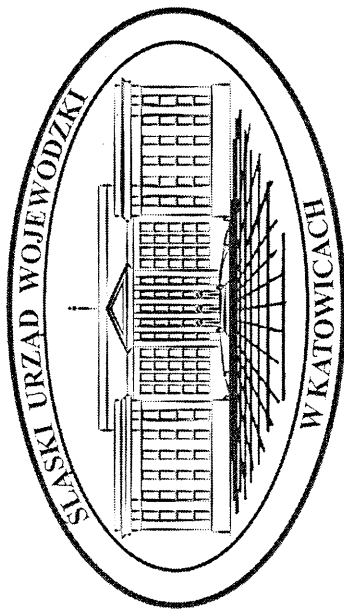


PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ
– WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

01.01.2019-31.12.2021



ZATWIERDZAM:

WOJEWODA ŚLĄSKI
Janusz Wierzbicki

Zgodnie z art. 95c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, Wojewoda Śląski w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ustalił priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa śląskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

Podstawę do sformułowania priorytetów stanowiły:

- wnioski płynące z map potrzeb zdrowotnych,
- cele operacyjne określone w „Krajowych Ramach Strategicznych. Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014-2020”,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469),
- wiedza ekspercka członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych w województwie śląskim,
- inne dostępne dane i analizy, strategię i programy rozwoju regionu.

Wyodrębniono 11 priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej:

Priorytet 1: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, pierwotnej i wtórnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na problemy zdrowotne związane z chorobami sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego.

Priorytet 2: Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej dla mieszkańców województwa śląskiego poprzez rozwój profilaktyki, szybkiej diagnostyki, leczenia, w tym rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej.

Priorytet 3: Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym.

Priorytet 4: Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.

Priorytet 5: Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci.

Priorytet 6: Zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób metabolicznych, cukrzycy, otyłości, alergii oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami z ww. schorzeniami.

Priorytet 7: Ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej schorzeniami, w szczególności związanymi z ostrymi oraz przewlekłymi chorobami układu ruchu, w tym następstwami schorzeń ośrodkowego układu nerwowego oraz przyczynami zewnętrznymi (urazy, oparzenia, zatrucia).

Priorytet 8: Podniesienie poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia.

Priorytet 9: Zwiększenie bezpieczeństwa epidemicznego mieszkańców regionu.

Priorytet 10: Zwiększenie poziomu wykrywalności chorób i poziomu bezpieczeństwa pacjenta w fazie diagnozy.

Priorytet 11: Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku.

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

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	Długoterminowo, wy, poza rok 2020	- realizacja programów profilaktyki pierwotnej oraz eliminacja czynników ryzyka poprzez: - Zmniejszenie odsetka mieszkańców palących papierosy lub tytoń przede wszystkim poprzez zmniejszenie ilości osób rozpoczynających palenie. - Propagowanie zdrowego stylu życia w tym zwiększenia aktywności fizycznej mieszkańców oraz propagowanie dobrych nawyków żywieniowych jak również ograniczenia spożycia alkoholu - Wczesne wykrywanie oraz leczenie nadciśnienia tętniczego - Wczesne wykrywanie oraz leczenie cukrzycy i innych zaburzeń gospodarki węglowodanowej - Wczesne wykrywanie oraz leczenie zaburzeń lipidowych. - optymalizacja dostępu do procedur wysokospecjalistycznych - kardiologicznych i kardiochirurgicznych	- 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, - liczba łóżek rehabilitacyjnych na 10 000 ludności, - wskaźnik średniego wykorzystania łóżek na oddziałach rehabilitacyjnych	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 Śląska żyją krócej niż mieszkańcy innych regionów. Szczegółowa statystyka wykazuje, iż najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia notuje się m.in. w województwie śląskim. Ponadto, kluczowa rola jaką choroby układu

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		z przewlekłymi chorobami układu oddechowego.		• optymalizacja dostępu do pogłębionej diagnostyki i nowoczesnych metod terapeutycznych, • optymalizacja wykorzystania potencjału infrastrukturalnego, • poprawa dostępności do rehabilitacji dziennej i stacjonarnej oraz świadczeń rehabilitacyjnych jako metody uniknięcia leczenia interwencyjno-zabiegowego, • 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 zarostowej kończyn dolnych, stopy cukrzycowej), • programy wczesnego wykrywania przewlekłych chorób układu oddechowego.		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

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
				optymalizacja procesów diagnostycznych i terapeutycznych dla chorych z udarem mózgu		w Europie liczbie amputacji na 1 mieszkańca. Liczby te w ostatnich latach mieszczą się w przedziale od 8 do 12 na 100 tysięcy mieszkańców, a w innych krajach europejskich od 1 do 2.
2.	Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej dla mieszkańców województwa śląskiego poprzez rozwój profilaktyki, szybkiej diagnostyki, leczenia, w tym rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej.	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)	Długoterminowo, wy, poza rok 2020	- rozwój ośrodków zapewniających kompleksową diagnostykę patomorfologiczną i opiekę onkologiczną, w tym rehabilitację po leczeniu onkologicznym, z zapewnieniem najbardziej dogodnego dla pacjentów dostępu do leczenia, 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, - poprawa dostępności do specjalistycznej opieki paliatywnej w	- współczynnik zachorowalności, - wskaźnik śmiertelności, - współczynnik umieralności - wskaźnik 5 –letniej przeżywalności, - powstawanie i rozwój ośrodków świadczących pełen zakres świadczeń udzielanych przez poradnie medycyny paliatywnej, zespoły domowej opieki paliatywnej oraz zwiększenie ilości łóżek w stacjonarnych ośrodkach opieki	Choroby nowotworowe, które stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce są zagrożeniem dla polskiego społeczeństwa i stwarzają problem zarówno na poziomie jednostki, jak i populacji. Z danych epidemiologicznych zawartych na stronach Krajowego Rejestru Nowotworów oraz EUROCCARE wynika, że odsetek wyleczeń z nowotworów i odsetek przeżyć pięcioletnich chorych na nowotwory złożył w Polsce stanowią jeden z najniższych wskaźników

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		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 działalności naukowo - klinicznej i szkoleniowej ukierunkowanej na prowadzenie innowacyjnych metod		warunkach ambulatoryjnych, domowych i stacjonarnych.	paliatywnej/oddziałach medycyny paliatywnej, • tworzenie oddziałów dziennych medycyny paliatywnej finansowanych ze środków publicznych.	w Europie, co najpewniej jest skutkiem wyższego odsetka chorych zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia specjalistycznego z wyższym (niż średnia europejska) zaawansowaniem nowotworu złośliwego. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju w ostatnim 40-leciu rosła, 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 Polsce

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		diagnostyki i leczenia w szczególności chorób nowotworowych u dzieci. V. Poprawa dostępności do najbardziej skutecznych metod leczenia – zwłaszcza skojarzonego oraz w zakresie jakości opieki nad chorymi na nowotwory zaawansowane. VI. Poprawa dostępności do rehabilitacji w chorobach nowotworowych VII. Zabezpieczenie dostępności do opieki paliatywnej w warunkach ambulatoryjnych				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 osiągają 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

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		VIII. , domowych i stacjonarnych. Podniesienie jakości opieki paliatywnej poprzez tworzenie warunków dla powstania szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną IX. Dywersyfikacja geograficzna świadczeń w zakresie onkologii.				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 usług. Nadrzędną kwestią w onkologii jest dążenie do kompleksowości usług, z uwzględnieniem prawidłowego dostępu do rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej.
3.	Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym	I. Stały rozwój systemu koordynowanej i kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem. II. Rozwój opieki profilaktycznej	Długoterminowo, wy, poza rok 2020	• optymalizacja ilości i rozmieszczenia oddziałów ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych i pediatrycznych w woj. śląskim, • poprawa dostępności do kompleksowej opieki perinatologicznej, w tym leczenia wrodzonych wad	• liczba pacjentów objętych programami lekowymi, • struktura ludności według wieku, • współczynnik umieralności	Ludność województwa śląskiego charakteryzuje się większym stopniem zaawansowania procesu starzenia się niż ludność Polski. Stąd konieczność rozwoju usług zdrowotnych dla powiększającej się grupy

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
	trendom demograficznym.	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-zwrotnymi, w tym zwiększenie dostępności do rehabilitacji oraz dostępności do specjalistycznych terapii lekowych. V. Zapewnienie optymalnego dostępu do		rozwojowych poprzez zwiększenie ilości ośrodków realizujących 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 w celu optymalizacji i zwiększenia dostępności do świadczeń medycznych, - optymalizacja ilości i rozłożenia łóżek internistycznych celem zabezpieczenia niedoborów w dostępie do niezabiegowych łóżek specjalistycznych, - poprawa dostępności do specjalistycznych terapii lekowych, - poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej umożliwiającej aktywność zawodową.	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 - dynamika zmian odsetka osób czynnych zawodowo według grup wiekowych, dynamika współczynnika płodności kobiet.	osób starszych, a także osób w wieku produkcyjnym. Poprawa poziomu jakości życia rozpoczynająca się od kompleksowej opieki perinatalnej (okres życia płodowego w dużym stopniu decyduje o zdrowiu w okresie całego życia osobniczego). 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 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

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		rehabilitacji w celu wydłużenia aktywności i samoobsługi osób starszych i niesamodzielnych. h. VI. Zapewnienie optymalnego dostępu do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji dla osób w wieku produkcyjnym. VII. Ograniczenie zaburzeń płodności.		profilaktyka zaburzeń płodności, w tym działania edukacyjne.		dorosłych duża chorobowość dotyczy stwardnienia rozsianego – prowadzącego w przeciągu 7-10 lat do niepełnosprawności. We wszystkich grupach wiekowych występuje padaczka, a chorobowość wzrasta również w wieku podeszłym jako następstwo urazów i udarów mózgu. Z uwagi na skutki powyższych schorzeń uniemożliwiające ostatecznie samodzielną egzystencję tych chorych należy mieć na uwadze prawidłowe, nowoczesne leczenie – zawsze powiązane z szeroko rozumianą rehabilitacją.
4.	Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając	I. Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasie przeżycia. II. Przywrócenie pacjenta w najlepszym możliwym stanie	Długoterminowo, wy., poza rok 2020	- 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	współczynnik chorobowości według wybranych jednostek chorobowych wymagających opieki czynnej i	Rosnąca liczba osób starszych w województwie śląskim jest związana ze zjawiskiem starzenia się populacji. Szczególnym wyzwaniem w obszarze zdrowia w regionie, jest

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
	działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.	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. III. Poprawa warunków życia osób starszych z chorobami przewlekłymi na poziomie pozwalającym na zabezpieczenie ich		regionalnego systemu specjalizacji dla lekarzy, pielęgniarek 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, w tym rehabilitacji, • rozwój opieki koordynowanej i kompleksowej nad osobami starszymi z uwzględnieniem operacyjnych interwencji terapeutycznych poprawiających sprawność i samodzielność pacjentów oraz rozwój rozwiązań z zakresu telemedycyny.	według grup wiekowych • wskaźnik umieralności według przyczyn i wieku • wskaźnik śmiertelności z powodu wybranych jednostek chorobowych, • oczekiwana długość życia w zdrowiu • przeciętne trwanie życia, • liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na 10 000 ludności, • liczba miejsc w podmiotach długoterminowej opieki stacjonarnej na 10 000 ludności, • liczba osób oczekujących świadczenia w zakresie opieki długoterminowej czas oczekiwania na leczenie rehabilitacyjne	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 specjalistów różnych dziedzin medycyny. Istotne dla poprawy jakości życia osób po 60 r.ż jest zapobieganie i ograniczanie

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		podstawowych potrzeb życiowych.				następstw wielochorobowości oraz umożliwienie utrzymania sprawności funkcjonalnej przez jak najdłuższy okres życia.
5.	Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci.	I. Profilaktyka i promocja zdrowia psychicznego. Rozwój opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. III. Rozwój opieki dziennej i środowiskowej. IV. Zapobieganie stygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych.	Długoterminowo, poza rok 2020	- 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,	- współczynnik zachorowalności i chorobowości z powodu zaburzeń psychicznych według grup wiekowych, - absencja chorobowa z powodu wybranych jednostek chorobowych oraz jej skutki finansowe, - liczba zgonów z powodu zamierzonego samouszkodzenia, liczba hospitalizacji z powodu zamierzonego samouszkodzenia, ani godziwych warunków. Choroby związane z zaburzeniami	Choroby psychiczne, są jednym z najbardziej zaniechanym i niedofinansowanym sektorów ochrony zdrowia. To sprawia, że niezwykle trudne jest sprostanie 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 związane z zaburzeniami

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
				działania prewencyjne zachowań agresywnych, szczególnie wśród dzieci i młodzieży.	psychicznymi i zaburzeniami zachowania oraz uzależnieniami generując znaczące koszty społeczne związane z absencją chorobową, świadczeniami rehabilitacyjnymi, rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz rentami socjalnymi. psychiatryczną według standardu wynikającego z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, szacunkowa liczba uzależnionych/liczb a leczonych z powodu uzależnień wysokość nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne związane z leczeniem zaburzeń psychicznych i leczeniem uzależnień.	
6.	Zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych, w szczególności chorób metabolicznych, cukrzycy, otyłości, alergii oraz rozwój kompleksowej opieki nad osobami z ww. schorzeniami	I. Ograniczenie występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży oraz chorób dorosłych, jako czynnika ryzyka chorób cywilizacyjnych, m.in. wczesnego rozwoju miażdżycy.	Długoterminowo, wy, poza rok 2020	- przeciwdziałanie występowaniu nadwagi i otyłości, w szczególności u dzieci i młodzieży i młodych dorosłych poprzez promocję prawidłowego modelu żywienia i stylu życia i inne działania edukacyjne, - optymalizacja dostępności do opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w zakresie leczenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej i chorób alergicznych, - prewencja i wczesna diagnostyka zaburzeń gospodarki	- monitorowanie BMI w badaniach profilaktycznych, - współczynnik zachorowalności i chorobowości i umieralności z powodu cukrzycy, - współczynnik chorobowości hospitalizowanej z powodu powikłań cukrzycy,	Postęp technologiczny i dynamicznie zmieniające się warunki życia 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) –

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		II. Ograniczenie występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej w tym cukrzycy, prewencja powikłań tych schorzeń i ich kompleksowa terapia. III. Wczesne wykrywanie chorób alergicznych.		węglowodanowej, w tym poprzez zwiększenie w tym obszarze roli lekarza POZ, • poprawa wczesnej diagnostyki astmy poprzez m.in. zwiększenie dostępności do badań czynnościowych.	• współczynnik zachorowalności z powodu alergii • współczynnik chorobowości z powodu alergii	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 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 liczebność 3 grupą odwiedzającą lekarza POZ. Dzieci z nadwagą/otyłością stanowią ok.16 % populacji dzieci w Polsce. Otyłość rozpoczynająca się u dziecka to czynnik wystąpienia w późniejszym wieku ryzyka nadciśnienia, zaburzeń hormonalnych, stłuszczenia wątroby, wczesnych zmian

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
7.	Ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej w schorzeniami w szczególności związanymi z ostrymi przewlekłymi chorobami układu ruchu, w tym następstwami schorzeń ośrodkowego układu nerwowego oraz przyczynami zewnętrznymi (urazy, oparzenia, zatrucia).	I. Poprawa stanu zdrowia osób z ostrymi i przewlekłymi chorobami układu ruchu. Wstrzymanie procesów sprzyjających nasilaniu się niepełnosprawności. II. Zapewnienie szybkiego wykrywania i leczenia zapalnych chorób reumatycznych.	Długoterminowo, poza rok 2020	• poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej 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 warunkach ambulatoryjnych i ośrodkach dziennych,	• 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, • Czas oczekiwania na leczenie rehabilitacyjne	miażdżycowych. Wyniki badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) wykazały występowanie chorób alergicznych w woj. śląskim u 38 % mieszkańców. Obecnie alergia stanowi problem zdrowia publicznego o zasięgu pandemicznym 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. Należałoby rozważyć wzmocnienie roli medycyny pracy w zakresie szerszej profilaktyki zdrowotnej

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		III. Ograniczenie skutków niedoborów w zdrowiu dla pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi. IV. Ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych schorzeń neurologicznych V. Ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych zatruc substancjami toksycznymi.		• przeciwdziałanie niepełnosprawności wynikającej z zapalnych chorób reumatycznych poprzez ich wczesną diagnostykę i terapię. • zapewnienie dostępności do diagnostyki i leczenia toksykologicznego.	• Czas oczekiwania na planowe zabiegi operacyjne, w tym w szczególności w zakresie ortopedii, reumatologii, rehabilitacji, neurologii.	osób pracujących zawodowo. 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).
8.	Podniesienie poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia	I. Usprawnienie systemu PRM II. Ograniczenie skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych schorzeń neurologicznych w populacji.	Długoterminowo, poza rok 2020	• utworzenie na terenie województwa kolejnych SOR i CU, doposażenie i modernizacja ZRM • optymalizacja dostępności do łóżek udarowych na terenie województwa • poprawa dostępności do świadczeń w oddziałach intensywnej terapii, w tym optymalizacja łóżek na ww. oddziałach.	• liczba populacji obsługiwanej przez SOR i CU • liczba łóżek na oddziałach udarowych w przeliczeniu na ludność, rozmieszczenie	Wzrost zagrożeń w wyniku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej oraz zdarzeń zewnętrznych będzie w następnych latach potęgował liczbę występowania nagłych zdarzeń wymagających

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
				dostosowanie bazy oddziałów intensywnych terapii do wymogów wynikających z obowiązujących przepisów prawa.	łóżek na mapie województwa liczba łóżek na oddziałach intensywnych terapii w przeliczeniu na ludność, rozmieszczenie łóżek na mapie województwa.	interwencji ze strony systemu PRM. Optymalizacja rozmieszczenia oddziałów i łóżek udarowych oraz intensywnych terapii pozwoli na podjęcie działań medycznych w czasie zapewnianym ich skuteczność, co wpłynie z kolei na ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych, społecznych i wreszcie ekonomicznych wybranych schorzeń, w tym neurologicznych.
9.	Zwiększenie bezpieczeństwa epidemicznego mieszkańców regionu	I. Poprawa dostępności do specjalistycznych ośrodków leczenia chorób zakaźnych, w tym dla dzieci. II. Ograniczenie występowania powikłań w leczeniu chorób zakaźnych	Długoterminowo wy, poza rok 2020	- utworzenie kompleksowego ośrodka diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych, w tym specjalistycznego oddziału chorób zakaźnych dla dzieci; - zwiększenie poziomu wyszczepialności w populacji.	- współczynniki zachorowalności na choroby zakaźne - odsetek wyszczepialności na choroby zakaźne.	Wzrost zagrożeń w wyniku niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, migracji ludności i pogarszającej się wyszczepialności w populacji będzie w ciągu kolejnych lat skutkować zwiększonym występowaniem chorób zakaźnych, zakażeń bakterio- i lekkoopornych.

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
10.	Zwiększenie poziomu wykrywalności chorób i poziomu bezpieczeństwa pacjenta w fazie diagnozy	I. Podniesienie jakości i poprawa dostępności do badań diagnostycznych	Długoterminowo, poza rok 2020	• zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych realizowanych w trybie ambulatoryjnym • utworzenie referencyjnego laboratorium genetyki u dzieci • wzmocnienie systemu kontroli i nadzoru jakości w diagnostyce oraz w diagnostyce patomorfologicznej (zakłady patomorfologii, pracownie histopatologii), w tym poprzez zwiększenie możliwości konsultacyjnych z ośrodkami referencyjnymi z wykorzystaniem telemedycyny.	• czas oczekiwania na badania obrazowe (TK, rezonans magnetyczny), • ilość zrealizowanych w ciągu roku badań endoskopowych, • czas oczekiwania na badanie endoskopowe.	Obserwowany wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz onkologiczne, jak również ciągły rozwój medycyny wymusza rozwój szybkiej i precyzyjnej, a także wysokiej jakości diagnostyki, z uwzględnieniem wszelkich dostępnych metod diagnostycznych w zakresie badań laboratoryjnych, patomorfologicznych, obrazowych. Ponad to wysokiej jakości diagnostyka jest istotnym czynnikiem skuteczności realizowanych programów profilaktyki zdrowotnej.
11.	Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku	I. Ograniczenie niedoborów personelu medycznego w dziedzinach uznanych za priorytetowe. II. Zwiększenie dostępności do	Długoterminowo, poza rok 2020	• współpraca samorządów zawodowych działających w ochronie zdrowia, uczelni i szkół medycznych oraz administracji publicznej w zakresie wzrostu liczby specjalistów, szczególnie w dziedzinach priorytetowych. • podejmowanie działań na rzecz zwiększenia liczby miejsc	• liczba specjalistów w poszczególnych dziedzinach na 10 000 ludności • liczba specjalizujących się w poszczególnych dziedzinach medycyny,	Aktualna sytuacja demograficzna i epidemiczna oraz odczuwalny i pogłębiający się brak kadr medycznych w wielu dziedzinach powoduje i będzie powodował ograniczenia w zakresie

L.p.	Priorytet	Cele	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
		miejsce szkoleniowych.		specjalizacyjnych i ośrodków kształcenia poddyplomowego.	liczba miejsc szkoleniowych w poszczególnych dziedzinach medycyny.	dostępności do świadczeń zdrowotnych. W tej sytuacji należy podjąć skorelowane działania zmierzające do eliminacji pogłębiającej się luki pokoleniowej występującej w zawodach medycznych oraz działania zapewniające zastępowalność pokoleniową.