

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI
ZDROWOTNEJ
- WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE



ZATWIERDZAM:

WOJEWODA ŚLĄSKI
Jarosław Wieczorek
Jarosław Wieczorek

KATOWICE, 30 CZERWIEC 2016 R.

PODSUMOWANIE:

Określenie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim jest próbą bardziej precyzyjnego określenia sposobów działania, ich efektów, w tym, mierników tych działań dla osiągnięcia konkretnych celów operacyjnych i korzyści zdrowotnych dla mieszkańców województwa. Opracowanie miało na celu uwzględnienie wielu kierunków jakie niesie nam demografia, czy epidemiologia, przy czym nie wolno zapominać przy każdym z nich, że to jakość życia – postrzegana jako sprawne funkcjonowanie człowieka do późnej starości, praca i satysfakcja osobista oraz zawodowa stanowi cel sam w sobie. Należy podkreślić także znaczenie ustawicznego podnoszenia świadomości własnej odpowiedzialności za zdrowie.

Wszystkim priorytetom przyświeca jeden nadrzędny, długofalowy cel strategiczny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności województwa śląskiego”.

Priorytety określając kierunki osiągania celów pozwalają oczekiwać, że w wyniku ich realizacji nastąpi wiele korzystnych zmian w stanie zdrowia ludności, w tym np. zmiany w stylu życia ludności, zmniejszenie nierówności w zdrowiu i w dostępie do świadczeń zdrowotnych w wymiarze regionalnym.

Należy jednocześnie przewidywać konieczność modyfikacji opisanych priorytetów, uzupełniania ich lub korekty o kolejne cele, wynikające ze zmieniającej się sytuacji, zarówno ekonomicznej, jak i pojawienia się nowych potrzeb i problemów zdrowotnych, także w wyniku zdarzeń kryzysowych. Nie można zapominać bowiem o tym, iż każde działanie planistyczne musi być elastyczne, dostosowane do zarówno zmieniającego się otoczenia społecznego, postępu naukowego, technologicznego, z jednoczesnym umiejętnym wykorzystaniem zasobów tak personalnych jaki i infrastrukturalnych regionu.

Dla osiągnięcia celów konieczne jest wielosektorowe współdziałanie na poziomie regionalnym, przede wszystkim ze względu na wielość podmiotów tworzących podmioty lecznicze. Konieczne też jest zaangażowania całego sektora rządowego, w tym działań w obszarze polityki społecznej i polityki zdrowotnej. Nie można zapewnić ożywienia gospodarczego, dobrej pracy bez dobrego poziomu zdrowia.

ANALIZA I DIAGNOZA

Istotnym elementem określenia stanu regionu, jego pozycji i problemów jest przeprowadzenie diagnozy odnoszącej się do stanu bieżącego, lecz również wskazującej na tendencje zjawisk zachodzących w retrospekcji czasowej, dotyczy to uwarunkowań o charakterze historycznym i środowiskowym, których skutki są obecne w aktualnej perspektywie.

Województwo śląskie jest specyficznym obszarem w polskiej przestrzeni przed którym stoją poważne wyzwania związane z dużą koncentracją ludności oraz negatywnymi procesami i prognozami demograficznymi. Województwo śląskie zamieszkuje 4,57 mln osób, co stanowi 12% ludności Polski i jest jednocześnie najbardziej zurbanizowanym (77% ludności miejskiej) i najgęściej zaludnionym regionem Polski (371osób/km², gdzie średnia krajowa to 123 osoby/km²).

Populacja woj. śląskiego charakteryzuje się większą dynamiką procesu starzenia ludności niż obserwowana w skali w kraju, na co wpływa przede wszystkim niski przyrost naturalny oraz mniejsza płodność kobiet.

Czynniki środowiskowe, w tym wysoka emisja zanieczyszczeń pyłowych i gazowych (odpowiednio 2 i 3 miejsce w kraju), degradacja gruntów wynikająca z wysokiego poziomu użytkowania gospodarczego zasobów województwa oraz długotrwałej działalności przemysłów silnie wpływających na środowisko, historycznie utrwalony styl życia znajduje odzwierciedlenie w niekorzystnych wskaźnikach opisujących stan zdrowia mieszkańców województwa śląskiego.

Stan zdrowia mieszkańców woj. śląskiego, oparty na analizie wartości wskaźnika przeciętnego trwania życia noworodka w momencie urodzenia należy uznać za jeden z najgorszych w kraju, region wyróżnia niekorzystnie jedna z najwyższych w skali kraju umieralność niemowląt, w tym umieralność okołoporodowa i jest to trend utrwalony w czasie.

Na szczególne podkreślenie zasługuje również niekorzystne porównanie wartości wskaźników umieralności przedwczesnej (0-64 lat) w woj. śląskim do parametrów ogólnopolskich.

Rzeczywisty współczynnik zgonów na 100 tys. ludności plasuje województwo na 3 miejscu pod względem najwyższej wartości współczynnika w skali kraju.

Analiza zgonów stanowiących najczęstsze przyczyny zgonu w woj. śląskim, tj. choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu oraz choroby układu trawiennego i oddechowego znalazły swoje odzwierciedlenie w opracowanych priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Cechą charakterystyczną województwa śląskiego jest niejednorodność, zarówno pod względem występowania zjawisk demograficznych i epidemiologicznych, a także

w obszarze zabezpieczenia mieszkańców w infrastrukturę leczniczą. Zauważalne są dysproporcje w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa, jednak największą koncentrację jednostek ochrony zdrowia dostrzega się na obszarze tzw. metropolii górnośląskiej.

Województwo śląskie charakteryzuje się wysokim nasyceniem infrastrukturą leczniczą, zwłaszcza w zakresie leczenia szpitalnego, wysokim nasyceniem łózkami szpitalnymi.

Należy jednak mieć na uwadze, że istotny wpływ na to zjawisko ma fakt, że województwo śląskie dysponuje dużą ilością łóżek zlokalizowanych w podmiotach specjalizujących się w leczeniu w trybie „jednego dnia” (ze względu na odrębne kontraktowanie takich świadczeń jeszcze w okresie funkcjonowania Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych), które wykazywane były w rejestrze ZOZ jako miejsca dzienne. Z chwilą wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej świadczenia „krótkoterminowe” włączone zostały w definicję świadczenia szpitalnego, zatem podmioty realizujące wyłącznie te usługi wykazane zostały jako szpitale, dysponujące łózkami szpitalnymi. W związku z powyższym wydaje się konieczne legislacyjne uporządkowanie tego stanu, z uwagi na generowanie danych zniekształcających faktyczny obraz zasobów. Należy także podkreślić, że racjonalizacja liczby łóżek szpitalnych powinna być powiązana z zmianą sposobu kontraktowania świadczeń, a więc nie tylko w odniesieniu do kodu komórki organizacyjnej – np. oddziału, ale przede wszystkim do zakresu udzielanych świadczeń.

Pomimo względnej wysokiej liczby specjalistów dostrzega się braki kadrowe w odniesieniu do lekarzy, szczególnie specjalistów, jak również pielęgniarek i położnych (szczególnie posiadających specjalizacje i kursy kwalifikacyjne) oraz pozostałej kadry medycznej. Niestety w uwagi na znikomy wpływ wojewody na politykę kształcenia kadr medycznych problem ten nie został wskazany jako odrębny priorytet dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że pomimo wysokich w skali kraju wskaźników infrastruktury i kadr zapotrzebowanie na usługi medyczne w województwie jest bardzo duże, a potrzeby ludności nie zawsze są zaspakajane. Świadczy o tym czas oczekiwania na leczenie i ograniczona dostępność do wybranych świadczeń zdrowotnych.

Sytuacja ta jest pochodną poziomu i zakresu finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, bowiem wysokość kontraktu w sposób istotny ogranicza możliwości optymalnego wykorzystania istniejącego w województwie potencjału i infrastruktury.

Niestety obserwowana dynamika podziału środków finansowych oparta na algorytmie podziału środków pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ utrwała niekorzystne tendencje dla województwa śląskiego.

Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest także zmiana kierunku migracji pacjentów: w latach poprzednich wysoka jakość usług oraz zaplecze skłaniała pacjentów z innych województw do podjęcia leczenia na Śląsku, aktualnie mieszkańcy województwa częściej korzystają z usług medycznych w podmiotach zlokalizowanych w innych województwach, najczęściej ze względu na krótszy termin oczekiwania na świadczenie.

Priorytety regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa śląskiego sformułowane zostały w oparciu o *Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa śląskiego*, cele długoterminowe wynikające z dokumentu „*Krajowe ramy strategiczne Politycy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*”, wskaźniki demograficzne i epidemiologiczne, wiedzę ekspercką konsultantów oraz doświadczenia lokalne. Ustalone priorytety wpisują się także w *Strategię Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020+”*.

Mając na uwadze stan zdrowia mieszkańców województwa śląskiego oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości opracowano priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, skupiając się na problemach zdrowotnych i kwestiach związanych z organizacją opieki zdrowotnej w województwie o kluczowym znaczeniu dla poprawy stanu zdrowia mieszkańców, opisanych poprzez wybrane mierniki.

Zakładanym celem jest poprawa wskaźników wojewódzkich w perspektywie długoterminowej i osiągnięcie wartości wskaźników oscylujących na poziomie wartości wskaźników dla Polski, przede wszystkim w odniesieniu do współczynników umieralności, umieralności niemowląt, w tym okołoporodowej i wskaźników demograficznych, współczynników zachorowalności, chorobowości, przeciętnego dalszego trwania życia.

Szczególny nacisk został położony na:

- rozwój szeroko rozumianej opieki kompleksowej i koordynowanej we wszystkich dziedzinach, przede wszystkim w zakresie opieki długoterminowej, opieki onkologicznej, opieki nad matką i dzieckiem, opieki psychiatrycznej oraz opieki dla osób wieku starszym z uwzględnieniem działań międzysektorowych,
- działania ukierunkowane na skrócenie czasu niezbędnej hospitalizacji, z podniesieniem jakości i kompleksowości świadczeń w opiece ambulatoryjnej (w tym dziennej) oraz środowiskowej, także domowej,
- optymalizację i racjonalizację liczby łóżek szpitalnych, w tym dywersyfikację geograficzną świadczeń zdrowotnych w celu ograniczenia występowania „białych plam” w zakresie określonych zakresów udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- koncentrację w zakresie wybranych świadczeń zdrowotnych w celu zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń,
- ograniczenie następstw niekorzystnej sytuacji demograficznej.

Należy mieć na uwadze, że działania na rzecz poprawy poziomu zdrowia stają się coraz trudniejsze z uwagi na szybki przyrost chorób przewlekłych, w tym zaburzeń psychicznych, z jednoczesnym zagrożeniem w regionie niepewnością finansową, bezrobociem, co pośrednio skutkuje dalszym narastaniem zachorowalności i wzrostem częstości hospitalizacji.

W monitorowaniu stanu zdrowia istotna jest jakość danych oraz właściwy dostęp do ich źródeł. Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na konieczność kontynuowania działań zmierzających do uzyskania zapewnienia kompleksowego i homogenicznego systemu informacji w ochronie zdrowia.

I. STRATEGIA I WDRAŻANIE
PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ

L. P.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
1.	Rozwój profilaktyki zdrowotnej, pierwotnej i wtórnej, diagnostyki i medycyny naprawczej, ukierunkowany na problemy zdrowotne związane z chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego.	I. Ograniczenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności oraz niepełnosprawności z powodu ChUK, chorób naczyń, udarów mózgu. II. Wczesne wykrywanie miażdżycy zarostowej kończyn dolnych, stopy cukrzycowej, „nowoczesne” leczenie ran przewlekłych. III. Zmniejszenie zapadalności na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i poprawa jakości życia pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego.	Długoterminowy, poza rok 2020	<ul style="list-style-type: none"> realizacja programów profilaktyki pierwotnej w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> Zmniejszenie odsetka mieszkańców palących papierosy lub tytoń przede wszystkim poprzez zmniejszenie ilości osób rozpoczynających palenie. 2. Propagowanie zdrowego stylu życia w tym zwiększenia aktywności fizycznej mieszkańców oraz propagowanie dobrych nawyków żywieniowych jak również ograniczenia spożycia alkoholu 3. Wczesne wykrywanie oraz leczenie nadciśnienia tętniczego 4. Wczesne wykrywanie oraz leczenie cukrzycy i innych zaburzeń gospodarki węglowodanowej 5. Wczesne wykrywanie oraz leczenie zaburzeń lipidowych. optymalizacja dostępu do procedur wysokospecjalistycznych - kardiologicznych i kardiologicznych i kardiologicznych optymalizacja dostępu do pogłębionej diagnostyki i nowoczesnych metod 	<ul style="list-style-type: none"> współczynnik zachorowalności, chorobowości, umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego, Ilość amputacji z powodu „stopy cukrzycowej”, wskaźnik śmiertelności w udarze niedokrwinnym mózgu, ilość łóżek rehabilitacyjnych na 10 000 ludności. 	<p>Choroby układu krążenia, które są główną przyczyną umieralności wśród mieszkańców Polski oraz naszego województwa i odpowiadają za jedną czwartą zgonów wśród osób w wieku produkcyjnym, stając się jednocześnie dominującą przyczyną utraty życia osób powyżej 64 roku życia. To choroby układu krążenia są odpowiedzialne za to, że mieszkańcy Polski żyją znacznie krócej niż mieszkańcy pozostałych regionów kraju .</p> <p>Szczegółowa statystyka wykazuje, iż najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia notuje się m.in. w województwie śląskim. Ponadto, kluczowa rola</p>

				<p>terapeutycznych,</p> <ul style="list-style-type: none"> • optymalizacja wykorzystania potencjału infrastrukturalnego, • poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej dziennej i stacjonarnej oraz świadczeń rehabilitacyjnych jak metody uniknięcia leczenia interwencyjno-zabiegowego lub amputacji oraz po tych interwencjach, • wprowadzenie kompleksowej opieki koordynowanej nad pacjentem ze schorzeniami układu krążenia i naczyń, • tworzenie dziennych oddziałów kardiologii, w tym dziennych oddziałów leczenia pacjentów z niewydolnością serca, • rozwój rozwiązań z zakresu telemedycyny, w tym telekonsultacji i telemonitoringu, • akcje społeczne, • programy wczesnego wykrywania schorzeń naczyniowych (w tym miażdżycy, stopy cukrzycowej), • program interwencyjnego leczenia udaru mózgu • programy wczesnego wykrywania przewlekłych chorób układu oddechowego. 		<p>jaką chorobę układu krążenia odgrywają w obszarze zdrowia publicznego wynika również z faktu, że mają one zasadniczy wpływ na ogólne obciążenie zdrowia obywateli, większy niż w wielu innych krajach UE. W Polsce na udar zapada około 70 000 osób rocznie, z czego 80-85% stanowią chorzy z niedokrwinną postacią udaru. Około 15-20% z nich umiera do 90. doby po zachorowaniu, a połowa osób, która przeżyje, wymaga częściowej lub całkowitej opieki w zakresie codziennych czynności. Ze względu na złe rokowanie i duże koszty, zarówno leczenia jak i przewlekłej opieki, udar mózgu jest problemem nie tylko medycznym, ale także społecznym. Polska należy do krajów o największej w Europie liczbie amputacji na 1 mieszkańca. Liczby te w</p>
--	--	--	--	---	--	--

2.	<p>Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej dla mieszkańców województwa śląskiego poprzez rozwój profilaktyki, szybkiej diagnostyki, leczenia, w tym rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej.</p>	<p>I. Zapobieganie zachorowaniom, wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów oraz poprawa jakości życia chorych na choroby nowotworowe. II. Rozwój profilaktyki, diagnostyki oraz wykrywania nowotworów, w tym precyzyjnej diagnostyki obrazowej oraz patomorfologicznej (sieci konsultacyjne oparte na telepatologii) w celu zahamowania wzrostu zachorowań na nowotwory. III. Podniesienie poziomu leczenia nowotworów, w tym rozwój nowoczesnych metod chirurgicznych w celu zmniejszenia śmiertelności w chorobach nowotworowych. IV. Rozwój</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • optymalizacja modelu opieki onkologicznej, • optymalizacja pełnoprofilowych ośrodków onkologicznych z zapewnieniem najbardziej dogodnego dostępu do leczenia dla pacjentów, • wdrażanie nowych, skutecznych metod diagnozowania i leczenia nowotworów. • utworzenie kompleksowego ośrodka leczenia onkologiczno-hematologicznego dla dzieci • rozwój precyzyjnej diagnostyki onkologicznej poprzez wykorzystanie innowacyjnych metod diagnostycznych, w tym opartych na telemedycynie, • rozwój ośrodków zapewnających kompleksową opiekę onkologiczną, • poprawa dostępności do specjalistycznej opieki paliatywnej w warunkach ambulatoryjnych, domowych i stacjonarnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • współczynnik zachorowalności, • wskaźnik śmiertelności, • współczynnik umieralności • wskaźnik powrotu do aktywności zawodowej, • wskaźnik 5 –letniej przeżywalności 	<p>ostatnich latach mieszczą się w przedziale od 8 do 12 na 100 tysięcy mieszkańców, a w innych krajach europejskich od 1 do 2.</p> <p>Choroby nowotworowe, które stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce oraz są zagrożeniem dla polskiego społeczeństwa i stwarzają problem zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa.</p> <p>Z danych epidemiologicznych zawartych na stronach Krajowego Rejestru Nowotworów oraz EUROCARE wynika, że odsetek wyleczeń z nowotworów i odsetek przeżyć pięcioletnich chorych na nowotwory złośliwe w Polsce stanowią jeden z najniższych wskaźników w Europie, co najpewniej jest skutkiem wyższego odsetka chorych zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia specjalistycznego z wyższym (niż średnia</p>
----	--	---	--------------------------------------	---	--	--

	<p>działalności naukowo - klinicznej i szkoleniowej ukierunkowanej na prowadzenie innowacyjnych metod diagnostyki i leczenia w szczególności chorób nowotworowych dzieci.</p> <p>V. Poprawa dostępności do najbardziej skutecznych metod leczenia – zwłaszcza skojarzonego oraz w zakresie jakości opieki nad chorymi na nowotwory zaawansowane.</p> <p>VI. Poprawa dostępności do rehabilitacji w chorobach nowotworowych.</p> <p>VII. Zabezpieczenie dostępności do opieki paliatywnej w warunkach ambulatoryjnych, domowych i stacjonarnych.</p> <p>VIII. Dywersyfikacja geograficzna świadczeń w zakresie onkologii.</p>			<p>europajska) zaawansowaniem nowotworu złośliwego. Bez względu na liczbę nowotworów złośliwych w kraju w ostatnim 40-letnim okresie, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu). Z prognozowanych danych wynika, że zachorowalność na nowotwory będzie systematycznie wzrastała. Według danych krajowego Rejestru Nowotworów w kraju rejestruje się rocznie ponad 150 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz ponad 90 tys. zgonów z tego powodu. W tej statystyce województwo śląskie razem z województwem zachodniopomorskim i mazowieckim osiąga</p>
--	--	--	--	---

						<p>najwyższy wskaźnik zgonów/zachorowań. Prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że ten zauważalny trend spowoduje, iż nowotwory zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn będą w niedługim czasie pierwszą przyczyną zgonów w Polsce osób przed 65 rokiem życia. Cechą charakterystyczną województwa śląskiego jest niejednorodność, zarówno pod względem występowania zjawisk epidemiologicznych, a także w obszarze zabezpieczenia mieszkańców w infrastrukturę leczniczą. Zauważalne są dysproporcje w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa. Natomiast z uwagi na duże rozproszenie świadczeń w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej należy dążyć do koncentracji tych</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>3. Wydlużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym.</p>	<p>I. Stały rozwój systemu koordynowanej i kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem. II. Rozwój opieki profilaktycznej nad dziećmi w szczególności w wieku szkolnym, w tym opieki stomatologicznej. III. Ograniczenie częstotliwości występowania chorób górnych dróg oddechowych wśród dzieci. IV. Przeciwdziałanie niepełnosprawności u pacjentów z chorobami zapalnymi, nerwowo-zwyrodnieniowymi, w tym zwiększenie dostępności do rehabilitacji oraz dostępności do specjalistycznych terapii lekowych.</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> optymalizacji ilości i rozmieszczenia oddziałów ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych i pediatrycznych w woj. śląskim, poprawa dostępności do kompleksowej opieki perinatologicznej, w tym leczenia wrodzonych wad rozwojowych poprzez zwiększenie ilości ośrodków realizujące ww. świadczenia, wzmocnienie roli ambulatoryjnej opieki nad matką i dzieckiem poprzez wprowadzenie modelu opieki koordynowanej, poprawa opieki profilaktycznej nad dziećmi poprzez wzmocnienie roli medycyny szkolnej, skuteczny monitoring stanu uzębienia u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, modyfikacja w zakresie istniejącej infrastruktury łóżek w celu optymalizacji i zwiększenia dostępności do świadczeń medycznych, optymalizacja ilości i rozłożenia łóżek internistycznych celem zabezpieczenia niedoborów w dostępie do niezabiegowych łóżek specjalistycznych, 	<ul style="list-style-type: none"> liczba pacjentów objętych programami lekowymi, struktura ludności według wieku, współczynnik płodności kobiet, współczynnik umieralności niemowląt, w tym według przyczyn, współczynnik umieralności okołoporodowej, przeciętne trwanie życia noworodka, oczekiwana długość życia w zdrowiu, średni czas oczekiwania na świadczenia w zakresie rehabilitacji specjalistycznej, wskaźnik średniego wykorzystania łóżek 	<p>usług. Nadrzędną kwestią w onkologii jest dążenie do kompleksowości usług, z uwzględnieniem prawidłowego dostępu do rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej.</p> <p>Ludność województwa śląskiego charakteryzuje się większym stopniem zaawansowania procesu starzenia się niż ludność Polski.</p> <p>Stąd konieczność rozwoju usług zdrowotnych dla powiększającej się grupy osób starszych.</p> <p>Poprawa poziomu jakości życia rozpoczyna się od kompleksowej opieki perinatalnej (okres życia płodowego w dużym stopniu decyduje o zdrowiu w okresie całego życia osobniczego).</p> <p>Zdrowe dzieci lepiej się rozwijają, uczą docelowo jako zdrowi dorośli są bardziej produktywni, a jako zdrowi seniorzy mogą nadal aktywnie i samodzielnie uczestniczyć w życiu</p>
--	--	--------------------------------------	---	---	---

		<p>V. Zapewnienie optymalnego dostępu do rehabilitacji w celu wydłużenia aktywności i samoobsługi osób starszych i niesamodzielnych.</p>	<p>• poprawa dostępności do specjalistycznych terapii lekowych.</p>	<p>społecznym. Dane demograficzne świadczące o starzeniu się społeczeństwa nakazują zwrócić również uwagę na choroby układu nerwowego, w tym w szczególności choroby naczyniowe mózgu oraz choroby neurodegeneracyjne. W grupie młodych dorosłych duża chorobowość dotyczy stwardnienia rozsianego – prowadzącego w przebiegu 7-10 lat do niepełnosprawności. We wszystkich grupach wiekowych występuje padaczka, a jej chorobowość wzrasta również w wieku podeszłym jako następstwo urazów i udarów mózgu. Z uwagi na skutki powyższych schorzeń uniemożliwiają one ostatecznie samodzielność egzystencji tych chorych należy mieć na uwadze prawidłowe, nowoczesne leczenie zawsze powiązane z szeroką</p>
--	--	--	---	---

4.	<p>Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.</p>	<p>I. Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasu przeżycia. II. Przywrócenie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego własnego środowiska – zachowanie jego maksymalnej sprawności i samodzielności, wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego i niezależnego życia.</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie działań edukacyjnych, diagnostycznych, modyfikujących środowisko i styl życia oraz interwencje terapeutyczne oparte o aktualną wiedzę, w tym o procesie starzenia, • wprowadzenie ułatwień w edukacji z geriatry na poziomie krajowego i regionalnego systemu specjalizacji dla lekarzy, pielęgniarzy i innych grup pracowników medycznych. • hamowanie chorób wieku starczego oraz fizycznej niesprawności u osób starszych poprzez prowadzenie polityki "wyrównywania szans" w zakresie planów kontraktowania i zakupu świadczeń związanych z opieką zdrowotną nad osobami starszymi, • rozwój opieki koordynowanej i kompleksowej nad osobami starszymi z uwzględnieniem operacyjnych interwencji terapeutycznych poprawiających sprawność i samodzielność pacjentów. 	<ul style="list-style-type: none"> • współczynnik chorobowości według wybranych jednostek chorobowych wymagających opieki czynnej i według grup wiekowych • współczynnik umieralności według przyczyn i wieku • wskaźnik śmiertelności z powodu wybranych jednostek chorobowych, • oczekiwana długość życia w zdrowiu • przeciętne trwanie życia, • liczba lekarzy specjalistów w zakresie geriatry oraz osób wykonujących inne zawody medyczne mające zastosowanie w opiece nad osobami starszymi na 10 000 ludności, • liczba miejsc w długoterminowej opiece stacjonarnej 	<p>rozumiana rehabilitacją. Rosnąca liczba osób starszych w województwie śląskim jest związana ze zjawiskiem starzenia się populacji. Szczególnym wyzwaniem w obszarze zdrowia w regionie, jest zapewnienie opieki dla najstarszej grupy mieszkańców Śląska, wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa w regionie oraz wzrastającej liczby osób w wieku 65+ i 80+. Osoby aktywne zawodowo będą w najbliższej przyszłości w regionie stanowić grupę mniej liczną i bardziej zaawansowaną wiekowo, zwiększy się odsetek osób starszych potrzebujących opieki zdrowotnej, zwłaszcza w ramach różnych form dziennej i ambulatoryjnej opieki środowiskowej, co wymagać będzie zapewnienia systemowych rozwiązań w zakresie fachowej i kompleksowej opieki</p>
----	--	--	--------------------------------------	---	---	--

					<p>na 10 000 ludności,</p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba osób oczekujących na miejsce w stacjonarnej opiece długoterminowej w zakresie świadczeń gwarantowanych 	<p>specjalistów różnych dziedzin medycyny. Istotne dla poprawy jakości życia osób po 60 r.ż. jest zapobieganie i ograniczanie następstw wielochorobowości oraz umożliwienie utrzymania sprawności funkcjonalnej przez jak najdłuższy okres życia.</p>
<p>5. Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci.</p>	<p>I. Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego. II. Rozwój opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. III. Rozwój opieki dziennej i środowiskowej. IV. Zapobieganie stygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych.</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dywersyfikacja geograficzna oraz zmiana kierunku rozwoju ośrodków psychiatrycznej opieki stacjonarnej poprzez tworzenie kompleksowych ośrodków specjalistycznych, • powiązanie funkcjonalne oddziałów całodobowych, dziennych, zespołów środowiskowych i poradni, z wykorzystaniem interdyscyplinarnych zespołów specjalistów w leczeniu zaburzeń psychicznych i uzależnień, • poprawa warunków leczenia poprzez m.in. modernizację infrastruktury leczniczej, • tworzenie warunków dla rozwoju kadry specjalistycznej w zakresie leczenia chorób psychicznych, • zwiększenie świadomości, społeczeństwa w zakresie problematyki chorób psychicznych poprzez działania edukacyjne, • optymalizacja dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, 	<ul style="list-style-type: none"> • współczynnik zachorowalności i chorobowości z powodu zaburzeń psychicznych według grup wiekowych, • absencja chorobowa z powodu wybranych jednostek chorobowych oraz jej skutki finansowe, • liczba lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, jak również innych osób wykonujących zawody medyczne mające zastosowanie w 	<p>Choroby psychiczne, są jednym z najbardziej zaniedbanych i niedofinansowanych sektorów ochrony zdrowia. To sprawia, że niezwykle trudne jest sproszanie narastającym problemom zdrowia psychicznego, tym bardziej, że system leczenia psychiatrycznego jest niesprawny i cechuje się deficytem oraz nierównym rozmieszczeniem zasobów. W efekcie nie zapewnia się choremu bliskiego i równego dostępu, wymaganej jakości i efektywności leczenia, ani godziwych warunków. Choroby</p>	

				<ul style="list-style-type: none"> działania prewencyjne zachowań agresywnych, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. 	<p>opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na 10 000 ludności</p> <ul style="list-style-type: none"> liczba zgonów z powodu zamierzonego samouszkodzenia, liczba hospitalizacji z powodu zamierzonego samouszkodzenia, liczba ośrodków zabezpieczających opiekę psychiatryczną według standardu wynikającego z NZZP, szacunkowa liczba uzależnionych/liczb a leczonych z powodu uzależnień wysokość nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne związane z leczeniem zaburzeń psychicznych i leczeniem uzależnień. monitorowanie BMI w badaniach profilaktycznych, 	<p>związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania oraz uzależnieniami generującą znaczące koszty społeczne związane z absencją chorobową, świadczeniami rehabilitacyjnymi, rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz rentami socjalnymi.</p>
6.	Zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób	I. Ograniczenie występowania nadwagi i otyłości u dzieci i	Długoterminowy, poza rok 2020	<ul style="list-style-type: none"> przeciwdziałanie występowaniu nadwagi i otyłości, w szczególności u dzieci i młodzieży i młodych dorosłych 	<p>Postęp technologiczny i dynamicznie zmieniające się warunki życia</p>	

<p>cywilizacyjnych, w szczególności chorób metabolicznych, cukrzycy, otyłości, alergii oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami z ww. schorzeniami.</p>	<p>młodzię oraz młodych dorosłych, jako czynnika ryzyka chorób cywilizacyjnych, m.in. wczesnego rozwoju miażdżycy.</p> <p>II. Ograniczenie występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej w tym cukrzycy, prewencja powikłań tych schorzeń i ich kompleksowa terapia.</p> <p>III. Wczesne wykrywanie chorób alergicznych.</p> <p>IV. Ograniczenie zaburzeń płodności.</p>	<p>poprzez promocję prawidłowego modelu żywienia i stylu życia i inne działania edukacyjne,</p> <ul style="list-style-type: none"> • optymalizacja dostępności do opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w zakresie leczenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej i chorób alergicznych, • prewencja i wczesna diagnostyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej, w tym poprzez zwiększenie w tym obszarze roli lekarza POZ, • poprawa wczesnej diagnostyki astmy poprzez m.in. zwiększenie dostępności do badań czynniciowych, • profilaktyka zaburzeń płodności, w tym działania edukacyjne. 	<ul style="list-style-type: none"> • współczynnik zachorowalności, chorobowości i umieralności z powodu cukrzycy, • współczynnik chorobowości hospitalizowanej z powodu powikłań cukrzycy, • współczynnik zachorowalności z powodu alergii • współczynnik chorobowości z powodu alergii 	<p>społeczeństwa wpływają na styl życia, który ma istotny wpływ na rozwój chorób cywilizacyjnych. Cukrzyca należy do największych problemów zdrowotnych ze względu na szeroki społeczny zasięg; dyrektywa EU i WHO (2006 rok) – cukrzycę uznano za globalną epidemię zagrażającą ludzkości. W Polsce na cukrzycę choruje 2,73 mln osób (26% o tym nie wie), u 16,5% Polaków ma IGT – 4 miejsce na świecie. W ciągu roku umiera 21 tys. osób, wykonuje się 14 tys. amputacji stóp. Roczne koszty cukrzycy to co najmniej 7 mld PLN, połowa to koszty leczenia powikłań. W woj. śląskim pacjenci z cukrzycą są pod względem liczebności 3 grupą odwiedzającą lekarza POZ. Dzieci z nadwagą/otyłością stanowią ok. 7% populacji dzieci w Polsce. Otyłość rozpoczynająca się u dziecka to czynnik</p>
---	--	---	---	---

7.	<p>Ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej ostrymi przewlekłymi chorobami układu ruchu, w tym następstwami schorzeń ośrodkowego układu nerwowego oraz przyczynami zewnętrznymi (urazy, oparzenia,</p>	<p>I. Poprawa stanu zdrowia osób z ostrymi i przewlekłymi chorobami układu ruchu. Wstrzymanie procesów sprzyjający nasilaniu się niepełnosprawności. II. Zapewnienie szybkiego wykrywania i leczenia zapalnych chorób reumatycznych. III. Ograniczenie skutków niedoborów w zdrowiu dla pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi.</p>	Długoterminowy, poza rok 2020	<ul style="list-style-type: none"> • poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej utrudniającej powrót do pracy i pozostanie w zatrudnieniu, • zapewnienie szybkiej rehabilitacji bezpośrednio po przebytych chorobach i urazach, • poprawa dostępności do świadczeń w zakresie wczesnej rehabilitacji, • zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentami z ranami przewlekłymi poprzez utworzenie specjalistycznego ośrodka w oparciu o istniejącą infrastrukturę, • poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia przeciwbólowego, • poprawa dostępności do rehabilitacji w 	<ul style="list-style-type: none"> • absencja chorobowa z powodu wybranych jednostek chorobowych oraz jej skutki finansowe, • liczba osób niepełnosprawnych – w tym prawnie i biologicznie • wskaźnik chorobowości z powodu chorób układu mięśniowo-stawowego i tkanki łącznej, • dynamika środków 	<p>wystąpienie w późniejszym wieku ryzyka nadciśnienia, zaburzeń hormonalnych, stłuszczenia wątroby, wczesnych zmian miażdżycowych. Wyniki badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) wykazały występowanie chorób alergicznych woj. śląskim u 38 % mieszkańców. Obecnie alergia stanowi problem zdrowia publicznego o zasięgu pandemicznym.</p> <p>Zewnętrzne przyczyny zachorowań i zgonu, w tym urazy i zatrucia stanowią jedną z trzech głównych przyczyn zgonu oraz częstą przyczynę hospitalizacji, a także niepełnosprawności. Należy mieć na uwadze, że szybki powrót do zdrowia, możliwy dzięki dostępowi do wczesnej rehabilitacji istotnie ograniczy skutki społeczne tego zjawiska. Należy aby rozważyć wzmocnienie roli</p>
----	---	--	-------------------------------	---	--	---

8.	<p>zatrucia).</p> <p>Podniesienie poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia</p>	<p>I. Usprawnienie systemu PRM</p>	<p>Długoterminowy, poza rok 2020</p>	<p>warunkach ambulatoryjnych i ośrodkach dziennych,</p> <ul style="list-style-type: none"> • przeciwdziałanie niepełnosprawności wynikającej z zapalnych chorób reumatycznych poprzez ich wczesną diagnostykę i terapię. 	<p>finansowych przekazywanych przez NFZ na finansowanie świadczeń w zakresie: rehabilitacja lecznicza.</p>	<p>medycyny pracy w zakresie szerszej profilaktyki zdrowotnej osób pracujących zawodowo.</p> <p>Powszechny charakter chorób układu ruchu powoduje, że stanowią one znaczne obciążenie w zakresie kosztów ponoszonych przez państwo (gospodarka lekowa, koszty społeczne, w tym absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rentowe.</p>
				<ul style="list-style-type: none"> • utworzenie na terenie województwa kolejnych SOR i CU, doposażenie i modernizacja ZRM 	<ul style="list-style-type: none"> • liczba populacji obsługiwanej przez SOR i CU 	<p>Wzrost zagrożeń w wyniku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej oraz zdarzeń zewnętrznych będzie w następnych latach potęgował liczbę występowania nagłych zdarzeń wymagających interwencji ze strony systemu PRM.</p>

PROPONOWANE PRZEKIEROWANIE STRUMIENIA FINANSOWEGO PŁATNIKA PUBLICZNEGO

Elementem ściśle korelującym z opracowaniem priorytetów powinno być powiązanie realizacji opisanych priorytetów z planem finansowania, z uwzględnieniem aktualnych możliwości, bądź ze wskazaniem horyzontu czasowego tego finansowania. W celu realizacji opisanych zadań konieczne jest jednak podjęcie takich działań, które zapewnią bezpieczne ich wdrażanie, poprawę legislacji, długotrwałą stabilizację ekonomiczną, uwzględniającą nie tylko utrzymanie czy odtworzenie zasobów, ale też wdrożenie innowacji, stymulowanie postępu technologicznego i informatycznego. Zawarcie wskazanych wyżej uwag w stosownych aktach prawnych z pewnością pomoże zrealizować zgodnie z określonym harmonogramem zadania stanowiące regionalne, a potem krajowe priorytety z jednoczesnym wskazaniem instytucji odpowiedzialnych za tą realizację. Nie jest jednak możliwe wskazanie takiej instytucji, bez określenia źródeł finansowania lub choćby realnego na nie wpływu.