



DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Katowice, dnia 15 lipca 2026 r.

Poz. 4505

Podpisany przez:
Elżbieta Barbara Żabicka-Lakomy
Data: 15.07.2026 15:50:25



OBWIESZCZENIE WOJEWODY ŚLĄSKIEGO

z dnia 15 lipca 2026 r.

w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2027-2031

Na podstawie art. 95c ust. 1 i ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. plan transformacji dla województwa śląskiego zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

Wojewoda Śląski

Marek Wójcik



WOJEWODA
ŚLĄSKI
Marek Wójcik

Załącznik do obwieszczenia
Wojewody Śląskiego
z dnia 15 lipca 2026 r.

Wojewódzki plan transformacji dla województwa śląskiego

na lata 2027-2031

Katowice 2026

Spis treści

Wykaz skrótów	3
1. Wprowadzenie	4
2. Główne obszary działań	8
2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka	8
2.2. Podstawowa opieka zdrowotna	11
2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	17
2.4. Leczenie szpitalne	23
2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	26
2.6. Rehabilitacja medyczna	30
2.7. Opieka długoterminowa	34
2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna	36
2.9. Kadry	39
2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne	41
2.11. Sprzęt medyczny	44
2.12. Pozostałe	50
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	51

Wykaz skrótów

AED	Automatyczny defibrylator zewnętrzny (ang. automated external defibrillator)
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
JST	jednostka samorządu terytorialnego
KPT	Krajowy Plan Transformacji
MJR	motocyklowa jednostka ratunkowa
MPZ	mapa potrzeb zdrowotnych
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NiŚOZ	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
SOLO	Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
UE	Unia Europejska
WPT	wojewódzki plan transformacji
ZOL	Zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
ZRM	zespół ratownictwa medycznego
ZRM "P"	zespół ratownictwa medycznego podstawowy
ZRM "S"	zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny

1. Wprowadzenie

WPT dla województwa śląskiego na lata 2027–2031 został opracowany na podstawie art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

Dokument stanowi narzędzie strategiczne umożliwiające racjonalne planowanie, koordynowanie i optymalizację działań z zakresu ochrony zdrowia na poziomie województwa, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz kierunków polityki zdrowotnej państwa.

Celem WPT jest wskazanie kluczowych wyzwań systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim oraz przedstawienie kierunków transformacji niezbędnych do zapewnienia mieszkańcom regionu dostępu do usług zdrowotnych o wysokiej jakości, adekwatnych do zmieniających się uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych, społecznych i ekonomicznych. WPT obejmuje identyfikację potrzeb zdrowotnych, analizę dostępnych zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i organizacyjnych, a także określenie działań oraz projektów inwestycyjnych i reorganizacyjnych niezbędnych do realizacji celów zdrowotnych w perspektywie lat 2027–2031. Realizacja poszczególnych działań ukierunkowana jest na poprawę stanu zdrowia mieszkańców województwa śląskiego poprzez zapewnienie dostępu do nowoczesnych, efektywnych i skoordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Województwo śląskie jest regionem o specyficznej strukturze społecznej i zdrowotnej, wynikającej z jego przemysłowego charakteru, wysokiej gęstości zaludnienia oraz ponadprzeciętnego obciążenia chorobami cywilizacyjnymi. Jednocześnie region dysponuje rozwiniętą siecią podmiotów leczniczych, silnym zapleczem klinicznym i naukowym oraz doświadczeniem w realizacji dużych projektów modernizacyjnych. WPT uwzględnia te uwarunkowania, podejmując zagadnienia zarówno poprawy efektywności funkcjonowania systemu, jak i konieczności działań profilaktycznych, edukacyjnych i organizacyjnych.

Dokument został opracowany w oparciu o dostępne dane epidemiologiczne, analizy potrzeb zdrowotnych, informacje przekazane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, samorządy, konsultantów wojewódzkich oraz instytucje publiczne uczestniczące w systemie ochrony zdrowia. Przyjęte kierunki działań są zgodne przede wszystkim z rekomendowanymi kierunkami działań określonymi przez Ministra Zdrowia w MPZ (na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. – załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r., Dz. Urz. Min. Zdrow. Poz.42), a także zaleceniami NFZ, krajowymi i regionalnymi strategiami rozwoju oraz zasadami racjonalnego planowania świadczeń opieki zdrowotnej.

WPT na lata 2027-2031 stanowi podstawę do podejmowania decyzji w zakresie reorganizacji struktury świadczeń, alokacji środków finansowych oraz planowania

inwestycji w sektorze ochrony zdrowia w województwie śląskim. Jego realizacja ma umożliwić zwiększenie dostępności świadczeń, poprawę jakości opieki, wzrost efektywności wykorzystania zasobów systemu oraz długoterminowe wzmocnienie odporności regionalnej infrastruktury i kadr ochrony zdrowia

Charakterystyka województwa śląskiego

Województwo śląskie jest specyficznym obszarem w polskiej przestrzeni, przed którym stoją poważne wyzwania związane z dużą koncentracją ludności oraz negatywnymi procesami i prognozami demograficznymi i epidemiologicznymi. Województwo śląskie zamieszkuje 4,3 mln osób, co stanowi 11,4% ludności Polski. Jest to najbardziej zurbanizowany (76% ludności miejskiej) i jednocześnie najgęściej zaludnionym region w Polsce (348 osób/km²; średnia krajowa to 119 osób/km²).

W województwie śląskim zjawisko depopulacji, czyli spadku liczby ludności, widoczne jest od dłuższego czasu. Z roku na rok liczba mieszkańców województwa maleje. Obserwowane niekorzystne tendencje demograficzne są spotęgowane przez złe wyniki w zakresie ruchu naturalnego ludności. W województwie śląskim, podobnie jak we wszystkich województwach w kraju, utrzymuje się ujemna wartość przyrostu naturalnego. Od wielu lat w województwie odnotowuje się więcej zgonów niż urodzeń. Region ma jeden z najniższych wskaźników przyrostu naturalnego na 1000 mieszkańców wynoszący -6,1 (niższe wartości osiągnęły województwa: łódzkie -6,5 i świętokrzyskie -6,7).

Spadek liczby ludności jest bezpośrednią konsekwencją zarówno utrzymującego się ujemnego przyrostu naturalnego jak i bardzo wysokiego odpływu migracyjnego ludności. Saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały ukształtowało się na poziomie minus 2,9 tys. Ponadto województwo śląskie cechuje się wysokim odpływem ludności z miast na obszary wiejskie.

Podobnie jak w całej Polsce, współczynnik dzietności w województwie systematycznie maleje w ostatnich latach. W 2024 roku wyniósł 1,0. Na tle pozostałych województw była to piąta najgorsza wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1).

Według prognozy ludności na lata 2023-2060 opublikowanej przez Główny Urząd Statystyczny, liczba ludności w woj. śląskim w roku 2060 zmniejszy się o 24,1% (co stanowi ponad 1 mln osób) względem roku 2024. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie do 48,0% z 57,6% w 2024 r., natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 37,3% z 25,3% w 2024 r.

Ujemny przyrost naturalny, niskie wartości współczynnika dzietności kobiet oraz rosnący udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności mieszkańców województwa dają jasny obraz starzejącego się społeczeństwa.

Nadchodzące zmiany demograficzne będą miały dalekosiężne skutki dla gospodarki i społeczeństwa, co z kolei obliguje do podjęcia natychmiastowych, wielosektorowych działań w tym w szczególności w sektorze zdrowia.

Starzejąca się populacja wymusi konieczność zapewnienia odpowiednich usług zdrowotnych i aktywizujących, skierowanych głównie do osób starszych (w wieku poprodukcyjnym). Województwo stoi przed dużym wyzwaniem zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom w wieku podeszłym, przewlekle oraz terminalnie chorym. Niezbędne jest podjęcie działań polegających na dostosowaniu infrastruktury opieki zdrowotnej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz rozwoju bazy łóżkowej w ośrodkach opieki długoterminowej i geriatrycznej. Podeszły wiek oraz wynikające z niego problemy zdrowotne nierzadko prowadzą do utraty sprawności, a co za tym idzie – do rosnącej potrzeby pomocy ze strony innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności. Mając na uwadze potrzebę deinstytucjonalizacji usług społecznych i opiekuńczych, a także ograniczoną liczbę miejsc w placówkach opieki długoterminowej, konieczne staje się rozwijanie opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania (opieki środowiskowej).

Cechą charakterystyczną województwa śląskiego jest niejednorodność, zarówno pod względem występowania zjawisk demograficznych i trendów epidemiologicznych, a także w dostępności mieszkańców do infrastruktury leczniczej. Obserwowane są znaczne dysproporcje w dostępie do opieki zdrowotnej pomiędzy różnymi powiatami województwa. Koncentracja infrastruktury medycznej jest najwyższa w obrębie tak zwanej metropolii górnośląskiej.

Województwo śląskie charakteryzuje się wysokim poziomem zabezpieczenia mieszkańców w infrastrukturę leczniczą, zwłaszcza w obszarze leczenia szpitalnego - wysokim wskaźnikiem zaopatrzenia ludności w łóżka szpitalne.

W regionie odnotowuje się wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia, nowotwory, schorzenia neurodegeneracyjne oraz choroby cywilizacyjne przy jednoczesnym coraz częstszym występowaniu następstw chorób związanych z wiekiem. Świadczy o tym długi czas oczekiwania na leczenie i ograniczona dostępność do wybranych świadczeń zdrowotnych.

Zła jakość środowiska, w tym powietrza atmosferycznego; duża ilość obszarów zdegradowanych - to również cechy charakteryzujące województwo śląskie. Powietrze na terenie województwa śląskiego w dalszym ciągu nie jest wolne od zanieczyszczeń. Wyzwaniem stojącym przed województwem jest ograniczenie emisji zanieczyszczeń, które w znacznym stopniu odpowiadają za przekroczenia norm jakości powietrza i powodują pogorszenie stanu zdrowia mieszkańców. Wyzwaniem będzie również zapewnienie odpowiedniej profilaktyki i opieki medycznej w tym zakresie.

Duża gęstość zaludnienia, wysoki wskaźnik urbanizacji oraz duże nagromadzenie sąsiadujących i ściśle ze sobą powiązanych miast średniej wielkości sprawiają, że

głównym wyzwaniem stojącym przed regionem jest ograniczanie wewnętrznych zróżnicowań na obszarach silnie zurbanizowanych (w szczególności Metropolii i Aglomeracji).

Dodatkowo, obecna sytuacja geopolityczna generuje nowe wyzwania dla opieki zdrowotnej w województwie. Napływ uchodźców wywarł znaczący wpływ na lokalny system opieki zdrowotnej, głównie poprzez zwiększenie obciążenia infrastruktury leczniczej oraz kadry medycznej, wzrost kosztów finansowania oraz konieczność zmierzenia się potrzebami zdrowotnymi takimi jak zdrowie psychiczne czy profilaktyka zdrowotna.

Województwo śląskie w obliczu konfliktu zbrojnego staje przed ogromnymi wyzwaniami związanymi z koniecznością przygotowania infrastruktury leczniczej i kadrowej przed ewentualnym zagrożeniem. Napływ ludności z zagranicy stanowi również potencjalne zagrożenie epidemiologiczne.

2. Główne obszary działań

2.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.
- 2) Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.
- 3) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.
- 4) Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
- 2) Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
- 3) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
- 4) Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.1.1.	Prowadzenie akcji edukacyjno-informacyjnych m.in. w POZ skierowanych do mieszkańców województwa odnośnie wpływu czynników ryzyka na zdrowie oraz znaczenia profilaktyki we wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu chorobom.	Edukacja zdrowotna pacjentów wpływa pozytywnie na proces leczenia i rekonwalescencji (bardziej efektywny udział pacjenta w procesie leczenia), a placówki POZ to główne miejsce kontaktu pacjentów z ochroną zdrowia. Intensyfikacja edukacji zdrowotnej i promocji mogą zmniejszyć nakłady na medycynę naprawczą. Liczba osób kwalifikujących się do objęcia programem profilaktyki chorób układu krążenia wynosi ok. 260 tys. osób w skali roku (na podstawie roku 2025).	Poprawa stanu zdrowia mieszkańców poprzez znajomość czynników wpływających na jego stan. Ograniczenie negatywnego wpływu czynników ryzyka m.in. metabolicznych i behawioralnych na stan zdrowia mieszkańców województwa.	NFZ, JST	2027-2031	Koszt objęcia jednej osoby programem profilaktycznym wynosi od 32,08 zł do 137,05 zł Koszt profilaktyki chorób przewlekłych dla wszystkich świadczeniodawców wynosi 18 396 397,27 zł	• Liczba osób objętych programem profilaktyki chorób układu krążenia oraz gruźlicy • Liczba podmiotów POZ realizujących program profilaktyki chorób układu krążenia oraz gruźlicy
2.1.2.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych i akcji informacyjnych w zakresie profilaktyki występowania nadwagi, otyłości, chorób metabolicznych (w tym cukrzycy), chorób wynikających z używania wyrobów tytoniowych, wyrobów nowatorskich, papierosów elektronicznych, spożywania alkoholu, substancji psychoaktywnych oraz innych czynników powodujących uzależnienia.	Największy wpływ na liczbę zgonów oraz na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu mieszkańców województwa mają takie czynniki ryzyka jak: wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe, wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, wysoki poziom cholesterolu, tytoń, spożywanie alkoholu, wysoki BMI.	Ograniczanie liczby zgonów oraz liczby utraconych lat przeżytych w zdrowiu-determinowanych przez różne czynniki ryzyka m.in. wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo.	Państwowa Inspekcja Sanitarna, JST, NFZ	2027-2031	Koszt całkowity działań na uczestnika – w skali roku – mieści się w przedziale od 5,61 zł do 80,62 zł	• Liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej i prawidłowego odżywiania • Liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki palenia tytoniu • Liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki używania środków psychoaktywnych, w tym alkoholu
2.1.3.	Realizacja kampanii informacyjnych nakierowanych na poszerzenie świadomości mieszkańców odnośnie wpływu badań profilaktycznych oraz profilaktyki szczepiennej na stan zdrowia, w tym badań cytologicznych oraz szczepień ochronnych przeciwko HPV (wirus brodawczaka ludzkiego).	Społeczeństwo posiada niskie kompetencje zdrowotne w obszarze profilaktyki chorób, co przekłada się na niską zgłaszalność na badania przesiewowe. Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. były choroby nowotworowe (27,6% wszystkich przyczyn zgonów).	Wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne powoduje wczesną wykrywalność chorób nowotworowych, a w dalszej konsekwencji ograniczenie negatywnych skutków ich występowania.	Państwowa Inspekcja Sanitarna, JST, NFZ	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie	• Liczba kobiet przebadanych (wartość na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) - cytologia • Liczba kobiet przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania (%) - cytologia • Liczba osób i procent zaszczepionych (do 19 r.ż.) w populacji woj. śląskiego na dany rok kalendarzowy
2.1.4.	Realizacja kampanii informacyjnych nakierowanych na poszerzenie	Społeczeństwo posiada niskie kompetencje zdrowotne w obszarze profilaktyki chorób,	Wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne powoduje wczesną	Państwowa Inspekcja	2027-2031	Brak możliwości oszacowania	• Liczba kobiet przebadanych (wartość na 100 tys. rocznej

	świadomości mieszkańców odnośnie wpływu badań profilaktycznych na stan zdrowia, w tym zwiększenie zgłaszalności na badania, w tym badania mammograficzne.	co przekłada się na niską zgłaszalność na badania przesiewowe. Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. były choroby nowotworowe (27,6% wszystkich przyczyn zgonów). Zgłaszalność na badania w ramach programu profilaktyki raka piersi w woj. śląskim jest niższa niż średnio w Polsce.	wykrywalność chorób nowotworowych, a w dalszej konsekwencji ograniczenie negatywnych skutków ich występowania.	Sanitarna, JST, NFZ		kosztów na obecnym etapie	populacji do przebadania) - mammografia • Liczba kobiet przebadanych w stosunku do rocznej populacji do przebadania (%) - mammografia • Liczba odbiorców działań z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych
--	--	--	---	----------------------------	--	----------------------------------	---

2.2. Podstawowa opieka zdrowotna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) dużo powyżej średniej krajowej.
- 2) Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.
- 3) Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.
- 4) Utrzymanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie kłobuckim, rybnickim oraz raciborskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).
- 5) Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.
- 6) Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekłe. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.
- 7) Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.
- 8) Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewnienia dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wzmocnienie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększenie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

- 2) Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
- 3) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
- 4) Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat częstochowski, lubliniecki, kłobucki).
- 5) Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
- 6) Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
- 7) Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.
- 8) Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia

wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.2.1.	Zawieranie umów z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie POZ na poziomie minimum jedna poradnia POZ w gminie.	Obecnie dostępność jest na odpowiednim poziomie, ale w przyszłości należy monitorować i zabezpieczyć dostępność do świadczeń POZ, w tym w celu eliminacji ewentualnych „białych plam” w zakresie dostępności.	Utrzymanie dostępności i wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.	NFZ	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	- Liczba pacjentów objętych opieką POZ w województwie śląskim - Procent zabezpieczenia populacji województwa (poziom gminy) w zakresie świadczeń POZ w województwie śląskim
2.2.2.	Wprowadzanie systemu zachęt – w tym finansowych i pozafinansowych dla kadry medycznej - do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ, w szczególności na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.	Wprowadzenie systemu zachęt dla kadry medycznej sprzyja zwiększeniu liczby osób gotowych podjąć zatrudnienie w placówkach POZ. Działania te pozwalają przeciwdziałać niedoborom personelu, poprawiają dostępność lekarzy oraz stabilizują funkcjonowanie POZ.	Zwiększona rola POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa na terenach wiejskich oraz małych miejscowościach. Zwiększenie liczby personelu medycznego w POZ przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia.	JST, podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031 z możliwością przedłużenia	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	- Liczba lekarzy w POZ - dynamika zmian w latach - Liczba pielęgniarek w POZ – dynamika zmian w latach - Liczba położnych w POZ – dynamika zmian w latach - w powiatach ziemskich w województwie śląskim
2.2.3.	Prowadzenie kampanii informacyjnych popularyzujących programy profilaktyczne, w tym w szczególności program „Moje Zdrowie- Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej” oraz program zapobiegania i zwalczania gruźlicy w województwie śląskim.	Promowanie i zachęcanie do udziału w programie "Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej" zwiększa świadomość zdrowotną społeczeństwa i zachęca do profilaktyki. Dzięki temu więcej osób korzysta z badań przesiewowych, co sprzyja wczesnemu wykrywaniu chorób i poprawie ogólnego stanu zdrowia populacji. Niski poziom uczestnictwa w badaniach profilaktycznych oraz późne zgłaszanie się do specjalistów powodują wyższe ryzyko wykrywania chorób w zaawansowanych stadiach.	Zwiększona rola POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa. Poprawa świadomości zdrowotnej populacji. Poprawa stanu zdrowia ludności. Zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju. Zmniejszenie liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem, ograniczenie liczby zachorowań i zgonów. Obniżenie kosztów leczenia. Zwiększenie liczby osób korzystających z badań profilaktycznych.	NFZ, JST	2027-2031 z możliwością przedłużenia	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	- Odsetek osób objętych Program Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. - Liczba osób korzystających z programu zapobiegania i zwalczania gruźlicy
2.2.4.	Zawieranie umów na opiekę koordynowaną z podmiotami, które mają już zawarte umowy na POZ, w tym zwiększanie przez nie liczby	Zapewnienie wysokiego poziomu opieki nad pacjentami, w tym nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe, pozwalające na efektywne	Zwiększenie odsetka osób korzystających ze świadczeń z zakresu opieki koordynowanej. Zapewnienie pacjentom	NFZ	2027-2031	Koszty świadczeń opieki koordynowanej w skali	Liczba świadczeniodawców opieki koordynowanej na 100 tys. ludności.

	ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych na terenie województwa śląskiego.	leczenie pacjenta w POZ i ograniczenie odsyłania pacjentów do AOS, a także ograniczenie potrzeby korzystania z leczenia szpitalnego (odwrócona piramida świadczeń zdrowotnych). Opieka koordynowana skraca ścieżkę pacjenta, poprawia komunikację między personelem POZ oraz zwiększa efektywność wykorzystania zasobów.	kompleksowej, ciągłej opieki poprzez ścisłą współpracę między lekarzami i specjalistami. Usprawnienie procesu diagnostyczno-leczniczego dla pacjentów z chorobami przewlekłymi. Poprawa wyników zdrowotnych pacjentów i zwiększenie ich satysfakcji z otrzymywanych świadczeń. Zwiększenie roli POZ w zakresie diagnostyki i leczenia. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS (zmniejszenie kolejek do AOS).			województwa w skali roku – ok. 113 000 000,00 zł	Liczba realizatorów opieki koordynowanej, które poszerzyły liczbę ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych
2.2.5.	Prowadzenie kampanii informacyjnych popularyzujących wiedzę nt. funkcjonowania i organizowania opieki koordynowanej w województwie śląskim.	Kampanie informacyjne są kluczowe dla wdrożenia opieki koordynowanej, ponieważ niski poziom wiedzy pacjentów i świadczeniodawców ogranicza jej wykorzystanie. Zwiększenie świadomości przełoży się na wyższą wykrywalność chorób przewlekłych, lepsze planowanie terapii i skuteczniejszy monitoring pacjentów.	Zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej pacjentom z chorobami przewlekłymi, skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje i badania diagnostyczne. Dodatkowo przyczyni się do rozszerzenia sieci świadczeniodawców.	NFZ	2027-2031	Działanie bezkosztowe	- Liczba świadczeń udzielanych w ramach opieki koordynowanej na 100 tys. ludności. - Liczba porad w AOS – poradnie kardiologiczne, endokrynologiczne, diabetologiczne, pulmonologiczne, nefrologiczne – dynamika w latach
2.2.6.	Zawieranie umów w zakresie NiŚOZ na poziomie minimum jedna poradnia NiŚOZ w powiecie.	Zapewnienie realizacji roli NiŚOZ, polegającej na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, między innymi poprzez zapewnienie dostępności do świadczeń i utrzymanie optymalnej liczby ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego w krótkim czasie od pojawienia się pierwszych objawów choroby. Odciążenie SOR i NiŚOZ, który nie jest właściwym miejscem do uzyskania np. recept na długoterminowe leki, zwolnień lekarskich, skierowań do sanatorium ani innych dokumentów niezwiązanych z nagłym zagrożeniem zdrowotnym.	NFZ	2027-2031	Koszty NiŚOZ w skali roku – ok. 186 000 000,00 zł	Liczba placówek NiŚOZ w podziale na powiaty
2.2.7.	Prowadzenie kampanii informacyjnych dla mieszkańców w celu zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat różnicy między NiŚOZ - SOR – POZ, w tym poprzez materiały udostępniane na stronie internetowej Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ kierowane zarówno do świadczeniodawców,	Niska świadomość pacjentów nt. różnic między NiŚOZ, SOR i POZ prowadzi do niewłaściwego korzystania ze świadczeń i nadmiernego obciążenia SOR przypadkami nieostrymi. Kampania informacyjna poprawi efektywność systemu, skróci czas oczekiwania w SOR i zwiększy dostępność POZ.	Poprawa świadomości pacjentów związana z wyborem odpowiedniej placówki tj. w przypadku łagodnych objawów schorzeń, które nie wymagają natychmiastowej interwencji medycznej, należy udać się do placówki POZ lub NiŚOZ, a nie na SOR.	NFZ	2027-2031	Działanie bezkosztowe	Liczba świadczeń udzielanych w ramach NiŚOZ na 100 tys. ludności

	świadczeniobiorców oraz jednostek samorządu terytorialnego.						
--	---	--	--	--	--	--	--

2.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 2) Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.
- 3) Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).
- 4) Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: diabetologia, endokrynologia, reumatologia, kardiologia.
- 5) Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym

czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, chorób tarczycy, chirurgii naczyniowej, urologicznej dla dzieci, endokrynologicznej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagę należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Bielsko-Biała, Bytom, Chorzów, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory) oraz w powiatach przy granicy województwa
- 2) Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez:
 - zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad,
 - wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
- 3) Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W

szczegółności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: częstochowskiego, lublinieckiego i kłobuckiego.

- 4) Poprawa dostępności do świadczeń ochrony zdrowia dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągnięcia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
- 5) Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.3.1.	Rozwój infrastruktury leczniczej oraz inwestycje związane ze zwiększeniem miejsc udzielania świadczeń w zakresie poradni: chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczej, kardiologicznej (w tym w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej – zgodnie z założeniami ustawowymi) - w powiatach, w których poradnia nie funkcjonuje (likwidacja „białych plam”).	Długi czas oczekiwania na leczenie skutkuje pogorszeniem się zarówno stanu zdrowia, jak również sytuacji finansowej pacjentów, a także zwiększa to również koszty społeczne i ekonomiczne (absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne i rentowe). Kumulacja działań mających poprawę dostępności i poprawę warunków, i sposobu udzielania świadczeń, które również oddziałują na poprawę dostępności do świadczeń. Egzekwowanie płynnej, pozbawionej przerw realizacji umów korzystnie wpływa na dostępność do świadczeń.	Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności do świadczeń charakteryzujących się największym zapotrzebowaniem ze strony pacjentów, jest niezbędne w związku z dynamicznymi zmianami demograficznymi i epidemiologicznymi. Starzenie się społeczeństwa oraz rosnąca częstość występowania chorób przewlekłych powodują większe obciążenie systemu ochrony zdrowia. Dostosowanie liczby i rodzaju dostępnych świadczeń do realnych potrzeb pacjentów pozwala zapewnić terminową opiekę, zapobiega pogłębianiu się problemów zdrowotnych i poprawia skuteczność leczenia, jednocześnie zwiększając stabilność i efektywność funkcjonowania systemu zdrowotnego.	NFZ, podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na aktualnym etapie	• Liczba porad na 10 tys. mieszkańców w poradniach: kardiologicznych, ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej, według powiatów • Liczba poradni: ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej, kardiologicznych według powiatów
2.3.2.	Zawarcie umów w poradniach AOS: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych, onkologicznych (w tym w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej – zgodnie z założeniami ustawowymi), geriatrycznych, na terenie województwa śląskiego.	W województwie śląskim można zaobserwować dysproporcje w dostępności do poradni specjalistycznych między miastami na prawach powiatu oraz powiatami ziemskimi. Placówki wysokospecjalistyczne skoncentrowane są w ścisłym centrum aglomeracji natomiast na obrzeżach województwa można zaobserwować niskie nasycenie podmiotami leczniczymi. Zawężenie obszarów kontraktowania do powiatu lub grupy powiatów umożliwi równomierny dostęp do świadczeń i eliminację negatywnego zjawiska koncentracji miejsc udzielania świadczeń w dużych ośrodkach miejskich.	Zapewnienie optymalnego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa adekwatnych do identyfikowanych potrzeb zdrowotnych.	NFZ	2027-2031	Szacowany roczny koszt udzielanych świadczeń w rodzaju AOS w poradniach: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych, onkologicznych,	• Liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców w poradniach: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych, onkologicznych, geriatrycznych • Liczba poradni: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych, onkologicznych, geriatrycznych

		Alokacja środków finansowych na obszarach o najniższej dostępności mierzonej kwotą zawartych umów w odniesieniu do populacji spowoduje zmniejszenie liczby pacjentów zmuszonych do korzystania ze świadczeń w dużych ośrodkach miejskich. Celem wszystkich tych działań jest zapewnienie równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości AOS dla wszystkich mieszkańców województwa.				geriatrycznych to 123 169 978,91 zł rocznie	
2.3.3.	Prowadzenie kampanii informacyjnych popularyzujących wykorzystanie systemów informatycznych, w tym telemedycyny i teleporad w odniesieniu do udzielania świadczeń zdrowotnych w AOS na odległość.	Dzięki kampanii informacyjnej zwiększy się akceptacja i realne korzystanie z e-zdrowia, co przełoży się na odciążenie placówek stacjonarnych i dostosowanie formy kontaktu do oczekiwań pacjentów, przy zachowaniu standardów jakości opieki, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.	Wdrożenie teleporad umożliwi pacjentowi realizację konsultacji kontrolnych i omówienie wyników badań w formie zdalnej, na jego wniosek, bez konieczności osobistego stawiennictwa w placówce, dzięki czemu skróci się czas poświęcony na kontakt z lekarzem, ograniczy konieczność dojazdu do poradni, zwiększy elastyczność w wyborze formy kontaktu i zagwarantuje ciągłość opieki przy konsultacjach kontrolnych.	NFZ	2027-2031	Działanie bezkosztowe	• Liczba podmiotów leczniczych w których wykorzystuje się telemedycynę, • Liczba teleporad w AOS

2.4. Leczenie szpitalne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.
- 2) W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstotści stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstotści do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
- 3) Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.
- 4) Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.
- 5) Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie

liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniem medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

- 2) Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.
- 3) Należy podnosić kompetencje personelu medycznego SOR i izb przyjęć w zakresie postępowania z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, m.in. poprzez egzekwowanie obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego, w tym ukończenia kursów z zakresu medycyny ratunkowej u dzieci.
- 4) Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚSOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.4.1.	Opracowanie planu wdrożenia MPZ w obszarze schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej na terenie województwa.	Plan wdrożenia będzie podstawą dla podejmowanych decyzji strategicznych w zakresie kształtowania sieci oddziałów szpitalnych, inwestycji infrastrukturalnych oraz kontraktowania świadczeń. Powstanie w oparciu o wytyczne MZ oraz określi cele i sposób ich osiągnięcia. Będzie zawierał kamienie milowe określające etapy, horyzont czasowy oraz działania wspierające wdrożenie. Działanie powiązane z Działaniem 2.13.2.1 KPT oraz wynikającym z niego schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej – elementem dedykowanej strony internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (basiw.mz.gov.pl) w części „Leczenie szpitalne”.	Dostosowanie struktury oddziałów szpitalnych w województwie do potrzeb zdrowotnych.	Wojewoda	Opracowanie planu wdrożenia - do grudnia 2027	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	• Opracowany plan wdrożenia MPZ w obszarze schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej na terenie województwa
2.4.2.	Modernizacja, budowa, przebudowa, rozbudowa oddziałów szpitalnych oraz komórek organizacyjnych z nimi współpracujących wynikających z konieczności dostosowania infrastruktury podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.	W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych już zakontraktowanych w ramach umowy z NFZ. Działanie pozostaje bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym nie zwiększa liczby łóżek), z uwzględnieniem Regionalnego planu wdrożenia prognozy z MPZ.	Dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm.	Podmioty lecznicze	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	• Liczba wydanych pozytywnych opinii o celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla inwestycji dotyczących modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne

2.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.
- 2) Poradnie leczenia uzależnień ogólne nie są rozłożone równo po terenie województwa. Poradnie leczenia od alkoholu nie były dostępne we wszystkich powiatach, co może ograniczać dostęp do tego typu leczenia. Oddziały dzienne dla uzależnień niescharakteryzowanych znajdowały się jedynie na północy województwa. W województwie istniały oddziały/ośrodki leczenia ze wszystkich 4 kategorii, uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych, ogólnego oraz o wzmocnionym zabezpieczeniu. W województwie funkcjonował jeden oddział/ośrodek detoksykacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Funkcjonowanie hosteli wyróżnia województwo na tle innych regionów Polski.
- 3) Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.
- 4) Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
- 2) Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnych na terenie województwa. Weryfikacja potrzeb mieszkańców na otwarcie poradni leczenia uzależnień w powiatach bez dostępu do takich świadczeń. Weryfikacja potrzeby otwarcia oddziałów dziennych innych niż alkoholowe w różnych regionach województwa. Utrzymanie istniejących oddziałów/ośrodków leczenia. Sprawdzanie zapotrzebowania na nowe ośrodki leczenia. Podjęcie działań mających na celu otwarcie dodatkowych ośrodków detoksykacji. Utrzymanie funkcjonowania hosteli, analiza zapotrzebowania na dodatkowe placówki tego rodzaju i podjęcie adekwatnych do otrzymanych wniosków działań.

- 3) Zwiększenie dostępności specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży poprzez wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktycznoorganizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
- 4) Zapewnienie dostępu do zespołów/ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziomu referencyjnego) na terenie powiatów w których ich nie ma.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.5.1.	Utworzenie CZP w grupach powiatów lub w powiatach niezabezpieczonych przez CZP.	Identyfikowana jest ograniczona dostępność do świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym oraz w środowisku zamieszkania. W świetle wniosków z aktualnej sytuacji i prognoz w zakresie potrzeb zdrowotnych istotne jest zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych we wskazanym zakresie. W związku z planowanym zakończeniem programu pilotażowego i jego przejściem w proces właściwy i związane z tym możliwe zmiany w zakresie sposobu funkcjonowania modelu opieki psychiatrycznej należy dostosować liczbę CZP do potrzeb zdrowotnych populacji oraz do norm i standardów opracowanych w tym zakresie. W grudniu 2025 r. w województwie śląskim funkcjonowało 14 CZP, które obejmowało opieką populację 1 963 370 osób. Nieobjętych opieką było 1 593 276 osób. Standardy przewidują 1 CZP/200 tys. populacji po 18 r.ż.	Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego. Zwiększenie dostępności do leczenia ambulatoryjnego oraz środowiskowego dla mieszkańców województwa.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, NFZ	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	263 049 867,60 zł w skali roku na populację dotychczas niezabezpieczoną w woj. śląskim	• Populacja powyżej 18 r.ż. objęta opieką przez CZP w skali województwa (w %) • Liczba pacjentów objętych opieką w opiece ambulatoryjnej oraz środowiskowej (zmiany w latach)
2.5.2.	Zawieranie umów w zakresie leczenia uzależnień (w trybie ambulatoryjnym, dziennym oraz stacjonarnym) w grupach powiatów, w których te świadczenia nie są zabezpieczone.	W województwie nie jest zapewniony równy dostęp do leczenia uzależnień. Bazując na prognozach epidemiologicznych należy rozważyć poprawę dostępności do ww. świadczeń. Istnieje potrzeba równomiernego rozmieszczenia poradni leczenia uzależnień ogólnych w wybranych grupach powiatów: zabezpieczenia w grupie powiatów północnych (częstochowski, kłobucki, lubliniecki, myszkowski, Częstochowa) oraz w grupie powiatów centralnych (będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, bieruńsko-lędziński, wodzisławski, zawierciański, Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska,	Poprawa dostępności oraz rozwój infrastruktury podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień dla wszystkich osób wymagających leczenia i wsparcia. W przypadku zwiększenia bazy stacjonarnej w szpitalach ogólnych co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	NFZ, JST	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	Kwota rzeczywistego wykonania za rok 2025 w zakresach dot. uzależnień: 170 876 180,23 zł Szacowane dodatkowe środki na rok: 7 012 400,00 zł	• Liczba poradni (poradnie odwykowe, poradnie leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych) w przeliczeniu na 100 tys. ludności • Liczba miejsc oddziałów dziennych w zakresie leczenia uzależnień na 100 tys. ludności • Liczba miejsc w hostelach 100 tys. ludności • Liczba łóżek na oddziałach stacjonarnych w zakresie leczenia uzależnień w przeliczeniu na 100 tys. ludności

		Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory).					
2.5.3.	Zawieranie umów na większą liczbę łóżek w oddziałach detoksykacyjnych.	W województwie funkcjonował tylko jeden ośrodek detoksykacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Gliwice).	Poprawa dostępności do leczenia na oddziałach detoksykacyjnych. W przypadku zwiększenia bazy stacjonarnej w szpitalach ogólnych co najmniej 50% nowych łóżek będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	NFZ	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	Koszt umowy na oddział detoksykacji od substancji psychoaktywnych w roku 2025: 1 617 780,63 zł	• Liczba łóżek na oddziałach detoksykacyjnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2.5.4.	Wprowadzenie systemu zachęt finansowych i pozafinansowych dla kadry medycznej w dziedzinie psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży do podejmowania zatrudnienia w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień.	W województwie śląskim wartości wskaźników liczby lekarzy psychiatrów oraz lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności są niższe niż średnia dla Polski. Dodatkowo w związku ze wzrostem liczby pacjentów w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej oraz w związku z potrzebą zwiększenia dostępności do świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej pożądane jest zwiększenie ilości kadry medycznej.	Osiągnięcie, w perspektywie kilku lat, optymalnej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie śląskim. Wzrost zasobów kadrowych w podmiotach zajmujących się opieką psychiatryczną spowoduje poprawę dostępności do świadczeń medycznych oraz poprawę efektywności leczenia.	JST, podmioty lecznicze	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac	• Liczba lekarzy psychiatrów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców • Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
2.5.5.	Zawieranie umów w celu zabezpieczenia świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych, środowiskowych dla dzieci i młodzieży w ramach I poziomów referencyjnych - ośrodków/zespołów w każdym z 36 powiatów województwa	Obecne zmiany w psychiatrii dzieci i młodzieży realizowane są w oparciu o reformę opieki i trzy poziomy referencyjne. Jednocześnie został położony nacisk na rozwój ośrodków I poziomu środowiskowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Stanowią one podstawę udzielania świadczeń medycznych – psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Diagnoza psychologiczna stanowi podstawę diagnostyki i procesu leczniczego.	Zapewnienie dostępu do ośrodków I poziomu referencyjnego, odpowiedzialnych za świadczenie usług psychologicznych, psychoterapeutycznych i terapeutycznych, umożliwiając objęcie opieką specjalistyczną dzieci i młodzież blisko miejsca zamieszkania. Zabezpieczenie świadczeń w ośrodkach/zespołach: 1 ośrodek na 12 500 populacji dzieci i młodzieży.	NFZ	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	Kwota dla jednego ośrodka I poziomu na rok ok. 1 071 000,00 zł	• Liczba ośrodków I poziomu referencyjności udzielających świadczeń zdrowotnych funkcjonujących na terenie województwa

2.6. Rehabilitacja medyczna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej
- 2) Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, domowych i ambulatoryjnych.
- 3) Utworzenie dodatkowych ośrodków rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
- 2) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.
- 3) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.6.1.	Zawieranie umów w zakresie rehabilitacji dziennej, w szczególności w powiatach, gdzie wartość wskaźnika dotyczącego zabezpieczenia świadczeń jest niższa niż średnia w województwie.	Efektywność rehabilitacji zależy w dużej mierze od możliwości wczesnego wdrażania rehabilitacji i dostosowywania jej do aktualnego stanu pacjenta. W celu jej wdrożenia w optymalnym czasie i w optymalnym zakresie niezbędne jest monitorowanie dostępnych zasobów oraz zapewnienie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji w poszczególnych zakresach, które są deficytowe w skali województwa. Ma to tym większe znaczenie, że woj. śląskie charakteryzuje się wysokim odsetkiem populacji w wieku powyżej 60 lat oraz wzrostem chorób przewlekłych. Racjonalne planowanie lokalizacji ośrodków rehabilitacyjnych w oparciu o rzeczywiste potrzeby i rozwój usług fizjoterapii dziennej przyczynia się do ograniczenia hospitalizacji i tym samym obniża koszty udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej, ale przede wszystkim wspiera funkcjonalną samodzielność pacjentów.	Zwiększenie ilości i rozwój ośrodków rehabilitacji dziennej wpływa na zwiększenie możliwości korzystania przez większą liczbę pacjentów, co ma wpływy na ograniczenie negatywnych skutków stanów chorobowych, urazów oraz ograniczenie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia i ograniczenie niepełnosprawności, w tym z powodu wieku. Ograniczenie kosztów ponoszonych przez państwo: koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym gospodarka lekowa, zaopatrzenie w wyroby medyczne, koszty społeczne i ekonomiczne, w tym absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rentowe. Możliwość przywrócenia do aktywności zawodowej i społecznej.	NFZ, JST	2027-2031	rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodkach dziennych – 20 000 000,00 zł. (roczny koszt nowych ośrodków)	1. Wartość umów w zł: • rehabilitacja dzienna 2. Liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na liczbę ludności w zakresie: rehabilitacji dziennej
2.6.2.	Zawieranie umów w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej w szczególności w powiatach, gdzie wartość wskaźnika dotyczącego zabezpieczenia świadczeń jest niższa niż średnia w województwie.	Efektywność rehabilitacji zależy w dużej mierze od możliwości wczesnego wdrażania rehabilitacji i dostosowywania jej do aktualnego stanu pacjenta. W celu jej wdrożenia w optymalnym czasie i w optymalnym zakresie niezbędne jest monitorowanie dostępnych zasobów oraz zapewnienie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji w poszczególnych zakresach. Ma to tym większe znaczenie, że woj. śląskie charakteryzuje się wysokim odsetkiem populacji w wieku powyżej 60 lat oraz wzrostem chorób przewlekłych. Racjonalne planowanie lokalizacji ośrodków rehabilitacyjnych w oparciu o rzeczywiste potrzeby i rozwój usług fizjoterapii ambulatoryjnej przyczynia się do ograniczenia hospitalizacji i tym samym	Zwiększenie ilości i rozwój ośrodków ambulatoryjnej i domowej wpływa na zwiększenie możliwości korzystania przez większą liczbę pacjentów, co ma wpływy na ograniczenie negatywnych skutków stanów chorobowych, urazów oraz ograniczenie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia i ograniczenie niepełnosprawności, w tym z powodu wieku. Ograniczenie kosztów ponoszonych przez państwo: koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym gospodarka lekowa, zaopatrzenie w wyroby medyczne, koszty społeczne i ekonomiczne, w tym absencja	NFZ, JST	2027-2031	fizjoterapia ambulatoryjna – 10 000 000, 00 zł. (roczny koszt dodatkowych zakładów)	1. Wartość umów w zł: • rehabilitacja ambulatoryjna 2. Liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na liczbę ludności w zakresie: rehabilitacji ambulatoryjnej

		obniża koszty udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej, ale przede wszystkim wspiera i wydłuża funkcjonalną samodzielność pacjentów.	chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rentowe. Możliwość przywrócenia do aktywności zawodowej i społecznej.				
2.6.3	Zawieranie umów w zakresie rehabilitacji domowej w szczególności w powiatach, gdzie wartość wskaźnika zabezpieczenia świadczeń jest niższa niż średnia w województwie.	Efektywność rehabilitacji zależy w dużej mierze od możliwości wczesnego wdrażania rehabilitacji i dostosowywania jej do aktualnego stanu pacjenta. W celu jej wdrożenia w optymalnym czasie i w optymalnym zakresie niezbędne jest monitorowanie dostępnych zasobów oraz zapewnienie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji w poszczególnych zakresach, które są deficytowe w skali województwa. Ma to tym większe znaczenie, że woj. śląskie charakteryzuje się wysokim odsetkiem populacji w wieku powyżej 60 lat oraz wzrostem chorób przewlekłych. Racjonalne planowanie lokalizacji ośrodków rehabilitacyjnych w oparciu o rzeczywiste potrzeby i rozwój usług fizjoterapii domowej przyczynia się do ograniczenia hospitalizacji i tym samym obniża koszty udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej, ale przede wszystkim wspiera funkcjonalną samodzielność pacjentów.	Zwiększenie ilości ośrodków rehabilitacji domowej wpływa na zwiększenie możliwości korzystania przez większą liczbę pacjentów, co ma wpływy na ograniczenie negatywnych skutków stanów chorobowych, urazów oraz ograniczenie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia i ograniczenie niepełnosprawności, w tym z powodu wieku. Ograniczenie kosztów ponoszonych przez państwo: koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym gospodarka lekowa, zaopatrzenie w wyroby medyczne, koszty społeczne i ekonomiczne, w tym absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rentowe. Możliwość przywrócenia do aktywności zawodowej i społecznej. W przypadku tej, konkretnej formy udzielania świadczeń zdrowotnych istotne znaczenie ma miejsce udzielania świadczeń i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych potencjalnych odbiorców - pacjentów, pozostających w określonych sytuacjach zdrowotnych i życiowych oraz zwiększenie dostępności do rehabilitacji domowej.	NFZ, JST	2027-2031	fizjoterapia domowa – 34 200 000,00 zł (roczny koszt)	1. Wartość umów w zł: • rehabilitacja domowa 2. Liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na liczbę ludności w zakresie: rehabilitacji domowej
2.6.4	Zawieranie umów w zakresie rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy z uwzględnieniem ich równomierniej alokacji w województwie.	Na podstawie aktualnych i prognozowanych danych odnośnie trendów epidemiologicznych oraz demograficznych związanych ze zwiększonym występowaniem schorzeń neurologicznych, w tym chorób neurodegeneracyjnych oraz udarów niezbędne jest dostosowanie bazy leczniczej oraz zapewnienie dostępności dla	Zwiększenie dostępności do określonych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji, a w konsekwencji ograniczenie negatywnych skutków stanów chorobowych, urazów oraz ograniczenie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia i ograniczenie niepełnosprawności, w tym z powodu wieku.	NFZ, JST	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań poza rok 2031	Dodatkowe szacowane środki w zakresie rehabilitacji neurologicznej – 48 000 000,00 zł. (założenie funkcjonowania ośrodka	• Liczba ośrodków na 100 tys. ludności – rehabilitacja neurologiczna oraz zaburzeń mowy i słuchu • Liczba udzielanych świadczeń na 100 tys. ludności - rehabilitacja neurologiczna oraz rehabilitacja zaburzeń mowy i słuchu

		mieszkańców regionu do rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy. Coraz więcej dzieci doświadcza opóźnień mowy, zaburzeń przetwarzania słuchowego oraz wad słuchu, również starzenie społeczeństwa wpływa na wzrost liczby osób z niedosłuchem. Wczesna interwencja pozwala ograniczyć negatywne następstwa zdrowotne i społeczne.	Ograniczenie kosztów ponoszonych przez państwo: koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym gospodarka lekowa, zaopatrzenie w wyroby medyczne, koszty społeczne i ekonomiczne, w tym absencja chorobowa, świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rentowe. Możliwość przywrócenia do aktywności zawodowej i społecznej.			rehabilitacji przy każdym oddziale udarowym) oraz zaburzeń słuchu i mowy – 3 000 000,00 zł	
--	--	---	---	--	--	---	--

2.7. Opieka długoterminowa

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie liczby pacjentów w ZPO i ZOL.
Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).
- 2) Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w ZPO i ZOL.
- 2) Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.7.1.	Zawieranie umów na wysokiej jakości świadczenia opieki długoterminowej stacjonarnej (ZPO i ZOL) w celu likwidacji „białych plam” w zakresie dostępności do ww. świadczeń w skali województwa.	Rosnące natężenie występowania chorób w populacji oraz postępujący proces starzenia się społeczeństwa, wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dodatkowo liczba pacjentów, jak i czas oczekiwania na leczenie w woj. śląskim wskazują, że dostępność do świadczeń jest nieadekwatna do obecnych i prognozowanych potrzeb. Wprowadzone działania mają na celu zwiększenie liczby łóżek/miejsc w opiece długoterminowej poprzez modernizację i rozwój infrastruktury leczniczej. Występująca wielochorobowość i złożoność problemów zdrowotnych w grupie chorych w wieku starszym spowoduje w najbliższych latach wzrost zapotrzebowania w obszarze różnorodnych form opieki. Jedną z przyczyn nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji pacjentów w starszych grupach wiekowych jest brak dostępności do opieki długoterminowej.	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej. Zwiększenie dostępności do świadczeń. Racjonalizacja wydatkowania zasobów i środków w ochronie zdrowia. Co najmniej 50% nowych łóżek w ZOL lub ZPO będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	NFZ	2027-2031	Przewidywany koszt inwestycji (dobudowa oddziałów przy szpitalach oraz doposażenie/modernizacja istniejących oddziałów) – ok 25 mln zł	- Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie stacjonarnej opieki długoterminowej (w skali roku) - Liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na liczbę ludności – dynamika zmian - Liczba łóżek/miejsc w opiece długoterminowej w przeliczeniu na ludność
2.7.2.	Zawieranie umów na świadczenia długoterminowej opieki domowej z uwzględnieniem ich równomierniej alokacji w województwie.	Rosnące natężenie występowania chorób w populacji oraz postępujący proces starzenia się społeczeństwa, wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki domowej.	Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w ramach opieki długoterminowej domowej. Zwiększenie dostępności do ww. świadczeń.	NFZ, JST	2027-2031	Szacowany roczny koszt zwiększenia dostępności do świadczeń opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych to: ok. 30 000 000,00 zł	- Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie (w skali roku) - Liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na liczbę ludności – dynamika zmian - Liczba zawartych umów w zakresie długoterminowej opieki domowej

2.8. Opieka paliatywna i hospicyjna

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.
- 2) Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
- 3) Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
- 2) Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
- 3) Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych – przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden, tj. częstochowskim, żywieckim i kłobuckim.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.8.1.	Zwiększenie liczby zakontraktowanych łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej - oczekiwany poziom wskaźnika zgodny z zaleceniami Konsultanta Krajowego: do 130 łóżek na milion ludności. Zwiększenie liczby łóżek, w szczególności, powinno być dokonane w subregionie centralnym i północnym województwa.	W związku z rosnącymi potrzebami zdrowotnymi wynikającymi z zachodzących procesów demograficznych i epidemiologicznych przewiduje się zwiększenie zapotrzebowania na liczbę miejsc w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej.	Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz rozwój infrastruktury zapewniającej dostęp do świadczeń zdrowotnych wszystkim potrzebującym. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne - zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenia zdrowotne we wskazanym obszarze. Zwiększenie liczby łóżek w opiece paliatywnej i hospicyjnej do 130 łóżek na 1 mln mieszkańców zgodnie z zaleceniami konsultanta krajowego. Poprawa geograficznej dostępności do świadczeń opieki stacjonarnej, w szczególności w subregionie centralnym i północnym – w celu zapewnienia równomiernej alokacji zasobów. Co najmniej 50% nowych łóżek w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej będą stanowiły łóżka przekształcone z niewykorzystanych zasobów szpitalnych.	NFZ	2027-2031	Roczny koszt funkcjonowania 1 łóżka w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym to ok. 329 697,00 zł Przewidywany koszt inwestycji ok 20-30 mln zł (budowa 1-2 nowych ośrodków - koszt budowy jednego hospicjum ok. 10-15 mln zł oraz rozbudowa istniejących hospicjów i doposażenie kilku oddziałów szpitalnych)	• Liczba udzielanych świadczeń w przeliczeniu na ludność • Liczba osób oczekujących na świadczenia (porównanie danych w skali roku) • Wskaźnik zaopatrzenia w łóżka w skali roku - liczba łóżek na 1 mln mieszkańców, w tym w układzie geograficznym
2.8.2.	Zawieranie umów na świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej z uwzględnieniem ich równomierniej alokacji w województwie.	W kontekście starzenia się populacji regionu i wzrostu schorzeń przewlekłych, zapewnienie opieki paliatywnej w warunkach ambulatoryjnych jest kluczowe, by odciążyć opiekę domową i stacjonarną oraz zapewnić ciągłość leczenia objawowego. Poprawa spójności opieki- poradnie staną się ogniwem łączącym leczenie onkologiczne/chorób przewlekłych z hospicyjnym, zapewniając płynne	Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych potrzebującym w powiatach o ograniczonej dostępności oraz utrzymanie dostępności w pozostałych powiatach. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach ambulatoryjnych w powiatach o ograniczonej	NFZ	2027-2031	Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej w skali roku: 2 764 731,57 zł Koszty jednorazowe: dostosowanie i wyposażenie gabinetów dla nowych poradni	• Liczba udzielanych świadczeń w przeliczeniu na ludność • Liczba osób oczekujących na świadczenia (porównanie danych w skali roku)

		przekazywanie pacjenta między poziomami opieki. Obniżenie liczby hospitalizacji możliwych do uniknięcia.	dostępności do tego rodzaju świadczeń.			w kilku lokalizacjach ok. 1–2 mln zł łącznie	
2.8.3.	Zawieranie umów na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej domowej z uwzględnieniem ich równomierniej alokacji w województwie.	W związku ze starzeniem się populacji oraz rosnącymi potrzebami zdrowotnymi, wzrostem zachorowalności na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby przewiduje się zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej domowej.	Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych w warunkach domowych, w szczególności utworzenie ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej domowej w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach domowych w powiatach o ograniczonej dostępności do tego rodzaju świadczeń.	NFZ, JST	2027-2031	Świadczenia w hospicjum domowym (dla dorosłych oraz dla dzieci) w skali roku: 108 928 223,17 zł	• Liczba udzielanych świadczeń w przeliczeniu na ludność • Liczba osób oczekujących na świadczenia (porównanie danych w skali roku)

2.9. Kadry

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii).
- 2) Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
- 2) Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.9.1.	Wdrożenie regionalnego programu stypendialno-motywacyjnego dla lekarzy rezydentów oraz młodych lekarzy, ukierunkowanego na najbardziej deficytowe specjalizacje w województwie, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii - poprzez system zachęt finansowych i pozafinansowych.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych, w szczególności głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii.	Osiągnięcie, w perspektywie kilku lat, optymalnej liczby lekarzy specjalistów w województwie śląskim, w szczególności w dziedzinach najbardziej deficytowych, w szczególności w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii).	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, JST	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań na lata kolejne	Szacunkowy koszt realizacji programu stypendialno-motywacyjnego: ok. 12 mln w skali roku	• Liczba wybranych lekarzy specjalistów pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – w przeliczeniu na ludność • Zmiana w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy i osiągną wiek emerytalny w maksymalnym roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego
2.9.2.	Wdrożenie systemów motywacyjnych finansowych i pozafinansowych, m.in. przez zapewnienie rozwoju kompetencji, poprawę organizacji pracy i ergonomii stanowiska pracy oraz zapewnienie możliwości podnoszenia kwalifikacji, rozwoju zawodowego i doskonalenia, w tym poprzez realizację kompleksowego programu promującego atrakcyjność zawodu pielęgniarki/pielęgniara mającego na celu zwiększenie napływu do zawodu pielęgniarki oraz utrzymanie aktywności zawodowej pielęgniarek w regionie.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej w związku z tym należy dążyć do promowania i rozwoju zawodu pielęgniarki/pielęgniara w województwie śląskim.	Utrzymanie zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej w województwie śląskim.	Konsultanci wojewódzcy, Wojewoda, NFZ, podmioty wykonujące działalność leczniczą, podmioty wykonujące działalność leczniczą kształcące kadrę medyczną, podmioty tworzące dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, samorządy zawodowe działające w ochronie zdrowia, szkoły i uczelnie medyczne, JST, w tym Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	2027-2031 z możliwością przedłużenia realizacji działań na lata kolejne	Brak możliwości oszacowania skutków finansowych i kosztów działań na obecnym etapie	• Liczba pielęgniarek pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – w przeliczeniu na ludność • (A) liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku „pielęgniarstwo” w województwie śląskim w badanym roku • (B) liczba pielęgniarek, które osiągną wiek emerytalny w roku planowanego ukończenia studiów przez studentów I stopnia na kierunku „pielęgniarstwo” (A) w województwie śląskim w badanym roku • (C) Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej w województwie śląskim w badanym roku (C=A-B)

2.10. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.
- 2) Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obciążenia ZRM.
- 2) Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.10.1.	Utworzenie 1 dodatkowego ZRM "P" oraz utworzenie 8 motocyklowych jednostek ratunkowych.	Zwiększenie liczby działających ZRM w stosunku do aktualnych potrzeb województwa (w szczególności odpowiednie dostosowanie rodzaju funkcjonujących ZRM z uwzględnieniem ustawowo obowiązujących przeliczników ZRM "P" w stosunku do ZRM "S"). W województwie śląskim nadal obserwuje się jeden z najniższych wskaźników liczby ZRM przypadający na 100 tys. ludności wynoszący w roku 2025 - 4,07. Niska liczba ZRM wpływa na wydłużanie czasów dotarcia na miejsce zdarzenia, a tym samym nie spełnione są ustawowe wymagania. Mając na uwadze ustawowe przeliczniki liczby ZRM (1 "S" na 10 "P" oraz 1 MJR na 400 tys. ludzi), przy obecnej liczbie ZRM "S" oraz ludności możliwe jest zaplanowanie uruchomienia 1 dodatkowego ZRM ("P2" lub "P3") oraz 8 MJR.	Większy dostęp mieszkańców województwa do świadczeń przedszpitalnych – ratownictwa medycznego zapewniający pomoc każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Skrócenie czasów dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia. Zmniejszenie liczby obsługiwanych zdarzeń przypadającej na 1 ZRM/dobę.	Dysponenci ZRM (podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w skład którego wchodzi jednostka systemu), JST, w szczególności podmioty tworzące, podmioty lecznicze, NFZ, Wojewoda	2027-2031	Szacowany koszt uruchomienia jednego ZRM wraz z miejscem stacjonowania (dzierżawa, wynajem) wynosi 900 000 zł plus stawka ryczałtu dobowego (minimalna w skali roku dla ZRM: ok. 2 900 000 zł oraz 650 000 zł dla MJR dla 12 miesięcy funkcjonowania)	• Liczba nowo uruchomionych ZRM (w szczególności motocyklowych jednostek ratunkowych) w skali roku (lata 2027-2031) • Liczba zdarzeń obsługiwanych przez 1 ZRM/dobę • Czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia- monitorowanie • Wskaźnik liczby ZRM przypadający na 100 tys. ludności
2.10.2.	Uruchomienie regionalnego programu, koordynowanego przez samorząd województwa we współpracy z samorządami lokalnymi mającego na celu zwiększenie liczby automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED) w przestrzeni publicznej oraz powszechne przeszkolenie mieszkańców z pierwszej pomocy. Inwentaryzacja istniejących AED w województwie, zidentyfikowanie obszarów o dużym ruchu ludzi (dworce, centra handlowe, obiekty sportowe, urzędy) niewyposażonych w defibrylatory. Przeprowadzenie szkoleń z resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) i obsługi AED oraz kampanii informacyjnej	W przypadku nagłego zatrzymania krążenia (NZK) czas jest czynnikiem krytycznym, każda minuta opóźnienia defibrylacji zmniejsza szanse przeżycia. Dostępność AED w przestrzeni publicznej w Polsce (w tym w woj. śląskim) dopiero się rozwija wiele gmin i instytucji nie posiada tych urządzeń lub są one mało znane mieszkańcom. Woj. śląskie jako gęsto zaludnione i zurbanizowane, notuje dużą liczbę incydentów NZK w miejscach publicznych.	Zbudowanie na terenie woj. śląskiego gęstej sieci łatwo dostępnych AED oraz wzrost liczby urządzeń dostępnych publicznie. Wzrost świadomości społecznej w zakresie pierwszej pomocy. Szybka defibrylacja przez świadków przed przyjazdem karetki poprawi stan pacjentów, ułatwiając dalsze działania ratowników.	Samorząd Województwa Śląskiego Jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty)	2027 r. opracowanie i ogłoszenie programu „Śląskie z AED”, zabezpieczenie budżetu wojewódzkiego, zlecenie zakupu pierwszej transzy defibrylatorów, rozpoczęcie kampanii informacyjnej. 2028–2030 r. intensywna faza realizacji: montaż setek	Łącznie program pięcioletni ok. 6 - 11 mln zł	• Liczba ogólnodostępnych AED na terenie województwa (bazowa X, docelowo X+300 urządzeń) • Odsetek gmin wyposażonych w AED w kluczowych punktach (docelowo 100%) • Liczba osób przeszkolonych z RKO/AED (np. rocznie i łącznie, z celem 10 tys. osób/rok) • Liczba przeprowadzonych szkoleń/spotkań edukacyjnych

	promującej reagowanie świadków zdarzenia i korzystanie z AED.				urządzeń AED w przestrzeniach publicznych (w dwóch turach, np. 2028 i 2029), organizacja regularnych szkoleń. integracja systemu zgłaszania zdarzeń 112 z informacją o AED (techniczne wdrożenie, jeśli wcześniej nie gotowe). 2031 r. podsumowanie programu: audyt liczby AED i wyszkolonych osób.		
--	---	--	--	--	---	--	--

2.11. Sprzęt medyczny

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

- 1) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 2) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 3) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 4) Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 5) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 6) Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 7) Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.
- 8) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 9) Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 10) Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
- 11) Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.

Rekomendowane kierunki działań

- 1) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

- 2) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
- 3) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych aparatów do brachyterapii w m. Częstochowa i m. Bielsko-Biała, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku.
- 4) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.
- 5) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 6) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
- 7) W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
- 8) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 2,8 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
- 9) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, z wyjątkiem powiatu kłobuckiego.
- 10) Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
- 11) Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa

Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.11.1.	Wymiana wyeksploatowanych akceleratorów w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	144 mln zł	• Liczba akceleratorów - ogółem • Liczba akceleratorów - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba akceleratorów - stopień wykorzystania
2.11.2.	Wymiana wyeksploatowanych angiografów w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	122,5 mln zł	• Liczba angiografów - ogółem • Liczba angiografów - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba angiografów - stopień wykorzystania
2.11.3.	Wymiana wyeksploatowanych aparatów do brachyterapii w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	12 mln zł	• Liczba aparatów do brachyterapii - ogółem • Liczba aparatów do brachyterapii - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba aparatów do brachyterapii - stopień wykorzystania
2.11.4.	Wymiana wyeksploatowanych ECMO w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	11,05 mln zł	• Liczba ECMO - ogółem • Liczba ECMO - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba ECMO - stopień wykorzystania
2.11.5.	Wymiana wyeksploatowanych gammakamer w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, zakup nowych gammakamer, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	13 mln zł	• Liczba gammakamer - ogółem • Liczba gammakamer - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba gammakamer - stopień wykorzystania

	technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.					
2.11.6.	Wymiana wyeksploatowanych mammografów w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, zakup nowych mammografów, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	27,2 mln zł	• Liczba mammografów - ogółem • Liczba mammografów - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba mammografów - stopień wykorzystania
2.11.7.	Wymiana wyeksploatowanych PET-CT w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, zakup nowych PET-CT, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	7,5 mln zł	• Liczba aparatów PET-CT - ogółem • Liczba aparatów PET-CT - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba aparatów PET-CT - stopień wykorzystania
2.11.8.	Wymiana wyeksploatowanych rezonansów magnetycznych w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	450,0 mln zł	• Liczba rezonansów magnetycznych - ogółem • Liczba rezonansów magnetycznych - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba rezonansów magnetycznych - stopień wykorzystania
2.11.9.	Wymiana wyeksploatowanych aparatów RTG w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury. Zakup RTG dla powiatu kłobuckiego.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	394,55 mln zł	• Liczba aparatów RTG - ogółem • Liczba aparatów RTG - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba aparatów RTG - stopień wykorzystania • Liczba aparatów RTG w powiecie kłobuckim
2.11.10.	Wymiana wyeksploatowanych tomografów komputerowych w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych.	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	204 mln zł	• Liczba tomografów komputerowych - ogółem • Liczba tomografów komputerowych - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba tomografów komputerowych - stopień wykorzystania

2.11.11.	Wymiana wyeksploatowanych aparatów USG w oparciu o ranking priorytetów do wymiany sprzętu w MPZ, a także inwestycje w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wraz z dostosowaniem infrastruktury.	Podstawowym celem dla działań jest zabezpieczenie dostępności do diagnostyki i leczenia mieszkańców woj. śląskiego, maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców. Priorytetem jest wymiana dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania optymalnej struktury wiekowej.	Racjonalizacja wykorzystywania sprzętu medycznego oraz zapewnienia dostępu do świadczeń diagnostycznych	Podmioty lecznicze, JST, w szczególności podmioty tworzące	2027-2031 z możliwością przedłużenia na kolejne lata	229,3 mln zł	• Liczba aparatów USG - ogółem • Liczba aparatów USG - wskaźnik na 100 tys. ludności • Liczba aparatów USG - stopień wykorzystania
----------	---	--	---	--	--	--------------	--

2.12. Pozostałe

Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa

Numer	Nazwa	Opis i uzasadnienie	Oczekiwane rezultaty	Podmioty odpowiedzialne	Planowany rok lub lata realizacji	Szacunkowe koszty	Wskaźniki realizacji
2.12.1.	Modernizacja, budowa, przebudowa, rozbudowa infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym wynikające z konieczności dostosowania infrastruktury do obowiązujących przepisów prawa i norm, w tym związanych z przygotowaniem obronnym państwa.	W ramach działania możliwa jest także wymiana wyeksploatowanego sprzętu medycznego/niemedycznego lub zakup nowego sprzętu medycznego/niemedycznego niezbędnego do udzielania świadczeń gwarantowanych już zakontraktowanych w ramach umowy z NFZ. Działanie pozostaje bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem działań wynikających z konieczności odwrócenia piramidy świadczeń zdrowotnych.	Dostosowanie podmiotów leczniczych do obowiązujących przepisów prawa i norm. Dostosowanie infrastruktury podmiotów do zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych wynikających z odwrócenia piramidy świadczeń zdrowotnych.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą	2027-2031	Brak możliwości oszacowania kosztów na obecnym etapie prac planistycznych	• Liczba wydanych pozytywnych opinii dotyczących celowości inwestycji w sektorze zdrowia dla modernizacji, przebudów, rozbudów podmiotów wykonujących działalność leczniczą

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

Wojewoda będzie corocznie przygotowywał informację o realizacji WPT. Będzie ona zawierać dane o osiągniętych w danym roku wskaźnikach realizacji działań. Publikacja informacji i przekazanie jej do ministra właściwego do spraw zdrowia będzie następować do 30 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy.

Sprawozdanie śródkresowe z realizacji WPT zostanie sporządzone przez wojewodę w terminie do dnia 30 czerwca 2029 r., czyli trzeciego roku obowiązywania WPT. Z kolei do 30 czerwca 2032 r. sporządzi sprawozdanie końcowe z całego okresu realizacji WPT. Oba dokumenty zostaną opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej.

Sprawozdania śródkresowe i końcowe będą zawierały:

- 1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie,
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w MPZ,
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie,
- 4) stopień realizacji wskaźników realizacji poszczególnych działań,
- 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej,
- 6) wnioski wynikające z realizacji WPT,
- 7) propozycje aktualizacji działań.

Wnioski płynące ze sprawozdania śródkresowego będą wykorzystane przy aktualizacji działań w WPT. Będzie to możliwe w przypadku:

- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat,
- 2) w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań na poziomie województwa,
- 3) konieczności doprowadzenia do zgodności z KPT po jego aktualizacji.

Aktualizacja WPT zostanie opublikowana do 31 grudnia 2029 r.