

Załącznik do uchwały Nr 7/385/24
Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 19 czerwca 2024 r.

PROGRAM MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH Z TERENU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Trwały i zrównoważony rozwój infrastruktury szpitalnej przyczyniający się do poprawy dostępu do wysokiej jakości usług medycznych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

www.kujawsko-pomorskie.pl

Spis treści

Wprowadzenie	3
Spójność z dokumentami strategicznymi.....	9
Szczegółowe odniesienie do wybranych dokumentów strategicznych	9
Cele i zadania Programu.....	20
Zarządzanie i monitorowanie Programu	22

Wprowadzenie

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, samorząd województwa jest odpowiedzialny za rozwój gospodarczy i społeczny regionu. Realizuje zawarte w ustawie zadania o charakterze usług publicznych, między innymi w zakresie kultury, edukacji, ochrony środowiska, pomocy społecznej, bezpieczeństwa publicznego oraz ochrony zdrowia. Do samorządu województwa należy również opracowywanie planów wojewódzkich oraz wieloletnich planów inwestycyjnych, a także programów rozwoju regionalnego i przestrzennego. Ponadto, samorząd województwa opracowuje strategię rozwoju województwa, która zawiera zagadnienia dotyczące podejmowania działań ukierunkowanych na zabezpieczenie zdrowotne społeczności województwa, w wielu aspektach, w tym również realizacji szeregu działań o charakterze inwestycyjnym.

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

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

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

W ramach realizacji powyższych zadań, samorząd województwa, samorzady powiatów oraz samorzady gmin z terenu województwa powinny współpracować wzajemnie w celu poprawy dostępu do wysokiej jakości usług medycznych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Nawiązując do powyższego, niezmiennie, najważniejszym priorytetem zarządu województwa pozostają placówki publicznego leczenia, w tym przede wszystkim szpitale. Konsekwentnie będzie kontynuowany wielki wojewódzki program modernizacji lecznic. Szpitale w regionie

muszą być stale modernizowane, co oznacza zakupy sprzętu i aparatury medycznej najnowszej generacji, a także rozbudowę szpitalnych kompleksów zgodnie z rozpoznanymi potrzebami.

W związku z tym, opracowany został **Program modernizacji podmiotów leczniczych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego**, którego głównym celem jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.

Ze względu na zachodzące w kraju oraz w województwie kujawsko-pomorskim zmiany demograficzne w kontekście starzenia się społeczeństwa, które pociągają za sobą potrzebę rozwoju różnych form opieki dostosowanej do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych oraz do usług o charakterze opiekuńczym, Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego planuje objąć wsparciem w sposób szczególny działania w zakresie rozwoju infrastruktury związanej z udzielaniem świadczeń opieki długoterminowej i hospicyjnej oraz rozwojem infrastruktury udzielania świadczeń internistycznych i geriatrycznych.

Wsparcie ukierunkowane będzie na poprawę dostępności wyżej wymienionych świadczeń w zakresie architektonicznym poprzez przeprowadzenie niezbędnych w tym zakresie inwestycji (budowa, przebudowa, rozbudowa) wraz z zakupem sprzętu/wyposażenia. W ramach programu wyklucza się możliwość realizacji zakupu wyposażenia niezbędnego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jako odrębnego typu działań. Zakup sprzętu/wyposażenia ma charakter uzupełniający w stosunku do zakresu robót budowlanych i jest z nim związany.

Wsparcie w ramach programu uzyskają przedsięwzięcia ukierunkowane na poprawę jakości świadczonych usług, zgodnie z określonym standardem dotyczącym zakwaterowania pacjentów:

- pokoje łóżkowe wyposażone maksymalnie w trzy łóżka dla pacjentów;
- węzeł sanitarny przylegający do dwóch pokoi łóżkowych dla pacjentów zapewniający bezpośredni dostęp z pokoi dla maksymalnie 6 pacjentów, schemat ten musi dotyczyć minimum 50% ogółu łóżek znajdujących się na oddziale;
- pokoje łóżkowe dla pacjentów leżących, nie muszą mieć bezpośredniego dostępu do węzła sanitarnego indywidualnego ale musi być dostępny zbiorowy węzeł sanitarny (pokój kąpielowy) obsługujący do 30 pacjentów leżących;
- na oddziale musi znajdować się izolatka czyli pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów, chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób, podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Zakres wspieranej inwestycji musi obejmować łącznie prace dotyczące pokoi łóżkowych, pokoi łóżkowych dla pacjentów leżących oraz izolatki według powyżej opisanych standardów.

Ponadto, efektem przeprowadzonej inwestycji będzie poprawa dostępu do usług medycznych (internistycznych i geriatrycznych) oraz opieki długoterminowej poprzez m.in. zwiększenie liczby łóżek dla świadczeniobiorców, a tym samym zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych oraz ich dostępności jak i jakości, a także opieki hospicyjnej poprzez utworzenie hospicjum.

Warunkiem wsparcia inwestycji jest minimum 65% poziom wykorzystania łóżek na oddziałach, które mają być przedmiotem wsparcia, według stanu na 31 grudnia 2023 r. (nie dotyczy utworzenia hospicjum).

O wsparcie mogą ubiegać się podmioty działające na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności:

1. samodzielne publiczne zakłady ochrony zdrowia (dla których organem prowadzącym jest powiat lub miasto na prawach powiatu) udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2. niepubliczne zakłady ochrony zdrowia udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (podmioty prywatne mające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia) świadczące ww. usługi z wykorzystaniem nieruchomości należącej lub udostępnionej przez jednostki samorządu terytorialnego (starostwa powiatowe lub miasta na prawach powiatu);
3. jednostki samorządu terytorialnego, których własność stanowi nieruchomość wykorzystywana przez SPZOZ lub NZOZ, wskazane w pkt 1 lub 2;
4. inne podmioty lecznicze (publiczne lub prywatne) w zakresie uruchomienia stacjonarnej opieki hospicyjnej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Z możliwości otrzymania wsparcia wykluczone są podmioty, które zrealizowały przedsięwzięcia obejmujące budowę, przebudowę, rozbudowę, remont, modernizację na oddziałach świadczących usługi internistyczne, geriatryczne oraz opieki długoterminowej i hospicyjnej, z wykorzystaniem ze środków europejskich w ramach RPO WK-P na lata 2007-2013 lub RPO WK-P na lata 2014-2020.

Okres realizacji Programu: 2024 – 2026.

Źródłem finansowania wsparcia w ramach programu będą środki finansowe pochodzące z re-użycia perspektywy finansowej 2014-2020.

Wsparcie będzie miało formę pożyczki, która finansować będzie 100% wydatków kwalifikowanych. Wartość pożyczki niepodlegającej zwrotowi (umorzenie) nie może być większa niż 85% kwoty wydatków kwalifikowanych i nie może stanowić więcej niż 4 mln zł. Pozostałe minimum 15% jest to kapitał wymagający spłaty przez podmiot wnioskujący.

Warunkiem udzielenia wsparcia, czyli umorzenia pożyczki jest zrealizowanie całego zakresu zadania.

Szacowana pula środków finansowych przeznaczonych na realizację programu wynosi do 56.040.000,00 zł, jednak nie więcej niż wysokość wsparcia zwrotnego wynikająca z pozytywnie ocenionych do wsparcia fiszek preselekcyjnych złożonych przez podmioty lecznicze w ramach naboru na wsparcie przeprowadzonego przez KPFR.

Maksymalna kwota wsparcia udzielanego w formie pożyczki dla podmiotu wnioskującego może wynosić 5 mln zł.

Wybór inwestycji do realizacji będzie miał charakter otwarty, według ustalonych w niniejszym programie ogólnych kryteriów, sprecyzowanych potrzebach i będzie możliwy do momentu wyczerpania przeznaczanej na ten cel, puli środków finansowych.

Wsparciem objęte mogą być działania inwestycyjne przygotowane i oparte na właściwych, obowiązujących przepisach prawa.

Program będzie finansowany w ramach umowy nr ZW-I.273.8.2024 o powierzeniu zadania publicznego zawartej w dniu 31 stycznia 2024 r. między Województwem Kujawsko-Pomorskim a Kujawsko-Pomorskim Funduszem Rozwoju sp. z o.o., który jest Wykonawcą tej umowy. Wykonawca jest odpowiedzialny za organizację naboru i oceny wniosków pożyczkowych oraz podpisanie umów inwestycyjnych i ich rozliczenie.

Do realizacji Programu mogą być zaangażowani pracownicy merytoryczni Urzędu Marszałkowskiego lub/i jednostek podległych.

Nabór wniosków o udzielenie pożyczki będzie przebiegać w dwóch etapach:

Etap I - preselekcja.

Na etapie preselekcji weryfikacji podlegać będzie wniosek preselekcyjny w zakresie zgodności z ogólnymi kryteriami preselekcyjnymi zatwierdzonymi przez Zarząd Województwa. Weryfikacja wniosku preselekcyjnego dokonywana jest zgodnie z ogólnym regulaminem udzielania pożyczek.

Do kolejnego etapu zakwalifikowane zostaną wnioski o udzielenie pożyczki na realizację przedsięwzięć, które uzyskały pozytywny wynik weryfikacji preselekcyjnej przeprowadzonej w oparciu o złożone dokumenty aplikacyjne. Niespełnienie ogólnych kryteriów preselekcyjnych skutkuje odrzuceniem wniosku.

Ogólne kryteria preselekcji:

1. Wnioskodawca jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o wsparcie w ramach programu i złożenia wniosku preselekcyjnego.
2. Maksymalna kwota wnioskowanego wsparcia w formie pożyczki wynosi 5 mln zł.

3. Maksymalna wnioskowana kwota podlegająca umorzeniu wynosi 4 mln zł.
4. Wnioskodawca wskazuje zgodność przedsięwzięcia ze Strategią Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
5. Wnioskodawca wskazuje, że nie uzyskał dofinansowania na przedsięwzięcia obejmujące budowę, przebudowę, rozbudowę, remont, modernizację na oddziałach świadczących usługi internistyczne, geriatryczne oraz opieki długoterminowej i hospicyjnej, z wykorzystaniem ze środków europejskich w ramach RPO WK-P na lata 2007-2013 lub RPO WK-P na lata 2014-2020.
6. Wnioskodawca deklaruje stopień gotowości przedsięwzięcia do realizacji na moment złożenia Wniosku o udzielenie pożyczki, który to Wniosek musi być złożony w ciągu roku od otrzymania zaproszenia do jego złożenia.
7. Wnioskodawca deklaruje iż wsparte przedsięwzięcie będzie zakończone do 31 grudnia 2026 r.
8. Zgodność zakresu przedsięwzięcia z typami działań kwalifikowanymi w ramach wojewódzkiego programu modernizacji podmiotów leczniczych.

Szczegółowe kryteria weryfikacji wniosków preselekcyjnych zostaną opracowane przez Wykonawcę programu.

Etap II - zaproszenia do złożenia wniosku o pożyczkę.

Do Wnioskodawców, którzy uzyskali pozytywny wynik weryfikacji wniosku preselekcyjnego, zostaną wystosowane zaproszenia do założenia wniosku o udzielenie pożyczki.

Wnioskodawca składa wniosek o pożyczkę wraz z wymaganymi załącznikami, na podstawie którego Wykonawca programu przeprowadza szczegółową weryfikację:

1. Formalną – w zakresie poprawności i kompletności złożonej dokumentacji aplikacyjnej.
2. Merytoryczną – w zakresie spełnienia warunków wynikających z kryteriów weryfikacji odnoszących się m.in. do kwalifikowalności wnioskodawcy, zgodności przedsięwzięcia z dokumentami strategicznymi, stopnia wykonalności formalno-prawnej przedsięwzięcia, wykonalności finansowej przedsięwzięcia.

Ogólne kryteria weryfikacji wniosku o pożyczkę:

1. Poprawność i kompletność dokumentacji aplikacyjnej – wniosku o pożyczkę wraz z załącznikami.
2. Wnioskodawca jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o wsparcie w ramach wojewódzkiego programu modernizacji podmiotów leczniczych i złożenia wniosku o pożyczki.

3. Maksymalna kwota wnioskowanego wsparcia w formie pożyczki wynosi 5 mln zł.
4. Maksymalna wnioskowana kwota podlegająca umorzeniu wynosi 4 mln zł.
5. Wnioskodawca wskazuje zgodność przedsięwzięcia ze Strategią Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
6. Wnioskodawca wskazuje zgodność przedsięwzięcia z wojewódzkim programem modernizacji podmiotów leczniczych.
7. Wnioskodawca wskazuje, że nie uzyskał dofinansowania na przedsięwzięcia obejmujące budowę, przebudowę, rozbudowę, remont, modernizację na oddziałach świadczących usługi internistyczne, geriatryczne oraz opieki długoterminowej i hospicyjnej, z wykorzystaniem ze środków europejskich w ramach RPO WK-P na lata 2007-2013 lub RPO WK-P na lata 2014-2020.
8. Zgodność zakresu przedsięwzięcia z typami działań kwalifikowanymi w ramach wojewódzkiego programu modernizacji podmiotów leczniczych.
9. Zgodność planowanych do poniesienia wydatków z założeniami wojewódzkiego programu modernizacji podmiotów leczniczych.
10. Wnioskodawca zapewni wykonalność techniczną, technologiczną i instytucjonalną przedsięwzięcia.
11. Wnioskodawca zapewni zgodność przedsięwzięcia z regulacjami prawnymi, w tym posiada pozytywną opinię o celowości inwestycji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), wydaną przez właściwego Wojewodę.
12. Wnioskodawca zapewni trwałość przedsięwzięcia przez okres 5 lat od zakończenia jego realizacji. Przez trwałość rozumie się zapewnienie zachowania ciągłości świadczenia usług zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie zgodnym z realizowanym przedsięwzięciem, w ciągu 5 lat (60 m-cy) od jego zakończenia lub 5 kolejnych lat kalendarzowych liczonych od pierwszego możliwego okresu kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji inwestycji.
13. W przypadku gdy na moment składania wniosku o udzielenie wsparcia, wnioskodawca nie ma podpisanej umowy z NFZ, należy złożyć deklarację, że wsparta działalność/ efekty wspartej inwestycji będą związane ze świadczeniem usług w ramach kontraktu z NFZ, najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji inwestycji, przez okres 5 kolejnych lat.

Szczegółowe kryteria weryfikacji wniosków zostaną opracowane przez Wykonawcę programu.

Wykonawca programu na podstawie przeprowadzonej weryfikacji podejmuje decyzję o przyznaniu pożyczki lub odmowie przyznania pożyczki.

Spójność Programu z dokumentami strategicznymi

Wojewódzkie dokumenty:

- a) Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+;
- b) Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024 – 2030;
- c) Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2030;
- d) Mapa potrzeb zdrowotnych 2020. Wnioski i rekomendacje dla województwa kujawsko-pomorskiego;
- e) Wojewódzki plan transformacji dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022 – 2026.

Powyższe dokumenty zostały opracowane spójnie z dokumentami krajowymi:

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

Szczegółowe odniesienie do wybranych dokumentów strategicznych

Poniższe dokumenty strategiczne zostały przygotowane w oparciu o szczegółowe analizy danych statystycznych dostępnych w publicznych bazach danych dotyczących sytuacji zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. W związku z powyższym w Programie zrezygnowano z dodatkowej części analitycznej opierając się na wnioskach i celach wynikających z przeprowadzonych analiz i określonych w cytowanych poniżej dokumentach strategicznych.

[Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do 2030 roku – Strategia Przyspieszenia 2030+](#)

Cel głównym 2: Zdrowe, aktywne i zamożne społeczeństwo

Zgodnie z opisem celu w dziedzinie zdrowia najważniejszym zadaniem będą działania organizacyjne na rzecz poprawy dostępności do leczenia, zwłaszcza specjalistycznego

(w tym ustanowienie sieci regionalnych szpitali wielospecjalistycznych). Istotne będzie wzmocnienie roli i podniesienie jakości świadczonych usług przez szpitale powiatowe, a także organizacja dowozów pacjentów do przychodni specjalistycznych – poza miejscowością oraz na terenie miejscowości (to ma szczególne znaczenie w dużych miastach) ich zamieszkania. Bardzo ważnym zadaniem będzie ustanowienie sieci współpracy szpitali na terenie województwa na rzecz współpracy w zakresie jak najlepszego zaspokajania potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Należy pamiętać, że w ramach celu operacyjnego „41. Infrastruktura rozwoju społecznego” formułuje się ustalenia dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia – w nadchodzących latach będą kontynuowane inwestycje w ramach tzw. medycznego pakietu stulecia, które stwarzają bardzo nowoczesne warunki realizacji specjalistycznych zadań w zakresie ochrony zdrowia.

[Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024 – 2030](#)

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

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

Kierunek 2. Wyrównanie dostępności mieszkańców województwa do usług zdrowotnych.

W ramach kierunku planowane są działania w zakresie modernizacji, rozbudowy, budowy infrastruktury szpitalnej zidentyfikowanej jako strategiczne dla województwa kujawsko-pomorskiego.

[Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.](#)

Tabela: Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres: Leczenie szpitalne

6.1. Diagnoza:

W województwie następuje systematyczny wzrost udziału hospitalizacji w grupie wiekowej 65 lat i więcej. W 2010 r. 27,5% ogółu hospitalizacji mieszkańców w szpitalach ogólnych w województwie dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej, a w 2019 r. już 35,7%. W 2019 r.

21,6% populacji województwa było w wieku poprodukcyjnym, a współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 65,6. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji wzrośnie w województwie do 29%, a współczynnik obciążenia demograficznego do 78,1.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

W perspektywie kolejnych lat należy się spodziewać znacznego wzrostu odsetka hospitalizacji wśród osób starszych.

Rekomendowane kierunki działań:

Poprawa dostępności do leczenia szpitalnego dedykowanego osobom starszym.

6.3. Diagnoza:

Największą wartość wskaźnika obłożenia łóżek w województwie (powyżej 90%) odnotowano na oddziałach: psychogeriatrycznych (115%), onkologicznych (101%), udarowych (96%), leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych – detoksykacji (96%), psychiatrycznych (94%), terapii uzależnienia od alkoholu (94%), leczenia zaburzeń nerwicowych (92%), rehabilitacyjnych (91%), intensywnego nadzoru kardiologicznego (89,3%), rehabilitacji narządu ruchu (88%), rehabilitacji neurologicznej (87%), AIDS (87%), hematologicznych (86%), psychiatrycznych dla dzieci (86%), gastroenterologicznych (86%), leczenia uzależnień (85%), geriatrycznych (84%), obserwacyjno-zakaźnych (83%), nefrologicznych (82%), pulmonologicznych (81%), chirurgii onkologicznej (80%).

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Na wybranych oddziałach funkcjonujących na terenie województwa obłożenie zbliżało się lub przekraczało 100%, co oznacza, że funkcjonowanie systemu leczenia szpitalnego w tym zakresie może znajdować się na granicy wydolności.

Rekomendowane kierunki działań:

Optymalizacja bazy łóżkowej na oddziałach o największym obłożeniu.

Zakres: Opieka długoterminowa

9.1. Diagnoza:

W województwie odnotowano niższą o 23% od średniej dla kraju wartość wskaźnika liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności względem miejsca jego udzielania. W opiece domowej wskaźnik ten był o 28% niższy niż w Polsce, a w stacjonarnej o 16% niższy niż w Polsce. Występuje również ujemne saldo migracji pacjentów, które odnotowano głównie w powiatach, w których brak ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Wskaźnik liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach opieki długoterminowej oraz ujemny wskaźnik migracji, wskazuje na niewystarczającą dostępność do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa.

Rekomendowane kierunki działań:

Zwiększenie dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej: domowej i stacjonarnej.

9.2. Diagnoza:

Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w województwie 30,2% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65-79 lat, natomiast 52,7% osoby powyżej 80 roku życia. Po 2025 r. prognozowany jest wyraźny wzrost liczby pacjentów 80+, korzystających z opieki długoterminowej stacjonarnej i domowej. Głównymi rozpoznaniem w opiece długoterminowej były choroby układu krążenia (37,80%, z czego dużą grupę stanowiły udary) oraz choroby układu nerwowego (29,2%, w grupie tej dominowała choroba Alzheimera i inne choroby otępienne). W województwie odnotowano wyższą od średniej dla Polski wartość współczynnika pielęgnacyjnego wynoszącego 251 (+11% w stosunku do średniej dla Polski). Mimo to według prognoz GUS współczynnik spadnie poniżej 200 jeszcze przed rokiem 2030.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Prognozy demograficzne wskazują na proces starzenia się społeczeństwa, z tego względu spowoduje to wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej.

Rekomendowane kierunki działań:

Dostosowanie i zabezpieczenie infrastruktury opieki długoterminowej do aktualnych i przyszłych potrzeb województwa poprzez zapewnienie świadczeń stacjonarnych w miejscach gdzie ta pomoc nie występuje oraz sukcesywnym zwiększaniu dostępności form opieki domowej i środowiskowej.

9.3. Diagnoza:

Liczba łóżek dostępnych w województwie dla pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej w przeliczeniu na milion mieszkańców na koniec roku była o 13 % niższa niż średnia wartość wskaźnika dla Polski. W niektórych powiatach województwa nie zostały zlokalizowane ośrodki stacjonarnej opieki długoterminowej.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Dostępność do łóżek opieki długoterminowej jest niewystarczająca do zapewnienia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa.

Rekomendowane kierunki działań:

Rozwój bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej oraz dostosowywanie już istniejącej bazy łóżkowej do potrzeb zdrowotnych populacji. Utworzenie dodatkowych ośrodków w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których nie ma podmiotów realizujących takie świadczenia.

9.5. Diagnoza:

W województwie ośrodki udzielające świadczeń opieki długoterminowej dla dorosłych pacjentów wentylowanych mechanicznie funkcjonowały jedynie w dwóch miastach na prawach powiatu. W przypadku świadczeń udzielanych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wskaźnik liczby pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100 tys. mieszkańców klasyfikuje województwo na przedostatnim miejscu w kraju i jest o 42% niższy niż średnia jego wartość dla kraju.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Dostępność do świadczeń opieki długoterminowej dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej jest ograniczona. Prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazują na możliwy wzrost zapotrzebowania na świadczenia.

Rekomendowane kierunki działań:

Zwiększenie dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Zakres: Opieka paliatywna i hospicyjna

10.1. Diagnoza:

Wskaźnik liczby pacjentów zamieszkałych na terenie województwa na 100 tys. ludności był w przypadku opieki stacjonarnej niższy od średniej dla kraju o 2%, opieki ambulatoryjnej niższy o 30%, a opieki domowej wyższy o 60%. Przeciętny czas oczekiwania w kolejce do hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej był najdłuższy w Polsce i wynosił ok. 31 dni w przypadku stabilnym, a w przypadku pilnym 5 dni (druga pod względem wielkości wartość w kraju). W województwie odnotowano ujemną wartość salda migracji w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. Największa ujemna wartość wskaźnika migracji dotyczy świadczeń z zakresu stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki paliatywno-hospicyjnej.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Długi czas oczekiwania na świadczenia do hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej oraz ujemna wartość wskaźnika migracji może wskazywać na niewystarczającą dostępność do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa.

Rekomendowane kierunki działań:

Zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej.

10.2. Diagnoza:

Wśród ogółu pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie 45,6% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65-79 lat, natomiast 25,7% osoby powyżej 80 roku życia. Prognozowany jest wzrost liczby pacjentów korzystających z opieki hospicyjnej i paliatywnej stacjonarnej.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Prognozy demograficzne oraz dane epidemiologiczne wskazują na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Rekomendowane kierunki działań:

Dostosowanie i zabezpieczenie infrastruktury opieki hospicyjnej i paliatywnej.

10.3. Diagnoza

Wskaźnik liczby ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), był o 19% niższy niż średnia jego wartość dla kraju (w warunkach stacjonarnych niższy o 4%, ambulatoryjnych niższy o 3%, opieki domowej niższy o 17%). Na terenie 6 powiatów województwa działały poradnie medycyny paliatywnej, a liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnych była niższa o 30% od średniej wartości dla kraju. Dostępność do świadczeń poza dużymi obszarami miejskimi jest ograniczona. Wskaźnik średniej liczby poradni medycyny paliatywnej działających w ramach NFZ na 100 tys. ludności był niższy od średniej wartości dla kraju.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

W szczególności w przypadku opieki ambulatoryjnej obserwuje się niższe niż średnio w Polsce wskaźniki liczby poradni medycyny paliatywnej oraz liczby pacjentów na 100 tys. ludności.

Rekomendowane kierunki działań

Utworzenie dodatkowych ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których nie ma podmiotów realizujących wskazane rodzaje świadczeń zdrowotnych.

10.4. Diagnoza:

Wskaźnik liczby łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców na koniec roku był o 11% niższy niż średnia jego wartość dla kraju. Dostępność

do tej formy świadczeń jest ograniczona terytorialnie. Wskaźnik zabezpieczenia bazy łóżkowej województwa, uwzględniający średnią liczbę łóżek na 1 mln ludności klasyfikuje województwo na 12 pozycji w kraju (poniżej średniej dla kraju). Przeciętny czas oczekiwania na umieszczenie na oddziale medycyny paliatywnej wyniósł 7 dni w przypadku chorego w stanie stabilnym.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Dostępność do świadczeń opieki długoterminowej dla pacjentów wymagających wentylacji. Dostępność do łóżek w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej jest niewystarczająca do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb wynikających z danych demograficznych i epidemiologicznych.

Rekomendowane kierunki działań

Rozwój bazy łóżkowej w ramach stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej celem osiągnięcia zalecanego poziomu 100 łóżek na 1 mln ludności.

10.5. Diagnoza:

Na terenie województwa nie funkcjonuje żaden ośrodek wyspecjalizowany w zakresie udzielania świadczeń opieki perinatalnej.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Mieszkańcy województwa nie posiadają, mimo ogłaszanych przez OW NFZ konkursów, dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej.

Rekomendowane kierunki działań

Zapewnienie dostępności do świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

Zakres: Leczenie szpitalne – Oddział Chorób Wewnętrznych

Tabela: Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Diagnoza:

W województwie odnotowano znacząco mniejszą niż w Polsce wartość wskaźnika liczby łóżek na 100 tys. ludności dla następujących oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej (16,7 - najmniejsza wartość wśród wszystkich województw, 23,5 w Polsce) i chorób wewnętrznych (42 - druga najmniejsza wartość wśród wszystkich województw, 53,7 w Polsce) oraz oddziałach rehabilitacyjnych (16,3 przy 33,7 w Polsce).

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

Liczba łóżek na 100 tys. ludności we wskazanych specjalnościach była znacznie mniejsza w porównaniu do całego kraju oraz pozostałych województw, co oznacza brak odpowiedniego zabezpieczenia populacji województwa w tym zakresie.

Rekomendowane kierunki działań:

Zwiększenie bazy łóżkowej na oddziałach o najmniejszej wartości wskaźnika liczby łóżek na 100 tys. ludności w porównaniu z wartościami dla innych województw.

Tabela: Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2019 r.

Zakres: Demografia

1.1. Diagnoza:

W 2019 r. 21,6% populacji województwa było w wieku poprodukcyjnym, a współczynnik obciążenia demograficznego wyniósł 65,6. Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji wzrośnie w województwie do 29%, a współczynnik obciążenia demograficznego do 78,1.

Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej:

W perspektywie kolejnych lat należy dostosować opiekę zdrowotną do zmieniającej się struktury demograficznej populacji poprzez większy nacisk na potrzeby zdrowotne osób starszych.

[Wojewódzki plan transformacji dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2022 – 2026](#)

Podniesienie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji województwa powinno być osiągnięte zarówno przez działania infrastrukturalne, jak i organizacyjne. Skuteczność szpitalnictwa w województwie, rozumiana m.in. jako wykorzystanie łóżek, czas pobytu pacjenta, w okresie przed pandemią COVID-19 stale się poprawiała. Dokonana analiza wskazuje na konieczność przesunięcia wolnych łóżek na oddziały, gdzie przewiduje się wzrost liczby pacjentów lub do innych placówek, przekształcanie łóżek niewykorzystanych w szpitalach na oddziały geriatryczne i zakłady opiekuńczo-lecznicze, odciążenie niektórych oddziałów (m.in. wewnętrznych) z pacjentów, którzy nie mogą być wypisani ze względów organizacyjnych ze szpitala poprzez zwiększenie liczby łóżek w opiece długoterminowej, zabezpieczenie łóżek na oddziałach dla osób starszych i niesamodzielnych. Wskazano też na konieczność uruchomienia dodatkowych łóżek szpitalnych w zakresach, w których stwierdzono

największe prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, uwzględniając konieczność poprawy dostępności terytorialnej oraz obszary o ich największym obciążeniu.

Tabela: Główne obszary działań

2.4 Leczenie szpitalne

Rekomendacja:

Nr 1. Poprawa dostępności do leczenia szpitalnego dedykowanego osobom starszym.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Uruchomienie na terenie województwa co najmniej 80 łóżek geriatrycznych, m.in. poprzez przekształcenie łóżek na innych oddziałach wykazujących niskie obciążenie z uwzględnieniem Bydgoszczy (20 łóżek), Torunia (20 łóżek), Włocławka (20 łóżek) i Grudziądz (20 łóżek).

Uzasadnienie działania:

Wysokie obciążenie łóżek. Wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności niższy od średniej wartości dla Polski. Zróżnicowanie terytorialne w zakresie dostępności do świadczeń. Dane demograficzne.

Rekomendacja:

Nr 3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych na oddziałach o najmniejszej wartości wskaźnika liczby łóżek na 100 tys. ludności w porównaniu z wartościami dla innych województw.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia chorób wewnętrznych poprzez uruchomienie na terenie województwa 40 łóżek szpitalnych, m. in. w związku z przekształceniem łóżek (miejsc) szpitalnych wykazujących niskie obciążenie, ze szczególnym uwzględnieniem Bydgoszczy (20 łóżek), Torunia (10 łóżek) i Włocławka (10 łóżek).

Uzasadnienie działania:

Wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności niższy od średniej wartości dla kraju.

2.7. Opieka długoterminowa

Rekomendacja:

1. Poprawa dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Uruchomienie na terenie województwa 401 łóżek opieki długoterminowej m.in. poprzez przekształcenie łóżek na oddziałach szpitalnych wykazujących niskie obłożenie i utworzenia nowych ośrodków z uwzględnieniem powiatów: tucholskiego (30 łóżek), toruńskiego (26 łóżek), żnińskiego (26 łóżek), lipnowskiego (2 łóżka), mogileńskiego (55 łóżek), aleksandrowskiego (82 łóżka), sępoleńskiego (30 łóżek) i golubsko-dobrzyńskiego (30 łóżek) oraz Torunia (30 łóżek), Włocławka (30 łóżek), Bydgoszczy (30 łóżek) i Grudziądza (30 łóżek).

Uzasadnienie działania:

Wskaźnik liczby ośrodków w przeliczeniu na 100 tys. ludności niższy niż średnia wartość dla Polski. Zróżnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń. Ujemne saldo migracji.

Wskaźnik liczby łóżek dostępnych w województwie w stacjonarnej opiece długoterminowej w przeliczeniu na 1 mln ludności niższy od średniej wartości dla Polski.

Rekomendacja:

2. Poprawa dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej: domowej i stacjonarnej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom wentylowanym mechanicznie w warunkach stacjonarnych (dorosłych i dzieci), m. in. przez uruchomienie na terenie województwa 56 łóżek/miejsc lub uruchomienie kolejnych ośrodków, w tym ośrodka centralnego z 30 łózkami dla pacjentów wymagających przewlekłej wentylacji mechanicznej w Bydgoszczy, Toruniu lub Włocławku.

Uzasadnienie działania:

Wskaźnik liczby ośrodków stacjonarnych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100 tys. ludności niższy od średniej wartości dla Polski. Wskaźnik liczby pacjentów wentylowanych mechanicznie w ZOL/ZPO na 100 tys. ludności dla województwa niższy od średniej dla Polski.

Rekomendacja:

2. Poprawa dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej: domowej i stacjonarnej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

2. Zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych (dorosłych i dzieci), m. in. przez uruchomienie na terenie województwa kolejnych dwóch ośrodków, ze szczególnym uwzględnieniem północnej i południowej części województwa.

Uzasadnienie działania:

Województwo cechuje wysoki wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielane są świadczenia zespołów długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie (dorosłych oraz dzieci).

Rekomendacja:

4. Poprawa potencjału podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Wsparcie min. 10 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu opieki długoterminowej finansowanych ze środków publicznych w celu dostosowania infrastruktury i wyposażenia do wymogów określonych przez Ministra Zdrowia oraz potrzeb pacjenta przewlekle chorego i niesamodzielnego.

Uzasadnienie działania:

Dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych do zmian demograficznych, prognoz epidemiologicznych, wymogów nakładanych w związku ze zmianami norm i wymogów prawnych.

2.8 Opieka paliatywna i hospicyjna

Rekomendacja:

2. Poprawa dostępności do świadczeń udzielanych w ramach stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa:

1. Uruchomienie na terenie województwa co najmniej 261 łóżek opieki paliatywnej, m.in. poprzez przekształcenie łóżek na innych oddziałach wykazujących niskie obłożenie lub utworzenie nowych ośrodków z uwzględnieniem powiatów: tucholskiego (20 łóżek), sępoleńskiego (20 łóżek), nakielskiego (20 łóżek), żnińskiego (20 łóżek), mogileńskiego (20 łóżek), radziejowskiego (20 łóżek), aleksandrowskiego (20 łóżek), chełmińskiego (20 łóżek), brodnickiego (20 łóżek), golubsko-dobrzyńskiego (20 łóżek), wąbrzeskiego (20 łóżek), lipnowskiego (20 łóżek) oraz Bydgoszczy (20 łóżek) i Toruniu (1 łóżko).

Uzasadnienie działania:

Wskaźnik liczby ośrodków na 100 tys. ludności niższy niż średnia dla kraju. Prognozy demograficzne i epidemiologiczne. Zróżnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Wskaźnik liczby łóżek na 1 mln ludności niższy od średniej dla kraju.

Cele i zadania Programu

Celem głównym programu jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.

Cel operacyjny nr 1

Rozwój infrastruktury w zakresie opieki długoterminowej.

Zmiany demograficzne prowadzące do starzenia się społeczeństwa pociągają za sobą potrzebę rozwoju różnych form opieki długoterminowej dostosowanej do potrzeb osób niesamodzielnych. Opieka długoterminowa to świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez jednostki powołane do realizowania takich świadczeń, tj. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i hospicyjno-paliatywne oraz podmioty świadczące opiekę długoterminową w domu chorego, a także opieka długoterminowa świadczona przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowe, specjalistyczne przychodnie geriatryczne, szpitale, podmioty rehabilitacyjne, a także system Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zadaniami planowanymi do realizacji w zakresie niniejszego celu jest przeprowadzenie niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych inwestycji, w szczególności wykonanie prac remontowych i budowlanych dotyczących opieki długoterminowej wraz z doposażeniem placówek związanych z opieką długoterminową, czyli opiekuńczo-leczniczą, pielęgnacyjno-opiekuńczą oraz hospicyjną, w sprzęt medyczny oraz innym wyposażeniem niezbędnym do świadczenia usług zdrowotnych.

Wskaźniki monitorujące:

- Liczba osób korzystających z infrastruktury wspartej w zakresie opieki długoterminowej.
- Liczba wspartych jednostek działających w obszarze opieki długoterminowej.
- Liczba zakupionego sprzętu specjalistycznego/aparatury medycznej.

Cel operacyjny nr 2

Rozwój infrastruktury oddziałów chorób wewnętrznych.

Oddział chorób wewnętrznych jest jednym z niewielu oddziałów wszechstronnie leczących i opiekujących się pacjentami obciążonymi wieloma chorobami. W oddziale funkcjonują często łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego. Oddział wewnętrzny stanowi ważną rolę dla pacjentów będących mieszkańcami regionu z uwagi na fakt, że na oddziale prowadzeni są pacjenci z wieloma chorobami współistniejącymi. Lekarze prowadzący współpracują ze szpitalami specjalistycznymi, przyjmując pacjentów przekazywanych po

leczeniu specjalistycznym do leczenia interdyscyplinarnego i odwrotnie. Ponadto, oddziały chorób wewnętrznych często podejmują opiekę nad osobami niesamodzielnymi oraz geriatrycznymi.

Planowane działania do realizacji w zakresie niniejszego celu będą dotyczyły przeprowadzenia niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych inwestycji, w szczególności i wykonanie prac remontowych i budowlanych oraz wraz z doposażeniem w sprzęt medyczny oraz innym wyposażeniem niezbędnym do świadczenia usług zdrowotnych na oddziałach wewnętrznych.

Wskaźniki monitorujące:

- Liczba osób korzystających z infrastruktury wspartej w zakresie oddziałów wewnętrznych.
- Liczba wspartych jednostek w zakresie modernizacji lub doposażenia oddziału wewnętrznego.
- Liczba zakupionego sprzętu specjalistycznego/aparatury medycznej.

Cel operacyjny nr 3

Rozwój infrastruktury związanej z opieką geriatryczną.

W kontekście wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia najistotniejsze wydają się zmiany zachodzące w zakresie struktury wiekowej społeczeństwa. Starzenie się społeczeństwa jest procesem, który przyczynia się do wzrostu liczby ludności w najstarszych grupach wiekowych. Dodatkowo, wraz z wydłużeniem przeciętnego trwania życia spodziewać się można wzrostu odsetka lat życia z chorobami przewlekłymi oraz niepełnosprawnością.

W związku z zachodzącymi procesami oraz niskim poziomem zabezpieczenia tych potrzeb wzrasta konieczność zapewnienia opieki medycznej nakierowanej na osoby starsze oraz z niepełnosprawnościami.

Planowane działania do realizacji w zakresie niniejszego celu będą dotyczyły przeprowadzenia niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych inwestycji, w szczególności wykonanie prac remontowych i budowlanych wraz z doposażeniem placówek w sprzęt medyczny oraz innym wyposażeniem niezbędnym w zakresie udzielania świadczeń geriatrycznych.

Wskaźniki monitorujące:

- Liczba osób korzystających z infrastruktury wspartej w zakresie oddziałów geriatrycznych / świadczących opiekę geriatryczną.
- Liczba wspartych jednostek w zakresie modernizacji lub doposażenia oddziału wewnętrznego.
- Liczba zakupionego sprzętu specjalistycznego/aparatury medycznej.

Zarządzanie i monitorowanie Programu

Efektywne koordynowanie wdrażania Programu spoczywa na komórkach Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego właściwych do spraw zdrowia. Realizacja Programu ma charakter ciągły, zadania będą realizowane przez cały okres jego obowiązywania. Mając na uwadze wcześniejsze doświadczenia, realizację Programu który obejmuje szereg działań zdrowotno-społecznych zakłada się przy aktywnej współpracy i udziale administracji rządowej i instytucji szczebla centralnego, jednostek samorządu terytorialnego (zwłaszcza powiatów) i ich jednostek organizacyjnych, podmiotów leczniczych, specjalistów i ekspertów, instytucji zapewniających wsparcie i opiekę dla osób niesamodzielnych, starszych oraz wszystkich podmiotów zaangażowanych w opiekę zdrowotną dotyczącą chorób wewnętrznych, geriatrycznych oraz opiekę długoterminową.

Monitoring realizacji zadań, w oparciu o przyjęte wskaźniki, odbywać się będzie systematycznie przy współudziale wielu instytucji współpracujących i zaangażowanych w jego realizację. W celu zapewnienia skuteczności realizacji Programu konieczne jest ciągłe i systematyczne śledzenie zjawisk, działań i problemów, które są przedmiotem Programu. Pozyskiwane informacje pozwolą na bieżąco weryfikować skuteczność i efektywność realizowanych zadań w kontekście osiągnięcia określonych celów.