

Załącznik Nr 1
do zarządzenia Nr 555/2018
Wojewody Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 28 grudnia 2018 r.

PRIORYTETY

DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

NA LATA 2019 - 2021

SPIS TREŚCI

Wstęp	str. 2
--------------------	--------

1. Analiza i diagnoza

a. diagnoza stanu aktualnego	str. 3
b. stan docelowy	str. 6
c. różnice między stanem docelowym a aktualnym	str. 8
d. przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym	str. 9

2. Strategia i wdrażanie

a. priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko- pomorskiego	str. 10
b. propozycje przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego	str. 37

WSTĘP

Niniejsze opracowanie powstało w oparciu o analizy zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, mapie ogólnopolskiej, Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020 – Plan modernizacji 2020+, materiałach przekazanych przez konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia oraz na podstawie opracowań własnych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy.

W oparciu o analizę powyższych dokumentów – mając na uwadze stan zdrowia populacji mieszkańców województwa oraz uzyskanie najlepszych efektów zdrowotnych – Wojewoda Kujawsko-Pomorski w porozumieniu z Kujawsko-Pomorską Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił priorytety regionalnej polityki zdrowotnej na okres 1.01.2019-31.12.2021.

Dokument składa się z dwóch części. Pierwsza – „*Analiza i diagnoza*” – prezentuje stan aktualny w odniesieniu do demografii, epidemiologii oraz zasobów ochrony zdrowia w województwie, opis stanu docelowego, wskazanie przyczyn różnic pomiędzy stanem aktualnym a docelowym oraz informacje o przyczynach takiego stanu. W części tej wskazano także szacunkowe zmiany w zapotrzebowaniu na łóżka szpitalne do roku 2031.

Druga część opracowania – „*Strategia i wdrażanie*” – prezentuje priorytety zdrowotne. Określa zagadnienia najważniejsze dla poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu oraz wskazuje kierunki działań i przedsięwzięcia o znaczeniu kluczowym. Ponadto, określono w niej propozycje przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego.

1. ANALIZA I DIAGNOZA

a. Diagnoza stanu aktualnego

Województwo kujawsko-pomorskie położone w północnej części środkowej Polski pod względem zajmowanej powierzchni (15,7% powierzchni kraju) oraz liczby mieszkańców (2,08 mln mieszkańców – 5,4% ludności kraju) według stanu na 31.12.2016 r. zajmowało 9 lokatę wśród wszystkich województw. Mieszkańcy miast stanowili 59,5% ludności województwa. Zgodnie z podziałem administracyjnym na obszarze województwa wyszczególniono cztery miasta na prawach powiatu oraz 19 powiatów. Na koniec 2016 r. najwięcej osób zamieszkiwało miasto Bydgoszcz (17% ludności województwa), najmniej powiat wąbrzeski (1,7% ludności województwa). W regionie występowało silne zróżnicowanie pod względem wartości współczynnika gęstości zaludnienia. Największym zagęszczeniem charakteryzowały się powiaty: m. Bydgoszcz (2011 osób na 1 km²), m. Toruń (1750 osób), m. Grudziądz (1661 osoby) oraz m. Włocławek (1334 osób). Z kolei najmniejsze zagęszczenie odnotowano w powiatach: tucholskim (45 osób), sępoleńskim (52 osoby), grudziądzkim (55 osób) i włocławskim (59 osób).

Populację województwa w ujęciu demograficznym charakteryzowała podobna struktura wieku do populacji Polski. Zgodnie z danymi mapy „ustawowej” na koniec 2016 r. województwo zamieszkiwało 332,3 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat, co stanowiło 15,9% ludności wobec 16,4% dla Polski i 421,9 tys. osób do 19 r.ż. (udział blisko 20,2% podobnie jak dla kraju). Liczba ludności w wieku 20-64 lata wyniosła 1,33 mln osób, co stanowiło 63,8% ogółu populacji. Z kolei liczba ludności w wieku 85 lat i więcej wyniosła niemal 37 tysięcy osób, co stanowiło 11,1% populacji w wieku 65+. Udział tej grupy w całej populacji był mniejszy niż w całym kraju – 11,8%. Według stanu na koniec 2016 r. współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 449 osób. Oznacza to, że na każdy tysiąc osób dorosłych (w wieku 15-64 lata) przypadało 449 osób w wieku 0-14 lat oraz 65 lat i więcej. Wartość ta była o 9 osób mniejsza niż dla Polski, a kujawsko-pomorskie zajęło 7 miejsce wśród województw o najniższej wartości tego wskaźnika.

Struktura ludności według płci i wieku na koniec 2016 r. w większości powiatów była podobna do struktury populacji województwa. Dla zdecydowanej większości powiatów można było zaobserwować nadwyżkę mężczyzn w grupie wiekowej do 44 r.ż., zaś dla pozostałych grup zwiększającą się wraz z wiekiem przewagę liczebną kobiet. Wyjątkiem były miasta na prawach powiatu (*Bydgoszcz i Toruń*) gdzie nadwyżkę kobiet można było zaobserwować już od 20 r.ż. (*migracja edukacyjna i zarobkowa*) oraz powiaty graniczące z dużymi ośrodkami miejskimi, gdzie przewagę liczebną kobiet nad mężczyznami odnotowano dopiero powyżej 60 r.ż.

Według stanu na koniec 2016 r. województwo charakteryzowało silne zróżnicowanie współczynnika starzenia ludności oraz współczynnika płodności. W odniesieniu do pierwszego największy udział osób w wieku przynajmniej 65 lat odnotowano w powiatach: m. Bydgoszcz (19,6%), m. Włocławek (18,4%), m. Toruń (17,6%), m. Grudziądz (17,6%) i aleksandrowskim (16,8%), zaś najmniejszy w powiatach:

toruńskim (11,7%), bydgoskim (12,5%), grudziądzkim (13,1%), brodnickim (13,7%), lipnowskim (13,8%) i nakielskim (13,9%). Z kolei najwyższe wartości współczynnika płodności wystąpiły w powiatach: brodnickim, tucholskim, toruńskim, m. Toruń, świeckim, wąbrzeskim, lipnowskim, m. Grudziądz, nakielskim, żnińskim i golubsko-dobrzyńskim. Najniższe natomiast w powiatach: m. Włocławek, inowrocławskim, włocławskim, aleksandrowskim i rypińskim. Zróżnicowany jest także współczynnik zgonów niemowląt. W 2016 r. najmniejszą jego wartość odnotowano w powiecie lipnowskim (0,9 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych), natomiast największą w powiecie nakielskim (8,8 zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych).

Jak wynika z mapy „ustawowej” najczęstszą przyczynę zgonów w 2016 r. stanowiły: choroby kardiologiczne (267,7 na 100 tys. ludności – zagrożenie życia z tego powodu było o 9,9% wyższe niż przeciętnie w kraju – 3 pozycja wśród województw), choroby onkologiczne (247,7 na 100 tys. ludności – zagrożenie życia z tego powodu było o 9,2% wyższe niż przeciętnie w kraju – 1 pozycja wśród województw), choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego (109,5 na 100 tys. ludności – zagrożenie życia z tego powodu było o 3,6% wyższe niż przeciętnie w kraju – 9 pozycja wśród województw). Wartości wskaźnika dla pozostałych przyczyn zgonów utrzymywały się na poziomie Polski lub były niższe.

Chorobowość szpitalna w Polsce w 2016 r. wyniosła 13 780 osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności. W kujawsko-pomorskim współczynnik ten był nieco wyższy i osiągnął wartość 13 800 osób hospitalizowanych na 100 tys. mieszkańców. Plasowało to województwo na 10 miejscu wśród województw o najwyższym współczynniku chorobowości szpitalnej w kraju.

ZASOBY – łącznie na terenie województwa świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej w 2016 r. wykonywało 716 podmiotów leczniczych (na dzień 31 października 2016 r. 810). Wg rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki zdrowotnej wykonywało 71 szpitali – w tym, zgodnie z mapą „ustawową”, 55 posiadających kontrakt z NFZ. Aktualnie świadczenia szpitalne realizują 72 szpitale, z czego 64 ma zawarte umowy z NFZ. Posiadają one bazę łóżkową nieznacznie powyżej średniej krajowej, która wymagać będzie profilizacji.

Na koniec 2016 r. łączna liczba łóżek (razem z łózkami i inkubatorami dla noworodków w oddziałach neonatologicznych i łózkami w szpitalnych oddziałach ratunkowych) we wszystkich szpitalach ogólnych wynosiła 9 860. W porównaniu do 2014 r. liczba łóżek zwiększyła się o 89. Na 10 tys. ludności województwa kujawsko-pomorskiego w 2016 r. przypadało 47,3 łóżek. W odwrotnej relacji – na 1 łóżko przypadało 211 osób. W 2016 r. we wszystkich szpitalach ogólnych 1 łóżko było zajęte średnio przez 228 dni (62,4%). Najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek (powyżej 90%) odnotowano na oddziałach onkologii – 101,7%, hematologii – 100,8%, psychiatrii ogólnej – 97,8%, rehabilitacji pulmonologicznej – 93,7%, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) – 91,9%, rehabilitacji narządu ruchu – 90,4%. Natomiast najniższe wykorzystanie łóżek (poniżej 40%) na oddziałach neurochirurgii dla dzieci – 4,7%, ginekologii – 27,8%, anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci – 28,5%, chirurgii plastycznej – 36,4%, chorób zakaźnych dla dzieci – 38,4%. Średni czas pobytu chorego w szpitalach ogólnych w 2016 r. wyniósł podobnie jak w 2014 r. 5,5 dnia (wskaźniki obliczone dla leczonych z ruchem międzyoddziałowym).

Z prognozy zawartej w mapie „ustawowej” – opartej na trendach demograficznych, epidemiologicznych oraz optymalizacji obciążeń – wynika, że do roku 2031 zaistnieje konieczność zwiększenia liczby łóżek w niektórych specjalnościach. Zgodnie z prognozą wzrostu hospitalizacji powinno to nastąpić na oddziałach: alergologii, chirurgii onkologicznej, endokrynologii, endokrynologii – diabetologii dla dzieci,

gastroenterologii, hematologii, kardiologii, kardiologii dla dzieci, nefrologii, neurologii, o specyfice chorób zakaźnych, onkologii klinicznej oraz realizujących świadczenia w ramach chemioterapii, otorynolaryngologii dla dzieci (w tym chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci), radioterapii. Z kolei zrationalizować należy liczbę łóżek na oddziałach: chirurgii dla dzieci, chirurgii ogólnej (w tym wieloprofilowych zabiegowych), gruźlicy lub chorób płuc, pediatrii, okulistyki i otorynolaryngologii.

Stan wyposażenia w wybrany sprzęt wysokospecjalistyczny przedstawia tabela.

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba aparatów stan na 31.12	
		2014	2016
1.	Akcelerator liniowy	9	10
2.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	38	44
3.	Aparat rentgenowski z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	23	25
4.	Aparat RTG z torem wizyjnym	64	71
5.	Echokardiograf	72	75
6.	Gammakamera	6	6
7.	Litotryptor	10	13
8.	Mammograf	14	14
9.	Pozytonowy tomograf (PET-CT)	2	3
10.	Rezonans magnetyczny	13	18
11.	Tomograf komputerowy	30	31
12.	Urządzenia angiograficzne	25	26

Analiza zasobów kadr medycznych dowodzi, że pomimo nieznacznie niższej od krajowej mediany wieku lekarzy w województwie występuje bardzo poważne zagrożenie ze względu na zbyt małą liczbę specjalistów. Potencjalnie zbyt małe zaplecze kadrowe występuje aż w 21 dziedzinach: chorobach płuc dzieci, diagnostyce laboratoryjnej, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, endokrynologii i diabetologii dla dzieci, farmakologii klinicznej, gastroenterologii dziecięcej, genetyce klinicznej, immunologii klinicznej, kardiologii dziecięcej, medycynie morskiej i tropikalnej, medycynie nuklearnej, medycynie sportowej, mikrobiologii lekarskiej, nefrologii dziecięcej, neuropatologii, otorynolaryngologii dziecięcej, pediatrii metabolicznej, perinatologii, seksuologii, toksykologii klinicznej i urologii dziecięcej – biorąc pod uwagę wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności (poniżej 0,5), w porównaniu do innych województw. Przy uwzględnieniu mediany wieku lekarzy niedobory dotyczą: diagnostyki laboratoryjnej, zdrowia publicznego, gastroenterologii dziecięcej, protetyki stomatologicznej, periodontologii i epidemiologii. Jeszcze gorsza sytuacja występuje wśród kadry pielęgniarek i położnych. Ich liczba w województwie jest relatywnie niska w porównaniu do reszty kraju. Pod względem liczby pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców oraz liczby położnych na 100 tys. kobiet w wieku rozrodczym województwo plasuje się na 9 miejscu w kraju.

b. Stan docelowy

Przedstawiona powyżej charakterystyka województwa kujawsko-pomorskiego dowodzi, że stan docelowy służący podniesieniu bezpieczeństwa zdrowotnego populacji województwa powinien być osiągnięty zarówno przez działania infrastrukturalne, jak i działania o charakterze organizacyjnym, które w znaczący sposób powinny usprawnić funkcjonowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia. Poprzez wdrożenie działań wskazanych w priorytetach oczekiwana jest poprawa wskaźników umieralności i chorobowości w poszczególnych grupach chorób oraz pozostawania jak najdłużej w zdrowiu.

Skuteczność szpitalnictwa w województwie, rozumiana m.in. jako wykorzystanie łóżek, czas pobytu pacjenta, stale się poprawia. Tym niemniej konieczne jest zracjonalizowanie posiadanych zasobów. Zwiększenie roli ośrodków wykonujących kompleksowe usługi zdrowotne (koncentracja), z jednoczesną zmianą funkcji oddziałów o słabej wydajności. Docelowo także ciężar leczenia pacjentów powinien zostać przesunięty

w kierunku podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Aktualnie w województwie, tak jak i w całej Polsce, występuje zbyt duża liczba hospitalizacji. Należy zmniejszyć udział wydatków na opiekę stacjonarną i przekierować strumień finansowania do bardziej efektywnej kosztowo opieki „jednego dnia” i ambulatoryjnej – tworząc warunki do opieki koordynowanej na szczeblu POZ i szpitala. Dlatego też konieczny jest rozwój ośrodków świadczących usługi tego typu. Oprócz obniżenia kosztów finansowania w sposób znaczący zwiększy się dostępność do opieki zdrowotnej populacji województwa. Poprawa efektywności opieki zdrowotnej wymaga także wzmocnienia i zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej, która jako pierwsze ogniwo w systemie winna być przewodnikiem i koordynatorem pacjenta, jak również realizatorem działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

Dostępność do sprzętu i aparatury medycznej oraz stopień ich amortyzacji jest zróżnicowany. W odniesieniu do zasobów wysokospecjalistycznych urządzeń województwo plasuje się powyżej średniej krajowej (w przeliczeniu na 100 tys. ludności). Natomiast gorszą sytuację odnotowujemy w odniesieniu do wyposażenia placówek podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że samo posiadanie nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej nie przesądza jeszcze o poprawie dostępu do świadczeń. Sprzęt specjalistyczny musi być efektywnie wykorzystywany, a do tego celu potrzebna jest wykwalifikowana kadra uprawniona do jego obsługi.

Zarówno system kształcenia, jak i aktualne zasoby kadrowe nie gwarantują dostosowania potencjału do zmieniających się potrzeb społecznych. Dlatego konieczne są działania wspierające kształcenie kadr medycznych poprzez zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, stworzenia mechanizmów motywujących do podejmowania specjalizacji, rozszerzenie katalogu specjalizacji priorytetowych oraz zwiększenia liczby ośrodków kształcenia podyplomowego. Umożliwi to wzrost liczby lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

SZACOWANE ZMIANY W ZAPOTRZEBOWANIU NA ŁÓŻKA DO ROKU 2031

(na podstawie danych zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych z 2018 r. dla województwa kujawsko-pomorskiego)

Oddział	Aktualnie zapewnione osobodni (tys.)	Prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031	
		Kierunek zmian	Bezwzględna
Alergologiczny	11,2-11,6	wzrost	2-6
Alergologiczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Angiologiczny	15,2-15,8	spadek	6-10
Audiologiczno – Foniatryczny, w tym audiologiczno-foniatryczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Chirurgiczny dla dzieci	31,4-37,4	spadek	33-64
Chirurgii klatki piersiowej	14,4-15,1	spadek	2-8
Chirurgii naczyniowej	19,0-23,1	bez zmian	-
Chirurgii ogólnej, w tym wieloprofilowy zabiegowy	257,4-269,4	spadek	118-212
Chirurgii onkologicznej	25,5-26,6	wzrost	8-22
Chirurgii plastycznej	2,0-2,2	spadek	2-4
Chirurgii szczękowo twarzowej	5,3-5,8	spadek	4-10
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	102,9-107,6	spadek	14-41
Chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Chorób metabolicznych	brak danych	brak danych	brak danych
Chorób wewnętrznych	250,9-288,0	wzrost	28-217
Dermatologiczny	24,8-26,0	spadek	6-15
Dermatologiczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Diabetologiczny	brak danych	brak danych	brak danych
Endokrynologiczny	13,0-13,7	wzrost	4-21
Endokrynologiczno-diabetologiczny dla dzieci	4,5-5,5	wzrost	8-21
Gastroenterologiczny	13,0-13,7	wzrost	18-47
Gastroenterologiczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Geriatryczny	brak danych	brak danych	brak danych
Ginekologii onkologicznej	9,8-10,3	spadek	0-3
Gruźlicy lub chorób płuc	131,8-136,7	spadek	23-49
Gruźlicy lub chorób płuc dla dzieci	8,1-9,5	spadek	1 - 7
Hematologiczny (w tym nowotworów krwi i transplantacji szpiku)	8,4-10,4	wzrost	85-174
Immunologii klinicznej	brak danych	brak danych	brak danych
Immunologii klinicznej dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Jednego dnia (chirurgii i leczenia)	brak danych	brak danych	brak danych
Kardiochirurgiczny	16,7-20,0	wzrost	10-38
Kardiochirurgiczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Kardiologiczny (w tym ink)	93,0-108,7	wzrost	170-534
Kardiologiczny dla dzieci (w tym ink)	3,0-4,9	wzrost	4-11
Leczenia jednego dnia dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Medycyny nuklearnej	brak danych	brak danych	brak danych
Nefrologiczny	18,5-22,1	wzrost	31-125
Nefrologiczny dla dzieci	2,7-3,5	brak zmian	-
Neurochirurgiczny	49,5-51,9	spadek	0-13
Neurochirurgiczny dla dzieci	0,7-1,1	spadek	4-8
Neurologiczny (w tym udarowy)	79,9-94,5	wzrost	103-226
Neurologiczny dla dzieci	3,7-4,6	brak zmian	-

O charakterze onkologicznym oraz transplantacji szpiku dla dzieci	19,8-23,0	spadek	7-19
O specyfice chorób zakaźnych	39,1-40,7	wzrost	62-97
O specyfice chorób zakaźnych dla dzieci	10,3-12,5	spadek	11-25
Okulistyczny	40,2-42,4	spadek	27-46
Okulistyczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Onkologii klinicznej oraz świadczenia w ramach chemioterapii	24,3-28,3	wzrost	43-151
Otorynolaryngologiczny	37,5-39,5	spadek	28-48
Otorynolaryngologiczny dla dzieci w tym chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci	3,7-4,7	wzrost	8-59
Pediatriczny	135,4-159,2	spadek	135-282
Radioterapii	22,1-24,6	wzrost	39-92
Reumatologiczny	22,2-23,3	spadek	9-17
Reumatologiczny dla dzieci	brak danych	brak danych	brak danych
Toksykologiczny	brak danych	brak danych	brak danych
Transplantologiczny	5,6-5,9	spadek	0-3
Urologiczny	51,0-53,8	spadek	8-25

c. Różnice między stanem docelowym a aktualnym

Potrzeby zdrowotne definiowane są jako liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia. Potrzeby wojewódzkie ustalone zostały w oparciu o rozpoznane, istotne dla regionu problemy zdrowotne oraz prognozy demograficzno-epidemiologiczne, determinujące popyt na określone usługi i efektywne interwencje. Diagnoza dowodzi, że w kujawsko-pomorskim niezaspokojone potrzeby zdrowotne dotyczą:

1. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia,
2. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
3. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego,
4. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego,
5. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania,
6. dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym,
7. dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia innych jednostek chorobowych w szczególności: chorób wewnętrznych, endokrynologii, gastroenterologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, otorynolaryngologii, urologii,
8. jakości, skuteczności i dostępności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi,
9. jakości i dostępności do opieki zdrowotnej nad matką oraz populacją dzieci i młodzieży
10. skuteczności profilaktyki i promocji zdrowia,
11. efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego, innowacji oraz dostępu do wysokiej jakości usług,
12. systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

W odpowiedzi na zidentyfikowane wyzwania regionalnego systemu ochrony zdrowia niezbędne jest zintensyfikowanie podejmowanych działań we wspomnianych kluczowych obszarach.

d. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym

Identyfikacji różnic pomiędzy przyjętym stanem docelowym, a aktualnym w województwie kujawsko-pomorskim dokonano w oparciu o:

1. wnioski wynikające z Krajowych ram strategicznych „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020 – Plan modernizacji 2020+ oraz opracowań własnych,
2. wnioski z analizy danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych,
3. konsultacje z członkami Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych.

Stwierdzone na tej podstawie przyczyny różnic wynikają przede wszystkim z następujących kwestii:

1. zmian o charakterze demograficzno-epidemiologicznym,
2. działań z zakresu zdrowia publicznego – profilaktyka i promocja zdrowia,
3. organizacji systemu usług zdrowotnych,
4. zasobów kadrowych i infrastrukturalnych.

4. STRATEGIA I WDRAŻANIE

a. PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Dziedzina medycyny	Cel	Horyzont – czas realizacji	Sposób realizacji	Mierniki – czas oceny we wszystkich przypadkach w stosunku do roku 2014 r.	Uzasadnienie
Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia					
Angiologia, chirurgia naczyniowa, kardiologia, kardiochirurgia	<p>Optimalizacja rozmieszczenia – likwidacja „białych plam” w specjalistce i podstawowej kardiologii dziecięcej.</p> <p>Usankcjonowanie sieci referencyjności ośrodków kardiologicznych z utrzymaniem wysokiego potencjału trzech ośrodków kardiochirurgicznych.</p> <p>Zmniejszenie zagrożeń zdrowotnych spowodowanych zatorami i tętniakami.</p> <p>Poprawa dostępności do świadczeń, poradnictwa i zabiegów wewnątrznaczyniowych – ograniczenie amputacji kończyn z powodu ich niedokrwienia.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Równomierne rozmieszczenie ośrodków, utworzenie poradni na terenach powiatów o najniższej dostępności do specjalistów.</p> <p>Uruchomienie większej ilości ośrodków rehabilitacji medycznej oraz poszerzenie bazy diagnostycznej podstawowej opieki zdrowotnej.</p> <p>Właściwa alokacja sił i środków zapewniająca kompleksową diagnostykę i leczenie na najwyższym poziomie.</p> <p>Wydzielenie ośrodków specjalizujących się w tego typu interwencjach.</p> <p>Stworzenie systemu konsultacji naczyniowych przed zabiegami amputacji kończyn.</p> <p>Wydzielenie procedur ratujących życie poza limity NFZ.</p>	<p>Liczba gabinetów.</p> <p>Liczba uruchomionych stanowisk.</p> <p>Liczba skierowań do innych województw.</p> <p>Wskaźnik udanych interwencji.</p> <p>Liczba zabiegów zestawieniu z liczbą wykonywanych amputacji.</p>	<p>Prognozy demograficzne, dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p> <p>Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia</p>

Hipertensjologia	Poprawa dostępności do świadczeń z nadciśnienia tętniczego, wczesnego wykrywania powikłań, diagnostyki przyczyn wtórnych NT.	działania krótko i długoterminowe	Organizacja sieci referencyjnych ośrodków hipertensjologicznych z jednoczesną poprawą dostępności do lekarzy specjalistów – optymalizacja rozmieszczenia gabinetów hipertensjologicznych.	Liczba skierowań do oddziałów kardiologicznych w innych województwach.	w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chorób układu krążenia wynikający z analiz własnych.
W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.	działania krótko i długoterminowe	Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.	Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.	Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.	Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia. Skrócenie kolejek osób oczekujących Obniżenie kosztów leczenia.
Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych					
Onkologia, onkologia kliniczna	Właściwa dyslokacja i wykorzystanie zasobów z jednoczesnym tworzeniem ośrodków leczenia skojarzonego i wielospecjalistycznego. Likwidacja „białych plam” i wyrównanie dostępu do świadczeń onkologicznych, w tym podjęcie działań zmierzających do zwiększenia potencjału i rozszerzenia zakresu ambulatoryjnej opieki onkologicznej. Poprawa skuteczności leczenia nowotworów poprzez wdrożenie terapii protonowej.	działania krótko i długoterminowe	Właściwa organizacja leczenia skojarzonego. Przybliżenie leczenia do chorych poprzez stworzenie tzw. rejonów onkologicznych. Maksymalizacja wykorzystania leczenia w trybie jednodniowym. Zapewnienie dostępu do technologii medycznych o wysokiej efektywności w radioterapii poprzez uruchomienie Centrum Cyklotronowego. Rozwinięcie chemioterapii ambulatoryjnej poprzez dostosowanie infrastruktury Ambulatorium Chemioterapii i Pracowni Cytostatycznej w związku ze zwiększającą się liczbą realizowanych świadczeń. Wzmocnienie i rozwój ośrodków „satelitarnych” w zakresie chemioterapii szpitalnej i ambulatoryjnej Utrzymanie wiodącego ośrodka Centrum Onkologii jako centrum monitorowania i sterowania jakością oraz bazy doskonałej dla pozostałych ośrodków województwa.	Liczba wykonywanych procedur. Liczba wykonywanych chemioterapii ambulatoryjnych. Liczba rejonów. Liczba pacjentów.	Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”. Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego. Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.

Chirurgia onkologiczna	Podwyższenie standardu leczenia neuroonkologicznego oraz opieki onkologicznej w urologii.	działania krótko i długoterminowe	Zapewnienie wysokiej jakości usług, w tym poprawa poziomu leczenia nowotworów mózgu poprzez doposażenie w wysokospecjalistyczny sprzęt. Likwidacja „białych plam” uruchomienie poradni uroonkologicznych – trzystopniowy model opieki\poradnie specjalistyczne i uroonkologiczne urologia jednego dnia.	Liczba stanowisk w standardzie wyposażenia. Czas pobytu na oddziale szpitalnym. Liczba wykonanych procedur. Liczba poradni.	Wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chorób układu krążenia wynikający z analiz własnych. Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.
Chirurgia ogólna	Zwiększenie procentu wykrywalności wczesnych postaci raka jelita grubego, nowotworów przewodu pokarmowego oraz chorób proktologicznych.	działania krótko i długoterminowe	Wymiana zużytych aparatów endoskopowych i sprzętu będącego na wyposażeniu bloków operacyjnych. endoskopowy i bloków operacyjnych w elektronarzędzia, zszywacze mechaniczne.	Obniżenie odsetka zgonów i powikłań pooperacyjnych.	Skrócenie kolejek osób oczekujących. Obniżenie kosztów leczenia.
Ginekologia onkologiczna	Poprawa warunków leczenia w zakresie narządów płciowych kobiet. Prowadzenie leczenia po kwalifikacji interdyscyplinarnej (wielospecjalistycznej). Właściwa ocena wyników leczenia.	działania krótko i długoterminowe	Zapewnienie dostępu do leczenia w ośrodkach referencyjnych – leczenie skojarzone na nowotwory złośliwe kobiecych narządów płciowych – chemioterapia, radioterapia i leczenie chirurgiczne. Konsultacje onkologa klinicznego, radioterapeuty i ginekologa onkologa. Gromadzenie danych o wynikach leczenia – ocena takich parametrów jak całkowite przeżycie, okres wolny od wznów i innych.	Zwiększenie trafności diagnoz. Szybsze rozpoczęcie leczenia. Porównanie procentowego udziału w relacji do lat poprzednich.	
Hematologia	Poprawa dostępności do świadczeń hematologicznych – likwidacja białych plam	działania krótko i długoterminowe	Skrócenie kolejek oczekujących w leczeniu szpitalnym oraz poradnictwie ambulatoryjnym – poprzez tworzenie oddziałów oraz poradni hematologicznych. Utrzymanie wysokiego standardu usług poprzez współpracę z ośrodkiem wiodącym.	Liczba łóżek Liczba leczonych Czas oczekiwania na świadczenie.	

Medycyna paliatywna	Wyrównanie dostępności do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej w warunkach stacjonarnych oraz opieki domowej– likwidacja „białych plam”.	działania krótko i długoterminowe	Utworzenie sieci oddziałów w powiatach województwa z jednoczesnym rozwojem dotychczas istniejących. Zwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia opiekuńcze w warunkach domowych.	Liczba oddziałów. Liczba osób objętych opieką.
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Poprawa komfortu życia pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi i ogniskami przerzutowymi do kości oraz wydłużenie czasu przeżycia.	działania krótko i długoterminowe	Rozwój ośrodka prowadzącego diagnostykę i leczenie w ścisłej współpracy z Centrum Onkologii i Poradniami Onkologicznymi.	Liczba wykonanych alloplastyk resekcyjnych i zabiegów oszczędzających kończyny.
Patomorfologia	Poprawa jakości i szybkości diagnostyki patomorfologicznej.	działania krótko i długoterminowe	Doposażenie zakładów patomorfologii w wysoce specjalistyczny, zautomatyzowany sprzęt zapewniający przyspieszenie diagnostyki oraz spełnianie standardów jakościowych. Zwiększenie możliwości konsultacyjnych z ośrodkami referencyjnymi (z wykorzystaniem telepatologii) utworzonymi na bazie zakładów patomorfologii przy szpitalach publicznych.	Liczba zakładów ze zmodernizowaną bazą sprzętową. Czas oczekiwania na wynik badania.
W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia		działania krótko i długoterminowe	Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.	Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.

Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego

<p>Choroby płuc</p>	<p>Wyrównanie dostępności i jakości świadczeń pulmonologicznych w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p>Wczesne rozpoznawanie raka płuca.</p> <p>Wprowadzenie referencyjności ośrodków w celu ujednoczenia jakości usług.</p> <p>Poprawa opieki nad chorymi z przewlekłymi schorzeniami płuc.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Utworzenie sieci ośrodków/dużych poradni pulmonologicznych z kompleksową opieką specjalistyczną, w tym zapleczem diagnostycznym.</p> <p>Utworzenie wojewódzkiego ośrodka referencyjnego szybkiej diagnostyki inwazyjnej schorzeń pulmonologicznych.</p> <p>Poprawa warunków hospitalizacji, zwiększenie bazy łóżkowej w ośrodkach wysokiej diagnostyki.</p> <p>Stworzenie zintegrowanej opieki nad tą grupą chorych poprzez utworzenie ośrodków nieinwazyjnej wentylacji.</p>	<p>Liczba ośrodków z kompleksową opieką.</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenie.</p> <p>Czas trwania hospitalizacji.</p> <p>Liczba chorych operowanych we wczesnym stadium.</p> <p>Liczba chorych leczonych nieinwazyjną wentylacją.</p> <p>Liczba leczonych.</p>	<p>Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p> <p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chorób układu oddechowego wynikający z analiz własnych.</p>
<p>W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p>Liczba badań.</p> <p>Liczba szkoleń.</p> <p>Liczba akcji.</p>	<p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia. Skrócenie kolejek osób oczekujących. Obniżenie kosztów leczenia.</p>	

Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego

<p>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu</p>	<p>Poprawa dostępności do leczenia ortopedycznego poprzez racjonalizację wykorzystania łóżek szpitalnych ich zwiększenie.</p> <p>Zabezpieczenie kompleksowego leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Zwiększenie liczby łóżek ortopedyczno-urazowych w związku z koniecznością zabezpieczenia rosnącej liczby pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi i przerzutami do kości (zespoleń złamań patologicznych i endoprotezy resekcyjne).</p> <p>Zwiększenie wykonywania drobnych procedur zabiegowych w trybie jednodniowym i ambulatoryjnym.</p> <p>Zwiększenie ilości wykonywanych alloplastyk stawów z jednoczesnym zabezpieczeniem wczesnego usprawniania pooperacyjnego (rehabilitacja).</p>	<p>Liczba łóżek.</p> <p>Czas trwania hospitalizacji.</p> <p>Liczba wykonanych procedur zabiegowych.</p> <p>Liczba leczonych w systemie.</p> <p>Długość czasu oczekiwania.</p>	<p>Prognozy demograficzne.</p> <p>Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p>
<p>Reumatologia</p>	<p>Poprawa wczesnego rozpoznania chorób reumatologicznych.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Usankcjonowanie sieci referencyjności ośrodków reumatologicznych - właściwa alokacja sił i środków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie na najwyższym poziomie.</p> <p>Zwiększenie dostępności do diagnostyki obrazowej</p> <p>Zwiększenie ilości miejsc w oddziałach rehabilitacyjnych i tworzenie nowych ośrodków rehabilitacyjnych o profilu reumatologicznym.</p>	<p>Liczba łóżek i miejsc na oddziałach rehabilitacyjnych.</p> <p>Czas oczekiwania.</p>	<p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+</p> <p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego wynikający z analiz własnych.</p>
<p>W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.</p>		<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Realizacja badań przesiewowych.</p> <p>Doskonalenie fachowe personelu medycznego</p> <p>Edukacja zdrowotne - akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe.</p> <p>Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p>Liczba badań.</p> <p>Liczba szkoleń.</p> <p>Liczba akcji.</p>	<p>Obniżenie kosztów leczenia.</p>

Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania

<p style="text-align: center;">Psychiatria</p>	<p>Wyrównanie potrzeb stacjonarnej opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem psychogeriatrrii.</p> <p>Poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki poprzez wzmocnienie roli psychiatrii środowiskowej.</p> <p>Profilaktyka samobójstw i depresji.</p> <p>Zwiększenie poziomu zabezpieczenia w zakresie leczenia uzależnień i zapobiegania intoksykacjom nowymi substancjami psychoaktywnymi (w tym skutecznego ich rozpoznania).</p> <p>Realizacja programu – Centra Zdrowia Psychicznego.</p>	<p style="text-align: center;">działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Właściwa dyslokacja łóżek psychiatrycznych w tym tworzenie oddziałów psychogeriatrycznych oraz zwiększenie dostępu do rehabilitacji psychogeriatrycznej stacjonarnej i dziennej.</p> <p>Tworzenie skoordynowanego systemu opieki – środowiskowych form rehabilitacji psychiatrycznej: oddziały dzienne, hostele, mieszkania chronione/terapeutyczne, środowiskowe domy samopomocy o profilu psychiatrycznym, zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne, zespoły opieki środowiskowej, w tym promowanie wsparcia dla rodzin pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Spadek ilości samobójstw, umożliwienie włączania we właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie oraz zmniejszenie nieobecności w pracy chorych z depresją poprzez organizację sieci telefonów zaufania oraz wdrażanie procedur monitorujących zachowania suicydalne, z zakresu profilaktyki i opieki nad osobami po próbach samobójczych.</p> <p>Tworzenie oddziałów detoksykacji od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zmniejszenie obciążenia SOR w udzielaniu pomocy osobom nie wymagającym leczenia poprzez reaktywację izb wytrzeźwień i wzmocnienie wsparcia osób bezdomnych.</p> <p>Wdrożenie pilotażowego programu Ministerstwa Zdrowia w celu kompleksowego zaspokojenia potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Liczba łóżek.</p> <p>Liczba osób objętych opieką.</p> <p>Liczba samobójstw.</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba interwencji wobec nietrzeźwych.</p>	<p>Prognozy demograficzne.</p> <p>Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p> <p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania wynikający z analiz własnych.</p> <p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p> <p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p>
---	--	--	--	---	---

<p>W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p>Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.</p>	<p>Obniżenie kosztów leczenia.</p>	
<p>Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym</p>					
<p>Alergologia</p>	<p>Poprawa efektywności diagnostyki i leczenia w zakresie alergologii oraz zmniejszenie absencji chorobowej, świadczeń chorobowych i rentowych.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Tworzenie ośrodków powiatowych z certyfikowanym poziomem świadczonych usług. Doposażenie poradni alergologicznych w spirometry z możliwością wykonywania prób prowokacyjnych. Promowanie leczenia przyczynowego w postaci immunoterapii alergenowoswoistej.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenie. Liczba hospitalizacji. Zmniejszenie świadczeń chorobowych i absencji.</p>	<p>Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p>
<p>Angiologia, Chirurgia naczyniowa</p>	<p>Ograniczenie odsetka inwalidztwa i śmiertelności w grupie chorych z cukrzycą.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Stworzenie programu/ośrodka wielospecjalistycznej opieki nad chorymi ze stopą cukrzycową.</p>	<p>Ocena śmiertelności i odsetka amputacji.</p>	<p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p>

Audiologia i foniatria	Poprawa dostępności leczenia osób z zaburzeniami słuchu, głosu i mowy.	działania krótko i długoterminowe	<p>Włączenie procedur mikrolaryngoskopii konwencjonalnej i laserowej oraz leczenia nagłej głuchoty i szumów usznych do zakresu audiologii i foniatrii.</p> <p>Uruchomienie poradni specjalistycznych na terenie powiatów.</p> <p>Zapewnienie rehabilitacji narządu słuchu i mowy.</p>	<p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba poradni.</p>	<p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p> <p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z negatywnymi skutkami urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym wynikający z analiz własnych.</p>
Balneologia i medycyna fizykalna	<p>Zmniejszenie progresji chorób, ograniczenie niepełnosprawności i absencji chorobowej.</p> <p>Poprawa dostępności do leczenia uzdrowskiego.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Poprawa wykorzystania potencjału w zakresie rehabilitacji poszpitalnej – zwiększenie dostępności do rehabilitacji uzdrowskiej dla pacjentów bezpośrednio po operacjach układu ruchu oraz incydentach neurologicznych i kardiologicznych.</p> <p>Zwiększenie roli leczenia ambulatoryjnego poprzez właściwe kwalifikowanie pacjentów bez ograniczenia sprawności ruchowej i wydolności ogólnej do leczenia w AOS.</p>	Liczba pacjentów.	<p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p>
Chirurgia szczękowo-twarzowa	<p>Poprawa dostępności do leczenia osób z wadami wrodzonymi i nabytymi twarzoczaszki.</p> <p>Poprawa dostępności do lekarzy specjalistów poprzez likwidację „białych plam” w specjalistce.</p>	działania krótki i długoterminowe	<p>Utworzenie na bazie aktualnego potencjału ośrodka leczenia wad wrodzonych i nabytych twarzoczaszki.</p> <p>Uruchomienie poradni specjalistycznych w powiatach, w tym ośrodków leczenia zaburzeń wyrzynania się zębów ”mądrości”.</p>	<p>Liczba pacjentów</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba poradni.</p>	<p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p> <p>Obniżenie kosztów leczenia.</p>

Otolaryngologia	Właściwe przystosowanie do życia osób po operacjach raka krtani.	działania krótko i długoterminowe	Zapewnienie rehabilitacji osób po operacjach raka krtani w celu przystosowania do życia w otoczeniu poprzez utworzenie wyspecjalizowanego ośrodka rehabilitacyjnego.	Liczba osób rehabilitujących się.
Rehabilitacja	Poprawa efektywności leczenia rehabilitacyjnego – zwiększenie dostępności – w celu przywrócenia osobie objętej wsparciem pełnej lub maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a także zdolności do pracy oraz brania czynnego udziału w życiu społecznym.	działania krótko i długoterminowe	<p>Ustalenie zasad powtarzalności rehabilitacji w schorzeniach przewlekłych</p> <p>Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powrót do pracy</p> <p>Rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.</p> <p>Skuteczna rehabilitacja poszkodowanych w wyniku urazów (wczesna w warunkach stacjonarnych i kontynuowana bez opóźnień w warunkach ambulatoryjnych).</p> <p>Zwiększenie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych.</p>	<p>Liczba powtarzalnych rehabilitacji jednego pacjenta.</p> <p>Liczba osób objętych opieką.</p> <p>Liczba osób, które wróciły do czynności zawodowych.</p> <p>Procent leczonych ambulatoryjnie.</p>
	W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia	działania krótko i długoterminowe	<p>Realizacja badań przesiewowych.</p> <p>Doskonalenie fachowe personelu medycznego</p> <p>Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe.</p> <p>Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p>Liczba badań.</p> <p>Liczba szkoleń.</p> <p>Liczba akcji.</p>

Priorytet: Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia innych jednostek chorobowych

<p>Choroby wewnętrzne</p>	<p>Poprawa leczenia wysokospecjalistycznego poprzez usankcjonowanie referencyjności ośrodków internistycznych opartej na wykonywaniu pełnego profilu procedur internistycznych.</p> <p>Poprawa opieki nad pacjentem w ciężkim stanie (śpiączki, zatrucia, OZW, stany septyczne).</p> <p>Odtworzenie instytucji poradni internistycznej.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Właściwa alokacja sił i środków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie w najwyższym standardzie – umożliwienie pełnego wykorzystania zasobów oraz planową wymianę i unowocześnianie sprzętu medycznego.</p> <p>Stworzenie na bazie istniejących oddziałów chorób wewnętrznych sal intensywnej opieki internistycznej – wydzielenie, wyposażenie pomieszczeń ze stałą opieką pielęgniarską i monitoringiem podstawowych funkcji życiowych z możliwością szybkiej oceny i reagowania.</p> <p>Poprawa dostępności do lekarzy specjalistów, odciążenie i zmniejszenie skierowań do poradni wąsko specjalistycznych, możliwość konsultacji.</p>	<p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba poradni.</p>	<p>Prognozy demograficzne.</p> <p>Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p>
<p>Endokrynologia</p>	<p>Poprawa dostępności do lekarza specjalisty poprzez optymalizację rozmieszczenia poradni endokrynologicznych.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Likwidacja „białych plam” – uruchomienie poradni specjalistycznych w powiatach</p>	<p>Liczba poradni.</p>	<p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p>

Gastroenterologia	<p>Likwidacja białych plam i wyrównanie dostępności do świadczeń gastroenterologicznych w tym do gastroskopii i kolonoskopii.</p> <p>Organizacja sieci szpitalnych ośrodków referencyjnych w celu zapewnienia kompleksowej diagnostyki i leczenia.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Rozwój bazy ośrodków ambulatoryjnych oraz ilości wyposażonych pracowni endoskopowych w miejscu białych plam w powiatach.</p> <p>Koncentracja pozwalająca na pełne wykorzystanie zasobów wykwalifikowanego personelu medycznego i wyposażenia oraz odtwarzanie aparatury medycznej.</p>	<p>Liczba poradni.</p> <p>Liczba wykonywanych badań.</p> <p>Liczba łóżek.</p>	<p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z innymi jednostkami chorobowymi wynikający z analiz własnych.</p> <p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p> <p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p>
Nefrologia	Poprawa dostępności do ambulatoryjnej opieki o profilu nefrologicznym.	działania krótko i długoterminowe	Wprowadzenie diagnostyki podstawowych zespołów wchodzących w zakres nefrologii poprzez wdrożenie podstawowych zasad z zachowaniem leczenia przewlekłych chorób nerek oraz poprawę przepływu informacji związanych z konsultacjami specjalistycznymi.	<p>Liczba chorych.</p> <p>Trafność wstępnej diagnostyki.</p>	Obniżenie kosztów leczenia.
Neurologia	<p>Usankcjonowanie sieci referencyjności oddziałów neurologicznych i udarowych.</p> <p>Poprawa dostępności do leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – likwidacja „białych plam”.</p> <p>Zmniejszenie zagrożeń zdrowotnych spowodowanych zatorami i zwężeniami naczyń domózgowych w celu szybkiego powrotu do zdrowia.</p> <p>Poprawa jakości leczenia chorych w udarach.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Właściwa alokacja sił i środków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie o najwyższym standardzie.</p> <p>Uruchomienie gabinetów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w powiatach.</p> <p>Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych jako uzupełnienia leczenia – zwiększenie ilości tzw. łóżek udarowych.</p>	<p>Liczba hospitalizacji.</p> <p>Liczba skierowań.</p> <p>Liczba poradni.</p> <p>Wskaźnik udanych interwencji.</p>	

Neurochirurgia	Poprawa dostępności do specjalistycznej opieki neurochirurgicznej.	działania krótko i długoterminowe	<p>Zoptymalizowanie liczby i położenia referencyjnych, pełnoprofilowych ośrodków neurochirurgicznych – szczególnie przygotowanych do leczenia krwotoków wewnątrzczaszkowych z tętniaków.</p> <p>Optymalizacja rozmieszczenia gabinetów neurochirurgicznych.</p>	<p>Liczba ośrodków pełnoprofilowych.</p> <p>Liczba poradni.</p>	
Okulistyka	<p>Organizacja ośrodków leczenia kompleksowego i wielospecjalistycznego.</p> <p>Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych optycznej koherentnej tomografii.</p> <p>Odciążenie SOR od pacjentów wymagających pomocy ambulatoryjnej</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Tworzenie na bazie szpitali ośrodków oferujących kompleksową diagnostykę i leczenie, w tym centrów chirurgii witroretinalnej (poprawa dostępności do złożonej chirurgii siatkówki).</p> <p>Zwiększenie ilości aparatów OCT w regionie w celu przyspieszenia decyzji w zakresie postępowania leczniczego.</p> <p>Uruchomienie na bazie placówek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej poradnictwa okulistycznego w przypadkach nagłych.</p>	<p>Liczba ośrodków pełnoprofilowych.</p> <p>Liczba aparatów OCT.</p>	
Otolaryngologia	Właściwa alokacja sił i środków zapewniających kompleksową diagnostykę i leczenie z obowiązującymi standardami.	Działania krótko i długoterminowe	<p>Utworzenie oddziałów wykonujących wysokospecjalistyczne zabiegi mikrochirurgii ucha środkowego oraz chirurgii leczenia niedosłuchów łącznie z implantami zakotwiczenia w kości skroniowej i implantami ślimakowymi.</p> <p>Maksymalizacja wykorzystania zasobów w chirurgii głowy i szyi z możliwością jednoczesowej rozległej resekcji nowotworów i plastycznego zaopatrzenia ubytków.</p> <p>Wydzielenie ośrodków specjalizujących się w wykonywaniu operacji endoskopowych zatok przy optymalizacji użycia sprzętu jednorazowego.</p>	<p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Wskaźnik udanych interwencji.</p>	

<p style="text-align: center;">Urologia</p>	<p>Poprawa dostępności do świadczeń urologicznych poprzez wdrożenie trzystopniowego systemu opieki: ambulatoryjnej, planowej, pełno profilowej.</p>	<p style="text-align: center;">Działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Stworzenie jasnych kryteriów wyposażenia oraz struktury świadczeń dla poszczególnych trzech typów ośrodków.</p> <p>Zmiana struktury świadczeń w dużych ośrodkach szpitalnych</p> <p>Przesunięcie diagnostyki i leczenia planowego do mniejszych ośrodków.</p> <p>Przybliżenie opieki ambulatoryjnej do miejsca zamieszkania pacjenta – likwidacja „białych plam”.</p>	<p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba wizyt powtórnych.</p> <p>Liczba zabiegów zakończonych wyleczeniem/liczby powtórnych hospitalizacji.</p> <p>Liczba hospitalizacji multidyscyplinarnych/liczby hospitalizacji z listy planowej.</p> <p>Liczba ośrodków.</p>	
<p>W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.</p>	<p style="text-align: center;">działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Realizacja badań przesiewowych.</p> <p>Doskonalenie fachowe personelu medycznego</p> <p>Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe.</p> <p>Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.</p>	<p>Liczba badań.</p> <p>Liczba szkoleń.</p> <p>Liczba akcji.</p>		

Priorytet: Poprawa jakości, skuteczności i dostępności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi

<p>Geriatrya</p>	<p>Poprawa dostępności do leczenia szpitalnego obejmującego całościową ocenę geriatryczną oraz leczenie chorych z polipatologią i deficytami w zakresie stanu funkcjonalnego.</p> <p>Zapewnienie ciągłości opieki geriatrycznej dla pacjentów wymagających diagnostyki i wdrożenie leczenia w warunkach szpitalnych z jednoczesną poprawą dostępności do ambulatoryjnej opieki geriatrycznej.</p> <p>Zapewnienie geriatrycznej wizyty konsultacyjnej realizowanej w formie całościowej oceny geriatrycznej dla pacjentów ze złożonymi problemami zdrowotnymi.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Uruchomienie oddziałów geriatrycznych w największych miastach województwa.</p> <p>Uruchomienie dziennych oddziałów geriatrycznych w placówkach szpitalnych, w których działają oddziały całodobowe.</p> <p>Uruchomienie sieci poradni geriatrycznych.</p> <p>Organizacja konsultacyjnych zespołów geriatrycznych dla podmiotów leczniczych.</p>	<p>Ilość oddziałów.</p> <p>Liczba łóżek.</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba poradni.</p> <p>Liczba konsultacji.</p>	<p>Prognozy demograficzne.</p> <p>Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p>
<p>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu</p>	<p>Poprawa dostępności i uzyskanie właściwej standaryzacji w zakresie hospitalizacji chorych z problemami geriatrycznymi – złamania wieku podeszłego, osteoporoza.</p> <p>Likwidacja niedoboru bazy łóżkowej rehabilitacyjnej i opieki długoterminowej.</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Zabezpieczenie miejsc w oddziałach ortopedyczno-urazowych z zapewnieniem stałego nadzoru internistycznego/geriatrycznego.</p> <p>Utworzenie oddziału do kompleksowego wczesnego postępowania usprawniającego po urazach osób w wieku podeszłym.</p>	<p>Liczba łóżek geriatrycznych.</p> <p>Liczba łóżek ortopedyczno-urazowych i rehabilitacyjnych.</p>	<p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z opieką zdrowotną nad osobami starszymi i niesamodzielnymi wynikający z analiz własnych.</p> <p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p>

Opieka długoterminowa	Wzmocnienie roli opieki środowiskowej/domowej nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi.	działania krótko i długoterminowe	Utworzenie nowych form opieki: dziennych oddziałów opieki medycznej, hospitalizacji domowej, ośrodków medycznej pomocy interwencyjnej, wypożyczalni specjalistycznego sprzętu.	Liczba osób objętych opieką.	Skrócenie kolejek osób oczekujących.
	Zabezpieczenie potrzeb stacjonarnej opieki długoterminowej.		Zwiększenie liczby łóżek w opiece całodobowej, w tym wyodrębnienie na bazie istniejącego potencjału – specjalistycznych długoterminowych ośrodków terapeutycznych.	Liczba osób objętych opieką/wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności.	Obniżenie kosztów leczenia.
	Reorganizacja opieki poprzez skoordynowanie usług zdrowotnych i opiekuńczych w zakresie opieki długoterminowej.		Utworzenie na poziomie powiatów ośrodków koordynujących świadczenia zdrowotne i społeczne dla wyodrębnionej grupy tj.: osób przewlekle chorych we wszystkich grupach wiekowych		
	W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.	działania krótko i długoterminowe	Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego. Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.	Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.	
Priorytet: Poprawa jakości i dostępności do opieki zdrowotnej nad matką oraz populacją dzieci i młodzieży					
Onkologia i hematologia dziecięca	Podniesienie jakości świadczonych usług dla pacjentów z późnymi następstwami leczenia choroby nowotworowej.	działania krótko i długoterminowe i długoterminowe	Utworzenie na bazie istniejących zasobów zespołu ambulatoryjno-szpitalnego dedykowanego przewlekłym schorzeniom po leczeniu onkologicznym czy po przeszczepach szpiku. Stworzenie odpowiednich profili w oddziałach szpitalnych i powołanie poradni późnych następstw leczenia choroby nowotworowej i poradni pulmonologicznej.	Liczba poradni. Liczba łóżek. Liczba pacjentów.	Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.

Chirurgia dziecięca	<p>Poprawa dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych poprzez usankcjonowanie sieci referencyjności ośrodków chirurgii dziecięcej.</p> <p>Likwidacja „białych plam” na mapie województwa.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Właściwa alokacja sił i środków – umożliwienie pełnego wykorzystania zasobów oraz planową wymianę sprzętu w celu utrzymania wysokiego potencjału leczniczego oddziałów referencyjnych.</p> <p>Poprawa dostępności – chirurg dziecięcy w powiecie.</p>	<p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba gabinetów.</p> <p>Wskaźnik udanych interwencji.</p>	<p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p>
Choroby płuc dzieci	<p>Poprawa prawidłowego postępowania w diagnostyce i leczeniu astmy przez lekarzy pierwszego kontaktu.</p> <p>Likwidacja „białych plam” w specjalistce.</p> <p>Usankcjonowanie sieci referencyjności ośrodków wysokospecjalistycznych w leczeniu chorób płuc u dzieci.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Doskonalenie fachowe lekarzy.</p> <p>Uruchomienie i doposażenie gabinetów specjalistycznych w powiatach.</p> <p>Doposażenie w sprzęt wysokospecjalistyczny ośrodków wysokiej referencyjności.</p>	<p>Liczba szkoleń.</p> <p>Liczba gabinetów.</p>	<p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+</p> <p>Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z opieką zdrowotną nad matką oraz dziećmi i młodzieżą wynikający z analiz własnych.</p>
Choroby zakaźne	<p>Wczesne wykrywanie zakażeń w CMV poprzez realizację badań przesiewowych u noworodków.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Realizacja badań przesiewowych w diagnostyce wrodzonych zakażeń cytomegalwirusowych poprzez wykonywanie badań śliny we wszystkich oddziałach noworodkowych.</p>	<p>Liczba diagnoz.</p> <p>Liczba badań.</p>	<p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p> <p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p>
Dermatologia	<p>Poprawa dostępności do świadczeń dermatologicznych dla dzieci i młodzieży.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Utworzenie oddziału dermatologii dziecięcej oraz oddziałów dziennych w ramach ambulatoryjnego pobytu jednego dnia.</p>	<p>Liczba łóżek.</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p> <p>Liczba miejsc dziennych.</p>	<p>Obniżenie kosztów leczenia.</p>

Endokrynologia i diabetologia dziecięca	Poprawa dostępności jakości udzielanych świadczeń poprzez koncentrację leczenia specjalistycznego.	działania krótko i długoterminowe	Organizowanie pełnoprofilowych poradni endokrynologii i diabetologii dla dzieci i młodzieży w ośrodkach specjalistycznych.	Liczba poradni.
Endokrynologia gin. i rozrodczość	Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu ginekologii dziecięcej.	działania krótko i długoterminowe	Utworzenie na bazie istniejących zasobów pododdziału ginekologii operacyjnej dziecięcej w szczególności w zakresie procedur ICD10-D27 i Q50 oraz gabinetów specjalistycznych w rejonach.	Liczba gabinetów. Liczba hospitalizacji. Liczba wykonanych procedur.
Epidemiologia	Utrzymanie poziomu zaszczepiania dzieci poprzez zwiększenie poczucia odpowiedzialności rodziców i opiekunów.	działania krótko i długoterminowe	Zwiększanie poziomu wiedzy rodziców i opiekunów w zakresie szczepień ochronnych poprzez zajęcia edukacyjne: w POZ, szkołach rodzenia, oddziałach neonatologicznych, placówkach oświatowych.	Poziom zaszczepienia dzieci w poszczególnych grupach wiekowych.
Immunologia kliniczna	Zmniejszenie śmiertelności noworodków i niemowląt z powodu ciężkich, potencjalnie uleczalnych niedoborów odporności.	działania krótko i długoterminowe	Stworzenie i realizacja programu badań screeningowych dla najcięższych chorób immunologicznych wykonywanych w oddziałach noworodkowych poprzez wprowadzenie obowiązkowego badania każdego nowonarodzonego dziecka z wykorzystaniem pomiaru TREC i KREC.	Liczba rozpoznań dzieci z ciężkimi niedoborami odporności. Procent badanych.
Nefrologia dziecięca	Poprawa dostępności pozaszpitalnych form opieki z jednoczesnym zwiększeniem roli nefrologii dziecięcej w podstawowej opiece zdrowotnej.	działania krótko i długoterminowe	Zwiększenie liczby poradni nefrologicznych na terenie województwa.	Liczba poradni.

Neurologia dziecięca	Poprawa i wyrównanie dostępności do specjalistycznej opieki neurologicznej.	działania krótko i długoterminowe	<p>Poprawa stosowania procedur diagnostycznych – skrócenie oczekiwania na badania MR i TK w znieczuleniu ogólnym.</p> <p>Uruchomienie większej liczby gabinetów w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w celu wyrównania dostępności do świadczeń oraz miejsc realizacji badań dodatkowych.</p> <p>Tworzenie miejsc diagnostyki jednodniowej, łączącej formę porady ambulatoryjnej z możliwością bezpośredniego wykonania badań dodatkowych.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenie.</p> <p>Liczba gabinetów.</p> <p>Liczba zespołów.</p>	
Neonatalogia	Poprawa dostępności do kompleksowej, specjalistycznej opieki medycznej dla dzieci urodzonych przedwcześnie.	działania krótko i długoterminowe	<p>Utworzenie na terenie województwa poradni dla wcześniaków – wczesnego usprawniania pacjentów z wieloma problemami multidyscyplinarnymi.</p> <p>Zwiększenie dostępności do podstawowych metod diagnostycznych, w tym badań ultrasonograficznych poprzez doposażenie w sprzęt oraz organizowanie cyklicznych szkoleń.</p> <p>Poprawa opieki nad dziećmi wymagającymi przewlekłej opieki stacjonarnej, szczególnie długotrwałej wentylacji mechanicznej poprzez uruchomienie w województwie hospicjum dla dzieci przewlekle wentylowanych.</p>	<p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba ośrodków w standardzie.</p> <p>Liczba wykonywanych badań.</p> <p>Liczba łóżek.</p>	
Ortopedia i traumatologia	<p>Zabezpieczenie leczenia ortopedycznego dla dzieci na terenie województwa.</p> <p>Poprawa wczesnego wykrywania i profilaktyki schorzeń wrodzonych i nabytych narządu ruchu.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Utworzenie pełnoprofilowego samodzielnego oddziału ortopedii i traumatologii dziecięcej.</p> <p>Rozwój poradnictwa preluksacyjnego i wad postawy z zabezpieczeniem bazy diagnostycznej (ultrasonografia, podografia i spondylometria).</p>	<p>Liczba pacjentów w rejonie.</p> <p>Odsetek wykonanych badań przesiewowych i wczesnego wykrycia wady.</p>	

Otolaryngologia dziecięca	Poprawa zaopatrzenia dzieci głuchych i niedosłyszących oraz wzrost dostępności do drobnych zabiegów laryngologicznych.	działania krótko i długoterminowe	Zwiększenie ilości przeprowadzanych zabiegów implantacji słuchowych oraz wymiany procesorów. Zwiększenie dostępności do zabiegów na migdałkach.	Liczba wykonanych procedur.
Pediatria	Podwyższenie standardu diagnostyki i leczenia w pediatrii.	działania krótko i długoterminowe	Realizacja leczenia w oparciu o jednostki zapewniające kompleksowość udzielanych świadczeń – maksymalizacja wykonywania procedur w ramach ambulatoryjnego pobytu jednego dnia. Zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w szczególności diagnostyki obrazowej TK i RM celem wczesnego rozpoznania chorób.	Liczba ośrodków. Liczba ośrodków w standardzie. Liczba pacjentów.
Rehabilitacja medyczna	Poprawa efektywności rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością.	działania krótko i długoterminowe	Stworzenie większej liczby ośrodków rehabilitacji dzieci (ambulatoryjnych, a przede wszystkim stacjonarnych).	Liczba ośrodków. Czas oczekiwania na świadczenie.
Ginekologia i położnictwo	Wzrost jakości udzielanych świadczeń w zakresie opieki nad ciężarną.	działania krótko i długoterminowe	Utrzymanie trójstopniowego systemu opieki perinatalnej w oparciu o ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności. Zwiększenie dostępności do poradni patologii ciąży poprzez rozwój istniejącej bazy.	Liczba ośrodków zapewniających kompleksowość. Liczba noworodków urodzonych o czasie.

Stomatologia dziecięca	Zwiększenie dostępności leczenia stomatologicznego celem poprawy stanu uzębienia oraz zahamowania przyrostu próchnicy u dzieci i młodzieży.	działania krótko i długoterminowe	Optymalizacja rozmieszczenia gabinetów wykonujących świadczenia oraz wzrost liczby gabinetów z zakontraktowanymi usługami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.	Liczba gabinetów. Tendencja malejąca wskaźnika próchnicy PUW.	
Urologia dziecięca	Poprawa dostępności świadczeń z zakresu urologii dziecięcej.	działania krótko i długoterminowe	Likwidacja „białych plam” zwiększenie liczby poradni w regionie. Utworzenie ośrodka leczenia kamicy układu moczowego u dzieci. Poprawa współpracy z ośrodkami położniczymi w celu przeprowadzania konsultacji dzieci urodzonych z wadą układu moczowego.	Liczba poradni. Liczba wykonanych procedur. Liczba konsultacji.	
W celu poprawy zdrowotności populacji województwa dla priorytetu w ramach preferowanych sposobów realizacji przewiduje się następujące działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.		działania krótko i długoterminowe	Realizacja badań przesiewowych. Doskonalenie fachowe personelu medycznego Edukacja zdrowotne – akcje uświadamiające, informacyjno-oświatowe. Zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu.	Liczba badań. Liczba szkoleń. Liczba akcji.	

Priorytet: Intensyfikacja działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Zdrowie publiczne</p>	<p>Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia.</p> <p>Zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.</p> <p>Edukacja prozdrowotna.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">działania długoterminowe</p>	<p>Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.</p> <p>Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.</p> <p>Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.</p> <p>Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.</p> <p>Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.</p> <p>Poprawa zdrowia prokreacyjnego.</p>	<p>Liczba zrealizowanych lub podjętych działań z zakresu zdrowia publicznego.</p> <p>Liczba osób objętych działaniami.</p>	<p>Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne.</p> <p>Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.</p> <p>Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.</p> <p>Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.</p> <p>Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.</p>
--	--	---	---	--	--

Priorytet: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego, innowacji oraz dostępu do wysokiej jakości usług

Alergologia	Poprawa skuteczności leczenia alergologicznego poprzez produkcję wysokiej jakości preparatów leczniczych, w szczególności do immunoterapii alergenowoswoistej (odczulanie) – opracowanie nowych metod diagnostycznych.	działania krótko i długoterminowe	Tworzenie i wspieranie finansowe podmiotów naukowo-badawczych współpracujących z przemysłem w zakresie diagnostyki i leczenia przyczynowego chorób alergicznych: preparaty alergenowe do odczulania i terapii biologicznej.	Liczba badań. Zmniejszenie liczby pacjentów z klinicznie jawnymi postaciami alergii.	Prognozy demograficzne. Dane epidemiologiczne. Realizacja zaleceń zawartych w Krajowych ramach strategicznych – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”.
Genetyka	Rozwój opieki nad pacjentami z chorobami genetycznymi poprzez poprawę dostępności do ambulatoryjnych form opieki.	działania krótko i długoterminowe	Utworzenie dwóch wieloprofilowych poradni genetycznych oraz dwóch centrów opieki nad: chorymi z wrodzonymi zespołami zaburzeń tkanki łącznej oraz chorymi z zespołem Downa. Zwiększenie dostępności do badań genetycznych dla potrzeb diagnostyki.	Liczba osób objętych opieką Liczba procedur	Diagnoza wynikająca z map potrzeb zdrowotnych województwa kujawsko-pomorskiego.
Immunologia kliniczna	Organizacja ośrodków leczenia skojarzonego i wielospecjalistycznego poprzez maksymalizację sił i środków dla leczenia ciężkich niedoborów odporności, w tym dostęp do przeszczepiania komórek macierzystych, substancji ludzkich immunoglobulin, terapii biologicznych.	działania krótko i oterminowedyług	Utrzymanie centralnych ośrodków i ich rozwój w celu zwiększenia odsetka skutecznych przeszczepów szpiku w najcięższych chorobach immunologicznych oraz dostępu do bardzo specyficznych terapii enzymatycznych czy też biologicznych.	Liczba pacjentów. Liczba wykonanych procedur.	Strategia Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Plan Modernizacji 2020+.

Anestezjologia i intensywne terapie	<p>Poprawa koordynacji i pracy systemu opieki zdrowotnej w obszarze anestezjologii i intensywnej terapii.</p> <p>Skrócenie czasu pobytu chorych przebywających w oddziałach intensywnej terapii.</p>	działania krótko i długoterminowe	<p>Zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii do co najmniej 3% w szpitalach o kluczowym znaczeniu dla bezpieczeństwa w regionie oraz do 2% ogólnej liczby łóżek szpitalnych o znaczeniu lokalnym.</p> <p>Zwiększenie liczby miejsc „pośrednich” z nadzorem funkcji życiowych – bardziej ekonomicznej formy opieki nad osobami w stanach przewlekłych.</p> <p>Utworzenie Regionalnego Centrum Wspomagania Czynności Wątroby z Oddziałem Intensywnej Terapii w celu poprawy jakości opieki nad pacjentami z chorobami wysoce-zakaźnymi.</p> <p>Zwiększenie dostępności do techniki pozaustrojowego wspomagania układu krążenia oraz oddychania.</p>	<p>Liczba stanowisk intensywnej terapii.</p> <p>Liczba miejsc dla osób w stanach przewlekłych.</p> <p>Liczba pacjentów.</p> <p>Liczba wykonanych procedur.</p>	<p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p> <p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p> <p>Obniżenie kosztów leczenia.</p>
Diagnostyka laboratoryjna	Zwiększenie efektywności szybkiej diagnostyki klinicznej w oparciu o badania diagnostyczne.	działania krótko i długoterminowe	Utworzenie laboratoriów o najwyższym stopniu referencyjności na bazie istniejących w oparciu o weryfikację kryteriów do spełnienia – z nieograniczonym dostępem do badań non-stop w wyspecjalizowanych ośrodkach o określonym stopniu referencyjności.	Liczba Laboratoriów.	
Medycyna nuklearna	Poprawa dostępu chorego do nowoczesnej diagnostyki i leczenia radioizotopami poprzez wzmocnienie ośrodków medycyny nuklearnej w województwie.	działania krótko i długoterminowe	<p>Utworzenie ośrodków leczenia szpitalnego radioizotopami (powyżej 800 MBq) oraz leczenia emiterami a.</p> <p>Zakup aparatury hybrydowej PET/SPECT/MR.</p>	Liczba osób objętych diagnostyką w stosunku do liczby oczekujących.	

Radiologia i diagnostyka obrazowa	Tworzenie procedur referencyjnych w celu dostępu do najnowocześniejszych badań diagnostycznych, realizowanych na nowoczesnym sprzęcie przez wyszkolony personel.	działania krótko i długoterminowe	<p>Wyznaczenie ośrodków referencyjnych wyposażonych w najwyższej jakości sprzęt do badań RTG, TK, MR angiografii.</p> <p>Doposażenie w nowoczesny sprzęt zgodnie z postępowaniem techniki medycznej.</p> <p>Utworzenie Centrum Diagnostyki i Leczenia endowaskularnego udarów mózgu w oparciu o nowoczesne metody obrazowania DSA, związanego z ośrodkiem CM w Bydgoszczy.</p> <p>Szkolenia dla personelu w tym lekarzy radiologów i elektroradiologów.</p>	Liczba wykonywanych procedur o najwyższym stopniu referencyjności.	
Różne dziedziny	Wzrost dostępności do usług telemedycznych.	działania krótko i długoterminowe	Wdrażanie i rozwój rozwiązań telemedycznych – teleopieki, telediagnostyki, telekonsultacji, telenauczania, telezabiegów.	Liczba wdrożonych rozwiązań.	

Priorytet: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych

<p>Różne dziedziny</p>	<p>Zwiększenie liczby specjalistów – lekarzy , pielęgniarek i innych zawodów medycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia zgodnie z potrzebami regionalnymi przede wszystkim w dziedzinach: anestezyjologii i intensywnej terapii, audiologii i foniatrii, chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych endokrynologii, gastroenterologii, genetyki klinicznej, geriatrici, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, immunologii klinicznej, inżynierów medycznych medycyny paliatywnej, medycyny sportowej, nefrologii, neonatologii, neurologii, neurologii dziecięcej, okulistyki, onkologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otorynolaryngologii, patomorfologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, protetyki stomatologicznej, rehabilitacji medycznej, reumatologii, seksuologii, stomatologii dziecięcej, urologii dziecięcej, zdrowia publicznego</p>	<p>działania krótko i długoterminowe</p>	<p>Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych.</p> <p>Zwiększenie liczby ośrodków kształcenia podyplomowego.</p> <p>Rozszerzenie wykazu specjalizacji priorytetowych.</p> <p>Stworzenie mechanizmów motywujących do podejmowania specjalizacji.</p>	<p>Liczba specjalistów.</p> <p>Mediana wieku specjalistów.</p> <p>Liczba osób specjalizujących się.</p> <p>Liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych.</p>	<p>Poprawa dostępności do lekarzy specjalistów.</p> <p>Skrócenie kolejek osób oczekujących.</p> <p>Podwyższenie standardu diagnozy i leczenia.</p>
-------------------------------	---	--	--	---	--

	Doskonalenie zawodowe specjalistów: lekarzy i pielęgniarek, w tym przede wszystkim udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	działania krótko i długoterminowe	Organizacja szkoleń, kursów i warsztatów doształcających dla specjalistów.	Punkty edukacyjne. Liczba szkoleń, kursów, warsztatów szkoleniowych.	Wczesna i trafna diagnoza choroby ograniczy hospitalizację, podniesie standard i skróci czas leczenia.
--	---	-----------------------------------	--	---	--

Dla wszystkich priorytetów przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali, a także placówek AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 i Krajowych Programach Operacyjnych na lata 2014-2020.

b. propozycje przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego

Wdrażanie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego wiąże się z koniecznością przekierowania strumienia finansowego płatnika publicznego z kosztocłonnej opieki leczenia stacjonarnego na rzecz świadczeń jednodniowych oraz ambulatoryjnych. Ponadto konsolidacja usług zdrowotnych do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności spowoduje zapewnienie finansowania świadczeniodawców oferujących opiekę kompleksową nad pacjentem. Obecny system finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie w pełni umożliwia właściwe wykorzystanie sił i środków służby zdrowia województwa kujawsko-pomorskiego i wymaga skoordynowanych działań w zakresie poprawy dostępności mieszkańców do usług medycznych, a także wymusza likwidację „białych plam”.

