomiast wartość wskaźnika SMR jest o 8,4% niższa w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowywane były w powiecie wąbrzeskim i bydgoskim, natomiast najniższe wartości odnotowuje się w powiatach rypińskim i radziejowskim.

Część II

Analizy stanu i wykorzystania zasobów

Lecznictwo szpitalne

1 Szpitale udzielające świadczeń kardiologicznych

1. W 2013 roku na terenie Polski 575 szpitali realizowało świadczenia dotyczące grupy schorzeń kardiologicznych z czego 28 znajdowało się na terenie województwa kujawsko - pomorskiego. Większość świadczeniodawców zlokalizowana była w miastach na prawach powiatu z czego 6 w Bydgoszczy. Spośród wszystkich szpitali rozliczających świadczenia kardiologiczne, 263 świadczeniodawców leczyło 80% pacjentów z rozpoznaniem kardiologicznym. Wśród tych jednostek 25 znajdowało się na terenie woj. kujawsko-pomorskiego z czego 5 szpitali w Bydgoszczy i 2 w Toruniu.
2. Województwo kujawsko-pomorskie dysponuje 420 łózkami w oddziałach kardiologicznych, 105 w oddziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego, 136 w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej oraz 68 w 3 oddziałach kardiochirurgicznych. Łącznie dla dorosłych do dyspozycji jest 729 łózek. Największą jednostką kardiologiczną jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, który dysponuje 129 łózkami, co stanowi 16,04% bazy województwa.
3. Najwięcej pacjentów w województwie kujawsko-pomorskim przyjął Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy – 3 301 pacjentów (12% pacjentów leczonych w województwie) podczas 4 033 hospitalizacji (10,7% hospitalizacji w województwie). Kolejne placówki to: Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Biziela w Bydgoszczy leczył 2 632 pacjentów (9,6% pacjentów leczonych w województwie) podczas 3 204 hospitalizacji (8,5% hospitalizacji w województwie), a w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr L. Błażka w Inowrocławiu leczono 2 385 pacjentów (8,7% pacjentów leczonych w województwie) podczas 3 014 hospitalizacji (8% hospitalizacji w województwie), oraz w SP ZOZ 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy - 2 360 pacjentów (8,6% pacjentów leczonych w województwie), podczas 2 957 hospitalizacji (7,8% hospitalizacji w województwie).
4. Świadczeniodawców, którzy leczyli ponad 1,0% pacjentów w skali województwa było 25 (na 28), zaś takich, u których odsetek hospitalizacji przekroczył 1% wszystkich hospitalizacji w województwie było 24. Ponad 35,3% pacjentów było leczonych w Bydgoszczy w 5 szpitalach. Ponad 56% hospitalizacji odbyło się w 7 szpitalach, z czego 3 zlokalizowane były w Bydgoszczy.
5. W oddziałach chorób wewnętrznych leczono 10 979 pacjentów z rozpoznaniem kardiologicznym (34,2% wszystkich pacjentów kardiologicznych), w oddziałach kardiologicznych – 16 835 chorych (52,5% wszystkich pacjentów kardiologicznych), zaś w oddziałach kardiochirurgicznych - 1 055



pacjentów (3,2% wszystkich pacjentów kardiologicznych). W szpitalach, gdzie istnieją oddziały kardiologiczne i chorób wewnętrznych, na oddziałach kardiologicznych leczono od 15,9% do 90,8% pacjentów z rozpoznaniem kardiologicznym.

6. Najwięcej pacjentów było hospitalizowanych z powodu niewydolności serca (9 465 hospitalizacji, co stanowi 25% wszystkich hospitalizacji kardiologicznych w województwie). Potem kolejno inne postaci choroby wieńcowej – 9.427 hospitalizacji (24,9%), OZW (8 476 – hospitalizacji 22,3%), migotanie i trzepotanie przedsionków (4 751 hospitalizacji - 12,5%), inne zaburzenia rytmu i przewodnictwa (3 100 hospitalizacji - 8,1%), nabyte wady serca (1 856 hospitalizacji – 4,9%), zatorowość płucna (498 hospitalizacji -1,3%) oraz wrodzone wady serca (287 hospitalizacji - 0,7%).
7. Najwięcej hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca było w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr L. Błażka w Inowrocławiu (889 hospitalizacji), co stanowiło 29,5% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu. Kolejno w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy było z tej przyczyny 839 hospitalizacji (26,2% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu). Z powodu choroby wieńcowej najwięcej hospitalizacji odbyło się w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy (907 hospitalizacji - inne postaci choroby wieńcowej, 1 330 hospitalizacji - OZW), co stanowi razem 55,4% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu. Drugie miejsce zajmuje SP ZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy (1 349 hospitalizacji - inne postaci choroby wieńcowej, 414 hospitalizacji - OZW), co stanowi razem 59,6% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych. Kolejne miejsce zajmuje Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu (830 hospitalizacji - inne postaci choroby wieńcowej, 772 hospitalizacji - OZW), co stanowi razem 60,7% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych.
8. Tylko w 1 szpitalu (Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy) liczba hospitalizacji z powodu OZW przekracza 1000. Powyżej 500 hospitalizacji z powodu OZW rocznie było w 6 szpitalach (1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, 2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Rydygiera w Toruniu, 3. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Biegańskiego w Grudziądzu, 4. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy, 5. Szpital Wielospecjalistyczny im. L. Błażka w Inowrocławiu, 6. SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu).
9. W województwie kujawsko-pomorskim 11 świadczeniodawców wykonuje koronarografię (łącznie 11.221), angioplastyki wieńcowe (łącznie 6 497). Implantacje stymulatorów serca wykonuje 12 świadczeniodawców (łącznie 1 385 zabiegów). Wśród nich 8 wykonuje implantacje kardiowerterów - defibrylatorów serca (ICD) (łącznie 486 zabiegów), 6 - implantacje układów resynchronizujących serce (CRT) (łącznie 129 zabiegów), 5 - ablacje zaburzeń rytmu serca (łącznie 302 zabiegi), 2 - operacje zastawkowe serca (łącznie 208)
10. W 2013 roku poza województwem kujawsko-pomorskim leczono 1533 pacjentów (ok. 6%). Najwięcej było leczonych w woj. mazowieckim - 764, potem kolejno w pomorskim - 304, wielkopolskim - 278 i łódzkim - 187 pacjentów. Na leczenie do woj. kujawsko-pomorskiego udało się w 2013 roku 1 177 pacjentów. Najwięcej z woj. pomorskiego - 544, potem kolejno z wielkopolskiego - 373, mazowieckiego - 167 i łódzkiego - 93 pacjentów.
11. Dane wskazują, że w każdym rozpoznaniu OZW (zawał STEMI, zawał NSTEMI, UA) oraz w każdej grupie wieku śmiertelność wśród pacjentów nierehabilitowanych kardiologicznie była wyraźnie wyższa od śmiertelności w grupie rehabilitowanych (niezależnie od liczby miesięcy od zabiegu angioplastyki wieńcowej) – różnice sięgają rzędu 123% (zawał STEMI). Wyniki te powinny być podstawą do zmian w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce.

2 Kardiochirurgia dorosłych

W województwie kujawsko-pomorskim, istnieją trzy ośrodki kardiochirurgii dorosłych: 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ Klinika Kardiologii Kliniczny Oddział Kardiochirurgii w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza Katedra i Klinika Kardiochirurgii w Bydgoszczy oraz Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu Klinika Kardiochirurgii. Jednostki łącznie dysponują 53 łózkami kardiochirurgicznymi, 4



salami operacyjnymi i 15 stanowiskami IT. W 2013 roku wykonano operacji kardiochirurgicznych ogółem – 1259, operacje pomostowania naczyń wieńcowych – 822, operacje wad nabytych (zastawkowych) – 206, operacji skojarzonych – 97, tętniaki aorty piersiowej – 76, rozwarstwienie aorty typu A – 40, infekcyjne zapalenie wsierdzia – 11.

3 Kardiochirurgia dziecięca

W województwie kujawsko – pomorskim nie istnieje żaden ośrodek kardiochirurgii dziecięcej. Dzieci wymagające operacji serca, w tym noworodki są transportowane do IP CZD w Warszawie, ICZMP w Łodzi oraz ostatnio w zakresie prostych wad, zwykle wymagających operacji bez krążenia pozaustrojowego do ośrodka w Gdańsku – Pomorskie Centrum Traumatologii Copernicus. Współpraca lekarzy w zakresie kardiologii dziecięcej i neonatologii z trzema wymienionymi ośrodkami w sposób wystarczający zabezpiecza potrzeby pacjentów województwa.

Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

1. W roku 2013 na terenie kraju znajdowały się 2 424 podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których realizowano świadczenia kardiologiczne. Spośród nich 117 znajdowało się w omawianym województwie. Spośród powiatów województwa kujawsko-pomorskiego najwięcej podmiotów AOS ulokowanych było w Bydgoszczy (38).
2. Najwięcej pacjentów kardiologicznych przyjęto w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (7 397 pacjentów, czyli 9,4% wszystkich unikalnych pacjentów w województwie).

Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej

1. W maju 2015 roku w woj. kujawsko-pomorskim zarejestrowanych było 306 podmiotów świadczących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Na 1 podmiot podstawowej opieki zdrowotnej przypada w woj. kujawsko-pomorskim 6,8 tys. mieszkańców. Najwięcej mieszkańców na 1 podmiot POZ przypadało w mieście Grudziądz (10,8 tys.), mieście Włocławek (10,3) oraz powiecie nakielskim (9,7).
2. Przeciętnie liczba świadczeń przypadająca na jednego mieszkańca woj. kujawsko-pomorskiego wynosi 3,96, przy czym częściej ze świadczeń korzystają kobiety (4,46) niż mężczyźni (3,42). Rozkład świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca nie wykazuje dużego zróżnicowania pomiędzy powiatami. Największa liczba świadczeń na 1 podmiot POZ cechuje miasto Grudziądz (44 tys.), miasto Włocławek (42,2 tys.) oraz powiat nakielski (37,4 tys.).

Część III

Prognozy potrzeb zdrowotnych

Prognoza demograficzna

1 Prognozowana struktura ludności

Prognozuje się, że w okresie 2014-2029 liczba mieszkańców woj. kujawsko-pomorskiego spadnie o 78 tys. osób, czyli 3,7%. Oznacza to silniejszy spadek niż dla Polski ogółem (3%). Struktura wieku i płci woj. kujawsko-pomorskiego będzie zmieniać się podobnie jak struktura ludności Polsce w tych kategoriach. Oczekuje się, że udział ludności poniżej 20 r.ż. oraz ludności w wieku 45-64 ulegnie niewielkim zmianom. Udziały te wyniosły odpowiednio ok. 21% i 27% w 2014 r. oraz wyniosą 18%



i 29% w 2029 r. Zgodnie z prognozą demograficzną nastąpi istotne zmniejszenie udziału ludności w wieku 20-44 (z 37% do 30% w 2029 r.) oraz znaczny wzrost udziału osób w wieku powyżej 64 roku życia: z 15% do 23% rozpatrywanym okresie.

2 Prognozowana demografia powiatów województwa kujawsko-pomorskiego

1. Oczekuje się, że do 2029 r. liczba mieszkańców większości powiatów woj. kujawsko-pomorskiego będzie ulegała zmniejszeniu (nawet o -11%), za wyjątkiem powiatu bydgoskiego, toruńskiego (w każdym o +16%) oraz brodnickiego (+1%).
2. Zmiany struktury demograficznej powiatów woj. kujawsko-pomorskiego będą przebiegać podobnie jak dla całego województwa, a największe zmiany w udziałach poszczególnych grup wieku dotyczą powiatów grodzkich tego województwa.

Prognoza zachorowalności

Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2015-2025 w województwie kujawsko-pomorskim zachorowalność wzrośnie z poziomu 20 tys. do poziomu 22,8 tys. (+2,8 tys.; +14%; 9. najwyższa wartość w kraju). Pod względem dynamiki wzrostu zachorowalności województwo jest na miejscu 8. w Polsce.

Prognoza liczby świadczeń

1 Świadczenia kardiologiczne

W województwie kujawsko-pomorskim na przestrzeni prognozowanych lat (2016-2029) same zmiany w strukturze ludności względem wieku, płci, miejsca zamieszkania spowodują zwiększenie zapotrzebowania na procedury realizowane w pracowniach hemodynamicznych o 22,2%. Biorąc powyższe pod uwagę, zapotrzebowanie na stoły hemodynamiczne będzie systematycznie wzrastać. Jednakże porównując obecne zasoby (15 stołów w województwie zgodnie z posiadanymi danymi będącymi w zasobach konsultanta krajowego i wojewódzkich) do pożądaných zasobów należy stwierdzić, że w okresie prognozy nie ma pilnej konieczności zwiększenia liczby stołów hemodynamicznych na terenie województwa.

2 Kardiochirurgia dorosłych

W województwie kujawsko-pomorskim należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na operacje kardiologiczne. Przyjmując maksymalny wskaźnik liczby operacji przypadających na jedną salę operacyjną na poziomie 569 (tyle maksymalnie przeprowadzono operacji na jedną salę w 2014 roku), można stwierdzić, że w województwie nie ma potrzeby budowy nowego ośrodka kardiologicznego.

3 Kardiochirurgia dzieci

W związku z prognozowanym przez GUS spadkiem liczby urodzeń w województwie, spadać będzie także liczba dzieci urodzonych z wrodzonymi wadami serca. Obecnie potrzeby pacjentów są zabezpieczone przez ośrodki kardiologii dziecięcej znajdujące się w sąsiednich województwach. Prognozy demograficzne i epidemiologiczne nie wskazują na potrzebę budowy ośrodka kardiologii dziecięcej w województwie, gdyż liczba dzieci wymagających operacji kardiologicznych będzie w przyszłości spadać.