



Województwo  
Śląskie

# Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030

*Opracowanie:  
Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych  
i Ochrony Zdrowia we współpracy  
z Departamentem Rozwoju Regionalnego  
dr Krzysztof Wrana - Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej  
Ekspert Regionalnej Polityki Zdrowia*

grudzień 2021

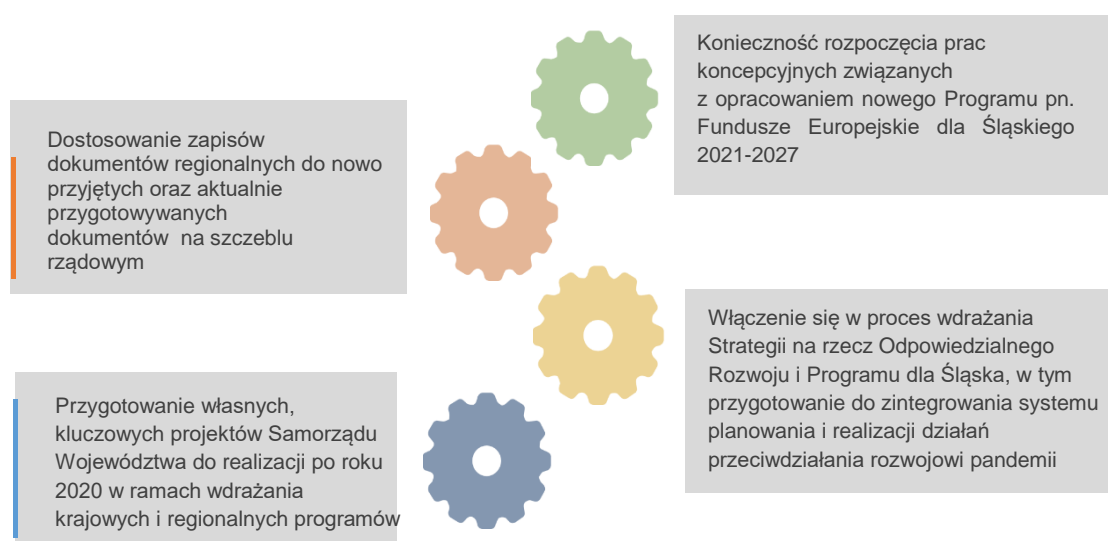
## SPIS TREŚCI

<b>Wstęp</b> .....	3
<b>Wnioski z diagnozy strategicznej</b> .....	6
<b>Uwarunkowania Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego</b> .....	32
<b>Sektor medyczny jako element gospodarki regionu</b> .....	32
<b>Uwarunkowania o charakterze systemowym</b> .....	33
<b>Prognozy/trendy dla obszaru zdrowia</b> .....	36
<b>Prognoza epidemiologiczna</b> .....	36
<b>Prognoza hospitalizacji</b> .....	39
<b>Kluczowe uwarunkowania i wyzwania systemu opieki zdrowotnej</b> .....	42
<b>Analiza SWOT</b> .....	48
<b>Cel generalny i cele strategiczne</b> .....	52
<b>Projekty kluczowe</b> .....	61
<b>System wdrażania i finansowania</b> .....	78
<b>System monitoringu</b> .....	82

## WSTĘP

Głównym założeniem w procesie opracowania **Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030** (zwanej dalej także *Regionalną Polityką Zdrowia*) było **włączenie** w proces tworzenia dokumentu **możliwie szerokiego gremium podmiotów** związanych z ochroną zdrowia w województwie śląskim oraz **oparcie wypracowanych rozwiązań na eksperckiej wiedzy autorytetów** w szeroko pojmowanych dziedzinach związanych ze zdrowiem **w celu wspólnego wypracowania jak najlepszych rozwiązań na przyszłość.**

Rysunek 1 Przesłanki opracowania Regionalnej Polityki Zdrowia

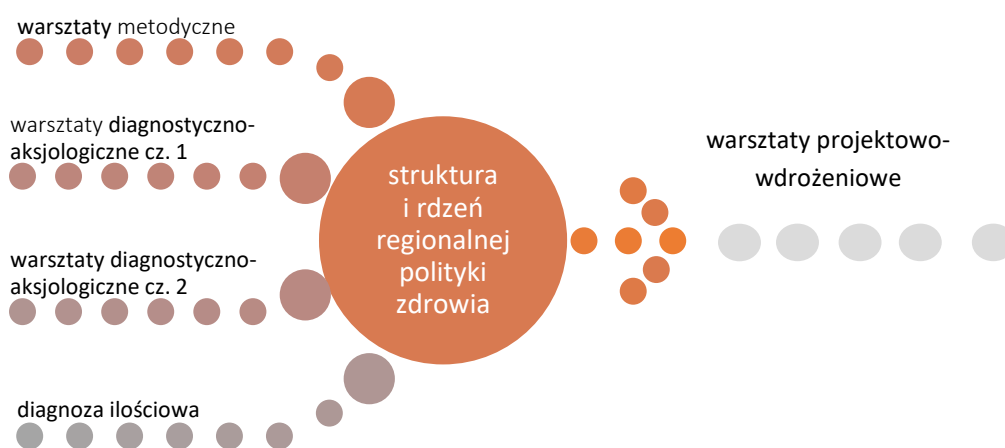


Źródło: Opracowanie własne.

### W ramach prac przeprowadzono:

- **dogłębną diagnozę ilościową** opracowaną na podstawie danych publicznych GUS oraz danych Narodowego Funduszu Zdrowia i Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego,
- **badanie ankietowe** skierowane do zarządzających szpitalami działającymi na terenie województwa umożliwiające podzielenie się posiadaną wiedzą na temat prowadzonych placówek, ich problemów oraz procesów, które w ich ocenie w przyszłości decydować będą o zapotrzebowaniu i możliwościach rozwoju usług zdrowotnych w województwie,
- **badanie typu delfickiego** skierowane do osób związanych z systemem ochrony zdrowia, które posiadają wysoki autorytet, cieszą się szacunkiem i są uznawane za liderów wyznaczających kierunki myślenia i działania w zakresie ochrony zdrowia. Ich celem było zebranie fachowych, oryginalnych, przetwarzających stereotypy opinii i pomysłów opartych na szerokiej wiedzy i doświadczeniu ekspertów. Respondenci odpowiedzieli na te pytania, które uznali za najbliższe względem reprezentowanej profesji i posiadanej wiedzy.

Rysunek 2 Układ prac diagnostyczno-projektowych



Źródło: Opracowanie własne.

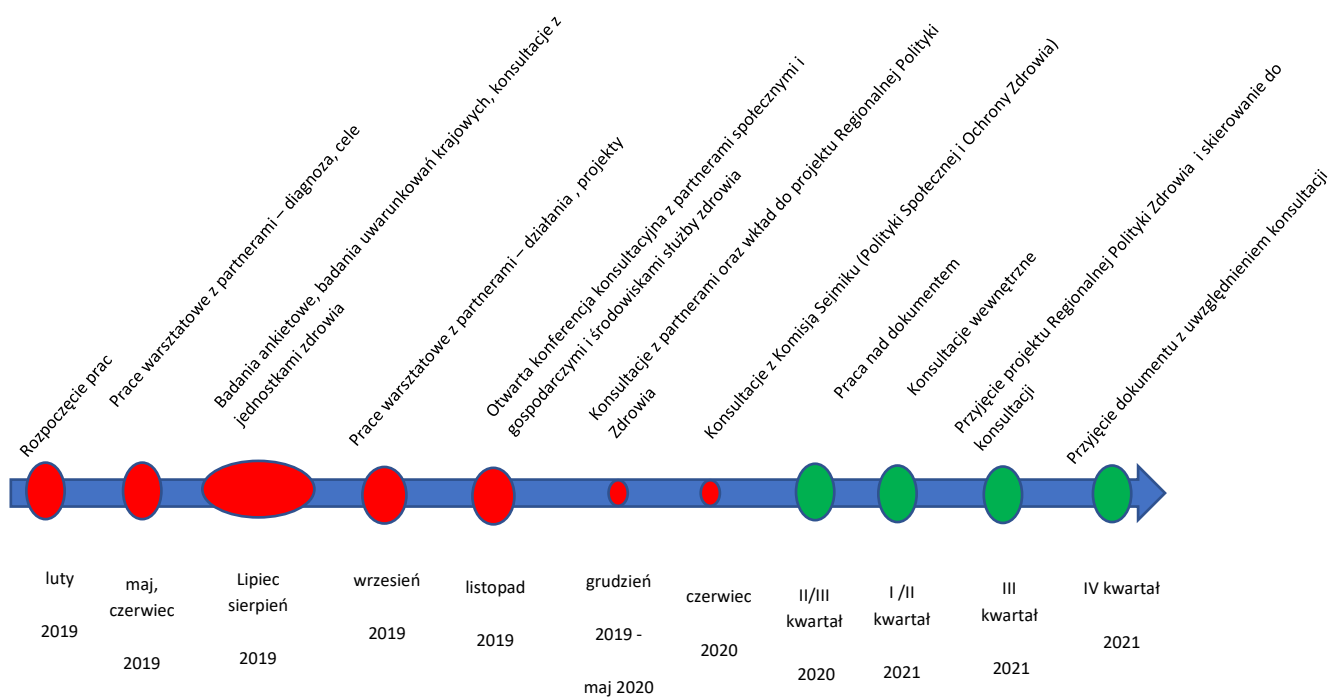
**Przygotowany dokument powinien zatem pełnić funkcje:**

- diagnostyczną, prognostyczną – przewidywanie trendów, analiza rynku, potrzeb zdrowotnych,
- wizerunkową, komunikacyjno- informacyjną – poprawa postrzegania ochrony zdrowia przez społeczeństwo, promocja regionu i usług medycznych,
- edukacyjną – zwiększenie świadomości mieszkańców,
- integracyjną uczestników systemu, organizacyjną – uporządkowanie zasobów i funkcji, dostosowanie zasobu usług do potrzeb,
- dającą możliwość do kreowania innowacyjnych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia,
- mobilizacyjną,
- koordynacyjną,
- monitorującą – ewaluującą pozwalając na uczenie się na doświadczeniu.

W pracach i debatach strategicznych, zainicjowanych przez Zarząd Województwa Śląskiego, związanych z przygotowaniem niniejszego dokumentu brali udział eksperci i konsultanci wojewódzcy i krajowi z zakresu ochrony zdrowia oraz przedstawiciele:

- Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Wojewody Śląskiego,
- Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego,
- administracji samorządów lokalnych,
- placówek ochrony zdrowia szczebla regionalnego i lokalnego oraz placówek prywatnych,
- Głównego Urzędu Statystycznego,
- środowisk naukowych, w tym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Politechniki Śląskiej,
- Wojewódzkiej Stacji Epidemiologiczno-Sanitarnej,
- Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny,
- reprezentatywnych organizacji związkowych i organizacji pracodawców,
- izb zawodów medycznych,
- organizacji pozarządowych,
- departamentów Urzędu Marszałkowskiego i jednostek podległych Samorządowi Województwa Śląskiego,
- innych instytucji z sektora ochrony zdrowia.

Rysunek 3 Harmonogram prac związanych z przygotowaniem dokumentu



WNIOSKI Z DIAGNOZY STRATEGICZNEJ<sup>1</sup>

Województwo śląskie położone jest w południowej części Polski i zajmuje obszar 12 333 km<sup>2</sup>, tj. 3,9% powierzchni kraju, co daje 14. miejsce wśród wszystkich regionów Polski, przed województwami świętokrzyskim i opolskim. Strukturę administracyjną województwa tworzy 167 gmin, oraz 36 powiatów - 17 ziemskich i 19 grodzkich (miasta na prawach powiatu). Spośród 167 gmin 49 to gminy miejskie, 22 to gminy miejsko-wiejskie, natomiast 96 to gminy wiejskie.

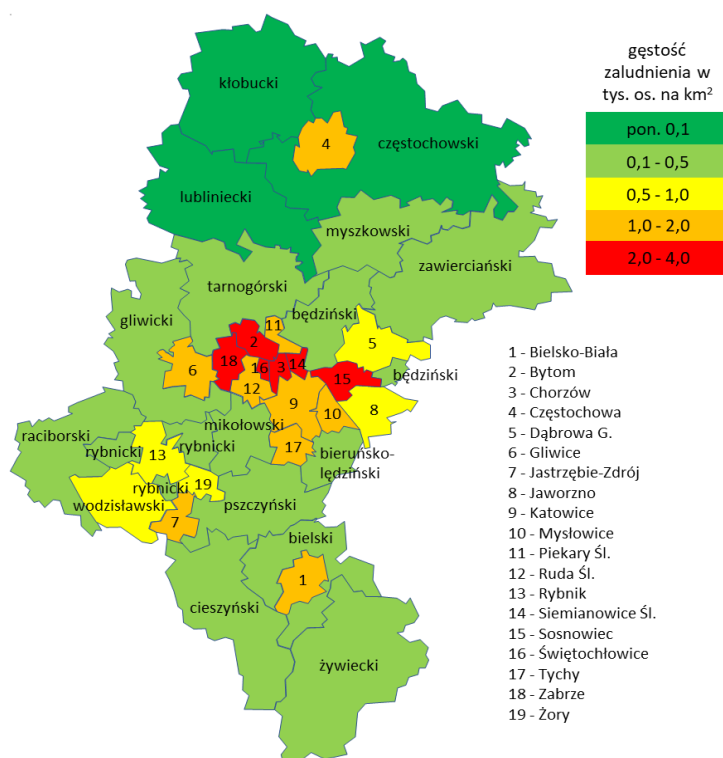
Województwo śląskie jest najbardziej zurbanizowanym regionem Polski (76,7% ludności miejskiej) o najwyższej w kraju gęstości zaludnienia (366 osób/km<sup>2</sup>, przy średniej krajowej 124 osoby/km<sup>2</sup>). Województwo śląskie zamieszkuje 4,5 mln osób, co stanowi 11,8% ludności Polski. Pod względem liczby ludności województwo znajduje się na drugim miejscu w kraju po województwie mazowieckim (14%). W 2019 roku w miastach powyżej 100 tys. osób mieszkało 44,9% populacji województwa śląskiego. Natomiast tereny wiejskie województwa, stanowiące 69,3% powierzchni regionu były zamieszkiwane przez 1,05 mln osób (23,4% ogółu ludności województwa).

Specyficzny układ osadniczy regionu

Bardzo wysoki wskaźnik urbanizacji

Wysoki wskaźnik gęstości zaludnienia

Mapa 1 Gęstość zaludnienia w powiatach woj. śląskiego w roku 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

<sup>1</sup> Informacje zawarte w niniejszym rozdziale stanowią podsumowanie analiz zawartych w opracowaniu pn. „Diagnoza strategiczna do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”, stanowiącym zbiór pogłębionych diagnoz strategicznych w zakresie obszaru ochrony zdrowia w województwie śląskim.

Województwo śląskie boryka się z wieloma problemami w zakresie ochrony środowiska, wynikającymi ze specyfiki historii rozwoju społeczno-gospodarczego w tym regionie związanej z urbanizacją oraz rozwojem przemysłu, w szczególności przemysłu ciężkiego związanego z wydobyciem kopalin i ich przetwarzaniem.

Stan środowiska jako czynnik wpływający na stan zdrowia mieszkańców

Czynniki i uwarunkowania związane z jakością środowiska mają istotne znaczenie dla stanu zdrowia mieszkańców regionu. Jednym z najistotniejszych problemów dotyczących stanu środowiska jest obecnie globalne zagrożenie związane ze zmianami klimatu. W województwie śląskim występuje też szereg problemów z podstawowymi elementami środowiska takimi jak woda, powietrze czy ziemia. Należy tu zwrócić szczególną uwagę na problem związany z zanieczyszczeniem powietrza, co związane jest zarówno z rozwiniętym sektorem przemysłu jak również tzw. niską emisją. Powyższe stanowi jedno z istotnych czynników wpływających na poziom zachorowalności mieszkańców regionu m.in. na choroby układu oddechowego.

Ze względu na silną koncentrację przemysłu region emituje duże ilości pyłów oraz zanieczyszczeń gazowych i był jednym z trzech województw (obok łódzkiego i mazowieckiego), które w ostatnich latach emitowało do atmosfery najwięcej wskazanych zanieczyszczeń (17% emisji w kraju).

Województwo śląskie jest silnym gospodarczo regionem z czym związany jest duży rynek pracy. Województwo śląskie jest najbardziej zurbanizowanym regionem w Polsce i charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem terytorialnym pod względem wartości PKB. W województwie śląskim utrzymuje się również zróżnicowanie terytorialne bezrobocia. Wyraźnie widoczna jest ogólna spadkowa tendencja wskaźnika bezrobocia oraz niższa stopa bezrobocia w województwie śląskim w porównaniu do stopy ogólnopolskiej. W roku 2019 stopa bezrobocia w województwie śląskim i w Polsce wynosiła odpowiednio 3,6 i 5,2%. Jednocześnie w latach 2002-2014 płace w województwie śląskim przewyższały średnią ogólnopolską o 3-4 p. proc. Od roku 2011 obserwowane jest wyrównywanie się płac, co skutkowało ich zrównaniem w latach 2017-2019 ze średnią ogólnopolską.

Duży, dynamiczny rynek pracy

Niekorzystne tendencje demograficzne  
Starzenie się społeczeństwa  
Odływ ludności  
Niski przyrost naturalny  
Znaczne zróżnicowania wewnątrz w regionie

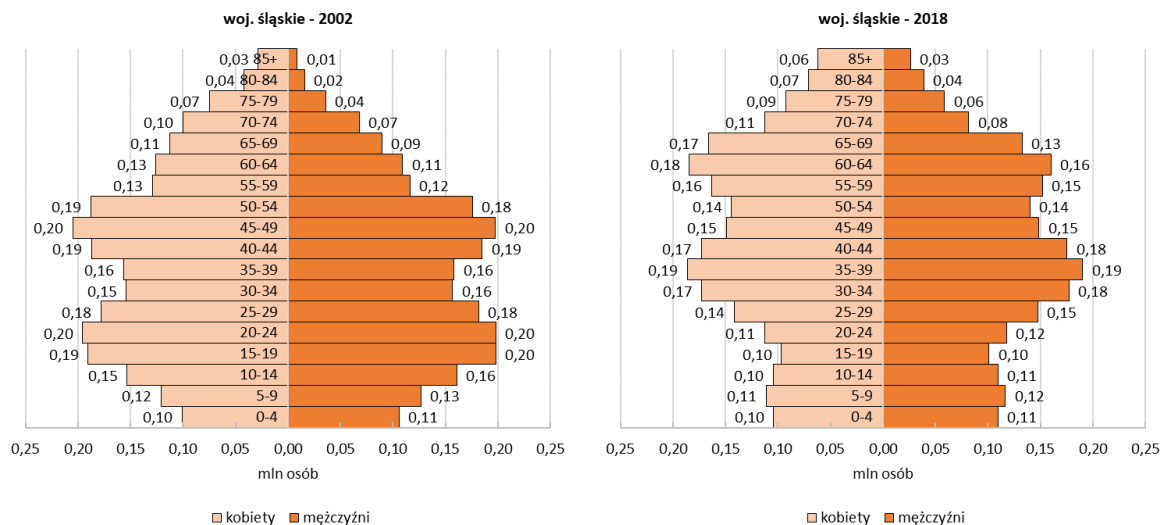
Województwo śląskie charakteryzuje się występowaniem niekorzystnych tendencji demograficznych.

W województwie śląskim zjawisko depopulacji, czyli spadku liczby ludności, widoczne jest od dłuższego czasu. Spadek liczby ludności spowodowany jest zarówno utrzymującym się ujemnym przyrostem naturalnym, jak i bardzo dużym odpływem migracyjnym ludności. Ponadto region cechuje się jednym z największych strumieni odpływu ludności z miast na obszary wiejskie.

Proces starzenia się społeczeństwa w województwie śląskim jest nieco bardziej zaawansowany w porównaniu do sytuacji ogólnopolskiej.

Rosnący stopień natężenia procesu starzenia się społeczeństwa można zaobserwować porównując między sobą piramidy wieku w roku 2002 i 2018. W szczególności porównując wartości osób w poszczególnych grupach wiekowych.

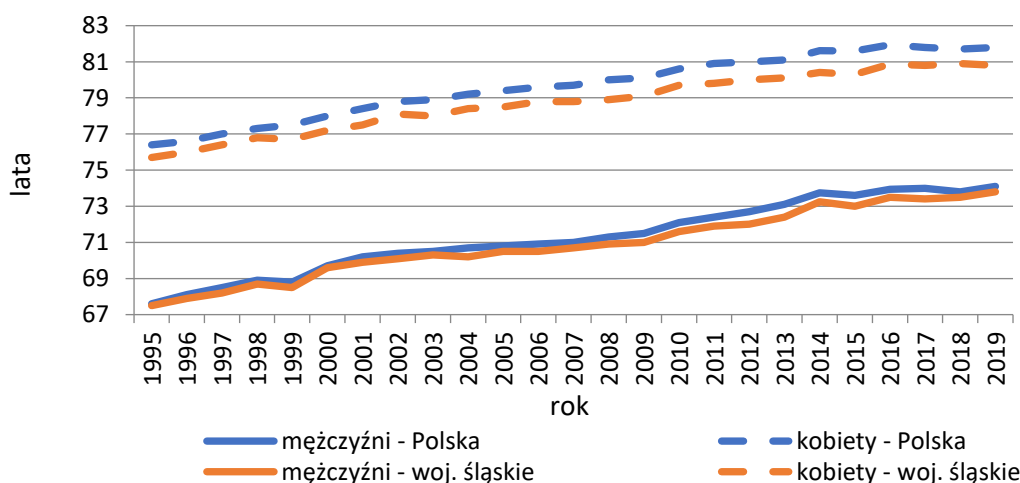
Wykres 1 Piramida wieku ludności w województwie śląskim w latach 2002 i 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

O procesie starzenia świadczy również rosnąca wartość mediany wieku ludności. Wartość ta dla kraju oraz regionu wykazuje tendencję wzrostową, jednak tempo wzrostu w województwie śląskim jest nieznacznie wyższe co świadczy, o tym że proces starzenia się ludności tu jest nieco szybszy. Mediana wieku w 2019 roku w województwie śląskim wyniosła 42,7 lat i była wyższa od mediany wieku ludności Polski, której wartość była równa 41,3 lat. Jednocześnie województwo charakteryzuje się niższą niż średnia w kraju wartością wskaźnika przeciętnej długości dalszego trwania życia. W regionie wynosi ona 73,8 lat w przypadku mężczyzn, a w kraju 74,1. W przypadku kobiet średnia dla regionu wynosi 80,8 lat, dla kraju natomiast 81,8.

Wykres 2 Przeciętne dalsze trwanie życia przy urodzeniu w Polsce i w woj. śląskim w latach 1995-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.



Niestety tendencje te mają charakter trwały i zgodnie z prognozami GUS liczba ludności w województwie śląskim względem roku 2018 zmniejszy się o ponad 200 tys. osób do roku 2030 i aż o 18,8%, tj. o 850 tys. osób do 2050 roku.

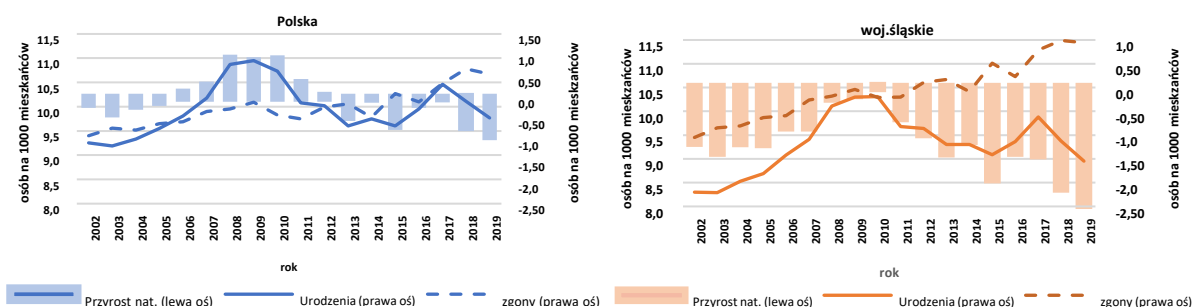
Tabela 1 Prognoza stanu ludności Polski i woj. śląskiego w roku 2030

	ludność 2030	ludność 0-14 [%]	ludność 15-64 [%]	ludność 65+ [%]	ludność 80+ [%]	współczynnik feminizacji [liczba kobiet na 100 mężczyzn]
<b>prognoza na rok 2030</b>						
<b>Polska</b>	37,7 mln	14,2	63,1	22,7	5,7	106,7
<b>woj. śląskie</b>	4,3 mln	13,4	62,1	24,5	6,3	107,3
<b>zmiana w stosunku do roku 2018</b>						
<b>Polska</b>	-710,3 tys.	-1,1	-4,1	5,1	1,4	0,0
<b>woj. śląskie</b>	-226,0 tys.	-1,1	-4,8	5,9	1,9	-0,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Wskaźnik urodzeń w województwie śląskim jest wyraźnie niższy (mniej więcej o 1%) od wartości ogólnopolskiej. Jednocześnie w województwie śląskim obserwowany jest silny wzrost współczynnika umieralności, który w roku 2002 był taki sam jak w całej Polsce, a obecnie przewyższa on średnią ogólnopolską o ponad 0,5%. Efektem tych procesów jest w regionie znaczący ujemny przyrost naturalny.

Wykres 3 Przyrost naturalny i jego składniki w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



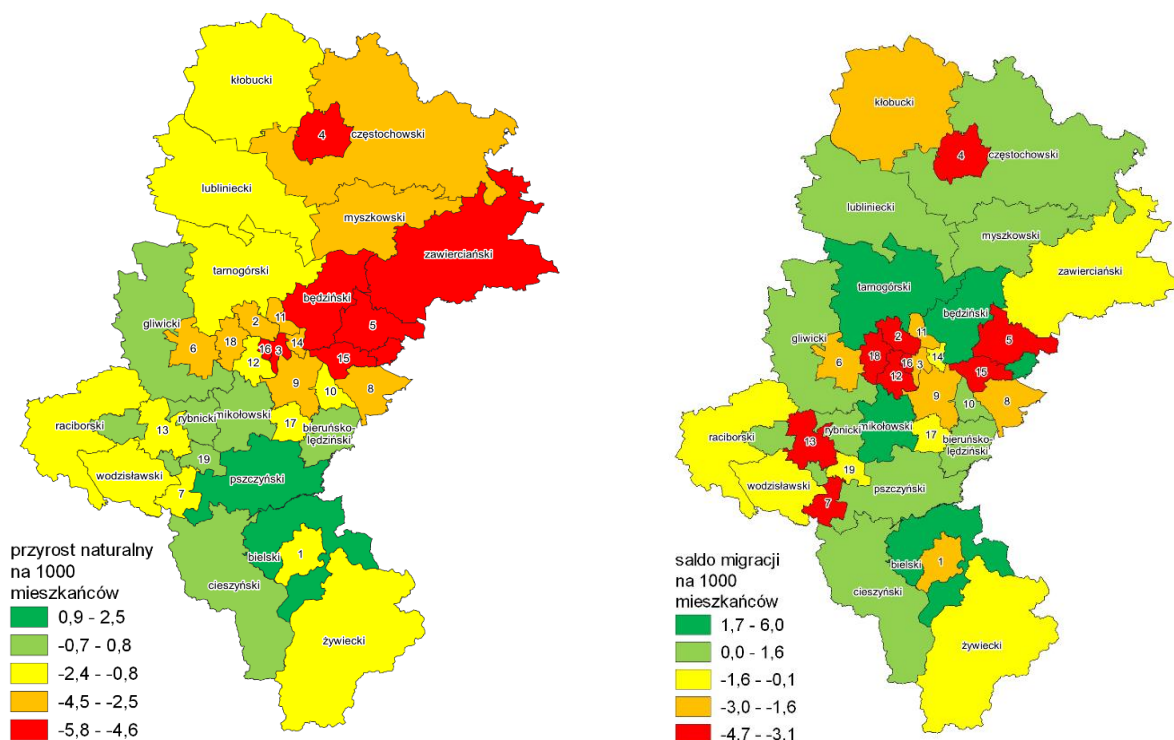
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W zakresie ruchu naturalnego ludności należy podkreślić znaczny poziom zróżnicowań wewnętrznych w regionie. Najwyższym współczynnikiem urodzeń i jednocześnie najniższym współczynnikiem zgonów charakteryzują się najmłodsze powiaty leżące przede wszystkim w pasie od powiatu gliwickiego przez podregion tyski aż do podregionu bielskiego. Jednocześnie najniższe wskaźniki współczynnika urodzeń i najwyższe wartości współczynnika zgonów odnotowano w północnej części województwa i w podregionie sosnowieckim, a także w niektórych miastach konurbacji górnośląskiej, przy czym tutaj współczynniki są dość zróżnicowane. W efekcie dodatni przyrost naturalny występuje obecnie w powiatach: bieruńsko-lędzińskim, pszczyńskim, mikołowskim, bielskim i rybnickim, a także

w Żorach i Rybniku. Najniższy, ujemny przyrost naturalny cechuje północne i zachodnie krańce województwa, a także większość miast GZM.

Również saldo migracji, jak i finalny współczynnik zmiany liczby ludności cechują się dużym zróżnicowaniem na poziomie powiatów. W przypadku obu wskaźników wyraźnie zarysowane jest zjawisko suburbanizacji polegające na migracji mieszkańców miast na tereny podmiejskie i zmniejszaniem się populacji dużych miast na rzecz otaczających je powiatów wiejskich. W roku 2019 wysokie wartości obu współczynników odnotowano w powiatach tarnogórskim, mikołowskim, pszczyńskim i bielskim. Tymczasem największy spadek populacji ogółem i wynikający z emigracji ludności dotyczą miast GZM oraz Częstochowy. Dość wyraźny ubytek ludności pojawił się także w Rybniku i Jastrzębiu-Zdroju oraz powiatach: raciborskim, zawierciańskim i myszkowskim.

Mapa 2 Zróżnicowania wewnątrz w regionie w zakresie przyrostu naturalnego oraz salda migracji w 2019 r.



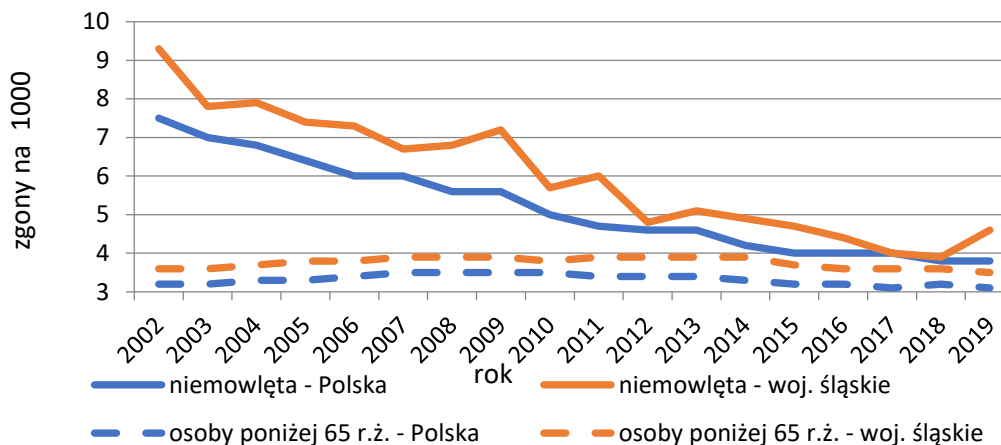
- 1 - Bielsko-Biała
- 2 - Bytom
- 3 - Chorzów
- 4 - Częstochowa
- 5 - Dąbrowa Górnicza
- 6 - Gliwice
- 7 - Jastrzębie-Zdrój
- 8 - Jaworzno
- 9 - Katowice
- 10 - Mysłowice
- 11 - Piekary Śląskie
- 12 - Ruda Śląska
- 13 - Rybnik
- 14 - Siemianowice Śląskie
- 15 - Sosnowiec
- 16 - Świętochłowice
- 17 - Tychy
- 18 - Zabrze
- 19 - Żory

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Zjawiskiem niekorzystnie wpływającym na sytuację oraz prognozy demograficzne w regionie jest również wysoki poziom zgonów niemowląt oraz osób poniżej 65 r.ż.

Współczynnik umieralności niemowląt pomimo, że cechuje się systematycznym spadkiem w okresie 2002-2019, to jednak jego poziom w województwie śląskim jest wyraźnie wyższy niż średnia ogólnopolska.

Wykres 4 Umieralność niemowląt oraz osób poniżej 65. r. ż. w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Zły stan zdrowia  
mieszkańców

Mieszkańcy regionu borykają się z szeregiem problemów zdrowotnych. Do głównych problemów zaliczyć możemy:

- Cukrzycę

W 2019 roku w regionie, z powodu cukrzycy pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) przebywało 142 708 osób w wieku 19 lat i więcej. Najczęściej chorowały osoby starsze tj. 65 lat i więcej (72 710 osób) oraz w wieku 55-64 (41 888). Należy również zwrócić uwagę na osoby, u których stwierdzono występowanie cukrzycy po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym. Nowych przypadków zachorowań na cukrzycę stwierdzono 12 213. Cukrzyca jest diagnozowana również u dzieci i młodzieży. W województwie śląskim w 2019 r. 1 632 dzieci i młodzieży pozostawało pod opieką lekarza POZ z powodu cukrzycy. We wskazanej liczbie 280 przypadków, to nowe zachorowania, czyli stwierdzone po raz pierwszy w roku sprawozdawczym. W całym kraju liczbę chorych w analizowanej grupie oszacowano na 2 911,1 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców daje liczbę 7,6 tys. W samym województwie śląskim chorych było 406,3 tys. osób, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. - 8 912,0 przypadków.

- Nowotwory

Wśród mieszkańców regionu ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową dominowały osoby starsze. Ponad 90,18% przypadków to osoby po 50 r.ż. Najbardziej liczna była grupa z przedziału wiekowego 70 lat i więcej (39,88% zachorowań ogółem w województwie śląskim). W porównaniu do pozostałych województw, śląskie było liderem pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w 2017 r. Należy jednak zwrócić uwagę, że analizując współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności, województwo śląskie uzyskując wartość 439,2 uplasowało się na pozycji ósmej. Analizując zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w województwie śląskim stwierdzono, że najczęściej diagnozowano nowotwory oskrzeli i płuc (2 679 przypadków), sutka (2 160), gruczołu krokowego (1 775), jelita grubego (1 454) i inne nowotwory złośliwe skóry (1 437).

- Zaburzenia psychiczne

W województwie śląskim w 2019 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej udzielono 1 083 026 porad, co w przeliczeniu na 10 tys. ludności wyniosło 2 397,3. Ponad połowa wskazanych porad została udzielona przez lekarza (49,5%), natomiast reszta przez psychologa (24,2%) i innego terapeutę (26,4%). Najczęściej chorzy korzystali z psychoterapii indywidualnej (32 964 osób), porad telefonicznych (17 983) czy też psychoterapii grupowej/rodzinnej (9 690). Należy zwrócić uwagę, że 8,8% leczonych to dzieci i młodzież do 18 r. życia. Wśród omawianego typu schorzeń w regionie dominowały zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (58 126 osób), zaburzenia organiczne (21 389), schizofrenia (16 539) oraz depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (16 739). U dzieci i młodzieży najczęściej diagnozowano zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (5 434 osoby), całościowe zaburzenia rozwojowe (4 695) oraz zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (2 379).

- Choroby układu pokarmowego

Zapadalność rejestrowana na najczęściej diagnozowane choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego tj. zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego oraz chorobę refluksową przełyku wynosiła odpowiednio 13,8 tys. oraz 16,1 tys. przypadków. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców współczynnik osiąga wartości odpowiednio 303,3 oraz 352,8. W zakresie chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego najczęściej odnotowuje się zapalenie jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego) oraz choroby czynnościowe jelit. Zapadalność rejestrowana przy schorzeniach dotyczących zapalenia jelit wyniosła w 2016 r. 49,1 tys., natomiast w przypadku chorób czynnościowych jelit 112,7 tys. Współczynnik

zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności dla ww. chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego wyniósł odpowiednio 1 077,9 i 2 472,1. Należy zauważyć, iż w skali kraju region charakteryzuje się dużą zapadalnością (w wartościach bezwzględnych) na zapalenia jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (4 miejsce), zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego (2 miejsce) oraz choroby czynnościowe jelit (4 miejsce).

W przypadku dwóch pierwszych grup schorzeń, pacjentami najczęściej byli najstarsi mieszkańcy regionu tj. powyżej 65 r.ż. Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku dwóch pozostałych grup schorzeń. Na zapalenie jelit w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i WZIG) chorowali najczęściej mieszkańcy regionu będący w wieku do 18 r.ż. (49,19%), natomiast w przypadku chorób czynnościowych jelit mieszkańcy z przedziału wiekowego 18 – 44 lata (32,61%). Należy zwrócić uwagę, że podobna tendencja utrzymywała się również na poziomie kraju.

Wskaźnik zapadalności rejestrowanej dla rozpoznaw z grupy *inne przyczyny hospitalizacji (badania kontrolne i przesiewowe)* w 2016 r. w regionie osiągnął wartość 1 484 przypadki, co stanowiło najwyższy wynik względem pozostałych województw. Pozycja regionu uległa znacznej zmianie, po przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności (32,5 – 9 m.).

- Choroby układu oddechowego

Zapadalność rejestrowana na astmę w Polsce, w roku 2016 wyniosła 181,4 tys. przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 472,1. W województwie śląskim zapadalność wyniosła 23,8 tys., natomiast wskaźnik na 100 tysięcy ludności osiągnął wartość 522,9. Należy zauważyć, że region charakteryzował się najwyższą liczbą bezwzględną zachorowań, natomiast pod względem wartości wskaźnika uplasował się na 5 pozycji względem pozostałych województw. Najczęściej na astmę w regionie zapadały dzieci i młodzież (34,95%), najrzadziej natomiast osoby z przedziału wiekowego 44-54 lata (8,7%). Drugą pod względem liczebności zachorowań była przewlekła obturacyjna choroba płuc. Zapadalność rejestrowana na wyżej wskazaną jednostkę chorobową wyniosła w Polsce w 2016 r. 79,8 tys. przypadków, natomiast w województwie śląskim 10,4 tys. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wskaźnik dla regionu wyniósł 228,8, a osiągnięta wartość była wyższa od wartości na poziomie kraju (207,6). W województwie śląskim, podobnie jak w pozostałych regionach, najwięcej nowych zachorowań stwierdzono wśród osób powyżej 65 r.ż. (55,8%).

Należy również zwrócić uwagę na problem związany z gruźlicą. W Polsce na gruźlicę w 2018 r. chorowało 5 321 osób. Wśród województw największą zachorowalnością cechowało się mazowieckie (885 przypadki) i śląskie (863). W przypadku współczynnika zachorowalności na 100 tys. ludności najwyższą wartość wskaźnika stwierdzono w lubelskim (20,0) i śląskim (19,1).

- Choroby układu krążenia

W kraju pod opieką lekarza POZ (rodzinnego) przebywało w 2019 r. 1 341 519 dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono choroby układu krążenia. W samym województwie śląskim wskazanych osób było 121 435 (9,05%). Wśród dorosłych mieszkańców województwa śląskiego, w 2019 r. pod opieką lekarza POZ, u których stwierdzono choroby układu krążenia było 528 025 osób, co stanowiło 59,77% ogółu osób, u których stwierdzono jakiegokolwiek schorzenia. W całej Polsce w poradniach kardiologicznych udzielono 4 948,42 tys. porad, z czego 669,11 tys. w samym województwie śląskim. Wyniki wyższe od regionu uzyskało jedynie województwo mazowieckie – 690,40 tys. U pacjentów najczęściej występowała choroba nadciśnieniowa (395 273 osoby) oraz niedokrwienność serca (96 897). W całym kraju chorobowość rejestrowaną dla grupy choroba niedokrwienność serca oszacowano w 2016 r. na 2 478,0 tys. Wśród województw osiągnięte wartości mieściły się w przedziale od 56,3 tys. (opolskie) do 370,6 tys. (śląskie). Region osiągał również najwyższe wartości wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 8 129,1. W województwie śląskim występowała również jedna z najwyższych zapadalności rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń. W roku 2016 osiągnęła ona wartość 28,8 tys. (pozycja najwyższa).

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia w roku 2016 w całym kraju wynosiła 209,5 tys., natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 545,0. W przypadku województwa śląskiego analogiczne osiągał on wartości 24,9 tys. oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców - 547,1 (wynik powyżej średniej na poziomie kraju).

- Choroby układu kostno-mięśniowego

Zapadalność rejestrowana dla grupy choroby stawów w 2016 r. wyniosła 543,3 tys. przypadków w całym kraju (w 2014 wyniosła 584,5 tys.). Śląskie z wynikiem 67,4 tys. znalazło się na pozycji drugiej. Nowe zachorowania na choroby stawów dotyczyły w regionie głównie starszych mieszkańców. Najwięcej zachorowań dotyczyło osób z przedziału wiekowego 65+ (29,73%) oraz 54-64 lata (23,08%). Należy jednak zwrócić uwagę, że we wskazanym zakresie region nie wyróżniał się na tle pozostałych województw. Województwo śląskie charakteryzowało się również wysoką zapadalnością na choroby kręgosłupa. W roku 2016 wskaźnik zapadalności rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń wyniósł w regionie 78,1 tys. przypadków, co stanowiło 14,33% nowych zachorowań na poziomie kraju.

W zakresie chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) wskaźnik zapadalności w 2016 r. na omawianą grupę schorzeń w Polsce oszacowano na 818,4 tys. osób (w 2014 r. - 458,5 tys.). W wyżej wskazanej liczbie 12,49% przypadków (tj. 102,2 tys.) to mieszkańcy województwa śląskiego.

- Choroby układu nerwowego w szczególności choroby wieku podeszłego

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy choroba Alzheimera i inne otępienia w 2016 r. w całym kraju wyniosła 20,1 tys. przypadków. Zdecydowanymi liderami pod względem zapadalności na wyżej wskazane schorzenia było województwo mazowieckie (3 831 osób) i śląskie (3 511). Współczynnik zapadalności (na 100 tys. ludności) na poziomie kraju wyniósł 52,2. W samym województwie śląskim współczynnik osiągnął wartość 77,0. Zapadalność rejestrowana w całym kraju na chorobę Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe osiągnęła wartość w 2016 r. 36,7 tys. przypadków. Patrząc na poziom zapadalności pod kątem miejsca zamieszkania pacjenta można stwierdzić, że najczęściej chorych to mieszkańcy województwa mazowieckiego (5 165 osób) i śląskiego (4 818). Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności w Polsce wyniósł 95,6 osób. Wynik wyższy od średniej krajowej uzyskało siedem województw, w tym śląskie (105,7 osób).

- Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego

W 2016 r. w całym kraju zapadalność rejestrowana na choroby gonad wyniosła 51,1 tys. przypadków, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. osób wyniosła 133,1. Największą wartość zapadalności rejestrowanej w liczbach bezwzględnych stwierdzono w województwach: mazowieckim (9,6 tys. pacjentów), śląskim (6,1 tys.), małopolskim (4,4 tys.) i wielkopolskim (4,4 tys.). Pod względem współczynnika zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności województwo śląskie z wynikiem 134,5 znalazło się na 6 pozycji względem pozostałych regionów. Region uzyskał również jeden z najwyższych wyników pod względem chorobowości rejestrowanej na choroby gonad (59,3 tys.). Wynik wyższy od województwa śląskiego uzyskało jedynie mazowieckie (93,6 tys.).

- Choroby krwi i układu odpornościowego

W całym kraju w 2016 r. wskaźnik zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe osiągnął wartość 30,9 tys. przypadków. Województwo śląskie z wynikiem 4 166 zajęło 2. pozycję w wyżej wskazanym zakresie (ok. 14% przypadków w kraju). Pod względem wartości wskaźnika zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo śląskie znalazło się wprawdzie na dalszej pozycji względem pozostałych regionów (7 pozycja), jednak uzyskany wynik był wyższy od średniej na poziomie kraju. Zapadalność rejestrowana na zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) na poziomie kraju wyniosła 28,2

tys. (w regionie 3 842 przypadki), natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 73,4 (w regionie 84,3).

- Choroby oka i okolic

Zapadalność rejestrowana w roku 2016 w całym kraju wyniosła 617,9 tys., natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 1 607,8. Analizując wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla województwa śląskiego stwierdzono, że region plasuje się na pozycji lidera w przypadku zapadalności w liczbach bezwzględnych (83,8 tys.), natomiast w przypadku zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności na pozycji wicelidera (1 837,8).

Analiza zapadalności rejestrowanej w zależności od wieku pacjenta wykazała, że grupa schorzeń najczęściej dotyczyła mieszkańców do 18 r.ż. (26,12%). Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy zaćma w 2016 r. w Polsce wyniosła 237,0 tys. przypadków. Liczba przypadków zdiagnozowanych w regionie osiągnęła wartość 33 tys., co stanowiło 13,9% przypadków na poziomie kraju. Jednocześnie wynik osiągnięty przez województwo śląskie był najwyższym wynikiem względem pozostałych województw. Region uplasował się na pozycji lidera również po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. ludności. W województwie śląskim w 2016 r. najwięcej osób było hospitalizowanych z powodu schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu. W liczbach bezwzględnych było to 26 871 osób. Wynik wyższy od regionu uzyskało jedynie województwo mazowieckie (27 762). Województwo śląskie osiągając wynik 589,4 było również liderem w przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności.

Województwo śląskie charakteryzowało się również największą ilością porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w przeliczeniu na 100 tys. ludności, udzielonych osobom ze schorzeniami oka i okolic.

- Choroby nerek i dróg moczowych

W przypadku grup chorób nerek i dróg moczowych, wśród chorób przewlekłych, najczęściej w regionie występowały choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek i kamica moczowa. Natomiast w przypadku chorób o przebiegu ostrym, najwyższe wyniki uzyskano w zakresie infekcji układu moczowego.

- Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy pozostałe choroby wątroby w całym kraju osiągnęła wartość 35,6 tys. przypadków. Wśród poszczególnych województw zdecydowanym liderem było województwo śląskie osiągając wynik 6 107 przypadków. Należy zwrócić uwagę na znaczną przewagę regionu nad województwem mazowieckim, zajmującym 2. pozycję (4 290). Region osiągnął również najwyższe wyniki po przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności (133,9). Na wskazaną grupę chorób najczęściej chorowały osoby powyżej 54 r.ż.

- Choroby zakaźne

W roku 2018 w Polsce zdiagnozowano 9 957 przypadków zachorowań na salmonellozy, z czego 1 066 przypadków to mieszkańcy województwa śląskiego. Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę zachorowań, wyniki wyższe od województwa śląskiego osiągnęły jedynie mazowieckie (1 792 przypadki) i małopolskie (1 214). Niewątpliwie najczęściej od kilku lat występującą chorobą zakaźną są biegunki u dzieci do lat 2. W roku 2018 w całym kraju zdiagnozowano 40 585 przypadków choroby. W województwie śląskim mieszkało 11,5% wskazanej powyżej liczby tj. 4 657 dzieci.

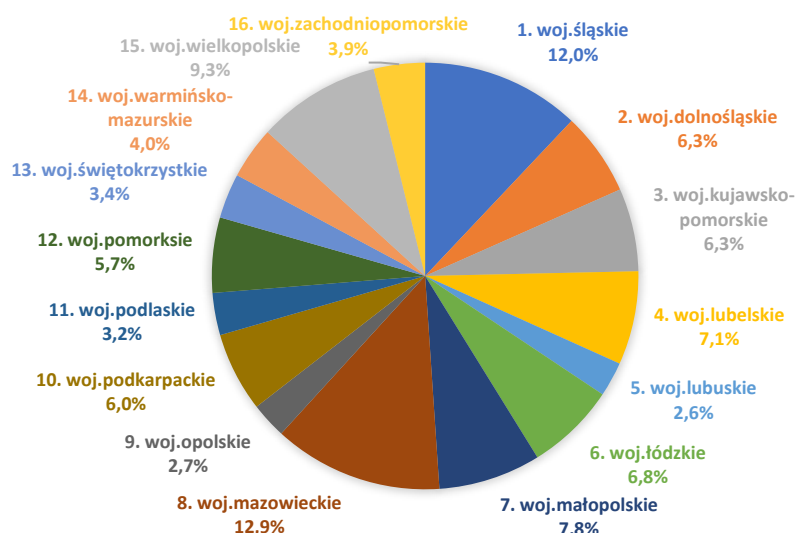
W okresie od 14 do 20 marca 2020 r. obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a od 20 marca, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązuje w Polsce stan epidemii w związku z zakażeniem wirusa SARS-CoV-2. Do 29 listopada 2021 r. odnotowano 3 520 961 przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2, z czego zmarło 83 067 osoby, a ozdrowiało 3 022 771 osób (na świecie odpowiednio: zachorowania 262 174 370, zgony 5 207 397). Do tej pory zakażenie koronawirusem wywołującym chorobę COVID-19 potwierdzono u 9,34 % populacji Polski.

**Wykres 5** Zakażenia wirusem SARS CoV-2 wśród mieszkańców Polski w podziale na województwa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych <https://koronawirusunas.pl/> stan na 29.11.2021 r.

**Wykres 6** Zgony wywołane wirusem SARS CoV-2 wśród mieszkańców Polski w podziale na województwa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych <https://koronawirusunas.pl/> stan na 29.11.2021 r.

Do dnia 29.11.2021 r. stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u 418 448 mieszkańców województwa śląskiego, w stosunku do łącznej populacji 4 533 565 mieszkańców tego województwa. Oznacza to, że w województwie śląskim zakażonych zostało 9,23 % ludności. Na jedną osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przypada 11 mieszkańców, u których wirus nie został rozpoznany. Od początku pandemii z powodu zakażenia koronawirusem w regionie zmarły 9 972 osoby. Nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa, zarówno wskutek powikłań po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 (long COVID), jak również niewydolności systemu ochrony zdrowia i utrudnionego dostępu do specjalistów oraz braku diagnoz (choroby przewlekłe, w tym onkologiczne). Pełne spektrum odległych powikłań do przechorowania COVID-19 nie zostało w pełni rozpoznane, natomiast do najczęstszych utrzymujących się następstw po przebyciu zakażenia są: przewlekłe zmęczenie, niewydolność układu oddechowego, zaburzenia neurologiczne dotyczące procesów poznawczych i pamięci o charakterze "mgły mózgowej" czy nawet demencji, pozapalne zmiany w sercu, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia węchu i smaku. Nie rozpoznano również dalszych rokowań, co do zdrowia dzieci, które przebyły ciężki COVID-19 oraz długoterminowych powikłań po



przechorowaniu Covid-19 we wczesnym dzieciństwie, w tym w postaci przewlekłych chorób układu oddechowego.

Zidentyfikowano natomiast, potęgowane na skutek epidemii SARS-CoV-2, zagrożenie wynikające z częstego korzystania przez dzieci i młodzież z mediów cyfrowych za pośrednictwem narzędzi takich jak komputery, smartfony, tablety czy inne urządzenia elektroniczne.

- Choroby zawodowe

W roku 2018 na choroby wywołane czynnikami szkodliwymi występującymi w środowisku pracy lub związanymi ze sposobem jej wykonywania, chorowały 2 022 osoby. Współczynnik zachorowań na 100 tys. pracujących wyniósł 12,9. Wśród województw uzyskujących najwyższe wyniki we wskazanym powyżej zakresie znalazły się: śląskie (391 przypadków), mazowieckie (233 przypadki) i dolnośląskie (212 przypadków). W porównaniu do pozostałych województw, śląskie charakteryzowało się zachorowaniami na pylicę płuc i występowaniem ubytku słuchu, co jest niewątpliwie spowodowane przemysłowym charakterem regionu.

- Niepełnosprawność

Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 2019 r. było w województwie śląskim 291 tys. osób z niepełnosprawnością<sup>2</sup> w wieku 16 lat i więcej. W ciągu 10 lat wynik ten spadł o 10 tys. osób. Osoby z niepełnosprawnością z województwa śląskiego stanowiły 9,6% wszystkich osób w tej kategorii osób w kraju. Liczba osób z niepełnosprawnością w województwie śląskim w 2019 r. stanowi trzeci wynik wśród województw (po województwach mazowieckim i wielkopolskim). Udział osób z niepełnosprawnością w populacji osób w wieku 15 lat i więcej sytuuje województwo już w zdecydowanie lepszej pozycji w stosunku pozostałych regionów Polski.

- Choroby jamy ustnej i zębów oraz okolic przyległych

Wg informacji zawartych w programie Ministerstwa Zdrowia pn. *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020* choroby zębów oraz zaburzenia w obrębie przyzębia i schorzenia błony śluzowej jamy ustnej stanowią istotny problem zdrowotny społeczeństwa.

Wg dostępnych danych w Polsce udzielono 34 345 293 porady stomatologiczne w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w tym w województwie śląskim 4 206 670 porad. Świadczenia zrealizowane w województwie stanowią 12,25% liczby ogólnopolskiej. W porównaniu do roku 2018 nastąpił spadek liczby ww. świadczeń o 41 383 w Polsce i 1 450 w województwie śląskim.

Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań wskazują na alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia, w szczególności dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych ale także w krajach UE wzbudzonych gospodarczo. Z uwagi na niski odsetek osób korzystających ze świadczeń refundowanych ze środków publicznych oraz niedostateczną sprawozdawczością świadczeniodawców, realizujących usługi stomatologiczne w sektorze prywatnym obiektywna i kompleksowa ocena sytuacji jest mocno utrudniona.

Stomatologiczne świadczenia gwarantowane w katalogu świadczeń finansowanych ze środków publicznych figurują z najniższą wyceną. Konieczna jest korekta katalogu i wycen świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

- Przyczyny zgonów

Stan zdrowia mieszkańców regionu przekłada się na poziom zgonów. W województwie śląskim w 2019 r. zmarło 51 766 osób (co stanowiło 12,61% wszystkich zgonów w Polsce i jest to drugi wynik

---

<sup>2</sup> W badaniu reprezentacyjnym BAEL do osób niepełnosprawnych zaliczono osoby w wieku 16 lat i więcej, które mają przyznane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy.

wśród polskich regionów po województwie mazowieckim). Liczba zgonów pomiędzy rokiem 2010 a 2019 wzrosła o 7,92% (podobny wzrost zanotowano dla całego kraju). Zgony w województwie śląskim można sklasyfikować wg przyczyn powodujących śmierć. Struktura zgonów wg przyczyn w województwie śląskim jest podobna do tej, która charakteryzuje Polskę.

Wykres 7 Struktura przyczyn zgonów w województwie śląskim i w Polsce w latach 2009-2019 (%).



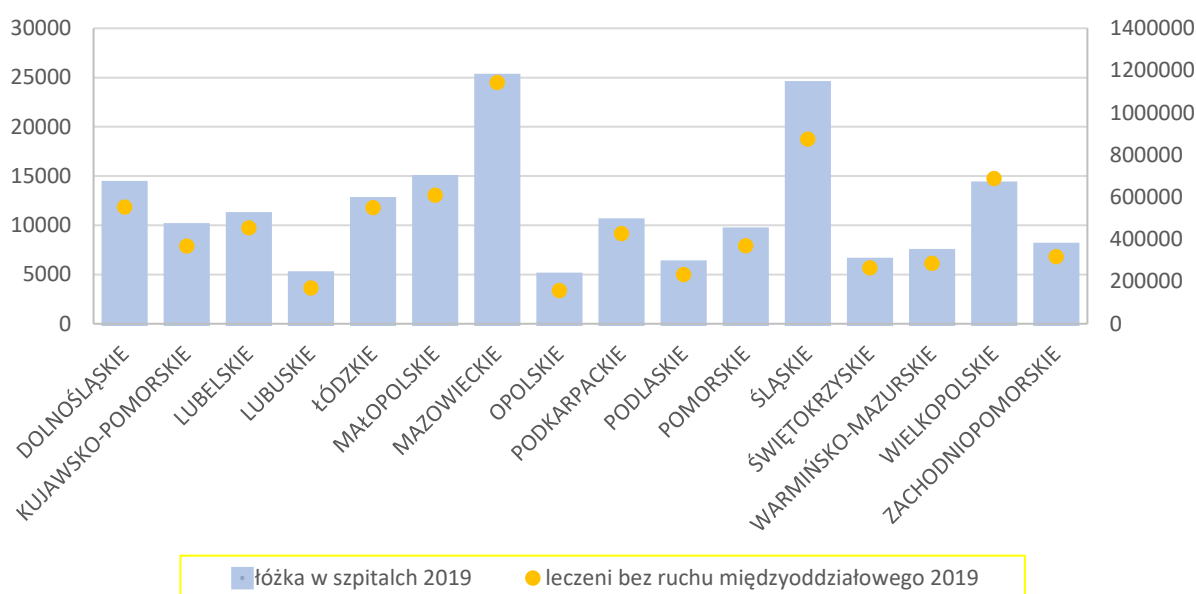
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Rozbudowana infrastruktura ochrony zdrowia w regionie

W 2019 r. istniało w województwie śląskim 136<sup>3</sup> szpitali, które dysponowały 23 287 łózkami. W tym czasie leczono w nich 875 006 pacjentów<sup>4</sup>. Ukazanie województwa śląskiego na tle Polski i porównanie z innymi regionami wykazuje, że województwo śląskie stanowiło w 2019 r. jeden z czołowych obszarów pod względem skupienia usług szpitalnych w Polsce. Wskazane 136 szpitali stanowiło 15,28% wszystkich szpitali w Polsce, skupiających 13,96% łóżek w kraju i lecząc 11,72% wszystkich pacjentów. Województwo śląskie dysponując taką liczbą szpitali było liderem pod tym względem wśród polskich regionów,

a liczba ta była większa niż suma wszystkich szpitali, którymi dysponowało pięć najślabszych w tej kategorii regionów.

**Wykres 8** Liczba łóżek oraz osób leczonych (bez ruchu międzyoddziałowego) w szpitalach w województwie śląskim w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Zasób łóżek szpitalnych województwa śląskiego w 2019 r. ustępował jedynie województwu mazowieckiemu (mniej o 741), ale był wyższy od trzeciego w tej kategorii województwa małopolskiego o 9 537 miejsc. Liczba pacjentów obsługiwanych przez szpitale województwa śląskiego była drugim wynikiem w Polsce po województwie mazowieckim (województwo mazowieckie obsługiwało 267 545 więcej pacjentów, z kolei trzecie pod tym względem województwo małopolskie obsługiwało 265 666 mniej pacjentów). W województwie śląskim widoczny był w latach 2012-2018<sup>5</sup> trend zwiększania się liczby szpitali przy jednoczesnym spadku liczby łóżek i obsługiwanych pacjentów. W regionie nastąpił wzrost liczby szpitali o 17,2% w badanym okresie i był to drugi wynik w Polsce po niewiele wyższym wzroście w województwie małopolskim (choć należy zauważyć, że w liczbach bezwzględnych najwięcej szpitali przybyło w województwie śląskim – 23). Dynamika zmiany liczby łóżek wykazała tendencję spadkową (spadek o 5%) wpisując się w ogólnopolski trend ograniczania liczby łóżek.

<sup>3</sup> Wg danych statystycznych dla województwa śląskiego pochodzących z BDL GUS

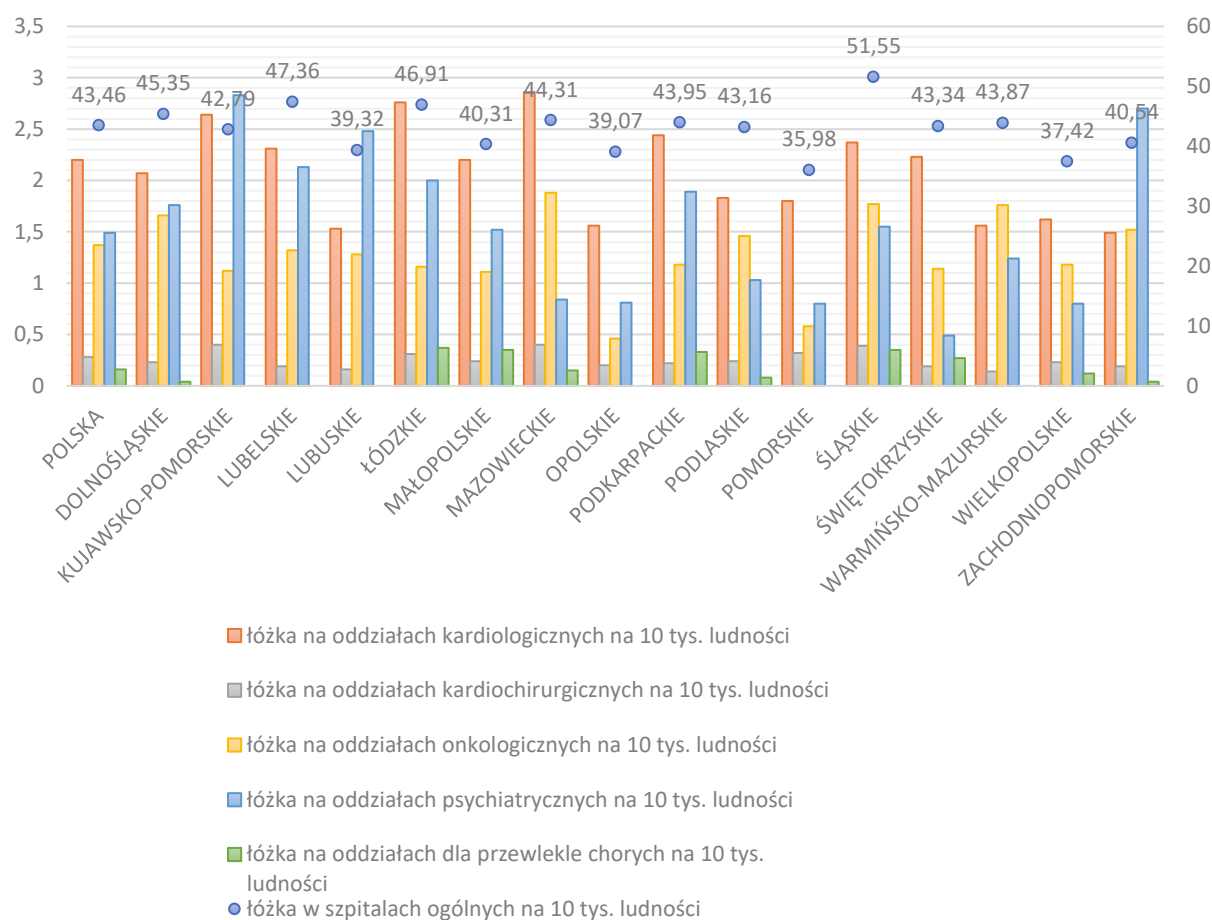
<sup>4</sup> Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego

<sup>5</sup> Wybrano te lata ze względu na to, że w roku 2012 zmieniono metodologię liczenia szpitali (zaczęto wliczać te podległe MON i MSWiA)

Szpitalne w województwie śląskim liczyły łącznie w 2019 r. 910 oddziałów, które stanowiły 12,7% oddziałów w Polsce i był to drugi wynik wśród wszystkich regionów ustępując jedynie województwu mazowieckiemu z wynikiem 14,73 %.

Województwo śląskie dysponowało w roku 2019 najlepszą dostępnością łóżek szpitalnych w całym kraju. Wskaźnik liczący liczbę ludności przypadającej na 1 łóżko szpitalne wyniósł 194 osoby i był o 36 osób niższy od wskaźnika dla Polski. Województwo śląskie było lepsze od drugiego w kolejności województwa lubelskiego o 17 osób. Należy jednak zauważyć, że dostępność spadła w latach 2012 – 2019, a wymiar wskaźnika wzrósł o 3,76% i była to tendencja ogólnokrajowa.

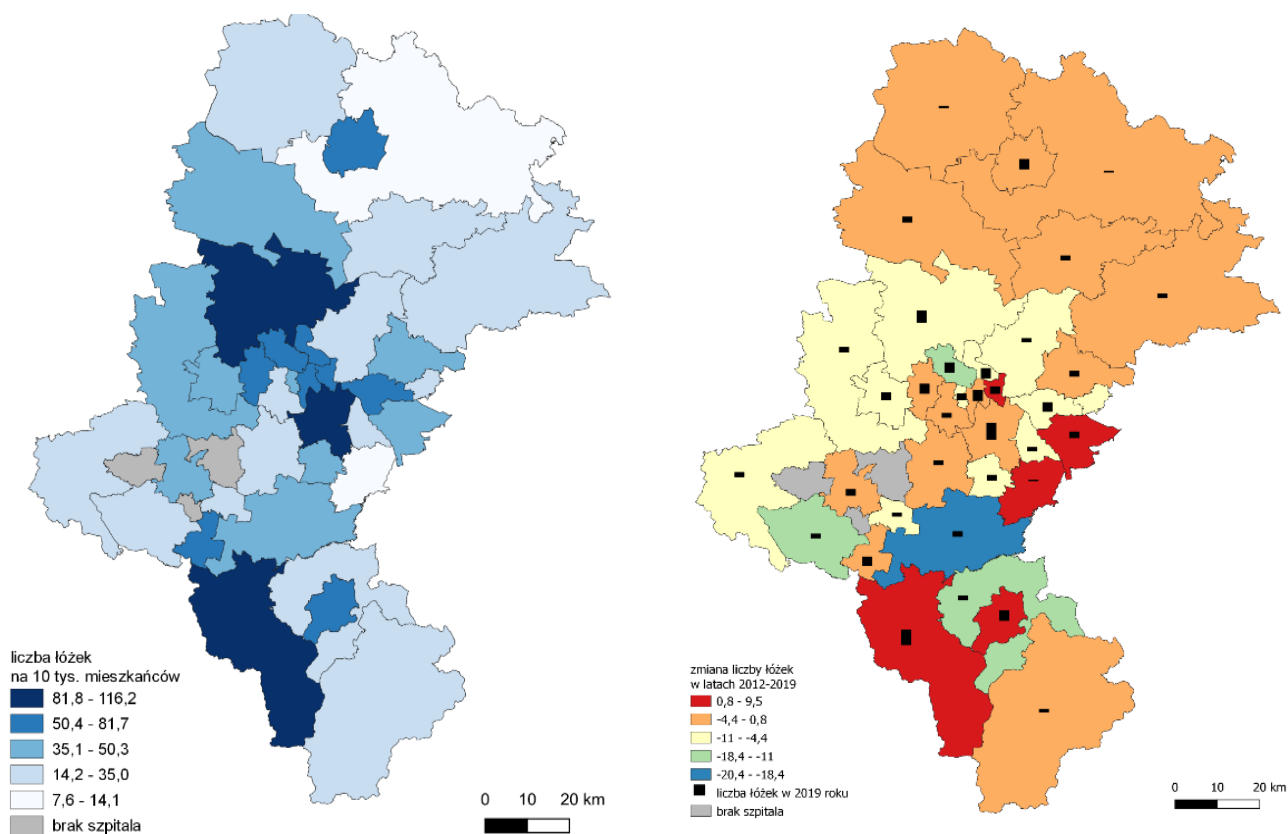
Wykres 9 Dostępność łóżek szpitalnych wg rodzajów oddziałów w Polsce i jej regionach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Rozmieszczenie łóżek szpitalnych w województwie śląskim było w 2019 r. niejednolite. Największe skupisko łóżek szpitalnych zanotowano w stolicy województwa (w Katowicach było ich 3 401). Drugi wynik osiągnął powiat cieszyński z 1 832 łóżkami. Większą ilością niż 1000 szpitalnych łóżek dysponują przeważnie duże powiaty grodzkie zlokalizowane w GZM (Sosnowiec, Zabrze, Bytom) oraz dwa miasta, które miały w przeszłości status stolic wojewódzkich (Bielsko-Biała i Częstochowa), poza nimi taką liczbą dysponuje jeszcze powiat tarnogórski. Zasobem łóżek szpitalnych pomiędzy 500 a 1000 dysponują powiat bielski, Chorzów, Rybnik, Jastrzębie-Zdrój i Gliwice, przy czym należy zauważyć, że Rybnik musi obsłużyć jednocześnie powiat rybnicki, w którym nie ma ani jednego łóżka szpitalnego. Najniższe wyniki poza powiatem rybnickim osiągnęły powiat bieruńsko-lędziński (46), kłobucki (120), częstochowski (137), Żory (164) oraz Mysłowice (199). Także dostępność mierzona liczbą łóżek szpitalnych przypadających na 10 tys. mieszkańców jest wyraźnie zróżnicowana przestrzennie.

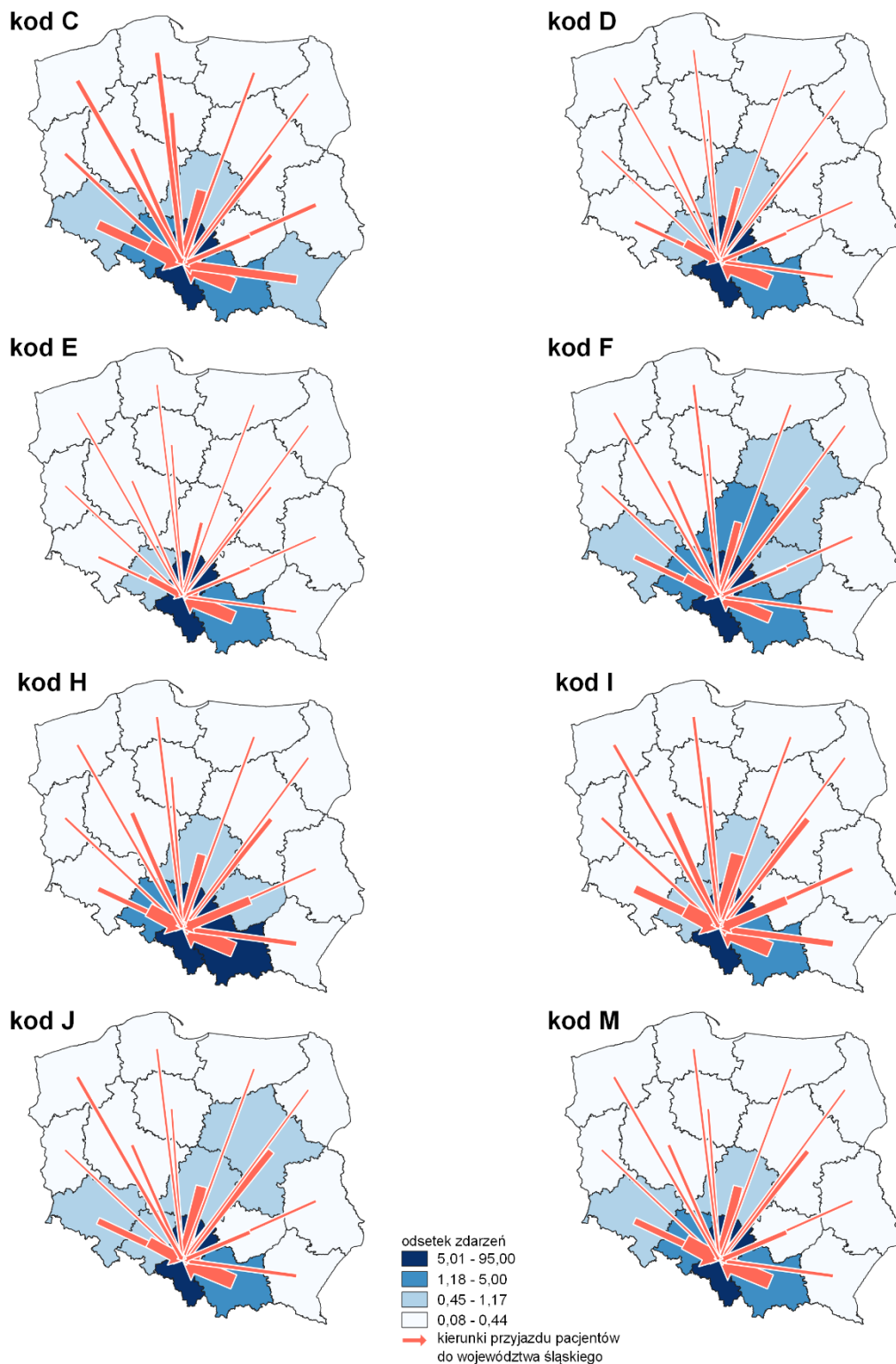
Mapa 3 Dostępność do łóżek szpitalnych w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Należy podkreślić, że placówki ochrony zdrowia zlokalizowane w regionie świadczą usługi zdrowotne również dla mieszkańców innych województw. Analizując rozkład przestrzenny pacjentów spoza województwa śląskiego, większość badanych grup chorób ma obszar oddziaływania obejmujący województwa ościenne, głównie małopolskie i opolskie. Największe oddziaływanie występuje w przypadku nowotworów złośliwych (kod C), zaburzeń psychicznych (kod F) oraz chorób układu oddechowego (kod J).

Mapa 4 Powiązania miejsca zamieszkania pacjentów leczonych w województwie śląskim



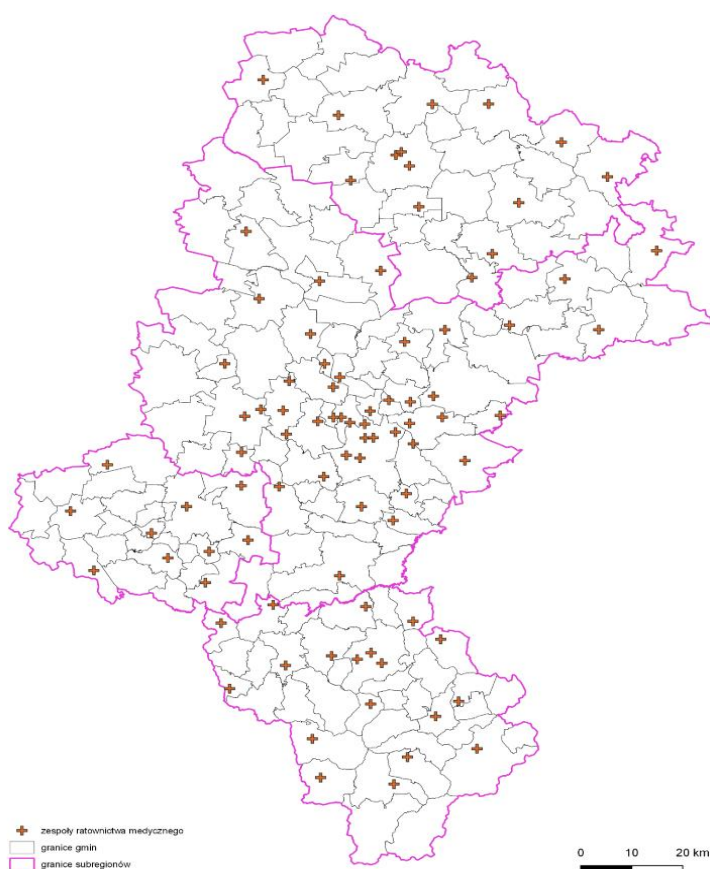
**Kod C** - Nowotwory złośliwe **Kod D** - Nowotwory niezłośliwe **Kod E** - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej  
**Kod F** - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania **Kod H** - Choroby oka i przydatków oka **Kod I** - Choroby układu krążenia  
**Kod J** - Choroby układu oddechowego **Kod M** - Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Jednocześnie należy stwierdzić, że specyficzna struktura placówek ochrony zdrowia oraz układ osadniczy w regionie powoduje, iż w układzie regionalnym są one placówkami o charakterze ponadlokalnym oferującym usługi zdrowotne dla mieszkańców z innych części województwa.

W latach 2019-2020 roku w województwie faktycznie funkcjonowały 162 zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), 14 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) w tym 2 szpitalne oddziały ratunkowe dla dzieci oraz 1 baza lotniczego pogotowia ratunkowego. Ponadto w regionie działają 82 izby przyjęć, z czego 72 przyjmuje pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W odniesieniu do innych regionów w kraju województwo śląskie charakteryzuje się szczególnie wysoką liczbą ZRM (druga pozycja po województwie mazowieckim), ale niską liczbą SOR-ów (dziewiąta pozycja). Wśród ZRM 41 stanowią jednostki specjalistyczne, a 121 podstawowe.

Mapa 5 Rozmieszczenie ZRM-ów i SOR-ów w województwie śląskim - stan na marzec 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie PLAN DZIAŁANIA SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO – Aktualizacja nr 2/2018.

Silna i dobrze  
wykształcona kadra  
medyczna w regionie

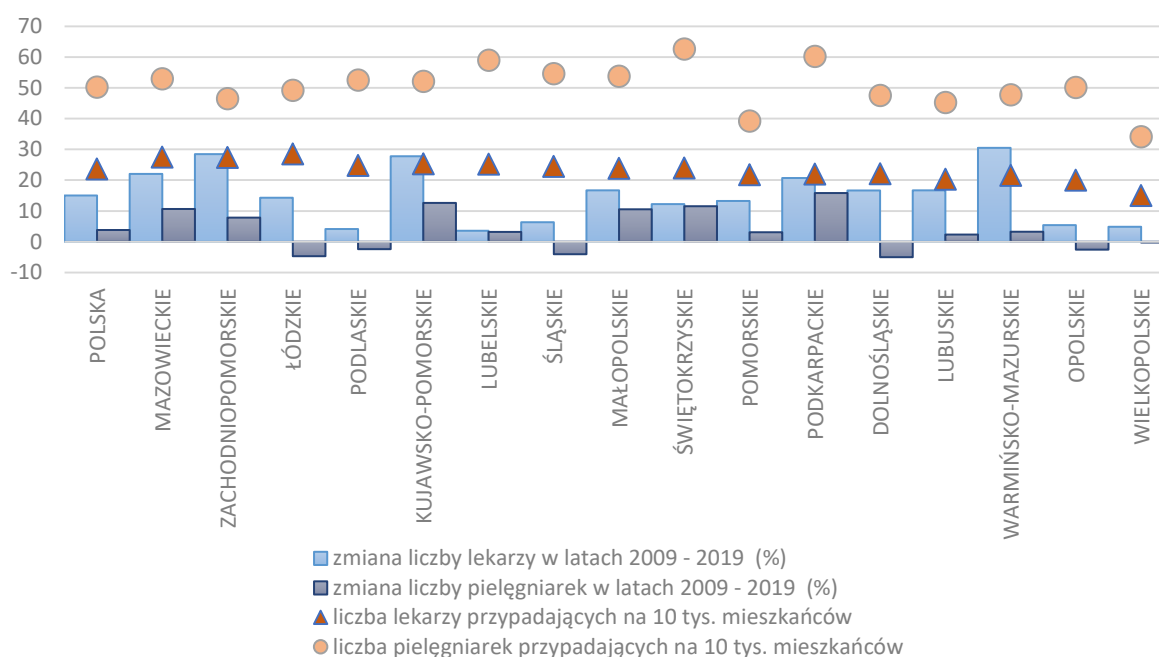
W województwie śląskim było w 2019 r. 18 211 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, co stanowiło 12,07 % lekarzy w Polsce (wyższe skupisko osób dysponujących prawem wykonywania tego zawodu stanowiło tylko województwo mazowieckie – 18,14%).

Podobne udziały województwa śląskiego w ogólnopolskim zasobie kadr medycznych charakteryzowały lekarzy dentyści (11,04 % ogółu lekarzy dentyści – 4 721 osób), pielęgniarki (13,01% ogółu pielęgniarek – 38 993 osób) i położne (12,19% ogółu położnych – 4 758 osób). Liczba

osób dysponujących prawem do wykonywania zawodu medycznego wzrastała w latach 2009-2019 zarówno w województwie śląskim jak i w całym kraju. Dostępność lekarzy liczona poprzez wskaźnik liczby lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu przypadających na 10 tys. mieszkańców pozycjonuje województwo śląskie z wynikiem 40,31 powyżej wyniku dla Polski (39,32 lekarza) osiągając przy tym 6. wynik wśród regionów w kraju.

Województwo śląskie na tle regionów lepiej prezentuje się pod względem dostępności pielęgniarek, z wynikiem 86,31 pielęgniarki osiągając 4. pozycję w kraju po województwach świętokrzyskim, podkarpackim i lubelskim i znacząco przekraczając wynik dla całego kraju, który wyniósł 78,06 pielęgniarki. Z kolei dostępność położnych liczona wg osób posiadających tego rodzaju uprawnienia wyniosła w regionie 10,53 położnej, co było 7. wynikiem w Polsce i nieznacznie lepszym aniżeli w całym kraju (10,17 położnych na 10 tys. mieszkańców).

**Wykres 10** Dostępność do usług lekarskich i pielęgniarskich oraz zmiana liczby lekarzy i pielęgniarek w latach 2009-2019 (%) w Polsce i jej regionach.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Porównanie województwa śląskiego z wynikami notowanymi w Unii Europejskiej wykazuje jeszcze wyższe braki w dostępie do kadry medycznej<sup>6</sup>. Liczba lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców w województwie śląskim w 2019 r. wyniosła 24,49, co było wynikiem nieco lepszym aniżeli ogólnopolski. Jednakże najlepsze województwo łódzkie osiągnęło wartość 28,54 lekarza, a od wyniku dla wszystkich 28 państw Unii Europejskiej dzieli region znacznie więcej. Szacowany wynik dla całej UE w 2017 r. wyniósł 36,3 lekarza. Liczona w adekwatny sposób dostępność lekarzy dentyistów dała w 2019 r. wynik 3,12 dentyisty w województwie śląskim, co jest wynikiem poniżej wskazania dla całego kraju, a najlepszy region uzyskał wynik 5,59 dentyisty (województwo lubuskie).

W województwie śląskim pracowało w 2019 r. 3 428 farmaceutów (11,16% farmaceutów w Polsce). Więcej osób w tym zawodzie pracowało tylko w województwie mazowieckim – 4 309. W latach 2009 – 2019 zauważalny jest wzrost liczby farmaceutów o blisko 26% i jest to 3. wynik w kraju i wyższy od krajowego o 9 pp. Jednakże dostępność do farmaceuty liczona na 10 tys. mieszkańców wskazywała wynik 7,6 niewiele wyższy od ogólnopolskiego (7,4) i sytuującego wśród pozostałych regionów

<sup>6</sup> wg podstawowego miejsca zatrudnienia



w połowie stawki. Porównanie z krajami europejskimi także wypada nie najlepiej. Najwyższy wynik<sup>7</sup> w 2015 r. osiągnęła Hiszpania (15 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców).

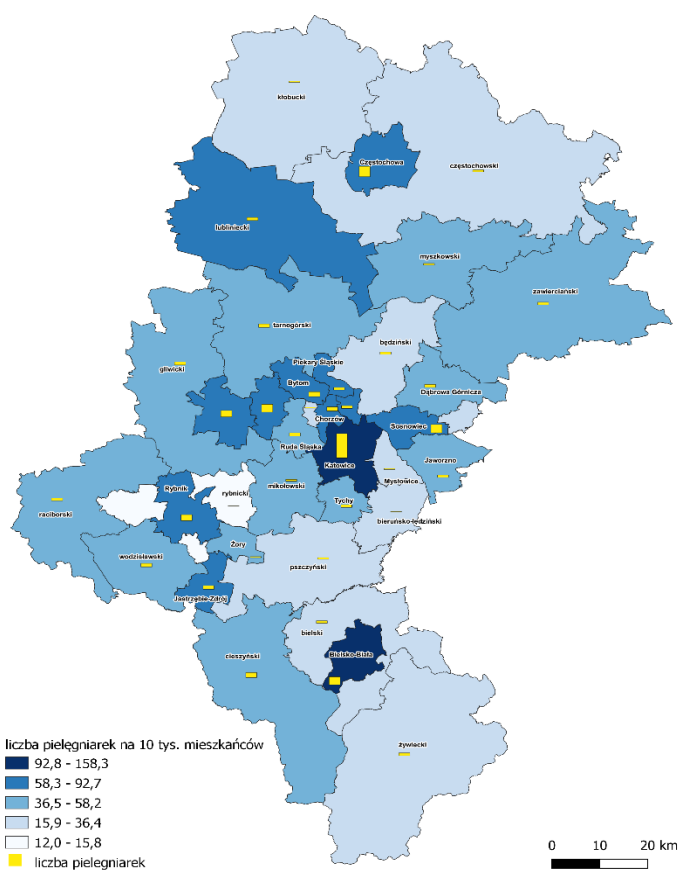
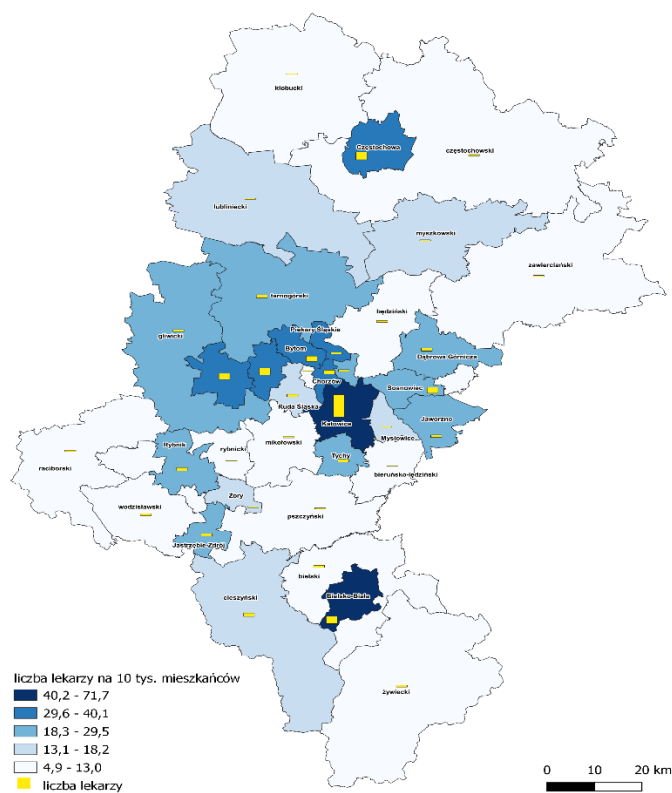
W województwie śląskim w 2019 r. pracowało 8 416 lekarzy specjalistów, którzy stanowili 12,47% wszystkich specjalistów pracujących w Polsce. Najliczniejsze specjalizacje w regionie to specjaliści chorób wewnętrznych (1 237 lekarzy, stanowiących ponad 15 % wszystkich pracujących w Polsce lekarzy tej specjalności) oraz chirurdzy (1 019 lekarzy, stanowiących 12,4% chirurgów zatrudnionych w Polsce), a więcej niż 500 lekarzy notowały jeszcze takie specjalizacje jak pediatria, medycyna rodzinna, anestezjologia i intensywne terapię oraz położnictwo i ginekologia.

Rozkład terytorialny kadry medycznej w województwie śląskim w 2019 r. wykazuje tendencje do koncentrowania się przez nią w miastach na prawach powiatu, szczególnie tych największych. Najwięcej lekarzy zatrudnionych było w Katowicach – 2 099 osób, drugie co do wielkości skupisko stanowiła Częstochowa (przy czym lekarzy było tam zatrudnionych 743). Jeszcze tylko pięć miast tworzyło skupiska lekarzy powyżej 500 osób (były to: Zabrze – 665 lekarzy, Bielsko-Biała – 686 lekarzy, Gliwice – 582 lekarzy, Sosnowiec – 570 lekarzy oraz Bytom – 509 lekarzy). 23 powiaty zatrudniało lekarzy w wielkości między 100 a 500 osób. Powiaty z najmniejszą liczbą zatrudnionych lekarzy to: powiat myszkowski - 103 lekarzy, Mysłowice - 98 lekarzy, Żory - 98 lekarzy, powiat kłobucki - 89 lekarzy, Świętochłowice - 54 lekarzy, powiat rybnicki - 38 lekarzy, powiat bieruńsko-lędziński - 41 lekarzy. Dostępność do usług lekarskich liczona liczbą lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców także najwyższa jest w Katowicach (71,69) jednak wyniki w pozostałych powiatach prezentują się odmiennie w stosunku do liczb bezwzględnych (lecz także w tej kategorii dominują powiaty grodzkie).

Zróżnicowany dostęp  
do specjalistów w  
regionie

<sup>7</sup> Wśród dostępnych danych na Eurostacie

Mapa 6 Dostępność kadry medycznej w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.

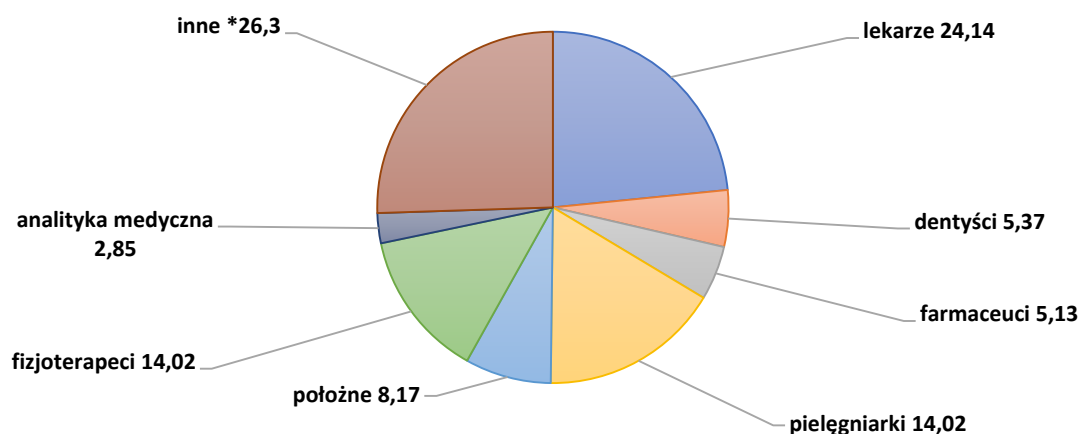


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

W województwie śląskim funkcjonuje 1 z 9 polskich uniwersytetów medycznych – Śląski Uniwersytet Medyczny. W 2018 r. studiowało na nim 10 451 studentów, co stanowiło 16% studentów uczelni medycznych w Polsce (najwyższy wynik w kraju). Liczba ta wzrosła przez dekadę o 30%. Liczba absolwentów uczelni medycznej w 2018 r. wyniosła 2 071 osób (15,4% absolwentów polskich uczelni medycznych). Także w tym przypadku zanotowano wzrost w latach 2009-2018 – wzrost o 1/3. Uczelnia w 2018 r. dysponowała kadrą liczącą 1 282,6 etatu nauczyciela akademickiego (12,5% etatów akademickich polskich uczelni medycznych), przy czym 155,1 etatu było realizowane przez pracowników z tytułem profesora (10,9% etatów profesorskich w polskich uczelniach medycznych w Polsce). W latach 2009-2018 liczba akademickich etatów wzrosła minimalnie o 2,1%, przy tym liczba etatów profesorskich wzrosła wyraźniej (36%). W ramach limitów przyjęć na rok 2019/2020 przyznano SUM 4 209 miejsc dla studentów, przy czym limit miejsc na kierunku lekarskim wyniósł 1 016 miejsc (z czego 697 na studiach stacjonarnych), a na studiach kształcących lekarzy dentyistów 226 miejsc (z czego 130 stacjonarnych). Limit na kierunku analityka medyczna wyniósł 120 miejsc. Ten kierunek w województwie śląskim jest realizowany wyłącznie na Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Z kierunków, które reprezentowane są na innych uczelniach w regionie istotne miejsce w strukturze nauczania SUM zajmują także pielęgniarstwo (590 miejsc, z tego 430 na studiach stacjonarnych), fizjoterapia (590 miejsc, z tego 360 na studiach stacjonarnych), dietetyka (360 miejsc, z tego 240 miejsc na studiach stacjonarnych) oraz położnictwo (344 miejsc, z tego 174 na studiach stacjonarnych). W naborze na rok 2020/2021 notuje się spadek limitu miejsc o 75, w tym na kierunku lekarskim (40 miejsc), na kierunku kształcącym lekarzy dentyistów (12 miejsc) oraz na fizjoterapii (20 miejsc). Śląski Uniwersytet Medyczny kształci kadry w zawodach medycznych nie tylko w zasięgu regionalnym, ale również krajowym i międzynarodowym.

Silny ośrodek akademicki w zakresie kształcenia kadr ochrony zdrowia

**Wykres 11** Limity przyjęć na rok akademicki 2019/2020 wg kierunku studiów na Śląskim Uniwersytecie Medycznym (% miejsc danego kierunku w ogólnej liczbie miejsc SUM).



\* ratownictwo medyczne, neurobiologia, biotechnologia medyczna, kosmetologia, elektroradiologia, coaching medyczny, dietetyka, zdrowie publiczne, zarządzanie ryzykiem zdrowotnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: Śląski Uniwersytet Medyczny, <https://kandydat.sum.edu.pl/?r=site/limity>, stan na: 2 maja 2021 r.

Tabela 2 Porównanie limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym w województwie śląskim

	2019/2020		2020/2021		2021/2022	
	Kierunek lekarski	Kierunek lekarsko—dentystyczny	Kierunek lekarski	Kierunek lekarsko—dentystyczny	Kierunek lekarski	Kierunek lekarsko—dentystyczny
<b>ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH</b>						
Limit ogółem	1016	226	976	214	984	209
w formie studiów stacjonarnych w języku polskim	697	130	720	130	728	125
w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim	155	60	96	48	126	48
w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski	164	36	160	36	130	36
<b>WYŻSZA SZKOŁA TECHNICZNA W KATOWICACH</b>						
Limit ogółem	140	-	190	-	260	-
w formie studiów stacjonarnych w języku polskim	100	-	100	-	150	-
w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim	40	-	40	-	60	-
w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski	-	-	50	-	50	-

Źródło: Opracowanie własne. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U.2019 poz. 1344), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2020 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U.2020 poz. 1272) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U.2021 poz. 1359).

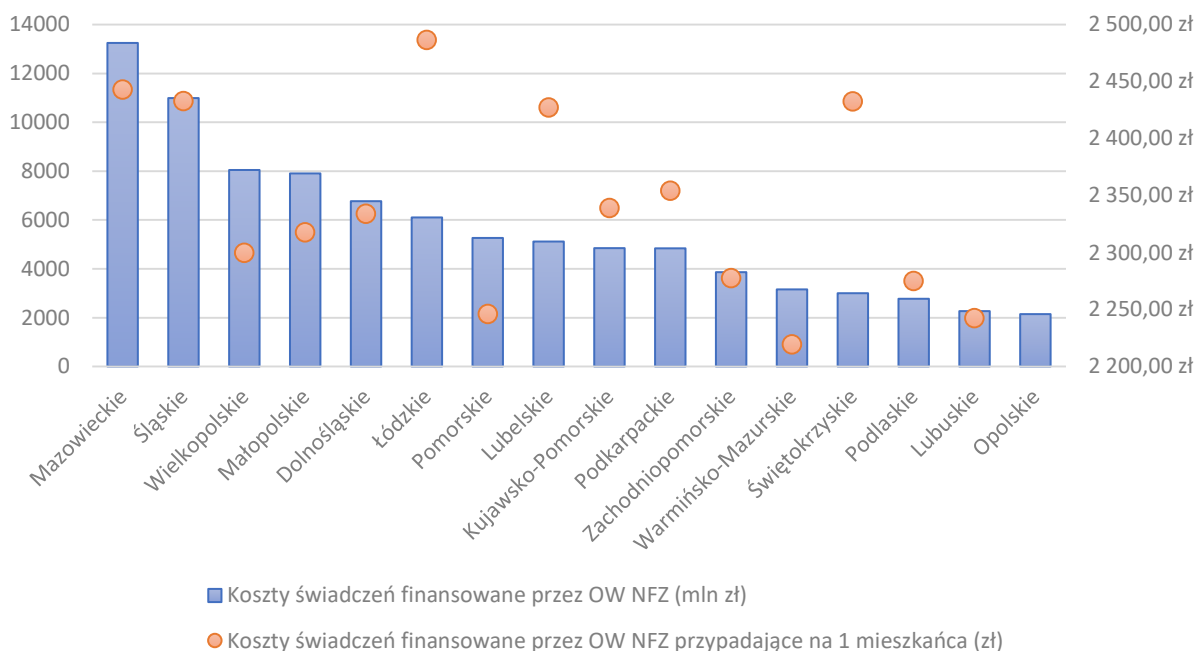
W województwie śląskim na kierunkach medycznych w 2018 r. uczyło się 11 817 studentów (co stanowiło 11,5% ogółu studentów tego typu kierunków w Polsce), na kierunkach dotyczących opieki społecznej studiowało 487 studentów (9% wszystkich tego rodzaju studentów w kraju), tymczasem na kierunkach prowadzonych w ramach interdyscyplinarnych programów i kwalifikacji obejmujących zdrowie i opiekę społeczną uczyło się 423 osoby (40,9% tego rodzaju studentów

w Polsce). Liczba studentów na studiach medycznych wzrosła od 2014 r.<sup>8</sup> o 8,3%. Zauważalny jest przepływ studentów z kierunków ściśle powiązanych z opieką społeczną do tych, które łączą w swoim programie zagadnienia opieki społecznej i ochrony zdrowia. W latach 2014-2018 liczba studentów kierunków zajmujących się pomocą społeczną spadła o 40,9%, za to zainteresowanie kierunkami interdyscyplinarnymi łączącymi tematykę zdrowia i opieki społecznej wzrosło od 0 do 423 studentów.

Relatywnie wysoki poziom finansowania ochrony zdrowia

Najistotniejszą część wydatków w zakresie ochrony zdrowia pokrywa obowiązkowe składkowe ubezpieczenie zdrowotne wydatkowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Plan finansowy NFZ na rok 2019 przewidywał finansowanie świadczeń przez Śląski Oddział Wojewódzki na poziomie 10 990 532 tys. zł, co stanowiło 12,2% finansowania świadczeń przez wszystkie oddziały wojewódzkie w kraju i była to druga wartość wśród polskich regionów (pierwszą uzyskało województwo mazowieckie). Dostępność do świadczeń zdrowotnych mierzona za pomocą wskaźnika wartości finansowania przez NFZ świadczeń przypadających na 1 mieszkańca województwa mieściła się w przedziale o granicach wyznaczonych z jednej strony przez województwo opolskie (2 183,72 zł) a z drugiej przez województwo łódzkie (2 486,45 zł). Województwo śląskie sytuowało się na 4. pozycji z wynikiem 2 424,26 zł.

**Wykres 12** Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w regionach Polski w 2019 r. (zł).

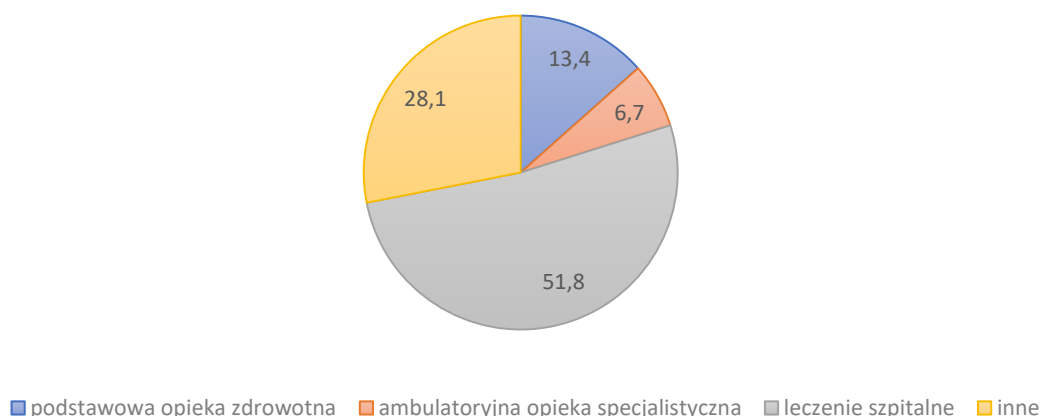


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planu finansowego NFZ na 2019 r.

W województwie śląskim największy udział w kosztach świadczeń finansowanych przez NFZ ma leczenie szpitalne. Koszty świadczeń tego typu stanowią ponad połowę wydatków NFZ w regionie (51,8%) i ich wartość w planie została określona na poziomie 5 691,8 mln zł (stanowiła przy tym 11,9% wydatków ogólnokrajowych tego typu).

<sup>8</sup> Pierwszy mierzony przez GUS rok w tej kategorii

Wykres 13 Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w województwie śląskim w 2019 r. (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planu finansowego NFZ na 2019 r.

Porównanie finansowania w kraju i w regionie przypadającego na 1 mieszkańca wypadło w 2019 r. w większości kategorii na korzyść regionu, a w przypadku całości kosztów finansowanych przez NFZ przewaga regionu wyniosła 79,06 zł. O ile w kwestii usług POZ przewaga regionu nad całym krajem jest niewielka i wynosi 2,13 zł to już w kategorii świadczeń AOS była wyraźniejsza (27,08 zł), a w przypadku leczenia szpitalnego 17,83 zł. Niższe w regionie aniżeli w całym kraju koszty świadczeń przypadające na 1 mieszkańca wystąpiły w przypadku opieki paliatywnej (-0,15 zł), leczenia stomatologicznego (-5,44 zł), lecznictwa uzdrowiskowego (-1,18 zł), świadczeń opieki zdrowotnej kontraktowanej odrębnie (-1,54 zł), programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie (-0,08 zł) oraz realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego (-5,28 zł).

W województwie śląskim w 2018 r. samorzady terytorialne wydały na ochronę zdrowia 455,1 mln zł, co stanowiło 11,8% środków samorządowych w Polsce kierowanych na ochronę zdrowia i był to drugi wynik w Polsce po województwie mazowieckim (22,3% wydatków samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia w skali kraju). Samorzady w województwie śląskim przeznaczyły na 1 mieszkańca 100,39 zł i był to 4. wynik wśród polskich regionów. Najlepsze pod tym względem województwo mazowieckie charakteryzowało się wartością 158,86 zł.

Samorząd jako istotny podmiot w procesie finansowania ochrony zdrowia

Ze wspomnianych 455,1 mln zł wydanych przez samorząd terytorialny na ochronę zdrowia w województwie śląskim w 2018 r. ponad połowę środków (53,6%) wydatkowały miasta na prawach powiatu. Więcej niż 1/5 całości środków była sfinansowana przez samorząd województwa. Wielkości w okolicach 12% osiągnęły zarówno powiaty ziemskie jak i gminy. Samorząd Województwa Śląskiego wydał w 2018 r. na ochronę zdrowia 99,7 mln zł i był to trzeci wynik wśród polskich regionów (po województwach mazowieckim i wielkopolskim).

W regionie realizowano szereg działań profilaktycznych, w tym:

- finansowane ze środków NFZ:
  - Program profilaktyki chorób układu krążenia
  - Program profilaktyki gruźlicy

- Program profilaktyki chorób odtytoniowych – w tym program przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - etap podstawowy
  - Program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne – etap specjalistyczny
  - Program profilaktyki raka piersi
  - Program profilaktyki raka szyjki macicy
  - Program badań prenatalnych
  - finansowane ze środków Samorządu Województwa Śląskiego
    - Program przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2017-2020
    - Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2016-2020
    - Program profilaktyki chorób płuc w województwie śląskim na lata 2015-2020
    - Program zapobiegania nadwadze i otyłości w województwie śląskim na lata 2015-2020
    - Program zdrowego kręgosłupa regionalny program zdrowotny województwa śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka
    - Śląski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2019-2022
    - Zdrowa matka i dziecko regionalny program zdrowotny województwa śląskiego na lata 2018-2022 w zakresie poprawy opieki nad kobietą w ciąży w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci w okresie prenatalnym
    - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022,
- oraz regionalne programy z zakresu rehabilitacji (finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego):
- Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022
  - Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022
  - Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022
  - Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022
  - Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022
  - Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022.

## UWARUNKOWANIA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

### SEKTOR MEDYCZYNY JAKO ELEMENT GOSPODARKI REGIONU

Rozwój innowacyjnych technologii jest siłą napędową współczesnej gospodarki i stanowi o realizacji wizji rozwojowych krajów i regionów. Współczesne wyzwania gospodarcze, społeczne i środowiskowe ukierunkowują zapotrzebowanie na nowe technologie i związane z tym potrzeby.

Jednym ze sposobów wspierania innowacyjności jest wyznaczenie tzw. inteligentnych specjalizacji, które są związane z identyfikowaniem wyjątkowych cech i aktywów regionu, podkreśleniem źródeł ich przewagi konkurencyjnej oraz skupieniem regionalnych partnerów i zasobów wokół wizji ich przyszłości.

Rysunek 4 Inteligentne specjalizacje województwa śląskiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [https://www.scp-slask.pl/czytaj/zaktualizowanalista\\_inteligentnych\\_specjalizacji\\_wojewodztwa\\_slaskiego](https://www.scp-slask.pl/czytaj/zaktualizowanalista_inteligentnych_specjalizacji_wojewodztwa_slaskiego).

W celu integracji działań aktorów ekosystemu innowacji wokół wyzwań rozwojowych regionalnych obszarów specjalizacji w 2017 r. w województwie śląskim powstały Regionalne Obserwatoria Technologiczne. Wśród wyżej wymienionych znajduje się *Obserwatorium Specjalistyczne w obszarze Technologie dla Medycyny*, w którego skład wchodzi: Górnośląska Agencja Przedsiębiorczości i Rozwoju Sp. z o.o., Fundacja Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi, Sieć Badawcza ŁUKASIEWICZ - Instytut Techniki i Aparatury Medycznej ITAM w Zabrze, Politechnika Śląska - Wydział Inżynierii Biomedycznej.

Analiza przeprowadzona przez *Obserwatorium* pozwoliła na ustalenie listy technologii i kierunków ich rozwoju<sup>9</sup>. W zakresie technologii dla medycyny (ochrony zdrowia) wskazano:

- Technologie telemedyczne;

<sup>9</sup> Źródło: analizy SO RIS



- Technologie materiałowe w medycynie;
- Technologie medycyny regeneracyjnej;
- Narządy sztuczne;
- Technologie, urządzenia i wyroby medyczne;
- Informatyczne narzędzia medyczne;
- Technologie zmierzające do uzyskania zasadniczego postępu w zakresie zwalczania chorób cywilizacyjnych.

Jak wynika z analiz przeprowadzonych przez wskazane powyżej Obserwatorium oferta wyrobów medycznych na rynku polskim jest szeroka i porównywalna do najbardziej zaawansowanych krajów świata. Polską specjalnością są meble szpitalne, lampy operacyjne, diagnostyczne i bakteriobójcze, materiały opatrunkowe i higieniczne, wyroby zaawansowane technologicznie (narzędzia chirurgiczne, implanty). Województwo śląskie natomiast dominuje w takich dziedzinach medycyny jak: kardiologia i kardiochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, transplantologia, rehabilitacja medyczna, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca oraz rehabilitacja onkologiczna. W województwie mocno zarysowuje się również obszar technologii wykorzystywanej w stomatologii oraz wykorzystywania w medycynie druku 3D. Region posiada duży potencjał do dalszego rozwoju, z uwagi na to, że stanowi silny ośrodek akademicki w zakresie kształcenia kadr w omawianym obszarze, jak również posiada instytuty badawcze związane z rozwojem technologii dla medycyny. Zauważalna jest również aktywność uczelni technicznych i instytutów badawczych w zakresie aplikacji patentowych. Ponadto wskazane jednostki nie tylko prowadzą badania, ale również współpracują z sektorem gospodarczym.

#### UWARUNKOWANIA O CHARAKTERZE SYSTEMOWYM

*Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030* jest uwarunkowana oddziaływaniem szeregu dokumentów wyższego rzędu na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym. 25 września 2015 r. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęło Agendę na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030, która nakreśla w **Celu 3. Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt** zadania konieczne do jego realizacji obejmujące obszar ochrony zdrowia. Na poziomie europejskim polityka zdrowotna województwa śląskiego wpisuje się w zakres nowych ram polityki regionalnej i spójności Unii Europejskiej, a w szczególności w **Cel 4. Europa o silniejszym wymiarze społecznym**. Cel ten przyświecający nowym inwestycjom UE w latach 2021-2027 opisywany jest jako wdrażający europejski filar praw socjalnych i inwestujący w wysokiej jakości zatrudnienie, edukację, umiejętności, integrację społeczną i **równy dostęp do opieki zdrowotnej**. Jednocześnie w dokumencie przykładą się dużą wagę do unowocześniania narzędzi (w tym usług i narzędzi związanych z sektorem ICT) oraz rozwoju kadr medycznych. Szczególną wagę przykładą się też do sposobu zarządzania i organizacji w ramach sektora ochrony zdrowia oraz możliwości deinstytucjonalizacji świadczenia usług zdrowotnych.

Najważniejszym punktem odniesienia w kraju jest **Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju**. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się we wszystkie cele wyżej wymienionego dokumentu. Cel 3: Medycyna i zdrowie jako czynnik rozwoju silnie korespondują z polityką gospodarczą państwa wyznaczoną w Celu szczegółowym I SOR <sup>(1)</sup>: Trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną, a w szczególności w obszarach dotyczących reindustrializacji i rozwoju innowacyjnym firm. W tych obszarach wprost ukierunkowano działania na rzecz rozwoju technologii medycznych i telemedycznych. Istotne w tym przypadku jest także to, że technologie medyczne są wyróżnione jako inteligentna specjalizacja województwa śląskiego w takich dokumentach jak Regionalna Strategia Innowacji Województwa Śląskiego na lata 2013-2020 oraz w Programie Rozwoju Technologii Województwa Śląskiego na lata 2019-2030. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się najpełniej w Cel szczegółowy II Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju: Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony i w oba jego obszary, przy czym należy zauważyć,

że w obszarze dotyczącym rozwoju zrównoważonego terytorialnie są wpisane działania bezpośrednio dla województwa śląskiego, a poza nimi wiele ukierunkowanych jest do miast, co jest istotne w przypadku tak silnie zurbanizowanego regionu. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* spójne są także z trzecim celem szczegółowym SOR <sup>(1)</sup>: Skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarstwu, a w szczególności wpisują się w obszary: Instytucje prorozwojowe i strategiczne zarządzanie rozwojem oraz E-państwo, w których to wyraźnie artykułuje się potrzebę reformy systemu ochrony zdrowia, wzmocnienie jakości organizacji instytucji oraz kreowanie rozwiązań z zakresu ICT w organizacji usług publicznych. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się także w takie obszary wpływające na osiągnięcie celów SOR <sup>(1)</sup> jak Kapitał ludzki i społeczny oraz Cyfryzacja.

Kolejnym istotnym dla realizacji *Regionalnej Polityki Zdrowia* dokumentem na poziomie kraju jest projekt Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030. Projekt bezpośrednio odnosi się do tematyki ochrony zdrowia w celu szczegółowym 2: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* są zbieżne z postulowanym w projekcie Strategii kierunkiem działań w zakresie ochrony zdrowia. Projekt zakłada działania na rzecz wzmocnienia efektywności sektora ochrony (wykorzystując nowoczesne technologie), przy jednoczesnym zwiększeniu nacisku na działania profilaktyczne i popularyzacji zdrowego stylu życia. Działania na rzecz ochrony zdrowia i dobrej psychofizycznej jakości życia mają także na celu utrzymanie obywateli na rynku pracy, co mocniej wybrzmiewa w Celu szczegółowym 3: Wzrost i poprawa wykorzystania potencjału kapitału ludzkiego na rynku pracy oraz w Celu szczegółowym 4: Redukcja ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawa dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne (gdzie podkreśla się wagę zdrowego starzenia się dla aktywności społecznej i zawodowej). *Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego* jest spójna także z dotychczas obowiązującym Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 oraz jego kontynuacją na lata 2021-2025. Celami strategicznym NPZ są: wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

*Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego* ma charakter dokumentu dookreślającego działania Województwa Śląskiego w zakresie zdrowia w ramach realizacji **Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”**. W Strategii kierunki działań bezpośrednio odnoszących się do zdrowia można odnaleźć:

- Cel A.2. Innowacyjna gospodarka, w którym stawia się nacisk na rozwój usług i technologii medycznych;
- Cel B.1. Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych, który w największym stopniu odnosi się do podniesienia jakości i rozwoju usług, kadr i infrastruktury z zakresu medycyny i dostosowanie ich do zmian społecznych i demograficznych;
- Cel B.2. Aktywny mieszkaniec, który zawiera w sobie promocję aktywnego i zdrowego stylu życia;
- Cel D.3. Nowoczesna administracja publiczna, który zawiera w sobie wzmocnienie sektora bezpieczeństwa publicznego, w tym służb ratunkowych.

*Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego* jest również zgodna z Priorytetami dla *Regionalnej Polityki Zdrowia* – Województwo Śląskie 01.01.2019-31.12.2021. Priorytety dla *Regionalnej Polityki Zdrowia* skupiają się na poszczególnych jednostkach chorobowych (choroby sercowo-naczyniowe, układu oddechowego, onkologiczne, związane z wiekiem, zaburzenia psychiczne, choroby cywilizacyjne, w szczególności metaboliczne, choroby układu ruchu i zakaźne) i rodzajach świadczeń zdrowotnych (diagnostyka, profilaktyka, świadczenia dotyczące nagłych stanów zagrożenia zdrowia i życia, bezpieczeństwo epidemiczne). Pojawiają się też priorytety mające charakter bardziej ogólny jak Priorytet 3. Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym (opieka w całym cyklu życia w szczególności dotycząca tych najbardziej wrażliwych kategorii społecznych, takich jak dzieci, matki i osoby starsze), czy Priorytet 11. Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku, który w swej istocie wspiera wszystkie pozostałe

priorytety. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* mają charakter horyzontalny w stosunku do analizowanych Priorytetów i każdy z celów bezpośrednio lub pośrednio je realizuje. Cel 1. Polityki ukierunkowany jest na wzmocnienie jakości i dostępności usług zdrowotnych i silnie wspiera realizację wszystkich priorytetów. Cel 2. ukierunkowany na wykreowanie warunków dla realizacji zdrowego stylu życia i wzmocnienie świadomości społecznej w zakresie zachowania zdrowia wpisuje się mocniej w te priorytety, które podkreślają znaczenie profilaktyki zdrowotnej dla skuteczności działań na rzecz zachowania dobrego stanu zdrowia. Z kolei Cel 3., który ukierunkowany jest w stronę wdrażania i rozwijania nowoczesnych usług i technologii medycznych oraz wzmacniania medycyny jako sektora nowoczesnej gospodarki wpisuje się pośrednio we wszystkie Priorytety dla *Regionalnej Polityki Zdrowia*, gdyż zapewnia możliwie najbardziej rozwinięte technologicznie narzędzia dla realizacji świadczeń zdrowotnych.

Ponadto ramy dla Regionalnej Polityki Zdrowia wyznaczają n.w. kluczowe dokumenty programowe, które określają kierunki zmian systemowych zarówno o charakterze rozwojowym, jak i restrukturyzacyjno-reorganizacyjnym:

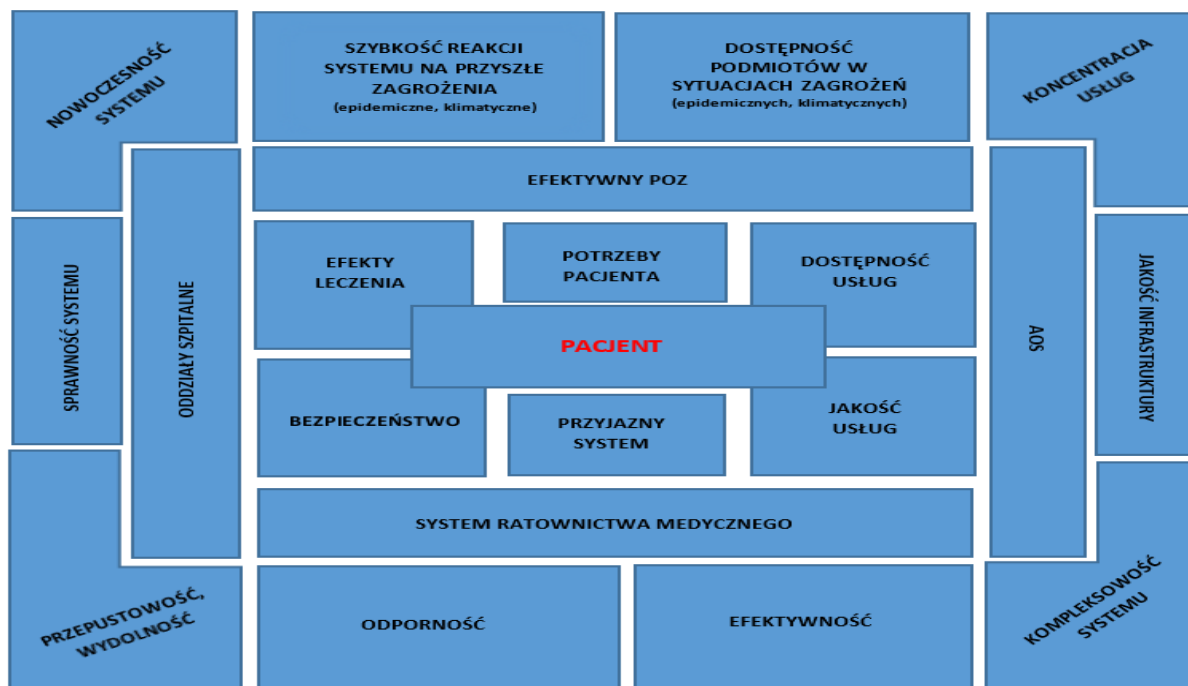
1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025,
2. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030,
3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022,
4. Mapy potrzeb zdrowotnych opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2015-2018,
5. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.
6. Krajowy Plan Transformacji,
7. Program Polski Ład.
8. Ustawa o Funduszu Medycznym.

*(procedowane projekty)*

1. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności,
2. Strategia ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. wraz z załącznikami: „Strategią deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” oraz „Strategią deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” – stanowiącej kontynuację „POLICY PAPER dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”,
3. Wojewódzki Plan Transformacji,
4. Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta,
5. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej,
6. Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.
7. Program „Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027”.

Dokumenty wyższego rzędu na poziomie międzynarodowym, krajowym i regionalnym określają najważniejsze uwarunkowania wypracowania najlepszych rozwiązań na przyszłość dla sektora zdrowia województwa śląskiego.

Rysunek 5 Aspekty optymalności systemu leczenia.



Źródło: Opracowanie własne.

## PROGNOZY/TRENDY DLA OBSZARU ZDROWIA

### PROGNOZA EPIDEMIOLOGICZNA<sup>10</sup>

Modelowanie liczby zachorowań jest istotnym działaniem pozwalającym m.in. na ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia określenie obecnej sytuacji epidemiologicznej oraz zbadanie zachodzących zmian.

Współczynniki zapadalności na wybrane choroby zostały określone na podstawie danych rejestrowych. Trudno jest jednoznacznie określić z jakiego powodu zachorowalność różni się w poszczególnych województwach, dlatego w celach prognostycznych podjęto decyzję o badaniu scenariuszowym. Poniżej wskazano cztery warianty:

1. Wariant demograficzny “minimalny” - głównym założeniem wariantu jest nadrozpoznawalność jednostki chorobowej, związana z wyceną niektórych świadczeń. Uwzględniając wskazane zjawisko, w celach prognostycznych przyjmuje się najniższe wojewódzkie wartości wskaźnika.
2. Wariant demograficzny “maksymalny” - głównym założeniem wariantu są różnice w dostępności do służby zdrowia, a w związku z tym w niektórych regionach choroby są rzadziej i później wykrywane. We wskazanym wariantcie w celach prognostycznych przyjmuje się najwyższe wojewódzkie wartości współczynnika.
3. Wariant demograficzny “zindywidualizowany” - głównym założeniem wariantu są różnice między województwami w zakresie zachorowalności na poszczególne choroby. W celach prognostycznych założono występowanie wskazanych różnic również w przyszłości.

<sup>10</sup> Zawarte w rozdziale prognozy powstały w oparciu o dane historyczne, nie uwzględniają trudnych do przewidzenia zachorowań nagłych, takich jak epidemie czy klęski żywiołowe. Analizie poddano schorzenia, które zostały uwzględnione w części dotyczącej zachorowalności, a jednocześnie dla których zostały sporządzone prognozy w Mapach potrzeb zdrowotnych.

4. Wariant demograficzny “uśredniony” - głównym założeniem wariantu jest założenie, że różnice pomiędzy województwami w długim okresie czasu się wyrównają, wobec czego w celach prognostycznych przyjmuje się współczynnik zachorowalności równy wartości dla Polski.

Ze względu na znaczną obszerność materiału zdecydowano, że na potrzeby niniejszej diagnozy analizie poddany zostanie jedynie wariant demograficzny “zindywidualizowany”, uwzględniający w procesie prognozowania występujące różnice między województwami.

Należy również zaznaczyć, że w prognozie epidemiologicznej uwzględniono jedynie schorzenia, które w części diagnostycznej z zakresu stanu zdrowia mieszkańców wykazały się najwyższymi wartościami wskaźników np. zachorowalności, chorobowości rejestrowanej.

**Tabela 3** Prognozowane kierunki zmiany zapadalności rejestrowanej na wybrane grupy schorzeń.

Schorzenie/grupa schorzeń	Kierunek zmiany prognozowanej zapadalności rejestrowanej na poziomie kraju do roku 2031	Kierunek zmiany prognozowanej zapadalności rejestrowanej na poziomie województwa do roku 2031
Cukrzyca	wzrost	wzrost
Nowotwór złośliwy płuc i oskrzeli	wzrost	wzrost
Nowotwór złośliwy piersi	wzrost	wzrost
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	wzrost	wzrost
Nowotwór złośliwy jelita grubego	wzrost	wzrost
Nowotwór złośliwy skóry (czerniak)	wzrost	wzrost
Nowotwór niezłośliwy układu kostno-mięśniowego	wzrost	spadek
Nowotwór niezłośliwy skóry z przydatkami	spadek	spadek
Nowotwór niezłośliwy endokrynologiczny	wzrost	wzrost
Zaburzenia psychiczne – organiczne	wzrost	wzrost
Zaburzenia psychiczne - uzależnienia	spadek	zbliżony poziom
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	spadek	spadek
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	wzrost	wzrost
Zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego	wzrost	wzrost
Choroba refluksowa przełyku	wzrost	spadek
Zapalenie jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i WZJG)	spadek	spadek
Choroby czynnościowe jelit	spadek	spadek
Astma	spadek	spadek
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	wzrost	wzrost
Gruźlica	wzrost	spadek
Gruźlica układu oddechowego, bakteriologicznie i histologicznie potwierdzona	wzrost	spadek

Zapalenia płuc	spadek	spadek
Choroba niedokrwienna serca	wzrost	wzrost
Pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia	wzrost	wzrost
Nadciśnienie tętnicze	wzrost	wzrost
Zator płucny	wzrost	wzrost
Tętniak aorty	wzrost	wzrost
Choroby stawów	wzrost	spadek
Choroby kręgosłupa	wzrost	spadek
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	wzrost	spadek
Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe	wzrost	wzrost
Choroba Alzheimera i inne otępienia	wzrost	wzrost
Pozostałe naczyniopochodne	wzrost	wzrost
TIA	wzrost	wzrost
Udar niedokrwienny mózgu	wzrost	wzrost
Padaczka	zbliżony poziom	zbliżony poziom
Mononeuropatia, zespoły cieśni i radikulopatia	wzrost	wzrost
Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	wzrost	wzrost
Bóle głowy	wzrost	wzrost
Urazy głowy	wzrost	spadek
Urazy kręgosłupa	wzrost	wzrost
Choroby gonad	spadek	spadek
Choroby tarczycy	spadek	spadek
Choroby trzustki	wzrost	wzrost
Niedokrwistości niedoborowe	wzrost	wzrost
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)	spadek	spadek
Inne choroby krwi	wzrost	spadek
Zez i niedowidzenie	spadek	spadek
Zaćma	wzrost	wzrost
Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	wzrost	spadek
Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek	wzrost	wzrost
Kamica moczowa	wzrost	spadek
Infekcja układu moczowego	wzrost	spadek
Pozostałe choroby wątroby	wzrost	wzrost
Choroby dróg żółciowych (z kamicią lub bez)	wzrost	wzrost
Choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicią lub bez)	wzrost	wzrost
WZW (ostre)	spadek	spadek

Źródło: Opracowanie własne. na podstawie Map potrzeb zdrowotnych z 2018 r.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Ze względu na to, że przy opracowaniu tabeli korzystano z wielu Map potrzeb zdrowotnych, zdecydowano o nieumieszczaniu ich pełnych tytułów w źródle. Tytuły konkretnych Map potrzeb zdrowotnych zostały wskazane w części diagnostycznej dotyczącej poziomu zachorowalności na wyszczególnione w tabeli grupy schorzeń.

## Prognoza hospitalizacji

W *Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. śląskiego* zawarto prognozy, które zostały utworzone celem oszacowania przyszłego zapotrzebowania na łóżka szpitalne i analizy możliwości aktualnych zasobów w długoterminowej perspektywie, tj. do roku 2031.

Na podstawie danych dotyczących liczby hospitalizacji za lata 2012-2016 zagregowanych do miesiąca, określono czy obecna infrastruktura zapewnia potrzeby na przyszłą liczbę osobodni w województwach.

W celu sprawdzenia, czy aktualna infrastruktura jest w stanie zapewnić potrzeby wynikające z prognozowanej liczby osobodni, zdefiniowano przedziały liczby osobodni, które zabezpiecza obecna liczba łóżek. Przedziały zostały wyznaczone przy założeniu optymalnego obłożenia szpitala dla stopy odsyłania 3% - dla dolnej granicy, 5% dla górnej (odpowiednio 0,1% oraz 1% dla oddziałów dziecięcych oraz realizujących ponad 75% hospitalizacji w trybie nagłym lub przynajmniej 40% hospitalizacji ze świadczeniem ratującym życie. Do oddziałów tych zaliczono oddziały: chorób wewnętrznych, nefrologiczny, toksykologiczny, kardiochirurgiczny, chirurgii naczyniowej, kardiologiczny (w tym ink), neurologiczny (w tym udarowy), hematologiczny (w tym nowotworów krwi oraz transplantacji szpiku), immunologii klinicznej, onkologii klinicznej oraz pozostałych świadczeń w ramach chemioterapii, radioterapii, medycyny nuklearnej). Stopa odsyłania jest rozumiana jako część pacjentów nieuzyskujących świadczenia. Dla oddziałów, gdzie prognozowana liczba osobodni wskazuje na potrzebę modyfikacji w zakresie infrastruktury, wyznaczono przedziały pokazujące minimalny i maksymalny zakres modyfikacji poprzez analizę scenariuszową.

W przypadku zapotrzebowania na zwiększenie liczby łóżek, scenariusz dodający minimalną liczbę łóżek zakłada umieszczenie ich na największym oddziale w województwie przy stopie odsyłania równej 5%. Scenariusz maksimum proponuje uzupełnienie małych oddziałów do pewnego rozmiaru, a następnie tworzenie nowych o tym samym rozmiarze przy stopie odsyłania równej 3%. Do utworzenia tej propozycji należało przyjąć minimalny rozmiar zapewniający efektywność. Zdecydowano, że będzie to liczba łóżek na najmniejszym oddziale danego typu w Polsce po odjęciu 10% najmniejszych oddziałów.

W przypadku zmniejszenia zapotrzebowania na łóżka, scenariusz pozostawiający minimalną liczbę zakłada jej zmniejszenie na największym oddziale w województwie przy stopie odsyłania równej 3%. Scenariusz maksimum proponuje redukcję liczby łóżek na najmniejszych oddziałach przy stopie odsyłania równej 5%.

**Tabela 4** Zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury i prognoza liczby hospitalizacji z województwa śląskiego w szpitalach w województwie śląskim.<sup>12</sup>

Oddział	Aktualnie zapewnione osobodni [tys.]	Prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031		Poziom hospitalizacji na rok 2016 [tys.]	Prognoza hospitalizacji na rok 2031 [tys.]
		Kierunek	Bezwzględna		
<b>Alergologiczny</b>	5,0 – 5,2	spadek	10 – 13	0,93	0,85
<b>Alergologiczny dla dzieci</b>	3,2 – 4,0	brak zmian	-	1,05	0,80
<b>Chirurgiczny dla dzieci</b>	58,6 – 71,3	spadek	46 – 125	21,38	17,88

<sup>12</sup> W tabeli zawarto informacje dla oddziałów, dla których zostały przygotowane analizy w *Mapie potrzeb*. W analizie dotyczące osobodni uwzględniono oddziały, które w 2016 r. były w szpitalach województwa śląskiego. W analizie nie wskazano również oddziałów, dla których nie prognozuje się hospitalizacji w szpitalach województwa śląskiego w roku 2031.

<b>Chirurgii klatki piersiowej</b>	21,4 – 22,3	wzrost	2 – 8	3,78	4,62
<b>Chirurgii naczyniowej</b>	47,7 – 56,8	wzrost	40 – 193	8,40	9,86
<b>Chirurgii ogólnej, w tym wieloprofilowy zabiegowy</b>	555,4 – 579,0	spadek	237 – 397	77,10	79,82
<b>Chirurgii onkologicznej</b>	60,0 – 62,4	spadek	52 – 75	7,98	7,95
<b>Chirurgii plastycznej</b>	6,9 – 7,6	spadek	5 – 12	2,11	2,16
<b>Chirurgii szczękowo-twarzowej</b>	11,2 – 11,8	spadek	23 – 29	1,06	0,93
<b>Chirurgii urazowo-ortopedycznej</b>	422,0 – 440,0	spadek	196 – 329	54,73	56,42
<b>Chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci</b>	9,9 – 13,3	spadek	5 – 34	3,21	2,83
<b>Chorób wewnętrznych</b>	850,7 – 960,1	brak zmian	-	121,06	128,89
<b>Dermatologiczny</b>	53,9 – 57,0	wzrost	29 – 60	6,51	7,02
<b>Dermatologiczny dla dzieci</b>	1,3 – 1,9	wzrost	10 – 32	0,57	0,51
<b>Endokrynologiczno-diabetologiczny dla dzieci</b>	13,3 – 15,6	spadek	4 – 18	4,07	3,28
<b>Endokrynologiczny</b>	32,4 – 34,1	spadek	24 – 44	5,05	4,93
<b>Gastroenterologiczny</b>	54,9 – 57,4	wzrost	22 – 65	9,34	10,27
<b>Gastroenterologiczny dla dzieci</b>	13,6 – 16,6	spadek	11 – 28	3,18	2,59
<b>Ginekologii onkologicznej</b>	5,0 – 5,3	brak zmian	-	0,86	0,98
<b>Gruźlicy płuc lub chorób płuc</b>	291,4 – 302,7	spadek	56 – 112	26,12	30,36
<b>Gruźlicy lub chorób płuc dla dzieci</b>	49,7 – 54,1	spadek	116 – 124	2,13	1,75
<b>Hematologiczny (w tym nowotworów krwi oraz transplantacji szpiku)</b>	45,7 – 52,2	wzrost	119 – 266	12,01	13,44
<b>Kardiochirurgiczny</b>	36,6 – 41,6	wzrost	18 – 58	4,19	5,05
<b>Kardiochirurgiczny dla dzieci</b>	3,9 – 5,3	wzrost	4 – 21	0,30	0,22
<b>Kardiologiczny (w tym INK)</b>	203,7 – 235,9	wzrost	228 – 789	55,55	66,54
<b>Kardiologiczny dla dzieci (w tym INK)</b>	12,5 – 15,0	spadek	6 – 16	2,55	2,08
<b>Medycyny nuklearnej</b>	1,5 – 2,1	wzrost	11 – 363	0,38	0,34
<b>Nefrologiczny</b>	40,1 – 49,9	wzrost	56 – 279	6,35	7,36
<b>Nefrologiczny dla dzieci</b>	6,1 – 8,2	brak zmian	-	2,48	2,12
<b>Neurochirurgiczny</b>	69,5 – 72,4	spadek	26 – 41	5,62	5,65
<b>Neurochirurgiczny dla dzieci</b>	1,5 – 2,1	wzrost	3 – 9	0,28	0,22
<b>Neurologiczny (w tym udarowy)</b>	276,4 – 322,4	wzrost	173 – 505	38,79	43,34
<b>Neurologiczny dla dzieci</b>	11,9 – 14,1	spadek	2 – 17	2,15	1,71



<b>O charakterystyce onkologicznej oraz transplantacji szpiku dla dzieci</b>	15,9 – 19,3	wzrost	23 – 65	3,18	2,61
<b>O specyfice chorób zakaźnych</b>	59,0 – 61,6	spadek	26 – 46	6,44	6,18
<b>Okulistyczny</b>	136,6 – 144,1	spadek	179 – 277	48,52	61,17
<b>Okulistyczny dla dzieci</b>	9,3 – 11,8	spadek	5 – 25	2,77	2,36
<b>Onkologii klinicznej oraz pozostałe świadczenia w ramach chemioterapii</b>	194,0 – 217,2	wzrost	47 – 310	76,44	88,62
<b>Otorynolaryngologiczny</b>	96,3 – 102,3	spadek	118 – 190	18,57	17,74
<b>Otorynolaryngologiczny dla dzieci, w tym chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci</b>	14,8 – 19,1	spadek	5 - 36	6,57	5,09
<b>Pediatryczny</b>	177,1 – 210,3	spadek	215 – 413	36,41	27,47
<b>Radioterapii</b>	16,0 – 19,5	wzrost	45 – 113	7,58	7,91
<b>Reumatologiczny</b>	101 – 105,7	spadek	40 – 70	8,86	9,54
<b>Reumatologiczny dla dzieci</b>	3,4 – 4,3	spadek	1 – 6	0,68	0,54
<b>Toksykologiczny</b>	6,4 – 7,6	spadek	12 – 17	0,67	0,61
<b>Transplantologiczny</b>	18,0 – 18,8	spadek	12 – 16	1,00	0,97
<b>Urologiczny</b>	120,3 – 126,0	brak zmian	-	25,19	28,91

Źródło: Opracowanie własne. na podstawie: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa Śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 1140-1292.

Z perspektywy województwa śląskiego, niezwykle istotne są również zmiany dotyczące zapewnienia odpowiedniej liczby miejsc na oddziałach geriatrycznych. Wprawdzie w *Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa śląskiego*, nie zawarto informacji dotyczącej zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, ale opracowano prognozy dotyczące osobodni oraz dotyczące hospitalizacji w szpitalach znajdujących się w regionie. W pierwszym przypadku, zgodnie z prognozami, liczba osobodni wzrośnie z 77,4 tys. w 2016 r., do 115,4 tys. w roku 2031. W przypadku liczby hospitalizacji, prognozuje się zmianę ich liczby z 8,03 tys. (2016 r.) do 11,97 tys. (2031 r.).

## KLUCZOWE UWARUNKOWANIA I WYZWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Podczas spotkań warsztatowych, a także w trakcie konferencji stanowiącej forum dla dyskusji na temat znaczenia sektora zdrowia w regionie oraz kluczowych przedsięwzięć i roli poszczególnych sektorów wyszczególniono **różnego typu uwarunkowania, procesy i zjawiska**, które należy wziąć pod uwagę w toku definiowania celów oraz wdrażając *Regionalną Politykę Zdrowia*, w tym:

- społeczne i demograficzne,
- epidemiczne,
- ekonomiczne,
- technologiczne,
- środowiskowe,
- polityczne, prawne, regulacyjne.

Obszar epidemiologiczny uzupełniony został o zagrożenia i skutki pandemii COVID-19.

**Tabela 5** Kluczowe generalne uwarunkowania wyznaczenia celów i mechanizmów realizacji Regionalnej Polityki Zdrowia

w sferze społecznej i demograficznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starzenie się społeczeństwa i migracje,</li> <li>▪ ujemny przyrost naturalny, niski wskaźnik urodzin,</li> <li>▪ wzrost prognozowanej długości życia,</li> <li>▪ ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych, w tym spowodowana brakiem specjalistów geriatry,</li> <li>▪ wzrost oczekiwań dotyczących jakości życia – warunków ekonomiczno-społecznych,</li> <li>▪ wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości świadczonych usług medycznych,</li> <li>▪ wzrost ilości chorób cywilizacyjnych,</li> <li>▪ wzrost ilości chorób związanych z wiekiem (onkologia, kardiologia, geriatry, psychiatry, pulmonologia),</li> <li>▪ wzrost zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne oraz sanatoryjno – uzdrowiskowe, z uwagi na postępujący odsetek osób starszych z problemami w zakresie układu szkieletowo – mięśniowego,</li> <li>▪ rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej,</li> <li>▪ ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,</li> <li>▪ niedobór kadry medycznej,</li> <li>▪ spadek atrakcyjności zawodów medycznych,</li> <li>▪ wpływ jakości i liczebności pracowników medycznych na stan zdrowia danej populacji,</li> <li>▪ niedostateczna świadomość społeczna w zakresie profilaktyki zachorowań,</li> <li>▪ niedostateczna świadomość społeczna w zakresie profilaktyki szczepiennej,</li> <li>▪ niska świadomość zdrowotna społeczeństwa w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz zaniedbania higieniczne,</li> <li>▪ łatwa dostępność produktów zawierających cukier,</li> <li>▪ spersonalizowany sposób diagnostyki i leczenia,</li> <li>▪ zmiana mentalności pacjenta,</li> <li>▪ deficyty edukacji prozdrowotnej,</li> <li>▪ rozpad więzi społecznych w związku z izolacją wywołaną pandemią;</li> </ul>
--------------------------------------	---

<p>w sferze „zagrożeń i skutków pandemii COVID-19”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wpływ pandemii na organizację sfer życia człowieka, w tym zawodowego,</li> <li>▪ postępująca transformacja cyfrowa społeczeństwa niosąca nowe zagrożenia zdrowotne (np. depresje, choroby oczu, choroby kręgosłupa, otyłość) oraz pogłębiająca problematyka uzależnień technologicznych wśród dzieci i młodzieży,</li> <li>▪ wzrost zapotrzebowania na świadczenia diagnostyczne i rehabilitacyjne oraz sanatoryjne,</li> <li>▪ nadmierna śmiertelność – osoby zmarłe z powodu COVID-19, ale również ofiary powikłań chorób przewlekłych, niewydolności systemu ochrony zdrowia lub utrudnionego dostępu do specjalistów i braku diagnoz,</li> <li>▪ pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa, w tym powikłania po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2,</li> <li>▪ pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, w tym nasilenie się syndromu wypalenia zawodowego (stan wyczerpania umysłowego, emocjonalnego i fizycznego w wyniku przytłaczających wymagań, przewlekłego stresu czy niezadowolenia z pracy),</li> <li>▪ czasowe w dobie pandemii COVID-19 ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych zarówno wynikające z uwarunkowań epidemicznych (ogniska zakażeń), regulacji prawno-organizacyjnych (zabezpieczenie łóżek covidowych), jak również społecznych (zachowań pacjentów),</li> <li>▪ obciążenie zasobów podmiotów leczniczych bezpośrednio zaangażowanych w diagnozowanie i leczenie pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2,</li> <li>▪ przeciążenie możliwości adaptacyjnych systemu diagnozowania i leczenia chorób, w tym m.in. onkologicznych i innych chorób przewlekłych;</li> </ul>
<p>w sferze ekonomicznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wzrost kosztów leczenia i diagnostyki – niewystarczające nakłady na ochronę zdrowia,</li> <li>▪ rozwój sektora prywatnego w ochronie zdrowia (finansowanie świadczeń przez pacjenta),</li> <li>▪ wzrost zamożności społeczeństwa,</li> <li>▪ wzrost kosztów wynagrodzeń w ochronie zdrowia,</li> <li>▪ wzrost kosztów odszkodowań z tytułu błędów medycznych,</li> <li>▪ niedofinansowanie infrastruktury placówek medycznych,</li> <li>▪ braki w diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu,</li> <li>▪ brak dodatkowych źródeł finansowania placówek publicznych,</li> <li>▪ niedoszacowane wyceny procedur medycznych,</li> <li>▪ model finansowania niedostosowany do potrzeb,</li> <li>▪ sposób finansowania świadczeń w dobie pandemii; konieczność późniejszej realizacji niewykonanych świadczeń sfinansowanych zaliczkowo przez NFZ;</li> </ul>
<p>w sferze technologicznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rozwój e-medycyny/telemedycyny,</li> <li>▪ rozwój nowych technologii okołomedycznych,</li> <li>▪ wzrost dostępności do wiedzy, diagnostyki i terapii oraz rozwój współpracy międzynarodowej,</li> <li>▪ rozwój nowych technologii leczenia, diagnostyki i komunikacji z pacjentem,</li> <li>▪ nowe techniki genetyczne,</li> <li>▪ rozwój medycyny regeneracyjnej – interdyscyplinarnej dziedziny medycyny łączącej wiedzę m.in. z inżynierii tkankowej i biologii molekularnej,</li> <li>▪ robotyzacja,</li> <li>▪ kreatywne zastosowania druku 3D w medycynie i onkologii,</li> <li>▪ niskie kompetencje technologiczne odbiorców w medycynie (pacjentów),</li> <li>▪ przyspieszenie transformacji cyfrowej na świecie wskutek pandemii COVID-19;</li> </ul>

w sferze środowisko	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wysoki stopień zanieczyszczenia środowiska - powietrza, gleby, wody,</li> <li>▪ wzrost zachorowań związanych z zanieczyszczeniem środowiska,</li> <li>▪ zmiany klimatyczne,</li> <li>▪ wzrost świadomości i promocja zachowań proekologicznych;</li> </ul>
w sferze politycznej, prawnej i regulacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ duża zmienność reguł prawnych i nieprzewidywalność zmian,</li> <li>▪ wewnętrzna konkurencja o te same środki finansowe,</li> <li>▪ brak wieloletniej strategii / polityki w obszarze zdrowia publicznego,</li> <li>▪ brak regulacji dotyczących współfinansowania usług medycznych ze źródeł innych niż NFZ,</li> <li>▪ niewłaściwa alokacja środków,</li> <li>▪ ujawnienie przez pandemię deficytów i słabości organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne.

Do kluczowych wyzwań leżących u podstaw tworzenia efektywnego sektora ochrony zdrowia w regionie zaliczyć należy:

➤ **W ZAKRESIE ROZWOJU INNOWACYJNOŚCI PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO:**

- dobrze wyszkolona kadra medyczna i okołomedyczna,
- kompleksowość leczenia w regionie,
- e-usługi, nowoczesne technologie (nano i naprotechnologie, systemy biotechnologii, robotyka i automatyka w medycynie),
- zintegrowana informacja o pacjencie,
- sprawna, dostosowana do potrzeb pacjentów obsługa,
- integracja sektorów nauki/przedsiębiorstw/administracji,
- odporna infrastruktura podmiotów leczniczych elastycznie dostosowana do sytuacji kryzysowych (w tym: epidemicznych i środowiskowych),
- inwestycje infrastrukturalne z uwzględnieniem konieczności adaptacji do zmian klimatu i wymogów związanych z ochroną środowiska,
- inwestycje w infrastrukturę usług zdrowotnych na obszarach zdegradowanych;

➤ **W ZAKRESIE BUDOWY STABILNEGO I EFEKTYWNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA:**

- jasny podział kompetencji pomiędzy uczestnikami systemu,
- świadomość zdrowotna pacjentów,
- koncentracja na potrzebach pacjenta,
- ujednoczenie i zwiększenie przejrzystości procedur,
- przebudowa piramidy świadczeń,
- koncentracja wysokospecjalistycznych procedur medycznych,
- przepustowość i wydolność systemu,
- współpraca podmiotów tworzących szpitali/udziałowców/akcjonariuszy spółek medycznych w realizacji polityki regionalnej,
- gotowość na sytuacje kryzysowe i zdolność szybkiego reagowania w przypadku ich wystąpienia;

➤ **W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NEGATYWNYM TRENDOM DEMOGRAFICZNYM:**

- programy profilaktyki chorób cywilizacyjnych,

- nowoczesne usługi zdrowotne,
  - edukacja w zakresie korzystania z telemedycyny,
  - programy w zakresie zdrowia reprodukcyjnego,
  - stworzenie systemu zachęt prozdrowotnych,
  - deinstytucjonalizacja opieki medycznej;
- **W ZAKRESIE WYDŁUŻENIA ŻYCIA I POPRAWY JEGO JAKOŚCI:**
- profilaktyka od wczesnego dzieciństwa,
  - edukacja zdrowotna i środowiskowa,
  - optymalizacja działań i posiadanych zasobów – restrukturyzacja, synchronizacja,
  - koordynowana, kompleksowa opieka nad pacjentem,
  - rozwój obszaru e-zdrowie,
  - wykorzystanie walorów środowiskowych województwa,
  - turystyka zdrowotna, rozumiana jako wyjazd do danego miejsca, w celu poprawy stanu zdrowia, samopoczucia fizycznego, ogólnej regeneracji oraz zadbania o kondycję fizyczną i psychiczną,
  - programy rehabilitacji leczniczej i sanatoryjnej,
  - aktywizacja ruchowa i intelektualna społeczeństwa;
- **W ZAKRESIE POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO MIESZKAŃCÓW:**
- równomierne przestrzenne rozmieszczenie placówek medycznych,
  - dostępność do świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości,
  - profilaktyka i promocja zdrowia,
  - monitoring efektywności i skuteczności leczenia,
  - programy przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym,
  - poprawa warunków życiowych mieszkańców,
  - niwelowanie skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID – 19 – prognozowany wzrost zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne,
  - niwelowanie skutków zdrowotnych zanieczyszczenia powietrza, w szczególności dotyczących następujące grupy zagrożenia: dzieci, osoby starsze, osoby z chorobami układu krążenia i oddechowego, chorzy na cukrzycę, osoby z otyłością, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym;
- **W ZAKRESIE ROZWOJU JAKOŚCI INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA:**
- modernizacja, budowa obiektów ochrony zdrowia,
  - unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej oraz pozostałej infrastruktury podmiotów leczniczych,
  - informatyzacja podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym wymiana danych o zdarzeniach medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi,
  - rozwój i unowocześnienie infrastruktury,
  - dostosowanie infrastrukturalne placówek medycznych dla osób starszych i z niepełnosprawnościami;
- **W ZAKRESIE FINANSOWANIA SYSTEMU:**
- prawidłowa wycena świadczeń,
  - wzrost nakładów na ochronę zdrowia,

- wprowadzenie jakości w opiece zdrowotnej, jako kryterium przy finansowaniu placówek medycznych,
- system pożyczek i poręczeń,
- rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- monitoring finansów, standard rachunku kosztów,
- dostępność środków zewnętrznych.

Tabela 6 Ocena regionalnych potencjałów na rzecz Regionalnej Polityki Zdrowia

Atuty, potencjały wspierające i napędzające wdrożenie Regionalnej Polityki Zdrowia	Deficyty, braki, ograniczenia utrudniające formułowanie i wdrażania Regionalnej Polityki Zdrowia
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duża liczba renomowanych placówek ochrony zdrowia</li> <li>▪ Wykwalifikowana kadra medyczna</li> <li>▪ Wysoki potencjał infrastruktury placówek medycznych</li> <li>▪ Popyt na świadczenia zdrowotne</li> <li>▪ Lokalizacja – łatwa dostępność komunikacyjna</li> <li>▪ Liczne programy zdrowotne</li> <li>▪ Wiedza i doświadczenie kadry zarządzającej</li> <li>▪ Wysoki poziom stosowanych technologii medycznych</li> <li>▪ Duża baza tózkowa</li> <li>▪ Współpraca podmiotów sektora zdrowia/służb/instytucji regionu w walce z pandemią COVID-19</li> <li>▪ Sprawne i efektywne możliwości dostosowawcze placówek ratownictwa medycznego i leczenia szpitalnego zarówno kadrowe, jak i infrastrukturalne oraz inwestycyjne w odpowiedzi na zagrożenia epidemiczne,</li> <li>▪ Potencjał śląskich placówek naukowych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nadmierne rozproszenie kontraktów i niewykorzystany potencjał, w tym kadrowy i infrastrukturalny (ograniczone finansowanie świadczeń ze środków publicznych)</li> <li>▪ Pogłębianie problemów kadrowych przez odpływ specjalistów do sektora prywatnego, w szczególności specjalistów psychiatrów oraz psychiatrów dla dzieci i młodzieży</li> <li>▪ Niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych</li> <li>▪ Brak możliwości optymalnego wykorzystania potencjałów leczniczych placówek medycznych regionu</li> <li>▪ Niedobory kadrowe i starzenie się kadr medycznych – luka pokoleniowa wynikająca z niekorzystnej struktury wiekowej – zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek</li> <li>▪ Deficyt koordynacji działań poszczególnych elementów systemu</li> <li>▪ Duże potrzeby inwestycyjne części placówek medycznych</li> <li>▪ Brak koordynacji niezbędnych działań restrukturyzacyjno – reorganizacyjnych na poziomie podmiotów decyzyjnych dla placówek medycznych</li> <li>▪ Brak kompleksowości opieki pozaszpitalnej i jej kompatybilności z publiczną ochroną zdrowia w zakresie zapewnienia opieki w warunkach domowych, w tym opieki nad osobami z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Brak akceptacji społecznej dla niezbędnych zmian konsolidacyjnych w strukturze podmiotów leczniczych</li><li>▪ Mało rozwinięty system współpracy z biznesem, w tym: w formule partnerstwa publiczno – prywatnego</li><li>▪ Duże obciążenie zasobów systemu pandemią COVID-19 i związane z tym duże ryzyko spadku wydolności potencjału podmiotów wykonujących działalność leczniczą w leczeniu pozostałych schorzeń, w tym chorób przewlekłych</li></ul>
--	--

Źródło: Opracowanie własne.

## ANALIZA SWOT

Analiza SWOT została opracowana na podstawie przeprowadzonej przez zespół projektowy diagnozy oraz wyników warsztatów i debat strategicznych. Celem analizy jest uporządkowanie i zhierarchizowanie czynników istotnych dla polityki zdrowotnej regionu.

W analizie SWOT zastosowano następujące kryteria:

- Siły - pozytywne cechy analizowanej dziedziny wpływające na jej rozwój;
- Słabości - negatywne cechy analizowanej dziedziny ograniczające jej rozwój i potencjał;
- Szanse – czynniki zewnętrzne sprzyjające rozwojowi analizowanej dziedziny;
- Zagrożenia - czynniki zewnętrzne mogące negatywnie wpływać na rozwój analizowanej dziedziny.

Tabela 7 Czynniki analizy SWOT

SIŁY	SŁABOŚCI
<b>Potencjał gospodarczy regionu, w tym sektora medycyny, wykorzystującego i kreującego nowe technologie.</b>	Negatywne zjawiska demograficzne, w tym: starzenie się społeczeństwa.
<b>Silny ośrodek naukowy oraz rozwinięty sektor B+R działający m.in. w obszarze medycyny.</b>	Migracja specjalistycznych kadr medycznych.
<b>Wysoka koncentracja specjalistycznych placówek medycznych oraz wykwalifikowanej kadry medycznej.</b>	Niewystarczająca liczba specjalistów w niektórych dziedzinach ochrony zdrowia.
<b>Wyspecjalizowane ośrodki leczenia rehabilitacyjnego i uzdrowiskowego.</b>	Nierównomierne rozmieszczenie placówek opieki zdrowotnej w regionie.
<b>Wysoka dostępność do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego.</b>	Przestarzała infrastruktura techniczna części podmiotów leczniczych wymagająca modernizacji, przebudowy lub przeprofilowania działalności.
<b>Placówki specjalistyczne o wysokiej renomie, świadczące usługi z zakresu onkologii, kardiologii i ortopedii oraz leczenia oparzeń.</b>	Rozdrobnienie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powodujące nieuzasadnioną konkurencję pomiędzy jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne.
<b>Wieloletnie doświadczenie w kształceniu kadr medycznych.</b>	Zła jakość środowiska, w tym powietrza atmosferycznego, wynikająca z wysokiego poziomu niskiej emisji oraz znaczącej emisji dwutlenku węgla z sektora przemysłowego.
<b>Lokalizacja szpitali klinicznych i oddziałów klinicznych dysponujących</b>	



**wysokospecjalistyczną kadrą medyczną i sprzętem medycznym najnowszej generacji.**

**Lokalizacja jedynej w Polsce Wydziału Inżynierii Biomedycznej (Politechnika Śląska), dysponującego wysokospecjalistyczną kadrą naukowo-dydaktyczną oraz unikatową aparaturą naukowo-badawczą.**

**Największa w kraju liczba szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd regionalny.**

**Zdolności adaptacyjne potencjału leczniczego podmiotów medycznych w regionie w walce z pandemią COVID-19.**

**Wysoka jakość współpracy jednostek systemu ratownictwa medycznego i lecznictwa szpitalnego oraz instytucji sektora administracji w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom podejrzanym i zakażonym wirusem SARS-CoV-2.**

Relatywnie gorszy stan zdrowia mieszkańców i słabo rozwinięty system profilaktyki zdrowotnej.

Brak zintegrowanego podejścia do rozwiązywania problemów społecznych i niewystarczająca infrastruktura pomocy społecznej.

Brak systemowych działań w obszarze promocji aktywnego i zdrowego stylu życia.

Niski poziom wydatków na cele badawcze oraz niewystarczający poziom innowacyjności przedsięwzięć, w tym sektora medycznego.

Niewystarczający poziom współpracy między podmiotami ochrony zdrowia, w tym w zakresie wymiany doświadczeń.

Pogarszający się stan zdrowia psychicznego społeczeństwa, w szczególności dzieci i młodzieży, spotęgowany skutkami pandemii COVID-19.

Wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz występowanie uzależnień.

Trudności w zapewnieniu stabilnego stanu zatrudnienia personelu medycznego w podmiotach leczniczych, w tym w psychiatrii powodujące zakontraktowanie świadczeń nieadekwatnie do potrzeb i potencjału infrastrukturalnego.

SZANSE	ZAGROŻENIA
<p><b>Czwarta rewolucja przemysłowa, w tym rozwój nowoczesnych technologii teleinformatycznych, rozwój e-usług.</b></p>	<p>Nasilenie zjawisk kryzysowych, takich jak zagrożenie epidemiczne, w związku z globalizacją światowych gospodarek.</p>
<p><b>Napływ inwestycji zagranicznych oraz dostępność środków zewnętrznych wspierających rozwój sektora B+R, w tym regionalnych inteligentnych specjalizacji.</b></p>	<p>Pojawiające się pandemie zdrowotne zagrażające zdrowiu i życiu mieszkańców oraz wpływające na zmniejszenie wydolności systemu ochrony zdrowia.</p>
<p><b>Zwiększenie liczby programów i inicjatyw poprawiających jakość środowiska.</b></p>	<p>Niewystarczające skoordynowanie systemów i procedur związanych z reagowaniem na sytuacje kryzysowe, w tym dotyczące zagrożenia epidemicznego.</p>
<p><b>Wdrożenie unijnych standardów opieki medycznej.</b></p>	<p>Brak wieloletniej strategii/polityki w obszarze zdrowia publicznego na poziomie krajowym.</p>
<p><b>Dostępność środków zewnętrznych dla sektora medycznego, w tym możliwość uczestnictwa w międzynarodowych projektach i programach badawczych.</b></p>	<p>Niewystarczające inwestycje w infrastrukturę systemu ochrony zdrowia z uwagi na ryzyko zagrożeń epidemicznych i klęsk żywiołowych.</p>
<p><b>Wpływ pandemii na priorytety rządzących i wsparcie działań z obszaru sektora ochrony zdrowia.</b></p>	<p>Niedostateczny poziom finansowania usług publicznych.</p>
<p><b>Rosnąca świadomość społeczna co do roli ochrony zdrowia oraz wzrastająca presja opinii publicznej na wzrost jakości realizowanych usług medycznych.</b></p>	<p>Spadek zaufania do publicznej opieki zdrowotnej.</p> <p>Wysokie koszty utrzymania placówek medycznych.</p>
<p><b>Zakładany wzrost nakładów na system ochrony zdrowia do 7% PKB do 2027 r.</b></p>	<p>Brak pewności kontraktacji, w tym niekorzystny dla regionu algorytm podziału środków NFZ.</p> <p>Bariery prawne w zakresie wprowadzenia dodatkowych źródeł finansowania w publicznych placówkach medycznych.</p> <p>Niewystarczająca liczba podmiotów, które mogą kształcić lekarzy w trakcie specjalizacji oraz personelu pielęgniarskiego.</p>

Brak systemowych rozwiązań dotyczących asysty i opieki nad osobami starszymi.

Niestabilne otoczenie prawne.

Brak mechanizmów wspierających działalność biznesową w zakresie wdrażania innowacji medycznych.

Źródło: Opracowanie własne.

## CEL GENERALNY I CELE STRATEGICZNE

W oparciu o przeprowadzone prace diagnostyczne obejmujące zarówno analizy ilościowe w zakresie potrzeb zdrowotnych oraz prace warsztatów z przedstawicielami środowisk medycznych i podmiotami działającymi w sektorze oraz badania ankietowe wyznaczono 3 obszary priorytetowe, dla których zdefiniowano cel strategiczny, cele operacyjne i zbiór działań.

Tabela 8 Układ logiki celów Regionalnej Polityki Zdrowia

Zawartość	
<b>Cel główny Regionalnej Polityki Zdrowia</b>	znaczenie zdrowia dla regionu i jego mieszkańców
<b>Priorytety</b>	najważniejsze kwestie składające się na <i>Regionalną Politykę Zdrowia</i> i zagadnienia, na których <i>Regionalna Polityka Zdrowia</i> musi się skupić
<b>Cele strategiczne</b>	kluczowe stany, które powinny zostać osiągnięte w wyniku realizacji <i>Regionalnej Polityki Zdrowia</i> w regionie
<b>Cele operacyjne</b>	stany cząstkowe składające się na przyjęte cele strategiczne

Źródło: Opracowanie własne.

Celem głównym *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* jest:

### Wydłużenie i poprawa jakości życia mieszkańców regionu.

Dla osiągnięcia celu głównego należy podjąć działania w 3 priorytetowych obszarach:

- **PRIORYTET I USŁUGI ZDROWOTNE**
- **PRIORYTET II ZDROWY STYL ŻYCIA**
- **PRIORYTET III MEDYCYNA I ZDROWIE JAKO CZYNNIK GOSPODARCZEGO ROZWOJU REGIONU**

Dla wyznaczonych priorytetów zdefiniowano odpowiadające im cele strategiczne:

- cel strategiczny 1: WYSOKA JAKOŚĆ I POWSZECHNA DOSTĘPNOŚĆ USŁUG ZDROWOTNYCH W REGIONIE
- cel strategiczny 2 : SKUTECZNA PROFILAKTYKA I DOGODNE WARUNKI DLA REALIZACJI ZDROWEGO STYLU ŻYCIA MIESZKAŃCÓW REGIONU
- cel strategiczny 3 : TECHNOLOGIE MEDYCZNE I USŁUGI ZDROWOTNE INTELIGENTNĄ I WYSOKOKONKURENCYJNĄ BRANŻĄ ROZWOJU REGIONU

Tabela 9 Uzasadnienie wyboru celów.

	Główne procesy determinujące cel	Kluczowe uwarunkowania (potencjały i zachowania) wpływające na możliwości osiągnięcia celu
<p><i>Cel strategiczny 1:</i>  <b>wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zmiany cywilizacyjne i demograficzne,</li> <li>• zmiany jakości środowiska życia,</li> <li>• postęp technologiczny w medycynie i e-usługach,</li> <li>• zmiana poziomu i stylu życia społeczeństwa,</li> <li>• przestrzenne różnicowanie dostępności i jakości usług medycznych,</li> <li>• zagrożenia pandemiczne i epidemiczne oraz klimatyczne,</li> <li>• procesy sieciowania, specjalizacji, optymalizacji zasobów;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostępność zintegrowanej informacji o pacjencie,</li> <li>• edukacja i poziom kompetencji mieszkańców w zakresie korzystania z usług zdrowotnych oraz e- usług,</li> <li>• kompetencje do prognozowania zapotrzebowania na usługi medyczne w oparciu o dane epidemiologiczne i inne źródła informacji,</li> <li>• wysoki wskaźnik śmiertelności z powodu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2,</li> <li>• skutki pandemii COVID-19 – niespotykane dotąd deficyty i wyzwania dla sektora ochrony zdrowia,</li> <li>• krajowe regulacje prawne i programowe,</li> <li>• realne szacowanie kosztów zdefiniowanych procedur,</li> <li>• warunki finansowe dla modernizacji przestarzałej infrastruktury i wdrażania innowacji w placówkach zdrowotnych (zasoby dostosowane do wymogów współczesnej medycyny oraz zmian klimatu i ochrony środowiska),</li> <li>• koordynacja działania placówek w ramach regionu i podobszarów w regionie, w tym optymalizacja zasobów i podział kompetencji – racjonalizacja potencjału leczniczego,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• konsolidacja zadań/usług zdrowotnych w regionie,</li> <li>• współpraca organów decyzyjnych w zakresie ochrony zdrowia;</li> </ul>
	<p><b>Główne procesy determinujące cel</b></p>	<p><b>Kluczowe uwarunkowania (potencjały i zachowania) wpływające na możliwości osiągnięcia celu</b></p>
<p><i>Cel strategiczny 2: skuteczna profilaktyka i dogodne warunki dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procesy społeczne w zakresie aktywności fizycznej i intelektualnej,</li> <li>• zmiany w skuteczności edukacji zdrowotnej,</li> <li>• procesy społeczne w zakresie podejścia do ekologii,</li> <li>• skuteczność planowania oraz realizacji inwestycji i rozwiązań organizacyjnych na rzecz ochrony środowiska,</li> <li>• trendy społeczne negatywnie wpływające na zdrowie,</li> <li>• pandemia COVID-19 wyzwaniem współczesnego społeczeństwa – negatywnie czynniki wpływające na stan sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej,</li> <li>• uzależnienia cyfrowe dzieci i młodzieży;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostępność terenów i infrastruktury aktywnego spędzania czasu wolnego,</li> <li>• poziom świadomości we wszystkich grupach wiekowych społeczeństwa na temat związków między zdrowiem a jakością życia,</li> <li>• warunki dla zwiększenia aktywności społecznej wobec osób niesamodzielnych, chorych, starszych,</li> <li>• poziom świadomości współodpowiedzialności pacjenta za efekty leczenia,</li> <li>• poziom profilaktyki chorób cywilizacyjnych, edukacji zdrowotnej i środowiskowej, propagowanie kultury zdrowia,</li> <li>• poziom zamożności społeczeństwa umożliwiający realizację zachowań prozdrowotnych: aktywny styl życia, sposób odżywiania,</li> <li>• wspieranie zachowań prozdrowotnych przez podmioty sektora publicznego, biznes i organizacje pozarządowe;</li> </ul>

	Główne procesy determinujące cel	Kluczowe uwarunkowania (potencjały i zachowania) wpływające na możliwości osiągnięcia celu
<p><i>Cel strategiczny 3: <b>technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu</b></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• postęp technologiczny w medycynie i usługach,</li> <li>• tempo transferu innowacji z nauki i sfery B+R do biznesu medycznego i placówek zdrowotnych,</li> <li>• pandemia COVID-19 jako silny impuls rozwojowy dla wszelkiego rodzaju technologii medycznych umożliwiających zdalne usługi zdrowotne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• działalność instytucji wspierających kreowanie i transfer innowacji,</li> <li>• system wspierania innowacyjności w ochronie zdrowia,</li> <li>• stworzenie warunków dla wsparcia potencjału placówek naukowych gotowych odpowiedzieć wyzwaniom i współczesnym zagrożeniom dla zdrowia, w tym pandemicznym i epidemicznym oraz klimatycznym,</li> <li>• warunki dla rozwoju kadr medycznych, udziału w badaniach naukowych,</li> <li>• partnerstwo podmiotów tworzących produkty medyczne i podmiotów turystyki zdrowotnej (samorządy lokalne, podmioty medyczne, uzdrowiskowe, spa, hotele i inne).</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 10 Cele strategiczne i cele operacyjne Regionalnej Polityki Zdrowia

<p><b>Priorytet I:</b> <b>Usługi zdrowotne</b></p>	<p><b>Cel strategiczny 1:</b> <b>Wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie</b></p>
<p><b>Cele operacyjne</b></p>	<p>C1.1. Wysoki poziom usług zdrowotnych, dostosowany do procesów demograficznych oraz zagrożeń epidemicznych i podnoszący jakość życia w regionie.</p> <p>C1.2. Kompleksowość usług zdrowotnych wspierająca pełny proces leczenia i powrotu do zdrowia pacjentów.</p> <p>C1.3. Przestrzenna dostępność usług zdrowotnych w regionie.</p> <p>C1.4. Etyczne i empatyczne podejście personelu medycznego do pacjentów.</p> <p>C1.5. Nowoczesność rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w usługach zdrowotnych w regionie.</p> <p>C1.6. Atrakcyjne, zdrowe i bezpieczne warunki pracy dla personelu reprezentującego różne zawody medyczne.</p> <p>C1.7. Wysoka efektywność/zwiększona wydolność potencjału leczniczego regionu.</p> <p>C1.8. Rozwój szeroko rozumianej środowiskowej opieki psychiatrycznej.</p> <p>C1.9. Wzmocnienie priorytetów zdrowotnych poprzez zapewnienie przepustowości systemów i ich odporności oraz zdolności reagowania na stany nagłe.</p> <p>C1.10. Wysoka jakość i skuteczność procedur diagnostycznych i terapeutycznych.</p>



<p><b>Priorytet II:</b> <b>Zdrowy styl życia</b></p>	<p><b>Cel strategiczny 2:</b> <b>Skuteczna profilaktyka i dogodne warunki dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu</b></p>
<p><b>Cele operacyjne</b></p>	<p>C2.1. Wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa.</p> <p>C2.2. Upowszechnienie wśród mieszkańców zdrowego stylu życia obniżającego koszty systemu opieki zdrowotnej.</p> <p>C2.3. Ograniczenie skali chorób cywilizacyjnych i wypadków.</p> <p>C2.4. Społeczna wrażliwość na potrzeby zdrowotne seniorów i osób z deficytami zdrowotnymi oraz różnymi formami niepełnosprawności.</p> <p>C2.5. Koordynacja usług zdrowotnych w połączeniu z usługami społecznymi.</p> <p>C2.6. Sprawnie funkcjonujące i współpracujące zasoby systemów ochrony zdrowia.</p> <p>C2.7. Dostępność opieki długoterminowej i rozwój opieki wytchnieniowej.</p> <p>C2.8. Poprawa jakości życia osób wymagających wsparcia i ich rodzin.</p>
<p><b>Priorytet III:</b> <b>Medycyna i zdrowie jako czynnik gospodarczego rozwoju regionu</b></p>	<p><b>Cel strategiczny 3:</b> <b>Technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysoko konkurencyjną branżą gospodarki regionu</b></p>
<p><b>Cele operacyjne</b></p>	<p>C3.1. Implementacja usług i technologii medycznych kreowanych i doskonalonych w regionie, integrujących potencjał placówek ochrony zdrowia, nauki i biznesu.</p> <p>C3.2. Regionalny ekosystem wsparcia cyfrowego zdrowia.</p> <p>C3.3. Produkcja w regionie nowoczesnych urządzeń medycznych o wysokim potencjale rynkowym.</p>

	C3.4. Rozwinięta w regionie turystyka zdrowotna (medyczna, uzdrowiskowa, spa & wellness) łącząca ofertę podmiotów z różnych sektorów i wykorzystująca specjalizacje medyczne województwa.
--	---

Źródło: Opracowanie własne.

Dla wyznawczych celów sformułowano również priorytetowe działania odpowiadające kluczowym zidentyfikowanym wyzwaniom.

Tabela 11 Kluczowe działania

Cel Regionalnej Polityki Zdrowia	Działania
<b>wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podnoszenie poziomu usług zdrowotnych i dostosowanie ich profilu do procesów demograficznych, środowiskowych, zawodowych i epidemicznych,</li> <li>• konsolidacja zadań i usług podmiotów leczniczych działających w regionie,</li> <li>• rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności środowiskowych form opieki,</li> <li>• poszerzenie zakresu odpowiedzialności i zadań POZ i AOS celem odciążenia systemu leczenia stacjonarnego (ograniczenie liczby procedur realizowanych na poziomie szpitalnym),</li> <li>• współpraca i koordynacja działań POZ z innymi poziomami systemu ochrony zdrowia,</li> <li>• przeprofilowanie oddziałów na oddziały leczenia dziennego,</li> <li>• zapewnienie przepustowości systemów i ich zdolności reagowania kryzysowego poprzez m. in. przebudowę struktury organizacyjnej, stworzenie sieci współpracy interesariuszy, inwestycje w zasoby (segmentacja infrastruktury),</li> <li>• modernizacja, budowa obiektów ochrony zdrowia,</li> <li>• wymiana sprzętu i aparatury medycznej,</li> <li>• optymalizacja współpracy i budowanie systemu przygotowanego do efektywnego działania w sytuacjach wystąpienia pandemii i epidemii, w tym przepływ informacji, przepływ zasobów technicznych, bezpieczeństwo personelu medycznego,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poprawa kompleksowości usług zdrowotnych,</li> <li>• rozwój diagnostyki, w tym chorób przewlekłych, chorób cywilizacyjnych, diagnostyki mikrobiologicznej i patomorfologii,</li> <li>• wsparcie procesu rehabilitacyjnego zarówno w systemie szpitalnym, jak i sanatoryjnym,</li> <li>• rozwój cyfrowego i infrastrukturalnego otoczenia procesu wsparcia terapeutyczno-rehabilitacyjnego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami,</li> <li>• zapewnienie przestrzennej dostępności usług zdrowotnych w regionie,</li> <li>• zwiększenie liczebności kadry medycznej w regionie,</li> <li>• rozwój kompetencji pracowników sektora, w tym kompetencji medycznych oraz w zakresie etycznego i empatycznego podejścia personelu medycznego do pacjenta,</li> <li>• wdrażanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych w ochronie zdrowia,</li> <li>• poprawa warunków i bezpieczeństwa pracy personelu medycznego i okołomedycznego;</li> </ul>
<p><b>skuteczna profilaktyka i dogodne warunki dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podnoszenie poziomu świadomości zdrowotnej społeczeństwa,</li> <li>• upowszechnianie zdrowego stylu życia,</li> <li>• rozwój infrastruktury do uprawiania sportu i rekreacji,</li> <li>• przeciwdziałanie rozwojowi chorób cywilizacyjnych, zakaźnych i wypadków,</li> <li>• wzmacnianie społecznej wrażliwości na potrzeby zdrowotne seniorów i niepełnosprawnych,</li> <li>• podnoszenie poziomu świadomości w obszarze "silver economy" - wykorzystywanie potencjału osób starszych oraz uwzględnianie ich potrzeb bytowych i zdrowotnych,</li> <li>• przygotowanie i realizacja programów profilaktyki zdrowotnej;</li> </ul>
<p><b>technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzenie i wdrażanie usług i technologii medycznych integrujących potencjał w regionie,</li> <li>• wzmacnianie branż i sektorów działalności gospodarczej związanych z produkcją w regionie nowoczesnych urządzeń</li> </ul>

	<p>medycznych oraz systemów opartych na nowoczesnych rozwiązaniach ICT i IA,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• budowa regionalnej zintegrowanej infrastruktury współpracy,</li><li>• wdrożenie systemu teleopieki,</li><li>• poprawa dostępności do opieki zdrowotnej na obszarach słabo skomunikowanych i oddalonych od dużych miast,</li><li>• rozwój turystyki zdrowotnej w regionie.</li></ul>
--	--

Źródło: Opracowanie własne.

## KLUCZOWE PROJEKTY

W toku warsztatów i debat strategicznych zdefiniowano listę kluczowych kierunków i przedsięwzięć, które stanowią główne ścieżki implementacji polityki, projekty wdrożeniowe wpisujące się w priorytety, których realizacja prowadzi do osiągnięcia wyznaczonych celów.

**Tabela 12** Kierunki i projekty wyznaczone w toku warsztatów i debat strategicznych oraz konsultacji społecznych.

KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
<b>Priorytet I USŁUGI ZDROWOTNE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forum wymiany dobrych praktyk JST w zakresie ochrony zdrowia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Unia Metropolii, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT, uczelnie medyczne i techniczne, podmioty lecznicze, lekarze i lekarze dentyści prowadzący praktyki zawodowe, a także pielęgniarki, położne i fizjoterapeuci prowadzący takie praktyki;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Przygotowanie studium wykonalności w zakresie struktury świadczeń, zaspokojenia potrzeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, Urząd Wojewódzki, uczelnie;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dostosowanie placówek medycznych do zmian demograficznych oraz skutków pandemii COVID-19, w tym w szczególności leczenia chorób przewlekłych i leczenia pacjentów w wieku podeszłym z wielochorobowością (w tym: modernizacja, wyposażenie i zwiększenie efektywności bazy łóżkowej w oddziałach internistycznych, pulmonologicznych, chorób zakaźnych, geriatrycznych, kardiologicznych, neurologicznych, urologicznych, onkologicznych, leczenia uzdrowiskowego), wsparcie oddziałów zachowawczych i rozwój stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmioty tworzące placówek medycznych, Urząd Wojewódzki, MZ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promowanie rozwiązań mających na celu rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności środowiskowych form opieki i opieki rodzinnej,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmioty tworzące placówek medycznych, podmioty lecznicze, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NFZ, MZ; instytucje opieki środowiskowej</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promowanie rozwiązań mających na celu zwiększenie roli POZ i AOS w systemie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmioty tworzące placówek medycznych, podmioty lecznicze, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NFZ, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompleksowa przebudowa modelu leczenia psychiatrycznego wraz z modernizacją infrastruktury</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, MZ,NFZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rozwój infrastruktury oraz zasobów w zakresie rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego, w szczególności w aspekcie bezprecedensowych wyzwań związanych ze stanem zdrowia mieszkańców regionu po pandemii COVID-19 (dorosłych i dzieci), w tym: wsparcie zasobów ludzkich, dostosowanie infrastruktury lokalowej i sprzętowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, uczelnie wyższe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Modernizacja, rozbudowa infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych pozwalające na uruchomienie planowanych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub budowa SOR od podstaw wraz z wprowadzeniem mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NFZ, ŚUW, UMWŚL, podmioty tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utworzenie centrum pulmonologii i leczenia niewydolności oddechowej poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, podmioty tworzące podmioty lecznicze, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utworzenie ośrodka chorób zakaźnych dla dzieci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUM; podmioty tworzące podmioty lecznicze, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utworzenie centrum urologii poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podmioty tworzące podmioty lecznicze, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stworzenie centrum leczenia udarów poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podmioty tworzące podmioty lecznicze, NFZ, Wojewódzki, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stworzenie ośrodka leczenia boreliozy i innych chorób odzwierzęcych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podmioty tworzące podmioty lecznicze, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wdrożenie i upowszechnienie w podmiotach leczniczych narzędzi służących usprawnieniu i poprawie jakości komunikacji z pacjentem: <ul style="list-style-type: none"> <li>– kolejkomaty,</li> <li>– aplikacje na urządzenia mobilne,</li> <li>– elektroniczne tablice informacyjne,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizacja regionalnych programów zdrowotnych ukierunkowanych na choroby będące istotnym problemem regionu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samorząd Województwa (negocjacje z Komisją Europejską), JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalne programy zdrowotne dotyczące rehabilitacji medycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordynator procesu leczenia pacjenta w warunkach pozaszpitalnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podmioty lecznicze, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentyków, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projekty infrastrukturalne związane z rozwojem nowoczesnych technologii wykorzystywanych w ochronie zdrowia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SUM, uczelnie wyższe, podmioty lecznicze;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uwzględnienie w procesie kształcenia kadr medycznych aspektów związanych z empatycznym kontaktem z pacjentem i bezpośrednim otoczeniem pacjenta (rodzina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uczelnie medyczne, podmioty lecznicze, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, oraz samorządy zawodów medycznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programy profilaktyczne w zakresie chorób cywilizacyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NFZ, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wsparcie zespołów terapeutycznych w diagnostyce i rehabilitacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi, w tym rehabilitacji po pandemii COVID-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, placówki oświatowe (w tym poradnie psychologiczno-pedagogiczne);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opieka nad pacjentem okołoperacyjnym narządu ruchu „opiekun fizjoterapeutyczny”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIF, placówki medyczne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opieka Farmaceutyczna jako element profilaktyki chorób – Pharmacy Concergie, przeglądy lekowe – audyt przebiegu farmakoterapii - uefektywnienie procesu leczenia „opiekun farmakologiczny”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Śląska Izba Aptekarska, apteki, szpitale, firmy farmaceutyczne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspieranie rozwoju rozwiązań w obszarze farmacji, w tym w zakresie nośników leków nowej generacji – systemów docelowego wprowadzania leków do tkanek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• firmy farmaceutyczne, przedsiębiorstwa przemysłowe, instytucje B+R, uczelnie wyższe, Ministerstwa;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizacja łańcucha współpracy podmiotów leczniczych z pionem polityki społecznej, bezpieczne przekazanie pacjenta do opieki domowej (koordynacja dalszej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i edukacji prozdrowotnej)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, podmioty polityki społecznej;</li> </ul>



KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
<b>Priorytet II ZDROWY STYL ŻYCIA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>System wspierania rodziców w procesie wychowawczym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>System wspierania pedagogów w procesie kształtowania dobrych nawyków dzieci i młodzieży</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programy profilaktyczne dla osób pracujących</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, pracodawcy;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Opracowanie Regionalnych programów zdrowotnych w zakresie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi,</li> <li>- rehabilitacji osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego;</li> <li>- przeciwdziałania cukrzycy i zwalczania otyłości</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programy profilaktyczne dla dzieci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Projekty w zakresie profilaktyki, poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne, zapobieganie infekcjom bakteryjnym, popularyzacja szczepień, nowy model badań profilaktycznych osób pracujących</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerstwo Zdrowia, NFZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Programy profilaktyki chorób nowotworowych poprzez rozwój oddziałów dziennych diagnostyki i leczenia onkologicznego ( w szczególności raka płuca)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerstwo Zdrowia, NFZ, AOTMiT, podmioty lecznicze;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program profilaktyki wysiłkowego nietrzymania moczu przy zastosowaniu nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIF; JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program smartfonowa szyja – program profilaktyczny w szkołach (z akcentem na dzieci)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIF, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programy profilaktyczne dla klas 4-8 (waga, wady postawy, zwiększenie aktywności fizycznej)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program profilaktyki symetrii i prawidłowej osi kończyn dolnych szansą na skuteczną walkę z chorobą zwyrodnieniową stawów kończyn dolnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, KIF, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktywny śląski senior – lekka diagnostyka + grupowa bezpłatna aktywność fizyczna + profilaktyka przeciwpadkowa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, KIF, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program pomocy sąsiedzkiej – wsparcie dla osób starszych /samotnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NGO;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozwój organizacji społecznych aktywizujących osoby starsze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NGO;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wsparcie rozwoju opieki wytchnieniowej opiekunów sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną –</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NFZ, JST oraz związki międzygminne, związki</li> </ul>

<p>niepełnosprawną, w tym rozszerzenie modelu opieki paliatywnej – 14 dniowy urlop dla rodziny nad osobą zależną (dot. osób dorosłych) w miejscu zamieszkania</p>	<p>powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, MZ i AOTMiT;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tworzenia placówek w formule dziennej dla osób wymagających opieki hospicyjnej, paliatywnej wraz z ich wsparciem w środowisku domowym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NFZ, MZ;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Targi zdrowej żywności i zdrowego stylu życia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NGO;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programy promujące zdrowe życie (szkoły, przedszkola) – akcje pij wodę, jedź warzywa, uprawiaj sport – wprowadzenie do szkół dla wszystkich szczebli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, uczelnie, NGO;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programy profilaktyczno – lecznicze i edukacyjne w zakresie stanu uzębienia oraz chorób przyzębia i chorób onkologicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podmioty lecznicze, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentyków, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, AOTMiT;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tworzenie obszarów aktywności fizycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, NGO, kluby sportowe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spersonalizowane place zabaw, siłownie na świeżym powietrzu dla młodzieży, seniorów i osób z niepełnosprawnościami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaktyka żywienia przed i pozabiegowego (program informacyjny, edukacyjny, platforma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki</li> </ul>

	metropolitalne, podmioty lecznicze, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentystów, NGO;
<ul style="list-style-type: none"> <li>Warsztaty dla projektantów i osób związanych z budownictwem skierowane na potrzeby osób niepełnosprawnych i starszych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, PFRON;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rozbudowa infrastruktury rowerowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, KIF;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Program Edukacji Mieszkańców Śląska w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentystów;</li> </ul>

KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
<b>Priorytet III MEDYCINA I ZDROWIE JAKO CZYNNIK GOSPODARCZEGO ROZWOJU REGIONU</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dedykowane regionalne programy wsparcia start – up w obszarze technologicznym (po okresie inkubacji)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL; uczelnie medyczne, uniwersytet ekonomiczny, uczelnie techniczne, izby przemysłowo – handlowe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stworzenie funduszu wspierającego patenty w ochronie zdrowia (fundusz regionalny, inwestycyjny)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL; uczelnie, ośrodki badawcze;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rozszerzenie funkcjonalności systemów i infrastruktury informatycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, SUM, podmioty lecznicze, praktyki zawodowe,</li> </ul>

	<p>w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentyistów, NFZ, klastry medyczne, instytuty badawcze;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promowanie medycyny śląskiej – Śląska Marka Medyczna; wysokiej rangi konkursy, nagrody dla twórców technologii w zakresie rozwoju usług medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, Ministerstwo Zdrowia, uczelnie;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wsparcie wdrażania narzędzi usprawniających organizację i zarządzanie podmiotami leczniczymi, w celu zwiększenia bezpieczeństwa, jakości i efektywności leczenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrum Monitorowania Jakości w Systemie Zdrowia/ Narodowy Fundusz Zdrowia, UMWŚL. uczelnie wyższe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarządzanie informacją medyczną, także dla potrzeb realizacji usług komercyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>podmioty lecznicze, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentyistów, SUM;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integracja sieci współpracy publicznych szpitali, placówek edukacyjnych i badawczych, innowacyjnych przedsiębiorstw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, uczelnie wyższe, Ministerstwa (w szczególności Zdrowia, Edukacji i Nauki, Funduszy i Polityki Regionalnej), szpitale, placówki B+R;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Edukacja i kształcenie kadr okołomedycznych, społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem po zakończeniu leczenia szpitalnego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, placówki oświatowe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kształcenie kadr medycznych i zapewnienie odpowiedniej ich liczby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>placówki oświatowe, uczelnie wyższe, samorząd lekarski;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wprowadzenie zawodu inżyniera medycznego do zawodów medycznych, wsparcie inżynierskie wykorzystania narzędzi telemedycyny, robotyki, biotechnologii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>uczelnie wyższe, firmy technologiczne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Projekty z zakresu procesu patentowego; szkolenia z pozyskiwania środków na zadania naukowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UMWŚL, Ministerstwo, uczelnie wyższe, placówki B+R;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalny konkurs młodych wynalazców</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UMWŚL; JST, uczelnie wyższe, klastry medyczne;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Targi technologii medycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UMWŚL: JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, uczelnie wyższe, klastry medyczne, instytuty badawcze, RIG;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernizacja i rozbudowa infrastruktury rehabilitacyjnej i uzdrowskiej – oferta dla pacjentów zagranicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UMWŚL, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozwój turystyki medycznej (rehabilitacja, usługi sanatoryjne) w działających ośrodkach, telerehabilitacja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UMWŚL, podmioty lecznicze;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stworzenie współpracy między różnymi sektorami gospodarki (integracja rynków lokalnych)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, Ministerstwa, NFZ, placówki edukacyjne i badawcze, podmioty lecznicze, AOTMiT, wytwórcy farmaceutyków, innowacyjne firmy informatyczne, wytwórcy sprzętu medycznego, firmy ubezpieczeniowe;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wsparcie rozwoju technologii – testowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań oraz późniejsza komercjalizacja wiedzy i technologii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uczelnie wyższe, jednostki B+R, JST oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne, podmioty lecznicze, wytwórcy farmaceutyków, innowacyjne firmy informatyczne, wytwórcy</li> </ul>

	sprzętu medycznego, firmy ubezpieczeniowe;
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wsparcie badań i rozwiązań z zakresu medycyny spersonalizowanej i regeneracyjnej, w tym opartych o druk 3D i biodruk 3D czy nanotechnologie wykorzystywane m.in. w walce z nowotworami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przedsiębiorstwa, instytucje otoczenia biznesu, instytucje naukowe, jednostki B+R;</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych analiz, warsztatów, konsultacji oraz opiniowanych i konsultowanych dokumentów programowych krajowych i regionalnych wyznaczono propozycje kluczowych projektów.

**Należy podkreślić że projekty te nie stanowią katalogu zamkniętego, a mają one zainicjować działania systemowe oparte o zapisy *Regionalnej Polityki Zdrowia*. Realizacja poszczególnych projektów kluczowych, jak również innych projektów zdefiniowanych na etapie wdrażania zależna będzie od możliwości finansowych zarówno Samorządu Województwa, jak i innych podmiotów partnerskich oraz funduszy europejskich i systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce.**

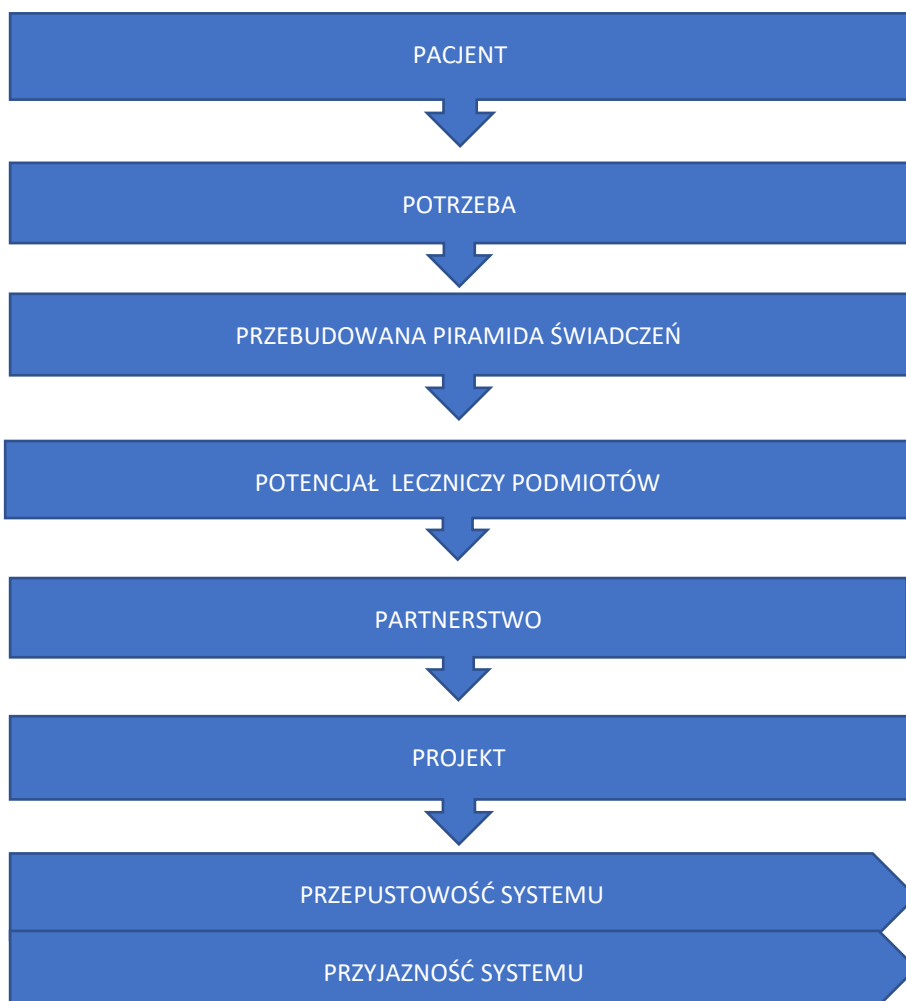
Przyjętą logikę formułowania projektów można zaprezentować w oparciu o niżej przedstawione schematy:

**Schemat 1** Technologie medyczne przyszłością regionu.



Źródło: Opracowanie własne.

**Schemat 2** Profilaktyka i usługi zdrowotne w regionie w perspektywie 2030 roku.



Źródło: Opracowanie własne.

**Do grupy projektów kluczowych zaliczono:**

1. **RACJONALNE I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE POTENCJAŁÓW SEKTORA MEDYCZNEGO REGIONU, PRZY JEDNOCZESNYM PODNIESIENIU POZIOMU JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH** – optymalne wykorzystanie zasobów, w szczególności deficytowych zasobów kadrowych, w tym: personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, fizjoterapeutów, psychologów, ratowników i opiekunów medycznych, farmaceutów w placówkach zdrowia o profilu dostosowanym do procesów demograficznych, środowiskowych i epidemicznych, m. in. poprzez:
  - ✓ **konsolidację zadań i usług w regionie** – reorganizację działalności medycznej (m.in. rezygnacja z realizacji dublujących się na danym obszarze procedur, zmiana struktury, w tym własności, przenoszenie oddziałów, przeprofilowanie /w tym z uwagi na zmiany demograficzne, skutki pandemii COVID-19, choroby przewlekłe/, redukcja liczby łóżek przy jednoczesnej poprawie wskaźników wykorzystania), zwiększenie zakresu kompetencji POZ i AOS,
  - ✓ **likwidację przestarzałej infrastruktury szpitalnej oraz ratownictwa medycznego i zastąpienie zmodernizowaną lub nową o podobnym profilu,**
  - ✓ **zwiększenie efektywności działania specjalistycznych wielopoziomowych podmiotów leczniczych, kluczowych placówek szpitalnych** (również w walce z Covid-19) realizujących



świadczenia od podstawowej opieki zdrowotnej i ratownictwa medycznego, przez diagnostykę, leczenie operacyjne oraz rehabilitację i profilaktykę, w tym m.in. realizacja projektów:

- 1.1. **ZWIĘKSZENIE WYDOLNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI BAZY ŁÓŻKOWEJ W ODDZIAŁACH INTERNISTYCZNYCH I ROZWÓJ BAZY ŁÓŻEK GERIATRYCZNYCH:** budowa, modernizacja, doposażenie; wzmocnienie zasobów w zakresie opieki nad pacjentami z wielochorobowością, w szczególności poprzez inwestycje w oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych, koncentrujących specjalistów z różnych dziedzin oraz posiadających zaplecze łóżek OIOM; zapewnienie pełnej „ścieżki leczenia” oraz infrastruktury odpornej na sytuacje zagrożenia.
  - 1.2. **ROZWÓJ BAZY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ:** modernizacja i rozbudowa infrastruktury zakładów opiekuńczo – leczniczych i zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych (ZOL i ZPO), w tym psychiatrycznych;
  - 1.3. **UTWORZENIE OŚRODKÓW KOMPETENCJI w zakresie ONKOLOGII, UROLOGII, NEUROCHIRURGII, LECZENIA UDARÓW, GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA, W TYM DEDYKOWANYM PACJENTKOM DO 18 ROKU ŻYCIA oraz PULMONOLOGII I LECZENIA NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ POPRZEC SIECIOWANIE ODDZIAŁÓW I PLACÓWEK MEDYCZNYCH:** koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach referencyjnych;
  - 1.4. **MODERNIZACJA I BUDOWA NOWYCH, NOWOCZESNYCH POD WZGLĘDEM TECHNOLOGICZNYM BLOKÓW i TRAKTÓW OPERACYJNYCH WRAZ Z WYPOSAŻENIEM ORAZ STANOWISK INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ:** efektywność ekonomiczna i medyczna zabiegów/łóżek szpitalnych; zmiana profilu oddziałów na oddziały leczenia dziennego i jednego dnia; infrastruktura umożliwiająca zdalne operacje chirurgiczne; zwiększenie przepustowości i wzmocnienie odporności kluczowej infrastruktury lecznictwa szpitalnego.
  - 1.5. **PODNIESIENIE POZIOMU DIAGNOSTYKI, W TYM: DIAGNOSTYKI CHOROÓB PRZEWLEKLYCH, CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH, DIAGNOSTYKI POCOVIDOWEJ, MIKROBIOLOGICZNEJ I PATOMORFOLOGII** – zapewnienie ciągłości leczenia w poradniach specjalistycznych, w tym szpitalnych.
  - 1.6. **OPTIMALIZACJA I ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH PRZEZ ODDZIAŁY RATUNKOWE ORAZ PODNIESIENIE JAKOŚCI USŁUG RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.**
2. **BUDOWA NOWYCH KOMPLEKSÓW MEDYCZNYCH** – utworzenie ośrodka leczenia boreliozy i innych chorób odzwierzęcych, utworzenie ośrodka chorób zakaźnych dla dzieci, ośrodków leczenia onkologicznego, kompleksowa przebudowa modelu lecznictwa psychiatrycznego – modernizacja i tworzenie centrów zdrowia psychicznego, zakładów opiekuńczo-leczniczych dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w tym dzieci, stworzenie sieci dziennych ośrodków

opieki długoterminowej dla osób wymagających wsparcia: dzieci i dorosłych mających problemy psychiczne, osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych;

3. **BUDOWA NOWYCH KOMPLEKSÓW OKOŁOMEDYCZNYCH** – tworzenie domów opieki umożliwiających zamieszkanie seniorom, ośrodków kultury i sztuki życia w zdrowiu – edukator zdrowotny jako jeden z kluczowych zawodów okołomedycznych, z jednej strony okazujący zainteresowanie potrzebami pacjentów, z drugiej strony wspierający proces leczenia poprzez promocję zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych oraz uświadamiający o współodpowiedzialności pacjenta za efekt leczenia, utrwalanie od najmłodszych lat właściwych wzorców zdrowego życia.
4. **STWORZENIE REGIONALNEGO SYSTEMU WSPARCIA RYNKU E-ZDROWIA – BUDOWA REGIONALNEJ INFRASTRUKTURY WSPÓŁPRACY MIĘDZY RÓŻNYMI SEKTORAMI GOSPODARKI;** regionalny program wsparcia start-up; rozwój inicjatyw klastrowych, utworzenie inkubatora przemysłów medycznych, rozwój działalności badawczej.
5. **ŚLĄSKIE CYFROWE ZDROWIE – ŚLĄSKA INFRASTRUKTURA USŁUG ELEKTRONICZNYCH/ SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH CYFROWEGO ZDROWIA ODPOWIEDZIĄ NA WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY I GOSPODARKI ORAZ ZAGORZENIA EPIDEMICZNE:** wsparcie rozwiązań umożliwiających zdalny dostęp do usług medycznych (teleporady, zdalne konsultacje, edukacja prozdrowotna); wsparcie rozwiązań z obszaru m-zdrowia – wykorzystywanie narzędzi/czujników do monitorowania stanu zdrowia pacjentów i zbierania informacji o ich zachowaniu; wsparcie projektów infrastrukturalnych związanych z rozwojem nowoczesnych technologii wykorzystywanych w ochronie zdrowia; dalszy rozwój usług telemedycznych; wsparcie projektów z zakresu konsolidowania i zarządzania danymi medycznymi pacjenta, w tym wdrożenie systemów opartych na nowoczesnych rozwiązaniach ICT i IA, np. wykorzystania sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego do analizy badań obrazowych i szybszego wykrywania różnego typu schorzeń.
6. **WDROŻENIE KONCEPCJI SZPITALA DOMOWEGO** – rozwój opieki środowiskowej i teleopieki; stworzenie odrębnego systemu ukierunkowanego na leczenie pacjenta w warunkach domowych z zapewnieniem realizacji świadczeń medycznych dotyczącej nielicznej grupy zachorowań celem zapobiegania hospitalizacji, ewentualnie przyspieszenia wypisu pacjenta ze szpitala, a także opieki poszpitalnej;
7. **PLATFORMA WIEDZY O PROGRAMACH I DOBRYCH PRAKTYKACH W OCHRONIE ZDROWIA** - zestawienie informacji o programach na rzecz ochrony zdrowia dostępnych dla różnych podmiotów w regionie, prezentowanie dobrych praktyk, które mogą inspirować potencjalnych realizatorów programów i projektów zdrowotnych, wspieranie nawiązywania kontaktów między podmiotami mogącymi realizować duże, innowacyjne projekty partnerskie, baza ekspertów i doradców, którzy mogą wesprzeć projekty od strony koncepcyjnej i realizacyjnej.
8. **REGIONALNY PROGRAM PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ** - ukierunkowanie na choroby stanowiące istotny problem społeczności regionalnej w tym nowotwory (w szczególności rak płuc), choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu szkieletowo – mięśniowego, choroby układu moczowego. Określenie preferowanych narzędzi w realizacji z partnerami

krajowymi, lokalnymi i prywatnymi, prezentowanie instrumentów i zasad udzielania wsparcia dla realizatorów projektów, sieciowanie projektów lokalnych w projekty o skali regionalnej.

9. **ŚLĄSKIE TARGI INNOWACJI MEDYCZNYCH** - Targi prezentujące innowacyjne technologie i usługi medyczne, promujące firmy i placówki medyczne regionu, wspierające rozwój działających w regionie start-upów medycznych, dostarczające okazji do bezpośredniego spotkania środowisk regionalnych z liderami innowacji w kraju i na świecie, wspierające przemianę wizerunku województwa.
10. **REGIONALNY ATLAS ZDROWIA (narzędzie ICT) – ZACHOROWALNOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH** - zintegrowanie danych z różnych źródeł, zestawienia danych w ujęciu przestrzennym pokazujące zmiany zachorowalności i dostępności usług medycznych, źródła zagrożeń zdrowotnych, zestawienia prognostyczne w oparciu o analizę trendów; dzięki stałej aktualizacji będący solidną podstawą dla podejmowania decyzji przez różne podmioty kształtujące i realizujące politykę zdrowotną, w tym także dla podmiotów decydujących o rozdziale środków z różnych źródeł.
11. **KSZTAŁCENIE KADR** – wsparcie uczelni medycznych, rozwój potencjału edukacyjnego, rozwój systemu stypendialnego, rozwój i wsparcie systemu szkoleń dla pracowników medycznych, kształcenie kadr pod kątem podnoszenia jakości usług wykonywanych w ramach posiadanych kompetencji, racjonalizacja kształcenia potencjału kadrowego poprzez utworzenie nowych zawodów w opiece przedmedycznej (np. edukator zdrowotny) i okołomedycznej (inżynier medyczny, opiekun rehabilitacyjny, koordynator procesu leczenia pacjenta w warunkach pozaszpitalnych, opiekun farmakologiczny) mających na celu zwiększenie świadomości ludności i wzmocnienie działań profilaktycznych, usprawnienie procesu leczenia pacjenta poza placówkami ochrony zdrowia, usprawnienie systemu poprzez delegowanie części uprawnień i obowiązków (wzmocnienie roli opiekuna medycznego, asystenta medycznego, opiekuna seniora), a także koordynację opieki medycznej na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej.
12. **ŚLĄSKA REHABILITACJA DZIECI I DOROSŁYCH** – rehabilitacja szpitalna i sanatoryjna, w tym: pulmonologiczna, psychiatryczna, neurologiczna, postcovidowa, kardiologiczna, onkologiczna, pourazowa oraz rehabilitacja/leczenie uzdrowiskowe w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, w tym cywilizacyjnych schorzeń dzieci (m.in. fizjoterapia w leczeniu cukrzycy, otyłości, wad postawy u dzieci), a także w profilaktyce zapobiegania przewlekłym schorzeniom układu ruchu; wspomaganie systemu skoordynowanej opieki zdrowotnej w województwie śląskim, zapewnienie ciągłości leczenia – w regionie o złej jakości środowiska i negatywnych zjawiskach demograficznych; narzędzie w walce z deficytami i skutkami pandemii COVID-19 oraz następstwami chorób cywilizacyjnych oraz chorób przewlekłych, m.in. poprzez:
  - modernizację i rozbudowę infrastruktury rehabilitacyjnej i uzdrowiskowej, w tym likwidacja przestarzałej infrastruktury szpitalnej i zastąpienie zmodernizowaną lub nową o podobnym profilu,
  - realizację regionalnych programów zdrowotnych, w tym w zakresie pobytów stacjonarnych – ograniczenie negatywnego wpływu czynników środowiskowych i zapewnienie dostępności do świadczeń,
  - zastosowanie nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych,

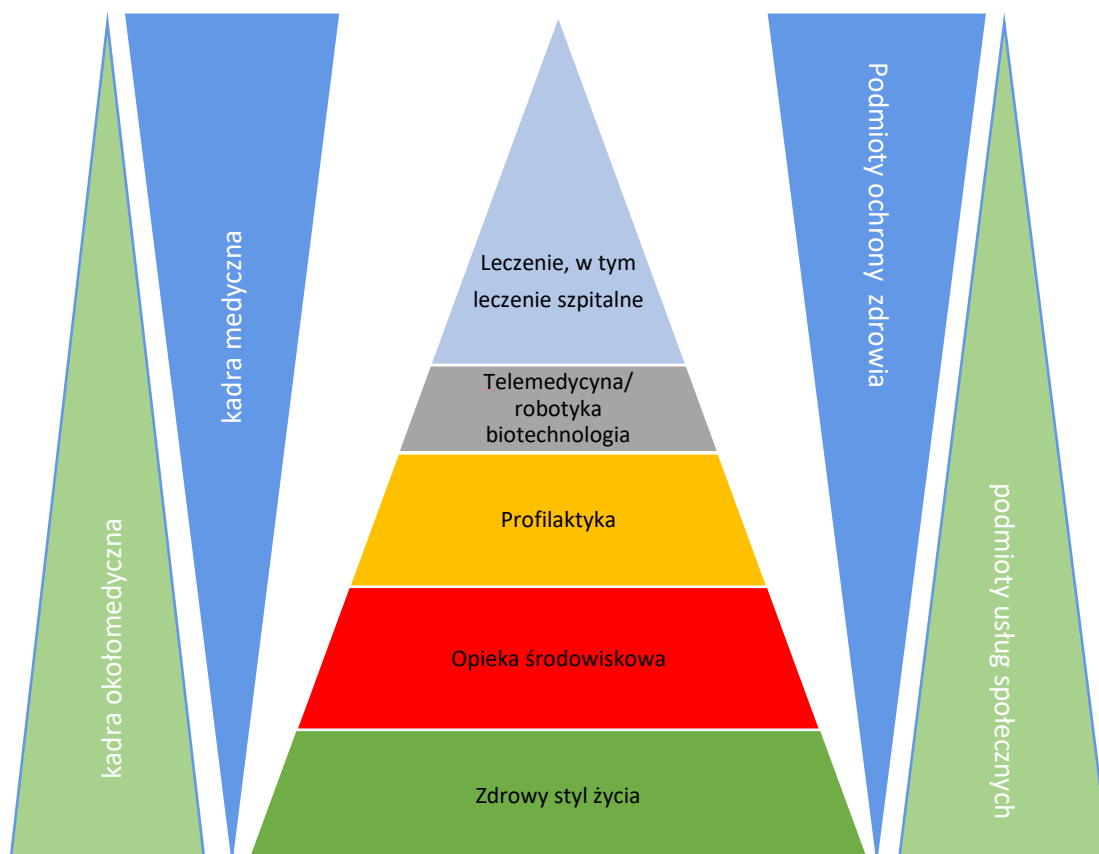
- wsparcie multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wykorzystujących nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania neurotechnologii w diagnostyce i terapii zaburzeń neurologicznych, psychiatrycznych i psychosomatycznych u dzieci i młodzieży,
  - unowocześnienie zasobów sprzętowych dostosowanych do postępów współczesnej medycyny,
  - wsparcie innowacyjnych rozwiązań technologii telekomunikacyjnych i informatycznych umożliwiających zdalny dostęp do:
    - usług medycznych (telerehabilitacja) oraz
    - działalności edukacyjnej;
  - stworzenie nowoczesnej bazy żywienia szpitalnego i wprowadzenie diety jako elementu systemu wzmocnienia procesu terapeutycznego;
13. **WSPARCIE KOMPETENCJI KADR ZARZĄDZAJACYCH PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI ORAZ ROZWÓJ I WZMOCNIENIE KOMPETENCJI KADRY ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ RÓŻNYCH SZCZEBLI ZAANGAŻOWANEJ W ZADANIA W OCHRONIE ZDROWIA** – w tym zastosowania narzędzi wspomagających funkcje badania i zarządzania jakością udzielanych świadczeń w celu podniesienia efektywności medycznej i ekonomicznej, skuteczności leczenia oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu, wsparcie kadry wspomagającej zawody medyczne w celu usprawnienia procesu organizacyjnego, decyzyjnego i zwiększenia efektywności podejmowanych działań.
14. **EMPATIA W PROCESIE LECZENIA** – wzmocnianie kompetencji kadr medycznych w zakresie komunikacji z pacjentem jako elementu procesu terapeutycznego i jego wpływu na zaangażowanie pacjenta w walkę o powrót do zdrowia.
15. **DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ (MODEL PHARMACY CONCERTIE) – DOSTOSOWANY SCHEMAT LEKOTERAPII DO POTRZEB I STANU PACJENTA** – zapobieganie zjawisku polipragmazji (niewłaściwej terapii wielolekowej, produktami leczniczymi, które wchodzi w interakcje powodując brak efektu leczniczego bądź niekorzystne efekty terapeutyczne, niejednokrotnie zagrażające zdrowiu pacjenta); wzmocnienie efektywności procesu leczenia; współpraca z lekarzami POZ pomagająca spersonalizować zarządzanie lekami poszczególnych pacjentów; obniżenie kosztów opieki zdrowotnej; edukacja w zakresie farmakoterapii, a także zmiany stylu życia; monitoring pacjentów.
16. **ODPORNE PRZESTRZENIE PUBLICZNE** – tworzenie przestrzeni publicznych elastycznie dostosowywanych do sytuacji kryzysowych (epidemicznych i klimatycznych), w tym poprzez zastosowanie rozwiązań architektonicznych, cyfrowych, organizacyjnych, zarządczych; celem przedsięwzięcia jest zapobieganie całkowitemu wyłączeniu z użytkowania przestrzeni publicznych w sytuacjach kryzysowych, w szczególności okresowemu zawieszaniu realizacji usług zdrowotnych – ochrona i wzmocnienie priorytetów zdrowotnych (w tym z zakresu deinstytucjonalizacji), zapewnienie przepustowości systemów i ich reagowania na stany nagłe poprzez m. in. przebudowę struktury organizacyjnej, stworzenie sieci współpracy interesariuszy, inwestycje w zasoby, segmentację infrastruktury i zasobów – gotowość systemu zdrowia do ograniczania ryzyka przerw w udzielaniu świadczeń medycznych w wyniku zagrożeń epidemicznych.

17. **ŚLĄSKA PSYCHIATRIA NOWOCZESNA I PRZYJAZNA** – ochrona i wzmocnienie systemu leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży oraz dorosłych – priorytetowych świadczeń zdrowotnych (ambulatoryjnych, szpitalnych, w tym sądowych na rzecz pacjentów wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci detencji oraz długoterminowych), poprzez m.in. inwestycje w monoprofilowe szpitale psychiatryczne w zakresie zapewnienia przepustowości systemu, wielostronnej opieki zdrowotnej, sprawności i efektywności oraz nowoczesności leczenia:
- modernizację stacjonarnej i niestacjonarnej infrastruktury leczenia psychiatrycznego, w celu rozwoju bazy klinicznej oraz naukowo-dydaktycznej wspomagającej kształcenie kadr medycznych,
  - stworzenie infrastruktury oddziałów psychiatrii sądowej, w tym oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - odpornej na sytuacje kryzysowe (epidemiczne i klimatyczne),
  - rozwój bazy opieki długoterminowej,
  - budowa infrastruktury innowacyjnych metod i rozwiązań technologicznych oraz przyjaznej, odpowiadającej współczesnym oczekiwaniom chorych i ich rodzin/opiekunów infrastruktury lokalowo - sprzętowej wspomagającej: realizację specjalistycznych programów i terapii, skuteczną rehabilitację i terapię leczenia zaburzeń psychiatrycznych, terapię uzależnień od alkoholu oraz uzależnień behawioralnych – opiekę medyczną skoncentrowaną na pacjencie i jego potrzebach, a także stworzenie nowoczesnej bazy żywienia szpitalnego i wprowadzenie diety jako elementu systemu wzmocnienia leczenia depresji, schorzeń somatycznych oraz innych zaburzeń psychicznych,
  - stworzenie na terenie wojewódzkich szpitali psychiatrycznych izb pamięci leczenia psychiatrycznego w celu zachowania historycznego dziedzictwa regionu – udokumentowania zmian zachodzących w sposobie leczenia, a także udokumentowania roli szpitali w życiu i rozwoju miast (m.in. w Rybniku, Lublińcu).

## SYSTEM WDRAŻANIA I FINANSOWANIA

Proces wdrażania *Regionalnej Polityki Zdrowia* wymaga poprawy wydolności systemu leczenia szpitalnego (obciążonego dodatkowo skutkami walki z pandemią COVID-19) poprzez zapewnienie dostępności do infrastruktury odpowiadającej wymogom współczesnej medycyny, przy jednoczesnym aktywnym kształceniu kadr medycznych i okołomedycznych, administracyjnych oraz promocji zdrowego stylu życia i stopniowej deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych.

Rysunek 6 Budowa stabilności systemu ochrony zdrowia w regionie.



Źródło: Opracowanie własne.

Realizacja Regionalnej Polityki Zdrowia będzie zadaniem złożonym i wielopodmiotowym, m.in. z uwagi na wielopoziomowy system ochrony zdrowia w Polsce. Z tego też względu współpraca i partnerstwo pomiędzy Samorządem Województwa, a innymi podmiotami działającymi w sektorze ochrony zdrowia będzie podstawowym warunkiem osiągnięcia celów określonych w niniejszym dokumencie.

Istotne znaczenie będzie również miała wielowymiarowa współpraca interesariuszy sektorów powiązanych z systemem usług zdrowotnych: sfery społecznej (opieki społecznej, opieki wychowawczo-pedagogicznej, edukacji), nauki, badań i rozwoju, NGO oraz biznesu.

Należy jednak podkreślić istotną rolę Samorządu Województwa Śląskiego w tym systemie, który ze względu na zakres swoich działań będzie głównym realizatorem *Regionalnej Polityki Zdrowia*. W tym procesie Samorząd Województwa powinien pełnić funkcje:

- realizatora działań organizacyjnych i inwestycyjnych w zakresie swoich kompetencji ustawowych oraz w obszarze zarządzanych przez niego placówek sektora,
- partnera kreującego i wdrażającego z innymi podmiotami publicznymi i prywatnymi projekty ukierunkowane na podniesienie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych,
- wspierającego inne podmioty w realizacji istotnych działań i inwestycji zdrowotnych i społecznych, w tym edukacyjnych.

Z tego też względu do podmiotów partnerskich i wpływających na realizację *Regionalnej Polityki Zdrowia* w województwie śląskim zaliczyć należy:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Wojewodę Śląskiego,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach,
- jednostki gminnego i powiatowego samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne,
- podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska, praktyki zawodowe, w tym praktyki prowadzone przez lekarzy i lekarzy dentyków,
- uczelnie wyższe, w szczególności medyczne i techniczne,
- izby zawodów medycznych,
- państwowe jednostki organizacyjne i badawcze, w tym Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy,
- organizacje związkowe,
- organizacje pozarządowe, w tym stowarzyszenia zawodów medycznych,
- inne instytucje organizujące i zapewniającymi różne formy opieki zdrowotnej i społecznej.

Konferencja, która odbyła się w listopadzie 2019 r. zapoczątkowała forum dla dyskusji na temat znaczenia sektora zdrowia w regionie oraz kluczowych przedsięwzięć na rzecz realizacji celów strategicznych wyznaczonych w perspektywie roku 2030 wraz z identyfikacją ról poszczególnych interesariuszy. Uczestnikami konferencji byli zaproszeni konsultanci wojewódzcy i krajowi z poszczególnych dziedzin medycyny, politycy oraz przedstawiciele:

- podmiotów leczniczych świadczących usługi zdrowotne (menadżerowie/ przedstawiciele rad społecznych),
- instytucji ochrony zdrowia,
- uczelni wyższych,
- samorządów zawodowych,
- jednostek samorządu terytorialnego,
- sektora badawczo – rozwojowego,
- podmiotów sfery społecznej,
- organizacji pozarządowych (NGO),
- organizacji pacjentów,
- podmiotów sfery biznesu związanych z ochroną zdrowia,
- mediów.

Konferencja stanowiła okazję do wymiany poglądów, poszukiwania rozwiązań i zebrania fachowych opinii oraz pomysłów opartych na wiedzy i doświadczeniu uczestników, zarówno tych którzy w profesjonalnych środowiskach posiadają wysoki autorytet, cieszą się szacunkiem oraz są uznawane za liderów wyznaczających kierunki myślenia i działania w reprezentowanych dziedzinach, a także

pracujących i działających w różnych obszarach systemu oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych, w tym końcowych odbiorców systemu, czyli pacjentów.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż pandemia koronawirusa uwidoczniła niedoskonałości organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jednocześnie podkreślając aktualność zgłaszanych podczas konferencji kluczowych wyzwań w obszarze ochrony zdrowia w województwie śląskim.

Rysunek 7 Diagnoza wyzwań zgłoszonych w obszarze ochrony zdrowia w województwie



Źródło: Opracowanie własne. na podstawie wyników ankiety przeprowadzonej przy wykorzystaniu narzędzia Mentimeter.

Celem realizacji funkcji koordynacyjnych w zakresie zdrowia Zarząd Województwa powinien powołać Regionalny Komitet ds. zdrowia. Pracami Komitetu powinien kierować Marszałek Województwa lub członek Zarządu. W skład Komitetu wejść powinni w szczególności: przedstawiciel Wojewody Śląskiego, przedstawiciele podmiotów leczniczych zarządzanych przez Samorząd Województwa, przedstawiciele związków zrzeszających podmioty lecznicze, przedstawiciele samorządów lokalnych, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawiciele izb zawodów medycznych.

Do zadań Komitetu należeć powinno:

- opiniowanie kluczowych działań w zakresie koordynacji *Regionalnej Polityki Zdrowia* w regionie,
- inicjowanie i przygotowywanie koncepcji projektów realizujących zapisy *Regionalnej Polityki Zdrowia*,
- współpraca przy gromadzeniu i przekazywaniu danych do raportu monitoringowego od podmiotów bezpośrednio zaangażowanych w działania realizujące zapisy *Regionalnej Polityki Zdrowia*,
- przekazanie odpowiednich informacji stanowiących elementy raportu monitoringowego,
- budowanie trwałych partnerstw z podmiotami realizującymi działania ukierunkowane na wdrożenie *Regionalnej Polityki Zdrowia*.



**Rysunek 8** Kluczowe funkcje Samorządu Województwa Śląskiego w procesie wdrażania Regionalnej Polityki Zdrowia.



Źródło: Opracowanie własne.

Do głównych źródeł finansowania działań realizowanych w ramach *Regionalnej Polityki Zdrowia* można zaliczyć m.in.:

- środki jednostek samorządu terytorialnego, w tym Samorządu Województwa Śląskiego,
- środki pochodzące z NFZ,
- środki pochodzące z budżetu państwa, w tym środki:
  - Ministerstwa Zdrowia,
- środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej, m.in.:
  - Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego,
  - Europejski Fundusz Społeczny,
  - Fundusz Spójności oraz
  - inicjatywa Komisji Europejskiej związana z transformacją regionów pogórnich – Mechanizm Sprawiedliwej Transformacji, w tym Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji,
- środki własne podmiotów leczniczych,
- inne środki pochodzące ze źródeł krajowych (np. NCBiR),
- fundusze pochodzące z międzynarodowych instytucji takich, jak np. Europejski Bank Inwestycyjny, Bank Światowy,
- fundusze innych uczestników procesu wdrażania *Regionalnej Polityki Zdrowia*, w tym sektora prywatnego.

Tabela 13 Główne ryzyka towarzyszące formułowaniu i wdrażaniu dokumentu

Typ ryzyka	Składowe ryzyka
informacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wielość źródeł danych, sprzeczności, nieporównywalność przekrojów w różnych źródłach, niespójność definicji</li> </ul>
prawne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niestabilność prawa</li> </ul>
finansowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deficyt środków, mechanizmy finansowania niedostosowane do treści <i>Regionalnej Polityki Zdrowia</i> i potrzeb</li> </ul>
kadrowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ braki kadrowe na rynku zawodów medycznych oraz menadżerów opieki zdrowotnej</li> </ul>
infrastrukturalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedopasowanie do realnego zapotrzebowania, trudności w przeprowadzeniu racjonalnych zmian</li> </ul>
polityczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zmienność priorytetów i brak kontynuacji we wdrażaniu <i>Regionalnej Polityki Zdrowia</i></li> <li>▪ konflikt interesów uczestników <i>Regionalnej Polityki Zdrowia</i></li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne.

## SYSTEM MONITORINGU

Planowanie strategiczne jest procesem złożonym, dlatego skuteczne kreowanie polityki rozwoju wymaga stałej obserwacji zachodzących zmian gospodarczych, politycznych i społecznych. Odpowiednio przygotowany i przeprowadzony system monitoringu umożliwi sprawne zarządzanie rozwojem systemu opieki zdrowotnej w regionie.

System monitoringu realizacji zapisów *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030* będzie stanowił jeden z elementów *Raportu monitoringowego*, opracowywanego w ramach realizacji Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego. Częstotliwość oraz struktura badania realizacji *Regionalnej Polityki Zdrowia* zostanie określona i dostosowana do systemu monitorowania Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego.

Wyniki przeprowadzonego monitoringu, obejmującego analizę wskaźnikową oraz stopień realizacji przedsięwzięć powinny stanowić podstawę do decyzji o dalszej realizacji działań wskazanych w dokumencie lub ewentualnej ich korekcie.

Przeprowadzenie oceny skuteczności wdrażania *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* spoczywa na Zarządzie Województwa Śląskiego. Jednostką odpowiedzialną za opracowanie *Raportu monitoringowego* będzie komórka właściwa ds. zdrowia w strukturze organizacyjnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.

Zakłada się, iż monitorowanie realizowane będzie w cyklu dwuletnim, w formie raportu z wykorzystaniem danych pochodzących ze wskazanych niżej źródeł informacji, uzupełnionych w razie potrzeby o informacje zebrane w formie dedykowanych badań ewaluacyjnych.

Dopuszcza się także możliwość przeprowadzenia monitoringu w innym odstępie czasowym, w przypadku wystąpienia okoliczności uzasadniających taką potrzebę.

W okresie maksymalnie 2 lat po zakończeniu interwencji podjętych w wyniku wdrożenia *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030*, przeprowadzony zostanie monitoring końcowy ujawniający wszystkie istotne efekty wdrażania.

W ramach analizy wskaźnikowej za podstawowe źródło informacji wskazano statystyki publiczne, w tym przede wszystkim dane Głównego Urzędu Statystycznego. Z uwagi na brak perspektywicznych badań i analiz, określenie poprawnych i realnych do osiągnięcia wartości docelowych monitorowanych wskaźników jest niemożliwe. W związku z powyższym podjęto decyzję o rezygnacji z określania wartości docelowych monitorowanych wskaźników, na rzecz wskazania pożądanych kierunków zmian.

**Tabela 14** Kluczowe wskaźniki monitorujące realizację Regionalnej Polityki Zdrowia.

Cel strategiczny	Nazwa wskaźnika	Rok bazowy	Wartość dla województwa śląskiego w roku bazowym	Pożądany kierunek zmiany (2030)	Główne źródła danych
<b>Cel strategiczny I</b>	Liczba osób przypadających na jeden szpitalny oddział ratunkowy	2018	377 797,1	Spadek	BDL GUS
<b>Cel strategiczny I</b>	Liczba lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców	2018	24,3	Wzrost	BDL GUS
<b>Cel strategiczny I</b>	Liczba studentów na kierunkach kształcących kadre medyczną	2018	11 817	Wzrost	Śląski Uniwersytet Medyczny, BDL GUS
<b>Cel strategiczny II</b>	Zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności	2018	492,0	Spadek	BDL GUS
<b>Cel strategiczny II</b>	Zgony z powodu chorób nowotworowych na 100 tys. ludności	2018	315,8	Spadek	BDL GUS
<b>Cel strategiczny II</b>	Współczynnik osób z chorobami zawodowymi na 100 tys. pracujących	2018	23,8	Spadek	Śląski Urząd Wojewódzki
<b>Cel strategiczny III</b>	Cudzoziemcy przebywający	2018	575	Wzrost	BDL GUS

	w śląskich szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych				
<b>Cel strategiczny III</b>	Kuracjusze leczenia stacjonarnie	2018	38183	Wzrost	BDL GUS
<b>Cel strategiczny III</b>	kuracjusze leczenia stacjonarnie pełnopłatni	2018	12361	Wzrost	BDL GUS

Źródło: Opracowanie własne.

Ze względu na to, że opieka zdrowotna należy do jednych z najważniejszych obszarów społeczno-gospodarczych istotnych dla rozwoju i funkcjonowania regionu, gromadzone na potrzeby monitoringu dane statystyczne zostaną wykorzystane przy opracowaniu *Raportu o stanie województwa*. Należy jednak wskazać, że *Raport o stanie województwa* nie będzie stanowił systemu monitoringu *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego*.

**Wykaz skrótów:**

1. BDL GUS – Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego
2. SOR <sup>(1)</sup> – Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju
3. NPZ – Narodowy Program Zdrowia
4. SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy
5. ZRM – Zespoły Ratownictwa Medycznego
6. UMWŚL – Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
7. JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego
8. GZM – Górnośląski Związek Metropolitalny
9. AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
10. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
11. MZ – Ministerstwo Zdrowia
12. NGO – Organizacje pozarządowe
13. POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
14. SUM – Śląski Uniwersytet Medyczny
15. KIF – Krajowa Izba Fizjoterapeutów
16. PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
17. RIG – Regionalna Izba Gospodarcza
18. Jednostki B+R – Jednostki badawczo-rozwojowe
19. NCBiR – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
20. ICT – (Information and Communication Technologies) - Technologie informacyjne i komunikacyjne / Technologie teleinformatyczne