

Program zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców



Warszawa, 14 sierpnia 2014 r.

Projekt „Program działań dla miejskich obszarów funkcjonalnych Bydgoszczy i Torunia w nowej perspektywie finansowej 2014-2020” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego



POMOC TECHNICZNA
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO
INFRASTRUKTURY I ROZWOJU

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Spis treści

Spis treści	2
1. Wprowadzenie	6
1.1 Informacje wstępne	6
1.2 Cel i zakres dokumentu	7
1.3 Metodologia wykorzystana w trakcie realizacji projektu	7
1.4 Rola jednostek samorządu terytorialnego w systemie opieki zdrowotnej	9
1.5 Obszar terytorialny BTOF	10
2. Diagnoza	12
2.1 Sytuacja demograficzna	12
2.1.1 Liczba ludności	12
2.1.2 Ruch naturalny ludności	16
2.2 Sytuacja zdrowotna	17
2.2.1 Stan zdrowia dzieci i młodzieży do lat 18	17
2.2.2 Stan zdrowia ludności 19+	28
2.2.3 Zgony według przyczyn	38
2.3 Działalność podmiotów leczniczych	39
W analizie działalności podmiotów leczniczych należy zwrócić uwagę na dwa aspekty:	39
• Zasoby infrastrukturalne tj. liczba i rodzaj podmiotów świadczących usługi medyczne oraz ich wyposażenie w specjalistyczny sprzęt	39
• Dostępność wykwalifikowanej kadry zdolnej do świadczenia wysokospecjalistycznych usług medycznych.	39
2.3.1 Zasoby infrastrukturalne	39
2.1.1 Opieka stacjonarna	39
2.1.2 Działalność ambulatoryjna, specjalistyczna opieka zdrowotna	44
2.1.3 Opieka długoterminowa	46
2.1.4 System ratownictwa medycznego	47
2.1.5 Zobowiązania finansowe podmiotów leczniczych	51
2.1.6 Zasoby kadrowe	52
2.2 Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna	57
2.3 Inwestycje w obszarze zdrowia	60
2.4 Kluczowe wnioski z diagnozy	65
3. Analiza SWOT	67
4. Cele i działania strategiczne	69
5. Źródła finansowania	80
6. Harmonogram realizacji Programu	83

7. System monitoringu i ewaluacji wdrażania Programu	86
Bibliografia	92
Spis tabel, map, schematów i wykresów	93
Załączniki	96
7.1 Fiszki projektowe dot. planowanych inwestycji w ochronie zdrowia zgłoszone przez gminy BTOF	96
Tabele statystyczne	120

Wykaz skrótów:

BTOF – Bydgosko-Toruński Obszar Funkcjonalny

GUS – Główny Urząd Statystyczny

JST – jednostka samorządu terytorialnego

KP UW – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki

OF – obszar funkcjonalny

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy

ZPO – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

1. Wprowadzenie

1.1 Informacje wstępne

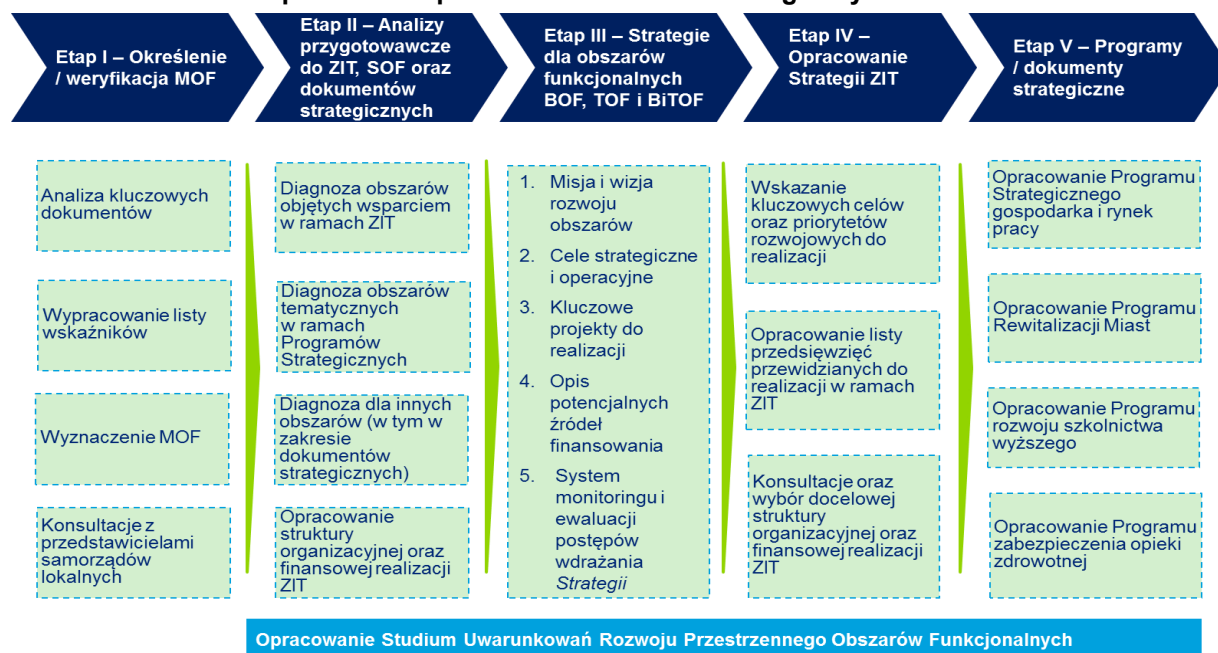
Niniejszy Program został sporządzony w ramach opracowywania kompleksowego pakietu dokumentów mających za cel przygotowanie planu rozwoju społeczno-gospodarczego oraz zaplanowanie działań inwestycyjnych finansowanych ze środków publicznych na terenie Bydgosko-Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego w perspektywie lat 2014- 2020.

Dokumenty opracowane w ramach omawianego pakietu obejmowały:

1. Delimitację Bydgosko-Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego – wyznaczenie jego granic;
2. Przedmiotową Strategię Rozwoju Bydgosko-Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego;
3. Strategię Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych dla Bydgosko-Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego, która będzie wskazywać oraz terytorialnie koordynować kierunki finansowanych ze środków publicznych działań inwestycyjnych na jego terenie.
4. Cztery dokumenty strategiczne:
 - Program strategiczny gospodarka i rynek pracy;
 - Program Rewitalizacji Miast;
 - Program rozwoju szkolnictwa wyższego;
 - **Program zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców.**
5. Studium Uwarunkowań Rozwoju Przestrzennego Obszaru Funkcjonalnego – obrazujące w sposób zbiorczy uwarunkowania administracyjne, społeczne, gospodarcze oraz infrastrukturalne rozwoju obszaru.

W związku z faktem, iż wszystkie powyższe dokumenty są ze sobą silnie powiązane, opracowywane były w ramach jednego procesu uwzględniającego ich wzajemne zależności. Proces ten przedstawiony został na poniższym wykresie.

Schemat 1 Proces opracowania pakietu dokumentów strategicznych dla BTOF



Źródło: Opracowanie własne

W ramach Etapu I przeprowadzone zostały analizy pozwalające na wyznaczenie granic Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Bydgoszczy i Torunia. W ramach Etapu II przeprowadzone zostały analizy diagnostyczne na potrzeby wszystkich opracowywanych dokumentów. Etapem III procesu opracowywania powyższego pakietu dokumentów było opracowanie Strategii Rozwoju Obszaru Funkcjonalnego, a na jej podstawie Strategii Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (Etap IV). Uszczegółowieniem dla dokumentów strategicznych są Programy Strategiczne, w tym Program zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców.

1.2 Cel i zakres dokumentu

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie aktualnej sytuacji w zakresie ochrony zdrowia na Bydgosko-Toruńskim Obszarze Funkcjonalnym (BTOF) oraz wskazanie działań, które docelowo powinny doprowadzić do stworzenia spójnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia.

Dokument zawiera opis aktualnej sytuacji demograficznej i zdrowotnej oraz sytuacji w zakresie działalności placówek ochrony zdrowia: zasoby systemu ochrony zdrowia w opiece stacjonarnej, ambulatoryjnej i opiece długoterminowej, zatrudnienie personelu medycznego. Analizą objęto również realizowane dotychczas inwestycje w sektorze ochrony zdrowia. Diagnoza stanowi podstawę określenia kierunków zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców. Jednocześnie określa najważniejsze rekomendacje dla kreatorów i realizatorów polityki zdrowotnej na badanym obszarze, służące poprawie efektywności i skuteczności szeroko rozumianej polityki zdrowotnej.

Dokument jest wyrazem dążenia do zapewnienia mieszkańcom Obszaru Funkcjonalnego (OF) swobodnego i równego dostępu do opieki medycznej o możliwie najwyższym standardzie. W tym kontekście dokonano analizy SWOT rynku opieki zdrowotnej na badanym obszarze

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy zidentyfikowano cele i działania strategiczne ukierunkowane na budowanie skoordynowanej opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym.

1.3 Metodologia wykorzystana w trakcie realizacji projektu

Program zabezpieczenia opieki zdrowotnej został opracowany zgodnie z III-etapowym podejściem przedstawionym poniżej.

Schemat 2 Schemat opracowania Programu zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne

W ramach **Etapu I** poświęconego analizie uwarunkowań rozwojowych regionu przeanalizowany został szeroki zakres dokumentów stworzonych na poziomie lokalnym, wojewódzkim, krajowym oraz UE. Dokument powstał jako rezultat analizy danych i informacji otrzymanych z opracowań Urzędów Gmin, Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego, Banku Danych Lokalnych GUS oraz opinii ekspertów. Należy zauważyć, że w wielu przypadkach posłużono się danymi statystycznymi na poziomie powiatów, gdyż dane na poziomie poszczególnych gmin były niedostępne lub nie mogły być udostępnione ze względu na tajemnicę statystyczną. Założono, że tendencje np. w zakresie zachorowalności na dane jednostki chorobowe występujące w powiecie, będą charakterystyczne także dla mniejszego obszaru jakim są wybrane gminy powiatu wchodzące w skład BTOF.

W ramach **Etapu II** przeprowadzono wywiady pogłębione z kluczowymi interesariuszami reprezentującymi Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawców usług medycznych, JST, inne. **Etap III** służył sformułowaniu wniosków i rekomendacji, a także opracowaniu finalnej wersji dokumentu.

Założenia Programu uwzględniają zapisy dokumentów planistycznych i strategicznych o charakterze międzynarodowym, krajowym i regionalnym, uwzględniając zasady komplementarności.

Spójność z dokumentami UE:

- Zdrowie 2020 – Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka

Spójność z dokumentami krajowymi:

- Strategia Sprawne Państwo
- Strategia Rozwoju Kraju 2020
- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2030
- Narodowy Program Zdrowia 2007-2015
- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego 2013-2016 POLKARD.

Spójność z dokumentami regionalnymi, w tym przede wszystkim:

- Obowiązujące strategie rozwoju poszczególnych gmin, powiatów i miast Obszaru Funkcjonalnego
- Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020
- Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020. Plan modernizacji 2020+
- Obowiązujące strategie integracji i rozwiązywania problemów społecznych poszczególnych gmin

1.4 Rola jednostek samorządu terytorialnego w systemie opieki zdrowotnej

Od 1997 r. samorządy terytorialne uzyskały większą autonomię w realizacji zadań publicznych wcześniej zastrzeżonych dla organów władz publicznych wyższych szczebli. Wśród aktualnych zadań JST wskazuje się na szacowanie potrzeb zdrowotnych, dbałość o zasoby systemu (infrastrukturalne) oraz działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Dodatkowo JST pełnią także funkcję organów założycielskich łącząc zadania zarządcze i kontrolne. Podmiotem koordynującym działania JST jest Wojewoda, który równocześnie realizuje zadania z zakresu: zapobiegania zagrożeniom zdrowia i życia, nadzór sanitarny oraz ratownictwo medyczne.

Za finansowanie świadczeń zdrowotnych odpowiada płatnik systemu NFZ. Stąd podmioty JST mają marginalny wpływ na dochody świadczeniodawców. W przypadku niewypłacalności podmiotu leczniczego JST (głównie powiaty) zobowiązane są do przejęcia zadłużenia i ewentualnej decyzji o likwidacji lub przekształceniu SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego.

W literaturze wskazuje się na trudności w koordynacji działań w obszarze ochrony zdrowia, wynikające z decentralizacji administracji samorządowej i stąd rozproszenia jednostek organizacyjnych i założycielskich podmiotów leczniczych na różnych szczeblach władzy [Golinowska S. red., 2012, s. 51].

1.5 Obszar terytorialny BTOF

Obszarem realizacji Programu zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców jest obszar funkcjonalny wyznaczony w ramach analiz delimitacyjnych a następnie, określony uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego Nr 15/463/14 z dnia 8 kwietnia 2014 r.

Mapa 1 Gminy wchodzące w skład Bydgosko-Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego



Źródło: Opracowanie własne

Bydgosko-Toruński Obszar Funkcjonalny tworzy 25 JST w tym: Bydgoszcz i Toruń, wszystkie gminy z powiatów bydgoskiego i toruńskiego oraz z sąsiednich powiatów gminy Łabiszyn, Nakło n. Notecią, Szubin i Kowalewo Pomorskie, a także powiaty bydgoski i toruński.

2. Diagnoza

Diagnoza systemu opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym zawiera zarówno opis uwarunkowań kadrowych i infrastrukturalnych, jak i wskaźników zdrowotnych mieszkańców. Obejmuje ona sytuację demograficzną w poszczególnych gminach, wskazując na obszary problemowe.

2.1 Sytuacja demograficzna

2.1.1 Liczba ludności

Analizowany obszar charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem w liczbie ludności zamieszkującej poszczególne gminy w latach 2008 i 2012. Aktualnie najbardziej zaludnione obszary to miasta Bydgoszcz i Toruń. Najbardziej dynamiczny przyrost ludności odnotowały w latach 2008-2012 gminy Obrowo, Białe Błota i Osielsko (odpowiednio 21%, 17% i 13%). Zgodnie z prognozami do 2035 r. liczba ludności obszarów podmiejskich będzie rosła: dla powiatu bydgoskiego będzie to wzrost rzędu 18%, dla powiatu toruńskiego 16,5%, przy jednoczesnym prognozowanym spadku liczby ludności w powiatach grodzkich: Bydgoszczy o 6,4% i Toruniu o 4,7% oraz prognozowanym spadku liczebności populacji województwa do 2035 roku o 8,3%.

Tabela 1 Liczba ludności zamieszkującej badany obszar w latach 2008 i 2012

Gmina	Liczba mieszkańców	Powierzchnia (km ²)	Gęstość zaludnienia
Bydgoszcz	361 254	176	2 052,58
Toruń	204 299	116	1 761,20
Nakło nad Notecią	32 527	187	173,94
Koronowo	24 089	412	58,47
Szubin	23 981	332	72,23
Lubicz	18 940	106	178,68
Białe Błota	18 693	123	151,98
Solec Kujawski	16 805	175	96,03
Chelmża - Miasto	15 066	7	1 931,54
Obrowo	13 672	162	84,40
Zławieś Wielka	12 982	178	72,93
Osielsko	11 970	102	117,35
Kowalewo Pomorskie	11 611	141	82,35
Dobrcz	10 608	130	81,60
Łabiszyn	9 792	167	58,63
Chelmża – Gmina	9 738	180	54,1
Sicienko	9 702	180	53,9
Nowa Wieś Wielka	9 557	148	64,57
Łysomice	9 272	127	73,01
Czernikowo	8 912	170	52,42
Dąbrowa Chelmińska	7 926	125	63,41
Łubianka	6 496	84	77,33
Wielka Nieszawka	4 813	216	22,28

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Bardzo istotne dla zabezpieczenia opieki zdrowotnej są zmiany w liczebności i strukturze poszczególnych grup ekonomicznych, wskazujące na starzenie się populacji i wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Struktura ludności

Struktura płci i wieku społeczeństwa w Bydgosko-Toruńskim Obszarze Funkcjonalnym wskazuje, że podobnie jak w całym kraju, jest to społeczeństwo starzejące się. Proces będzie przebiegał poprzez zmniejszenie udziału grupy przedprodukcyjnej oraz wzrost udziału grupy produkcyjnej, następnie przy zmniejszeniu udziału grupy produkcyjnej i wzroście udziału grupy poprodukcyjnej (por. Załącznik Tabele nr 1 -3).

Tabela 2. Struktura wieku w Bydgosko-Toruńskim Obszarze Funkcjonalnym w 2012 r.

Wiek	Liczba osób	Procentowa struktura	Wskaźnik obciążenia demograficznego
0-14	152055	17,9%	55,6
15-64	547972	64,2%	
65+	152678	17,9%	

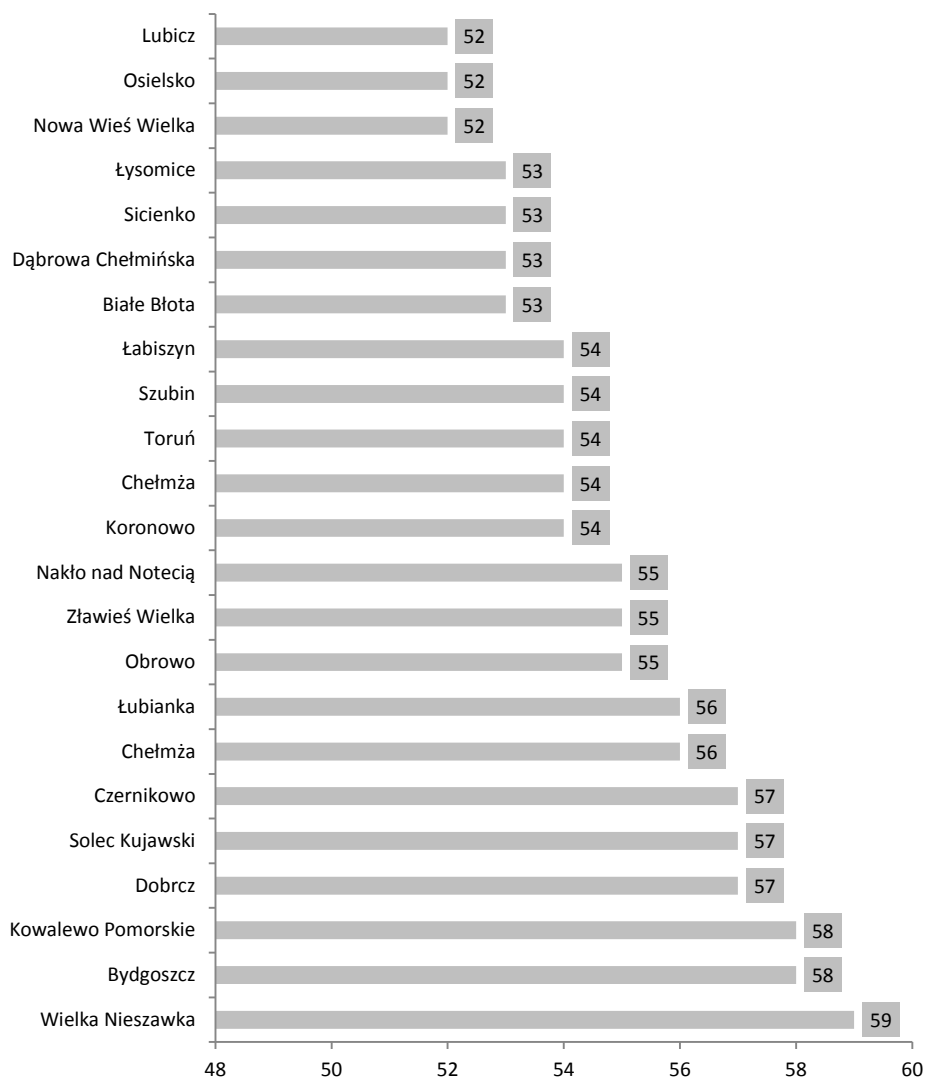
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, dostęp 23.04.2014

Na obszarze funkcjonalnym żyje więcej kobiet niż mężczyzn. Ludność płci męskiej i żeńskiej w poszczególnych kohortach wiekowych zmienia się w czasie i jest zależna od procesów demograficznych, w tym zwłaszcza od liczby urodzeń i zgonów. Możemy zaobserwować, że do 14 roku życia występuje nieznaczna przewaga liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. Natomiast powyżej 50 roku życia zaznacza się coraz większa przewaga liczby kobiet.

Konsekwencją danej struktury wieku ludności jest wskaźnik obciążenia demograficznego. Jest to stosunek liczby osób w wieku, gdy są one nieaktywne lub bierne zawodowo, czyli ludność w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej) oraz poprodukcyjnym (liczba osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej) do liczby osób będących w wieku produkcyjnym (liczba osób w wieku 18 - 59 lub 64 lata)¹. Obciążenie demograficzne informuje więc, ile osób w wieku nieprodukcyjnym przypada na 100 osób będących w wieku produkcyjnym. W 2002 r. średnie obciążenie demograficzne w badanym obszarze wyniosło 55,8, a w 2012r. 55,6. Należy zauważyć, że spadek wartości obciążenia demograficznego wynika ze spadku liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (dzieci i młodzież do 17 roku życia). Spadek tej wartości jest na tyle istotny, że, mimo wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym, ogólna wartość obciążenia demograficznego obniżyła się.

¹ Zgodnie z definicją GUS

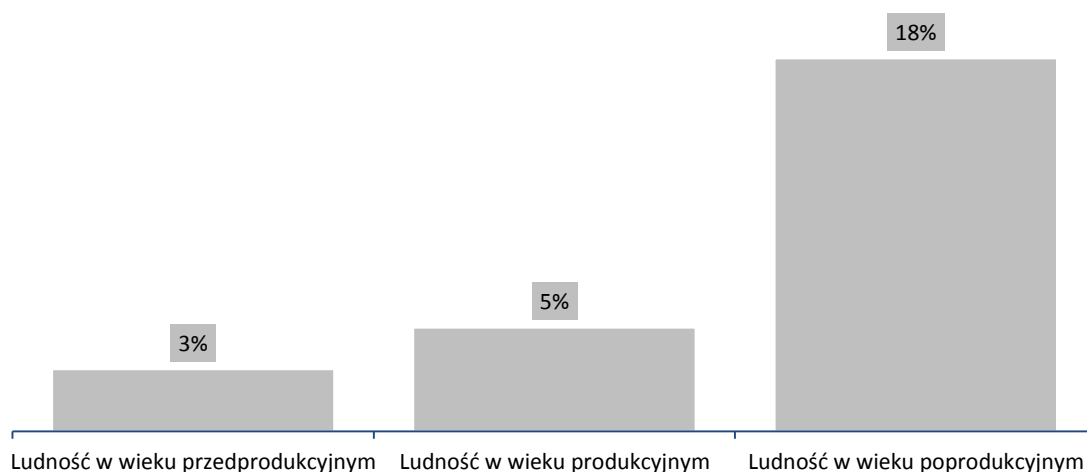
Wykres 1 Obciążenie demograficzne w gminach BTOF (stan na 2012 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Największe obciążenie demograficzne występuje w gminach: Wielka Nieszawka, Kowalewo Pomorskie oraz w Bydgoszczy. Najniższy wskaźnik obciążenia demograficznego występuje w gminach: Lubicz, Nowa Wieś Wielka oraz Osielsko. Badane gminy charakteryzują się dużą rozpiętością w przyroście najmłodszych grup wiekowych (do 14 roku życia).

Wykres 2 Średnia przyrostu dla grup wiekowych ludności w okresie 2008-2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Od 2008 roku największą zwyczaję ludności w tej grupie wiekowej odnotowano w Gminie Obrowo (19%) i Białe Błota (16%), natomiast trendy ujemne w gminach: Chełmża (-7%), Nakło nad Notecią (-3%), Kowalewo Pomorskie (-2%), Koronowo (-2%), Dąbrowa Chełmińska (-1%), Sicienko (-1%). Średnia przyrostu dla całego badanego obszaru w tej grupie wiekowej wyniosła 3%.

W grupie ludności w wieku produkcyjnym najwyższy przyrost od roku 2008 odnotowały gminy Obrowo i Białe Błota (odpowiednio 19% i 15%), natomiast wskaźnikami ujemnymi cechują się: Toruń (-5%), Bydgoszcz (-3%), Nakło nad Notecią i Chełmża (-1%). Średnia przyrostu dla całego badanego obszaru w tej grupie wiekowej wyniosła 5%.

Procentowo – najwyższy udział ludności w wieku poprodukcyjnym odnotowano w Bydgoszczy i Toruniu (odpowiednio 20,8 i 18,6%), a także w Gminach: Solec Kujawski – 16,6% i Kowalewo Pomorskie – 16,1%. Średnia przyrostu dla całego badanego obszaru w tej grupie wiekowej wyniosła 18%.

Największy wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym w badanym okresie odnotowały gminy: Nowa Wieś Wielka (+28%), Osielsko (+28%), Obrowo (+27%), Wielka Nieszawka (+26%) i Lubicz (+26%). Na terenach gmin bezpośrednio sąsiadujących z dużymi obszarami miejskimi Bydgoszczy i Torunia odnotowano wzrost ludności we wszystkich grupach wiekowych.

Na terenach miast i gmin: Bydgoszcz, Toruń, Nakło nad Notecią, Chełmża odnotowano spadek ludności w wieku produkcyjnym, co ma negatywne konsekwencje dla finansów jednostek samorządu terytorialnego. Może to skutkować obniżanymi inwestycjami samorządowymi w obszarze opieki zdrowotnej.

2.1.2 Ruch naturalny ludności

Na całym badanym obszarze od roku 2008 odnotowano 11% spadek liczby urodzeń. Najwyższy spadek zaobserwowano w gminie Łabiszyn (-28%), Łubianka (-23%), Osielsko (-20%). Gminy Obrowo, Białe Błota i Dobrcz odnotowały niewielki wzrost liczby urodzeń. Zgodnie z prognozą, trendem utrzymującym się będzie stały spadek liczby urodzeń.

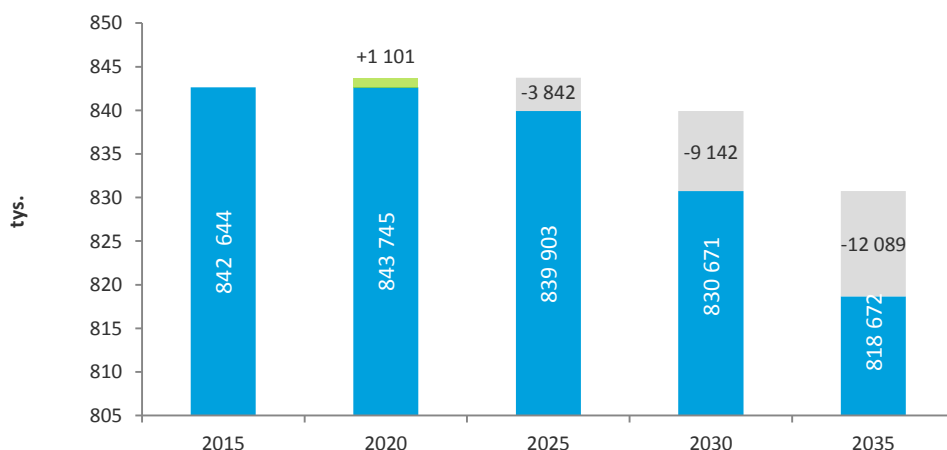
Wskaźnik przyrostu naturalnego (nadwyżki liczby urodzeń żywych nad liczbą zgonów) w przeciągu ostatnich lat na badanym obszarze zmniejszył się: średnio dla wszystkich badanych gmin w 2008 roku wynosił on 53, w 2012 roku 11.

Wskaźniki te różnią się znacznie w poszczególnych gminach: najwyższy przyrost naturalny odnotowuje się w gminie Lubicz (107), Toruń (104), Białe Błota (90) i Szubin (72); z kolei najniższy w Bydgoszczy (-577) i Chełmża (-37).

Prognozy dla województwa przewidują stały spadek przyrostu naturalnego z 1,6 w 2012 roku do -48 na 10 tys. ludności w roku 2035. Niski przyrost naturalny będzie skutkował starzeniem się społeczeństwa i wymusi wprowadzenie niezbędnych zmian do systemu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z prognozą ONZ liczba mieszkańców Polski zmniejszy się do 36,7 mln w roku 2035. W dłuższej perspektywie będzie to jednak znacznie dotkliwszy spadek. Według prognoz liczba mieszkańców naszego kraju w 2100 roku wyniesie 26 mln. Demografia będzie także niekorzystna na badanym obszarze funkcjonalnym, chociaż w latach 2008-2012 nastąpił nieznaczny wzrost liczby mieszkańców (o 2%). Ogółem na obszarze BTOF liczba ludności spadnie o 4% do około 818 tysięcy w 2035 roku. Wartość ta jednak jest większa dla bydgoskiej części obszaru funkcjonalnego – wynosi 7%. Jeśli chodzi o toruńską część obszaru funkcjonalnego to liczba ludności nieznacznie wzrośnie (o 1,1%). Znacznie zmniejszy się liczba mieszkańców miast rdzeni- Bydgoszczy i Torunia. Zgodnie z prognozami w 2035 r. w Bydgoszczy będzie mieszkało 284 tys. osób i jest to spadek o 21,3% względem 2012 roku. W Toruniu będzie 175 tys. mieszkańców i jest to spadek o 15,5 %. Wyludnianie się miast rdzeni ma także związek z procesem suburbanizacji. Warto jednak zwrócić uwagę na duże różnice pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi.

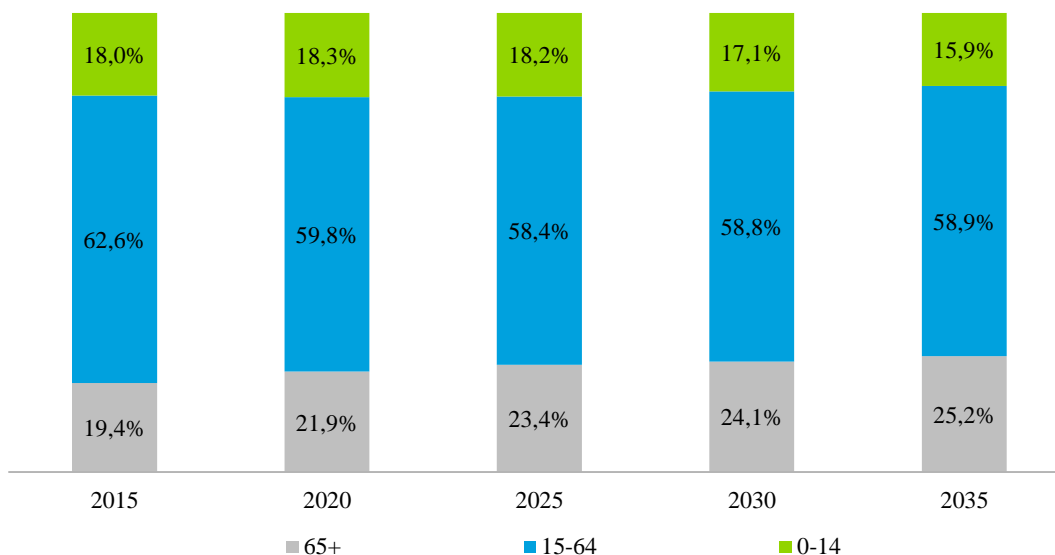
Wykres 3 Prognoza liczby ludności w BTOF w latach 2015-2035



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL, dostęp 23.04.2014

Według prognoz grupą, której liczebność w okresie 2012-2035 spadnie o 14,4% są osoby w wieku 0-14 lat. Spadać będzie również liczba osób w wieku 15-65. Z kolei aż o 35,1% zwiększy się liczba mieszkańców w wieku +65, co spowodowane jest przechodzeniem kolejnych roczników

wyżu demograficznego lat 50. na emeryturę. Udział emerytów wśród wszystkich mieszkańców BTOF wzrośnie w związku z tym z 19,4% w 2015 roku do 25,2% w roku 2035. Udział osób w wieku 0-64 lat zmniejszy się z 80,6% do 74,8%.



Wykres 4 Prognozowana struktura wieku mieszkańców BTOF w latach 2015-2035

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL, dostęp 23.04.2014

2.2 Sytuacja zdrowotna

2.2.1 Stan zdrowia dzieci i młodzieży do lat 18

BTOF zamieszkują 127153 osoby w wieku 0-18. Badany obszar charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w zakresie zdrowotności dzieci. Szczególnie niekorzystna sytuacja zdrowotna w zakresie zapadalności na nowotwory, niedokrwistości, cukrzycę i dychawicę oskrzelową występuje w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn), jednak ten obszar cechuje się najniższymi wskaźnikami otyłości. Powiat nakielski (gm. Nakło nad Notecią i gm. Szubin) cechuje się z kolei niskimi wskaźnikami zapadalności na cukrzycę i choroby tarczycy oraz poprawą wskaźników otyłości. Powiat golubsko-dobrzyński (gm. Kowalewo Pomorskie) charakteryzuje się wysokimi odsetkami otyłości oraz zaburzeń refrakcji i akomodacji oka, zapadalności na alergie pokarmowe. Toruń i powiat toruński cechuje się z kolei wysoką zapadalnością na alergie skórne, a Bydgoszcz i powiat bydgoski – na choroby kręgosłupa.

Trudno jednoznacznie wskazać na przyczynę istniejącego zróżnicowania, choć wśród badanych jednostek chorobowych, które zaliczane są do chorób cywilizacyjnych wskazuje się na istotne znaczenie stylu życia i świadomości zdrowotnej dzieci i ich opiekunów. Zdiagnozowana sytuacja wskazuje na potrzebę wspólnych (podmioty lecznicze, placówki oświatowe) i skoordynowanych działań oraz programów edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej.

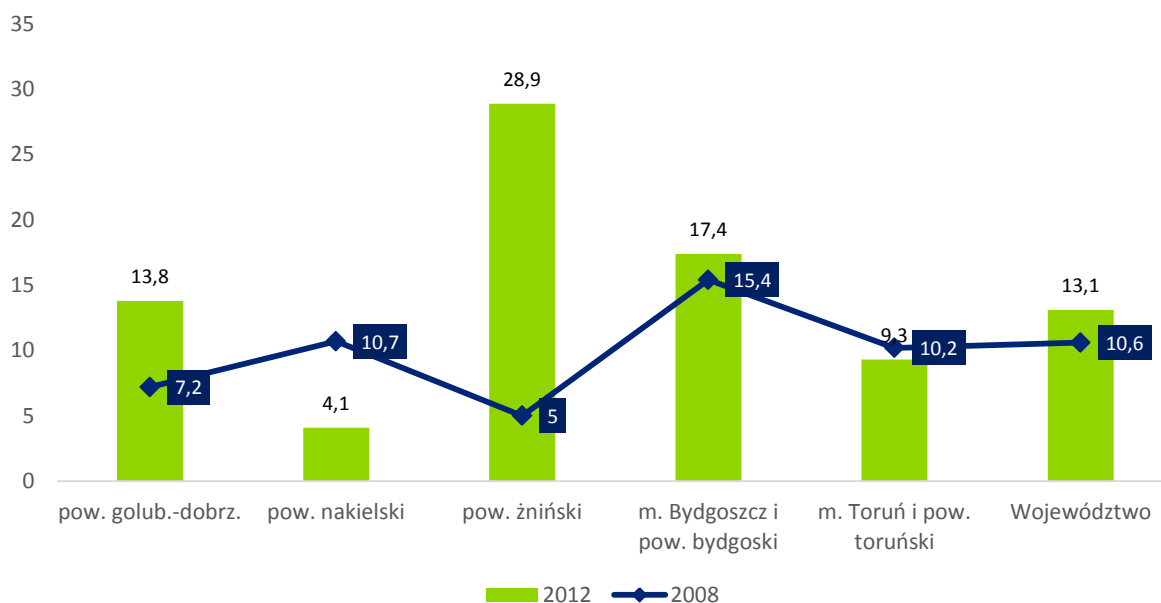
W analizie uwzględniono te jednostki chorobowe, które charakteryzowały się najwyższym rozpowszechnieniem wśród dzieci i młodzieży, tj.: nowotwory, niedokrwistości, choroby tarczycy,

cukrzyca, niedożywienie strukturalne, otyłość, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, dychawica oskrzelowa, alergie pokarmowe, alergie skórne oraz zniekształcenie kręgosłupa

Zachorowania na nowotwory

W zakresie zachorowań na nowotwory najgorszymi wskaźnikami cechuje się powiat zniński (gm. Łabiszyn) – w 2008 roku współczynnik na 10 tys. ludności do 18 roku życia wynosił 5, w roku 2012 – 28,9. Tendencje wzrostowe w zakresie nowotworów odnotowuje się także w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) – wzrost o 6,6 w stosunku do 2008 r., a także w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim – 15,4 w 2008 i 17,4 w 2012, co znajduje odzwierciedlenie w tendencjach wzrostowych dla województwa. Obniżenie zapadalności na nowotwory odnotowano natomiast w Toruniu i powiecie toruńskim oraz powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin). Średni wskaźnik zapadalności dla obszaru BTOF dla roku 2012 wynosi 13,7 na 10 tys. osób i przewyższa średnią dla województwa (13,1).

Wykres 5 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono nowotwory, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Wśród nowotworów wieku dziecięcego najczęściej występują chłoniaki, nowotwory mózgu i białaczki. Wzrost zachorowań na nowotwory u dzieci, oprócz czynników dziedzicznych, jest wywołany także większym narażeniem na czynniki cywilizacyjne, takie jak promieniowanie jonizujące oraz związki

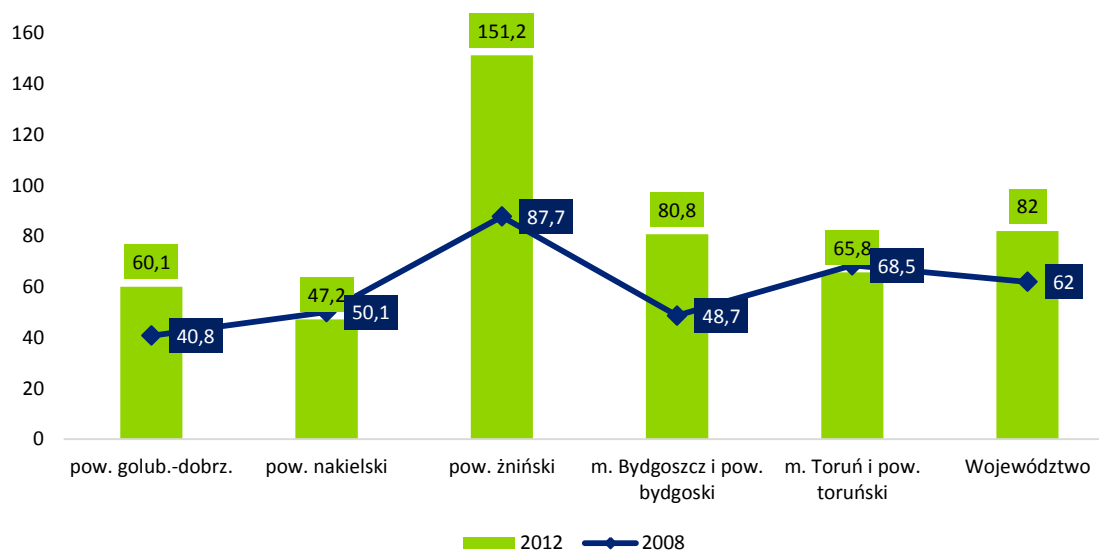
chemiczne w żywności. Należy zauważyć, że w przypadku leczenia nowotworów kluczowe znaczenie ma wczesna diagnostyka, także uwarunkowana odpowiednią edukacją rodziców.

Zachorowania na niedokrwistość

W 2012 roku odnotowano wzrost przypadków niedokrwistości wśród dzieci i młodzieży do 18 roku życia w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn), w 2008 r. było to 87,7 przypadków na 10 tys. osób, natomiast

w 2012 r. aż 151,2), golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) – odpowiednio 40,8 i 60,1 oraz w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim (48,7 i 80,8). Poprawa wskaźników miała miejsce w Toruniu i powiecie toruńskim oraz powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin). Średnie wskaźniki zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniosły 74,5 na 10 tys. osób i plasowały się poniżej średniej dla województwa (82).

Wykres 6 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono niedokrwistości, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



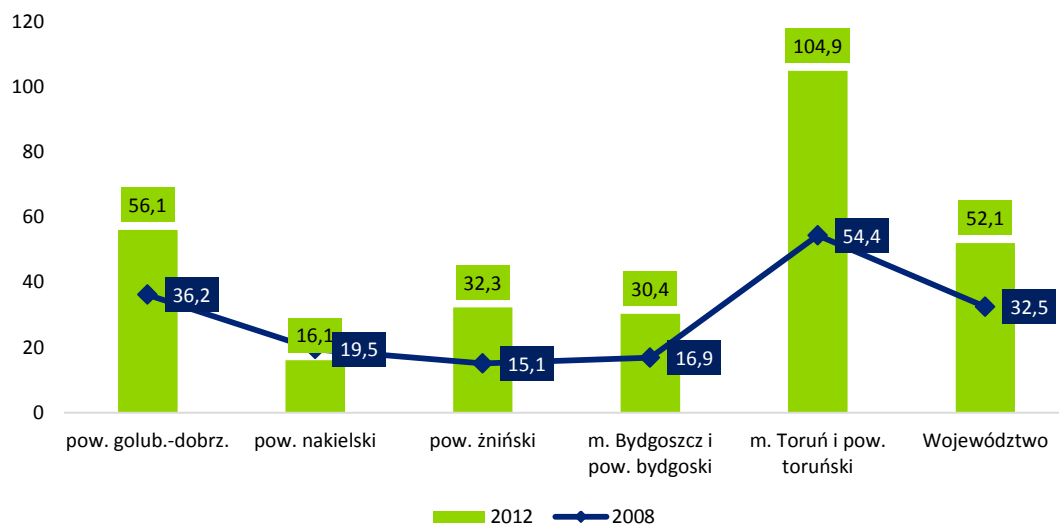
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na choroby tarczycy i cukrzycę

W zakresie zapadalności na choroby tarczycy u dzieci i młodzieży tendencje wzrostowe odnotowano w całym BTOF z wyjątkiem gmin Nakło nad Notecią i Szubin położonych w powiecie nakielskim. Powiat nakielski jest jednocześnie powiatem z najniższymi wskaźnikami dot. występowania tego schorzenia. Średnie wskaźniki zapadalności na choroby tarczycy na BTOF wynoszą 53,5 na 10 tys.osób

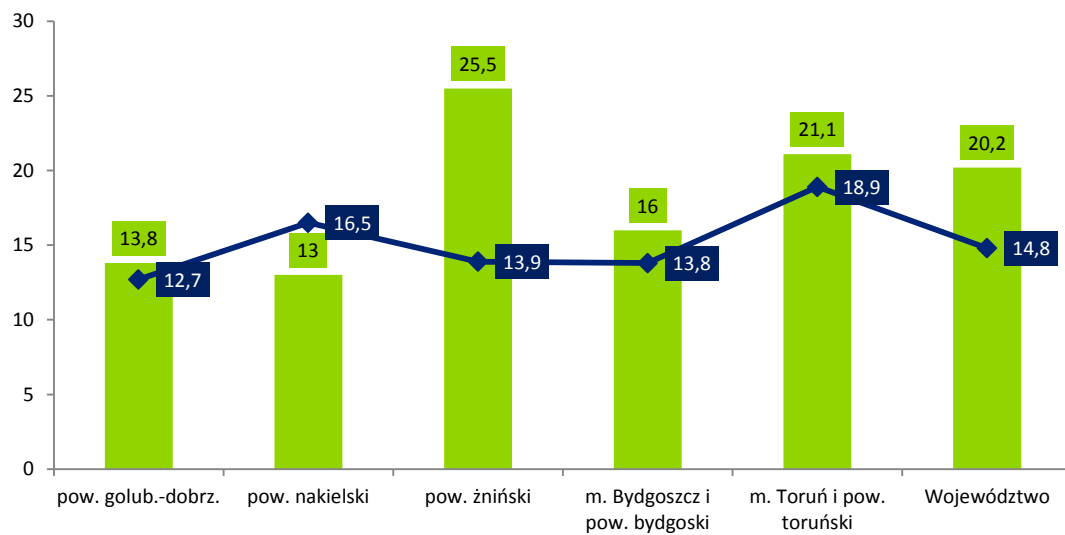
i nieznacznie przekraczają średnią dla województwa (52,1). Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku zachorowań na cukrzycę – tylko w powiecie nakielskim odnotowano poprawę zdrowotności – z 16,5 na 10 tys. w 2008 do 13 w 2012 roku. W przypadku chorób tarczycy szczególnie wysokie wskaźniki odnotowywane są w Toruniu i powiecie toruńskim (dla roku 2012 - 104,9, średnia dla województwa – 52,1). Miasto Toruń i powiat toruński cechują się także wyższą niż średnia dla województwa zapadalnością na cukrzycę, podobnie powiat żniński (gm. Łabiszyn) – w 2012 roku odpowiednio: 21,1; 25,5; województwo: 20,2. W przypadku cukrzycy także powiat nakielski (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin), odnotowuje najniższe na badanym obszarze wskaźniki zapadalności. Średnie wartości zapadalności na cukrzycę dla BTOF w 2012 roku wyniosły 17,4 na 10 tys. osób i były niższe niż średnia dla województwa (20,2).

Wykres 7 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono choroby tarczycy, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Wykres 8 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono cukrzycę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



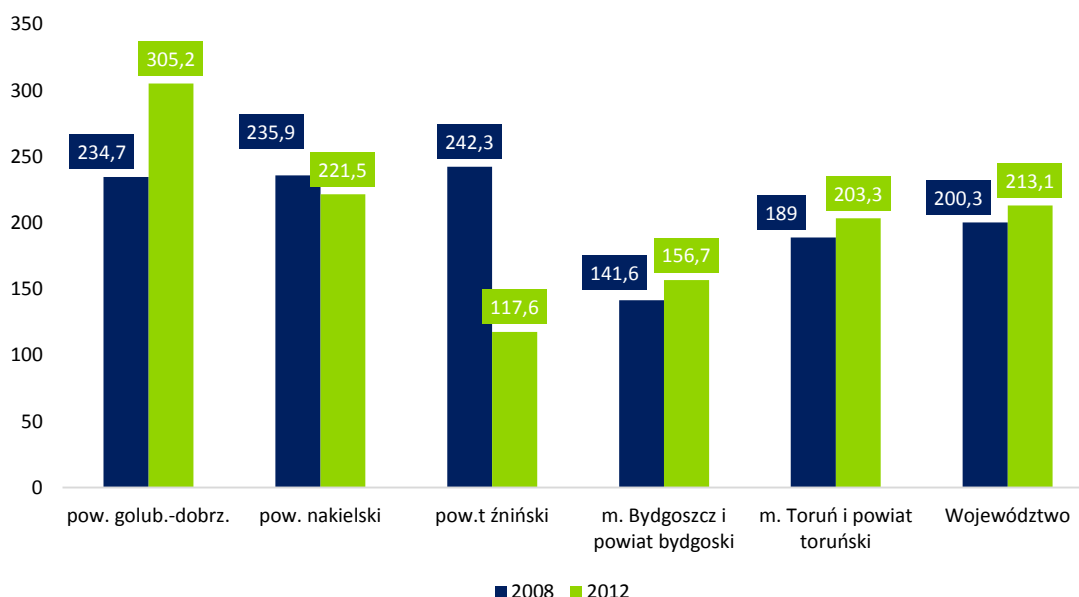
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Problemy zdrowotne u dzieci związane z niedożywieniem i otyłością

Niedożywienie strukturalne nie jest jednostką często zgłaszaną w sprawozdawczości na badanym obszarze. Średnia dla województwa wynosi 0,5 na 10 tys. ludności w wieku 0-18 (dla roku 2008 i 2012). W powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn) i nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin), nie zgłoszono żadnego przypadku niedożywienia, w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim oraz w Toruniu i powiecie toruńskim 0,5.

Łącznie na obszarze BTOF zanotowano 3462 przypadki otyłości u dzieci. Wzrost otyłości u dzieci i młodzieży cechuje wszystkie powiaty, z wyjątkiem żnińskiego (gm. Łabiszyn) i nakielskiego (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin) – przy czym w ostatnim mimo spadku liczby przypadków zgłoszonych, na 10 tys. ludności wynosi 221,5, co przekracza średnią dla województwa: wynoszącą 213,1. Najwyższe współczynniki otyłości odnotowuje się w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) wynoszące dla roku 2012 – 305,2, najniższe w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn) – 117,6. Średnie wskaźniki otyłości dla BTOF w 2012 roku wyniosły 219,1 i przewyższyły średnią dla województwa (213,1).

Wykres 9 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono otyłość, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



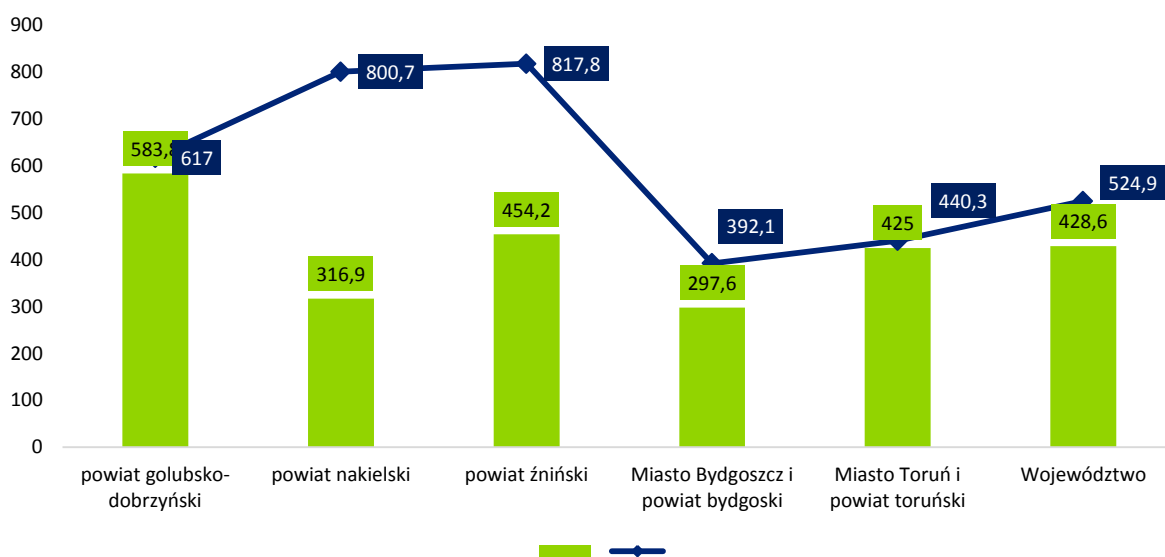
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka

Odsetek dzieci i młodzieży z zaburzeniami refrakcji i akomodacji oka w województwie spada – w roku 2008 – 524,9; w roku 2012 – 428,6 na 10 tys. Najwyższe wskaźniki odnotowuje się w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) – odpowiednio rok 2008 – 617; 2012 – 583,8, najniższe

w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim (2008 – 392,1; 2012 – 297,6). Średni współczynnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 441,6 na 10 tys. osób i przewyższył średnią zapadalność dla województwa (428,6).

Wykres 10 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



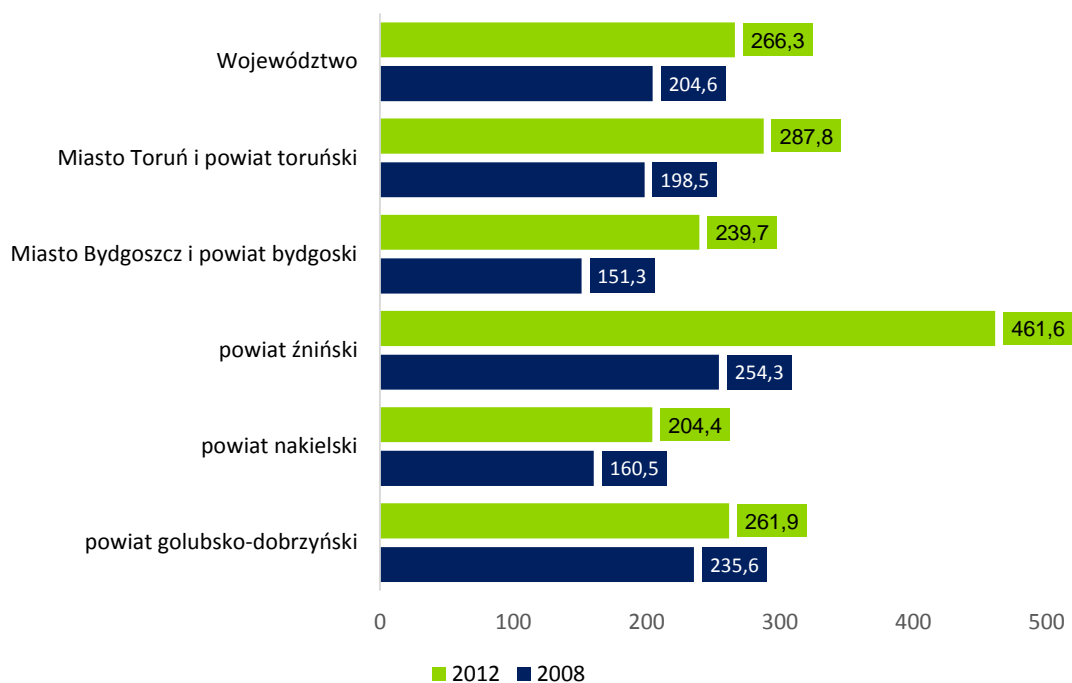
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka dzielą się na krótkowzroczność, dalekowzroczność i astygmatyzm. W krótkowzroczności obok czynników dziedzicznych duże znaczenie mają te wynikające ze stylu życia (np. wielogodzinne korzystanie z komputera). Spadek zapadalności może wynikać ze zwiększenia świadomości społecznej w kwestii reagowania rodziców na niepokojące objawy (mrużenie oczu, bóle głowy etc.) oraz zwiększenia wagi bilansów zdrowia dzieci w systemie opieki zdrowotnej.

Zapadalność na dychawicę oskrzelową

We wszystkich powiatach tendencje w zakresie zapadalności na dychawicę oskrzelową są rosnące. Najwyższe wskaźniki odnotowuje się w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn). W 2012 r. wskaźnik zapadalności na ww. chorobę wyniósł 461,6 przypadków na 10 tys. ludności, natomiast najniższe w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin), w 2012 – 204,4, przy średniej dla województwa 266,3. Wskaźnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 306,4 i znacznie przekroczył średnią dla województwa (266,3). Wzrost zapadalności można wiązać ze zwiększającym się narażeniem na alergen (także te wynikające z diety typowej dla krajów wysokorozwiniętych), czynniki drażniące – np. zanieczyszczenie środowiska, bierne wdychanie dymu tytoniowego oraz niski status społeczno-ekonomiczny.

Wykres 11 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono dychawicę oskrzelową, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)

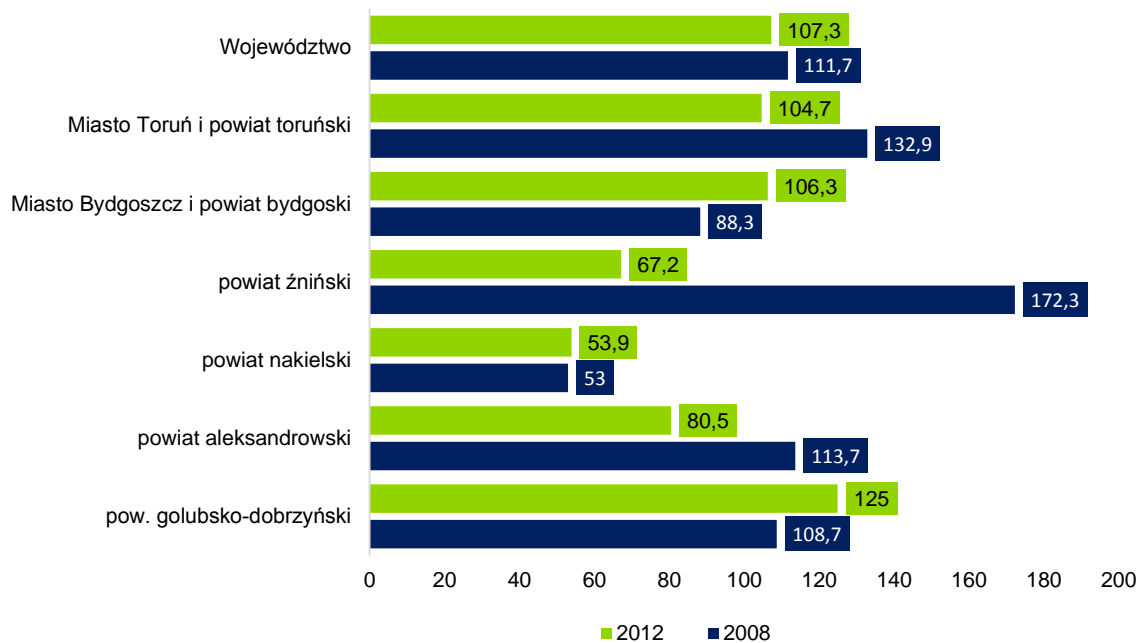


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zachorowania na alergie

W województwie odnotowuje się łagodne tendencje spadkowe w zakresie alergii pokarmowych (2008 – 111,7; 2012 – 107,3). Na badanym obszarze Bydgoszcz i powiat bydgoski, powiat golubsko-dobrzyński i nakielski odnotowały jednak wzrost zachorowań. Najwyższy współczynnik odnotowano w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie), najniższy (mimo wzrostu od roku 2008) w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin) – 53,9. Średni wskaźnik zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniósł 89,6 na 10 tys. osób i był znacznie niższy od średniej dla województwa (107,3).

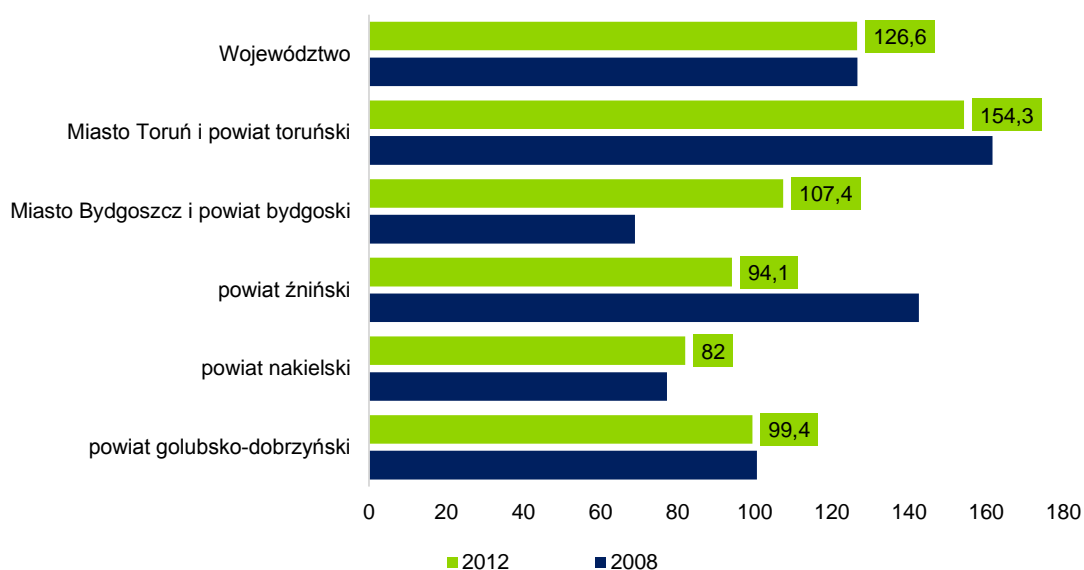
Wykres 12 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono alergie pokarmowe według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

W zakresie alergii skórnych najbardziej niepokojąca sytuacja na badanym obszarze ma miejsce w Toruniu i powiecie toruńskim – mimo spadku zachorowań od roku 2008 obszar ten cechuje się najwyższym wskaźnikiem (161,7 w roku 2008; 154,3 w roku 2012). Najniższy wskaźnik zapadalności odnotowuje się w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią, gm. Szubin), mimo wzrostu od roku 2008 (77,3 w roku 2008; 82 w roku 2012). Średni wskaźnik zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniósł 109,2 i był niższy od średniej dla województwa (126,6).

Wykres 13 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono alergię skórne, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)

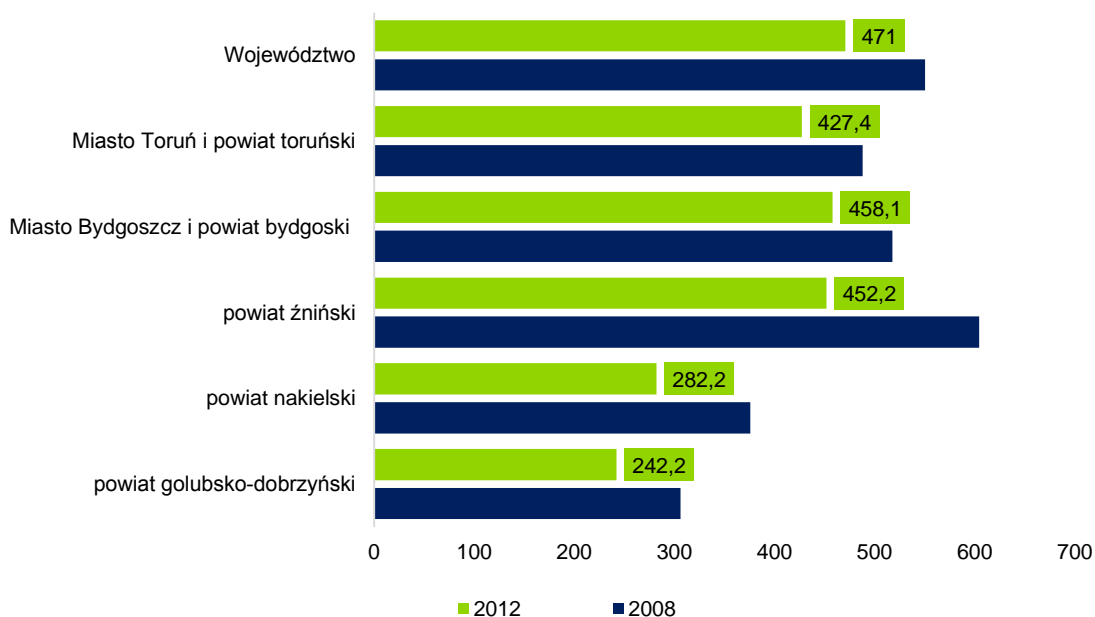


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zachorowania na choroby kręgosłupa

Wszystkie powiaty odnotowały spadek w zakresie zniekształceń kręgosłupa u dzieci i młodzieży. Jednak Bydgoszcz i powiat bydgoski cechuje się najwyższym odsetkiem dzieci z tym schorzeniem (w roku 2008 – 517,9; 2012 – 458,1), najniższym natomiast: powiat golubsko-dobrzyński (gm. Kowalewo Pomorskie), 2008 - 306,2; 2012 - 242,2). Zapadalność na 10 tys. osób dla obszaru BTOF w 2012 roku wyniosła 398,4 i była znacznie niższa niż średnia dla województwa (471).

Wykres 14 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono zniekształcenie kręgosłupa, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)

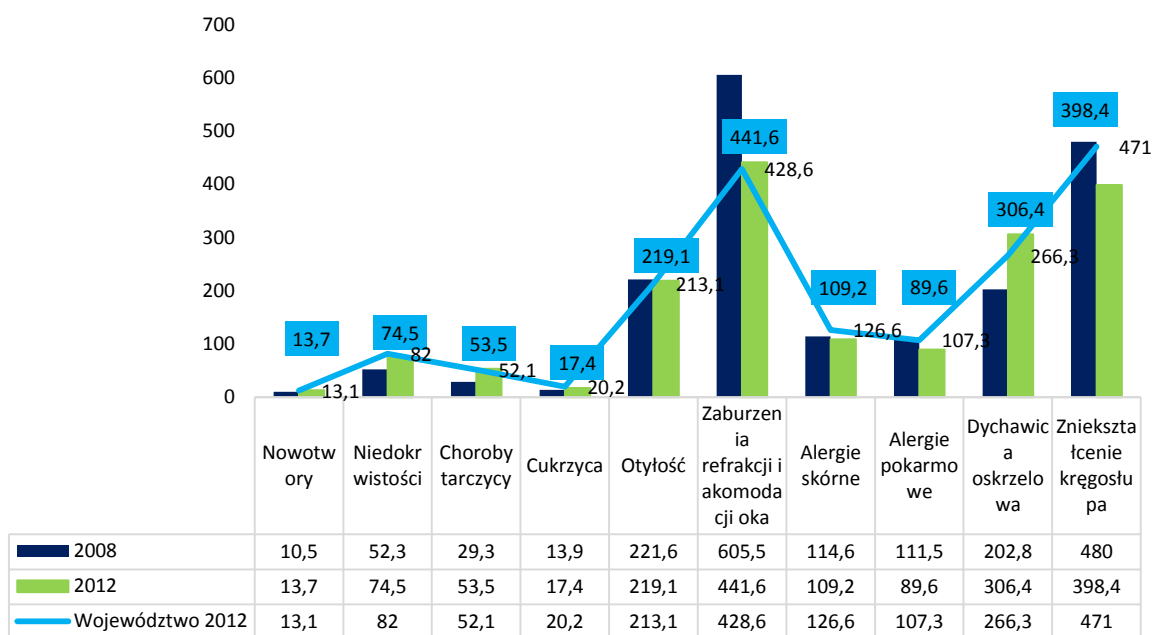


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

W strukturze schorzeń dzieci i młodzieży do 18 roku życia mieszkających na obszarze BTOF dominują zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, otyłość, zniekształcenia kręgosłupa a także dychawica oskrzelowa.

Na obszarze BTOF wśród osób w wieku 0-18 najbardziej nasilonym problemem zdrowotnym są zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, jednak w badanym okresie sytuacja uległa poprawie o 27%. Drugim pod względem częstości schorzeniem identyfikowanym przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest zniekształcenie kręgosłupa – także wykazujące trendy malejące. Bardzo poważnym zagrożeniem zdrowotnym dzieci na obszarze BTOF jest otyłość. Mimo, że od 2008 roku odsetek dzieci otyłych pozostaje niemal stabilny, wciąż jest bardzo wysoki i należy go wiązać z rosnącą zachorowalnością dzieci i młodzieży na cukrzycę (wzrost o 20% w stosunku do 2008 roku). Niepokojące są także dane o wzroście ilości dzieci i młodzieży leczonych z powodu dychawicy oskrzelowej (↑34%), niedokrwistości (↑30%) i nowotworów (↑23%). Szczególnie wysoki wzrost leczonych odnotowano w zakresie chorób tarczycy (↑45%). Nadal na wysokim poziomie pozostaje odsetek leczonych z powodu alergii pokarmowych i skórnych, jednak szczególnie w przypadku alergii pokarmowych odnotowano w stosunku do 2008 roku istotny spadek (20%).

Wykres 15 Zapadalność na poszczególne jednostki chorobowe u dzieci i młodzieży do lat 18 na obszarze BTOF w roku 2008 i 2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

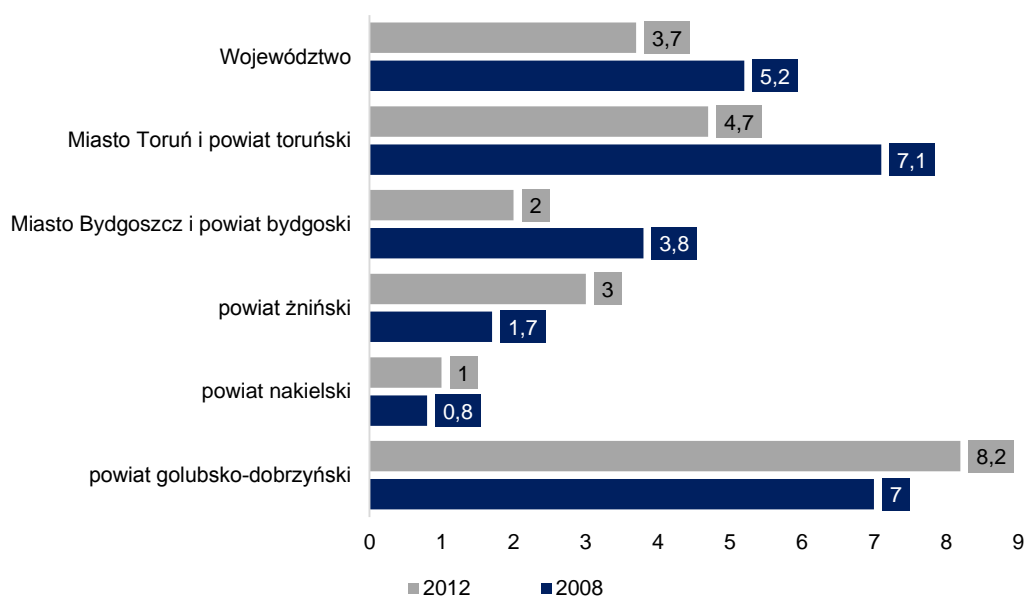
2.2.2 Stan zdrowia ludności 19+

Diagnoza zdrowotna ludności 19+ objęła schorzenia o największym znaczeniu społecznym. Wśród nich znalazły się schorzenia cywilizacyjne, takie jak: nowotwory, choroby układu krążenia, choroby układu trawiennego, choroby obwodowego układu nerwowego, choroby układu trawiennego, przewlekły nieżyt oskrzeli, choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, a także gruźlica cały czas cechująca się wysokimi wskaźnikami zapadalności.

Zachorowania na gruźlicę

Badany obszar wykazuje duże zróżnicowanie w zakresie współczynników zapadalności na gruźlicę.

Wykres 16 Dorośli, u których stwierdzono gruźlicę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)



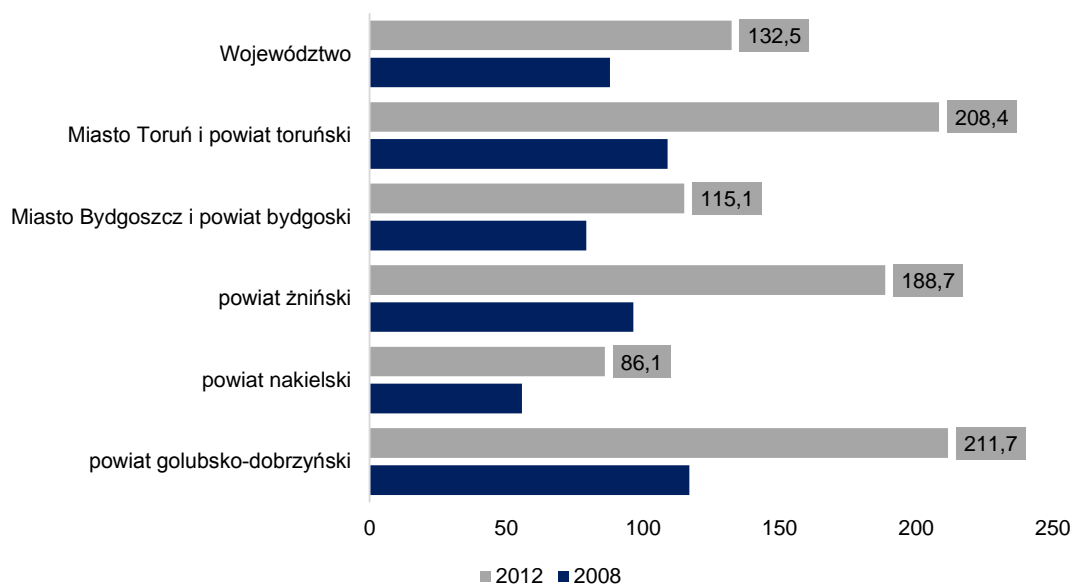
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Tylko w Toruniu i powiecie toruńskim oraz w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim odnotowano trendy spadkowe w zakresie zapadalności na ww. chorobę (odpowiednio: 2008 - 7,1 i 3,8; 2012 - 4,7 i 2). W przypadku pozostałych gmin obszaru funkcjonalnego odnotowano wzrost zachorowań na gruźlicę. Najwyższym odsetkiem cechuje się Kowalewo Pomorskie (2008 - 7; 2012 - 2). Najniższe wskaźniki odnotowuje się w gminach Nakło nad Notecią i Szubin (wskaźnik dla powiatu nakielskiego dla 2012 r. wyniósł 1). Wskaźnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 4,0 na 10 tys. osób i był wyższy niż średnia dla województwa (3,7)

Zapadalność na nowotwory

Nowotwory stanowią narastający problem zdrowotny w całym BTOF. W 2012 r. średnia dla województwa wyniosła 132,5 przypadków zachorowań na 10 tys. ludności. Najwyższe wskaźniki zapadalności wśród osób powyżej 19 roku życia wykazują gminy powiatu golubsko-dobrzyńskiego, w tym gm. Kowalewo Pomorskie (2008 - 117; 2012 - 211,7). Najniższe wskaźniki odnotowano w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią i Szubin), 86,1 przypadków zachorowań na 10 tys. ludności w 2012 r. Wskaźnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 155,2 na 10 tys. osób i przewyższył średnią dla województwa (132,5).

Wykres 17 Dorośli, u których stwierdzono nowotwory, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

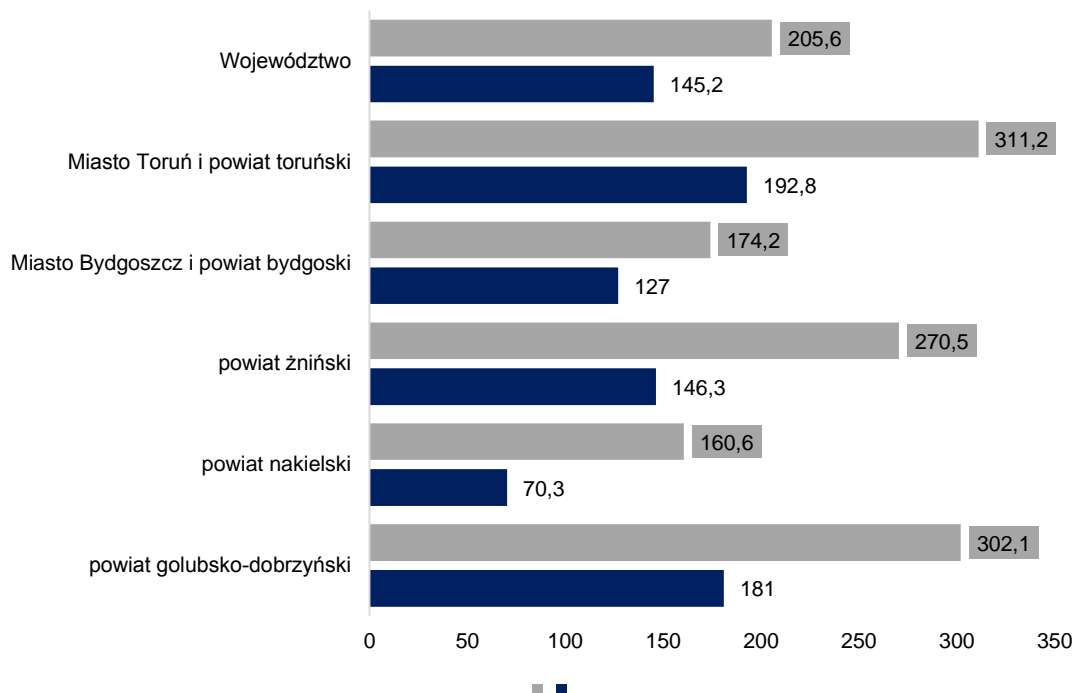


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na choroby tarczycy i cukrzycę

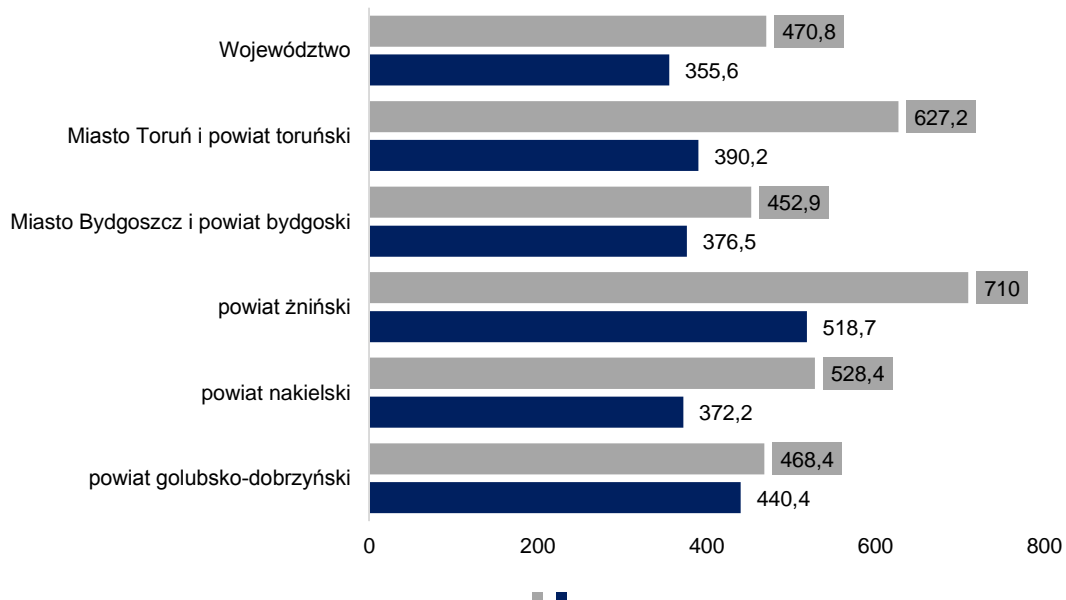
Również zapadalność na choroby tarczycy i cukrzycę wykazuje tendencje wzrostowe. W przypadku chorób tarczycy najwyższe wskaźniki wykazuje Toruń i powiat toruński (2008 - 192,8; 2012 - 311,2), powiat golubsko-dobrzyński (gm. Kowalewo Pomorskie) oraz powiat żniński (gm. Łabiszyn). Wskaźniki zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 226 na 10 tys. osób i przekroczył średnią dla województwa (205,6). Najwyższa zapadalność na cukrzycę odnotowywana jest w Toruniu i powiecie toruńskim (2008 - 390,2; 2012 - 627,2) i powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią i gm. Szubin), gdzie zanotowano 528,4 przypadków na 10 tys. ludności w 2012 r.). Wskaźniki zapadalności na cukrzycę na BTOF w 2012 roku wyniosły 544 na 10 tys. osób i znacznie przekroczyły średnią dla województwa (470,8).

Wykres 18 Dorośli, u których stwierdzono choroby tarczycy, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Wykres 19 Dorośli, u których stwierdzono cukrzycę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

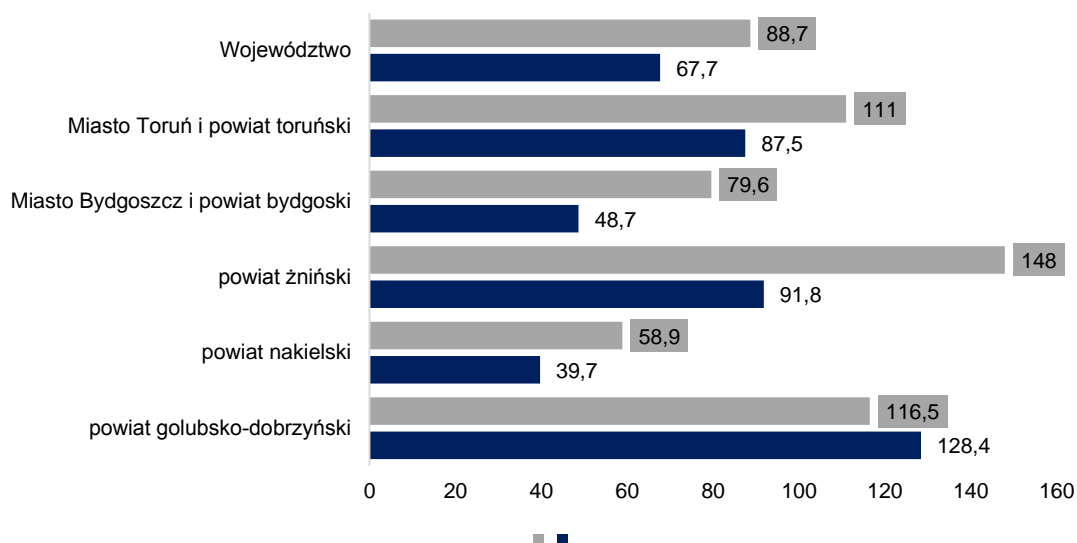


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na niedokrwistość

W zakresie niedokrwistości w całym BTOF odnotowano wzrost zapadalności. Jedyny wyjątek stanowi powiat golubsko- dobrzyński (gm. Kowalewo Pomorskie). Najwyższy odsetek osób z niedokrwistością zarejestrowano w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn) i był on znacznie wyższy niż średnio dla województwa (województwo: 88,7, powiat żniński: 148). Najniższy odsetek osób z niedokrwistością zarejestrowano natomiast w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią i gm. Szubin) (średnia dla województwa w 2012 r. w 2012 r.- 88,7, średnia dla powiatu nakielskiego- 58,9). Wskaźnik zapadalności na niedokrwistości na BTOF w 2012 roku wyniósł 94,2 na 10 tys. osób i przewyższył średnią dla województwa (88,7).

Wykres 20 Dorośli, u których stwierdzono niedokrwistości, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

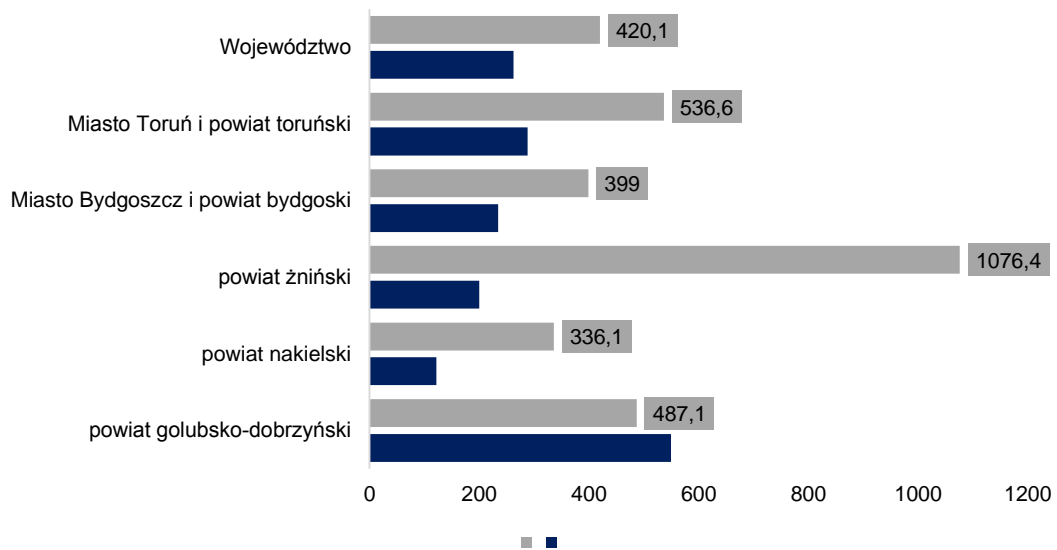


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na choroby układu obwodowego

Choroby układu obwodowego cechują się ogólną tendencją wzrostową. Średnia dla województwa dla roku 2012 wyniosła 420,1 na 10 tys. osób, najgorsze wskaźniki wykazuje powiat żniński, na obszarze którego leży Łabiszyn (2008 - 200,1; 2012 -1076,4) odnotowując ponad pięciokrotny wzrost od roku 2008. Najniższa zapadalność występuje w powiecie nakielskim – gm. Nakło nad Notecią oraz Szubin (2008 – 122,1; 2012 – 336,1). Wskaźniki zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniosły 495,3 na 10 tys. osób i znacznie przekroczył średnią zapadalność dla województwa (420,1).

Wykres 21 Dorośli, u których stwierdzono choroby obwodowego układu nerwowego, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

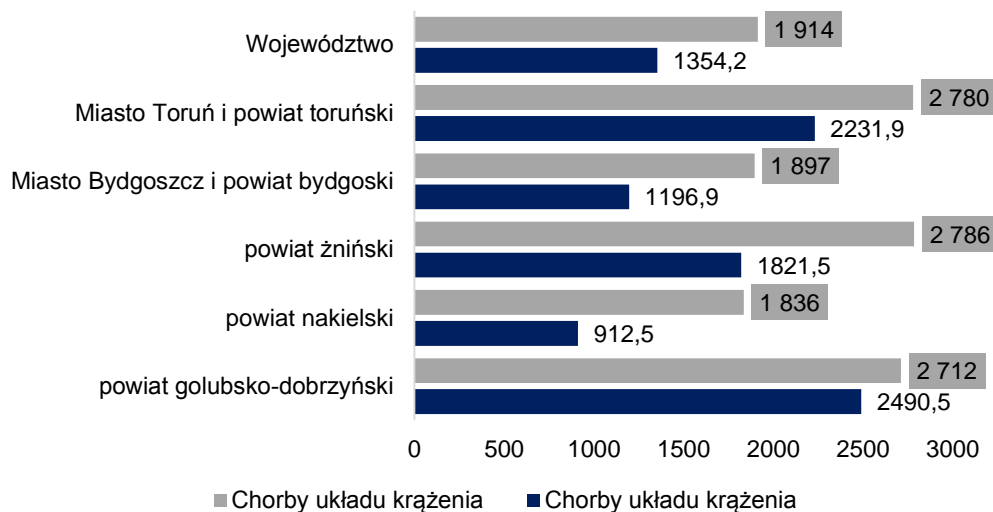


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na choroby układu krążenia

Podobnie jak w całej Polsce na obszarze BTOF znacznie wzrosły wskaźniki zachorowań na choroby układu krążenia. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Toruniu i powiecie toruńskim (2008 - 2231,9; 2012 - 2780,3), powiecie żnińskim (2008 – 1 821,5; 2012 – 2 786) oraz golubsko-dobrzyńskim (2008 – 2 490,5; 2012 – 2 712). Średnia dla województwa w roku 2008 wyniosła 1354,2 na 10 tys. przypadków, w 2012 – 1 914,3. Wskaźnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 2283,4 na 10 tys. osób i przekroczył średnią dla województwa (1914,3).

Wykres 22 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu krążenia, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

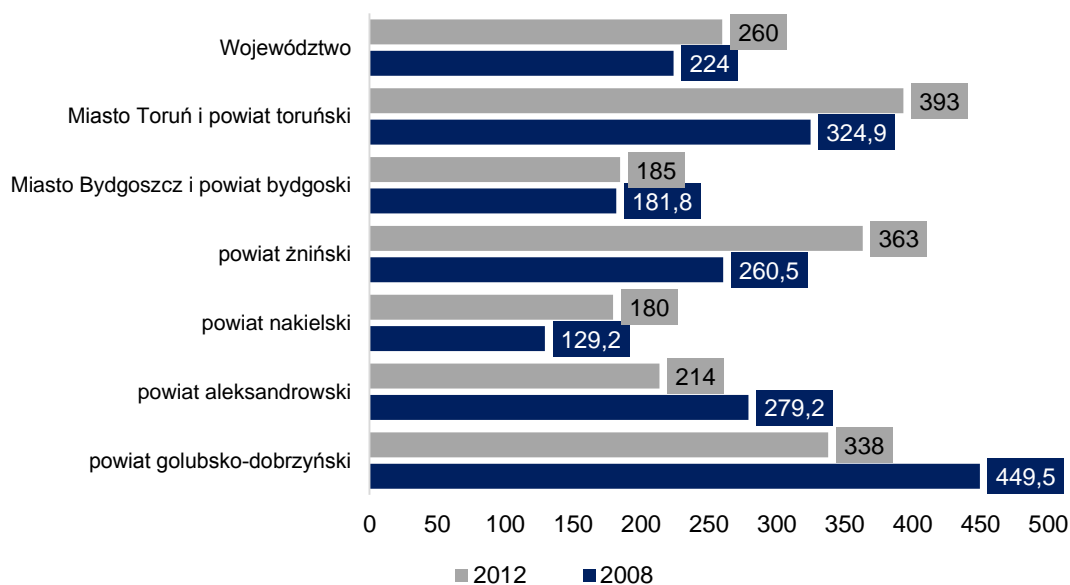


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na przewlekły nieżyt oskrzeli oraz dychawicę oskrzelową

Zapadalność na przewlekły nieżyt oskrzeli oraz dychawicę oskrzelową wykazuje tendencje wzrostowe zarówno w województwie jak i na obszarze BTOF. Odwrotnym trendem cechuje się powiat golubsko-dobrzyński (gm. Kowalewo Pomorskie). Liczba zachorowań spadła na przestrzeni 4 lat z 449,5 przypadków na 10 tys. ludności w 2008 r. do 337,8 przypadków w 2012 r. Wskaźnik zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniósł 278,7 na 10 tys. osób i przekroczył średnią dla województwa (259,9).

Wykres 23 Dorośli, u których stwierdzono przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawicę oskrzelową, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)



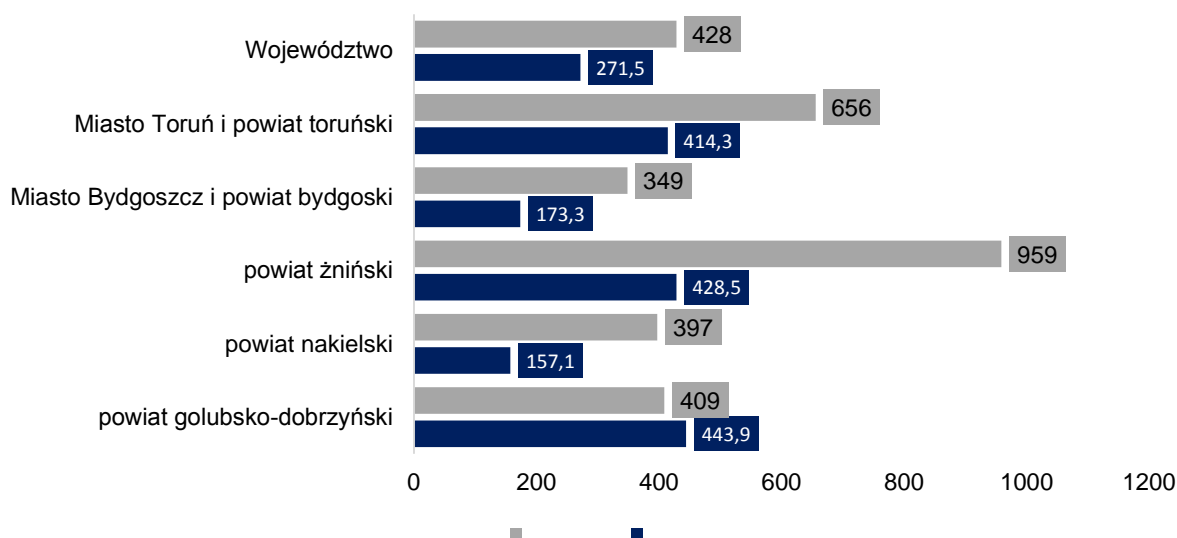
Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na przewlekłą chorobę układu trawiennego

Najwyższe wskaźniki zapadalności na przewlekłą chorobę układu trawiennego odnotowuje się w powiecie żnińskim (gm. Łabiszyn) - 2008 - 428,5; 2012 - 958,9 oraz w Toruniu i powiecie toruńskim (2008 - 414,3; 2012 - 655,8). Wskaźniki te plasują się znacznie powyżej średniej dla województwa (2012 - 428,3). Najniższy odsetek zachorowań na przewlekłą chorobę układu trawiennego odnotowano

w Bydgoszczy i powiecie bydgoskim (2008 – 173,3; 2012 – 348,6 na 10 tys.). Wskaźnik zapadalności dla BTOF w roku 2012 wyniósł 492 na 10 tys. osób i przekroczył średnią dla województwa (428,3).

Wykres 24 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu trawiennego, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)

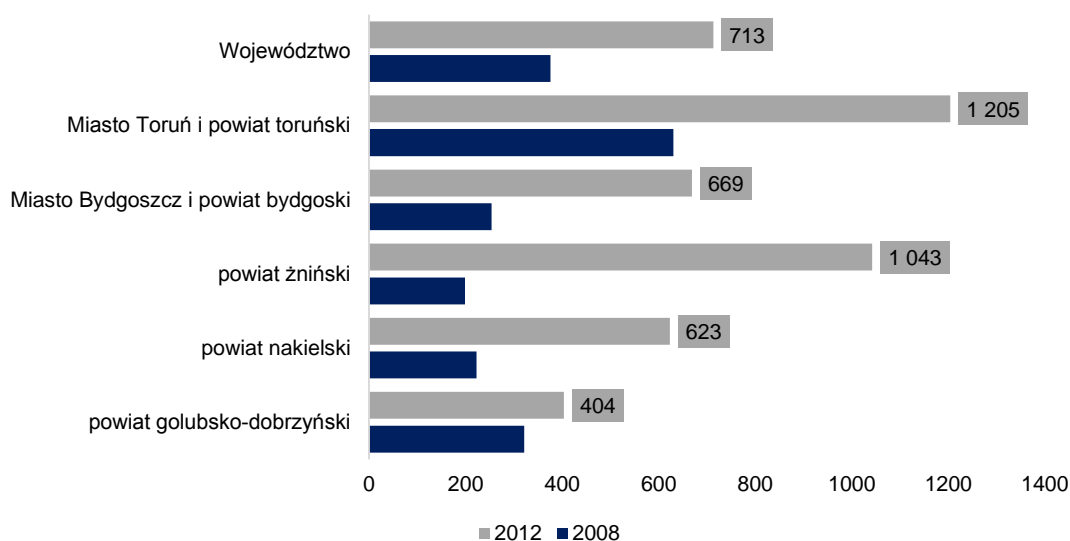


Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

Zapadalność na choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej

W zakresie chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej najwyższe wskaźniki wykazuje Toruń i powiat toruński. W ostatnich latach zanotowano wzrost zachorowań na powyższe choroby. Podobnie wysokie wskaźniki zanotował powiat żniński (2012 r. - 1042,7 przypadków zachorowań na 10 tys. ludności), na terenie którego leży gm. Łabiszyn wchodząca w skład BTOF. Natomiast najniższe wskaźniki zapadalności na choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej odnotowano w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) – 404,1 przypadków zachorowań/10 tys. ludności w 2012 r. Wskaźnik zapadalności dla BTOF w 2012 roku wyniósł 714,7 na 10 tys. osób i nieznacznie przekroczył średnią dla województwa (713,4).

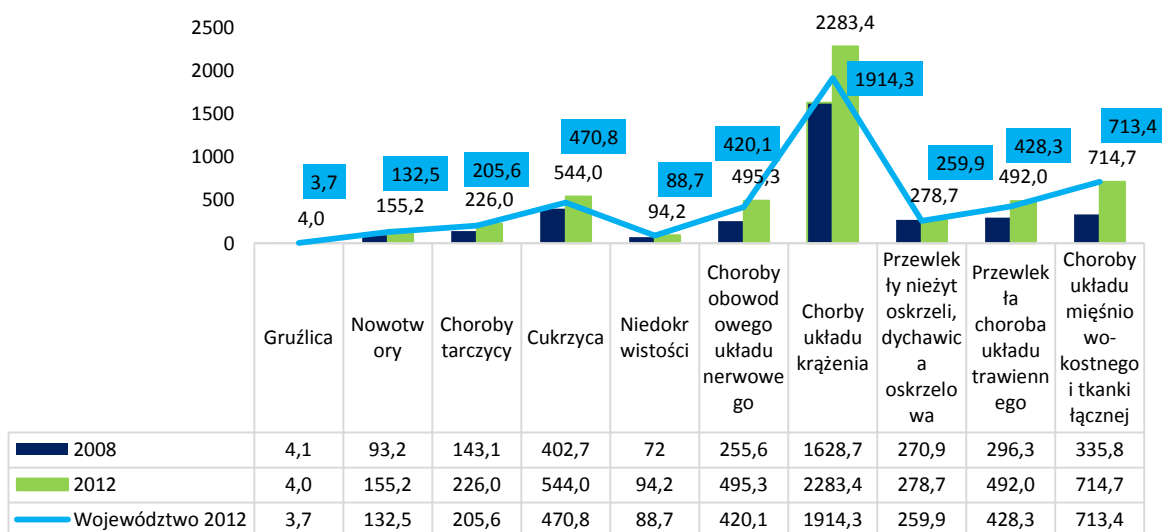
Wykres 25 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu mięśniowo- kostnego i tkanki łącznej, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

W strukturze schorzeń osób dorosłych we wszystkich powiatach dominują choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory oraz choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej.

Wykres 26 Zapadalność na poszczególne jednostki chorobowe u dorosłych na obszarze BTOF w roku 2008 i 2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).



Główną przyczyną zapadalności na obszarze BTOF wśród osób dorosłych są choroby cywilizacyjne, z wysokimi i wciąż rosnącymi wskaźnikami zapadalności. Wskaźnik zapadalności dominującej grupy schorzeń – chorób układu krążenia - wzrósł od 2008 roku o 29% i utrzymuje się na wysokim poziomie. Także w zakresie chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej odnotowano wzrost rzędu 53%. Na przestrzeni lat obserwuje się także wzrost zapadalności na przewlekłe choroby układu trawiennego (↑40%), choroby tarczycy (↑37%) oraz cukrzycę (↑26%) i niedokrwistości (↑24%). Zapadalność na nowotwory na obszarze BTOF ma tendencje rosnące, co odzwierciedla tendencje krajowe, jednak

współczynniki zapadalności są znacznie niższe niż średnia krajowa (220,8). Minimalny spadek odnotowano w zakresie zapadalności na gruźlicę, jednak współczynniki dla obszaru BTOF znacznie przewyższają średnią krajową (1,96).

Choroby zakaźne

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wybranych chorób zakaźnych na obszarze BTOF jest zróżnicowana. Wzrosty zachorowań w większości przypadków związane są z sezonowością ich występowania lub zgodnie z ich wieloletnimi trendami. Jednak w przypadku salmonelloz, płonicy, świnki, krztuśca oraz WZW typu C wskaźniki zapadalności przekraczają średnią krajową.

W przypadku chorób wywołanych przez HIV sytuacja na obszarze BTOF od 2008 roku jest stabilna, a wskaźniki zapadalności są niższe od średniej krajowej (1,75). Zapadalność na salmonellozy od 2008 wzrosła i jest wyższa od średniej krajowej (22). Wzrost zachorowań odnotowany został także w przypadku boreliozy z Lyme, jednak wskaźniki zapadalności na obszarze BTOF są niższe niż średnia krajowa (23). Niepokojący, bo niemal dwukrotny wzrost zapadalności miał miejsce w przypadku ospy wietrznej oraz płonicy, w obu przypadkach znacznie przekraczający średnią krajową (odpowiednio: 540 i 66). Z kolei tendencją spadkową odznaczają się: krztusiec (średnia krajowa 12), różyczka (16), świnka (7), WZB ostre (0,2) i przewlekłe (4) oraz WZW C (6) i wszystkie wskaźniki – poza ostatnim są niższe niż średnia krajowa,

Tabela 3 Wybrane choroby zakaźne w latach 2008 i 2012 (współczynniki na 100 tys.)

Jednostka terytorialna	Choroba wywołana przez HIV; B20-B22		Salmonellozy - zatrucia pokarmowe: A02.0		Krzusiec		Borelioza z Lyme		Płonica (szkarlatyna)		Różyczka		Ospa wietrzna		Świnka		WZW B ostre		WZW B przewlekłe		WZW C	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Województwo	0,3	↑1,1	36	↓26	12,4	↓12	12,8	↑17	35	↑77	18,6	↓15	466,6	↑757	10,6	↓10	0,4	↓0,1	5,8	↓5	8,8	↑9
Miasto Toruń	0,5	0	48,5	↓40	66,9	↓19	21,3	↓19	18,9	↑95	25,7	↓10	308,7	↑432	13,1	↓7	0,5	↓0	12,1	↓3	8,7	↓1
powiat toruński	0	↑1	34,5	↑49	33,4	↓20	9,7	↑14	20,5	↑95	20,5	↓9	399,1	↑707	7,5	↓6	0	0	8,6	↓1	2,2	↑9
Miasto Bydgoszcz	0,6		16,7	↓12	8,9	↑14	25	↓23	80,2	↑87	11,7	↓8	519	↑788	9,2	↓7	0,8	↓0	4,4	↑7	18,3	↓17
powiat bydgoski	0	0	19,9	↓14	3	↑26	13	↑17	67,8	↑80	14	↓13	535,5	↑538	23,9	↓1	0	0	7	↑10	16	16
powiat żniński	0	0	40,1	↑58	4,3	↑21	5,7	↓3	47,3	↑252	54	↓49	362,7	↑684	15,8	↑18	2,9	↓1	4,3	↑6	12,9	↓4
powiat nakielski	0	0	9,4	↑10	2,3	↑3	11,7	↑24	36,4	↑74	9,4	↓8	396,9	↑1641	11,7	↑14	0	↑1	3,5	↑8	7	↑13
pow. golub.-dobrz.	0	0	33,3	↑51	6,7	↑11	15,5	↓13	20	↑31	110,8	↓13	596,4	↑841	11,1	↓9	0	0	4,4	↓0	6,7	↓2
BTOF	0,2	0,2	28,9	↑33,4	17,9	↓16,3	14,6	↑16,1	41,6	↑102	35,2	↓16,2	445,5	↑804,4	13,2	↓8,9	0,6	↓0,3	6,3	↓5	10,3	↓8,9

W tabeli zaznaczono kolorem czerwonym komórki, dla których w stosunku do roku 2008 r. nastąpił wzrost zachorowań na daną jednostkę chorobową, natomiast kolorem zielonym zaznaczono spadek zachorowań na daną jednostkę chorobową w stosunku do 2008 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

2.2.3 Zgony według przyczyn

Z analizy danych statystycznych dla obszaru BTOF wynika, iż dominującą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, przy czym najwyższe wskaźniki w 2011 roku odnotowano w powiecie golubsko-dobrzyńskim (gm. Kowalewo Pomorskie) – 40,3 na 10 tys. ludności (w porównaniu do roku 2008 – 33,8). Najniższe wskaźniki umieralności odnotowano w powiecie toruńskim – 27,5 (w porównaniu do roku 2008-36,2). Natomiast warto zauważyć, że wszystkie powiaty, z wyjątkiem powiatu golubsko-dobrzyńskiego wykazały tendencję spadkową w zgonach spowodowanych chorobami układu krążenia.

Tabela 4 Liczba zgonów według przyczyn w BTOF w latach 2008 i 2011 (na 10 tys. ludności)

Jednostka terytorialna	choroby układu krążenia		nowotwory		choroby układu nerwowego		choroby układu oddechowego		choroby układu trawiennego		zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011
Województwo	44,5	40,1	26,3	26,2	1,0	1,5	5,2	5,9	4,0	4,0	5,6	5,8
Miasto Toruń	33,5	31,9	25,2	26,9	1,2	1,5	4,4	8,2	4,5	3,9	4,9	5,0
Powiat toruński	36,2	27,5	23,2	21,3	1,7	1,2	5,3	6,4	3,4	4,4	7,1	4,9
Miasto Bydgoszcz	46,0	37,8	29,9	30,4	1,2	1,7	6,0	6,4	4,5	4,1	3,9	4,5
Powiat bydgoski	38,0	30,2	22,5	22,7	0,5	0,9	5,4	5,2	3,1	2,0	4,8	3,7
Powiat żniński	40,3	41,0	23,2	24,5	0,9	1,4	4,4	6,5	3,3	3,9	6,3	4,8
Powiat nakielski	50,9	39,0	26,7	22,4	0,7	1,5	3,9	3,1	3,0	3,4	5,9	5,1
Powiat golubsko-dobrzyński	33,8	40,3	24,3	25,8	1,1	1,8	5,1	5,7	4,0	2,4	6,6	7,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów KP UW (Wydział Zdrowia)

W przypadku zgonów spowodowanych nowotworami (druga pod względem ilościowym przyczyna zgonów na badanym obszarze) sytuacja jest stabilna – średni współczynnik umieralności dla całego badanego obszaru zarówno w roku 2008 i 2011 wyniósł 25 na 10 tys. ludności. Najwyższy współczynnik odnotowano w 2011 roku w Bydgoszczy – 30,4 (w roku 2008 – 29,9), najniższy w powiecie toruńskim – 21,3 (w roku 2008 - 23,2).

Trzecią przyczynę zgonów na badanym obszarze stanowią choroby układu oddechowego. Średni współczynnik na 10 tys. ludności dla badanego obszaru wyniósł w 2011 roku 6,2 (w porównaniu do roku 2008 – 4,8). Najwyższe współczynniki odnotowano w 2011 roku w Toruniu – 8,2 (w porównaniu do roku 2008 - 4,4), najniższe w powiecie nakielskim (gm. Nakło nad Notecią i gm. Szubin) – 3,1 (rok 2008 – 3,9).

Współczynniki zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych spadły na badanym obszarze z 6 na 10 tys. w 2008 roku do 5,3 w 2011. Najwyższe wskaźniki w 2011 roku odnotowano w powiecie golubsko-dobrzyńskim – 7,5 (w roku 2008 – 6,6), najniższe w powiecie bydgoskim – 3,7 (w roku 2008- 4,8).

Analiza zgonów z powodu chorób układu trawiennego wskazuje umiarkowany trend spadkowy – z 3,7 na 10 tys. ludności w 2011 roku do 3,4 w roku 2008. Najwyższe wskaźniki w roku 2011 odnotowano w powiecie toruńskim – 4,4 (w roku 2008 – 3,4), najniższe w powiecie bydgoskim -2,0 (w roku 2008 – 3,1).

Zgony spowodowane chorobami układu nerwowego wzrosły średnio dla badanego obszaru z 1,0 na 10 tys. ludności w 2008 do 1,3 w roku 2011. Najwyższe wskaźniki w 2011 roku odnotowano w powiecie golubsko –dobrzyńskim – 1,8 (w roku 2008 - 1,1), najniższe w powiecie bydgoskim 0,9 (0,5 w 2008).

2.3 Działalność podmiotów leczniczych

W analizie działalności podmiotów leczniczych należy zwrócić uwagę na dwa aspekty:

- Zasoby infrastrukturalne tj. liczba i rodzaj podmiotów świadczących usługi medyczne oraz ich wyposażenie w specjalistyczny sprzęt
- Dostępność wykwalifikowanej kadry zdolnej do świadczenia wysokospecjalistycznych usług medycznych.

2.3.1 Zasoby infrastrukturalne

Od 1997 r. samorządy terytorialne uzyskały większą autonomię w realizacji zadań publicznych wcześniej zastrzeżonych dla organów władz publicznych wyższych szczebli. Wśród aktualnych zadań JST wskazuje się na szacowanie potrzeb zdrowotnych, dbałość o zasoby systemu (infrastrukturalne) oraz działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Dodatkowo JST pełnią także funkcję organów założycielskich łącząc zadania zarządcze i kontrolne. Podmiotem koordynującym działania JST jest Wojewoda, który równocześnie realizuje zadania z zakresu: zapobiegania zagrożeniom zdrowia i życia, nadzór sanitarny oraz ratownictwo medyczne.

Za finansowanie świadczeń zdrowotnych odpowiada płatnik systemu NFZ. Stąd podmioty JST mają marginalny wpływ na dochody świadczeniodawców. W przypadku niewypłacalności podmiotu leczniczego JST (głównie powiaty) zobowiązane są do przejęcia zadłużenia i ewentualnej decyzji o likwidacji lub przekształceniu SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego.

W literaturze wskazuje się na trudności w koordynacji działań w obszarze ochrony zdrowia, wynikające z decentralizacji administracji samorządowej i stąd rozproszenia jednostek organizacyjnych i założycielskich podmiotów leczniczych na różnych szczeblach władzy [Golinowska S. red., 2012, s. 51].

2.3.2 Opieka stacjonarna

Potencjał usług medycznych oferowanych w Bydgosko-Toruńskim Obszarze Funkcjonalnym skupia się wokół miast rdzenia. Na obszarze funkcjonują 22 szpitale ogólne, z czego 15 w Bydgoszczy, 5 w Toruniu, 1 w Nakle nad Notecią (dwie jednostki organizacyjne udzielające świadczeń szpitalnych w Nakle n/Notecią i Szubinie) i 1 w Chełmży.

Wśród 15 szpitali bydgoskich:

- 7 to szpitale jednostek samorządu terytorialnego (Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. E. Warmińskiego, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego oraz Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny) i publicznych uczelni (Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Szpital Uniwersytecki nr 2 im. J. Bizuela)
- 2 to szpitale MON i MSW (Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej)
- 6 to szpitale prywatne

Wśród 5 szpitali toruńskich:

- 3 to szpitale jednostek samorządu terytorialnego (Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika, Wojewódzki Szpital Zespolony im Ludwika Rydygiera, połączony z Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny)

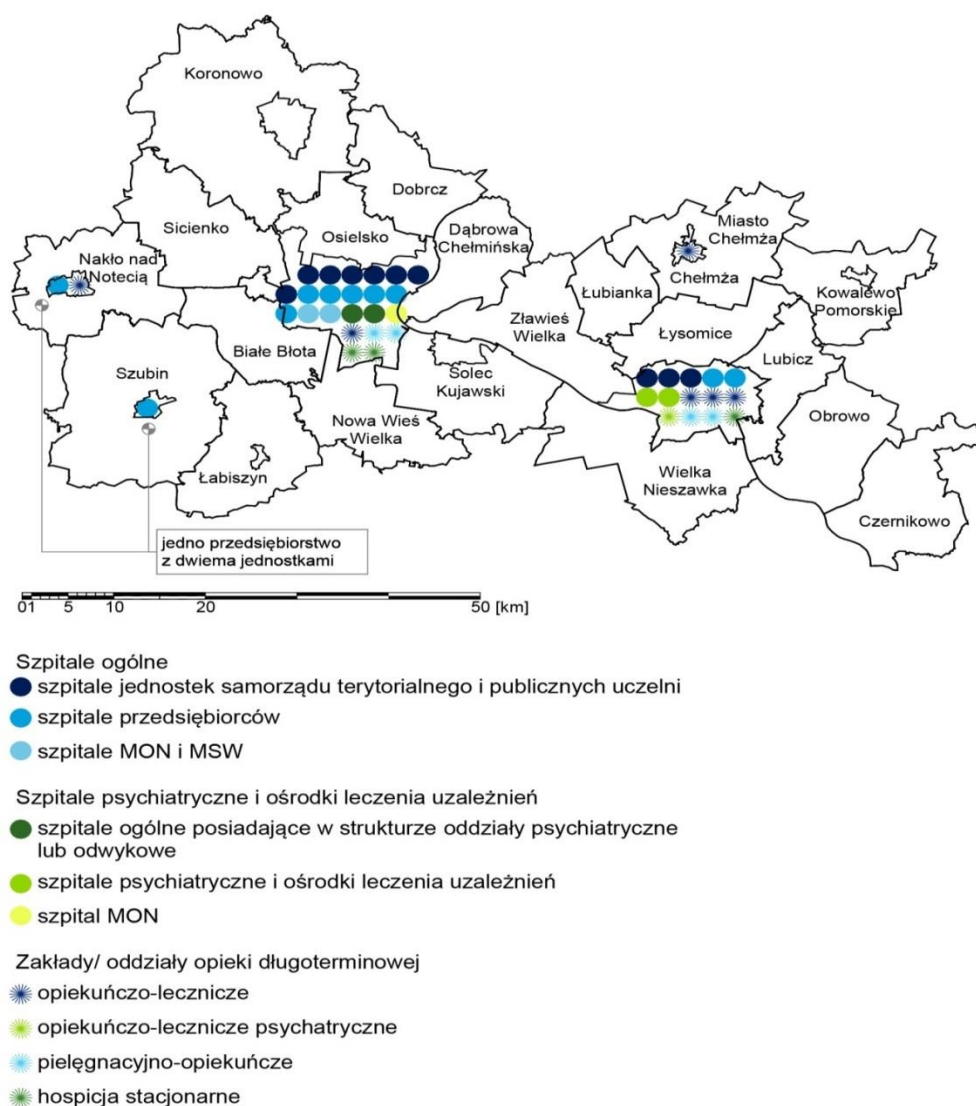
- 2 to szpitale prywatne

Jeśli chodzi o leczenie psychiatryczne i leczenie uzależnień, na obszarze BTOF jest łącznie 5 takich placówek, w tym 3 w Bydgoszczy (są to oddziały szpitali ogólnych i szpitala MON, posiadające oddziały psychiatryczne bądź odwykowe) i 2 w Toruniu (Szpital Psychiatryczny WSZ im. L. Rydygiera, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia).

Zakłady/oddziały opieki długoterminowej zlokalizowane są w następujący sposób:

- W Bydgoszczy – jedna placówka opiekuńczo-lecznicza o charakterze ogólnym, 2 placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze, 2 hospicja stacjonarne
- W Toruniu - trzy placówki opiekuńczo-lecznicze o charakterze ogólnym, jedna placówka opiekuńczo-lecznicza psychiatryczna, 2 placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze, 1 hospicjum stacjonarne
- W Koronowie - jedna placówka opiekuńczo-lecznicza o charakterze ogólnym
- W Chełmży - jedna placówka opiekuńczo-lecznicza o charakterze ogólnym

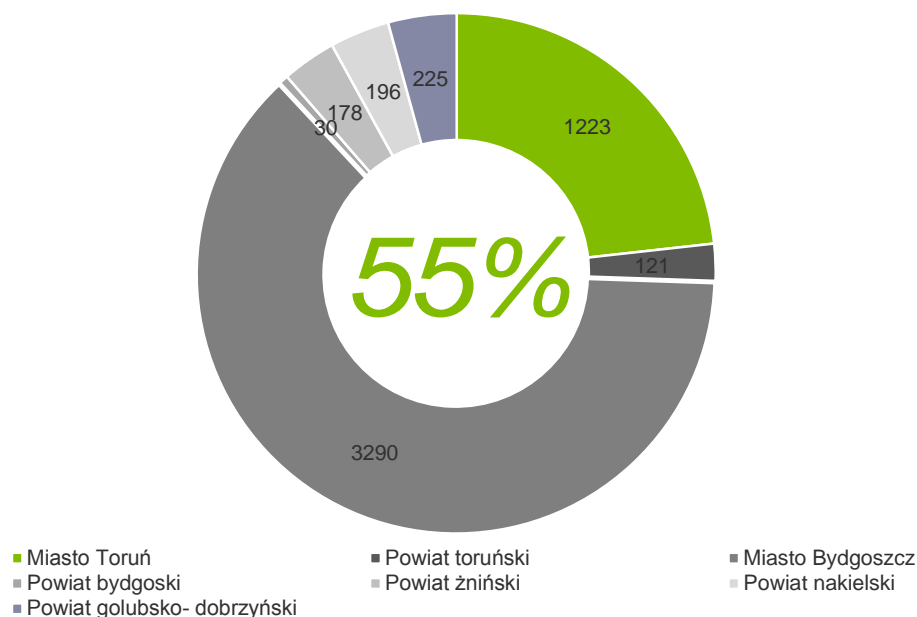
Mapa 2 Szpitale i zakłady opieki długoterminowej na terenie BTOF (stan na 2012 r.)



Źródło: Studium Uwarunkowań Rozwoju Przestrzennego Bydgosko - Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego, 2014 r.

W BTOF skupionych jest 55% łóżek w szpitalach ogólnych dostępnych w całym województwie, przy czym największą dostępnością charakteryzuje się Bydgoszcz (3290 łóżek) oraz Toruń (1223 łóżka).

Wykres 27 Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, Bank Danych Lokalnych 2014 r.

Liczba łóżek oraz wskaźnik na 10 tys. mieszkańców w latach 2008-2012 utrzymuje się na podobnym poziomie. Na koniec 2012 r. w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim było 9 507 łóżek, co przekładało się na wskaźnik 45,3 łóżka na 10 tys. ludności. Dla porównania w 2010 r. analogiczny wskaźnik dla Unii Europejskiej wynosił 53 łóżka na 10 tys. ludności, w Polsce w tym samym okresie przypadało 66 łóżek na 10 tys. mieszkańców.

Tabela 6. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności w szpitalach ogólnych w 2008 i 2012 roku

Powiat	Na 10 tys. ludności	
	2008	2012
Województwo	44,9	45,3
Miasto Toruń	59,0	59,1
Powiat toruński	12,9	12,1
Miasto Bydgoszcz	83,3	91,1
Powiat bydgoski	0	2,7
Powiat żniński	24,3	25,1
Powiat nakielski	33,5	22,5
Powiat golubsko-dobrzyński	49,7	49,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, Bank Danych Lokalnych 2014 r.

W strukturach organizacyjnych szpitali najczęściej jest oddziałów chorób wewnętrznych, położniczo-ginekologicznych, chirurgicznych ogólnych oraz pediatrycznych. Na analizowanym obszarze

zarejestrowanych jest 17 oddziałów dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień (w tym: 9 w Bydgoszczy, 7 w Toruniu, 1 w Nakle nad Notecią).

Tabela 7. Oddziały szpitalne (psychiatryczne i leczenia uzależnień) na dzień 1.03.2014

Powiat	Nazwa instytucji	Nazwa oddziału
Toruń i powiat toruński	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	II Klinika Psychiatrii
		Oddział II Psychiatryczny Męski
		Oddział III Psychiatryczny Żeński
		Oddział Kliniczny VI Psychiatrii Młodzieży
		Oddział Kliniczny VII Psychiatrii Wiek Podeszłego
	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu	Oddział Odwykowy Całodobowy z Oddziałem Detoksykacji
		Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień
		Oddział Krótkoterminowej Terapii Uzależnień
Ośrodek Terapii Odwykowej Uzależnień		
Bydgoszcz i powiat bydgoski	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy	Katedra i Klinika Psychiatrii
		Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych
		Oddział Uzależnienia od Alkoholu
		Oddział Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych z Współistniejącymi Zaburzeniami Psychicznymi
	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy	Oddział Kliniczny Ogólnopsychiatryczny
	Centrum Medyczne Gizińscy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Oddział Psychiatryczny Ogólny Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Urzędu Marszałkowskiego województwa kujawsko-pomorskiego

Dostosowanie placówek prowadzących działalność leczniczą, w tym szpitali do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739) następuje powoli. Najczęstsze nieprawidłowości dotyczą złych rozwiązań funkcjonalnych. Jednak zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 217) podmiot wykonujący działalność leczniczą, który w dniu wejścia w życie ustawy nie spełniał wymogów ogólnie przestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych (określonych w art. 22 ustawy) ma czas na dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r. zgodnie z zaopiniowanym przez Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej programem. Większość placówek szpitalnych w mniejszym lub większym stopniu realizuje zadania wynikające z opracowanych wcześniej programów dostosowania obiektów do wymogów obowiązujących przepisów prawnych.

Tabela 8. Stan budynków placówek lecznictwa zamkniętego na obszarze funkcjonalnym

Nazwa podmiotu	Ilość budynków	Średni wiek	Potrzeby/ plany
Wojewódzki Szpital Zespolony Toruń	29	31 lat w tym 5 budynków powyżej 50	<ul style="list-style-type: none"> - 7 budynków wymaga dostosowania stawianym wymogom - w 22 budynkach konieczność przeprowadzenia remontów zachowawczych, napraw konstrukcyjnych, w tym elewacje - wybudowanie nowych budynków szpitalnych (centralnego bloku operacyjnego, szpitala psychiatrycznego, szpitala zakaźnego)
Specjalistyczny Szpital Miejski im. Kopernika w Toruniu	8	52 lata	<ul style="list-style-type: none"> - 2 budynki wymagają kompleksowej modernizacji, w tym naprawa części dachu oraz elewacji - w 1 budynku konieczna przebudowa pomieszczeń - wymagane remonty malarskie - utworzenie szpitalnego oddziału ratunkowego - nadbudowa budynku izby przyjęć - budowa nowego obiektu dla potrzeb kardiochirurgii
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Borowicza w Bydgoszczy	5	71 lat	<ul style="list-style-type: none"> - niezbędne dostosowanie dwóch obiektów do wymagań rozporządzenia - w 1 obiekcie wymiana konstrukcji więźby dachowej, drewnianych stropów i stolarki, schodów, elewacja do remontu i przebudowa funkcjonalna
Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	8	66 lat w tym 4 budynki powyżej 100 i 3 budynki do rozbiórki	<ul style="list-style-type: none"> - termomodernizacja i gruntowna modernizacja 5 budynków - oddanie do użytkowania budynku szpitalnego (oddziały szpitalne, OIOM, bloki operacyjne, centralna sterylizacja, diagnostyka obrazowa, apteka szpitalna, patomorfologia - montaż windy oraz budowa podjazdu do izby przyjęć
Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy	12	14 lat	<ul style="list-style-type: none"> - przebudowa apteki szpitalnej - przebudowa oddziału brachyterapii - remont dachu i remont malarskie - bieżące prace remontowe - budowa polikliniki centrum i zakładu teleradioterapii - nadbudowa budynku teleradioterapii
Wojewódzki Szpital dziecięcy im. Brudzińskiego w Bydgoszczy	4	57 lat	<ul style="list-style-type: none"> - dostosowanie do wymagań rozporządzenia - generalna modernizacja
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr Warmińskiego w Bydgoszczy	4	60 lat	<ul style="list-style-type: none"> - przebudowa i remont wszystkich budynków oraz modernizacja i wymiana instalacji elektrycznej, wodnokanalizacyjnej, co i wentylacji - dobudowa nowego budynku z przeznaczeniem na poradnie specjalistyczne
Nowy Szpital w Nakle i Szubinie sp. z o.o.	6	56 lat	<ul style="list-style-type: none"> - w 1 budynku remont zakładu rehabilitacji oraz oddziału chirurgii - w 2 obiektach malowanie klatek schodowych - w 1 budynku modernizacja pokrycia dachowego

			oraz wymiana zaworów grzejnikowych
Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Chełmży	3	58 lat	- 1 obiekt wymaga remontu i wymiany instalacji elektrycznej oraz montażu dźwigu szpitalnego

Źródło: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy

Wskazuje się, że obiekty budowlane użytkowane przez szpitale są w znacznym stopniu wyeksploatowane i wymagają nakładów finansowych na ich odtworzenie. W przedmiocie budowy nowych obiektów, podmioty lecznicze zgłaszają potrzebę wybudowania nowych budynków w Toruniu oraz jeden w Bydgoszczy.

Wskazuje się na bardzo zróżnicowany stan techniczny szpitali na badanym obszarze. Wysoką ocenę w tym zakresie otrzymują 2 obiekty:

- Centrum Onkologii w Bydgoszczy
- NZOZ Szpital Specjalistyczny „Matopát” w Toruniu

W 2012 r. dodatkowo pozytywnie oceniono również Szpital ESKULAP Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń w Osielesku (gm. Bydgoszcz), który rozpoczął działalność w ww. roku.

W 2012 r. stan techniczny szpitali na badanym obszarze negatywnie oceniono w następujących jednostkach:

- Katedra i Klinika Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 dr A. Jurasza w Bydgoszczy
- Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

Według Raportu Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy w 2012 r. najgorszy pod względem technicznym oraz zabezpieczeń przeciwepidemicznych punkt centralnego sterylizowania, wymagający poważnej modernizacji znajduje się w:

- Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy

Zmiany legislacyjne wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 15) określają nowe standardy postępowania medycznego w anestezjologii i intensywnej terapii. Fakt ten obliuguje podmioty do dokonania zmian dostosowujących.

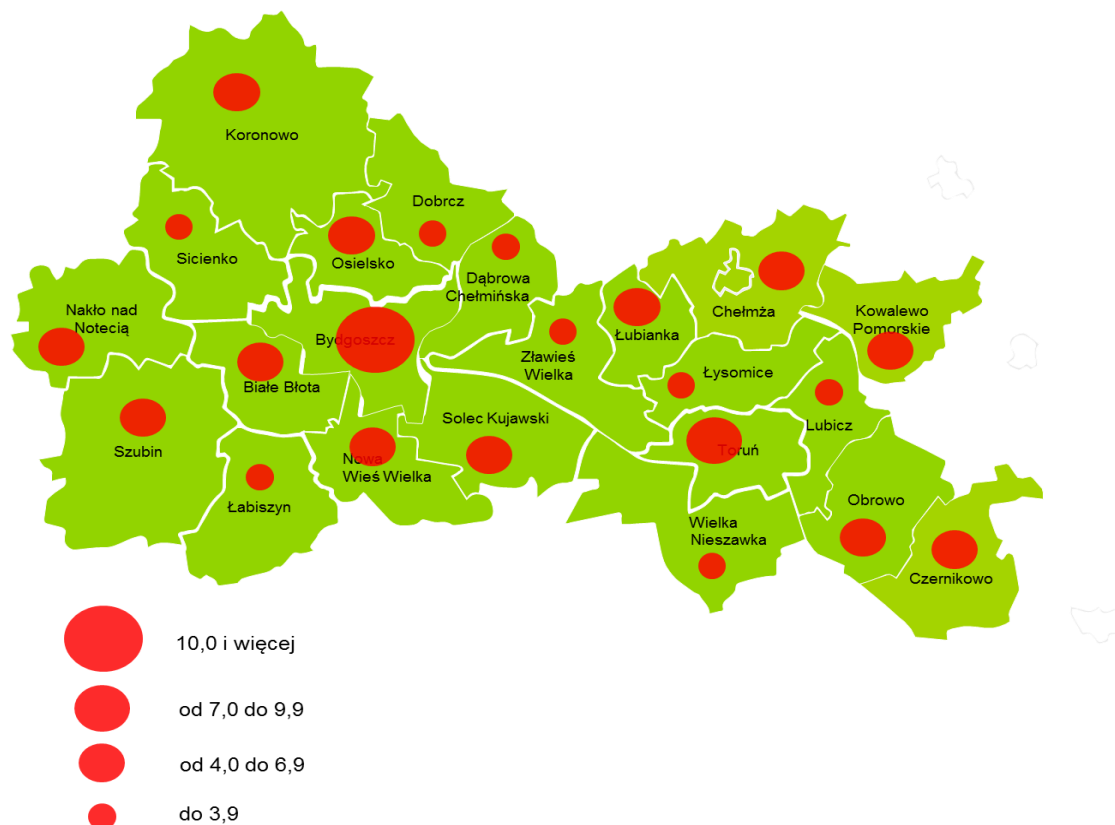
2.1.1 Działalność ambulatoryjna, specjalistyczna opieka zdrowotna

W myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013 nr 112 poz. 654) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

W całym BTOF wzrosła liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największy przyrost odnotowano w powiecie nakielskim (65%) oraz mieście Bydgoszcz (42%). Najniższy przyrost odnotowano w powiecie żnińskim (7%), w powiecie tym spadła również liczba porad POZ na 1 mieszkańca, otrzymując wartość 4,5 porady na 1 mieszkańca.

Biorąc pod uwagę strukturę własnościową placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej widać wyraźne przekształcenia i dominację podmiotów niepublicznych. Najwyższy udział podmiotów publicznych rejestruje się w powiecie bydgoskim (42%) i toruńskim (28%), najniższy zaś z w powiecie nakielskim (3,8%).

Mapa 3 Liczba porad w opiece ambulatoryjnej przypadająca na 1 mieszkańca w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, Bank Danych Lokalnych 2014 r.

Obszar BTOF charakteryzuje się większym zróżnicowaniem, biorąc pod uwagę wskaźnik placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 10 tys. mieszkańców, a także liczbę porad przypadających na 1 mieszkańca. Najniższe wskaźniki w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2012 r. odnotowano w gminie Białe Błota, Sicienko, Nowa Wieś Wielka, Lubicz, Wielka Nieszawka. Natomiast najwyższe wskaźniki odnotowane zostały w gminie Ciechocinek, Osielsko.

Najmniejszą (prawie dwukrotnie niższą niż średnia dla województwa) liczbę porad przypadającą na 1 mieszkańca zarejestrowano w gminie: Lubicz oraz Zławieś Wielka. Z kolei największą liczbę porad w opiece ambulatoryjnej przypadającą na 1 mieszkańca odnotowano w Bydgoszczy oraz Toruniu.

Szczególnie w zakresie zasobów opieki psychiatrycznej obserwuje się nierównomierny dostęp do usług. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień skoncentrowane są głównie w Bydgoszczy i Toruniu. W większości gmin na badanym obszarze omawiane poradnie nie funkcjonują.

Tabela 10. Placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, poradnie ogółem w 2008 i 2012 roku

Gmina	Placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej		Placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 10 tys.		Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień ogółem	Poradnie psychologiczne ogółem
	2008	2012	2008	2012	2012	2012
Miasto Bydgoszcz	111	158	3	4	19	10
Dąbrowa Chełmińska	3	3	4	4	0	0
Dobrcz	3	3	3	3	0	0
Koronowo	7	9	3	4	2	1
Nowa Wieś Wielka	2	2	2	2	0	0
Osielsko	3	7	3	6	0	0
Sicienko	3	2	3	2	0	0
Szubin	6	7	3	3	2	0
Łabiszyn	2	3	2	3	0	0
Białe Błota	2	2	1	1	0	0
Solec Kujawski	2	4	1	3	0	0
Miasto Toruń	65	74	3	4	12	5
Zławieś Wielka	5	4	4	3	0	0
Łubianka	2	2	3	3	0	0
Łysomice	3	3	3	3	0	0
Lubicz	3	4	2	2	0	0
Obrowo	3	4	3	3	0	0
Wielka Nieszawka	1	1	2	2	0	0
Kowalewo Pomorskie	3	4	3	3	0	0
Miasto i Gmina Nakło Nad Notecią	2	11	1	3	3	0
Miasto i Gmina Chełmża	7	8	4	3	1	0
Czernikowo	4	4	5	4	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy, Bank Danych Lokalnych 2014 r.

2.1.2 Opieka długoterminowa

Obecnie Polska znajduje się na etapie rozwijania kompleksowej opieki długoterminowej. Różnice w dostępie do placówek zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i hospicjów na terenie kraju są znaczne. W 2012 r. największa dostępność do placówek ZPO była w województwie mazowieckim (26) natomiast w województwie opolskim nie było żadnej takiej placówki. W latach 2001-2012 liczba ZPO w Polsce spadła ogółem o 42%, przy czym w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano wzrost o 22% z 9 do 11 placówek. W 2012 r. największa liczba placówek ZOL mieściła się w województwie mazowieckim (46), natomiast najmniejsza w województwie zachodniopomorskim (4). Liczba ZOL w Polsce w latach 2001-2012 wzrosła o 54% (z 234 do 360 placówek). Największy wzrost odnotowano w województwie pomorskim (180% z 10 do 28

placówek), w województwie kujawsko-pomorskim badanym okresie wzrost ten wynosił 122% (z 9 do 20 placówek). Pomimo poprawy sytuacji na tle kraju w województwie kujawsko-pomorskim w dostępie do opieki długoterminowej obserwowane są wewnątrzregionalne zróżnicowania.

Tabela 11. Rozmieszczenie zakładów / oddziałów opieki długoterminowej na badanym obszarze w 2012 r.

Powiat	Zakłady/ oddziały opiekuńczo- lecnicze	Zakłady/ oddziały opiekuńczo- lecnicze psychiatryczne	Zakłady/ oddziały pielęgnacyjno- opiekuńcze	Hospicja stacjonarne
Miasto Toruń	3	1	2	1
Powiat toruński	1	0	0	0
Miasto Bydgoszcz	1	0	2	2
Powiat bydgoski	1	0	0	0
Powiat żniński	0	0	0	0
Powiat nakielski	1	0	0	0
Powiat golubsko- dobrzyński	0	0	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Najlepszym dostępem do stacjonarnej opieki długoterminowej odznaczają się miasta Bydgoszcz i Toruń. Najgorsza sytuacja jest w powiecie żnińskim i golubsko-dobrzyńskim.

2.1.3 System ratownictwa medycznego

Nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Pierwszym pionem PRM są organy administracji rządowej (wojewodowie) planujące, koordynujące i organizujące działania systemu. Drugi pion obejmuje jednostki systemu: szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego.

Schemat 3 Schemat organizacji PRM



Źródło: Opracowanie własne

W ostatnich latach nastąpiło w województwie kujawsko – pomorskim zmniejszenie ilości szpitalnych oddziałów ratunkowych. W następstwie pozostałe SORy odnotowały zwiększenie obciążenia dobowego oraz wydłużył się czas oczekiwania na dostęp do świadczeń medycznych. Zgodnie ze Zintegrowanym Programem Ratownictwa Medycznego – 1 szpitalny oddział ratunkowy miał przypadać na 150 tysięcy mieszkańców, natomiast aktualnie w województwie na 1 SOR przypada 209 774 mieszkańców [Plany Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko Pomorskiego z lat 2008-2012].

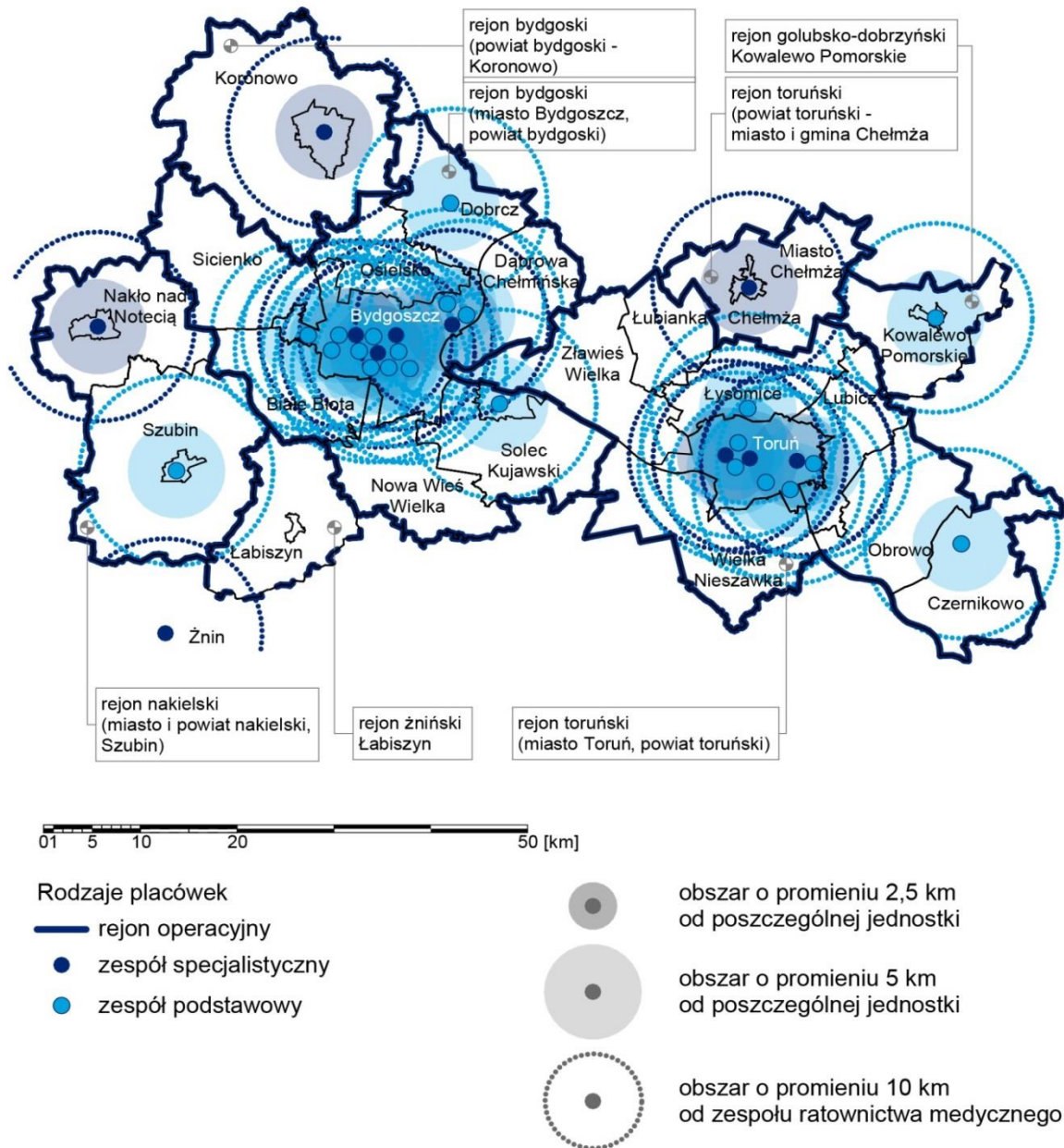
Tabela 12. Wykaz szpitalnych oddziałów ratunkowych, z uwzględnieniem lądowisk oraz stanowisk resuscytacyjnych, intensywnej terapii i obserwacyjnych na rok 2012

Dysponent jednostki		Jednostka organizacyjna podmiotu leczniczego w strukturach którego funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy		Lądowisko zlokalizowane bezpośrednio przy SOR (odległość w metrach od SOR)		użycia środków specjalistycznych transportu sanitarnego (odległość w metrach od SOR)	Liczba stanowisk resuscytacyjnych	Liczba stanowisk intensywnej terapii	Liczba stanowisk obserwacyjnych
Nazwa	Adres	Nazwa jednostki organizacyjnej	Adres jednostki organizacyjnej	całodobowe	nieprzystosowane do startów i lądowań w nocach				
Pałuckie Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Żnin	ul. Szpitalna 30	Pałuckie Centrum Zdrowia sp. z o.o. NZOZ Żnin	ul. Szpitalna 30	50	0	nie	2	2	4
	88-400 Żnin		88-400 Żnin	nie					
Wojewódzki Szpital Zespólny im. L. Rydygiera	ul. Św. Józefa 53/59	Wojewódzki Szpital Zespólny im. L. Rydygiera	ul. Św. Józefa 53/59	0	0	0	2	2	4
	87-100 Toruń		87-100 Toruń						
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Biziela	ul. Ujejskiego 75	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela, Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej	ul. Ujejskiego 75	50	0	nie	2	1	8
	85-168 Bydgoszcz		85-168 Bydgoszcz	tak					
Szpital Uniwersytecki im. dr A. Jurasza	ul. M. Skłodowskiej-Curie 9	Szpital Uniwersytecki im. dr A. Jurasza, Klinika Medycyny Ratunkowej	ul. M. Skłodowskiej-Curie 9	60	0	nie	2	0	5
	85-094 Bydgoszcz		85-094 Bydgoszcz	nie					
10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ	ul. Powst. Warszawy 5	Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy	ul. Powst. Warszawy 5	250	0	nie	2	2	8
	85-681 Bydgoszcz		85-681 Bydgoszcz	tak					

Źródło: Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko Pomorskiego.

W lipcu 2011 roku w celu odciążenia wyjazdami ZRM z Bydgoszczy, gminę Dobrcz zdjęto z rejonu przypisanego Bydgoszczy a dołączono do rejonu Koronowa. W porównaniu do roku 2011 ilość wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego podległych pod WSPR w Bydgoszczy zwiększyła się o 3,76%. Mediana czasu dojazdu wyniosła 7,41 minut (w porównaniu do roku 2011 - 6,23 min. i jest to jeden z gorszych czasów w województwie).

Mapa 4 Ratownictwo Medyczne na terenie BTOF (stan na 2012 r.)



Źródło: Studium Uwarunkowań Rozwoju Przestrzennego Bydgosko - Toruńskiego Obszaru Funkcjonalnego, 2014 r.

Zespoły ratownictwa medycznego podległe WSPR w Toruniu w 2012 roku wyjeżdżały do wezwań, w których występowało zagrożenie życia o 2,98% częściej w porównaniu do 2011 roku. W Toruniu mediana czasu wynosi 5,00 min. (w porównaniu do roku 2011 - 3,56 min.) i jest to jeden z najlepszych czasów w województwie (dla województwa w roku 2012 6,39, w 2011 – 5,26 minut).

Tabela 13. Zespoły ratownictwa medycznego w poszczególnych powiatach

Powiat	2008						2012					
	liczba mieszkańców	ilość ZRM typu S	ilość ZRM typu P	ilość mieszkańców na 1 ZRM	ilość interwencji w skali roku	ilość interwencji na 1 ZRM w skali roku	liczba mieszkańców	ilość ZRM typu S	ilość ZRM typu p	ilość mieszkańców na 1 ZRM	ilość interwencji w skali roku	ilość interwencji na 1 ZRM w skali roku
Toruń	198 000	3	4	28 286	14 454	2 065	204 762	3	4	204 762	19 518	2 788
toruński	46 592	1	1	15 530	8 379	2 793	104 071	1	2	34 690	4 202	1 401
Bydgoszcz	366 000	5	10	24 400	45 020	3 001	361 891	5	10	24 126	46 145	3 076
bydgoski	93 349	1	1	46 750	5 405	2 702	108 991	1	2	36 330	4 671	1 557
żniński	69 291	1	2	23 097	3 679	1 226	70 917	1	2	23 639	4 313	1 438
nakielski	87 106	1	3	21 776	4 819	1 204	86 976	1	3	21 744	5 232	1 308
golubsko - dobrzyński	46 288	1	1	23 144	2 466	1 233	45 367	1	1	22 683	2 418	1 209

Źródło: Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko Pomorskiego.

W roku 2012 ZRM podległe pod Pałuckie Centrum Zdrowia NZOZ w Żninie wyjeżdżały do przypadków, w których występowało zagrożenie życia o 7,43% częściej niż w 2011 roku. Mediana czasu dojazdu w 2012 roku wyniosła 9,29 min. (w porównaniu do roku 2011 - 7,37 min.).

W powiecie nakielskim w 2012 roku liczba wyjazdów do pacjentów, u których występowało zagrożenie życia wzrosła w porównaniu do 2011 roku o 1,28%. Mediana czasu dotarcia wyniosła 7,37 min. (w roku 2011 - 6,25 min.) i jest to czas znacznie przekraczający średnią w województwie.

W gminie Koronowo jeden zespół ratownictwa medycznego typu „S” – przypada na około 24 tysiące mieszkańców gminy i około 20 tysięcy mieszkańców przebywających na terenie gminy przez około 6 miesięcy każdego roku w okolicach Zalewu Koronowskiego (łącznie około 44 tys., średnia krajowa to 1 ZRM na 26 tys., średnia za województwo – 23 785 mieszkańców). Należy także podkreślić fakt, iż najbliższy gminie Koronowo szpital oddalony jest o około 30 kilometrów. Mediana czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego wyniosła dla zdarzeń w gminie Koronowo 18 minut, a w gminie Dobrcz 17 minut [Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko Pomorskiego].

2.1.4 Zobowiązania finansowe podmiotów leczniczych

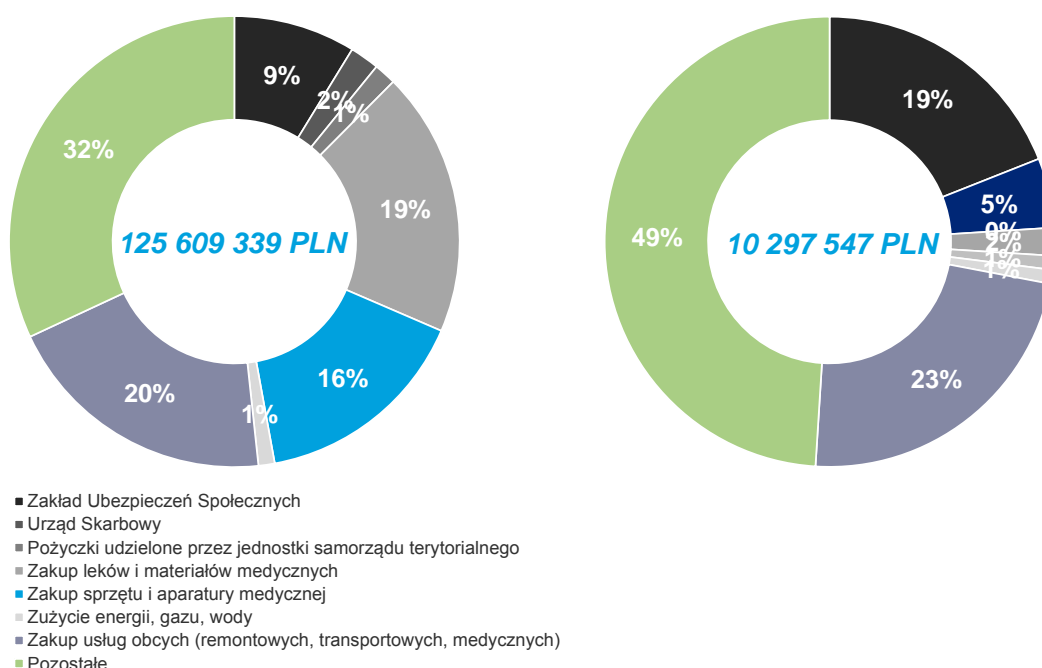
Wysokość zobowiązań publicznych podmiotów leczniczych świadczących opiekę stacjonarną z oddziałami szpitalnymi w 2012 r. wynosiły 125,6 mln (łącna suma dla 8 placówek: 5 szpitali w Bydgoszczy i 3 w Toruniu). 10% tej kwoty stanowiły zobowiązania wymagalne (wszystkie zobowiązania wraz z odsetkami, których termin płatności upłynął, a które nie są przedawnione lub umorzone).

Należy zauważyć, że większość zobowiązań wymagalnych szpitali, to długi zaciągnięte z tytułu dostaw i usług. Ma to duże znaczenie w kontekście regulacji zawartych w ustawie o działalności leczniczej. Ustawa przewiduje bowiem, że te samorzady, które nie spłacą długów swoich szpitali będą musiały lecznice przekształcić. Wówczas otrzymają z budżetu państwa bezzwrotne dotacje na pokrycie zobowiązań, jednak tylko tych względem ZUS oraz fiskusa. Z analiz wynika jednak, że akurat tego typu zadłużenia SPZOZ-y z oddziałami szpitalnymi nie mają dużo.

Biorąc pod uwagę strukturę zobowiązań podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi najwyższy udział stanowią zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych). Kolejną grupę stanowią zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych oraz zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej.

Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych bez oddziałów szpitalnych na badanym obszarze kształtowała się w nieco odmienny sposób. Najwyższy udział stanowią zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych) oraz zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Wykres 28 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi (lewy wykres) i bez oddziałów szpitalnych (prawy wykres) w 2012 r.²



² Pozostałe zobowiązania obejmują: zobowiązania publiczno-prawne, pozostałe zobowiązania cywilno-prawne, zobowiązania wobec pracowników – inne, zobowiązania z tytułu innych pożyczek i kredytów, zobowiązania wobec PFRON.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

2.1.5 Zasoby kadrowe

Poziom wykształcenia oraz liczebność kadr medycznych ma istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W interesie państwa oraz każdego regionu jest zorganizowanie systemu kształcenia kadr medycznych w sposób zapewniający wyspecjalizowaną kadrę medyczną w liczbie umożliwiającej szybki i skuteczny dostęp do profesjonalnie udzielanych świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom bez względu na ich miejsce zamieszkania oraz rodzaj schorzenia.

Liczba personelu medycznego zatrudnionego na badanym obszarze przypadająca na 10 tys. mieszkańców jest niższa niż średnia krajowa, która w 2012 r. w przypadku lekarzy wynosiła dla Polski 47,7; lekarzy dentyistów 5,2; a dla pielęgniarek i położnych (ogółem) 69. Na podstawie zebranych danych można wnioskować, iż badane grupy personelu medycznego należą na BTOF do deficytowych, pomimo zauważanej pozytywnej tendencji między rokiem 2008 i 2012.

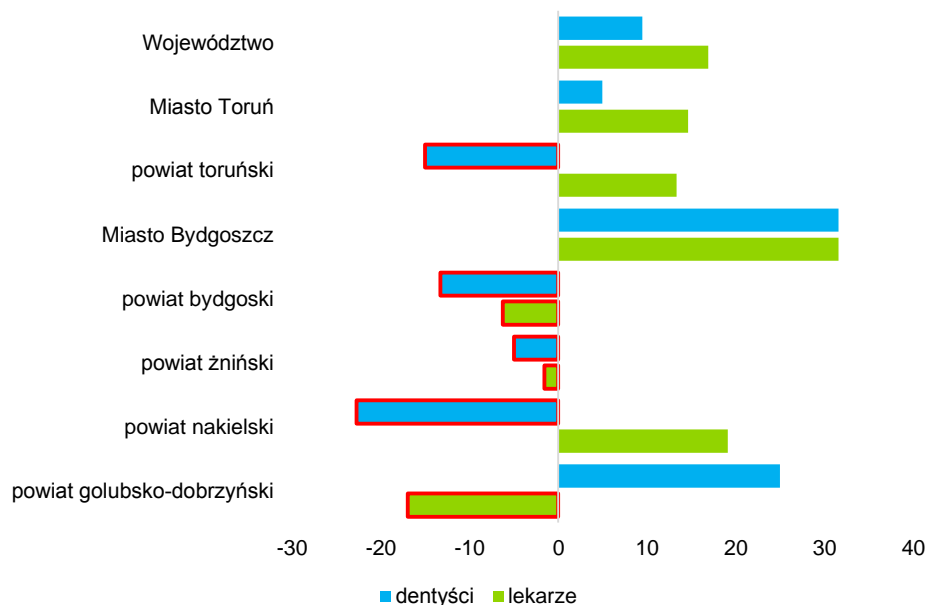
Tabela 5 Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w 2008 i 2012 r. – wskaźnik na 10 tys. ludności

Powiat	Lekarze		Lekarze dentyści		Pielęgniarki		Położne	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Województwo	18,1	20,9	2,9	3,1	45,2	49,7	6	6
Miasto Toruń	29,5	34,1	4,9	5,2	67,9	68,6	7,8	7,4
Powiat toruński	4,8	5,1	2,1	1,7	11,8	12,6	1,8	2,6
Miasto Bydgoszcz	38,3	50	3,7	4,8	72,3	96,4	10,1	10,4
Powiat bydgoski	3,2	2,7	1,5	1,2	8,3	7,4	1,6	1,3
Powiat żniński	9,1	8,9	2,9	2,7	30,6	26,1	4,3	5,5
Powiat nakielski	8	9,3	2,6	2	26	27,5	4,1	4,1
Powiat golubsko-dobrzyński	13	10,8	1,8	2,2	31,6	37	4,9	5,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Analiza zmiany zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyistów w latach 2008-2012 wskazuje na wzrost zatrudnienia w województwie kujawsko-pomorskim: lekarzy o 17% a lekarzy dentyistów o 9%. Jednakże przestrzennie wzrost ten jest bardzo zróżnicowany. Najwyższy przyrost odnotowano w mieście Bydgoszcz (w obu grupach wzrost o 32%). W czterech powiatach: golubsko-dobrzyńskim, bydgoskim i żnińskim odnotowano spadek liczby lekarzy. Podobnie w przypadku lekarzy dentyistów odnotowano spadek w powiecie: nakielskim, toruńskim, bydgoskim i żnińskim.

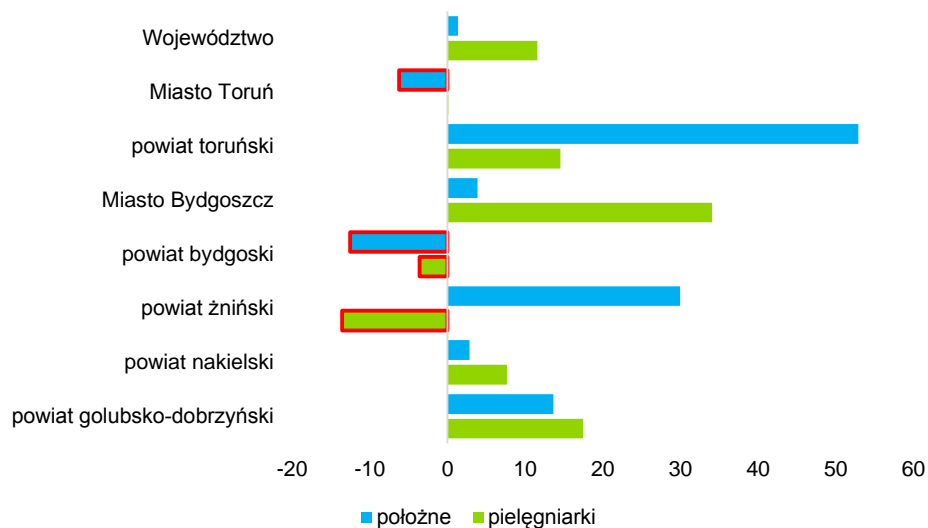
Wykres 29 Zmiana zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyistów w 2012 r. (w stosunku do 2008 r.) w %



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Analiza zmiany zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2008-2012 wskazuje w skali województwa na wzrost zatrudnienia w obu grupach zawodowych: pielęgniarki o 12%, położne o 1%. Na badanym obszarze obserwuje się duże zróżnicowanie. W powiecie żnińskim i bydgoskim odnotowano spadek zatrudnienia pielęgniarek, natomiast miasto Toruń, powiat bydgoski charakteryzował się spadkiem ilości zatrudnionych położnych.

Wykres 30 Zmiana zatrudnienia pielęgniarek i położnych w 2012 r (w stosunku do 2008 r.) w %



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Specjaliści w zawodach medycznych to osoby z I i II stopniem specjalizacji oraz osoby, które uzyskały specjalizację zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013 poz. 26). Ogólna liczba specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim wynosiła 3664 i wzrosła w porównaniu z 2009 r. o 235. Na terenie badanych powiatów (za wyjątkiem miasta Bydgoszczy i Torunia) liczba lekarzy specjalistów stanowiła ponad 90% ogółu lekarzy.

Tabela 6 Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2009 i 2012 roku

Powiat	Razem lekarze specjaliści		% ogółu lekarzy	
	2009	2012	2009	2012
Województwo kujawsko pomorskie	3429	3664	83,4	83,6
Miasto Toruń	526	575	83,6	82,5
Powiat toruński	48	49	100	96,1
Miasto Bydgoszcz	1208	1397	73	77,3
Powiat bydgoski	36	30	97,3	100
Powiat żniński	58	61	96,7	96,8
Powiat nakielski	65	73	92,9	90,1
Powiat golubsko-dobrzyński	47	49	88,7	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

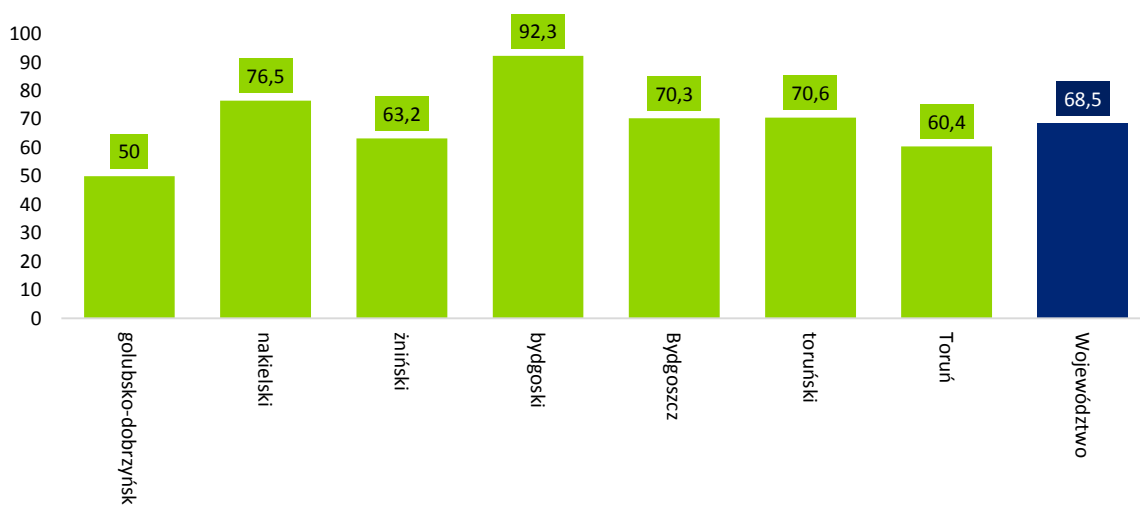
W województwie kujawsko-pomorskim w 2012 r. najwyższy odsetek lekarzy specjalistów stanowią lekarze chorób wewnętrznych (14,6%), pediatrii (9,8%), medycyny rodzinnej (8,6%). Najwyższy przyrost zatrudnienia między 2009 i 2012 rokiem zarejestrowano wśród lekarzy medycyny rodzinnej (+49), natomiast spadek wśród lekarzy położnictwa i ginekologii (-36). Niedobory kadrowe zgłoszone przez konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny dotyczą:

- Anestezjologii, chirurgii onkologicznej, chorób zakaźnych, endokrynologii, epidemiologii, gastroenterologii, geriatry, hipertensjologii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny sportowej, medycyny nuklearnej, medycyny rodzinnej, medycyny sądowej, medycyny ratunkowej, neonatologii, onkologii, hematologii dziecięcej, psychiatrii dzieci i młodzieży, rehabilitacji medycznej, toksykologii klinicznej, urologii dziecięcej, stomatologii dziecięcej oraz farmacji szpitalnej.

Wskazuje się, że jedną z przyczyn występujących niedoborów jest emigracja absolwentów medycyny, jak również brak płynnej zmiany pokoleniowej lekarzy.

W przypadku lekarzy dentyistów specjaliści stanowili w 2012 r. w województwie kujawsko-pomorskim 68,5%. Największy udział lekarzy dentyistów ze specjalizacją zarejestrowano w powiecie bydgoskim, najniższą zaś w golubsko-dobrzyńskim.

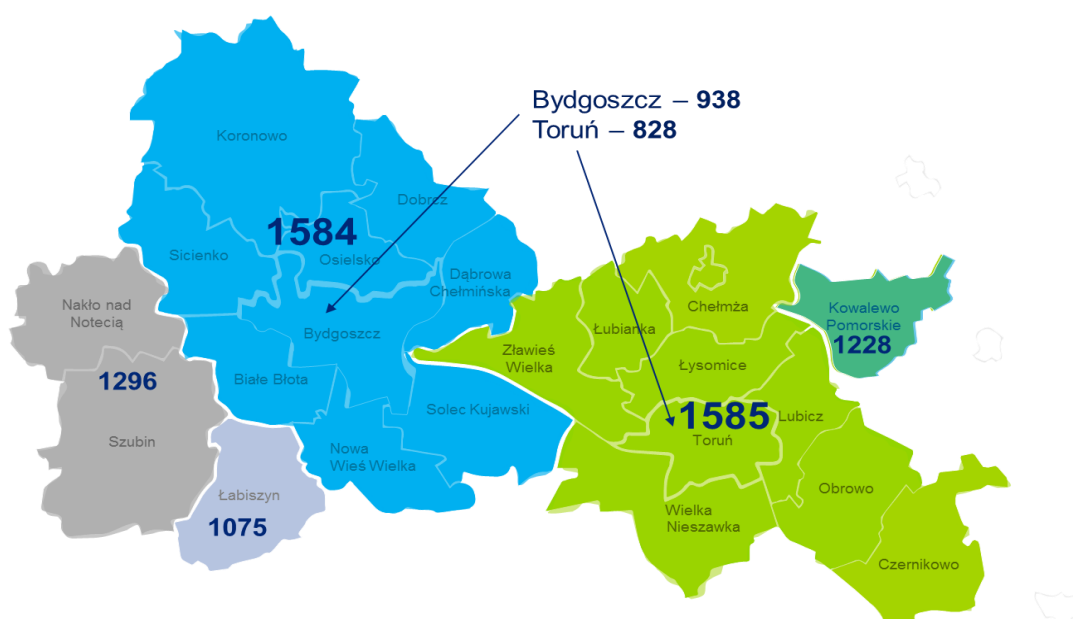
Wykres 31 Procentowy udział lekarzy dentystów ze specjalizacją do ogólnej liczby lekarzy dentystów – stan w dniu 3.12.2013 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, 2014 r.

Zdrowie mieszkańców uzależnione jest od jakości i dostępności do usług medycznych. Dostęp do odpowiedniej liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej daje szansę na poprawienie komfortu opieki. Wg zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 85/2011/ DSOZ liczba osób objętych opieką przez jednego lekarza nie powinna przekraczać 2 750 osób. Istotnym problemem jest zróżnicowanie w zakresie dostępności do lekarzy POZ w powiatach i gminach. Lekarze koncentrują swoje praktyki w dużych ośrodkach miejskich (Bydgoszczy i Toruniu), gdzie na 1 lekarza w 2012 r. przypadało odpowiednio 938 i 824 pacjentów (czyli 3 krotnie mniej niż norma).

Mapa 5 Liczba mieszkańców (wg faktycznego miejsca zamieszkania) przypadających na 1 lekarza POZ w 2008 i 2012 r.

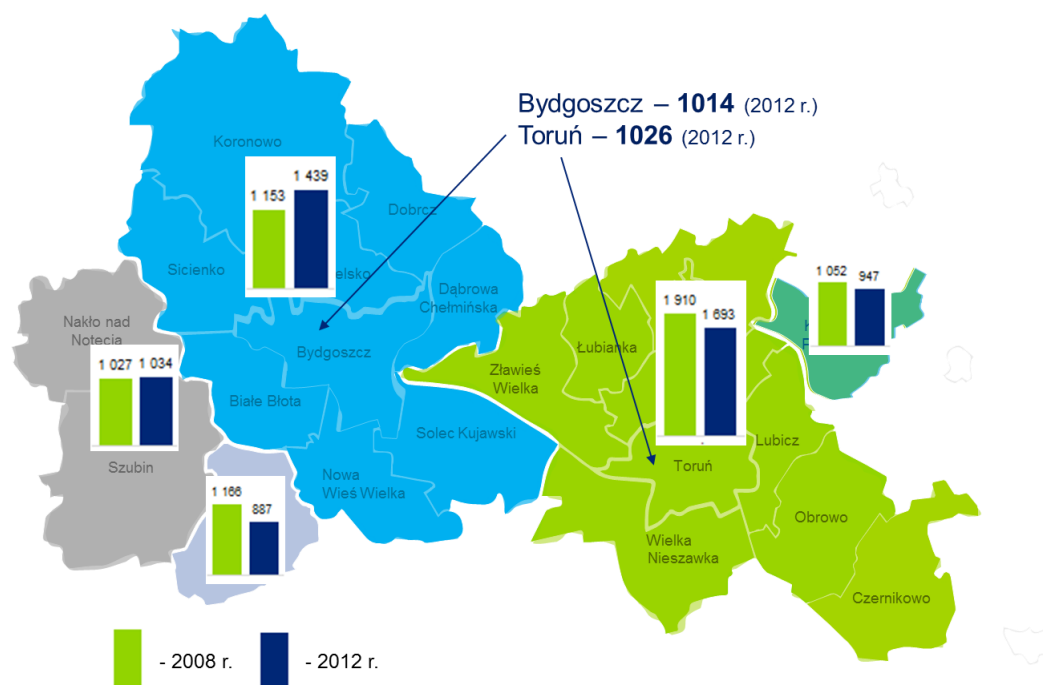


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

W badanych latach, za wyjątkiem powiatu bydgoskiego, zaobserwowano poprawę wskaźnika dostępności do lekarza POZ.

Podobnie, jak w przypadku lekarzy POZ liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej nie powinna przekroczyć 2 750 osób. Podobnie, jak w przypadku lekarzy POZ na badanym obszarze nie odnotowano przekroczenia normy. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w powiecie toruńskim, jednakże z tendencją do zwiększania się dostępności.

Mapa 6 Liczba mieszkańców (wg faktycznego miejsca zamieszkania) przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2008 i 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

2.2 Promocja zdrowia oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna

Zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. do zadań własnych powiatu należy m.in. wykonywanie zadań publicznych w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Z kolei ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, że do zadań własnych gminy i powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy

w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Na obszarze funkcjonalnym realizowanych było wiele programów w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

Tabela 7 Populacja objęta programami profilaktycznymi finansowanymi ze środków jednostek samorządu terytorialnego (JST) w 2013 r.

Jednostka terytorialna	Nazwa (cel programu)	Populacja objęta programem		Koszt programu (w zł)	
		Charakterystyka populacji	Liczba osób objętych programem	Całkowity	Udział środków z budżetu JST
Białe Błota	Zapobieganie występowania zaburzeń psychicznych (zwiększenie dostępności do poradnictwa, konsultacji i porady psychiatryczne)	Osoby dorosłe	23	8 499	100%
	Zwiększenie aktywności fizycznej – obniżenie skali występowania wad postawy (obniżenie skali występowania wad postawy)	Uczniowie klas 1 szkoły podstawowej	117	10 000	100%
Dobrcz	Badania w kierunku raka prostaty (zwiększenie wczesnej wykrywalności raka prostaty)	Mężczyźni powyżej 45	99	1 881	100%
Koronowo	Pomoc dziecku niepełnosprawnemu i jego rodzinie	Dzieci od 0-16 r.ż.	130	25 000	100%
Osielsko	Rehabilitacja lecznicza (fizykoterapia i kinezterapia) mieszkańców gminy Osielsko (poprawa stanu zdrowia mieszkańców gminy Osielsko, głównie poprzez zmniejszenie zachorowalności oraz poprawę jakości życia osób chorych i przywracanie im sprawności)	Mieszkańcy gminy Osielsko po uzyskaniu skierowania do udziału w programie od lekarza poz lub specjalisty	1030	94 700	100%
Solec Kujawski	Zapobieganie zachorowalności na cukrzycę oraz skutkom jej występowania (obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu cukrzycy oraz jej powikłań)	Mieszkańcy miasta i gminy Solec Kujawski	700	53 475	44%
	Profilaktyka chorób odytoniowych (zmniejszenie zachorowalności na schorzenia	Osoby powyżej 18 r.ż.	50	400	90%

	odtytoniowe, ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu palenia tytoniu)				
	Profilaktyka gruźlicy (zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na gruźlicę, objęcie wczesną opieką chorych na gruźlicę, zmniejszenie umieralności z powodu gruźlicy)	Dorośli mieszkańcy miasta i gminy Solec Kujawski	264	1 584	51%
	Profilaktyka chorób układu krążenia (obniżenie umieralności i zachorowalności z powodu chorób układu krążenia)	Osoby powyżej 18 r.ż.	50	800	90%
	Badania profilaktyczne w kierunku wykrywania chorób nowotworowych piersi (obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych piersi)	Kobiety z terenu miasta i gminy Solec Kujawski	100	5 000	90%
Bydgoszcz	Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu (zapobieganie chorobom układu oddechowego poprzez edukację)	Mieszkańcy Bydgoszczy od 6 r.ż.	7927	56 232	100%
	Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami nowotworowymi i układu krążenia (zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych i chorób układu krążenia przez wczesną diagnostykę i edukację)	Mieszkańcy Bydgoszczy	568	50 000	94%
	Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem (poprawa opieki nad małym dzieckiem)	Rodzice oraz ich dzieci do 1 r.ż.)	79	28 000	97%
	Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży (zapobieganie i wczesne wykrywanie jaskry, zaburzeń słuchu, chorób psychicznych i nowotworowych poprzez badania przesiewowe, porady i edukację)	Dzieci i młodzież oraz ich rodzice	5447	56 300	98%
	Intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży (zapobieganie i wczesne	Dzieci i młodzież powyżej 7 r.ż.	5093	54 620	91%

	wykrywanie próchnicy i innych chorób jamy ustnej poprzez badania przesiewowe, porady i edukację)				
	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz działania prewencyjno – promocyjne (zapobieganie zaburzeniom oraz działania prewencyjno – promocyjne)	Młodzież i ich rodzice – mieszkańcy Bydgoszczy	2755	54 000	100%
Toruń	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (zapobieganie nowotworom szyjki macicy poprzez szczepienia przeciw HPV)	Dziewczęta z rocznika 2000 i 2001 – mieszkanki Torunia	860	169 423	100%
	Program promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży toruńskich szkół (propagowanie wśród dzieci i młodzieży zdrowego stylu życia, wolnego od uzależnień oraz propagowanie odpowiedzialności za własne zdrowie)	Dzieci i młodzież z 25 toruńskich szkół	15000	132 240	100%
Powiat bydgoski	Powiatowy program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2011-15 (promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi różnych form pomocy i opieki)	Dorośli, młodzież, dzieci.	208	800	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Marszałkowskiego WKP

Realizowane programy są adekwatne do potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Przykładem dobrych praktyk jest w tym względzie gmina Solec Kujawski, realizująca długoterminowo pakiet programów zdrowotnych obejmujących promocję zdrowia i profilaktykę najczęściej występujących schorzeń cywilizacyjnych. Podniesienie zdrowotności mieszkańców na obszarze funkcjonalnym wymaga podejścia interdyscyplinarnego – tzn. współpracy wielu stron – w tym m.in. placówek oświaty, pracodawców, podmiotów leczniczych, władz samorządowych. Złożony wysiłek, systematyczne i skoordynowane działania oraz postępowanie mające na celu poszerzenie wiedzy, nabycie umiejętności oraz idących za tym zmian postaw oraz zachowań przyniesie w przyszłości pozytywne efekty zdrowotne.

2.3 Inwestycje w obszarze zdrowia

Finansowanie ochrony zdrowia ze środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego jest zróżnicowane. Przeciętnie 76% tych wydatków to wydatki przeznaczone na przeciwdziałanie alkoholizmowi. W gminach: Dąbrowa Chełmińska, Nowa Wieś Wielka, Sicienko, Łabiszyn, Zławieś Wielka, Lubicz, Obrowo, Wielka Nieszawka, Kowalewo Pomorskie, Nakło Nad Notecią, Czernikowo i Ciechocinek udział ten wynosił w 2012 r. ponad 90%.

Wykres 31. Wydatki budżetów gmin na zdrowie na 1 mieszkańca (w PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Bank Danych Lokalnych 2014 r.

Na badanym obszarze wydatki na mieszkańca wahały się w 2012 r. od 5 zł (Obrowo) do 94 zł (Toruń). W 2012 r. w porównaniu do 2008 r. wydatki uległy zmniejszeniu w gminach: Koronowo, Nowa Wieś Wielka, Białe Błota, Solec Kujawski, Zławieś Wielka, Obrowo, Kowalewo Pomorskie. Największy poziom oraz wzrost wydatków odnotowano w Toruniu, Dobrczu.

Wobec napiętych budżetów środki przeznaczane są w pierwszej kolejności na cele „sztywne” oraz na zadania postrzegane jako priorytetowe lub należące do powinności samorządu. Priorytetem jest rozwój cywilizacyjny gminy, w tym przede wszystkim inwestycje z zakresu infrastruktury drogowej; kwestie zdrowotne traktowane bywają jako drugorzędne.

Ponadto obowiązuje Program Inwestycji Rozwojowych i Modernizacji dla Szpitali wojewódzkich na lata 2009-2016 został przyjęty Uchwałą Zarządu Województwa nr 55/894/09 z dnia 16 lipca 2009 oraz

uchwałą nr 46/1378/12 z dnia 12 listopada 2012. Celem nadrzędnym programu jest dostosowanie infrastruktury istniejących obiektów szpitali do wymogów prawa polskiego.

Tabela 8 Podmioty z obszaru funkcjonalnego biorące udział w realizacji projektu Program Inwestycji Rozwojowych i Modernizacji dla Szpitali Wojewódzkich na lata 2009-2016

Gmina	Nazwa podmiotu	Projekty (zrealizowane i w trakcie realizacji)	Wartość projektu (PLN)	
Miasto Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy	Wykończenie i wyposażenie nowego pawilonu wraz z budową łącznika	2 559 000	
		Przełożenie pokrycia dachowego budynków szpitala	300 000	
		Zakup, dostawa i montaż cyfrowego aparatu RTG	1 251 000	
		Modernizacja zabytkowych obiektów szpitala	b.d	
		Dostosowanie budynków do wymogów przepisów prawa	12 000 000	
	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii W Bydgoszczy	Modernizacja dachów budynków szpitalnych	1 300 000	
		Dostosowanie budynków do wymagań ochrony przeciwpożarowej oraz warunków ewakuacji	800 000	
		Opracowanie dokumentacji rozbudowy szpitala	1 185 000	
		Przebudowa i rozbudowa K-PC w Bydgoszczy raz z zakupem sprzętu i wyposażenia	34 000 000	
	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy	Modernizacja Zakładu Mikrobiologii i Diagnostyki Laboratoryjnej	2 852 000	
		Zakup sprzętu i aparatury medycznej	1 222 000	
		Dostawa, montaż i uruchomienie dwóch dźwigów osobowych	751 000	
		Wymiana agregatu prądotwórczego	145 000	
		Modernizacja infrastruktury bloku żywieniowego	7 782 000	
		Park Aktywnej Rehabilitacji i Sportu	42 697 000	
		Modernizacja Infrastruktury Oddziałów Łóżkowych	3 817 000	
		Przebudowa Układu Komunikacyjnego Zespołu Głównego Centrum Onkologii	2 484 000	
		Roboty budowlano-instalacyjne polegające na modernizacji infrastruktury oddziałów łóżkowych: klinicznego chirurgii onkologicznej i klinicznego urologii onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy	3 370 000	
		Roboty Budowlano-Instalacyjne polegająca na rozbudowie i przebudowie stacji łóżek Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz dostawę, montaż i uruchomienie sprzętu	6 000 000	
		Modernizacja Infrastruktury oddziałów Łóżkowych (klinicznego, chirurgii klatki piersiowej i nowotworów)	1 800 000	
		Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	Dostawa sprzętu i aparatury medycznej	4 881 000
			Opracowanie kompleksowej dokumentacji projektowej dla zadania pn. „Przebudowa i rozbudowa WSD w Bydgoszczy”	7 319 000
	Budowa szpitala		12 800 000	

Gmina	Nazwa podmiotu	Projekty (zrealizowane i w trakcie realizacji)	Wartość projektu (PLN)
		Wyposażenie medyczne nowego budynku	b.d.
Miasto Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	Modernizacja Oddziału Noworodków	458 000
		Zakup Sprzętu i Aparatury Medycznej	11 650 000
		Modernizacja Infrastruktury Technicznej i Energetycznej Szpitala	3 505 000
		Wykonanie Dokumentacji Rozbudowy i Modernizacji Skonsolidowanych Jednostek	6 300 000
		Modernizacja 6 piętra w istniejącym budynku głównym na potrzeby oddziału zakaźnego	bd.
		Budowa centralnego bloku operacyjnego wraz z oddziałem łóżkowym	bd.
		Rozbudowa szpitala i jego infrastruktury	bd.
		Integracja systemów informatycznych WSZ – Szpitala Specjalistycznego dla Dzieci i dorosłych wraz z wyposażeniem	100 000
		Zakup Sprzętu i Aparatury Medycznej	4 900 000
		Utworzenie Centrum Stomatologii wraz z Wyposażeniem	15 400 000
		Modernizacja pawilonu poradni specjalistycznych dla dzieci i dorosłych WSZ w Toruniu	3 600 000
		Modernizacja Oddziałów Psychiatrycznych Dziennych i Poradni	bd

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Urząd Marszałkowski województwa kujawsko-pomorskiego

Kolejnym źródłem finansowania inwestycji na obszarze BTOF są fundusze strukturalne Unii Europejskiej. W perspektywie finansowej 2004-2006 na BTOF zrealizowano 11 projektów w obszarze ochrony zdrowia, na łączną kwotę nie przekraczającą 70 mln zł, które skupiały się przede wszystkim na [www.mapadotacji.gov.pl]:

- podniesieniu standardu usług medycznych poprzez zakup sprzętu medycznego oraz przebudowę i modernizację pomieszczeń,
- rozwoju telemedycyny w województwie kujawsko-pomorskim,
- rozwoju procedur diagnostycznych,
- poprawie funkcjonowania ratownictwa medycznego.

W perspektywie finansowej 2007-2013 obserwowany jest dynamiczny przyrost zarówno w ilości, jak i wartości projektów współfinansowanych środkami UE w obszarze ochrony zdrowia na BTOF. Poniższa tabela przedstawia projekty realizowane w perspektywie finansowej 2007-2013 przez podmioty lecznicze. Analiza wskazuje na dalszy intensywny i pozytywny trend inwestycji w unowocześnianie i modernizację infrastruktury medycznej, co determinuje poprawę dostępności do wysokiej jakości świadczeń medycznych.

Tabela 9 Projekty realizowane z funduszy strukturalnych w perspektywie 2007-2013

Gmina	Nazwa podmiotu	Projekt	Wartość projektu (PLN)
Miasto Bydgoszcz	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych 10 WSK z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy poprzez zakup sprzętu medycznego dla intensywnej terapii.	13 897 579,22
		Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy.	1 867 770,86
	Hospicjum im. Ks. J. Popiełuszki przy Parafii Św. Polskich Braci Męczenników w Bydgoszczy	Rozbudowa Hospicjum o nowy pawilon połączony z budynkiem istniejącym przy ulicy Solnej w Bydgoszczy.	4 210 582,06
	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	Dostosowanie obiektów szpitalnych leczenia gruźlicy i chorób płuc do standardów europejskich - etap 1	6 122 183,07
		Unowocześnienie wyposażenia i bazy lokalowej rehabilitacji stacjonarnej.	679 822,45
	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Bydgoszczy	Rozbudowa Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego przy ul. Smukalskiej 251 w Bydgoszczy zgodna z zaleceniami służb sanitarno-epidemiologicznych	2 350 000,01
	Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Wzrost dostępności wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez wymianę aparatu rezonansu magnetycznego w Szpitalu Uniwersyteckim w Bydgoszczy.	6 570 585,90
		Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy	9 722 372,39
		Dostosowanie obiektów Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy do wymagań ochrony przeciwpożarowej - etap I	7 044 105,60
	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy	Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy.	2 089 096,00
		Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do wymaganych standardów poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego	8 142 298,50
		„Rozwój Oraz Dostosowanie Do Wymaganych Standardów Wysokospecjalistycznych Procedur Leczniczych I Operacyjnych Poprzez Zakup Nowoczesnej Aparatury Medycznej”.	5 113 667,75
		Modernizacja i doposażenie uniwersyteckich oddziałów szpitalnych o kluczowym znaczeniu dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.	15 050 000,00
	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr E. Warmińskiego SP ZOZ w Bydgoszczy	Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy - zakup nowoczesnego sprzętu medycznego.	3 375 879,17
		„Utworzenie Centrum Wysokospecjalistycznej Diagnostyki Obrazowej oraz Ośrodka Operacji Zaćmy na bazie Wielospecjalistycznego	5 193 378,00

Gmina	Nazwa podmiotu	Projekt	Wartość projektu (PLN)
		Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy”.	
	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	Zakup ambulansów na potrzeby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	1 269 398,90
		Zakup ambulansów na potrzeby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	1 001 884,34
	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy	Poprawa jakości świadczonych usług poprzez zakup specjalistycznego sprzętu do rehabilitacji medycznej w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Toruniu.	139 076,76
Gmina Nakło	Nowy Szpital w Nakle i Szubinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	„Podniesienie i poprawa jakości świadczonych usług poprzez dostosowanie bloku operacyjnego do obowiązujących przepisów prawa oraz zakup sprzętu medycznego w NZOZ Nowy Szpital w Nakle i Szubinie”	2 861 531,70
		Dostosowanie obiektów rehabilitacji stacjonarnej do obowiązujących przepisów prawa oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego w „Nowym Szpitalu w Nakle i Szubinie” Sp. z o.o.	650 381,42
Miasto Toruń	Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu	Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla realizacji procedur rehabilitacji neurologicznej, jako element polityki jakości w zakresie zapewniania kompleksowości udzielanych świadczeń medycznych.	366 035,45
		Zakup sprzętu i aparatury medycznej jako element rozwoju hematologii i procedur zabiegowych	3 500 000,00
		„Zakup sprzętu i aparatury medycznej jako podstawowy element realizacji celów polityki jakości”	5 210 686,96
	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno - Zakaźny w Toruniu	Rozbudowa i remont infrastruktury oraz doposażenie w specjalistyczny sprzęt medyczny Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno - Zakaźnego w Toruniu	2 377 944,54
	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez wymianę dwóch zużytych ambulansów	886 623,40
		Rozwój systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez zakup podstawowego ambulansu ratunkowego	439 294,70
		Zakup rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego wraz z dostosowaniem pomieszczeń	11 263 653,68
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Księdza Jerzego Popiełuszki w Toruniu	Rozbudowa Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego o Ogród Zimowy wraz z zagospodarowaniem terenu	1 645 790,62	
Gmina i Miasto Chełmża	Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży	Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Powiatowy w Chełmży.	420 608,63
		Rozbudowa i modernizacja Szpitala Powiatowego w Chełmży	15 650 023,21

2.4 Kluczowe wnioski z diagnozy

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy systemu opieki zdrowotnej BTOF można wskazać na następujące tendencje:

1. Obserwowane jest starzenie się społeczeństwa, czyli wzrostu udziału grupy osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców. Dla lat 2008-2012 średnia przyrostu osób w wieku poprodukcyjnym dla całego badanego obszaru wyniosła 18%. Na całym badanym obszarze odnotowano również w 2012 r. spadek liczby urodzeń o 11% w stosunku do roku 2008. Zgodnie z prognozą, trendem utrzymującym się będzie stały spadek liczby urodzeń żywych.

2. Badany obszar charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w zakresie zdrowotności dzieci i młodzieży. Na przeważającym obszarze w latach 2008-2012 odnotowano wzrost zapadalności na nowotwory, niedokrwistości, choroby tarczycy, cukrzycy, otyłości, dychawicy oskrzelowej. Poprawę odnotowano natomiast w zakresie zaburzeń refrakcji i akomodacji oka, alergii, zniekształceń kręgosłupa.

3. Wśród ludności 19+ na przeważającym obszarze w latach 2008-2012 odnotowano wzrost zapadalności na nowotwory, choroby tarczycy, cukrzycę, niedokrwistość, choroby układu nerwowego, choroby układu krążenia, nieżyt oskrzeli i dychawicę oskrzelową, choroby układu trawiennego, choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej. Poprawę zaobserwowano natomiast jedynie w kwestii zapadalności na gruźlicę.

4. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wybranych chorób zakaźnych na badanym obszarze jest zróżnicowana. Wzrosty zachorowań w większości przypadków związane są z sezonowością ich występowania lub zgodnie z ich wieloletnimi trendami. Jednak w przypadku salmonelloz, płonicy, świnki, krztuśca oraz WZW typu C wskaźniki zapadalności przekraczają średnią krajową.

5. Biorąc pod uwagę zgony według przyczyn na badanym obszarze dominującą przyczyną są choroby układu krążenia oraz nowotwory. Jednakże w latach 2008-2011 zaobserwowano tendencję malejącą wśród chorób układu krążenia. Zgony z powodu nowotworów w badanym okresie pozostały na względnie stałym poziomie.

6. Liczba personelu medycznego zatrudnionego na badanym obszarze jest niższa niż średnia krajowa. Na podstawie zebranych danych można wnioskować, iż badane grupy personelu medycznego należą do deficytowych, pomimo zauważanej (przestrzennie zróżnicowanej) pozytywnej tendencji między rokiem 2008 i 2012. W badanych latach, zaobserwowano poprawę wskaźnika dostępności do lekarza POZ, wzrosła także liczba specjalistów.

7. W miastach Bydgoszcz i Toruń ulokowana jest przeważająca liczba podmiotów leczniczych świadczących usługi stacjonarne. W strukturach organizacyjnych szpitali najczęściej jest oddziałów chorób wewnętrznych, położniczo-ginekologicznych, chirurgicznych ogólnych oraz pediatrycznych. Na analizowanym obszarze zarejestrowanych jest 17 oddziałów dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień.

8. Wskazuje się na bardzo zróżnicowany stan techniczny szpitali na badanym obszarze. Obiekty budowlane użytkowane przez szpitale są w znacznym stopniu wyeksploatowane i wymagają nakładów finansowych na ich odtworzenie. W przedmiocie budowy nowych obiektów, podmioty lecznicze zgłaszają potrzebę wybudowania nowych budynków w Toruniu oraz jeden w Bydgoszczy.

9. Na całym badanym obszarze wzrosła ilość placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę strukturę własnościową placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej widać wyraźne przekształcenia i dominację podmiotów niepublicznych.

10. Szczególnie w zakresie zasobów opieki psychiatrycznej i długoterminowej obserwuje się nierównomierny dostęp do usług. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz placówki opieki długoterminowej skoncentrowane są głównie w Bydgoszczy i Toruniu.

11. W ostatnich latach nastąpiło na obszarze BTOF zmniejszenie ilości szpitalnych oddziałów ratunkowych. W następstwie pozostałe SORy odnotowały zwiększenie obciążenia dobowego oraz wydłużył się czas oczekiwania na dostęp do świadczeń medycznych.

12. Wskazuje się na zróżnicowaną strukturę zobowiązań podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi i bez oddziałów szpitalnych. W obu przypadkach w 2012 r. najwyższy udział stanowią zobowiązania

z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych). 10% kwoty ogółu zobowiązań stanowiły w 2012 r. zobowiązania wymagalne.

13. Pozytywnie ocenia się adekwatność realizowanych programów profilaktycznych do potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Wskazuje się jednak na potrzebę nasilenia działań, aktywnego zaangażowania wielu stron (tzn. m.in. władz samorządowych, świadczeniodawców, placówek oświatowych, miejsc pracy i organizacji pozarządowych).

14. Obserwowana aktywność JST oraz świadczeniodawców w zakresie pozyskiwania środków finansowych z różnych źródeł na finansowanie inwestycji w systemie opieki zdrowotnej BTOF.

3. Analiza SWOT

Analiza SWOT jest elementem planowania strategicznego, oceniającym potencjał wewnętrzny regionu a także określającym zewnętrzne uwarunkowania, tj. aktualne i przyszłe szanse oraz zagrożenia. Analiza SWOT umożliwia określenie strategicznej pozycji obszarów funkcjonalnych w kontekście dostępu opieki zdrowotnej dla mieszkańców, w ramach których definiowana będzie wizja, misja oraz cele strategiczne.

Tabela 10 Mocne i słabe strony BTOF w zakresie ochrony zdrowia

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none">• Poprawa zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz remonty i modernizacje infrastruktury z wykorzystaniem m. in. środków unijnych.• Nowatorskie terapie i zabiegi operacyjne w największych ośrodkach miejskich (neurochirurgia, ortopedia).• Migracja pacjentów z innych województw, głównie w onkologii, neurochirurgii, wynikająca z wysokiego poziomu świadczonych usług w ww. dziedzinach.• Podmioty posiadające akredytację oraz certyfikat jakości.• Posiadanie własnych ośrodków klinicznych.• Możliwość kształcenia w kierunku zawodów medycznych w BTOF (własna kadra).	<ul style="list-style-type: none">• Nieodpowiadająca wymaganiami prawnym infrastruktura placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.• Niedostosowana infrastruktura w opiece nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.• Słaba koordynacja realizacji długofalowych działań i programów w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia• Braki w zakresie dostępu do świadczeń psychiatrii dziecięcej oraz psychiatrycznej opieki środowiskowej.• Ograniczony dostęp do rehabilitacji.• Nieodpowiadająca potrzebom demograficznym i epidemiologicznym struktura łóżek.• Słabo rozwinięta opieka geriatryczna, długoterminowa, paliatywno-hospicyjna a także wsparcie dla osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i ich opiekunów.• Niski poziom współpracy w zakresie świadczeń zdrowotnych i profilaktyki pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia, ośrodkami naukowymi, dydaktycznymi, jednostkami samorządu terytorialnego z podmiotami systemu opieki zdrowotnej.• Niedobory kadrowe lekarzy specjalistów.• Niska zgłaszalność do nieodpłatnych badań przesiewowych.• Niska świadomość zdrowotna mieszkańców.• Duże zróżnicowanie terytorialne w stanie zdrowia.• Niedoinwestowanie placówek zdrowia na poziomie gmin.• Wzrost zobowiązań niektórych szpitali.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ograniczony dostęp do całodobowej opieki medycznej. • Niewystarczająca oferta z zakresu specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. • Słabo rozwinięta opieka zdrowotna w placówkach oświatowych.
--	--

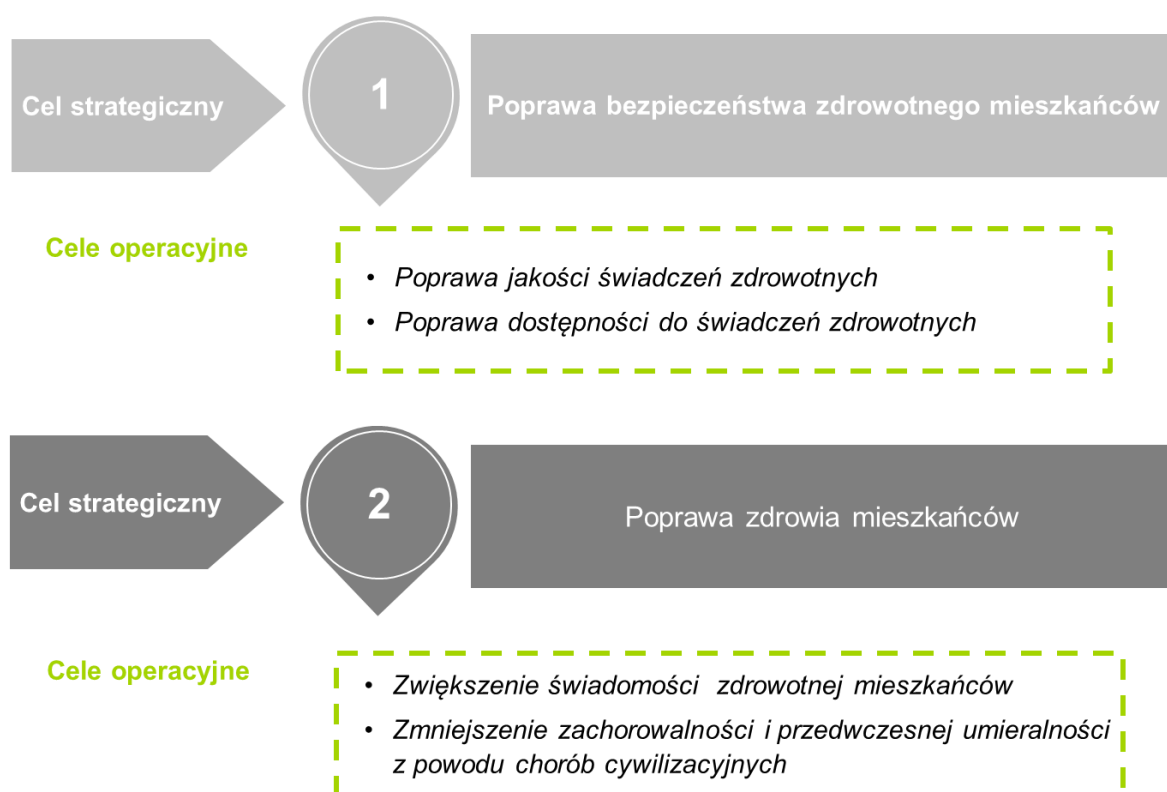
Tabela 11 Szanse i zagrożenia strony BTOF w zakresie ochrony zdrowia

Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • Wzrost świadomości mieszkańców i decydentów w zakresie utrzymania i poprawy stanu zdrowia poprzez profilaktykę i promocję zachowań prozdrowotnych. • Wzrost aktywności instytucji pozarządowych w zakresie usług profilaktyki i promocji zdrowia, a także pomocy dla osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, starszych i ich opiekunów. • Wdrażanie nowoczesnych technologii informatycznych, wspierających zarządzanie w ochronie zdrowia oraz systemu informacji medycznej. • Stworzenie sieci powiązań między jednostkami o różnych profilach leczniczych, różnych stopniach referencyjnych, szczególnie poprzez wypracowanie procedur czy umów dotyczących przekazywania pacjenta wraz z kompleksową informacją o jego stanie zdrowia do specjalistycznych ośrodków. • Wdrożenie systemów zarządzania jakością w placówkach opieki zdrowotnej. • Alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia. • Informatyzacja i technologie e-Zdrowia. • Rozwój potencjału badawczego uczelni medycznej poprzez współpracę z otoczeniem zewnętrznym. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niekorzystne zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństwa – typowe dla wszystkich regionów). • Niewystarczające dostosowanie infrastruktury i organizacji systemu ochrony zdrowia do procesów demograficznych. • Pogłębianie się negatywnych tendencji epidemiologicznych dotyczących chorób cywilizacyjnych. • Wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne. • Słaba integracja podmiotów z BTOF na rzecz zdrowia społeczności jako dobra wspólnego. • Wzrost odsetka osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. • Zła sytuacja finansowa publicznych podmiotów leczniczych

4. Cele i działania strategiczne

Proces formułowania celów i działań stanowi kluczowy etap tworzenia *Programu*. Jednocześnie, wyznaczone cele i działania pokazują sposób dochodzenia do oczekiwanego stanu nakreślonego w wizji i misji.

Schemat 4 Cele strategiczne i operacyjne



Źródło: opracowanie własne

Podstawowym dokumentem określającym cele strategiczne w obszarze ochrony zdrowia jest Strategia Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2020+. Na podstawie przedstawionych założeń Programu, zainteresowane podmioty zgłosiły zapotrzebowanie na projekty, które ujęto w 4 cele operacyjne.

Zidentyfikowane cztery cele operacyjne Programu ujęte zostały w dwóch celach strategicznych: „Poprawa zdrowia mieszkańców” i „Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców”. Są one komplementarne z założeniami Strategii Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2020+.

Pierwszy cel operacyjny „Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych” uzasadniony jest zmieniającymi się potrzebami rynku, rosnącymi wymaganiami pacjentów i dostosowaniem do wymogów prawnych. Zidentyfikowane w ramach celu działania są komplementarne z kryteriami jakości usług zdrowotnych R.S. Maxwella³: tj. skutecznością, efektywnością, właściwością, akceptacją i dostępnością. Podstawą działań w tym celu jest budowa nowoczesnego (zinformatyзованego), skoordynowanego modelu zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na BTOF, łączącego aspekty spójnej długofalowej polityki zdrowotnej, przepływu informacji o usługach i aktywnej współpracy wielu stron systemu. Model pozwoli na konsolidację usług medycznych w regionie i bardziej efektywną alokację zasobów. Beneficjentami działań są wszystkie strony systemu: świadczeniobiorcy (pacjenci), świadczeniodawcy (podmioty lecznicze) oraz płatnik. Podmiotami odpowiedzialnymi za skuteczną realizację zaplanowanych działań są instytucje zaangażowane w kreowanie regionalnej polityki zdrowotnej:

- Jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty tworzące podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorstwami – zgodnie z art. 121 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r.
- Urząd Wojewódzki jako podmiot odpowiedzialny za ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa – Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – jako płatnik systemu.

Drugi cel operacyjny „Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych” uzasadniony jest wynikającym z diagnozy nierównomiernym dostępem do zasobów zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Podstawą działań w tym celu jest kształtowanie zasobów systemu zarówno kadrowych, jak i infrastrukturalnych, które odpowiadają trendom epidemiologicznym i demograficznym. W obliczu starzenia się społeczeństwa regionu, dostrzega się konieczność dostosowania infrastruktury opieki medycznej oraz organizacji systemu ochrony zdrowia dla potrzeb coraz liczniejszej grupy osób starszych. Głównym beneficjentem działań objętych tym celem będą mieszkańcy BTOF. Podmiotami odpowiedzialnymi za skuteczną realizację zaplanowanych działań są obok instytucji zaangażowanych w kreowanie regionalnej polityki zdrowotnej również podmioty lecznicze dostosowujące bazę oraz ofertę do popytu na usługi medyczne.

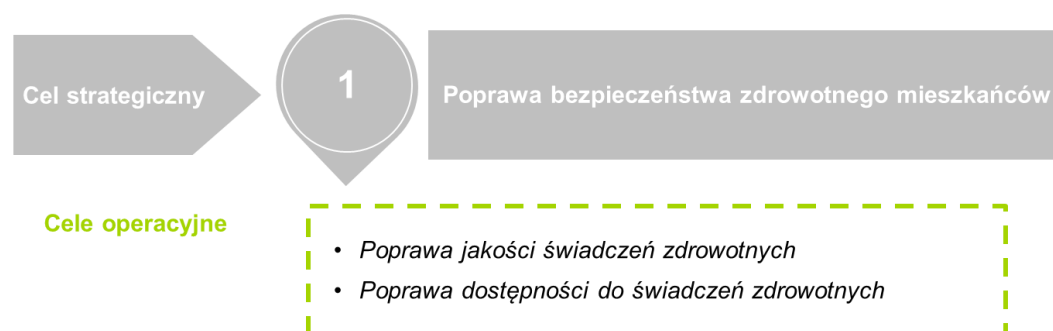
Trzeci cel operacyjny „Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców” realizowany będzie poprzez działania edukacyjne. Powinna być ona procesem ciągłym i realizowanym planowo, ukierunkowanym na nabycie wiedzy, modyfikację przekonań i zachowań. Zmianę tych ostatnich można osiągnąć poprzez dostarczanie informacji, motywowanie poprzez perswazję, nadawanie umiejętności praktycznych oraz interakcję ze środowiskiem. Bardzo istotne jest bardziej adekwatne oddziaływanie edukacyjne i diagnoza postaw w mikrosystemach, takich jak miasto, gmina, szkoła, rodzina. Podstawą działań w tym celu będzie postępowanie ogólnopopulacyjne - w zakresie wiedzy dotyczącej czynników determinujących zdrowie. Dodatkowo działania będą ukierunkowane na wybrane grupy społeczne – kobiety ciężarne, dzieci i ich opiekunowie, a zakres edukacji dotyczył będzie stylu życia jako głównej determinanty zdrowotnej, udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz profilaktyki uzależnień. Głównym beneficjentem działań objętych tym celem będą mieszkańcy BTOF. Jako podmioty odpowiedzialne wskazuje się jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, placówki oświatowe oraz placówki zaangażowane w kreowanie regionalnej polityki zdrowotnej.

³ Krot K. Jakość i marketing usług medycznych. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 42.

„Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych” jest czwartym celem operacyjnym. Przyjęty przez Kleczkowskiego model profilaktyki dzieli działania na trzy fazy. Faza pierwsza obejmuje działania nastawione na umacnianie zdrowia. Obok działań nieswoistych – takich jak ujęta w trzecim celu operacyjnym edukacja zdrowotna, szczepienia ochronne. Faza druga jest ukierunkowana na wczesne wykrywanie chorób i ich przyczyn, a więc badania przesiewowe, bilanse zdrowia. Z kolei profilaktyka trzeciej fazy ukierunkowana jest na sytuację, w której choroba już wystąpiła, a działania mają na celu nie dopuszczenie do jej rozwoju lub nawrotu.

Wśród działań prewencyjnych z zakresu chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych zaplanowano wdrażanie specjalistycznych programów zdrowotnych mających na celu kontrolowanie czynników ryzyka w odniesieniu do osób na nie narażonych oraz rozwoju skoordynowanego systemu aktywnej profilaktyki, systemu wczesnej diagnostyki i badań kontrolnych. Ponownie należy zwrócić uwagę na konieczność zaplanowania długofalowych działań w tym zakresie. Głównymi beneficjentami działań objętych tym celem będą mieszkańcy BTOF. Jako podmioty odpowiedzialne wskazuje się jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, placówki oświatowe oraz placówki zaangażowane w kreowanie regionalnej polityki zdrowotnej.

Poniżej zaprezentowano działania do realizacji w ramach każdego z celów operacyjnych.



Cel operacyjny

Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych

Proponowane działania:

1. Dostosowanie podmiotów leczniczych do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej
2. Zapewnienie dostępu do technologii medycznych, technologii informatycznych, w tym telemedycyny, o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności
3. Wdrożenie systemów zarządzania jakością w placówkach opieki zdrowotnej
4. Stworzenie modelu przepływu informacji o dostępności do usług opieki zdrowotnej oraz stanie zdrowia pacjenta w systemie opieki zdrowotnej z wykorzystaniem nowoczesnych technologii
5. Utworzenie spójnego skoordynowanego systemu usług medycznych na bazie specjalistycznych

podmiotów leczniczych

6. Skoordynowanie realizacji długofalowych działań i programów w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia
7. Skoordynowanie współpracy ośrodków naukowych, dydaktycznych, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych z podmiotami systemu opieki zdrowotnej

Uwzględniając przeprowadzoną diagnozę i zidentyfikowane słabe strony sektora opieki zdrowotnej BTOF powyższe działania ukierunkowane są na:

- Spełnienie wymagań prawnych w zakresie warunków sanitarnych i stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych (Działanie 1 i 3)
- Poprawę koordynacji działań zdrowotnych i profilaktycznych między podmiotami systemu opieki zdrowotnej i otoczeniem na BTOF poprzez rozwinięcie instrumentów E-Zdrowia (Działanie 2,4,5,7)
- Rozwinięcie opieki zdrowotnej w placówkach oświatowych (Działanie 6).
- Poprawę efektywności alokacyjnej systemu opieki zdrowotnej (tzn. spadek zobowiązań, wzrost i dywersyfikację źródeł finansowania, dostosowanie podaży usług opieki zdrowotnej do popytu) poprzez stworzenie skoordynowanego systemu opieki zdrowotnej BTOF (Działanie 7).

Cel operacyjny

Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych

Proponowane działania:

1. Kształtowanie zasobów systemu (kadra i baza) odpowiadających trendom epidemiologicznym i demograficznym
2. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających objęcie populacji szerszym zakresem specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, całodobową opieką medyczną oraz świadczeniami z zakresu ratownictwa medycznego
3. Dywersyfikacja i doskonalenie różnych form opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej oraz rehabilitacyjnej dla osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i ich opiekunów (w tym: opracowanie i realizacja Regionalnego Modelu Usług Opiekuńczych – jako formy standaryzacji oferty o wysokiej jakości i dostosowanej do regionalnej specyfiki)

Uwzględniając przeprowadzoną diagnozę i zidentyfikowane słabe strony sektora opieki zdrowotnej BTOF powyższe działania ukierunkowane są na:

- Uzupełnianie niedoborów kadrowych i likwidację barier infrastrukturalnych w dostępie do opieki zdrowotnej (Działanie 1)
- Poprawę dostępności do świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim: psychiatrii dziecięcej, psychiatrycznej opieki środowiskowej, rehabilitacji, opieki geriatrycznej, długoterminowej i całodobowej opieki medycznej (Działanie 2 i 3).

Cel strategiczny

2

Poprawa zdrowia mieszkańców

Cele operacyjne

- *Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców*
- *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych*

Cel operacyjny

Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców

Proponowane działania:

1. Edukacja ogólnopopulacyjna w zakresie czynników determinujących zdrowie.
2. Edukacja kobiet ciężarnych w kontekście zagrożeń wynikających ze stylu życia, mogących mieć negatywny wpływ na przebieg ciąży
3. Edukacja dzieci i ich opiekunów w zakresie: racjonalnego odżywiania, profilaktyki chorób, znaczenia aktywności fizycznej, udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej oraz profilaktyki uzależnień

Uwzględniając przeprowadzoną diagnozę i zidentyfikowane słabe strony sektora opieki zdrowotnej BTOF powyższe działania ukierunkowane są na poprawę świadomości zdrowotnej mieszkańców, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet ciężarnych, dzieci i ich opiekunów.

Cel operacyjny

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych

Proponowane działania:

1. Wdrażanie specjalistycznych programów zdrowotnych mających na celu kontrolowanie czynników ryzyka w odniesieniu do osób na nie narażonych
2. Rozwój skoordynowanego systemu aktywnej profilaktyki i programów zdrowotnych, obejmujących choroby społeczne
3. Rozwój skoordynowanego systemu wczesnej diagnostyki i badań kontrolnych
4. Prowadzenie działań profilaktycznych zwłaszcza z zakresu chorób cywilizacyjnych, społecznych i zakaźnych

Uwzględniając przeprowadzoną diagnozę i zidentyfikowane słabe strony sektora opieki zdrowotnej BTOF powyższe działania ukierunkowane są na: zmniejszenie różnic terytorialnych w stanie zdrowia na BTOF poprzez kontrolę czynników ryzyka i poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe.

Przynajmniej części z proponowanych powyżej działań będzie finansowana ze środków UE. W nowej perspektywie finansowej 2014-2020 RPO WK-P 2014 – 2020 przewiduje realizację PI 9.1 *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną (...)* poza instrumentem ZIT; w ramach instrumentu ZIT realizowane będą natomiast dwa PI wspierające szeroko rozumiane zabezpieczenie opieki zdrowotnej tzn:

PI 9.7 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym (PI obejmuje działania z zakresu wsparcia na rzecz poprawy dostępu do usług: opiekuńczych nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i zależnymi, zdrowotnych i rehabilitacji leczniczej służącej przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu oraz inicjatywy ukierunkowane na rozwój i poprawę dostępu do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej a także usług społecznych o charakterze środowiskowym)

PI 9.4 Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększania szans na zatrudnienie (PI obejmuje działania z zakresu programów aktywnej integracji w regionie oraz rehabilitacji społeczno-zawodowej w tym osób niepełnosprawnych).

Oba opisane powyżej PI mieszczą się w zakresie Celu strategicznego 3 Strategii ZIT: *Zrównoważony rozwój społeczno-gospodarczy i wsparcie procesów inkluzji w BTOF* w ramach Działania 3.2 *Inkluzja społeczna*.

Mając na względzie fakt, iż szeroko rozumiana opieka zdrowotna dla mieszkańców jest zagadnieniem wielowymiarowym i przenikającym niemal wszystkie dziedziny życia społeczno-gospodarczego należy uznać, że nie bez wpływu na zabezpieczenie zdrowotne mieszkańców BTOF pozostają również: inwestycje w rewitalizację społeczno-gospodarczą, ochronę środowiska i zrównoważony transport, inwestycje zwiększające dostęp do edukacji w tym przyszkolne obiekty sportowe czy inwestycje udostępniające strefy aktywnej rekreacji sprzyjające zachowaniu zdrowia przez mieszkańców.

Poniżej zostały zaprezentowane pakiety projektów zorientowanych horyzontalnie, tzn. obejmujących całość lub większość BTOF. Formuła pakietu projektów pozwala na ujęcie w jednym zadaniu działań finansowanych z różnych źródeł – w tym z różnych PI w ramach RPO WK-P 2014 – 2020.

Takie rozwiązanie umożliwi przede wszystkim połączenie interwencji infrastrukturalnej z działaniami tzw. miękkimi a także włączenie instytucji spoza sektora finansów publicznych, jako istotnego czynnika zwiększania skuteczności i oddziaływania planowanych przedsięwzięć. Mając na względzie skomplikowany charakter krajowego systemu zabezpieczenia opieki zdrowotnej oraz jego wielopodmiotowość w systemie referencyjnym, a także dysfunkcje w systemie finansowania, zasadne wydaje się nadanie formuły integrującej ponad granicami administracyjnymi wszystkim proponowanym pakietom. Przedstawione rozwiązania nie zaspokajają wszystkich zdiagnozowanych potrzeb ani nie wyczerpują istniejących możliwości, stanowią one jedynie propozycję zaopatrzenia najistotniejszych, w opinii autorów raportu, problemów i mogą podlegać modyfikacjom.

Podstawa stworzenia pakietów:

- Wyniki analizy infrastruktury istniejącego systemu zabezpieczenia opieki zdrowotnej (jakościowa i ilościowa, w tym analiza poziomu dostępności usług w zależności od miejsca zamieszkania)
- Wyniki analizy stanu zdrowia mieszkańców BTOF w podziale na grupy wiekowe
- Wyniki analizy trendów zmian w stanie zdrowia mieszkańców w kontekście trendów ogólnopolskich
- Wyniki analizy trendów demograficznych w kontekście niezbędnych zmian w systemie w odpowiedzi na przyszłe wyzwania
- Wyniki analizy potrzeb zgłaszanych przez członków Związku ZIT w postaci tzw. fiszek projektowych (zebrane dodatkowo poza pracami nad Strategią ZIT, wyłącznie na potrzeby niniejszego Programu)
- Wyniki analizy dostępnych źródeł finansowania w tym w odniesieniu do realizowanych/planowanych krajowych i regionalnych programów profilaktyki i zabezpieczenia zdrowotnego.

Pakiety projektów dotyczące szeroko rozumianej dostępności do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej w tym dotyczące zabezpieczenia dostępu do infrastruktury. (pakiety działań przewidzianych w ramach Celów operacyjnych 1 i 2 niniejszego Programu: *Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych* oraz *Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych*)

L.p.	Charakterystyka/krótki opis pakietu	Tryb realizacji (propozycja)
1	<p>Tytuł pakietu: Inwentaryzacja zasobów infrastruktury opieki zdrowotnej na obszarze BTOF wraz z analizą obciążenia technicznego dostępnych zasobów.</p> <p>Pakiet jest rozwiązaniem wyjściowym dla realizacji działań opisanych kolejnymi pakietami</p> <p>Pakiet polega na przeprowadzeniu szczegółowej inwentaryzacji zasobów wszystkich jednostek tworzących system opieki zdrowotnej BTOF w szczególności w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktury kubaturowej (wypełnianie wymogów obligatoryjnych, dostęp dla osób niepełnosprawnych, jakość techniczna obiektów w tym ich efektywność energetyczna) a także • Analizy obciążenia istniejącej infrastruktury kubaturowej (celem zbadania konieczności modernizacji/rozbudowy/budowy nowych obiektów oraz ustalenia standardu minimum na poziomie gminy lub na n tys. mieszkańców) • Infrastruktury technicznej (specjalistycznej 	<p>Projekt systemowy. Rozwiązanie istotne z punktu widzenia wyboru projektów inwestycyjnych do realizacji.</p>

L.p.	Charakterystyka/krótki opis pakietu	Tryb realizacji (propozycja)
	aparatury medycznej, w szczególności zakupionej w ciągu ostatnich 10 lat a także <ul style="list-style-type: none"> Analizy poziomu wykorzystania zasobów technicznych (celem oceny konieczności uzupełnienia braków sprzętowych tam gdzie to niezbędne a także rozważenia współpracy jednostek polegającej na wymiennym świadczeniu usług) 	
2	Tytuł pakietu: Modernizacja i rozbudowa infrastruktury ochrony zdrowia	
	<p>Pakiet zawiera rozwiązania systemowe, oparte o wyniki analiz opisanych w pakiecie 1 mające na celu wyrównanie poziomu dostępności do infrastruktury ochrony zdrowia dla wszystkich mieszkańców BTOF, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> Przedsięwzięcia związane z modernizacją istniejących obiektów (przebudowa, dostosowanie do wymogów prawa np. windy, modernizacja techniczna obiektów) Przedsięwzięcia związane z rozbudową obiektów tam gdzie istnieje taka konieczność Przedsięwzięcia związane z budową nowych obiektów w tym związane z powoływaniem nowych jednostek w systemie opieki zdrowotnej – działania zasadne jedynie w wyjątkowych sytuacjach <p>Należy zauważyć, iż logika efektywności ekonomicznej w połączeniu z wyraźnymi trendami demograficznymi nakazuje w pierwszej kolejności rozważyć przede wszystkim modernizację/przebudowę istniejących obiektów w tym w ramach środków przeznaczonych np. na termomodernizację.</p>	<p>Projekty nakierowane na infrastrukturę kubaturową powinny być bezpośrednio powiązane z uzupełnieniem wyposażenia specjalistycznego i/lub zwiększeniem ilości działań miękkich.</p> <p>Możliwe jest w tym przypadku zastosowanie instrumentów finansowania zwrotnego dla części zadań.</p>
3	Tytuł pakietu: Uzupełnienie zasobów sprzętu specjalistycznego jednostek funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej BTOF	
	<p>Po przeprowadzonej (opisanej w pakiecie 1) inwentaryzacji zasobów technicznych i analizie poziomu wykorzystania, możliwe jest zaproponowanie standardu minimum wyposażenia, jaki powinien być dostępny w każdej gminie lub na n tys. mieszkańców. Z punktu widzenia efektywności systemu należy położyć nacisk na rozwój usług diagnostycznych i rehabilitacyjnych na bazowym poziomie – najbliższej mieszkańca. Podczas gdy usługi zaawansowane powinny być dostępne na poziomie BTOF np. w specjalistycznych klinikach miast rdzenia.</p> <p>W szczególności pakiet zawiera przedsięwzięcia typu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Modernizacja/uzupełnienie istniejącego zaplecza sprzętowego (m. in. cyfryzacja aparatów RTG, uzupełnienie aparatów USG 	<p>Pakiet projektów indywidualnych w odpowiedzi na zdiagnozowane potrzeby na poziomie całego BTOF</p>

L.p.	Charakterystyka/krótki opis pakietu	Tryb realizacji (propozycja)
	<p>poszerzające gamę wykonywanych badań, zwiększające ich skuteczność itp.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zakup jednostkowego sprzętu specjalistycznego w przypadku istnienia zdiagnozowanego, faktycznego zapotrzebowania i gdy niemożliwa jest organizacja usług w ramach współpracy jednostek (dociążenie istniejącego sprzętu) • Zakup całości wyposażenia dla uruchamianej /rozbudowywanej jednostki w systemie. 	
4	<p>Tytuł pakietu: Rozwiązania systemowe w zakresie zarządzania funkcjonowaniem jednostek w systemie opieki zdrowotnej w tym w zakresie przepływu informacji, koordynacji usług</p>	
	<p>Pakiet ma na celu uruchomienie zablokowanych zasobów w systemie wynikających z braku wdrożenia nowoczesnych technik zarządzania służbą zdrowia i braku procesów koordynacji. W szczególności pakiet zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wypracowanie rozwiązania modelowego zarządzania zasobami opieki zdrowotnej w BTOF i oprzyrządowanie techniczne modelu • Rozwiązanie systemowe/informatyczne w kierunku koordynacji współpracy w świadczeniu usług w systemie – w powiązaniu z rozwiązaniami generowanymi na poziomie krajowym • Wdrożenie nowoczesnych rozwiązań w oparciu o TIK w zakresie zarządzania organizacyjnego jednostką (w tym zarządzanie danymi wrażliwymi pacjentów) 	<p>Projekt systemowy koordynowany przez organy prowadzące głównych jednostek w systemie</p>
5	<p>Tytuł pakietu: Podnoszenie jakości kadr w systemie opieki zdrowotnej BTOF</p>	
	<p>Pakiet ma na celu systematyczne podnoszenie kwalifikacji kadry w systemie opieki zdrowotnej zwłaszcza w zakresie wyzwań związanych z trendami demograficznymi oraz epidemiologicznymi.</p>	<p>Pakiet może być finansowany w ramach podnoszenia kwalifikacji kadr (EFS)</p>

Pakiety projektów dotyczące szeroko rozumianej profilaktyki i rehabilitacji (w tym związane ze zmianami demograficznymi) Pakiety działań przewidzianych w ramach Celów operacyjnych 3 i 4 niniejszego Programu: *Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców oraz Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych.*

L.p.	Charakterystyka/krótki opis pakietu	Tryb realizacji (propozycja)
1	Tytuł pakietu: Zwiększenie liczby automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED)	
	Projekt mający na celu zbudowanie sieci urządzeń i kwalifikacji na terenie całego BTOF umożliwiających wykonanie automatycznej defibrylacji zewnętrznej u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego (obniżenie wskaźników kalectwa i umieralności wśród osób narażonych w wyniku chorób układu sercowo – naczyniowego)	Projekt systemowy koordynowany przez Wojewódzką stację Pogotowia ratunkowego w Bydgoszczy
2	Tytuł pakietu: Edukacja dla zdrowia – pakiet działań skierowanych do dzieci i młodzieży na terenie BTOF	
	Pakiet realizowany w ścisłej współpracy z placówkami edukacyjnymi z terenu BTOF, zawierający przede wszystkim: <ul style="list-style-type: none"> Działania edukacyjne w zakresie zdrowego trybu życia, roli aktywności fizycznej w dobru człowieka oraz profilaktyki chorób i uzależnień 	Projekt parasolowy w postaci wiązki projektów (np. w formie konkursu grantowego, premiującego atrakcyjne, nietypowe i ciekawe dla odbiorców działania)
3	Tytuł pakietu: Wielowymiarowe badania przesiewowe połączone z akcjami bezpłatnych/dofinansowanych szczepień dla określonych grup	
	Pakiet umożliwiający objęcie badaniami całych kohort wiekowych populacji BTOF, zgodnie z najlepszymi praktykami w tym zakresie, celem zwiększenia skuteczności leczenia i rehabilitacji podejmowanych na jak najwcześniejszym etapie, w tym: <ul style="list-style-type: none"> Badania przesiewowe dzieci i młodzieży Badania przesiewowe osób dorosłych z grup wysokiego ryzyka (dla danej jednostki chorobowej) 	Przedsięwzięcie możliwe do zrealizowania w koordynacji z programami krajowymi.
4	Tytuł pakietu: Srebrna 100 – program profilaktyki osób z grupy 50+	
	Pakiet zawiera kompleksowy zestaw działań skierowanych do mieszkańców BTOF z określonej grupy wiekowej mający na celu w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> Zachętę do wdrażania zdrowych nawyków życiowych pozwalających zachować zdrowie (w tym zielone siłownie, zajęcia sportowe, zajęcia rekreacyjne i rozwojowe dla osób dorosłych) 	Projekt parasolowy w postaci wiązki projektów (np. w formie konkursu grantowego, premiującego atrakcyjne, nietypowe i ciekawe dla odbiorców działania)

	<ul style="list-style-type: none"> • Utrzymanie aktywności psychofizycznej osób w wieku poprodukcyjnym celem utrzymania jak najdłuższej samodzielności życiowej 	
5	Tytuł pakietu: Kompleksowy program profilaktyki otyłości na terenie BTOF	
	Pakiet zawiera działania skierowane do różnych grup mieszkańców, dopasowane strukturalnie i funkcjonalnie do ich potrzeb, a zwłaszcza: <ul style="list-style-type: none"> • Działania nakierowane na pracę z rodziną dziecka otyłego • Działania nakierowane na rehabilitację otyłych osób dorosłych 	Projekt parasolowy w postaci wiązki projektów (np. w formie konkursu grantowego, premiującego atrakcyjne, nietypowe i ciekawe dla odbiorców działania)

W ramach Programu proponowana jest również realizacja projektu horyzontalnego o znaczeniu strategicznym, którego celem nadrzędnym jest koordynacja działań podmiotów zaangażowanych w system opieki zdrowotnej.

Tytuł projektu	Nowoczesny model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym
Cel projektu	Celem projektu jest tworzenie modelu interdyscyplinarnego zarządzania ukierunkowanego na zwiększenie efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia, skoordynowanie usług medycznych, profilaktycznych w oparciu o ustalenia zespołu złożonego z przedstawicieli wszystkich zaangażowanych stron.
Zakres projektu	Uzasadnieniem projektu jest brak skoordynowanej polityki zdrowotnej w obszarze alokacji zasobów i poprawy dostępności do świadczeń. Przyczyną zdiagnozowanej sytuacji jest między innymi różnorodność organów założycielskich podmiotów leczniczych. Proponowanym rozwiązaniem jest utworzenie na zasadzie porozumienia Regionalnego Zespołu Koordynacji Systemu Ochrony Zdrowia w której zasiadałoby: - przedstawiciele organów założycielskich wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych, - przedstawiciele K-P Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, - przedstawiciele zawodów medycznych, - niezależni eksperci.
Zadania w ramach projektu	Zadania obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Powołanie Komisji • Opracowanie dokumentu określającego ramy podmiotowe i przedmiotowe prac Komisji
Przewidywany termin realizacji projektu	Powołanie Komisji do 2015 roku
Przewidywany koordynator projektu	Do uzgodnienia
Przewidywani partnerzy projektu	<ul style="list-style-type: none"> • JST • KP NFZ • CM UMK • Eksperci • Świadczeniodawcy

5. Źródła finansowania

Na podstawie zebranych fiszek zidentyfikowano następujące źródła finansowania zadań ujętych w Programie:

- środki finansowe Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia
- środki budżetowe województwa, starostw powiatowych i gmin
- środki pochodzące z funduszy Unii Europejskiej i inne środki pomocowe
- własne środki finansowe podmiotów leczniczych
- środki pochodzące z partnerstwa publiczno-prywatnego
- środki budżetu państwa, przeznaczone na realizację programów resortowych

Tabela 12. Źródła finansowania Programu

Nazwa projektu	Wartość projektu	Środki własne	Dofinansowanie z UE	Inne źródła
Cel operacyjny 1. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych				
Nowoczesny model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym	100 000	Nie dotyczy	100 000	Nie dotyczy
Stworzenie nowoczesnej bazy diagnostycznej w gminie Solec Kujawski	1 000 000	100 000	750 000	150 000
Poprawa jakości świadczonych usług dla mieszkańców Gminy Koronowo poprzez zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno-leczniczego (aparat rtg, usg, Holter, EKG, zestaw do próby wysiłkowej, oftalmoskop.).	1 000 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia
Zakup nowego oprogramowania kadrowo – finansowo – księgowego na potrzeby administracji SPZOZ w Koronowie	100 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia
Modernizacja aparatu RTG poprzez ucyfrowienie aparatu w SP ZOZ w Koronowie	150 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia
Dostosowanie pomieszczeń do wymogów stawianych przez Ministerstwo	1 500 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia

Zdrowia i SANEPID poprzez rozbudowę Przychodni Rejonowej z Laboratorium w Koronowie				
Dostosowanie programów informatycznych do wymogów stawianych przez GIODO w SP ZOZ w Koronowie	50 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia
Nowoczesna i dostosowana do potrzeb społecznych opieka zdrowotna w gminie Dobrcz	500 000	35 000	425 000	30 000
Cel operacyjny 2. Poprawa dostępności do świadczeń				
Stworzenie niestacjonarnej placówki dla osób starszych w gminie Solec Kujawski	165 000	10 000	100 000	55 000
Zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED), wraz z przeszkoleniem z ich obsługi dla 24 urzędów miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT.	284 400	0	284 400	0
Rozbudowa bazy rehabilitacji leczniczej w gminie Solec Kujawski	5 000 000	1 500 000	3 000 000	500 000
Budowa Ośrodka Zdrowia W Wielkiej Nieszawce Wraz Z Filią W Cierpicach Oraz Zakup Sprzętu i Wyposażenia	1 500 000	0	1 100 000	400 000
Budowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej wraz ze Specjalistycznymi Poradniami w Miejscowości Łysomice	5 000 000	1 250 000	3 750 000	0
Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Nowa Wieś Wielka	570 000	0	484 500	85 500
Cel operacyjny 3. Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców				
Promocja i profilaktyka zdrowia w gminie Solec Kujawski	581 100	95 000	476 100	10 000
Dziecko i rodzice – wspólna walka o zdrowie	250 000	25 000	Do uzgodnienia	Do uzgodnienia

w gminie Solec Kujawski				
Promocja zdrowia poprzez edukację dzieci i młodzieży w gminie Solec Kujawski	1 000 000	100 000	700 000	200 000
Program na Rzecz Zmniejszenia Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży z terenu gminy Kowalewo Pomorskie	30 000	0	30 000	0
W zdrowym ciele zdrowy duch – gmina Dobrcz.	200 000	20 000	170 000	10 000
Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo	8 000	2 000	0	6 000
Upowszechnienie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo	4000	1000	0	3000
Cel operacyjny 4. Upowszechnienie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo				
Program „Trzymaj się prosto” – gmina Czernikowo	8000	2000	0	6000
Profilaktyka raka piersi „Od samobadania do mammografii”	10 000	2000	0	8000

Źródło: opracowanie własne

6. Harmonogram realizacji Programu

Poniżej zaprezentowano ramowy harmonogram realizacji Programu Strategicznego. Realizację działań przewidziano do 2020 r. Program został opracowany w oparciu o plany inwestycyjne w obszarze ochrony zdrowia poszczególnych gmin.

Tabela 13. Harmonogram realizacji działań

Nazwa projektu	Lata realizacji	Operator / koordynator	Partnerzy
Cel operacyjny 1. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych			
Nowoczesny model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym	2015	Do uzgodnienia	JST KP NFZ CM UMK Eksperti Świadczeniodawcy
Stworzenie nowoczesnej bazy diagnostycznej w gminie Solec Kujawski	2015 – zakup aparatu RTG 2016 – zakup aparatu USG	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	NFZ
Poprawa jakości świadczonych usług dla mieszkańców Gminy Koronowo poprzez zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno- leczniczego (aparat rtg, usg, Holter, EKG, zestaw do próby wysiłkowej, oftalmoskop).	2015	Dyrektor SPZOZ w Koronowie	Gmina Koronowo, SPZOZ
Zakup nowego oprogramowania kadrowo – finansowo – księgowego na potrzeby administracji SPZOZ w Koronowie	2015	Dyrektor SPZOZ w Koronowie	Gmina Koronowo, SPZOZ
Modernizacja aparatu RTG poprzez ucyfrowienie aparatu w SPZOZ w Koronowie	2015	Dyrektor SPZOZ w Koronowie	Gmina Koronowo, SPZOZ
Dostosowanie pomieszczeń do wymogów stawianych przez Ministerstwo Zdrowia i SANEPID poprzez rozbudowę Przychodni Rejonowej z Laboratorium. w Koronowie	2015	Dyrektor SPZOZ w Koronowie	Gmina Koronowo, SPZOZ
Dostosowanie programów informatycznych do wymogów stawianych przez GIODO w SPZOZ w Koronowie	2015	Dyrektor SPZOZ w Koronowie	Gmina Koronowo, SPZOZ
Nowoczesna i dostosowana do potrzeb społecznych opieka	2020	Gminna Przychodnia w Dobrczu	-

zdrowotna w gminie Dobrcz			
Cel operacyjny 2. Poprawa dostępności do świadczeń			
Stworzenie niestacjonarnej placówki dla osób starszych w gminie Solec Kujawski	2015-2020	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	GOPS Gmina Inwestorzy prywatni
Zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED), wraz z przeszkoleniem z ich obsługi dla 24 urzędów miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT.	31.06.2015	dr n. med. Przemysław Paciorek	Polskie Towarzystwo Ratunkowe
Rozbudowa bazy rehabilitacji leczniczej w gminie Solec Kujawski	2017-2019	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	Gmina Solec Kujawski, NFZ
Budowa Ośrodka Zdrowia W Wielkiej Nieszawce Wraz Z Filią W Cierpicach Oraz Zakup Sprzętu i Wyposażenia	2016-2017	Gmina Wielka Nieszawka	-
Budowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej wraz ze Specjalistycznymi Poradniami w Miejscowości Łysomice	2015 – 2020	Urząd Gminy Łysomice	Ministerstwo Zdrowia
Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Nowa Wieś Wielka	Koniec 2016	Urząd Gminy Nowa Wieś Wielka	SP ZOZ Gminna Przychodnia w Nowej Wsi Wielkiej
Cel operacyjny 3. Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców			
Promocja i profilaktyka zdrowia w gminie Solec Kujawski	2015-2020	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	Gmina Solec Kujawski MGPOPS WTZ Szkoly
Dziecko i rodzice – wspólna walka o zdrowie w gminie Solec Kujawski	2015-2020	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	Szkoly, MGOPS
Promocja zdrowia poprzez edukację dzieci i młodzieży w gminie Solec Kujawski	2015-2020	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	Gmina Solec Kujawski, Szkoly, MGOPS
Program na Rzecz Zmniejszenia Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży z terenu gminy Kowalewo Pomorskie	2015 - 2019	Gmina Kowalewo Pomorskie	Szkoly z terenu miasta i gminy Kowalewo Pomorskie
W zdrowym ciele zdrowy duch – gmina Dobrcz.	Do 2020	Gminna Przychodnia w Dobrczu	-
Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo	2015	Urząd Gminy Czernikowo	Szkoly z terenu gm. Czernikowo, GOPS, dietetyk
Upowszechnienie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo	2015	Urząd Gminy Czernikowo	Pogotowie Ratunkowe, GOPS Szkoly z terenu gminy Czernikowo
Cel operacyjny 4. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych			

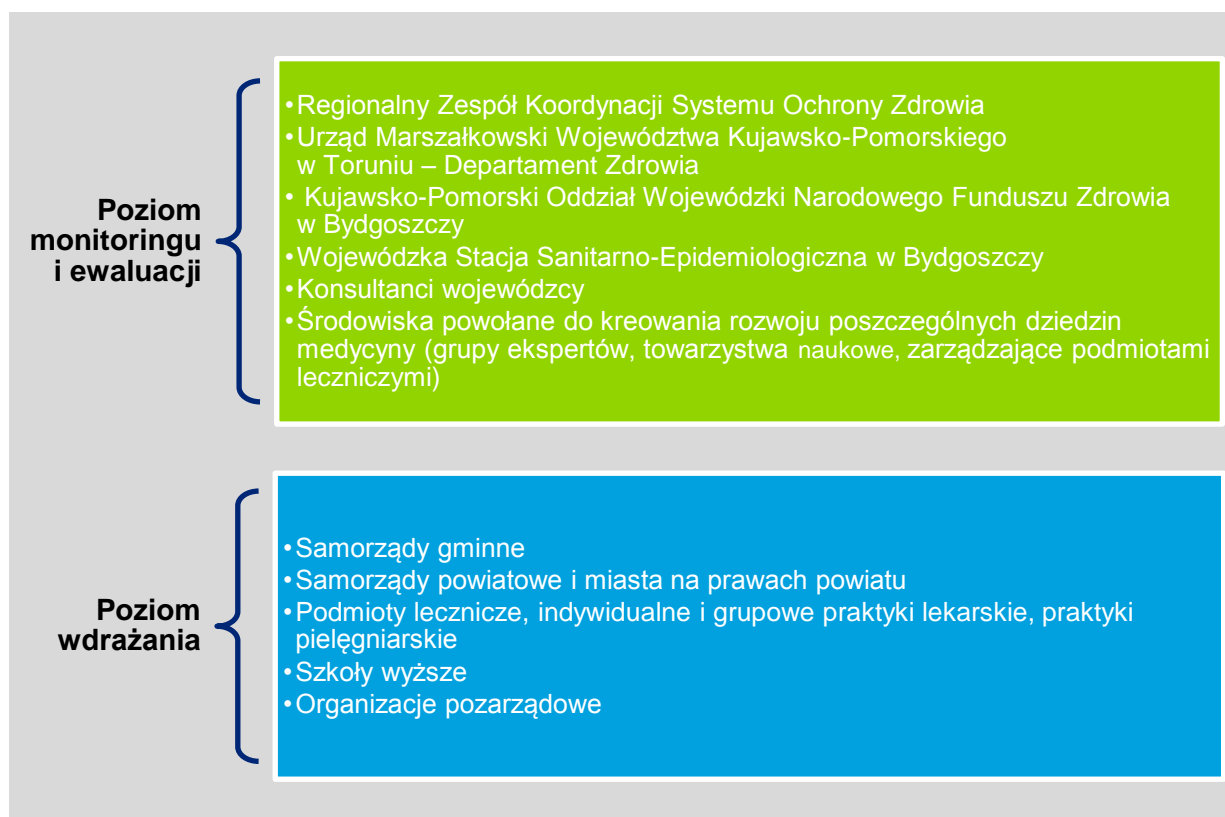
Program „Trzymaj się prosto” – gmina Czernikowo	2016	Urząd Gminy Czernikowo	Szkoły z terenu gm. Czernikowo, instruktorzy gimnastyki korekcyjnej
Profilaktyka raka piersi „Od samobadania do mammografii”	2016	Urząd Gminy Czernikowo	PSSE, GPS, ośrodki zdrowia, lekarze

7. System monitoringu i ewaluacji wdrażania Programu

Osiągnięcie założonych celów strategicznych i operacyjnych wymagać będzie współdziałania instytucji, organizacji i podmiotów zaangażowanych w zabezpieczenie opieki zdrowotnej i działań promujących zdrowie na obszarze funkcjonalnym Bydgoszczy i Torunia.

Skuteczność realizowanych działań w ramach Programu wymaga efektywnego systemu monitoringu i ewaluacji oraz wdrażania, które zostały przedstawione na rycinie 3. Ponieważ każdy szczebel administracji samorządowej posiada niezależne jednostki organizacyjne i własne obowiązki w systemie opieki zdrowotnej, szczególną rolę przypisuje się Regionalnemu Zespołowi Koordynacji Systemu Ochrony Zdrowia. Podmioty kreujące politykę zdrowotną w regionie należą do zespołu instytucji monitorujących i ewaluujących realizację Programu, w oparciu o zbiór wymienionych w poniższej tabeli wskaźników realizacji Programu. Podmioty lecznicze, indywidualne praktyki lekarskie, trzeci sektor, podmioty edukacyjne stanowią z kolei zespół instytucji wdrażających założenia Programu.

Schemat 5. System monitoringu i wdrażania Programu – podmioty zaangażowane



Źródło: opracowanie własne

Tabela 24. Wskaźniki realizacji Programu

Nazwa projektu	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
Cel operacyjny 1. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych				
Nowoczesny model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym	Wdrożony nowy model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym.	1 model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym	Sztuka	Sprawozdania z działania Regionalnego Zespołu Koordynacji Systemu Ochrony Zdrowia
Stworzenie nowoczesnej bazy diagnostycznej w gminie Solec Kujawski	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu
	Ilość osób korzystających ze sprzętu zakupionego w ramach projektu	1000	Osoby	Listy osób korzystających ze sprzętu – dla których wykorzystanie sprzętu
Poprawa jakości świadczonych usług dla mieszkańców Gminy Koronowo poprzez zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego – leczniczego (aparat rtg, usg , Holter, EKG, zestaw do próby wysiłkowej, oftalmoskop.).	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu
Zakup nowego oprogramowania kadrowo – finansowo – księgowego na potrzeby administracji SPZOZ w Koronowie	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt wspomagający zarządzanie i administrację	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu
Modernizacja aparatu RTG poprzez ucyfrowienie aparatu w SPZOZ w Koronowie	Ilość wyposażonych obiektów w nowoczesny sprzęt RTG	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu
Dostosowanie pomieszczeń do wymogów stawianych przez Ministerstwo Zdrowia i SANEPID poprzez rozbudowę Przychodni Rejonowej z Laboratorium.w Koronowie	Ilość obiektów z dostosowanymi pomieszczeniami do wymogów prawnych	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły z odbioru pomieszczeń
Dostosowanie programów informatycznych do wymogów stawianych przez	Ilość obiektów z dostosowanymi pomieszczeniami do wymogów prawnych	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły z odbioru pomieszczeń

GIODO				
Nowoczesna i dostosowana do potrzeb społecznych opieka zdrowotna w gminie Dobrcz	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	1	obiekt	Dane księgowo, dokumentacja odbioru sprzętu
Cel operacyjny 2. Poprawa dostępności do świadczeń				
Stworzenie niestacjonarnej placówki dla osób starszych w gminie Solec Kujawski	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgowa, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
	Ilość powstałych siłowni zewnętrznych/zielonych siłowni	5	kpl	Dokumentacja księgowa, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
	Ilość zorganizowanych zajęć dla osób starszych	288	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć
	Ilość placówek, w których pełniona jest opieka nad osobami starszymi	2	Sztuka	Wykaz placówek, w których pełniona jest opieka
	Ilość osób korzystających z obiektów wyposażonych w ramach projektu	500	osoba	Listy osób korzystających z obiektów
	Ilość osób korzystających z siłowni zewnętrznych/zielonych siłowni	5000	osoba	Listy osób korzystających z obiektów
	Ilość osób biorących udział w zajęciach zorganizowanych w ramach projektu	500	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Ilość osób korzystających z opieki w ramach projektu	200	osoba	Dzienniki, listy obecności
	Ilość miejsc pracy powstałych w wyniku realizacji projektu	1	etat	Umowy o pracę, umowa zlecenie
Zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED), wraz z przeszkoleniem z ich obsługi dla 24 urzędów miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT.	liczba urzędów miast i gmin wyposażonych w automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED)	24 defibryl. więcej od obecnie	sztuka	Informacje z urzędów
	przeszkolenie osób z obsługi automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED	600 osób obecnie przeszkol.	osoba	Dokument. szkoleniowa
	automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED)	24	sztuka	Dokument. zakupu
Rozbudowa bazy rehabilitacji leczniczej w gminie Solec Kujawski	Ilość wybudowanych/rozbudowanych obiektów pełniących funkcje bazy rehabilitacji leczniczej	1	Sztuka /obiekt	Dokument., protokoły odbioru, dokument. fotograficzna
	Ilość osób, które skorzystały z wybudowanej/ rozbudowanej bazy rehabilitacji leczniczej	2500	osoba	Listy osób

	Ilość nowoutworzonych miejsc pracy (bezpośrednio w obiektach powstałych w ramach projektu)	2	etat	Umowy o pracę
Budowa Ośrodka Zdrowia W Wielkiej Nieszawce Wraz Z Filią W Cierpicach Oraz Zakup Sprzętu I Wyposażenia	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	1	Sztuka /obiekt	Dokument. księgowy, protokoły odbioru, dokument. fotograficzna
Budowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej wraz ze Specjalistycznymi Poradniami w miejscowości Łysomice	Ośrodek Zdrowia	1	Szt.	UG Łysomice
	Powstanie poradni specjalistycznych	5	Szt.	UG Łysomice
	Zestawy komputerowe z oprogramowaniem	10	Zestawów	UG Łysomice
	Zakup serwera	1	Szt.	UG Łysomice
	Zatrudnienie kadry do poradni specjalistycznych	5	Etat	UG Łysomice
	Zwiększenie liczby porad lekarskich	o 15% od stanu wejścia	Porada	SP ZOZ
	Poszerzenie oferty strony www	1	Strona www	SP ZOZ
	Zwiększenie liczby pacjentów SPZOZ Łysomice	o 15 % od stanu wejścia	osoby	SP ZOZ
Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Nowa Wieś Wielka	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgowy, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
Cel operacyjny 3. Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców				
Promocja i profilaktyka zdrowia w gminie Solec Kujawski	Liczba programów zdrowotnych opracowanych w ramach projektu	7	Program/sztuka	Opisy programów
	Ilość zajęć edukacyjnych w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień	1020	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć
	Ilość osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych	5000	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Ilość wydanych broszur edukacyjnych / prozdrowotnych	7000	sztuka	Dokumentacja księgowy, protokoły odbioru
	Ilość osób, które skorzystały z badań profilaktycznych		osoba	Listy osób korzystających z

		1000		badań
	Ilość osób zaszczepionych przeciw pneumokokom w ramach realizacji projektu	600	osoba	Listy szczepień
Dziecko i rodzice – wspólna walka o zdrowie w gminie Solec Kujawski	Stanowiska treningowe wyposażone w kpl. urządzeń	8	sztuka	Dokumentacja fotograficzna, dokumentacja księgowa
	Liczba godz.lekcyjnych w roku	3 840	Godzina lekcyjna (45 minut)	Sprawozdania z realizacji zajęć, program zajęć
	rezultatu	480	rodzina	Listy obecności, dzienniki zajęć
	rezultatu	960	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	rezultatu	980	osoba	Listy obecności, listy osób korzystających
Promocja zdrowia poprzez edukację dzieci i młodzieży w gminie Solec Kujawski	Ilość zajęć edukacyjnych w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień	72	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć
	Ilość osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych	2500	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Ilość wydanych broszur	2500	sztuka	Protokoły odbioru, dokumentacja księgowa
	Ilość zorganizowanych festynów prozdrowotnych	6	festyn	Dokumentacja fotograficzna, programy festynów
	Ilość uczniów, którzy otrzymali zdrową żywność	2500	osoba	Listy osób, które otrzymały żywność
Program na Rzecz Zmniejszenia Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży z terenu gminy Kowalewo Pomorskie	Liczba dzieci objętych programem	100	sztuki	SIO (wrzesień 2013)
W zdrowym ciele zdrowy duch – gmina Dobrcz.	Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców	o 20%	osoby	Dane własne podmiotu
Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo	Program Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	>85% dzieci i młodzieży szkół podstawowych i przedszkoli	osoby	Dokumentacja programu
Upowszechnienie umiejętności udzielania	Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu	1	1 program	Dokumentacja programu

pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo	życia na terenie gminy Czernikowo”			
	liczba osób, które wzięły udział w programie	>50% mieszkańców gminy powyżej 15 r.ż.	osoby	Dokumentacja programu
Cel operacyjny 4. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych				
Program „Trzymaj się prosto” – gmina Czernikowo	Program zdrowotny „Trzymaj się prosto”	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	>85% dzieci i młodzieży szkół podstawowych i przedszkoli	osoba	Dokumentacja programu
Profilaktyka raka piersi „Od samobadania do mammografii”	Program profilaktyki raka piersi „Od samobadania do mammografii”	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	> 70% populacji docelowej (kobiety 50-69)	osoba	Dokumentacja programu


Źródło: opracowanie własne

Bibliografia

1. Biuletyny statystyczne – Ochrona zdrowia w województwie kujawsko – pomorskim. Wydział Zdrowia-Kujawsko – Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy.
2. Dane Głównego Urzędu Statystycznego- Bank Danych Lokalnych.
3. Dane Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko –Pomorskiego.
4. Golinowska S. (red.), 2012, Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012, NFZ, Warszawa 2012.
5. Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko Pomorskiego.
6. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, www.rejestrzoz.gov.pl
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 2010, poz. 2135, z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2005 nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654).
11. Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 nr 35, poz. 230 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarki położnej (Dz. U. 1996 nr 91, poz. 410 z późn. zm.).

Spis tabel, map, schematów i wykresów

Tabela 1 Liczba ludności zamieszkującej badany obszar w latach 2008 i 2012	12
Tabela 2. Struktura wieku w Bydgosko-Toruńskim Obszarze Funkcjonalnym w 2012 r.	13
Tabela 3 Wybrane choroby zakaźne w latach 2008 i 2012 (współczynniki na 100 tys.)	37
Tabela 4 Liczba zgonów według przyczyn w BTOF w latach 2008 i 2011 (na 10 tys. ludności)	38
Tabela 5 Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w 2008 i 2012 r. – wskaźnik na 10 tys. ludności.....	52
Tabela 6 Specjaliści zatrudnieni w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2009 i 2012 roku.....	54
Tabela 7 Populacja objęta programami profilaktycznymi finansowanymi ze środków jednostek samorządu terytorialnego (JST) w 2013 r.	57
Tabela 8 Podmioty z obszaru funkcjonalnego biorące udział w realizacji projektu Program Inwestycji Rozwojowych i Modernizacji dla Szpitali Wojewódzkich na lata 2009-2016	61
Tabela 9 Projekty realizowane z funduszy strukturalnych w perspektywie 2007-2013	63
Tabela 10 Mocne i słabe strony BTOF w zakresie ochrony zdrowia	67
Tabela 11 Szanse i zagrożenia strony BTOF w zakresie ochrony zdrowia	68
Tabela 12. Źródła finansowania Programu	80
Tabela 13. Harmonogram realizacji działań	83
Tabela 14 Liczba ludności zamieszkująca poszczególne gminy w latach 2008 i 2012	120
Tabela 15 Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2008 i 2012.....	120
Tabela 16 Ludność w wieku poprodukcyjnym na badanym obszarze w latach 2008 i 2012 (liczby bezwzględne oraz udział procentowy w ogóle populacji).....	121
Tabela 17 Ruch naturalny w latach 2008 i 2012 (liczby bezwzględne)	122
Tabela 18 Wykaz podmiotów świadczących stacjonarne i całodobowe usługi szpitalne wg Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 1.03. 2014	123
Tabela 19 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi w 2012 roku.....	124
Tabela 20 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych bez oddziałów szpitalnych w 2012 roku.....	125
Mapa 1 Szpitale i zakłady opieki długoterminowej na terenie BTOF (stan na 2012 r.).....	40
Mapa 2 Liczba porad w opiece ambulatoryjnej przypadająca na 1 mieszkańca w 2012 r.	45
Mapa 3 Ratownictwo Medyczne na terenie BTOF (stan na 2012 r.)	49
Mapa 4 Liczba mieszkańców (wg faktycznego miejsca zamieszkania) przypadających na 1 lekarza POZ w 2008 i 2012 r.....	55

Mapa 5 Liczba mieszkańców (wg faktycznego miejsca zamieszkania) przypadających na 1 pielęgniarkę POZ w 2008 i 2012 roku	56
Schemat 1 Proces opracowania pakietu dokumentów strategicznych dla BTOF	6
Schemat 2 Schemat opracowania Programu zabezpieczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców	8
Schemat 3 Schemat organizacji PRM	47
Schemat 4 Cele strategiczne i operacyjne	69
Schemat 5. System monitoringu i wdrażania Programu – podmioty zaangażowane	86
Wykres 1 Obciążenie demograficzne w gminach BTOF (stan na 2012 r.)	14
Wykres 2 Średnia przyrostu dla grup wiekowych ludności w okresie 2008-2012 r.	15
Wykres 3 Prognoza liczby ludności w BTOF w latach 2015-2035	16
Wykres 4 Prognozowana struktura wieku mieszkańców BTOF w latach 2015-2035	17
Wykres 6 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono nowotwory, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	18
Wykres 7 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono niedokrwiistości, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	19
Wykres 8 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono choroby tarczycy, wg powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	20
Wykres 9 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono cukrzycę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	20
Wykres 10 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono otyłość, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	22
Wykres 11 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	23
Wykres 12 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono dychawicę oskrzelową, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	24
Wykres 13 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono alergie pokarmowe według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	25
Wyki	
	
.....	26
Wykres 15 Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono zniekształcenie kręgosłupa, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności w wieku 0-18)	26
Wykres 16 Zapadalność na poszczególne jednostki chorobowe u dzieci i młodzieży do lat 18 na obszarze BTOF w roku 2008 i 2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	27
Wykres 17 Dorośli, u których stwierdzono gruźlicę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	28
Wykres 18 Dorośli, u których stwierdzono nowotwory, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	29
Wykres 19 Dorośli, u których stwierdzono choroby tarczycy, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	30
Wykres 20 Dorośli, u których stwierdzono cukrzycę, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	30

Wykres 21 Dorośli, u których stwierdzono niedokrwistości, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).....	31
Wykres 22 Dorośli, u których stwierdzono choroby obwodowego układu nerwowego, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	32
Wykres 23 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu krążenia, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).....	33
Wykres 24 Dorośli, u których stwierdzono przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawicę oskrzelową, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).....	33
Wykres 25 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu trawiennego, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).....	34
Wykres 26 Dorośli, u których stwierdzono choroby układu mięśniowo- kostnego i tkanki łącznej, według powiatów w latach 2008-2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności)	35
Wykres 27 Zapadalność na poszczególne jednostki chorobowe u dorosłych na obszarze BTOF w roku 2008 i 2012 (wskaźnik na 10 tys. ludności).	35
Wykres 28 Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w 2012 r.....	41
Wykres 29 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi (lewy wykres) i bez oddziałów szpitalnych (prawy wykres) w 2012 r.	51
Wykres 30 Zmiana zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyków w 2012 r. (w stosunku do 2008 r.) w % .	53
Wykres 31 Zmiana zatrudnienia pielęgniarek i położnych w 2012 r (w stosunku do 2008 r.) w %.....	53
Wykres 32 Procentowy udział lekarzy dentyków ze specjalizacją do ogólnej liczby lekarzy dentyków – stan w dniu 3.12.2013 r.	55

Załączniki

7.1 Fiszki projektowe dot. planowanych inwestycji w ochronie zdrowia zgłoszone przez gminy BTOF

Założenia i cele programu zostały przedstawione jednostkom samorządu terytorialnego BTOF. Zainteresowane jednostki złożyły fiszki projektowe wpisujące się w cele strategiczne Programu. W sumie złożono 22 fiszki, opracowano również 1 dodatkową fiszkę obejmującą koordynację i zarządzanie całym systemem opieki zdrowotnej BTOF.

Cel operacyjny 1. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych.

Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Nowoczesny model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym.			
9.	Cel projektu	Celem projektu jest tworzenie modelu interdyscyplinarnego zarządzania ukierunkowanego na zwiększenie efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia, skoordynowanie usług medycznych, profilaktycznych w oparciu o ustalenia zespołu złożonego z przedstawicieli wszystkich zaangażowanych stron.			
10.	Zakres / opis projektu	Uzasadnieniem projektu jest brak skoordynowanej polityki zdrowotnej w obszarze alokacji zasobów i poprawy dostępności do świadczeń. Przyczyną zdiagnozowanej sytuacji jest między innymi różnorodność organów założycielskich podmiotów leczniczych. Proponowanym rozwiązaniem jest utworzenie na zasadzie porozumienia Regionalnego Zespołu Koordynacji Systemu Ochrony Zdrowia w której zasiadali: - przedstawiciele organów założycielskich wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych, - przedstawiciele K-P Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, - przedstawiciele zawodów medycznych, - niezależni eksperci.			
11.	Zadania w ramach projektu	Zadania obejmują: <ul style="list-style-type: none"> • Powołanie Komisji • Opracowanie dokumentu określającego ramy podmiotowe i przedmiotowe prac Komisji 			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	Powołanie Komisji do 2015 roku.			
13.	Szacunkowa wartość projektu	100 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	0		
		dofinansowanie z UE (PLN)	100 000		
		inne źródła (PLN)	0		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Do uzgodnienia			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	<ul style="list-style-type: none"> • jednostki samorządu terytorialnego • KP NFZ • CM UMK • eksperci • świadczeniodawcy 			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych

Wdrożony nowy model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym.	Produktu	1 model zarządzania zasobami opieki zdrowotnej na Obszarze Funkcjonalnym	sztuka	Sprawozdania z działania Regionalnego Zespołu Koordynacji Systemu Ochrony Zdrowia
---	----------	--	--------	---

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)

1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Solec Kujawski
----	-----------------------------	----------------------

Dane dotyczące zgłaszanego projektu

8.	Tytuł projektu	Stworzenie nowoczesnej bazy diagnostycznej w gminie Solec Kujawski
9.	Cel projektu	Dostosowanie Przychodni do wymagań przepisów prawnych, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 02.02.2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia oraz poprawa dostępności do świadczeń
10.	Zakres / opis projektu	Zakres prac obejmuje: - opracowanie dokumentacji przetargowej i wybór dostawcy sprzętu medycznego, - zakup sprzętu medycznego (cyfrowego aparatu RTG, aparatu ultrasonograficznego nowej generacji)
11.	Zadania w ramach projektu	j.w.
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015 – zakup aparatu RTG, 2016 – zakup aparatu USG
13.	Szacunkowa wartość projektu	Ok. 1 mln zł
14.	Źródła finansowania	<i>własne (PLN)</i> 100 000
		<i>dofinansowanie z UE (PLN)</i> 750 000
		<i>inne źródła (PLN)</i> 150 000
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)
16.	Przewidywani partnerzy projektu	NFZ

Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu

	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
17.	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu
	Ilość osób korzystających ze sprzętu zakupionego w ramach projektu	Osoby zdiagnozowane	1000	osoba	Listy osób korzystających ze sprzętu – dla których wykorzystanie sprzęt

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Poprawa jakości świadczonych usług dla mieszkańców Gminy Koronowo poprzez zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno – leczniczego (aparat rtg, usg , Holter, EKG, zestaw do próby wysiłkowej, oftalmoskop.).			
9.	Cel projektu	Poprawa jakości świadczonych usług i zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych dla mieszkańców gminy.			
10.	Zakres / opis projektu	Zakup nowego, wyspecjalizowanego sprzętu wraz z dostosowaniem pomieszczeń			
11.	Zadania w ramach projektu	Zakup sprzętu i przystosowanie pomieszczeń do zakupionej aparatury			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	1 000 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	Do uzgodnienia		
		dofinansowanie z UE (PLN)	Do uzgodnienia		
		inne źródła (PLN)	Do uzgodnienia		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Dyrektor SPZOZ			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Koronowo, SPZOZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Zakup nowego oprogramowania kadrowo – finansowo – księgowego na potrzeby administracji SPZOZ w Koronowie			
9.	Cel projektu	Zakup nowego sprzętu wraz z oprogramowaniem, który ma na celu usprawnienie stanowisk pracy poprzez poprawę efektywności			
10.	Zakres / opis projektu	Zakup nowego sprzętu wraz z oprogramowaniem			
11.	Zadania w ramach projektu	Zakup licencjonowanych programów i sprzętu			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	100 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	Do uzgodnienia		
		dofinansowanie z UE (PLN)	Do uzgodnienia		
		inne źródła (PLN)	Do uzgodnienia		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Dyrektor SPZOZ			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Koronowo, SPZOZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt wspomagający zarządzanie i administrację	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgowo, protokoły odbioru sprzętu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)	
1.	Podmiot zgłaszający projekt Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie
Dane dotyczące zgłaszanego projektu	
8.	Tytuł projektu Modernizacja aparatu RTG poprzez ucyfrowienie aparatu w SPZOZ w Koronowie

9.	Cel projektu	Cyfryzacja aparatu rtg, usprawnienie badań rtg , wykonywanie dokładniejszych obrazów i szybsza diagnostyka			
10.	Zakres / opis projektu	Cyfryzacja aparatu rtg			
11.	Zadania w ramach projektu	Cyfryzacja aparatu rtg			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	150 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	Do uzgodnienia		
		dofinansowanie z UE (PLN)	Do uzgodnienia		
		inne źródła (PLN)	Do uzgodnienia		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Dyrektor SPZOZ			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Koronowo, SPZOZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość wyposażonych obiektów w nowoczesny sprzęt RTG	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru sprzętu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)				
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie		
Dane dotyczące zgłaszanego projektu				
8.	Tytuł projektu	Dostosowanie pomieszczeń do wymogów stawianych przez Ministerstwo Zdrowia i SANEPID poprzez rozbudowę Przychodni Rejonowej z Laboratorium w SP ZOZ w Koronowie		
9.	Cel projektu	Dostosowanie pomieszczeń do wymogów.		
10.	Zakres / opis projektu	Rozbudowa i modernizacja pomieszczeń Przychodni Rejonowej		
11.	Zadania w ramach projektu	Rozbudowa i modernizacja pomieszczeń Przychodni Rejonowej		

12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	1 500 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	Do uzgodnienia		
		dofinansowanie z UE (PLN)	Do uzgodnienia		
		inne źródła (PLN)	Do uzgodnienia		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Dyrektor SPZOZ			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Koronowo, SPZOZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość obiektów z dostosowanymi pomieszczeniami do wymogów prawnych	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły z odbioru pomieszczeń

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Dostosowanie programów informatycznych do wymogów stawianych przez GIODO w SPZOZ w Koronowie			
9.	Cel projektu	Dostosowanie istniejącego oprogramowania i zakup nowego sprzętu komputerowego			
10.	Zakres / opis projektu	Dalsza informatyzacja			
11.	Zadania w ramach projektu	Zakup nowego sprzętu			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	50 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	Do uzgodnienia		

		<i>dofinansowanie z UE (PLN)</i>	Do uzgodnienia		
		<i>inne źródła (PLN)</i>	Do uzgodnienia		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Dyrektor SPZOZ			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Koronowo, SPZOZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
17.	Ilość obiektów z dostosowanymi pomieszczeniami do wymogów prawnych	Nowoczesna placówka	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły z odbioru pomieszczeń

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gminna Przychodnia w Dobrczu			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Nowoczesna i dostosowana do potrzeb społecznych opieka zdrowotna w gminie Dobrcz			
9.	Cel projektu	Poprawa jakości świadczeń			
10.	Zakres / opis projektu	Doposażenie gabinetów sprzęt specjalistyczny			
11.	Zadania w ramach projektu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przygotowanie SIWZ 2. Przeprowadzenie postępowanie z zakresu zamówień publicznych 3. Zakup sprzętu 4. Rozszerzenie oferty świadczonych usług 			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	Do 2020			
13.	Szacunkowa wartość projektu	500 000,00			
14.	Źródła finansowania	<i>własne (PLN)</i>	35 000zł		
		<i>dofinansowanie z UE (PLN)</i>	425 000zł		
		<i>inne źródła (PLN)</i>	30.000zł		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Gminna Przychodnia w Dobrcz			

16.	Przewidywani partnerzy projektu				
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość wyposażonych obiektów w sprzęt medyczny	Ilość placówek	1	obiekt	Dane księgowo, dokumentacja odbioru sprzętu

Cel operacyjny 2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)			
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Solec Kujawski	
Dane dotyczące zgłaszanego projektu			
8.	Tytuł projektu	Stworzenie niestacjonarnej placówki dla osób starszych w gminie Solec Kujawski	
9.	Cel projektu	Poprawa dostępności do świadczeń	
10.	Zakres / opis projektu	Zakres prac obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • opracowanie dokumentacji przetargowej i wybór dostawcy sprzętu rehabilitacyjnego i zielonych siłowni • zakup ww. sprzętu – sala gimnastyczna • opieka dzienna dla osób starszych • zajęcia dla osób starszych 	
11.	Zadania w ramach projektu	<ul style="list-style-type: none"> • opracowanie dokumentacji przetargowej i wybór dostawcy zielonych siłowni – w zależności od ilości sprzętu – 30-60 tys zł - szacunkowo mała siłownia kosztuje ok. 45 tys zł (6-8 urzędzeń + ogrodzenie, ławki, kosze itp.) • zakup sprzętu rehabilitacyjnego – sala gimnastyczna ok. 15-20 tys zł • opieka dzienna dla osób starszych • zajęcia dla osób starszych 	
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015-2020	
13.	Szacunkowa wartość projektu	165 000	
14.	Źródła finansowania	<i>własne (PLN)</i>	10.000,00
		<i>dofinansowanie z UE (PLN)</i>	100.000,00
		<i>inne źródła (PLN)</i>	55.000,00
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)	

16.	Przewidywani partnerzy projektu	MGOPS Gmina Inwestorzy prywatni			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
17.	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	obiekt	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
	Ilość powstałych siłowni zewnętrznych/zielonych siłowni	Kpl. Sprzętu do siłowni zielonej	5	kpl	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
	Ilość zorganizowanych zajęć dla osób starszych	Zajęcia	288	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć
	Ilość placówek, w których pełniona jest opieka nad osobami starszymi	Placówki	2	Sztuka/placówka	Wykaz placówek, w których pełniona jest opieka
	Ilość osób korzystających z obiektów wyposażonych w ramach projektu	Osoby uczestniczące, w zajęciach	500	osoba	Listy osób korzystających z obiektów
	Ilość osób korzystających z siłowni zewnętrznych/zielonych siłowni	Dostępność do urządzeń	5000	osoba	Listy osób korzystających z obiektów
	Ilość osób biorących udział w zajęciach zorganizowanych w ramach projektu	Przeszkolone osoby	500	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Ilość osób korzystających z opieki w ramach projektu	Osoby otoczone opieką	200	osoba	Dzienniki, listy obecności
	Ilość miejsc pracy powstałych w wyniku realizacji projektu	Miejsca pracy	1	etat	Umowy o pracę, umowa zlecenie

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)		
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy
Dane dotyczące zgłaszanego projektu		
8.	Tytuł projektu	Zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED), wraz z przeszkoleniem z ich obsługi dla 24 urzędów miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT.
9.	Cel projektu	Zwiększenie liczby automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, oraz liczby przeszkolonych w zakresie ich obsługi na terenach miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT: Białe Błota, Dąbrowa Chełmińska, Dobrcz, Koronowo, Nowa Wieś Wielka, Osielsko, Sicienko, Solec Kujawski, Chełmża, Czernikowo, Lubicz, Łubianka, Łysomice, Obrowo, Wielka Nieszawka, Zławieś Wielka, Bydgoszcz, Toruń, Kowalewo Pomorskie, Ciechocinek, Aleksandrów Kujawski, Nakło nad Notecią, Łabiszyn, Szubin polegająca na możliwości wykonania automatycznej defibrylacji zewnętrznej u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia przed przyjazdem zespołu ratownictwa

		medycznego. Zwiększenie dostępności do defibrylatorów spowoduje obniżenie wskaźników kalectwa, oraz umieralności wśród osób narażonych na zgony z powodu chorób sercowo-naczyniowych.			
10.	Zakres / opis projektu	<p>Projekt dotyczy 24 urzędów miast i gmin objętych programem zabezpieczenia opieki medycznej dla mieszkańców obszaru ZIT. Polega na zakupie dla każdej struktury terytorialnej automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), wraz z przeszkoleniem z jego obsługi. Korzystne jest umieszczanie AED w miejscach, gdzie w ciągu ostatnich 2 lat doszło już do zatrzymania krążenia lub w miejscach o dużym zagęszczeniu ludności (np. supermarkety) oraz tam, gdzie służby medyczne w razie wypadku mogłyby mieć utrudniony dostęp do chorego, np. wydłużenie dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do poszkodowanego wskutek zamkniętego na kilka minut przejazdu kolejowego.</p> <p>Istotą projektu jest zakup dla poszczególnego miasta/gminy defibrylatora wraz przeszkoleniem z zakresu jego obsługi przez doświadczonych ratowników medycznych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy. Po ustaleniu miejsca umieszczenia defibrylatora z przedstawicielami miasta/gminy program szkolenia będzie obejmował -poza obsługą samego urządzenia - włączenie jego użycia do szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, oraz stworzenie procedury wydawania AED w sytuacji wystąpienia nagłego zagrożenia zdrowotnego.</p>			
11.	Zadania w ramach projektu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zakup 24 automatycznych defibrylatorów zewnętrznych. 2. Uzgodnienie z przedstawicielami poszczególnych miast i gmin: <ul style="list-style-type: none"> - miejsca umieszczenia AED, - grupy mającej się poddać szkoleniom z obsługi AED - miejsca i terminu szkolenia. 3. Umieszczenie AED w e wskazanych miejscach, oraz przeszkolenie mieszkańców miast i gmin. 			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	31.06.2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	284 400,00			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	0		
		dofinansowanie z UE (PLN)	284 400,00		
		inne źródła (PLN)	0		
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Polskie Towarzystwo Ratunkowe			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	liczba urzędów miast i gmin wyposażonych w automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED)	Wskaźnik produktu	24 defibrylatorów więcej od obecnie rozmieszczonych	sztuka	Informacje z urzędów
	przeszkolenie osób z obsługi automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED	Wskaźnik rezultatu	600 osób przeszkolonych więcej od obecnie przeszkolonych	osoba	Dokumentacja szkoleniowa
	automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED)	Wskaźnik produktu	24	sztuka	Dokumentacja zakupu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Solec Kujawski			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Rozbudowa bazy rehabilitacji leczniczej w gminie Solec Kujawski			
9.	Cel projektu	Poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej			
10.	Zakres / opis projektu	Zakres prac obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • prace projektowe • zakup gruntów • opracowanie dokumentacji przetargowej i wybór wykonawcy • budowa budynku • zakup mebli i wyposażenia • zakup sprzętu rehabilitacyjnego 			
11.	Zadania w ramach projektu	j.w.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2017-2019			
13.	Szacunkowa wartość projektu	Ok. 5 000 000 zł			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	1500 000 (Gmina)		
		dofinansowanie z UE (PLN)	3 000 000		
		inne źródła (PLN)	500 000 (PFRON)		
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Solec Kujawski, NFZ			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość wybudowanych/rozbudowanych obiektów pełniących funkcje bazy rehabilitacji leczniczej	obiekt	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja powykonawcza, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna
	Ilość osób, które skorzystały z wybudowanej/rozbudowanej bazy rehabilitacji leczniczej	Osoby , którym świadczono usługi	2500	osoba	Listy korzystających osób
	Ilość nowoutworzonych miejsc pracy (bezpośrednio w obiektach powstałych w ramach projektu)	Miejsce pracy	2	etat	Umowy o pracę

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Wielka Nieszawka			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Budowa Ośrodka Zdrowia W Wielkiej Nieszawce Wraz Z Filią W Cierpicach Oraz Zakup Sprzętu I Wyposażenia			
9.	Cel projektu	Poprawa dostępu i podniesienie jakości usług w zakresie ochrony zdrowia w całym obszarze funkcjonalnym			
10.	Zakres / opis projektu	uzyskanie wymaganych pozwoleń przygotowanie dokumentacji, realizacja inwestycji, nadzór inwestorski, zakup sprzętu i wyposażenia			
11.	Zadania w ramach projektu	uzyskanie wymaganych pozwoleń przygotowanie dokumentacji, realizacja inwestycji, nadzór inwestorski, zakup sprzętu i wyposażenia			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2016-2017			
13.	Szacunkowa wartość projektu	1 500 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	----		
		dofinansowanie z UE (PLN)	1 100 000		
		inne źródła (PLN)	400 000		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Gmina Wielka Nieszawka			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	---			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	obiekt	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)		
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Łysomice
Dane dotyczące zgłaszanego projektu		
8.	Tytuł projektu	Budowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wraz Ze Specjalistycznymi Poradniami W Miejscowości Łysomice

9.	Cel projektu	Podniesienie dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych na terenie Gminy Łysomice oraz okolic.	
10.	Zakres / opis projektu	<p>Projekt będzie polegał na budowie ośrodka zdrowia wraz ze specjalistycznymi poradniami medycznymi. Obiekt zostanie zaprojektowany zgodnie ze standardami obowiązujących przepisów, w tym dostosowanie dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Lokalizacja ośrodka zdrowia stanowi centrum gminy. Ośrodek zdrowia, jako Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej świadczyć będzie porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz w zakresie poradni specjalistycznych. Planowane jest utworzenie następujących poradni specjalistycznych:</p> <p>1). Poradnia rehabilitacyjna w pełnym zakresie diagnostycznym (w tym nieduży rentgen i specjalistyczny aparat usg). Przy poradni funkcjonować będzie sala rehabilitacyjna wyposażona w sprzęt rehabilitacyjny – stymulacja prądem, laser, diadynamik, interdym, pole magnetyczne, ultradźwięki. Do powstania poradni rehabilitacyjnej niezbędne będzie zatrudnienie odpowiedniej kadry tj. zatrudnienie lekarza ortopedę-reumatologa z zakresem dysfunkcji ruchu oraz terapeutę.</p> <p>2). Poradnia geriatryczna, w której niezbędne będzie zatrudnienie lekarza psychogeriatry, bądź geriatry.</p> <p>3). Poradnia zdrowia psychicznego, w której niezbędne będzie zatrudnienie lekarza psychiatry oraz psychologa.</p> <p>4). Poradnia położniczo-ginekologiczna wraz ze szkołą rodzenia, obecnie w ośrodku zdrowia w ramach SP ZOZ funkcjonuje poradnia „K”, jako opieka ambulatoryjna. Konieczne byłoby odpowiednie wyposażenie poradni w sprzęt taki, jak usg ginekologiczne z głowicą dopochwową oraz KTG, czyli sprzęt do monitorowania dobrostanu płodu. Ponadto wyposażenie do szkoły rodzenia.</p> <p>5). Poradnia stomatologiczna, obecnie w ośrodku zdrowia w ramach SP ZOZ funkcjonują dwa gabinety stomatologiczne. Dla celów stworzenia poradni stomatologicznej, niezbędne byłoby jednak zakupienie dwóch unitów stomatologicznych, dwóch foteli stomatologicznych oraz sprzętu umożliwiającego obsługiwanie pacjentów stomatologicznych na wysokim poziomie.</p> <p>Realizacja powyższych zamierzeń wiąże się z zakupem dobrej klasy sprzętu komputerowego wraz z odpowiednim oprogramowaniem zapewniającym bezpośredni dostęp do szybkiej informacji (baza pacjentów, dostęp do usług opieki zdrowotnej, oprogramowanie umożliwiające wymianę danych z NFZ). Niezbędne będzie zakupienie serwera wraz z 10 szt. zestawów komputerowych, co zapewni spójny system informacji dla SP ZOZ. Ponadto ważny byłby również rozwój istniejącej strony internetowej SP ZOZ. Wychodząc naprzeciw udogodnieniom pacjentów, byłoby koniecznością poszerzenie możliwości czerpania więcej informacji, m. in. odnośnie rejestracji pacjentów.</p>	
11.	Zadania w ramach projektu	<p>Prace przygotowawcze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie dokumentacji projektowej, • uzyskanie niezbędnych decyzji, pozwoleń, • wniosek o dofinansowanie unijne, w tym opracowanie studium wykonalności, • przeprowadzenie postępowania przetargowego, <p>Prace inwestycyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • budowa ośrodka zdrowia wraz z zakupem wyposażenia w tym wyposażenia specjalistycznego do poradni specjalistycznych oraz zakupem sprzętu i oprogramowania komputerowego. • nadzór inwestorski, • promocja projektu. <p>Po zakończeniu inwestycji uzyskanie niezbędnych dokumentów odbiorowych.</p> <p>Przeprowadzenie naboru kadry medycznej do poradni specjalistycznych. Rozszerzenie oferty strony internetowej SP ZOZ.</p>	
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015 – 2020	
13.	Szacunkowa wartość projektu	5.000.000 zł.	
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	1.250.000 zł. (25%)
		dofinansowanie z UE (PLN)	3.750.000 zł. (75%)

		<i>inne źródła (PLN)</i>
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Łysomice
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Ministerstwo Zdrowia

Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu

	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
17.	Ośrodek Zdrowia	Wskaźnik produktu	1	Szt.	UG Łysomice
	Powstanie poradni specjalistycznych	Wskaźnik produktu	5	Szt.	UG Łysomice
	Zestawy komputerowe z oprogramowaniem	Wskaźnik produktu	10	Zestawów	UG Łysomice
	Zakup serwera	Wskaźnik produktu	1	Szt.	UG Łysomice
	Zatrudnienie kadry do poradni specjalistycznych	Wskaźnik nowoutworzonych miejsc pracy	5	Etat	UG Łysomice
	Zwiększenie liczby porad lekarskich	Wskaźnik rezultatu	o 15% od stanu wejściowego	Porada	SP ZOZ
	Poszerzenie oferty strony www	Wskaźnik rezultatu	1	Strona www	SP ZOZ
	Zwiększenie liczby pacjentów SPZOZ Łysomice	Wskaźnik rezultatu	o 15 % od stanu wejściowego	osoby	SP ZOZ

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)

1.	Podmiot zgłaszający projekt	SP ZOZ Gminna Przychodnia w Nowej Wsi Wielkiej
Dane dotyczące zgłaszanego projektu		
8.	Tytuł projektu	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Nowa Wieś Wielka
9.	Cel projektu	Zniesienie barier architektonicznych dla miejsc, w których udzielane są świadczenia zdrowotne
10.	Zakres / opis projektu	<ol style="list-style-type: none"> Dobudowa szybu windy oraz modernizacja wejścia do budynku przychodni w Brzozie przy ul. Przemysłowej 1B. Wykonanie wejścia wraz z podjazdem lub platformą dla osób niepełnosprawnych, przebudowa poczekalni, modernizacja instalacji elektrycznej, wydzielenie szatni i pomieszczenia gospodarczego w pomieszczeniach fizjoterapii w Nowej Wsi Wielkiej przy ul. Kwiatowej 20.
11.	Zadania w ramach projektu	<ol style="list-style-type: none"> Uzupełnienie dokumentacji, dotyczącej warunków zabudowy dla zakresu projektu opisanego w pkt. 10 przez Urząd Gminy w Nowej Wsi Wielkiej. Wypełnienie i złożenie aplikacji przez Urząd Gminy

12.	Przewidywany termin realizacji projektu	Do końca 2016 roku			
13.	Szacunkowa wartość projektu	Pkt.10: Ad. 1. 370 000,00 PLN Ad.2. 200 000,00 PLN			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	brak		
		dofinansowanie z UE (PLN)	Do 85% kosztów kwalifikowanych – 484 500,00 PLN		
		inne źródła (PLN)	15% (lub powyżej) kosztów kwalifikowanych Urząd Gminy w Nowej Wsi Wielkiej 85 500,00 PLN		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Nowa Wieś Wielka			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	SP ZOZ Gminna Przychodnia w Nowej Wsi Wielkiej			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość obiektów wyposażonych w sprzęt w ramach projektu	obiekt	1	Sztuka/obiekt	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru, dokumentacja fotograficzna

Cel operacyjny 3. Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)	
1.	Podmiot zgłaszający projekt Gmina Solec Kujawski
Dane dotyczące zgłaszanego projektu	
8.	Tytuł projektu Promocja i profilaktyka zdrowia w gminie Solec Kujawski
9.	Cel projektu Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców
10.	Zakres / opis projektu Zakres prac obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • edukacja w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień • programy zdrowotne • beneficjenci - mieszkańcy
11.	Zadania w ramach projektu <ul style="list-style-type: none"> • wydawane broszury • badania profilaktyczne w zakresie wykrywania: chorób układu krążenia, nowotworu gruczołu krokowego, piersi i szyjki macicy, profilaktyka chorób nowotworowych skóry • szczepienia przeciw pneumokokom
12.	Przewidywany termin realizacji projektu 2015-2020

13.	Szacunkowa wartość projektu	581 100,00			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	95 000,00		
		dofinansowanie z UE (PLN)	476 100,00		
		inne źródła (PLN)	10 000,00		
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Solec Kujawski MGPOPS WTZ Szkoły			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Liczba programów zdrowotnych opracowanych w ramach projektu	program	7	Program/sztuka	Opisy programów
	Ilość zajęć edukacyjnych w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień	zajęcia	1020	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć
	Ilość osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych	Osoby przeszkolone	5000	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Ilość wydanych broszur edukacyjnych / prozdrowotnych	broszura	7000	sztuka	Dokumentacja księgową, protokoły odbioru
	Ilość osób, które skorzystały z badań profilaktycznych	Osoby przebadane	1000	osoba	Listy osób korzystających z badań
	Ilość osób zaszczepionych przeciw pneumokokom w ramach realizacji projektu	Osoby szczepione	600	osoba	Listy szczepień

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Solec Kujawski			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Dziecko i rodzice – wspólna walka o zdrowie w gminie Solec Kujawski			
9.	Cel projektu	<ul style="list-style-type: none"> poprawa stanu zdrowia dzieci otyłych (redukcja masy ciała) promowanie zdrowego stylu życia aktywizacja ruchowa dzieci otyłych przy zaangażowaniu (wspieraniu) rodziców (wspólne uczestnictwo w zajęciach) 			
10.	Zakres / opis projektu	Zakres prac obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> opracowanie dokumentacji przetargowej i wybór dostawcy sprzętu gimnastycznego (założenie: 12 stanowisk) zajęcia gimnastyczne (fitness, spinning) dostosowane do możliwości dziecka – 2 x w tyg. zorganizowane wycieczki rowerowe po okolicy lub nordic walking dla całej rodziny – zachęcanie do aktywności ruchowej na świeżym powietrzu jeśli chodzi o zajęcia gimnastyczne dla dzieci, to oczywiście należy jeszcze znaleźć (zakupić, udostępnić) pomieszczenie 			
11.	Zadania w ramach projektu	j.w.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015 – 2020			
13.	Szacunkowa wartość projektu	250 000,00			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	10 % (możliwość prowadzenia zajęć dla dzieci przez pracownika z MGPZ)		
		dofinansowanie z UE (PLN)			
		inne źródła (PLN)			
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Szkoły, MGOPS			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Liczba utworzonych stanowisk gimnastycznych	Stanowiska treningowe wyposażone w kpl. urządzeń	8	sztuka	Dokumentacja fotograficzna, dokumentacja księgową
	Liczba cykli/rodzajów zajęć zorganizowanych w ramach projektu	Liczba godz. lekcyjnych w roku	3.840	Godzina lekcyjna (45 minut)	Sprawozdania z realizacji zajęć, program zajęć
	Liczba rodzin uczestniczących w zajęciach realizowanych w ramach projektu	rezultatu	480	rodzina	Listy obecności, dzienniki zajęć

	Liczba uczestników zajęć zorganizowanych w ramach projektu	rezultatu	960	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	Liczba osób korzystających ze stanowisk gimnastycznych utworzonych w ramach projektu	rezultatu	980	osoba	Listy obecności, listy osób korzystających

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Solec Kujawski			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Promocja zdrowia poprzez edukację dzieci i młodzieży w gminie Solec Kujawski			
9.	Cel projektu	Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców			
10.	Zakres / opis projektu	Zakres prac obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> • edukacja w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień oraz udzielanie pomocy przedmedycznej beneficjenci – dzieci, młodzież i ich opiekunowie 			
11.	Zadania w ramach projektu	<ul style="list-style-type: none"> • pogadanki – personel • wydawane broszury • akcja podawania dzieciom i młodzieży zdrowej żywności podczas przerw • zorganizowanie festynu – 1xdo roku 			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015-2020			
13.	Szacunkowa wartość projektu	1 000 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	100.000,00		
		dofinansowanie z UE (PLN)	700.000,00		
		inne źródła (PLN)	200.000,00		
15.	Przewidywany koordynator projektu	MGPZ w Solcu Kujawskim (100% udział gminy)			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Gmina Solec Kujawski, Szkoły, MGOPS			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Ilość zajęć edukacyjnych w zakresie zdrowego trybu życia, w tym aktywny tryb życia	zajecia	72	Godzina lekcyjna (45 minut)	Programy zajęć, sprawozdania z realizacji zajęć

	i odżywianie, profilaktyki chorób, profilaktyki uzależnień				
	ilość osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych	ilość osób uczestn. w zajęciach	2500	osoba	Listy obecności, dzienniki zajęć
	ilość wydanych broszur	broszura	2500	sztuka	Protokoły odbioru, dokumentacja księgowa
	ilość zorganizowanych festynów prozdrowotnych	festyn	6	festyn	Dokumentacja fotograficzna, programy festynów
	ilość uczniów, którzy otrzymali zdrową żywność	dzieci	2500	osoba	Listy osób, które otrzymały żywność

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gmina Kowalewo Pomorskie			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Program na Rzecz Zmniejszenia Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży z terenu gminy Kowalewo Pomorskie			
9.	Cel projektu	Edukacja dzieci, młodzieży z nadwagą i otyłością			
10.	Zakres / opis projektu	Kampania informacyjna wraz z organizacją zajęć			
11.	Zadania w ramach projektu	Prowadzenie kampanii informacyjnej z zakresu występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży, propagowanie ulotek informacyjnych w powyższym zakresie, organizacja zajęć dla dzieci i młodzieży wraz z zakupem niezbędnego sprzętu do ćwiczeń			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015 - 2019 rok			
13.	Szacunkowa wartość projektu	20 000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	0,00 zł		
		dofinansowanie z UE (PLN)	30 000		
		inne źródła (PLN)	---		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Gmina Kowalewo Pomorskie			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Szkoły z terenu miasta i gminy Kowalewo Pomorskie			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Liczba dzieci objętych	liczba dzieci	100	sztuki	SIO (wrzesień 2013)

programem				
-----------	--	--	--	--

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)					
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Gminna Przychodnia w Dobrczu			
Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	W zdrowym ciele zdrowy duch w gminie Dobrcz			
9.	Cel projektu	Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców			
10.	Zakres / opis projektu	Programy profilaktyczne np. walki z otyłością wśród dzieci i młodzieży. Zasady zdrowego odżywiania się,			
11.	Zadania w ramach projektu	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie programu • Identyfikacja grupy, która będzie brała udział w programie • Przeprowadzenie akcji profilaktycznej 			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	Do 2020			
13.	Szacunkowa wartość projektu	200.000,00			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	20.000zł		
		dofinansowanie z UE (PLN)	170.000zł		
		inne źródła (PLN)	10.000zł		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Gminna Przychodnia w Dobrcz			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	-			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców	Liczba przeprowadzonych akcji promocyjnych/liczba uczestników	20	%	Dane własne

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)		
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Urząd Gminy Czernikowo

Dane dotyczące zgłaszanego projektu					
8.	Tytuł projektu	Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo			
9.	Cel projektu	Celem głównym programu jest propagowanie wśród dzieci i młodzieży zdrowego stylu życia wolnego od uzależnień oraz odpowiedzialności za własne zdrowie.			
10.	Zakres / opis projektu	Projekt programu zakłada przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowego odżywiania, wspieranie działań w środowisku dzieci i młodzieży mających na celu promowanie zdrowego stylu życia, jak również promowanie wśród dzieci i młodzieży aktywności fizycznej.			
11.	Zadania w ramach projektu	Edukacja dzieci w zakresie zdrowego stylu życia, prowadzona przez wykwalifikowane osoby. Zajęcia warsztatowe wśród dzieci prezentujące ciekawe możliwości spędzania wolnego czasu, przygotowania zdrowych posiłków, wskazanie negatywnych skutków niezdrowych nawyków związanych z odżywianiem się.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015 rok			
13.	Szacunkowa wartość projektu	8.000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	2.000		
		dofinansowanie z UE (PLN)			
		inne źródła (PLN)	6.000		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Czernikowo			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Szkoły z terenu gm. Czernikowo, GOPS, dietetyk			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Program Promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży gminy Czernikowo	program	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	rezultatu	>85% dzieci i młodzieży szkół podstawowych i przedszkoli	osoby	Dokumentacja programu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)		
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Urząd Gminy Czernikowo
Dane dotyczące zgłaszanego projektu		
8.	Tytuł projektu	„Upowszechnienie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo”

9.	Cel projektu	Projekt programu zdrowotnego dotyczy przeprowadzenia edukacji zdrowotnej oraz zajęć praktycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a tym samym odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest prawidłowe udzielanie pierwszej pomocy poszkodowanym przez świadków zdarzenia.			
10.	Zakres / opis projektu	Projekt programu zdrowotnego dotyczy przeprowadzenia edukacji zdrowotnej oraz zajęć praktycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród mieszkańców gminy Czernikowo. Tego typu działania mają na celu zwrócenie szczególnej uwagi jak ważne w nagłych wypadkach jest pierwsza pomoc przez bezpośrednich uczestników zdarzenia.			
11.	Zadania w ramach projektu	Warsztaty edukacyjne oraz ćwiczenia w zakresie pierwszej pomocy przeprowadzone przez wykwalifikowaną kadrę.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2015			
13.	Szacunkowa wartość projektu	4.000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	1.000		
		dofinansowanie z UE (PLN)			
		inne źródła (PLN)	3.000		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Czernikowo			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Pogotowie Ratunkowe, GOPS, Szkoły z terenu gminy Czernikowo			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia na terenie gminy Czernikowo"	program	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	rezultatu	>50% mieszkańców gminy powyżej 15 r.ż.	osoby	Dokumentacja programu

Cel operacyjny 4. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)	
1.	Podmiot zgłaszający projekt Urząd Gminy Czernikowo
Dane dotyczące zgłaszanego projektu	

8.	Tytuł projektu	Program „Trzymaj się prosto” w gminie Czernikowo			
9.	Cel projektu	Celem głównym programu jest propagowanie wśród dzieci i młodzieży szkół podstawowych i przedszkoli zachowań zapobiegających wadom postawy.			
10.	Zakres / opis projektu	Projekt programu zakłada przeprowadzenie zajęć w zakresie gimnastyki korekcyjnej, edukacji wskazującej przyszłe konsekwencje związane z nieprawidłowymi postawami przyjmowanymi przez dzieci podczas siedzenia przy biurku/ komputerze jak również podczas zachowania postawy stojącej.			
11.	Zadania w ramach projektu	Prowadzenie gimnastyki korekcyjnej wśród dzieci szkół podatkowych oraz przedszkoli prowadzonej przez wykwalifikowane osoby. Zajęcia korekcyjne mają za zadanie wskazanie dzieciom codziennych nawyków umożliwiających zachowanie prawidłowej postawy ciała oraz uchronienie ich w przyszłości przed poważnymi wadami kręgosłupa. Zajęcia na basenie będące również metodą rehabilitacji.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2016			
13.	Szacunkowa wartość projektu	8.000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	2.000		
		dofinansowanie z UE (PLN)			
		inne źródła (PLN)	6.000		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Czernikowo			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	Szkoły z terenu gm. Czernikowo, instruktorzy gimnastyki korekcyjnej			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Program zdrowotny „Trzymaj się prosto”	program	1	1 program	Dokumentacja programu
	liczba osób, które wzięły udział w programie	rezultatu	>85% dzieci i młodzieży szkół podstawowych i przedszkoli	osoba	Dokumentacja programu

Informacje dotyczące podmiotu zgłaszającego projekt (wnioskodawcy)		
1.	Podmiot zgłaszający projekt	Urząd Gminy Czernikowo
8.	Tytuł projektu	Profilaktyka raka piersi „Od samobadania do mammografii” w gminie Czernikowo
9.	Cel projektu	<p>Cel główny:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi. <p>Cele szczegółowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla kobiet;

		Wprowadzenie nawyku regularnego wykonywania badań profilaktycznych.			
10.	Zakres / opis projektu	<ul style="list-style-type: none"> • bezpłatne badania mammograficzne dla kobiet w wieku 35-49 i 69+ poprzez organizowanie przynajmniej raz w roku przyjazdu mammobusu do gminy • edukacja prozdrowotna – ulotki, plakaty, artykuły w gazetce gminnej edukacja uczennic klas trzecich gimnazjum oraz liceum w zakresie istotności samobadania się			
11.	Zadania w ramach projektu	Przeprowadzenie darmowych badań mammograficznych dla mieszkanek gminy Czernikowo. Edukacja prozdrowotna wśród uczennic klas trzecich gimnazjum oraz licem.			
12.	Przewidywany termin realizacji projektu	2016			
13.	Szacunkowa wartość projektu	10.000			
14.	Źródła finansowania	własne (PLN)	2.000		
		dofinansowanie z UE (PLN)			
		inne źródła (PLN)	8.000		
15.	Przewidywany koordynator projektu	Urząd Gminy Czernikowo			
16.	Przewidywani partnerzy projektu	PSSE, GPS, ośrodki zdrowia, lekarze			
Dane dotyczące wskaźników oddziaływania projektu					
17.	Nazwa wskaźnika	Typ wskaźnika (Rezultatu / Produktu)	Wartość docelowa wskaźnika na 2020 rok	Jednostka miary	Źródło danych
	Program profilaktyki raka piersi „Od samobadania do mammografii” liczba osób, które wzięły udział w programie	program Rezultat	1 > 70% populacji docelowej (kobiety 50-69)	1 program osoba	Dokumentacja programu Dokumentacja programu

Tabele statystyczne

Tabela 14 Liczba ludności zamieszkująca poszczególne gminy w latach 2008 i 2012

Jednostka terytorialna	ogółem M i K		
	2008	2012	różnica
Bydgoszcz	358928	361254	1%
Dąbrowa Chełmińska	7463	7926	6%
Dobrcz	9561	10608	11%
Koronowo	23571	24089	2%
Nowa Wieś Wielka	8801	9557	9%
Osielsko	10592	11970	13%
Sicienko	9262	9702	5%
Szubin	22989	23981	4%
Łabiszyn	9453	9792	4%
Białe Błota	15913	18693	17%
Solec Kujawski	16303	16805	3%
Toruń	206013	204299	-1%
Zławieś Wielka	11968	12982	8%
Łubianka	5930	6496	10%
Łysomice	8780	9272	6%
Lubicz	18095	18940	5%
Obrowo	11314	13672	21%
Wielka Nieszawka	4320	4813	11%
Kowalewo Pomorskie	11369	11611	2%
Nakło nad Notecią	32039	32527	2%
Chełmża	15181	15066	-1%
Czernikowo	8522	8912	5%

Źródło: Opracowanie własne wg danych GUS

Tabela 15 Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych w latach 2008 i 2012

Jednostka terytorialna	w wieku przedprodukcyjnym - 14 lat i mniej			w wieku produkcyjnym: 15-59 lat kobiety, 15-64 lata mężczyźni			w wieku poprodukcyjnym		
	2008	2012	różnica	2008	2012	różnica	2008	2012	różnica
Bydgoszcz	47022	46898	0%	245717	239206	-3%	66189	75150	14%
Dąbrowa Chełmińska	1440	1426	-1%	5131	5473	7%	892	1027	15%

Dobrcz	1790	1938	8%	6510	7209	11%	1261	1461	16%
Koronowo	3997	3907	-2%	16441	16547	1%	3133	3635	16%
Nowa Wieś Wielka	1702	1685	-1%	6161	6669	8%	938	1203	28%
Osielsko	2090	2319	10%	7470	8333	12%	1032	1318	28%
Siczenko	1699	1688	-1%	6478	6719	4%	1085	1295	19%
Szubin	4037	4056	0%	16064	16472	3%	2888	3453	20%
Łabiszyn	1709	1709	0%	6638	6743	2%	1106	1340	21%
Białe Błota	3057	3649	16%	11254	12977	15%	1602	2067	29%
Solec Kujawski	2734	2740	0%	11147	11273	1%	2422	2792	15%
Toruń	27770	27739	0%	145327	138523	-5%	32916	38037	16%
Zławieś Wielka	2358	2550	8%	8299	8885	7%	1311	1547	18%
Łubianka	1144	1224	7%	4049	4453	10%	737	819	11%
Łysomice	1595	1704	6%	6148	6386	4%	1037	1182	14%
Lubicz	3476	3567	3%	12862	13164	2%	1757	2209	26%
Obrowo	2249	2793	19%	7874	9365	19%	1191	1514	27%
Wielka Nieszawka	798	898	11%	2987	3242	9%	535	673	26%
Kowalewo Pomorskie	2015	1968	-2%	7655	7768	1%	1699	1875	10%
Nakło nad Notecią	5474	5315	-3%	22291	22149	-1%	4274	5063	18%
Chełmża	2540	2382	-7%	10442	10307	-1%	2199	2377	8%
Czernikowo	1663	1680	1%	5745	6016	5%	1114	1216	9%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Tabela 16 Ludność w wieku poprodukcyjnym na badanym obszarze w latach 2008 i 2012 (liczby bezwzględne oraz udział procentowy w ogóle populacji)

Jednostka terytorialna	w wieku poprodukcyjnym M i K		udział % ludności w wieku poprodukcyjnym w ogóle populacji	
	2008	2012	2008	2012
Bydgoszcz	66189	75150	18,4	20,8
Dąbrowa Chełmińska	892	1027	12,0	13,0
Dobrcz	1261	1461	13,2	13,8
Koronowo	3133	3635	13,3	15,1
Nowa Wieś Wielka	938	1203	10,7	12,6
Osielsko	1032	1318	9,7	11,0
Siczenko	1085	1295	11,7	13,3
Szubin	2888	3453	12,6	14,4
Łabiszyn	1106	1340	11,7	13,7
Białe Błota	1602	2067	10,1	11,1
Solec Kujawski	2422	2792	14,9	16,6
Toruń	32916	38037	16,0	18,6
Zławieś Wielka	1311	1547	11,0	11,9
Łubianka	737	819	12,4	12,6

Łysomice	1037	1182	11,8	12,7
Lubicz	1757	2209	9,7	11,7
Obrowo	1191	1514	10,5	11,1
Wielka Nieszawka	535	673	12,4	14,0
Kowalewo Pomorskie	1699	1875	14,9	16,1
Nakło nad Notecią	4274	5063	13,3	15,6
Chelmża	2199	2377	14,5	15,8
Czernikowo	1114	1216	13,1	13,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Tabela 17 Ruch naturalny w latach 2008 i 2012 (liczby bezwzględne)

Jednostka terytorialna	Urodzenia żywe			Zgony ogółem			Zgony niemowląt	
	2008	2012	różnica	2008	2012	różnica	2008	2012
Bydgoszcz	3527	3198	-9%	3697	3775	2%	13	11
Dąbrowa Chełmińska	91	88	-3%	57	54	-5%	0	1
Dobrcz	120	123	3%	101	94	-7%	0	1
Koronowo	290	275	-5%	246	216	-12%	7	1
Nowa Wieś Wielka	105	96	-9%	64	64	0%	1	0
Osielsko	138	111	-20%	51	71	39%	2	1
Sicienko	111	98	-12%	76	77	1%	2	1
Szubin	284	262	-8%	214	190	-11%	1	2
Łabiszyn	117	84	-28%	78	78	0%	2	0
Białe Błota	181	188	4%	108	98	-9%	2	0
Solec Kujawski	183	173	-5%	146	144	-1%	2	0
Toruń	2081	2007	-4%	1747	1903	9%	11	13
Zławieś Wielka	172	141	-18%	82	93	13%	2	1
Łubianka	79	61	-23%	63	59	-6%	0	2
Łysomice	124	102	-18%	68	84	24%	2	3
Lubicz	276	225	-18%	124	118	-5%	1	0
Obrowo	149	164	10%	69	80	16%	2	0
Wielka Nieszawka	56	44	-21%	53	40	-25%	0	0

Kowalewo Pomorskie	118	115	-3%	107	112	5%	0	2
Nakło nad Notecią	410	341	-17%	327	310	-5%	2	4
Chelmża	170	136	-20%	190	173	-9%	0	1
Czernikowo	120	98	-18%	72	64	-11%	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Tabela 18 Wykaz podmiotów świadczących stacjonarne i całodobowe usługi szpitalne wg Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na dzień 1.03. 2014

Powiat	Podmioty publiczne/ niepubliczne	Nazwa podmiotu
Toruń i powiat toruński	Podmioty publiczne	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu Wojewódzki Ośrodek Terapii i Współzależnienia w Toruniu Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chelmży
	Podmioty niepubliczne	Szpital Specjalistyczny MATOPAT Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prywatne Centrum Chirurgii Jacek Winczakiewicz Marek Borkiewicz Spółka Jawna Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak & Nowak - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Przychodnie Lekarskie Hipokrates - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Lecznice Citomed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Bydgoszcz i powiat bydgoski	Podmioty publiczne	Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. E. Warmińskiego w Bydgoszczy Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
	Podmioty niepubliczne	ESKULAP BIS s.c. Ewa Molska Stanisław Molski Centrum Chirurgiczne Chirurgia Plastyczna Bieńkowski Sp. z o. o. "CONSULTRON" S. Listopadzki, J. Szyperski, P. Jarzemski Spółka Jawna NOVOMEDIC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stadmedica Nicpoń Krzysztof Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne "EPIMIGREN" Centrum Medyczne "ZACHÓD" Spółka z ograniczoną

		odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VISCO" "OFTALMIKA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością "Medycyna Specjalistyczna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Centrum Medyczne ALFA-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Szpital Medyczo-Stomatologiczny Centrum Medyczne Gizińscy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością OCULOMEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ENDONET Sp. z o.o. Prywatna Klinika Wident – Szpital
Powiat żniński	Podmioty publiczne	Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością
Powiat nakielski	Podmioty publiczne	Nowy Szpital w Nakle nad Notecią i Szubinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Powiat golubsko- dobrzyński	Podmioty publiczne	Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
	Podmioty niepubliczne	Gabinet Lekarski Jacek Znajewski

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 19 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych z oddziałami szpitalnymi w 2012 roku

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	Kwota (PLN)	Udział %
Zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	1 100 5076	9%
Zobowiązania Wobec Urzędu Skarbowego	2 648 410	2%
Zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego	2 000 000	2%
Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	23 883 318	19%
Zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	19 660 419	16%
Zobowiązania z tytułu zużycia energii, gazu, wody	1 461 836	1%
Zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych)	24 843 997	20%
Pozostałe	40 106 283	31%
Suma	125 609 339	100 %

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Tabela 20 Struktura zadłużenia publicznych podmiotów leczniczych bez oddziałów szpitalnych w 2012 roku

Wyszczególnienie w układzie rodzajowym	Kwota	Udział %
Zobowiązania wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	1959865	19%
Zobowiązania Wobec Urzędu Skarbowego	522578	5%
Zobowiązania z tytułu pożyczek udzielonych przez jednostki samorządu terytorialnego	0	0%
Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	201284	2%
Zobowiązania z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	86380	1%
Zobowiązania z tytułu zużycia energii, gazu, wody	133197	1%
Zobowiązania z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych)	2388473	23%
Pozostałe	5005770	49%
Suma	10297 547	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy 2014 r.

Nazwa Deloitte odnosi się do jednej lub kilku jednostek Deloitte Touche Tohmatsu Limited, prywatnego podmiotu prawa brytyjskiego z ograniczoną odpowiedzialnością i jego firm członkowskich, które stanowią oddzielne i niezależne podmioty prawne. Dokładny opis struktury prawnej Deloitte Touche Tohmatsu Limited oraz jego firm członkowskich można znaleźć na stronie www.deloitte.com/pl/onas
Member of Deloitte Touche Tohmatsu Limited

© 2014 Deloitte Polska