



Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030

Projekt wersja 1.0

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

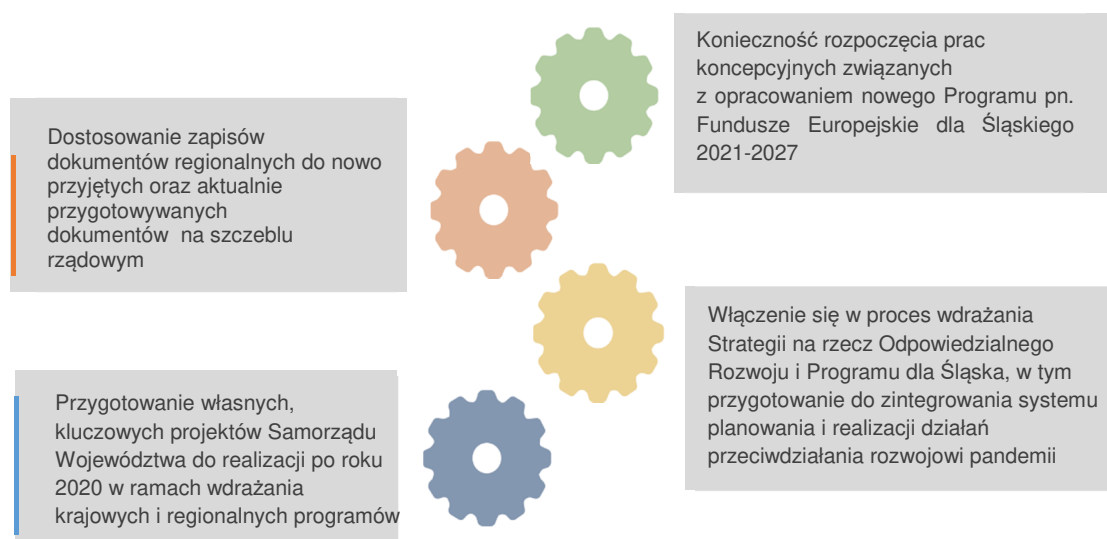
SPIS TREŚCI

Wstęp	3
Wnioski z diagnozy strategicznej	6
Uwarunkowania Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego	31
Sektor medyczny jako element gospodarki regionu	31
Uwarunkowania o charakterze systemowym	32
Prognozy/trendy dla obszaru Zdrowia	35
Prognoza epidemiologiczna	35
Prognoza hospitalizacji	38
Kluczowe uwarunkowania i wyzwania systemu opieki zdrowotnej	41
Analiza SWOT	46
Cel generalny i cele strategiczne	50
Projekty kluczowe	59
system wdrażania i Finansowania	73
System monitoringu	76

WSTĘP

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

Rysunek 1 Przesłanki opracowania Regionalnej Polityki Zdrowia

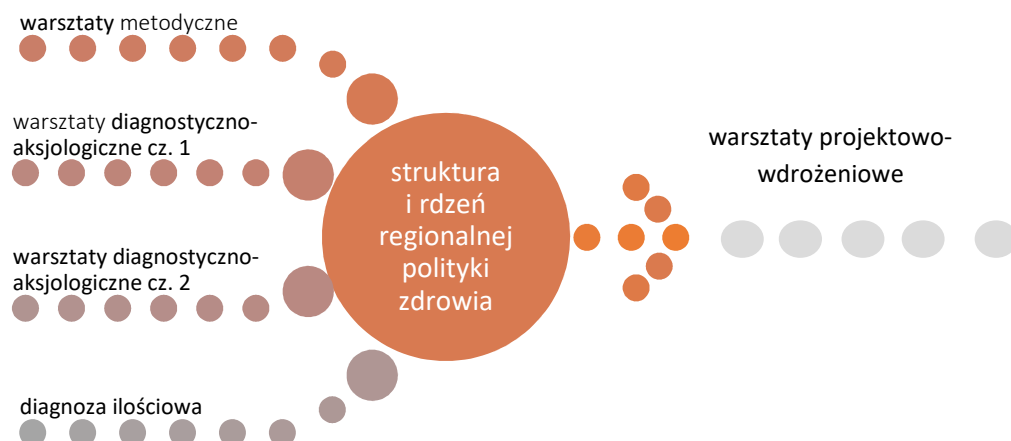


Źródło: Opracowanie własne

W ramach prac przeprowadzono:

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

Rysunek 2 Układ prac diagnostyczno-projektowych



Źródło: Opracowanie własne

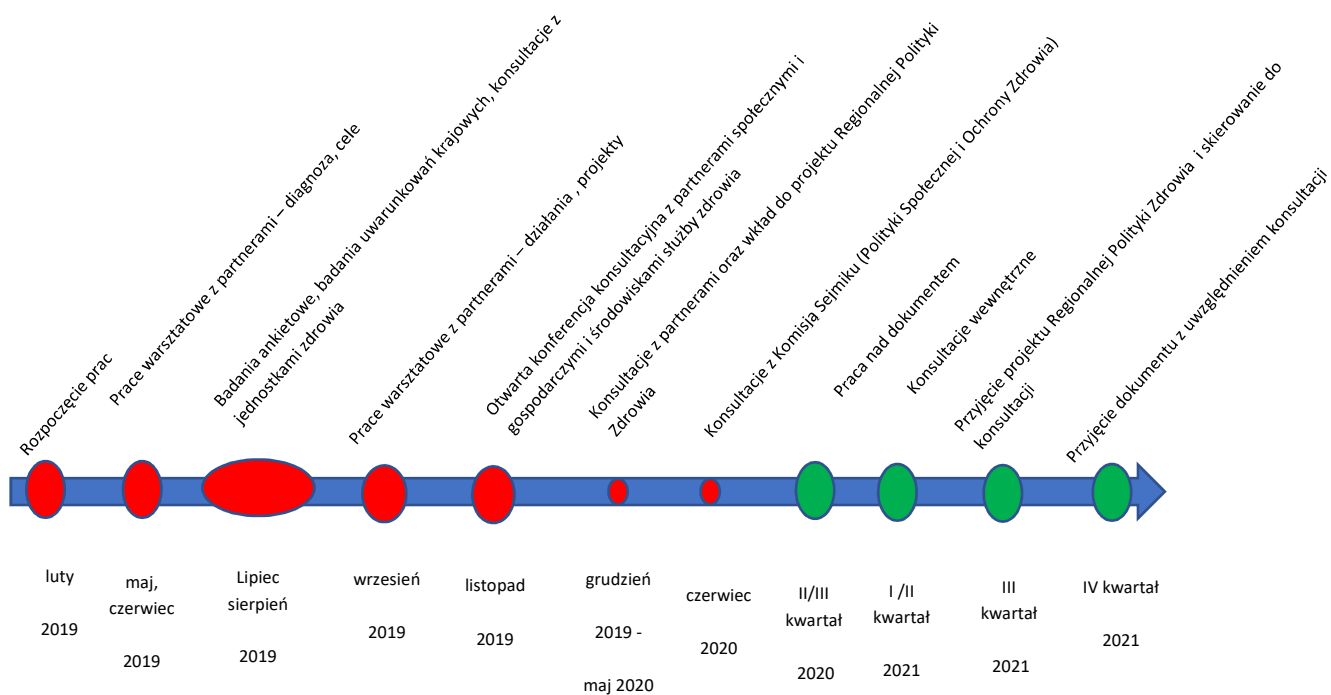
Przygotowany dokument powinien zatem pełnić funkcje:

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

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

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

Rysunek 3 Harmonogram prac związanych z przygotowaniem dokumentu



WNIOSKI Z DIAGNOZY STRATEGICZNEJ¹

Województwo śląskie położone jest w południowej części Polski i zajmuje obszar 12 333 km², tj. 3,9% powierzchni kraju, co daje 14. miejsce wśród wszystkich regionów Polski, przed województwami świętokrzyskim i opolskim. Strukturę administracyjną województwa tworzy 167 gmin, oraz 36 powiatów - 17 ziemskich i 19 grodzkich (miasta na prawach powiatu). Spośród 167 gmin 49 to gminy miejskie, 22 to gminy miejsko-wiejskie, natomiast 96 to gminy wiejskie.

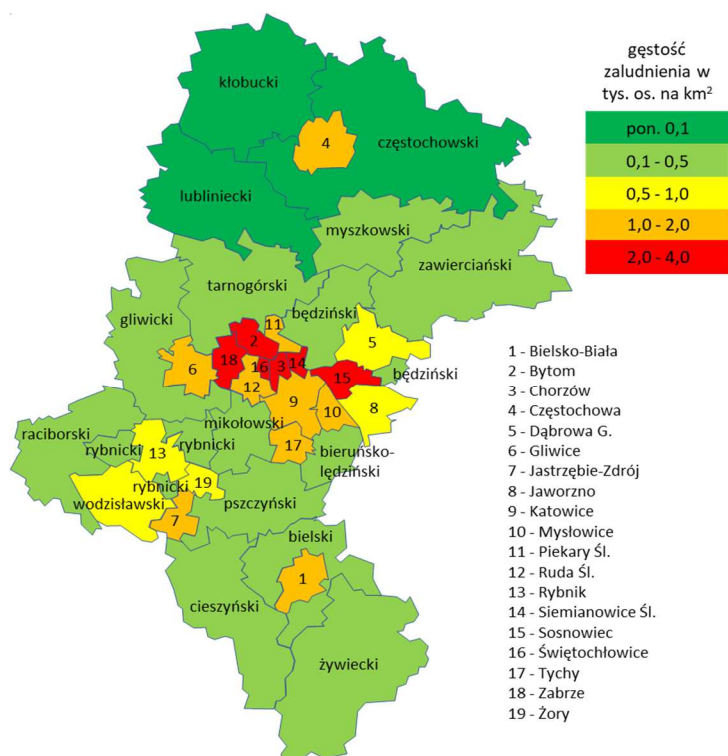
Województwo śląskie jest najbardziej zurbanizowanym regionem Polski (76,7% ludności miejskiej) o najwyższej w kraju gęstości zaludnienia (366 osób/km², przy średniej krajowej 124 osoby/km²). Województwo śląskie zamieszkuje 4,5 mln osób, co stanowi 11,8% ludności Polski. Pod względem liczby ludności województwo znajduje się na drugim miejscu w kraju po województwie mazowieckim (14%). W 2019 roku w miastach powyżej 100 tys. osób mieszkało 44,9% populacji województwa śląskiego. Natomiast tereny wiejskie województwa, stanowiące 69,3% powierzchni regionu były zamieszkiwane przez 1,05 mln osób (23,4% ogółu ludności województwa).

Specyficzny układ osadniczy regionu

Bardzo wysoki wskaźnik urbanizacji

Wysoki wskaźnik gęstości zaludnienia

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



Źródło: Opracowanie na podstawie danych BDL GUS

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

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

Stan środowiska jako
czynnik wpływający
na zdrowie
mieszkańców

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

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

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

Duży, dynamiczny
rynek pracy

Niekorzystne tendencje
demograficzne

Starzenie się
społeczeństwa

Odptyw ludności

Niski przyrost naturalny

Znaczne zróżnicowania
wewnątrz w regionie

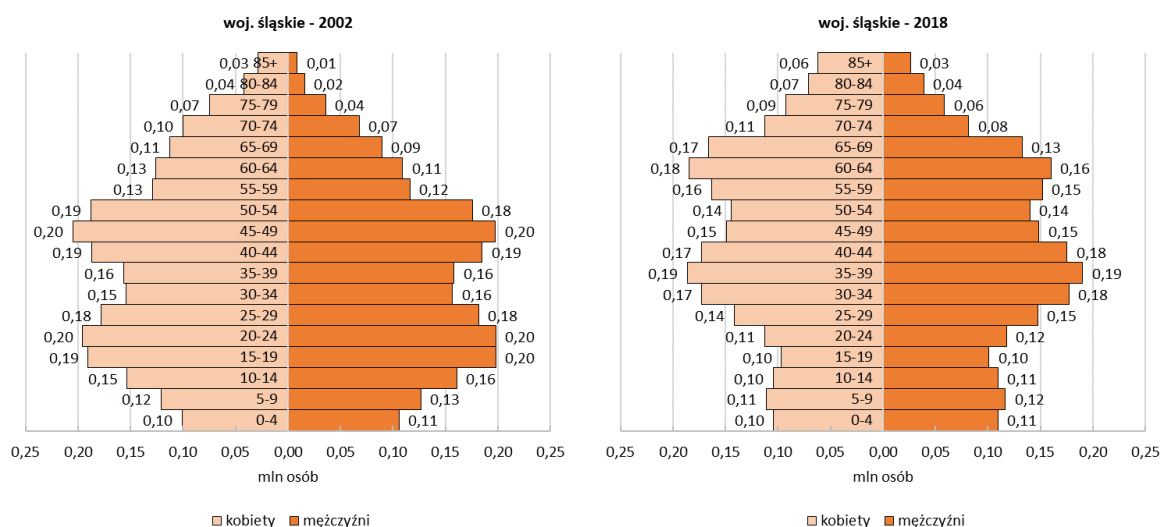
Województwo śląskie charakteryzuje się występowaniem niekorzystnych tendencji demograficznych.

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

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

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

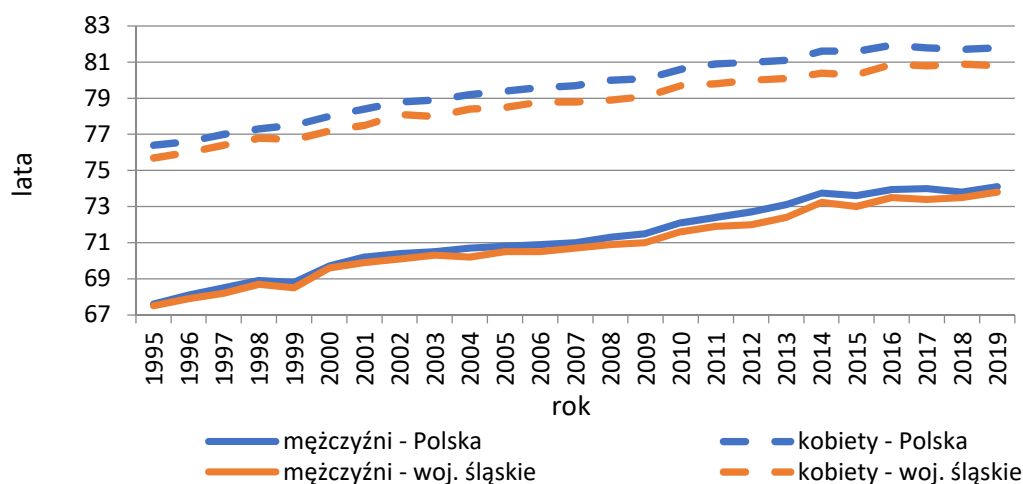
Wykres 1 Piramida wieku ludności w województwie śląskim w latach 2002 i 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

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

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



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

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

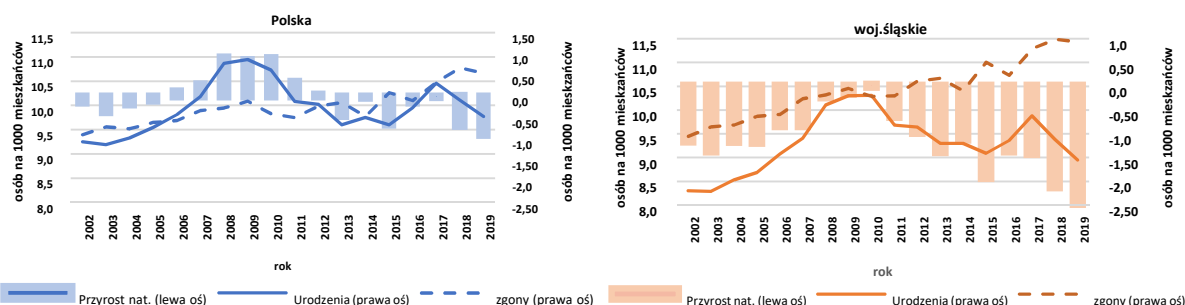
Tabela 1 Prognoza stanu ludności Polski i woj. śląskiego w roku 2030

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

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

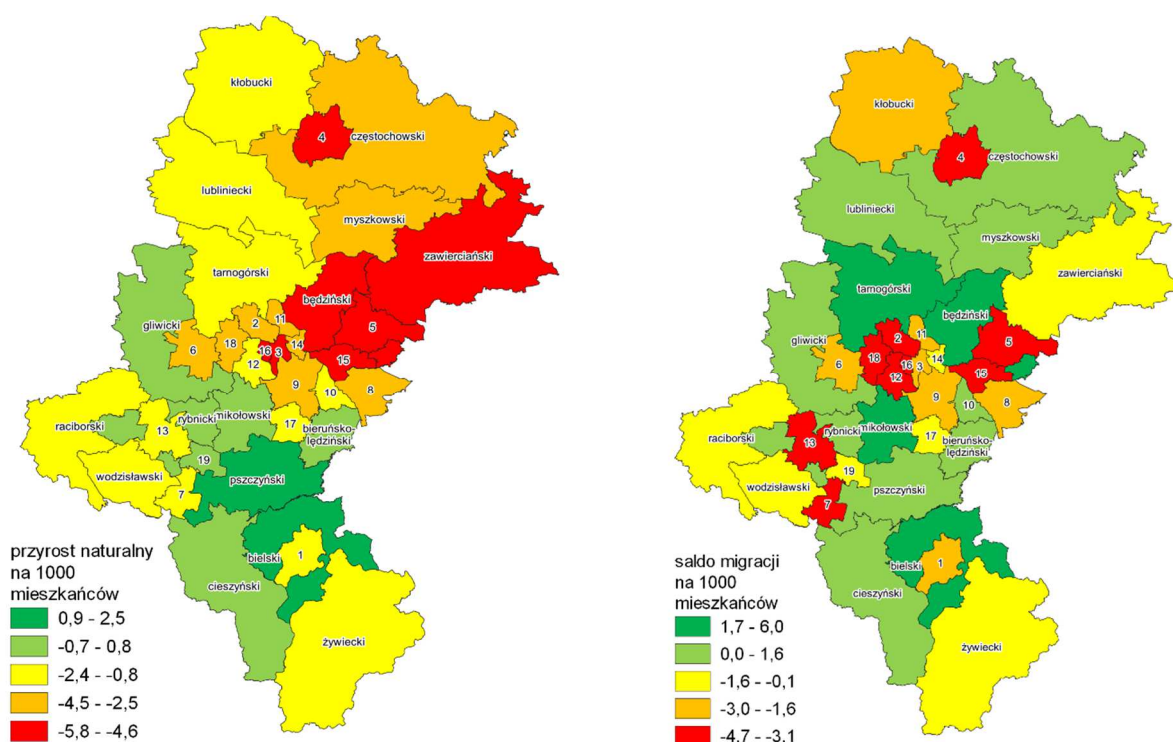


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

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

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

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



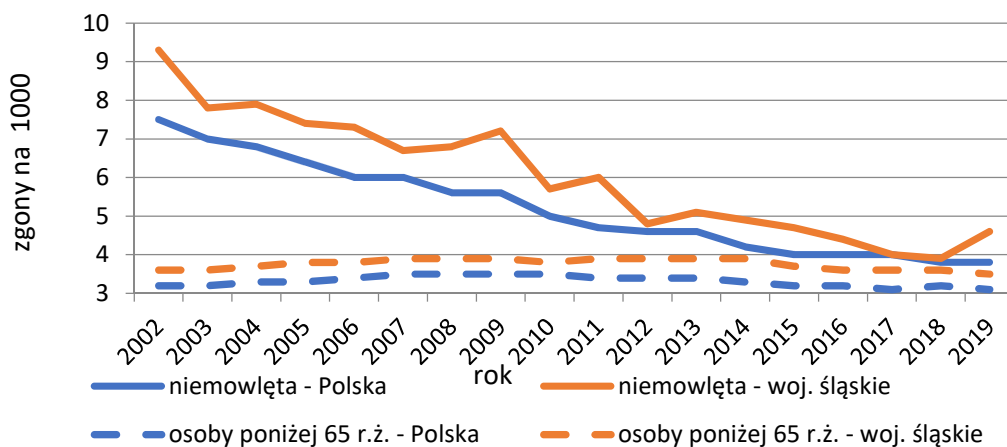
- 1 - Bielsko-Biała
- 2 - Bytom
- 3 - Chorzów
- 4 - Częstochowa
- 5 - Dąbrowa Górnicza
- 6 - Gliwice
- 7 - Jastrzębie-Zdrój
- 8 - Jaworzno
- 9 - Katowice
- 10 - Mysłowice
- 11 - Piekary Śląskie
- 12 - Ruda Śląska
- 13 - Rybnik
- 14 - Siemianowice Śląskie
- 15 - Sosnowiec
- 16 - Świętochłowice
- 17 -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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

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

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



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Zły stan zdrowia
mieszkańców

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

- Cukrzycę

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

- Nowotwory

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

- Zaburzenia psychiczne

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

- Choroby układu pokarmowego

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

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

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

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

- Choroby układu oddechowego

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

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

- Choroby układu krążenia

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

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

- Choroby układu kostno-mięśniowego

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

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

- Choroby układu nerwowego w szczególności choroby wieku podeszłego

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

- Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego

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

- Choroby krwi i układu odpornościowego

W całym kraju w 2016 r. wskaźnik zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe osiągnął wartość 30,9 tys. przypadków. Województwo śląskie z wynikiem 4 166 zajęło 2. pozycję w wyżej wskazanym zakresie (ok. 14% przypadków w kraju). Pod względem wartości wskaźnika zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo śląskie znalazło się wprawdzie na dalszej pozycji względem pozostałych regionów

(7 pozycja), jednak uzyskany wynik był wyższy od średniej na poziomie kraju. Zapadalność rejestrowana na zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) na poziomie kraju wyniosła 28,2 tys. (w regionie 3 842 przypadki), natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 73,4 (w regionie 84,3).

- Choroby oka i okolic

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

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

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

- Choroby nerek i dróg moczowych

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

- Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki

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

- Choroby zakaźne

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

W okresie od 14 do 20 marca 2020 r. obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a od 20 marca, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązuje w Polsce stan epidemii. Do 12 sierpnia

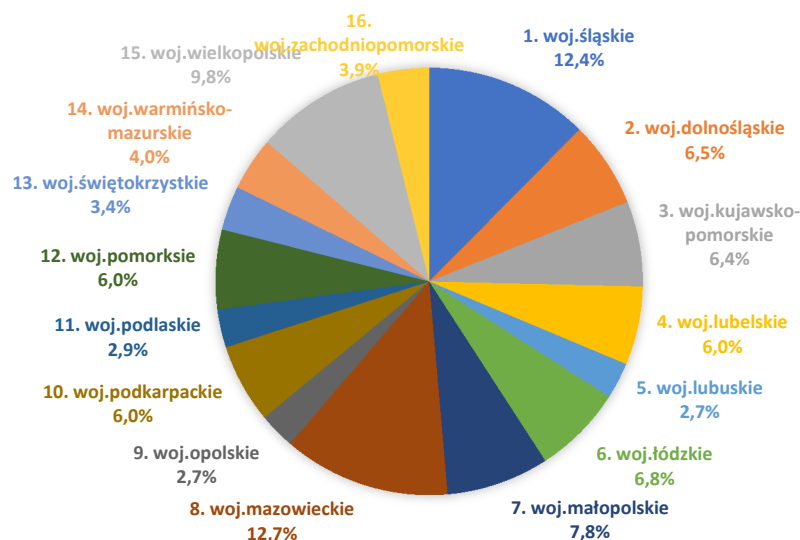
2021 r. odnotowano 2 884 790 przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2, z czego zmarło 75 299 osób, a ozdrowiały 2 654 874 osoby (na świecie odpowiednio: zachorowania 204 735 347, zgony 4 324 587). Do tej pory zakażenie koronawirusem wywołującym chorobę COVID-19 potwierdzono u 7.65% populacji Polski.

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



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/> stan na 12.08.2021 r.

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



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/> stan na 12.08.2021 r.

Do dnia 12.08.2021 r. stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u 362 360 mieszkańców województwa śląskiego, w stosunku do łącznej populacji 4 533 565 mieszkańców tego województwa. Oznacza to, że w województwie śląskim zakażonych zostało 7.99% ludności. Na jedną osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przypada 13 mieszkańców, u których wirus nie został rozpoznany. Od początku pandemii z powodu zakażenia koronawirusem w regionie zmarło 9 398 osób.

- Choroby zawodowe

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

- Niepełnosprawność

Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 2019 r. było w województwie śląskim 291 tys. osób z niepełnosprawnością² w wieku 16 lat i więcej. W ciągu 10 lat wynik ten spadł o 10 tys. osób. Osoby z niepełnosprawnością z województwa śląskiego stanowiły 9,6% wszystkich osób w tej kategorii osób w kraju. Liczba osób z niepełnosprawnością w województwie śląskim w 2019 r. stanowi trzeci wynik wśród województw (po województwach mazowieckim i wielkopolskim). Udział osób z niepełnosprawnością w populacji osób w wieku 15 lat i więcej sytuuje województwo już w zdecydowanie lepszej pozycji w stosunku pozostałych regionów Polski.

Stan zdrowia mieszkańców regionu przekłada się na poziom zgonów. W województwie śląskim w 2019 r. zmarło 51 766 osób (co stanowiło 12,61% wszystkich zgonów w Polsce i jest to drugi wynik wśród polskich regionów po województwie mazowieckim). Liczba zgonów pomiędzy rokiem 2010 a 2019 wzrosła o 7,92% (podobny wzrost zanotowano dla całego kraju). Zgony w województwie śląskim można sklasyfikować wg przyczyn powodujących śmierć. Struktura zgonów wg przyczyn w województwie śląskim jest podobna do tej, która charakteryzuje Polskę.

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

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



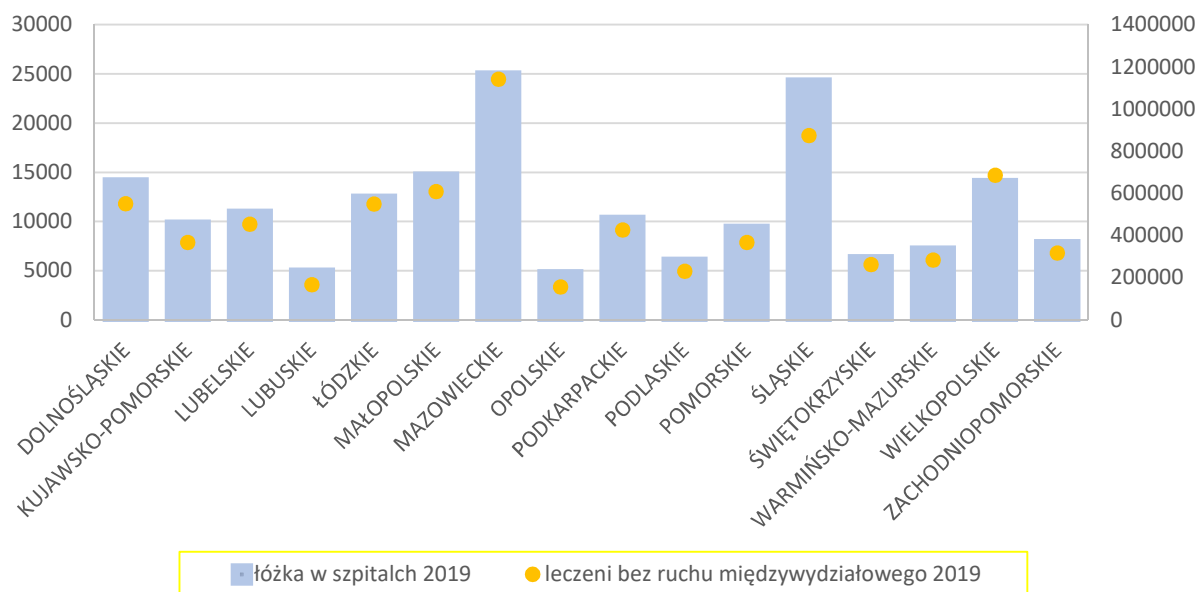
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Rozbudowana infrastruktura ochrony zdrowia w regionie

W 2019 r. istniało w województwie śląskim 136 szpitali, które dysponowały 23 287 łózkami. W tym czasie leczono w nich 875 006 pacjentów³. Ukazanie województwa śląskiego na tle Polski i porównanie z innymi regionami wykazuje, że województwo śląskie stanowiło w 2019 r. jeden z czołowych obszarów pod względem skupienia usług szpitalnych w Polsce. Wskazane 136 szpitali stanowiło 15,28% wszystkich szpitali w Polsce, skupiających 13,96% łóżek w kraju i lecząc 11,72% wszystkich pacjentów. Województwo śląskie dysponując taką liczbą szpitali było liderem pod tym względem wśród polskich regionów, a liczba ta była większa niż suma wszystkich szpitali, którymi dysponowało pięć najślabszych w tej kategorii regionów.

³ Leczeni bez ruchu międzywydziałowego

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



Źródło: BDL GUS

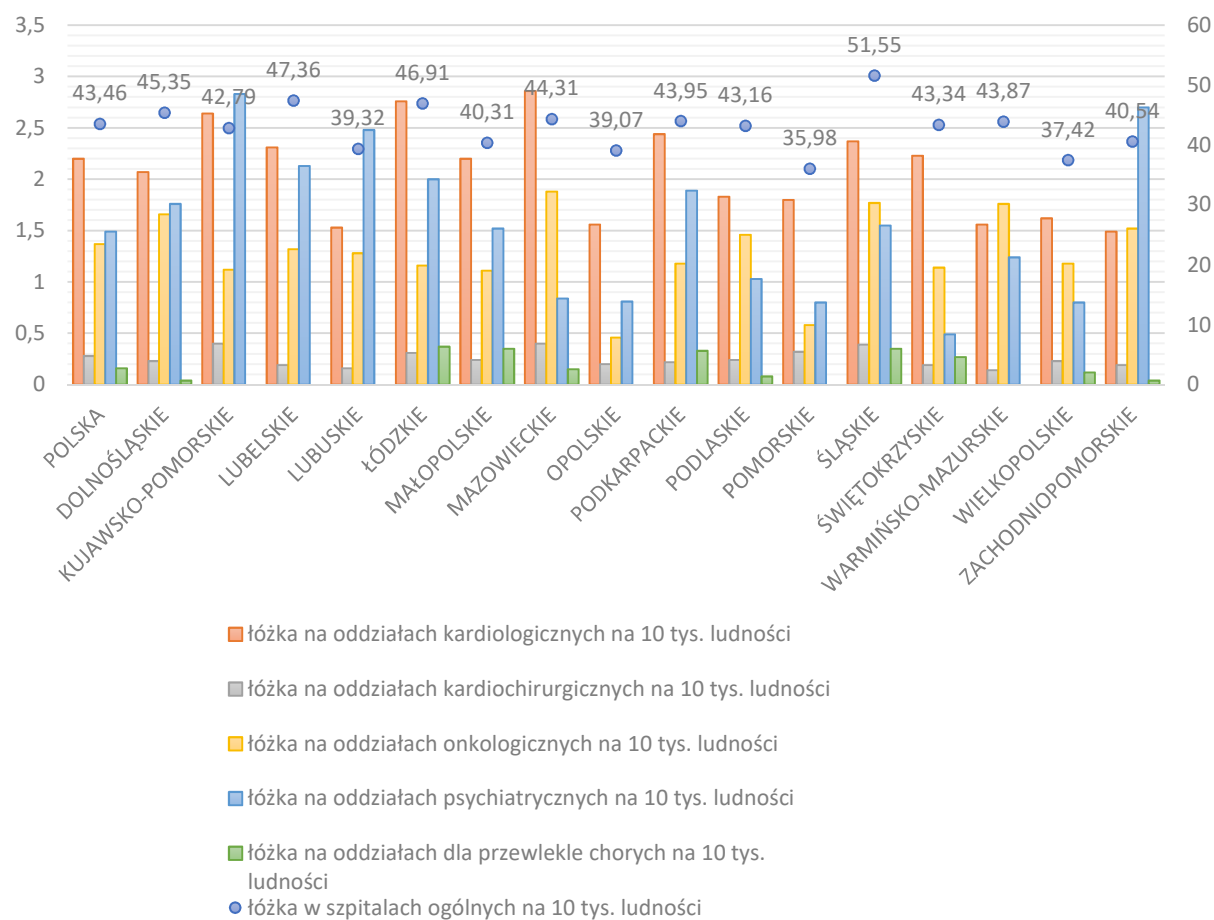
Zasób łóżek szpitalnych województwa śląskiego w 2019 r. ustępował jedynie województwu mazowieckiemu (mniej o 741), ale był wyższy od trzeciego w tej kategorii województwa małopolskiego o 9 537 miejsc. Liczba pacjentów obsługiwanych przez szpitale województwa śląskiego była drugim wynikiem w Polsce po województwie mazowieckim (województwo mazowieckie obsługiwało 267 545 więcej pacjentów, z kolei trzecie pod tym względem województwo małopolskie obsługiwało 265 666 mniej pacjentów). W województwie śląskim widoczny był w latach 2012-2018⁴ trend zwiększania się liczby szpitali przy jednoczesnym spadku liczby łóżek i obsługiwanych pacjentów. W regionie nastąpił wzrost liczby szpitali o 17,2% w badanym okresie i był to drugi wynik w Polsce po niewiele wyższym wzroście w województwie małopolskim (choć należy zauważyć, że w liczbach bezwzględnych najwięcej szpitali przybyło w województwie śląskim – 23). Dynamika zmiany liczby łóżek wykazała tendencję spadkową (spadek o 5%) wpisując się w ogólnopolski trend ograniczania liczby łóżek.

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

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

⁴ Wybrano te lata ze względu na to, że w roku 2012 zmieniono metodologię liczenia szpitali (zaczęto wliczać te podległe MON i MSWiA)

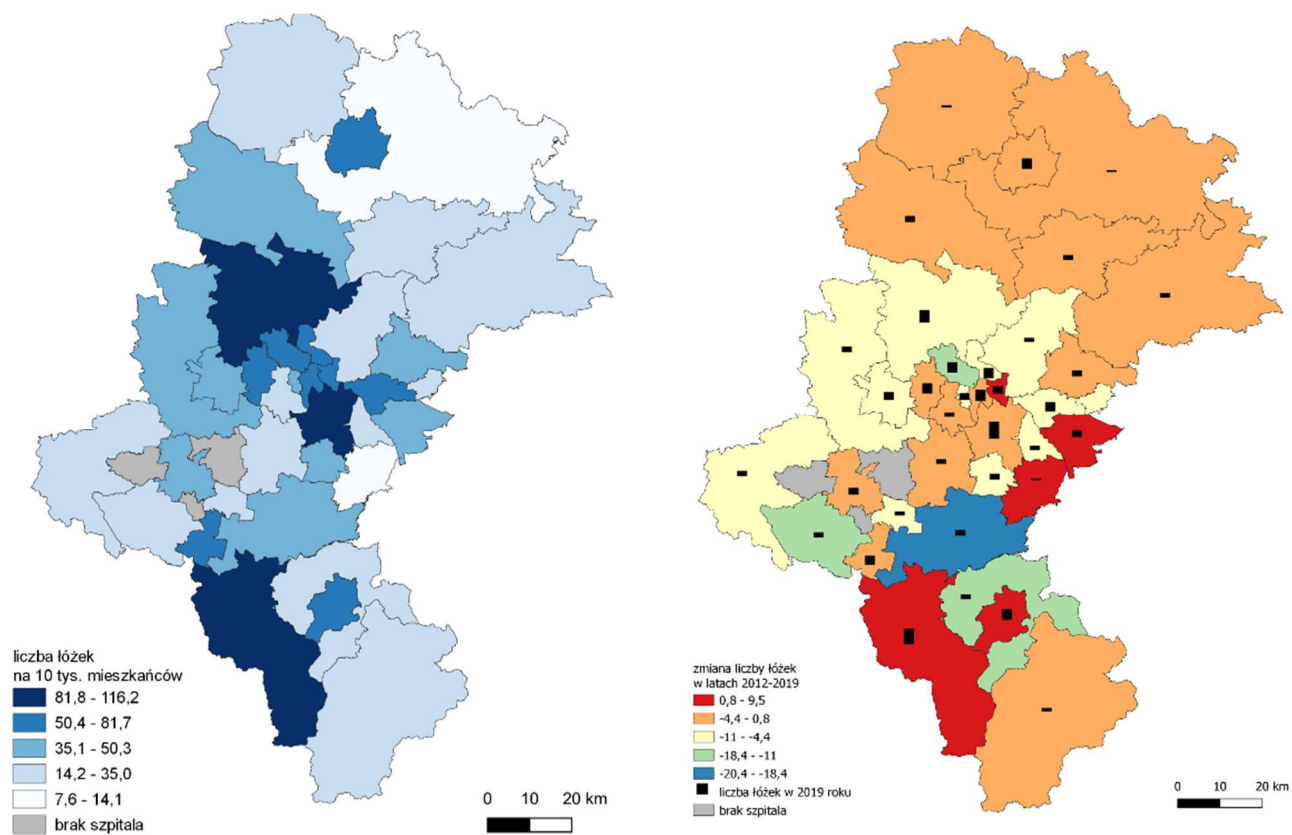
Wykres 9 Dostępność łóżek szpitalnych wg rodzajów oddziałów w Polsce i jej regionach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

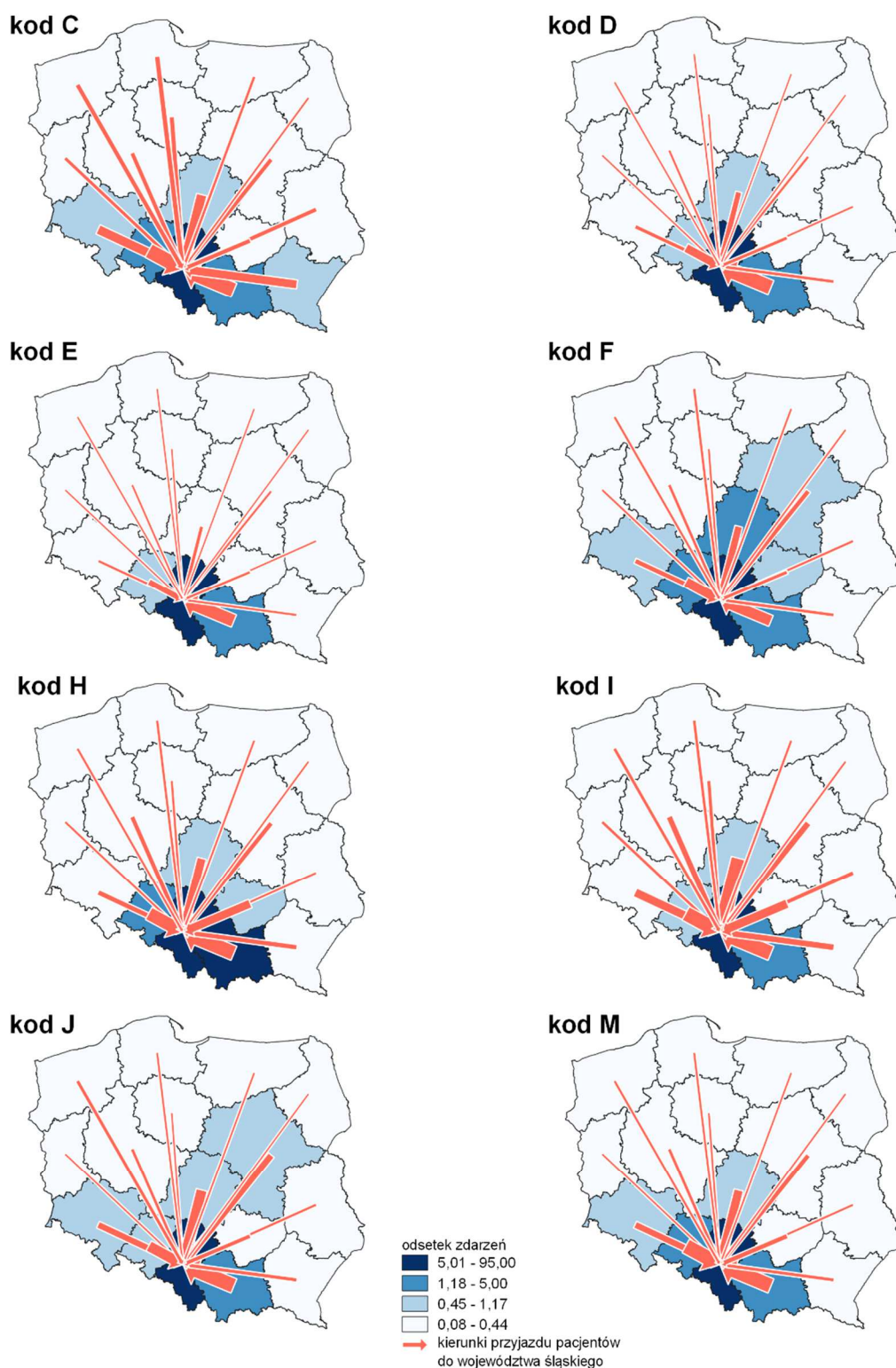
Mapa 3 Dostępność do łóżek szpitalnych w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

Mapa 4 Powiązania miejsca zamieszkania pacjentów leczonych w województwie śląskim



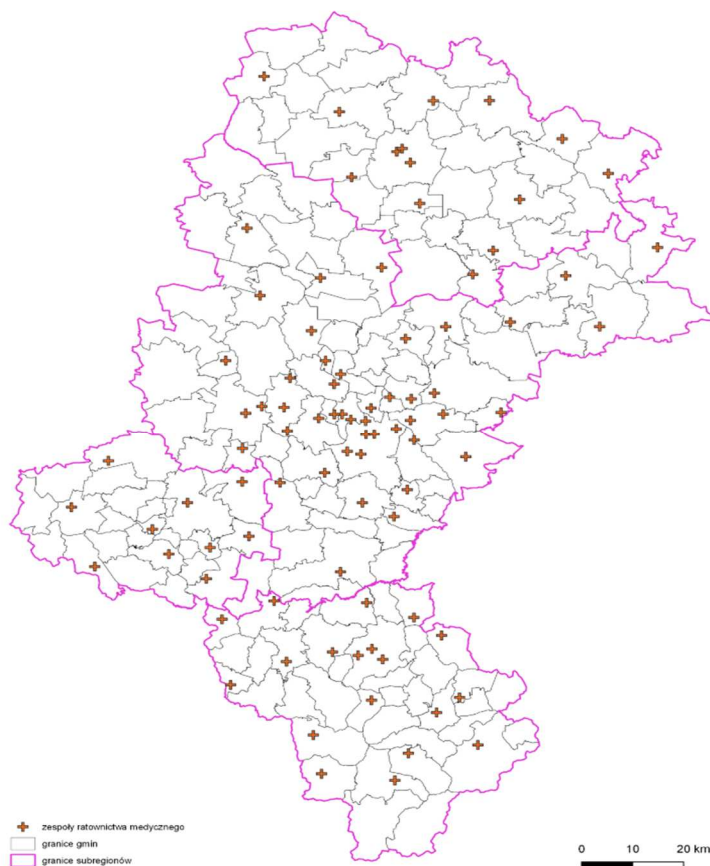
Kod C - Nowotwory złośliwe Kod D - Nowotwory niezłośliwe Kod E - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej
 Kod F - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Kod H - Choroby oka i przydatków oka Kod I - Choroby układu krążenia
 Kod J - Choroby układu oddechowego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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

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

W 2019 roku w województwie funkcjonowały 162 zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), 14 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 1 baza lotniczego pogotowia ratunkowego. Ponadto z systemem współpracowało 11 izb przyjęć. W odniesieniu do innych regionów w kraju województwo śląskie charakteryzuje się szczególnie wysoką liczbą ZRM (druga pozycja po województwie mazowieckim), ale niską liczbą SOR-ów (dziewiąta pozycja). Wśród ZRM 41 stanowią jednostki specjalistyczne, a 121 podstawowe.

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



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

Silna i dobrze
wykształcona kadra
medyczna w regionie

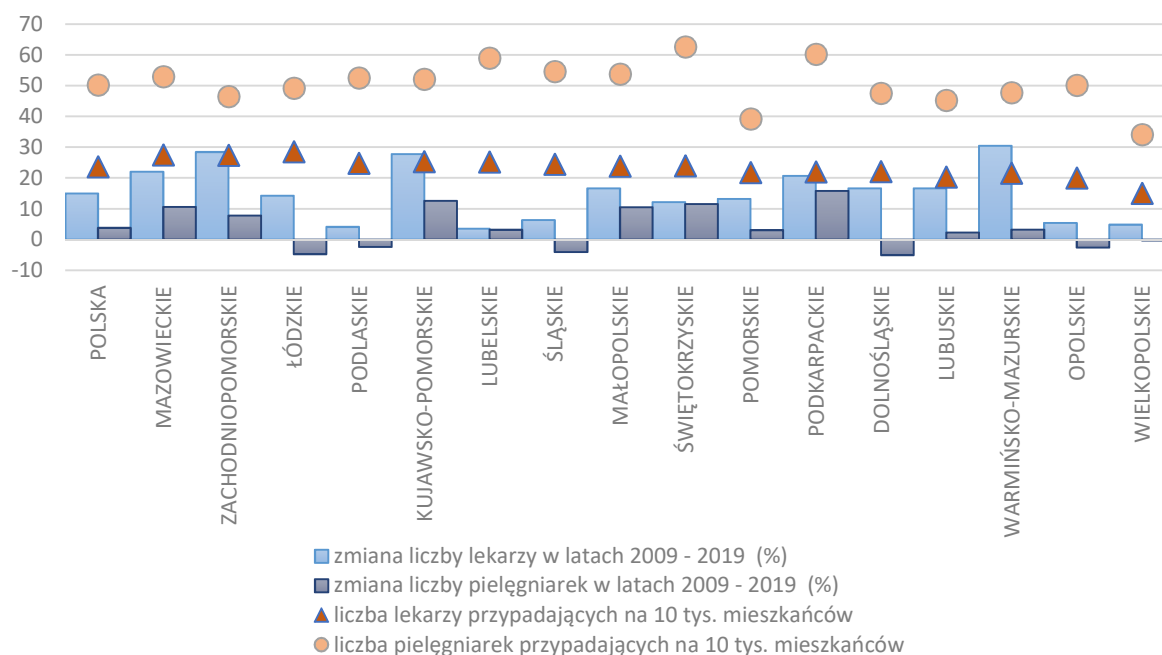
W województwie śląskim było w 2019 r. 18 211 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, co stanowiło 12,07 % lekarzy w Polsce (wyższe skupisko osób dysponujących prawem wykonywania tego zawodu stanowiło tylko województwo mazowieckie – 18,14%).

Podobne udziały województwa śląskiego w ogólnopolskim zasobie kadr medycznych charakteryzowały dentyści (11,04 % ogółu dentyistów – 4 721 osób), pielęgniarki (13,01% ogółu pielęgniarek – 38 993 osób) i położne (12,19% ogółu położnych – 4 758 osób). Liczba osób dysponujących prawem do wykonywania zawodu medycznego wzrastała w latach 2009-2019 zarówno w województwie śląskim jak i w całym kraju. Dostępność lekarzy liczona poprzez wskaźnik liczby lekarzy

posiadających prawo wykonywania zawodu przypadających na 10 tys. mieszkańców pozycjonuje województwo śląskie z wynikiem 40,31 powyżej wyniku dla Polski (39,32 lekarza) osiągając przy tym 6. wynik wśród regionów w kraju.

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

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



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Porównanie województwa śląskiego z wynikami notowanymi w Unii Europejskiej wykazuje jeszcze wyższe braki w dostępie do kadry medycznej⁵. Liczba lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców w województwie śląskim w 2019 r. wyniosła 24,49, co było wynikiem nieco lepszym aniżeli ogólnopolski. Jednakże najlepsze województwo łódzkie osiągnęło wartość 28,54 lekarza, a od wyniku dla wszystkich 28 państw Unii Europejskiej dzieli region znacznie więcej. Szacowany wynik dla całej UE w 2017 r. wyniósł 36,3 lekarza. Liczona w adekwatny sposób dostępność dentystów dała w 2019 r. wynik 3,12 dentysty w województwie śląskim, co jest wynikiem poniżej wskazania dla całego kraju, a najlepszy region uzyskał wynik 5,59 dentysty (województwo lubuskie).

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

⁵ wg podstawowego miejsca zatrudnienia

w połowie stawki. Porównanie z krajami europejskimi także wypada nie najlepiej. Najwyższy wynik⁶ w 2015 r. osiągnęła Hiszpania (15 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców).

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

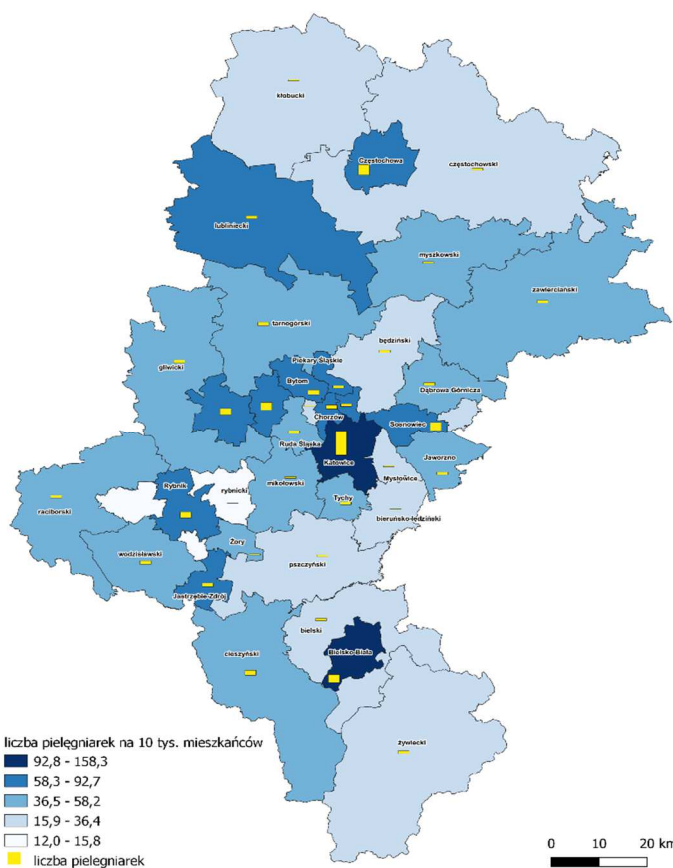
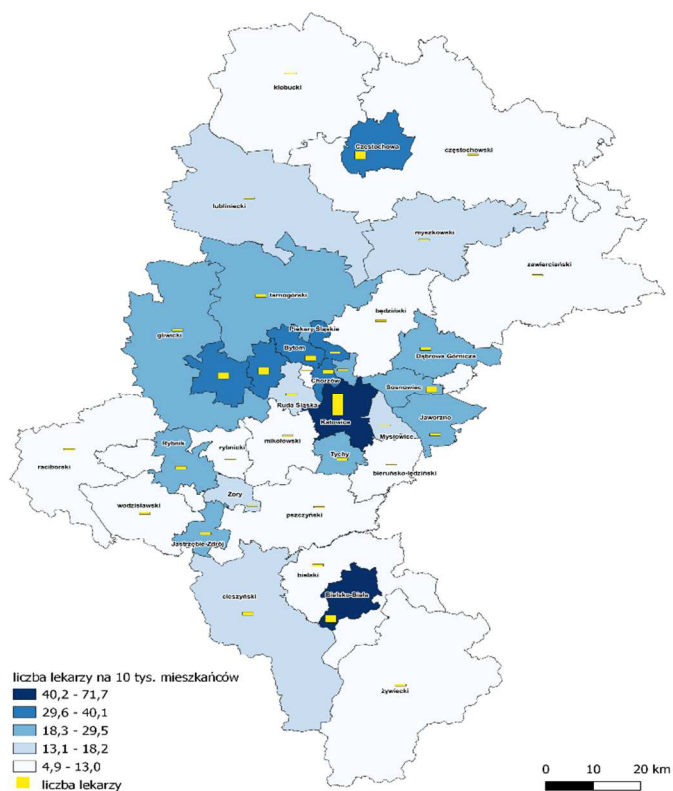
Rozkład terytorialny kadry medycznej w województwie śląskim w 2019 r. wykazuje tendencje do koncentrowania się przez nią w miastach na prawach powiatu, szczególnie tych największych. Najwięcej lekarzy zatrudnionych było w Katowicach – 2 099 osób, drugie co do wielkości skupisko stanowiła Częstochowa (przy czym lekarzy było tam zatrudnionych 743). Jeszcze tylko pięć miast tworzyło skupiska lekarzy powyżej 500 osób (były to: Zabrze – 665 lekarzy, Bielsko-Biała – 686 lekarzy, Gliwice – 582 lekarzy, Sosnowiec – 570 lekarzy oraz Bytom – 509 lekarzy). 23 powiaty zatrudniało lekarzy w wielkości między 100 a 500 osób.

Powiaty z najmniejszą liczbą zatrudnionych lekarzy to: powiat myszkowski - 103 lekarzy, Mysłowice - 98 lekarzy, Żory - 98 lekarzy, powiat kłobucki - 89 lekarzy, Świętochłowice - 54 lekarzy, powiat rybnicki - 38 lekarzy, powiat bieruńsko-lędziński - 41 lekarzy. Dostępność do usług lekarskich liczona liczbą lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców także najwyższa jest w Katowicach (71,69) jednak wyniki w pozostałych powiatach prezentują się odmiennie w stosunku do liczb bezwzględnych (lecz także w tej kategorii dominują powiaty grodzkie).

Zróżnicowany dostęp
do specjalistów w
regionie

⁶ Wśród dostępnych danych na Eurostacie

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

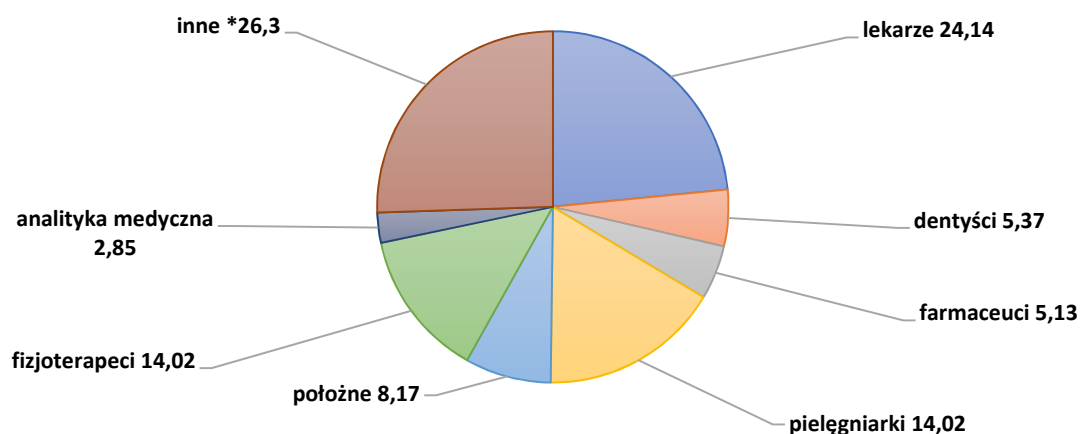


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

Silny ośrodek akademicki w zakresie kształcenia kadr ochrony zdrowia

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



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

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

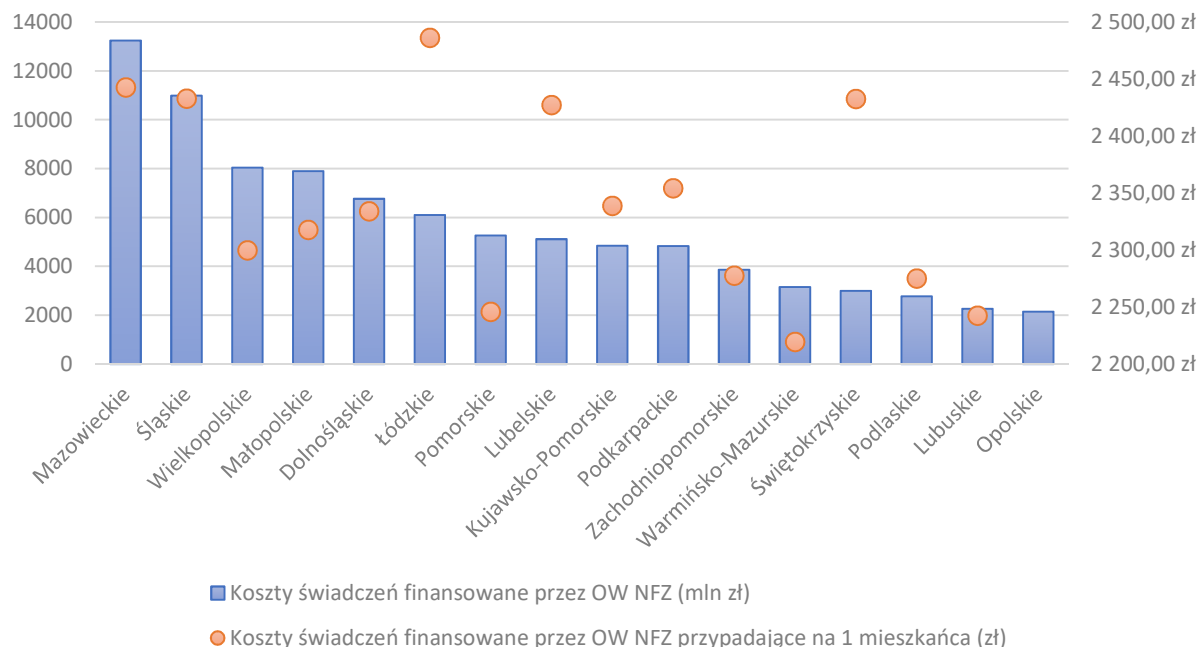
W województwie śląskim na kierunkach medycznych w 2018 r. uczyło się 11 817 studentów (co stanowiło 11,5% ogółu studentów tego typu kierunków w Polsce), na kierunkach dotyczących opieki społecznej studiowało 487 studentów (9% wszystkich tego rodzaju studentów w kraju), tymczasem na kierunkach prowadzonych w ramach interdyscyplinarnych programów i kwalifikacji obejmujących zdrowie i opiekę społeczną uczyły się 423 osoby (40,9% tego rodzaju studentów w Polsce). Liczba studentów na studiach medycznych wzrosła od 2014 r.⁷ o 8,3%. Zauważalny jest przepływ studentów z kierunków ściśle powiązanych z opieką społeczną do tych, które łączą w swoim programie zagadnienia opieki społecznej i ochrony zdrowia. W latach 2014-2018 liczba studentów kierunków zajmujących się pomocą społeczną spadła o 40,9%, za to zainteresowanie kierunkami interdyscyplinarnymi łączącymi tematykę zdrowia i opieki społecznej wzrosło od 0 do 423 studentów.

Relatywnie wysoki poziom finansowania ochrony zdrowia

Najistotniejszą część wydatków w zakresie ochrony zdrowia pokrywa obowiązkowe składkowe ubezpieczenie zdrowotne wydatkowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Plan finansowy NFZ na rok 2019 przewidywał finansowanie świadczeń przez Śląski Oddział Wojewódzki na poziomie 10 990 532 tys. zł, co stanowiło 12,2% finansowania świadczeń przez wszystkie oddziały wojewódzkie w kraju i była to druga wartość wśród polskich regionów (pierwszą uzyskało województwo mazowieckie). Dostępność do świadczeń zdrowotnych mierzona za pomocą wskaźnika wartości finansowania przez NFZ świadczeń

przypadających na 1 mieszkańca województwa mieściła się w przedziale o granicach wyznaczonych z jednej strony przez województwo opolskie (2 183,72 zł) a z drugiej przez województwo łódzkie (2 486,45 zł). Województwo śląskie sytuowało się na 4. pozycji z wynikiem 2 424,26 zł.

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

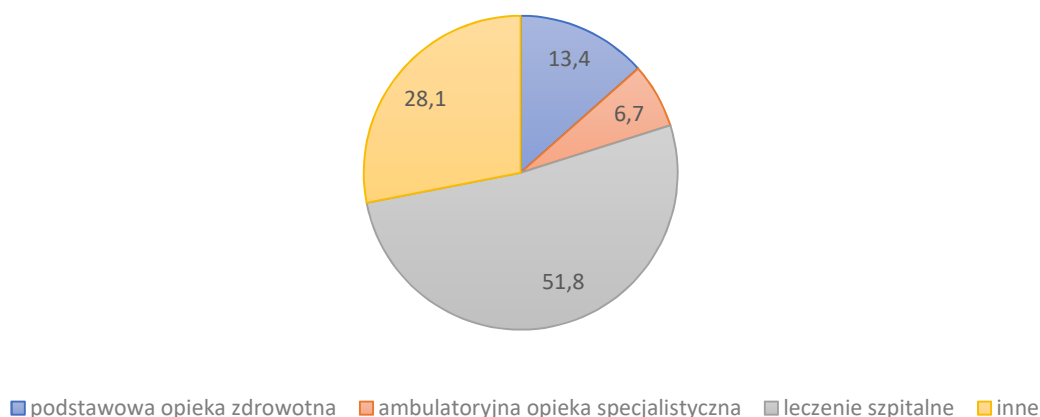


Źródło: opracowanie własne na podstawie Planu finansowego NFZ na 2019 r.

⁷ Pierwszy mierzony przez GUS rok w tej kategorii

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

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



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

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

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

Samorząd jako istotny podmiot w procesie finansowania ochrony zdrowia

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

W regionie realizowano szereg działań profilaktycznych, w tym:

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

UWARUNKOWANIA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

SEKTOR MEDYCZNY JAKO ELEMENT GOSPODARKI REGIONU

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

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

Rysunek 4 Inteligentne specjalizacje województwa śląskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie https://www.scp-slask.pl/czytaj/zaktualizowana_lista_inteligentnych_specjalizacji_województwa_slaskiego

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

Analiza przeprowadzona przez *Obserwatorium* pozwoliła na ustalenie listy technologii i kierunków ich rozwoju⁸. W zakresie technologii dla medycyny (ochrony zdrowia) wskazano:

⁸ Źródło: analizy SO RIS

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

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

UWARUNKOWANIA O CHARAKTERZE SYSTEMOWYM

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

Najważniejszym punktem odniesienia w kraju jest **Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju**. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się we wszystkie cele wyżej wymienionego dokumentu. Cel 3: Medycyna i zdrowie jako czynnik rozwoju silnie korespondują z polityką gospodarczą państwa wyznaczoną w Celu szczegółowym I SOR ⁽¹⁾: Trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną, a w szczególności w obszarach dotyczących reindustrializacji i rozwoju innowacyjnym firm. W tych obszarach wprost ukierunkowano działania na rzecz rozwoju technologii medycznych i telemedycznych. Istotne w tym przypadku jest także to, że technologie

medyczne są wyróżnione jako inteligentna specjalizacja województwa śląskiego w takich dokumentach jak Regionalna Strategia Innowacji Województwa Śląskiego na lata 2013-2020 oraz w Programie Rozwoju Technologii Województwa Śląskiego na lata 2019-2030. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się najpełniej w Cel szczegółowy II Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju: Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony i w oba jego obszary, przy czym należy zauważyć, że w obszarze dotyczącym rozwoju zrównoważonego terytorialnie są wpisane działania bezpośrednio dla województwa śląskiego, a poza nimi wiele ukierunkowanych jest do miast, co jest istotne w przypadku tak silnie zurbanizowanego regionu. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* spójne są także z trzecim celem szczegółowym SOR⁽¹⁾: Skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu, a w szczególności wpisują się w obszary: Instytucje prorozwojowe i strategiczne zarządzanie rozwojem oraz E-państwo, w których to wyraźnie artykułuje się potrzebę reformy systemu ochrony zdrowia, wzmocnienie jakości organizacji instytucji oraz kreowanie rozwiązań z zakresu ICT w organizacji usług publicznych. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia* wpisują się także w takie obszary wpływające na osiągnięcie celów SOR⁽¹⁾ jak Kapitał ludzki i społeczny oraz Cyfryzacja.

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

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

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

Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego jest również zgodna z Priorytetami dla *Regionalnej Polityki Zdrowia* – Województwo Śląskie 01.01.2019-31.12.2021. Priorytety dla *Regionalnej Polityki Zdrowia* skupiają się na poszczególnych jednostkach chorobowych (choroby sercowo-naczyniowe, układu oddechowego, onkologiczne, związane z wiekiem, zaburzenia psychiczne, choroby cywilizacyjne, w szczególności metaboliczne, choroby układu ruchu i zakaźne) i rodzajach świadczeń zdrowotnych (diagnostyka, profilaktyka, świadczenia dotyczące nagłych stanów

zagrożenia zdrowia i życia, bezpieczeństwo epidemiczne). Pojawiają się też priorytety mające charakter bardziej ogólny jak Priorytet 3. Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym (opieka w całym cyklu życia w szczególności dotycząca tych najbardziej wrażliwych kategorii społecznych, takich jak dzieci, matki i osoby starsze), czy Priorytet 11. Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku, który w swej istocie wspiera wszystkie pozostałe priorytety. Cele *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* mają charakter horyzontalny w stosunku do analizowanych Priorytetów i każdy z celów bezpośrednio lub pośrednio je realizuje. Cel 1. Polityki ukierunkowany jest na wzmocnienie jakości i dostępności usług zdrowotnych i silnie wspiera realizację wszystkich priorytetów. Cel 2. ukierunkowany na wykreowanie warunków dla realizacji zdrowego stylu życia i wzmocnienie świadomości społecznej w zakresie zachowania zdrowia wpisuje się mocniej w te priorytety, które podkreślają znaczenie profilaktyki zdrowotnej dla skuteczności działań na rzecz zachowania dobrego stanu zdrowia. Z kolei Cel 3., który ukierunkowany jest w stronę wdrażania i rozwijania nowoczesnych usług i technologii medycznych oraz wzmocnienia medycyny jako sektora nowoczesnej gospodarki wpisuje się pośrednio we wszystkie Priorytety dla *Regionalnej Polityki Zdrowia*, gdyż zapewnia możliwie najbardziej rozwinięte technologicznie narzędzia dla realizacji świadczeń zdrowotnych.

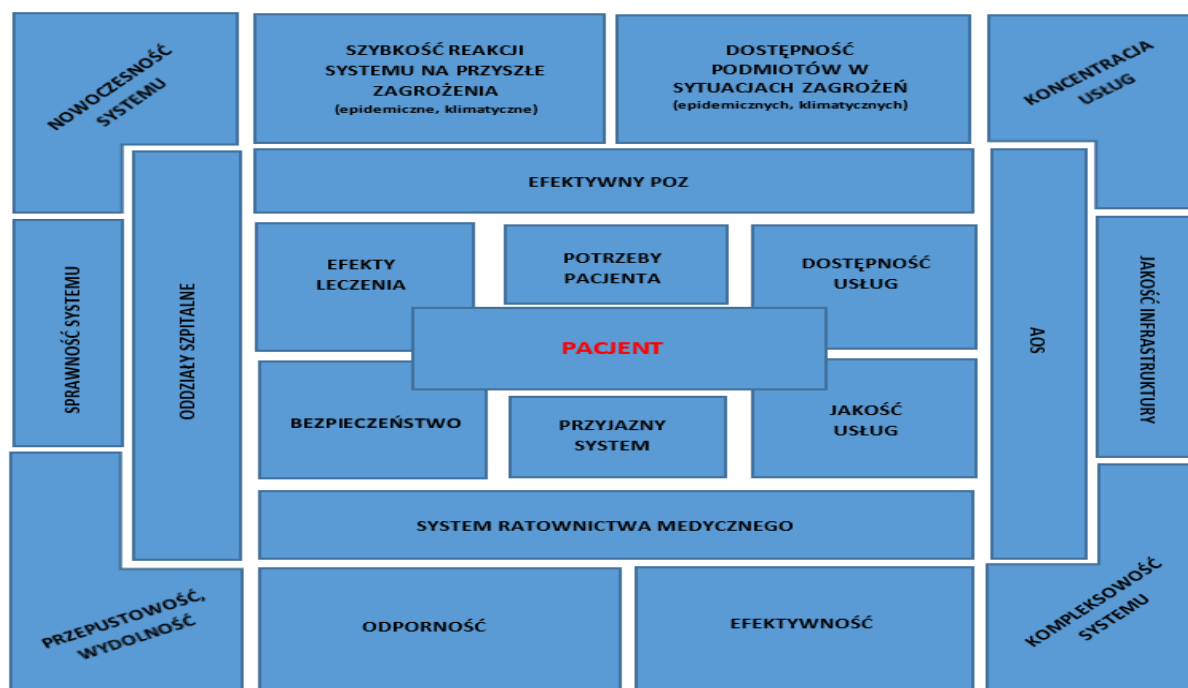
Zagadnienia zawarte w niniejszym opracowaniu są spójne z obszarami wskazanymi w obowiązujących przepisach oraz strategicznych dokumentach branżowych opracowanych na szczeblu krajowym tj.

1. Ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 1875),
2. Programie wieloletnim pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”,

Ponadto przedstawiona problematyka wpisuje się także w kierunki i działania zawarte w procedowanych projektach ustaw oraz programach strategicznych tj.:

1. Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności,
2. Strategii rozwoju ochrony zdrowia „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stanowiącej kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”,
3. Projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta,
4. Założeniach reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
5. Programie Polski Ład.

Rysunek 5 Aspekty optymalności systemu leczenia.



Źródło: Opracowanie własne

PROGNOZY/TRENDY DLA OBSZARU ZDROWIA

PROGNOZA EPIDEMIOLOGICZNA⁹

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

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

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

⁹ Zawarte w rozdziale prognozy powstały w oparciu o dane historyczne, nie uwzględniają trudnych do przewidzenia zachorowań nagłych, takich jak epidemie czy kłęski żywiołowe. Analizie poddano schorzenia, które zostały uwzględnione w części dotyczącej zachorowalności, a jednocześnie dla których zostały sporządzone prognozy w Mapach potrzeb zdrowotnych.

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

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

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

Tabela 2 Prognozowane kierunki zmiany zapadalności rejestrowanej na wybrane grupy schorzeń.

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

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Map potrzeb zdrowotnych z 2018 r.¹⁰

¹⁰ Ze względu na to, że przy opracowaniu tabeli korzystano z wielu Map potrzeb zdrowotnych, zdecydowano o nieumieszczaniu ich pełnych tytułów w źródle. Tytuły konkretnych Map potrzeb zdrowotnych zostały wskazane w części diagnostycznej dotyczącej poziomu zachorowalności na wyszczególnione w tabeli grupy schorzeń.

Prognoza hospitalizacji

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

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

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

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

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

Tabela 3 Zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury i prognoza liczby hospitalizacji z województwa śląskiego w szpitalach w województwie śląskim.¹¹

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

¹¹ W tabeli zawarto informacje dla oddziałów, dla których zostały przygotowane analizy w *Mapie potrzeb*. W analizie dotyczące osobodni uwzględniono oddziały, które w 2016 r. były w szpitalach województwa śląskiego. W analizie nie wskazano również oddziałów, dla których nie prognozuje się hospitalizacji w szpitalach województwa śląskiego w roku 2031.

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

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

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

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

KLUCZOWE UWARUNKOWANIA I WYZWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

- społeczne i demograficzne,
- epidemiczne (w szczególności zagrożenia i skutki pandemii COVID-19),
- ekonomiczne,
- technologiczne,
- środowiskowe,
- polityczne, prawne, regulacyjne.

Tabela 4 Kluczowe generalne uwarunkowania wyznaczenia celów i mechanizmów realizacji Regionalnej Polityki Zdrowia

w sferze społecznej i demograficznej	<ul style="list-style-type: none">▪ starzenie się społeczeństwa i migracje,▪ ujemny przyrost naturalny, niski wskaźnik urodzin,▪ wzrost prognozowanej długości życia,▪ wzrost oczekiwań dotyczących jakości życia – warunków ekonomiczno-społecznych,▪ wzrost oczekiwań pacjentów co do jakości świadczonych usług medycznych,▪ wzrost ilości chorób cywilizacyjnych,▪ wzrost ilości chorób związanych z wiekiem (onkologia, kardiologia, geriatria, psychiatria, pulmonologia),▪ wzrost zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne oraz sanatoryjno – uzdrowiskowe, z uwagi na postępujący odsetek osób starszych z problemami w zakresie układu szkieletowo – mięśniowego,▪ rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej,▪ niedobór/brak kadry medycznej,▪ spadek atrakcyjności zawodów medycznych,▪ niedostateczna świadomość społeczna w zakresie profilaktyki zachorowań,▪ niedostateczna świadomość społeczna w zakresie profilaktyki szczepiennej,▪ spersonalizowany sposób diagnostyki i leczenia,▪ zmiana mentalności pacjenta,▪ edukacja prozdrowotna,▪ rozpad więzi społecznych w związku z izolacją wywołaną pandemią;
--------------------------------------	---

<p>w sferze „zagrożeń i skutków pandemii COVID-19”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wpływ pandemii na organizację sfer życia człowieka, ▪ postępująca transformacja cyfrowa społeczeństwa niosąca nowe zagrożenia zdrowotne (np. depresje, choroby oczu, choroby kręgosłupa, otyłość) oraz pogłębiająca problematykę uzależnień technologicznych wśród dzieci i młodzieży, ▪ wzrost zapotrzebowania na świadczenia diagnostyczne i rehabilitacyjne oraz sanatoryjne, ▪ nadmierna śmiertelność – osoby zmarłe z powodu COVID-19, ale również ofiary powikłań chorób przewlekłych, niewydolności ochrony zdrowia lub utrudnionego dostępu do specjalistów i braku diagnoz, ▪ pogorszenie stanu zdrowia społeczeństwa, w tym powikłania po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, ▪ czasowe w dobie pandemii COVID-19 ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych zarówno wynikające z uwarunkowań epidemicznych (ogniska zakażeń), regulacji prawno-organizacyjnych (zabezpieczenie łóżek covidowych), jak również społecznych (zachowań pacjentów), ▪ obciążenie zasobów podmiotów leczniczych bezpośrednio zaangażowanych w diagnozowanie i leczenie pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2, ▪ przeciążenie możliwości adaptacyjnych systemu diagnozowania i leczenia chorób, w tym m.in. onkologicznych i innych chorób przewlekłych;
<p>w sferze ekonomicznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wzrost kosztów leczenia i diagnostyki – niewystarczające nakłady na ochronę zdrowia, ▪ rozwój sektora prywatnego w ochronie zdrowia (finansowanie świadczeń przez pacjenta), ▪ wzrost zamożności społeczeństwa, ▪ wzrost kosztów wynagrodzeń w ochronie zdrowia, ▪ wzrost kosztów odszkodowań z tytułu błędów medycznych, ▪ niedofinansowanie infrastruktury placówek medycznych, ▪ braki w diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu, ▪ brak dodatkowych źródeł finansowania placówek publicznych, ▪ niedoszacowane wyceny procedur medycznych, ▪ model finansowania niedostosowany do potrzeb, ▪ sposób finansowania świadczeń w dobie pandemii; konieczność późniejszej realizacji niewykonanych świadczeń sfinansowanych zaliczkowo przez NFZ;
<p>w sferze technologicznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozwój e-medycyny/telemedycyny, ▪ rozwój nowych technologii okołomedycznych, ▪ wzrost dostępności do wiedzy, diagnostyki i terapii oraz rozwój współpracy międzynarodowej, ▪ rozwój nowych technologii leczenia, diagnostyki i komunikacji z pacjentem, ▪ nowe techniki genetyczne, ▪ robotyzacja, ▪ niskie kompetencje technologiczne odbiorców w medycynie (pacjentów), ▪ przyspieszenie transformacji cyfrowej na świecie wskutek pandemii COVID-19;
<p>w sferze środowisko</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wysoki stopień zanieczyszczenia środowiska - powietrza, gleby, wody, ▪ wzrost zachorowań związanych z zanieczyszczeniem środowiska, ▪ zmiany klimatyczne, ▪ wzrost świadomości i promocja zachowań proekologicznych;

- duża zmienność reguł prawnych i nieprzewidywalność zmian,
- wewnętrzna konkurencja o te same środki finansowe,
- brak wieloletniej strategii / polityki w obszarze zdrowia publicznego,
- brak regulacji dotyczących współfinansowania usług medycznych ze źródeł innych niż NFZ,
- niewłaściwa alokacja środków,
- ujawnienie przez pandemię deficytów i słabości organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Opracowanie własne.

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

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

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

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

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

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

- programy profilaktyki chorób cywilizacyjnych,
- nowoczesne usługi zdrowotne,
- edukacja w zakresie korzystania z telemedycyny,
- programy w zakresie zdrowia reprodukcyjnego,
- stworzenie systemu zachęt prozdrowotnych,

- deinstytucjonalizacja opieki medycznej;
- **W ZAKRESIE WYDŁUŻENIA ŻYCIA I POPRAWY JEGO JAKOŚCI:**
 - profilaktyka od wczesnego dzieciństwa,
 - edukacja zdrowotna i środowiskowa,
 - optymalizacja działań i posiadanych zasobów – restrukturyzacja, synchronizacja,
 - koordynowana, kompleksowa opieka nad pacjentem,
 - rozwój obszaru e-zdrowie,
 - wykorzystanie walorów środowiskowych województwa,
 - turystyka zdrowotna,
 - programy rehabilitacji leczniczej i sanatoryjnej,
 - aktywizacja ruchowa i intelektualna społeczeństwa;
- **W ZAKRESIE POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO MIESZKAŃCÓW:**
 - równomierne przestrzenne rozmieszczenie placówek medycznych,
 - dostępność do świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości,
 - profilaktyka i promocja zdrowia,
 - monitoring efektywności i skuteczności leczenia,
 - programy przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym,
 - poprawa warunków życiowych mieszkańców,
 - niwelowanie skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID – 19 – prognozowany wzrost zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne,
 - niwelowanie skutków zdrowotnych zanieczyszczenia powietrza, w szczególności dotyczących następujące grupy zagrożenia: dzieci, osoby starsze, osoby z chorobami układu krążenia i oddechowego, chorzy na cukrzycę, osoby z otyłością, osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym;
- **W ZAKRESIE ROZWOJU JAKOŚCI INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA:**
 - modernizacja, budowa obiektów ochrony zdrowia,
 - unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej oraz pozostałej infrastruktury podmiotów leczniczych,
 - informatyzacja placówek medycznych, w tym wymiana danych o zdarzeniach medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi
 - rozwój i unowocześnienie infrastruktury,
 - dostosowanie infrastrukturalne placówek medycznych dla osób starszych i z niepełnosprawnościami;
- **W ZAKRESIE FINANSOWANIA SYSTEMU:**
 - prawidłowa wycena świadczeń,
 - wzrost nakładów na ochronę zdrowia,
 - wprowadzenie jakości w opiece zdrowotnej, jako kryterium przy finansowaniu placówek medycznych,
 - system pożyczek i poręczeń,
 - rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych,
 - monitoring finansów, standard rachunku kosztów,
 - dostępność środków zewnętrznych.

Tabela 5 Ocena regionalnych potencjałów na rzecz Regionalnej Polityki Zdrowia

Atuty, potencjały wspierające i napędzające wdrożenie Regionalnej Polityki Zdrowia	Deficyty, braki, ograniczenia utrudniające formułowanie i wdrażania Regionalnej Polityki Zdrowia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duża liczba renomowanych placówek ochrony zdrowia ▪ Wykwalifikowana kadra medyczna ▪ Wysoki potencjał infrastruktury placówek medycznych ▪ Popyt na świadczenia zdrowotne ▪ Lokalizacja – łatwa dostępność komunikacyjna ▪ Liczne programy zdrowotne ▪ Wiedza i doświadczenie kadry zarządzającej ▪ Wysoki poziom stosowanych technologii medycznych ▪ Duża baza łóżkowa ▪ Współpraca podmiotów sektora zdrowia/służb/instytucji regionu w walce z pandemią COVID-19 ▪ Sprawne i efektywne możliwości dostosowawcze placówek ratownictwa medycznego i leczenia szpitalnego zarówno kadrowe, jak i infrastrukturalne oraz inwestycyjne ▪ Potencjał śląskich placówek naukowych. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadmierne rozproszenie kontraktów i niewykorzystany potencjał, w tym kadrowy i infrastrukturalny (ograniczone finansowanie świadczeń ze środków publicznych) ▪ Odpływ kadry do sektora prywatnego, w tym m.in. specjalistów z zakresu psychiatrii ▪ Niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych ▪ Brak możliwości optymalnego wykorzystania potencjałów leczniczych placówek medycznych regionu ▪ Braki kadrowe i starzenie się kadr medycznych ▪ Deficyt koordynacji działań poszczególnych elementów systemu ▪ Duże potrzeby inwestycyjne części placówek medycznych ▪ Brak koordynacji niezbędnych działań restrukturyzacyjno – reorganizacyjnych na poziomie podmiotów decyzyjnych dla placówek medycznych ▪ Brak kompleksowości opieki pozaszpitalnej i jej kompatybilności z publiczną ochroną zdrowia ▪ Brak akceptacji społecznej dla niezbędnych zmian konsolidacyjnych w strukturze podmiotów leczniczych ▪ Mało rozwinięty system współpracy z biznesem, w tym: w formule partnerstwa publiczno – prywatnego ▪ Duże obciążenie zasobów systemu pandemią COVID-19 i związane z tym duże ryzyko spadku wydolności potencjału podmiotów medycznych w leczeniu pozostałych schorzeń, w tym chorób przewlekłych

Opracowanie własne.

ANALIZA SWOT

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

W analizie SWOT zastosowano następujące kryteria:

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

Tabela 6 Czynniki analizy SWOT

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

wysokospecjalistyczną kadrą medyczną i sprzętem medycznym najnowszej generacji.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz występowanie uzależnień.

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

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

Brak mechanizmów wspierających działalność biznesową w zakresie wdrażania innowacji medycznych.

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

Opracowanie własne.

CEL GENERALNY I CELE STRATEGICZNE

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

Tabela 7 Układ logiki celów Regionalnej Polityki Zdrowia

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

Opracowanie własne

Celem głównym *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego* jest:

Wydłużenie i poprawa jakości życia mieszkańców regionu.

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

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

Dla wyznaczonych priorytetów zdefiniowano odpowiadające im cele strategiczne:

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

Tabela 8 Uzasadnienie wyboru celów.

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

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

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

Tabela 9 Cele strategiczne i cele operacyjne Regionalnej Polityki Zdrowia

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

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

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

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

Tabela 10 Kluczowe działania

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

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

- budowa regionalnej zintegrowanej infrastruktury współpracy,
- wdrożenie systemu teleopieki,
- poprawa dostępności do opieki zdrowotnej na obszarach słabo skomunikowanych i oddalonych od dużych miast,
- rozwój turystyki zdrowotnej w regionie.

KLUCZOWE PROJEKTY

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

Tabela 11 Kierunki i projekty wyznaczone w toku warsztatów i debat strategicznych.

KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
Priorytet I USŁUGI ZDROWOTNE	
<ul style="list-style-type: none"> Forum wymiany dobrych praktyk JST w zakresie ochrony zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Unia Metropolii, JST, Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT, uczelnie medyczne i techniczne, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> Przygotowanie studium wykonalności w zakresie struktury świadczeń, zaspokojenia potrzeb 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, Urząd Wojewódzki, uczelnie;
<ul style="list-style-type: none"> Dostosowanie placówek medycznych do zmian demograficznych oraz skutków pandemii COVID-19, w tym w szczególności leczenia chorób przewlekłych (w tym: modernizacja, doposażenie i zwiększenie efektywności bazy łóżkowej w oddziałach internistycznych, pulmonologicznych, chorób zakaźnych, geriatrycznych, kardiologicznych, neurologicznych, urologicznych, onkologicznych), wsparcie leczenia długoterminowego i oddziałów zachowawczych 	<ul style="list-style-type: none"> podmioty tworzące placówek medycznych, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> Promowanie rozwiązań mających na celu rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności środowiskowych form opieki i opieki rodzinnej, 	<ul style="list-style-type: none"> podmioty tworzące placówek medycznych, podmioty lecznicze, JST, NFZ, MZ; instytucje opieki środowiskowej
<ul style="list-style-type: none"> Promowanie rozwiązań mających na celu zwiększenie roli POZ i AOS w systemie 	<ul style="list-style-type: none"> podmioty tworzące placówek medycznych, podmioty lecznicze, JST, NFZ, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> Kompleksowa przebudowa modelu leczenia psychiatrycznego wraz z modernizacją infrastruktury 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, JST, MZ, NFZ;

<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój infrastruktury oraz zasobów w zakresie rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego, w szczególności w aspekcie bezprecedensowych wyzwań związanych ze stanem zdrowia mieszkańców regionu po pandemii COVID-19 (dorosłych i dzieci), w tym: wsparcie zasobów ludzkich, dostosowanie infrastruktury lokalowej i sprzętowej 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska, JST, uczelnie wyższe;
<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie centrum pulmonologii i leczenia niewydolności oddechowej poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL, podmioty tworzące placówki medyczne, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie ośrodka chorób zakaźnych dla dzieci 	<ul style="list-style-type: none"> • SUM; podmioty tworzące placówki medyczne, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Utworzenie centrum urologii poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • podmioty tworzące placówki medyczne, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Stworzenie centrum leczenia udarów poprzez sieciowanie oddziałów i placówek medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • podmioty tworzące placówki medyczne, NFZ, Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Stworzenie ośrodka leczenia boreliozy 	<ul style="list-style-type: none"> • podmioty tworzące placówki medyczne, NFZ, Urząd Wojewódzki, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Wdrożenie i upowszechnienie w podmiotach leczniczych narzędzi służących usprawnieniu i poprawie jakości komunikacji z pacjentem: <ul style="list-style-type: none"> – kolejkomaty, – aplikacje na urządzenia mobilne, – elektroniczne tablice informacyjne, 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizacja regionalnych programów zdrowotnych ukierunkowanych na choroby będące istotnym problemem regionu 	<ul style="list-style-type: none"> • Samorząd Województwa (negocjacje z Komisją Europejską), JST, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;

<ul style="list-style-type: none"> Regionalne programy zdrowotne dotyczące rehabilitacji medycznej 	<ul style="list-style-type: none"> JST, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;
<ul style="list-style-type: none"> Koordinator procesu leczenia pacjenta w warunkach pozaszpitalnych 	<ul style="list-style-type: none"> Podmioty lecznicze, JST
<ul style="list-style-type: none"> Projekty infrastrukturalne związane z rozwojem nowoczesnych technologii wykorzystywanych w ochronie zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> SUM, uczelnie wyższe, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> Uwzględnienie w procesie kształcenia kadr medycznych aspektów związanych z empatycznym kontaktem z pacjentem i bezpośrednim otoczeniem pacjenta (rodzina) 	<ul style="list-style-type: none"> uczelnie medyczne, podmioty lecznicze, JST oraz samorządy zawodów medycznych;
<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyczne w zakresie chorób cywilizacyjnych 	<ul style="list-style-type: none"> JST, NFZ, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;
<ul style="list-style-type: none"> Wsparcie zespołów terapeutycznych w diagnostyce i rehabilitacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi, w tym rehabilitacji po pandemii COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> JST, podmioty lecznicze, placówki oświatowe (w tym poradnie psychologiczno-pedagogiczne);
<ul style="list-style-type: none"> Opieka nad pacjentem okołoperacyjnym narządu ruchu „opiekun fizjoterapeutyczny” 	<ul style="list-style-type: none"> KIF, placówki medyczne;
<ul style="list-style-type: none"> Opieka Farmaceutyczna jako element profilaktyki chorób – Pharmacy Concergie, przeglądy lekowe – audyt przebiegu farmakoterapii - uefektywnienie procesu leczenia „opiekun farmakologiczny” 	<ul style="list-style-type: none"> Śląska Izba Aptekarska, apteki, szpitale, firmy farmaceutyczne;
<ul style="list-style-type: none"> Organizacja łańcucha współpracy podmiotów leczniczych z pionem polityki społecznej, bezpieczne przekazanie pacjenta do opieki domowej (koordynacja dalszej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i edukacji prozdrowotnej) 	<ul style="list-style-type: none"> JST, podmioty lecznicze, podmioty polityki społecznej;

KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
Priorytet II ZDROWY STYL ŻYCIA	
<ul style="list-style-type: none"> System wspierania rodziców w procesie wychowawczym 	<ul style="list-style-type: none"> JST;
<ul style="list-style-type: none"> System wspierania pedagogów w procesie kształtowania dobrych nawyków dzieci i młodzieży 	<ul style="list-style-type: none"> JST;
<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyczne dla osób pracujących 	<ul style="list-style-type: none"> JST, pracodawcy;
<ul style="list-style-type: none"> Opracowanie Regionalnych programów zdrowotnych w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, - rehabilitacji osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego; - przeciwdziałania cukrzycy i zwalczania otyłości 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL
<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyczne dla dzieci 	<ul style="list-style-type: none"> JST, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> Projekty w zakresie profilaktyki, poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne, zapobieganie infekcjom bakteryjnym, popularyzacja szczepień, nowy model badań profilaktycznych osób pracujących 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerstwo Zdrowia, NFZ;
<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyki chorób nowotworowych poprzez rozwój oddziałów dziennych diagnostyki i leczenia onkologicznego (w szczególności raka płuca). 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerstwo Zdrowia, NFZ, AOTMiT, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> Program profilaktyki wysiłkowego nietrzymania moczu przy zastosowaniu nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych 	<ul style="list-style-type: none"> KIF; JST
<ul style="list-style-type: none"> Program smartfonowa szyja – program profilaktyczny w szkołach (z akcentem na dzieci) 	<ul style="list-style-type: none"> KIF, JST
<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyczne dla klas 4-8 (waga, wady postawy, zwiększenie aktywności fizycznej) 	<ul style="list-style-type: none"> JST, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;

<ul style="list-style-type: none"> • Program profilaktyki symetrii i prawidłowej osi kończyn dolnych szansą na skuteczną walkę z chorobą zwyrodnieniową stawów kończyn dolnych 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, KIF, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;
<ul style="list-style-type: none"> • Aktywny śląski senior – lekka diagnostyka + grupowa bezpłatna aktywność fizyczna + profilaktyka przeciwupadkowa 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, KIF, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;
<ul style="list-style-type: none"> • Program pomocy sąsiedzkiej – wsparcie dla osób starszych /samotnych 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, NGO;
<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój organizacji społecznych aktywizujących osoby starsze 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, NGO;
<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie rozwoju opieki wytchnieniowej opiekunów sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną – niepełnosprawną, w tym rozszerzenie modelu opieki paliatywnej – 14 dniowy urlop dla rodziny nad osobą zależną (dot. osób dorosłych) w miejscu zamieszkania 	<ul style="list-style-type: none"> • NFZ, JST;
<ul style="list-style-type: none"> • Tworzenia placówek w formule dziennej dla osób wymagających opieki hospicyjnej, paliatywnej wraz z ich wsparciem w środowisku domowym. 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, NFZ, MZ;
<ul style="list-style-type: none"> • Targi zdrowej żywności i zdrowego stylu życia 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, NGO;
<ul style="list-style-type: none"> • Programy promujące zdrowe życie (szkoły, przedszkola) – akcje pij wodę, jedź warzywa, uprawiaj sport – wprowadzenie do szkół dla wszystkich szczebli 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, uczelnie, NGO;
<ul style="list-style-type: none"> • Tworzenie obszarów aktywności fizycznej 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, NGO, kluby sportowe;
<ul style="list-style-type: none"> • Spersonalizowane place zabaw, siłownie na świeżym powietrzu dla młodzieży, seniorów i osób z niepełnosprawnościami 	<ul style="list-style-type: none"> • JST;
<ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka żywienia przed i pozabiegowego (program informacyjny, edukacyjny, platforma) 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, podmioty lecznicze, NGO;

<ul style="list-style-type: none">Warsztaty dla projektantów i osób związanych z budownictwem skierowane na potrzeby osób niepełnosprawnych i starszych	<ul style="list-style-type: none">JST, PFRON;
<ul style="list-style-type: none">Rozbudowa infrastruktury rowerowej	<ul style="list-style-type: none">JST, KIF;
<ul style="list-style-type: none">Program Edukacji Mieszkańców Śląska w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	<ul style="list-style-type: none">JST, podmioty lecznicze;

KIERUNKI / PROJEKTY	Realizatorzy / partnerzy
Priorytet III MEDYCINA I ZDROWIE JAKO CZYNNIK GOSPODARCZEGO ROZWOJU REGIONU	
<ul style="list-style-type: none"> Dedykowane regionalne programy wsparcia start – up w obszarze technologicznym (po okresie inkubacji) 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL; uczelnie medyczne, uniwersytet ekonomiczny, uczelnie techniczne, izby przemysłowo – handlowe;
<ul style="list-style-type: none"> Stworzenie funduszu wspierającego patenty w ochronie zdrowia (fundusz regionalny, inwestycyjny) 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL; uczelnie, ośrodki badawcze;
<ul style="list-style-type: none"> Rozszerzenie funkcjonalności systemów i infrastruktury informatycznej 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, SUM, podmioty lecznicze, NFZ, klastry medyczne, instytuty badawcze;
<ul style="list-style-type: none"> Promowanie medycyny śląskiej – Śląska Marka Medyczna; wysokiej rangi konkursy, nagrody dla twórców technologii w zakresie rozwoju usług medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, Ministerstwo Zdrowia, uczelnie;
<ul style="list-style-type: none"> Wsparcie wdrażania narzędzi usprawniających organizację i zarządzanie podmiotami leczniczymi, w celu zwiększenia bezpieczeństwa, jakości i efektywności leczenia 	<ul style="list-style-type: none"> Centrum Monitorowania Jakości w Systemie Zdrowia/ Narodowy Fundusz Zdrowia, UMWŚL. uczelnie wyższe;
<ul style="list-style-type: none"> Zarządzanie informacją medyczną, także dla potrzeb realizacji usług komercyjnych 	<ul style="list-style-type: none"> podmioty lecznicze, SUM;
<ul style="list-style-type: none"> Integracja sieci współpracy publicznych szpitali, placówek edukacyjnych i badawczych, innowacyjnych przedsiębiorstw 	<ul style="list-style-type: none"> UMWŚL, uczelnie wyższe, Ministerstwa (w szczególności Zdrowia, Edukacji i Nauki, Funduszy i Polityki Regionalnej), szpitale, placówki B+R;
<ul style="list-style-type: none"> Edukacja i kształcenie kadr okołomedycznych, społecznych w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem po zakończeniu leczenia szpitalnego 	<ul style="list-style-type: none"> JST, placówki oświatowe;

<ul style="list-style-type: none"> • Kształcenie kadr medycznych i zapewnienie odpowiedniej ich liczby 	<ul style="list-style-type: none"> • placówki oświatowe, uczelnie wyższe;
<ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie zawodu inżyniera medycznego do zawodów medycznych, wsparcie inżynierskie wykorzystania narzędzi telemedycyny, robotyki, biotechnologii 	<ul style="list-style-type: none"> • uczelnie wyższe, firmy technologiczne;
<ul style="list-style-type: none"> • Projekty z zakresu procesu patentowego; szkolenia z pozyskiwania środków na zadania naukowe 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL, Ministerstwo, uczelnie wyższe, placówki B+R;
<ul style="list-style-type: none"> • Regionalny konkurs młodych wynalazców 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL; JST, uczelnie wyższe, klastry medyczne;
<ul style="list-style-type: none"> • Targi technologii medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL: JST, uczelnie wyższe, klastry medyczne, instytuty badawcze, RIG;
<ul style="list-style-type: none"> • Modernizacja i rozbudowa infrastruktury rehabilitacyjnej i uzdrowiskowej – oferta dla pacjentów zagranicznych 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL, JST, podmioty lecznicze, w tym uzdrowiska;
<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój turystyki medycznej (rehabilitacja) w działających ośrodkach, telerehabilitacja 	<ul style="list-style-type: none"> • UMWŚL, podmioty lecznicze;
<ul style="list-style-type: none"> • Stworzenie współpracy między różnymi sektorami gospodarki (integracja rynków lokalnych) 	<ul style="list-style-type: none"> • JST, Ministerstwa (w szczególności Zdrowia, Edukacji i Nauki, Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji), NFZ, placówki edukacyjne i badawcze, podmioty lecznicze, AOTMiT, wytwórcy farmaceutyków, innowacyjne firmy informatyczne, wytwórcy sprzętu medycznego, firmy ubezpieczeniowe;
<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie rozwoju technologii (testowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań oraz ich późniejsza komercjalizacja) 	<ul style="list-style-type: none"> • uczelnie, jednostki B+R, JST, podmioty lecznicze, wytwórcy farmaceutyków, innowacyjne

	firmy informatyczne, wytwórcy sprzętu medycznego, firmy ubezpieczeniowe;
--	--

Na podstawie przeprowadzonych warsztatów, konsultacji oraz analiz wyznaczono propozycje kluczowych projektów.

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

Do grupy projektów kluczowych zaliczono:

1. **RACJONALNE I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE POTENCJAŁÓW SEKTORA MEDYCZNEGO REGIONU, PRZY JEDNOCZESNYM PODNIESIENIU POZIOMU JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH** – optymalne wykorzystanie zasobów, w szczególności deficytowych zasobów kadrowych, w tym: personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, fizjoterapeutów, psychologów, ratowników i opiekunów medycznych, farmaceutów w placówkach zdrowia o profilu dostosowanym do procesów demograficznych, środowiskowych i epidemicznych, m. in. poprzez:
 - ✓ **konsolidację zadań i usług w regionie** – reorganizację działalności medycznej (m.in. rezygnacja z realizacji dublujących się na danym obszarze procedur, zmiana struktury, w tym własności, przenoszenie oddziałów, przeprofilowanie /w tym z uwagi na zmiany demograficzne, skutki pandemii COVID-19, choroby przewlekłe/, redukcja liczby łóżek przy jednoczesnej poprawie wskaźników wykorzystania), zwiększenie zakresu kompetencji POZ i AOS,
 - ✓ **likwidację przestarzałej infrastruktury szpitalnej oraz ratownictwa medycznego i zastąpienie zmodernizowaną lub nową o podobnym profilu,**
 - ✓ **zwiększenie efektywności działania specjalistycznych wielopoziomowych podmiotów leczniczych, kluczowych placówek szpitalnych** (również w walce z Covid-19) realizujących świadczenia od podstawowej opieki zdrowotnej i ratownictwa medycznego, przez diagnostykę, leczenie operacyjne oraz rehabilitację i profilaktykę, w tym m.in. realizacja projektów:
 - 1.1. **ZWIĘKSZENIE WYDOLNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI BAZY ŁÓŻKOWEJ W ODDZIAŁACH INTERNISTYCZNYCH I ROZWÓJ BAZY ŁÓŻEK GERIATRYCZNYCH:** budowa, modernizacja, doposażenie; wzmocnienie zasobów w zakresie opieki nad pacjentami z wielochorobowością, w szczególności poprzez inwestycje w oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych, koncentrujących specjalistów z różnych dziedzin oraz posiadających zaplecze łóżek OIOM; zapewnienie pełnej „ścieżki leczenia” oraz infrastruktury odpornej na sytuacje zagrożenia.
 - 1.2. **ROZWÓJ BAZY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ:** modernizacja i rozbudowa infrastruktury zakładów opiekuńczo – leczniczych i zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych (ZOL i ZPO);

- 1.3. **UTWORZENIE OŚRODKÓW KOMPETENCJI w zakresie ONKOLOGII, UROLOGII, NEUROCHIRURGII, LECZENIA UDARÓW oraz PULMONOLOGII I LECZENIA NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ POPRZEC SIECIOWANIE ODDZIAŁÓW I PLACÓWEK MEDYCZNYCH:** koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach referencyjnych;
 - 1.4. **MODERNIZACJA I BUDOWA NOWYCH, NOWOCZESNYCH POD WZGLĘDEM TECHNOLOGICZNYM BLOKÓW i TRAKTÓW OPERACYJNYCH WRAZ Z WYPOSAŻENIEM ORAZ STANOWISK INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ:** efektywność ekonomiczna i medyczna zabiegów/łóżek szpitalnych; zmiana profilu oddziałów na oddziały leczenia dziennego i jednego dnia; infrastruktura umożliwiająca zdalne operacje chirurgiczne; zwiększenie przepustowości i wzmocnienie odporności kluczowej infrastruktury leczenia szpitalnego.
 - 1.5. **PODNIESIENIE POZIOMU DIAGNOSTYKI, W TYM: DIAGNOSTYKI CHORÓB PRZEWLEKLYCH, CHORÓB CYWILIZACYJNYCH, DIAGNOSTYKI POCOVIDOWEJ, MIKROBIOLOGICZNEJ I PATOMORFOLOGII** – zapewnienie ciągłości leczenia w szpitalnych poradniach specjalistycznych.
 - 1.6. **OPTIMALIZACJA I ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH PRZEZ ODDZIAŁY RATUNKOWE ORAZ PODNIESIENIE JAKOŚCI USŁUG RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.**
2. **BUDOWA NOWYCH KOMPLEKSÓW MEDYCZNYCH** – utworzenie ośrodka leczenia boreliozy, utworzenie ośrodka chorób zakaźnych dla dzieci, ośrodków leczenia onkologicznego, kompleksowa przebudowa modelu leczenia psychiatrycznego – modernizacja i tworzenie centrów zdrowia psychicznego, zakładów opiekuńczo-leczniczych dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w tym dzieci, stworzenie sieci dziennych ośrodków opieki długoterminowej dla osób wymagających wsparcia: dzieci i dorosłych mających problemy psychiczne, osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych;
 3. **BUDOWA NOWYCH KOMPLEKSÓW OKOŁOMEDYCZNYCH** – tworzenie domów opieki umożliwiających zamieszkanie seniorom, ośrodków kultury i sztuki życia w zdrowiu – edukator zdrowotny jako jeden z kluczowych zawodów okołomedycznych, z jednej strony okazujący zainteresowanie potrzebami pacjentów, z drugiej strony wspierający proces leczenia poprzez promocję zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych oraz uświadamiający o współodpowiedzialności pacjenta za efekt leczenia, utrwalanie od najmłodszych lat właściwych wzorców zdrowego życia.
 4. **STWORZENIE REGIONALNEGO SYSTEMU WSPARCIA RYNKU E-ZDROWIA – BUDOWA REGIONALNEJ INFRASTRUKTURY WSPÓŁPRACY MIĘDZY RÓŻNYMI SEKTORAMI GOSPODARKI;** regionalny program wsparcia start-up; rozwój inicjatyw klastrowych, utworzenie inkubatora przemysłów medycznych, rozwój działalności badawczej.

5. **ŚLĄSKIE CYFROWE ZDROWIE – ŚLĄSKA INFRASTRUKTURA USŁUG ELEKTRONICZNYCH/SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH CYFROWEGO ZDROWIA ODPOWIEDZIĄ NA WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCZYNY I GOSPODARKI ORAZ ZAGORŻENIA EPIDEMICZNE:**
wsparcie rozwiązań umożliwiających zdalny dostęp do usług medycznych (teleporady, zdalne konsultacje, edukacja prozdrowotna); wsparcie rozwiązań z obszaru m-zdrowia – wykorzystywania narzędzi/czujników do monitorowania stanu zdrowia pacjentów i zbierania informacji o ich zachowaniu; wsparcie projektów infrastrukturalnych związanych z rozwojem nowoczesnych technologii wykorzystywanych w ochronie zdrowia; dalszy rozwój usług telemedycznych; wsparcie projektów z zakresu konsolidowania i zarządzania danymi medycznymi pacjenta, w tym wdrożenie systemów opartych na nowoczesnych rozwiązaniach ICT i IA, np. wykorzystania sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego do analizy badań obrazowych i szybszego wykrywania różnego typu schorzeń.
6. **WDROŻENIE KONCEPCJI SZPITALA DOMOWEGO** – rozwój opieki środowiskowej i teleopieki; stworzenie odrębnego systemu ukierunkowanego na leczenie pacjenta w warunkach domowych z zapewnieniem realizacji świadczeń medycznych dotyczącej nielicznej grupy zachorowań celem zapobiegania hospitalizacji, ewentualnie przyspieszenia wypisu pacjenta ze szpitala, a także opieki poszpitalnej;
7. **PLATFORMA WIEDZY O PROGRAMACH I DOBRYCH PRAKTYKACH W OCHRONIE ZDROWIA** - zestawienie informacji o programach na rzecz ochrony zdrowia dostępnych dla różnych podmiotów w regionie, prezentowanie dobrych praktyk, które mogą inspirować potencjalnych realizatorów programów i projektów zdrowotnych, wspieranie nawiązywania kontaktów między podmiotami mogącymi realizować duże, innowacyjne projekty partnerskie, baza ekspertów i doradców, którzy mogą wesprzeć projekty od strony koncepcyjnej i realizacyjnej.
8. **REGIONALNY PROGRAM PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ** - ukierunkowanie na choroby stanowiące istotny problem społeczności regionalnej w tym nowotwory (w szczególności rak płuc), choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu szkieletowo – mięśniowego, choroby układu moczowego. Określenie preferowanych narzędzi w realizacji z partnerami krajowymi, lokalnymi i prywatnymi, prezentowanie instrumentów i zasad udzielania wsparcia dla realizatorów projektów, sieciowanie projektów lokalnych w projekty o skali regionalnej.
9. **ŚLĄSKIE TARGI INNOWACJI MEDYCZNYCH** - Targi prezentujące innowacyjne technologie i usługi medyczne, promujące firmy i placówki medyczne regionu, wspierające rozwój działających w regionie start-upów medycznych, dostarczające okazji do bezpośredniego spotkania środowisk regionalnych z liderami innowacji w kraju i na świecie, wspierające przemianę wizerunku województwa.
10. **REGIONALNY ATLAS ZDROWIA (narzędzie ICT) – ZACHOROWALNOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH** - zintegrowanie danych z różnych źródeł, zestawienia danych w ujęciu przestrzennym pokazujące zmiany zachorowalności i dostępności usług medycznych, źródła zagrożeń zdrowotnych, zestawienia prognostyczne w oparciu o analizę trendów; dzięki stałej aktualizacji będący solidną podstawą dla podejmowania decyzji przez różne podmioty kształtujące i realizujące politykę zdrowotną, w tym także dla podmiotów decydujących o rozdziale środków z różnych źródeł.

11. **KSZTAŁCENIE KADR** – wsparcie uczelni medycznych, rozwój potencjału edukacyjnego, rozwój systemu stypendialnego, rozwój i wsparcie systemu szkoleń dla pracowników medycznych, kształcenie kadr pod kątem podnoszenia jakości usług wykonywanych w ramach posiadanych kompetencji, racjonalizacja kształcenia potencjału kadrowego poprzez utworzenie nowych zawodów w opiece przedmedycznej (np. edukator zdrowotny) i okołomedycznej (inżynier medyczny, opiekun rehabilitacyjny, koordynator procesu leczenia pacjenta w warunkach pozaszpitalnych, opiekun farmakologiczny) mających na celu zwiększenie świadomości ludności i wzmocnienie działań profilaktycznych, usprawnienie procesu leczenia pacjenta poza placówkami ochrony zdrowia, usprawnienie systemu poprzez delegowanie części uprawnień i obowiązków (wzmocnienie roli opiekuna medycznego, asystenta medycznego, opiekuna seniora), a także koordynację opieki medycznej na wszystkich szczeblach systemu opieki zdrowotnej.
12. **ŚLĄSKA REHABILITACJA DZIECI I DOROSŁYCH** – rehabilitacja szpitalna i sanatoryjna, w tym: pulmonologiczna, psychiatryczna, neurologiczna, postcovidowa, kardiologiczna, onkologiczna, pourazowa oraz rehabilitacja/leczenie uzdrowiskowe w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, w tym cywilizacyjnych schorzeń dzieci (m.in. fizjoterapia w leczeniu cukrzycy, otyłości, wad postawy u dzieci), a także w profilaktyce zapobiegania przewlekłym schorzeniom układu ruchu; wspomaganie systemu skoordynowanej opieki zdrowotnej w województwie śląskim, zapewnienie ciągłości leczenia – w regionie o złej jakości środowiska i negatywnych zjawiskach demograficznych; narzędzie w walce z deficytami i skutkami pandemii COVID-19 oraz następstwami chorób cywilizacyjnych oraz chorób przewlekłych, m.in. poprzez:
- modernizację i rozbudowę infrastruktury rehabilitacyjnej i uzdrowiskowej, w tym likwidacja przestarzałej infrastruktury szpitalnej i zastąpienie zmodernizowaną lub nową o podobnym profilu,
 - realizację regionalnych programów zdrowotnych, w tym w zakresie pobytów stacjonarnych – ograniczenie negatywnego wpływu czynników środowiskowych i zapewnienie dostępności do świadczeń,
 - zastosowanie nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych,
 - wsparcie multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wykorzystujących nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania neurotechnologii w diagnostyce i terapii zaburzeń neurologicznych, psychiatrycznych i psychosomatycznych u dzieci i młodzieży,
 - unowocześnienie zasobów sprzętowych dostosowanych do postępów współczesnej medycyny,
 - wsparcie innowacyjnych rozwiązań technologii telekomunikacyjnych i informatycznych umożliwiających zdalny dostęp do:
 - usług medycznych (telerehabilitacja) oraz
 - działalności edukacyjnej
 - stworzenie nowoczesnej bazy żywienia szpitalnego i wprowadzenie diety jako elementu systemu wzmocnienia procesu terapeutycznego;
13. **WSPARCIE KOMPETENCJI KADR ZARZĄDZAJĄCYCH PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI ORAZ ROZWÓJ I WZMOCNIENIE KOMPETENCJI KADRY ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ RÓŻNYCH SZCZEBLI ZAANGAŻOWANEJ W ZADANIA W OCHRONIE ZDROWIA** – w tym zastosowania narzędzi wspomagających funkcje badania i zarządzania jakością udzielanych świadczeń w celu

podniesienia efektywności medycznej i ekonomicznej, skuteczności leczenia oraz bezpieczeństwa pacjentów i personelu, wsparcie kadry wspomagającej zawody medyczne w celu usprawnienia procesu organizacyjnego, decyzyjnego i zwiększenia efektywności podejmowanych działań.

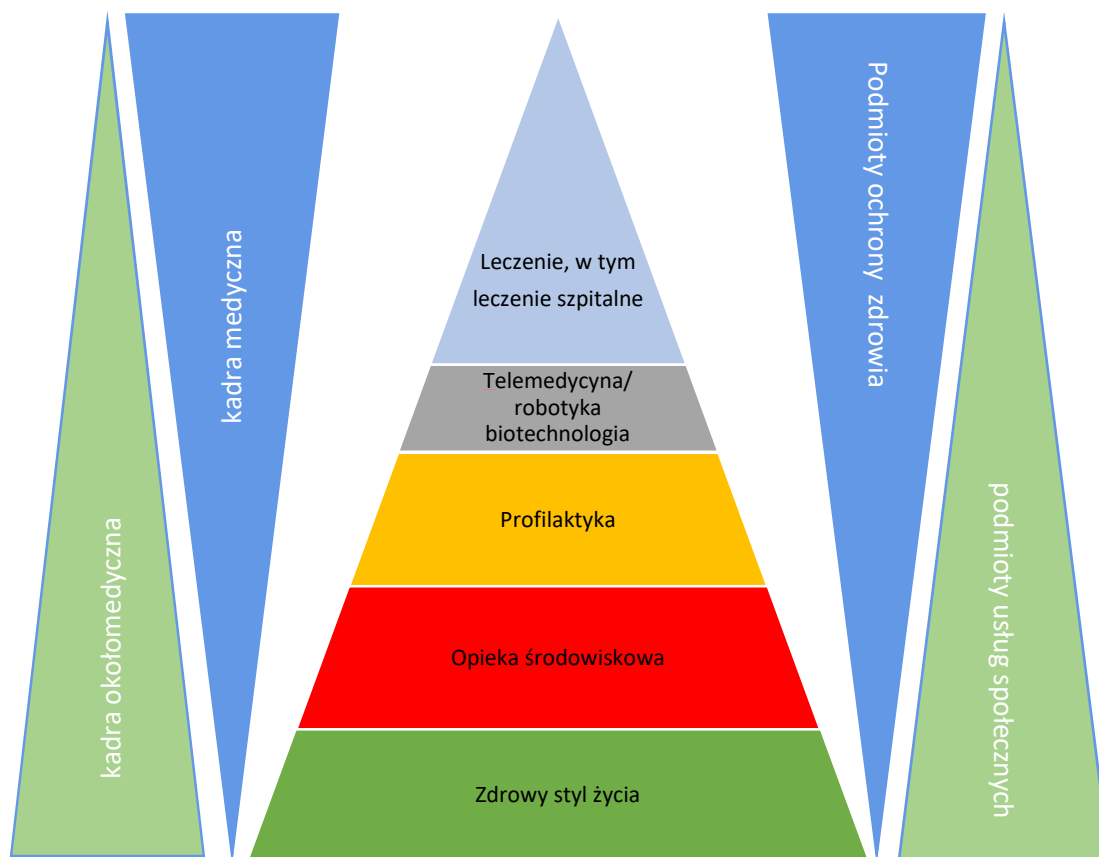
14. **EMPATIA W PROCESIE LECZENIA** – wzmacnianie kompetencji kadr medycznych w zakresie komunikacji z pacjentem jako elementu procesu terapeutycznego i jego wpływu na zaangażowanie pacjenta w walkę o powrót do zdrowia.
15. **DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ (MODEL PHARMACY CONCERTIE) – DOSTOSOWANY SCHEMAT LEKOTERAPII DO POTRZEB I STANU PACJENTA** – zapobieganie zjawisku polipragmazji (niewłaściwej terapii wielolekowej, produktami leczniczymi, które wchodzi w interakcje powodując brak efektu leczniczego bądź niekorzystne efekty terapeutyczne, niejednokrotnie zagrażające zdrowiu pacjenta); wzmocnienie efektywności procesu leczenia; współpraca z lekarzami POZ pomagająca spersonalizować zarządzanie lekami poszczególnych pacjentów; obniżenie kosztów opieki zdrowotnej; edukacja w zakresie farmakoterapii, a także zmiany stylu życia; monitoring pacjentów.
16. **ODPORNE PRZESTRZENIE PUBLICZNE** – tworzenie przestrzeni publicznych elastycznie dostosowywanych do sytuacji kryzysowych (epidemicznych i klimatycznych), w tym poprzez zastosowanie rozwiązań architektonicznych, cyfrowych, organizacyjnych, zarządczych; celem przedsięwzięcia jest zapobieganie całkowitemu wyłączeniu z użytkowania przestrzeni publicznych w sytuacjach kryzysowych, w szczególności okresowemu zawieszaniu realizacji usług zdrowotnych – ochrona i wzmocnienie priorytetów zdrowotnych (w tym z zakresu deinstytucjonalizacji), zapewnienie przepustowości systemów i ich reagowania na stany nagłe poprzez m. in. przebudowę struktury organizacyjnej, stworzenie sieci współpracy interesariuszy, inwestycje w zasoby, segmentację infrastruktury i zasobów – gotowość systemu zdrowia do ograniczania ryzyka przerw w udzielaniu świadczeń medycznych w wyniku zagrożeń epidemicznych.
17. **ŚLĄSKA PSYCHIATRIA NOWOCZESNA I PRZYJAZNA** – ochrona i wzmocnienie systemu leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży oraz dorosłych – priorytetowych świadczeń zdrowotnych (ambulatoryjnych, szpitalnych, w tym sądowych na rzecz pacjentów wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci detencji oraz długoterminowych), poprzez m.in. inwestycje w monoprofilowe szpitale psychiatryczne w zakresie zapewnienia przepustowości systemu, wielostronnej opieki zdrowotnej, sprawności i efektywności oraz nowoczesności leczenia:
 - modernizację stacjonarnej i niestacjonarnej infrastruktury leczenia psychiatrycznego, w celu rozwoju bazy klinicznej oraz naukowo-dydaktycznej wspomagającej kształcenie kadr medycznych,
 - stworzenie infrastruktury oddziałów psychiatrii sądowej, w tym oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - odpornej na sytuacje kryzysowe (epidemiczne i klimatyczne),
 - rozwój bazy opieki długoterminowej,

- budowa infrastruktury innowacyjnych metod i rozwiązań technologicznych oraz przyjaznej, odpowiadającej współczesnym oczekiwaniom chorych i ich rodzin/opiekunów, infrastruktury lokalowo - sprzętowej wspomagającej: realizację specjalistycznych programów i terapii, skuteczną rehabilitację i terapię leczenia zaburzeń psychiatrycznych, terapię uzależnień od alkoholu oraz uzależnień behawioralnych – opiekę medyczną skoncentrowaną na pacjencie i jego potrzebach, a także stworzenie nowoczesnej bazy żywienia szpitalnego i wprowadzenie diety jako elementu systemu wzmocnienia leczenia depresji, schorzeń somatycznych oraz innych zaburzeń psychicznych,
- stworzenie na terenie wojewódzkich szpitali psychiatrycznych izb pamięci lecznictwa psychiatrycznego w celu zachowania historycznego dziedzictwa regionu – udokumentowania zmian zachodzących w sposobie leczenia, a także udokumentowania roli szpitali w życiu i rozwoju miast (m.in. w Rybniku, Lublińcu).

SYSTEM WDRAŻANIA I FINANSOWANIA

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

Rysunek 6 Budowa stabilności systemu ochrony zdrowia w regionie.



Źródło: Opracowanie własne

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

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

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

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

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

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

Celem realizacji funkcji koordynacyjnych w zakresie zdrowia Zarząd Województwa powoła Regionalny Komitet ds. zdrowia. Pracami Komitetu powinien kierować Marszałek Województwa lub członek Zarządu. W skład Komitetu wejść powinni: przedstawiciel Wojewody Śląskiego, przedstawiciele placówek medycznych zarządzanych przez Samorząd Województwa, przedstawiciele samorządów lokalnych, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Do zadań Komitetu należeć powinno:

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

Rysunek 7 Kluczowe funkcje Samorządu Województwa Śląskiego w procesie wdrażania Regionalnej Polityki Zdrowia.



Źródło: Opracowanie własne

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

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

Tabela 12 Główne ryzyka towarzyszące formułowaniu i wdrażaniu dokumentu

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

Źródło: Opracowanie własne

SYSTEM MONITORINGU

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 13 Kluczowe wskaźniki monitorujące realizację Regionalnej Polityki Zdrowia.

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

Cel strategiczny III	Cudzoziemcy przebywający w śląskich szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych	2018	575	Wzrost	BDL GUS
-----------------------------	--	------	-----	--------	---------

Źródło: Opracowanie własne.

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

Wykaz skrótów:

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



Diagnoza strategiczna do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030

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

SPIS TREŚCI

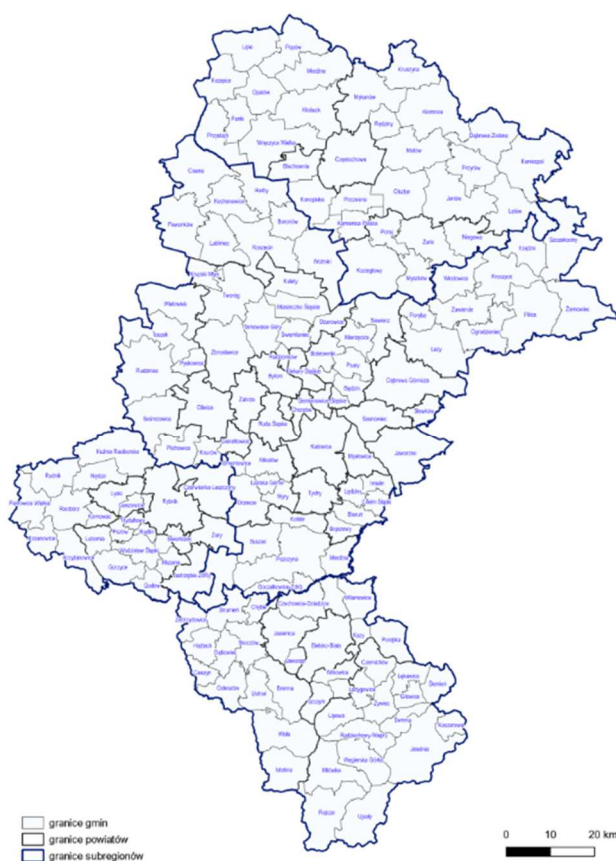
Ogólna charakterystyka województwa śląskiego.....	3
Sytuacja demograficzna województwa	4
Struktura demograficzna.....	9
Stan zdrowia mieszkańców	38
Szpitala w regionie	87
Zasięg oddziaływania szpitali województwa śląskiego	98
Kadra medyczna	110
Kształcenie w obszarze medycyny	117
Wydatki na ochronę zdrowia	120
Działania profilaktyki zdrowotnej podejmowane w regionie.....	125
Stan środowiska jako czynnik stanu zdrowia	129
Aneks: Analiza przestrzenna funkcjonowania wybranych oddziałów szpitalnych	136

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Województwo śląskie położone jest w południowej części Polski. Region sąsiaduje z województwami: opolskim, łódzkim, świętokrzyskim i małopolskim, a od południa graniczy z Krajem Morawsko-Śląskim w Republice Czeskiej oraz Krajem Żylińskim w Republice Słowackiej.

Region zajmuje obszar 12 333 km², tj. 3,9% powierzchni kraju, co daje 14. miejsce wśród wszystkich regionów Polski, przed województwami świętokrzyskim i opolskim. Strukturę administracyjną województwa tworzy 167 gmin oraz 36 powiatów - 17 ziemskich i 19 grodzkich (miasta na prawach powiatu). Spośród 167 gmin 49 to gminy miejskie, 22 to gminy miejsko-wiejskie, natomiast 96 to gminy wiejskie.

Mapa 7 Podział administracyjny województwa śląskiego.



Źródło: Opracowanie własne

Województwo śląskie zamieszkuje 4,5 mln osób, co stanowi 11,8% ludności Polski. Pod względem liczby ludności województwo znajduje się na drugim miejscu w kraju po województwie mazowieckim (14%). W 2019 roku w miastach powyżej 100 tys. osób mieszkało 44,9% populacji województwa śląskiego. Natomiast tereny wiejskie województwa, stanowiące 69,3% powierzchni regionu były zamieszkiwane przez 1,05 mln osób (23,4% ogółu ludności województwa). Zdecydowanie największa powierzchnia obszarów wiejskich występowała w subregionie północnym i południowym.

Województwo śląskie jest najbardziej zurbanizowanym regionem Polski (76,7% ludności miejskiej) o najwyższej w kraju gęstości zaludnienia (366 osób/km², przy średniej krajowej 124 osoby/km²).

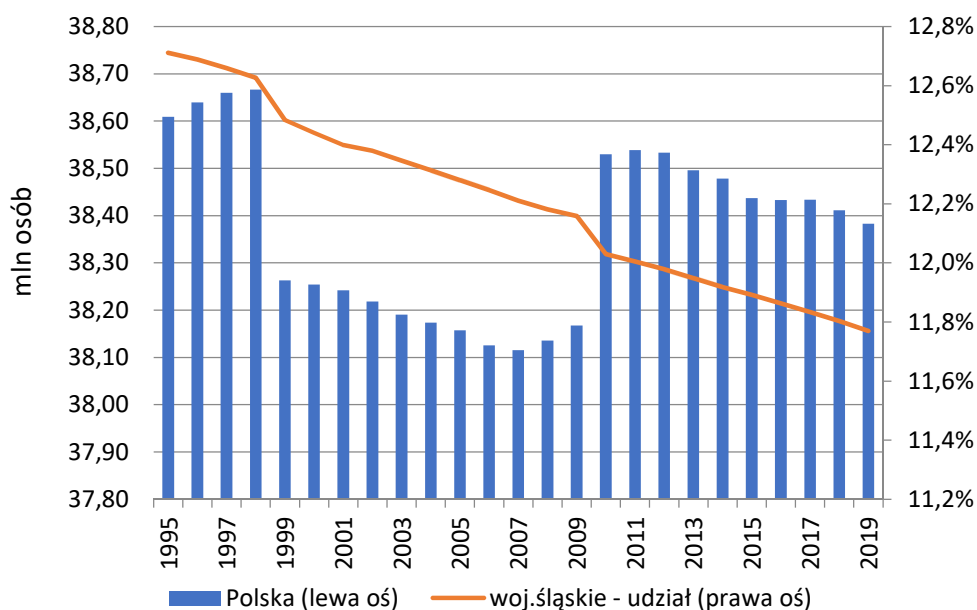
Pod względem zagospodarowania terenu – 50,9% powierzchni województwa stanowiły użytki rolne, następnie 32,8% lasy. Tereny mieszkaniowe stanowiły zaledwie 4,1%, a przemysłowe 1,8%.

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA WOJEWÓDZTWA ^{12,2}

Stan ludności

W ostatnim dwudziestoleciu liczba ludności Polski systematycznie malała (wyjątkiem jest niewielki wzrost obserwowany w latach 2007-2011). W 1998 roku liczba ludności wynosiła 38,67 mln osób, natomiast w roku 2019 była równa 38,38 mln osób. Obserwowany ubytek ludności Polski w latach 1999-2009 wynika z metodologii badania stanu ludności i połączenia wyników spisów powszechnych przeprowadzanych w każdej dekadzie z corocznym badaniem zmian liczby mieszkańców kraju. Jeszcze wyraźniej zmniejsza się udział województwa śląskiego w ogólnej liczbie ludności, który w latach 1995-2019 spadł z 12,7% do 11,8%.

Wykres 3 Liczba ludności Polski oraz udział woj. śląskiego w ogólnej liczbie ludności w latach 1995-2019

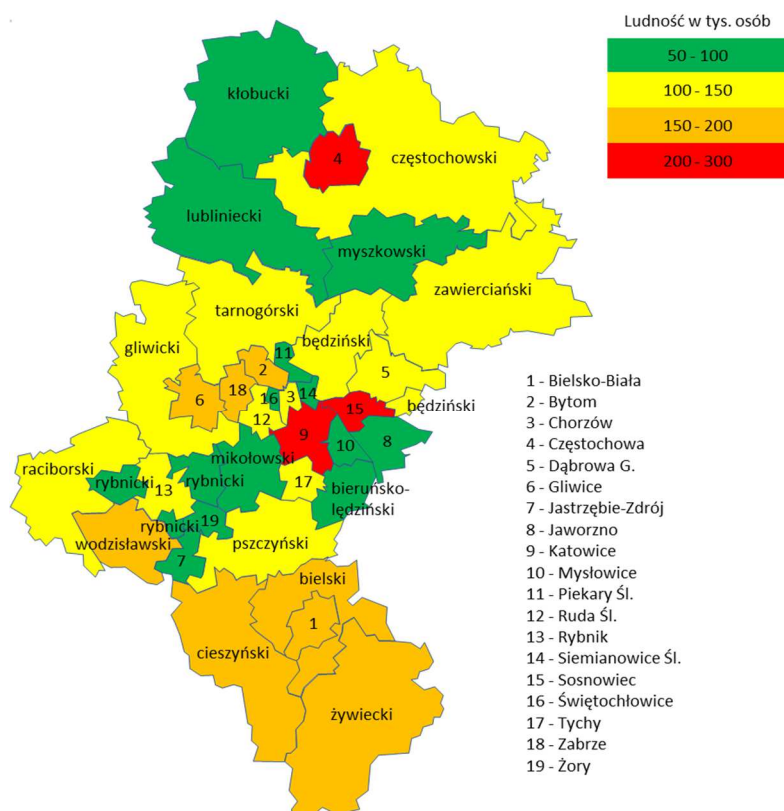


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

¹² Część dot. sytuacji demograficznej województwa oparto na opracowaniu: Agnieszka Orwat-Acedańska, Jan Acedański, Sytuacja i perspektywy demograficzne województwa śląskiego – raport przygotowany na potrzeby opracowania dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego, Katowice, grudzień 2019 skorygowany w zakresie aktualności zaprezentowanych danych

² W dokumencie wykorzystano ostatnich dostępnych danych (np. Mapy Potrzeb Zdrowotnych), bądź ogólnodostępne dane z roku 2018 lub 2019. Dostępne statystyki z roku 2020, ze względu na pandemię mogłyby zaburzyć obraz stanu systemu opieki zdrowotnej.

Mapa 8 Liczba ludności w powiatach woj. śląskiego w roku 2019

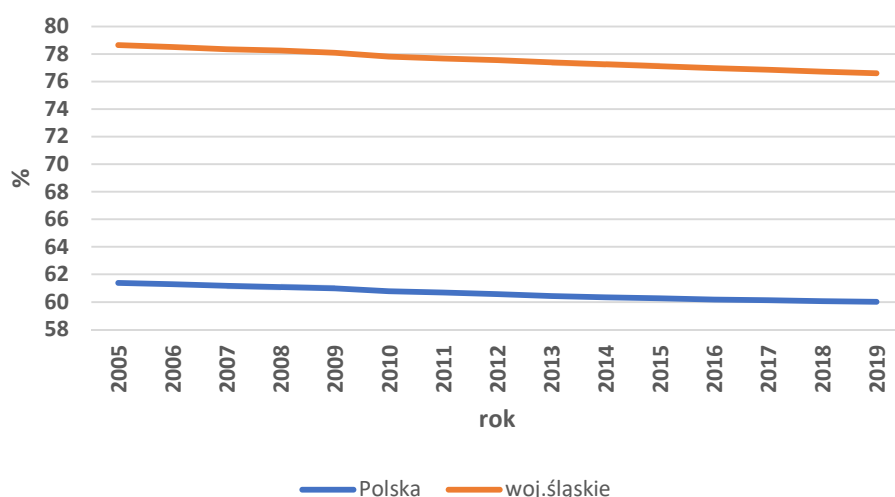


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W ujęciu przestrzennym liczba ludności w 36 powiatach województwa śląskiego w roku 2019 mieści się w przedziale 50-300 tys. osób. Powiatami o najmniejszej liczbie ludności (49,5-100 tys. osób) były powiaty: kłobucki, lubliniecki, myszkowski, Piekary Śląskie, Siemianowice Śląskie, Świętochłowice, Mysłowice, Jaworzno, mikołowski, rybnicki, Jastrzębie Zdrój, Żory, bieruńsko-lędziński. Natomiast powiatami o największej (200-300 tys. osób) liczbie ludności były powiaty: Katowice (294,5 tys. osób), Częstochowa (222,3 tys. osób), Sosnowiec (202 tys. osób). Stosunkowo duża liczba osób zamieszkuje również powiaty południowej części województwa.

Współczynnik urbanizacji, liczony jako procentowy udział mieszkańców miast w ogólnej liczbie ludności dla Polski oraz województwa śląskiego w latach 2005-2019 przedstawia wykres 2. Wartości tego wskaźnika zarówno dla Polski, jak i województwa śląskiego malały w przyjętym okresie badawczym z roku na rok. W przypadku Polski wskaźnik urbanizacji w roku 2005 wynosił 61,39% a w roku 2019 wyniósł on 60,01%. W województwie śląskim wartości wskaźników są w każdym roku wyższe od liczonych dla całej Polski. Jednak w okresie 2005-2019 widoczna jest również tendencja spadkowa tej miary. W roku 2005 wynosił 78,65% a w roku 2019 wyniósł on 76,60%.

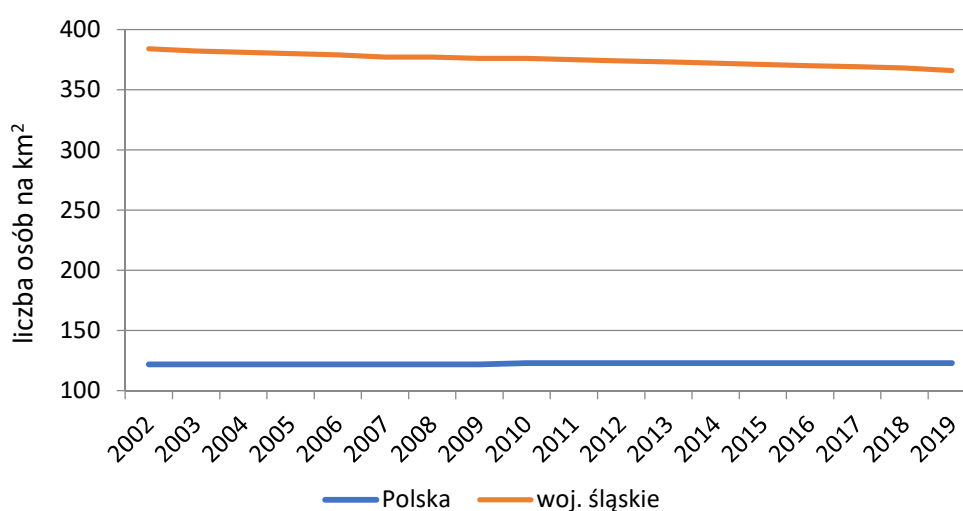
Wykres 4 Wskaźnik urbanizacji w Polsce i w woj. śląskim w latach 2005-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

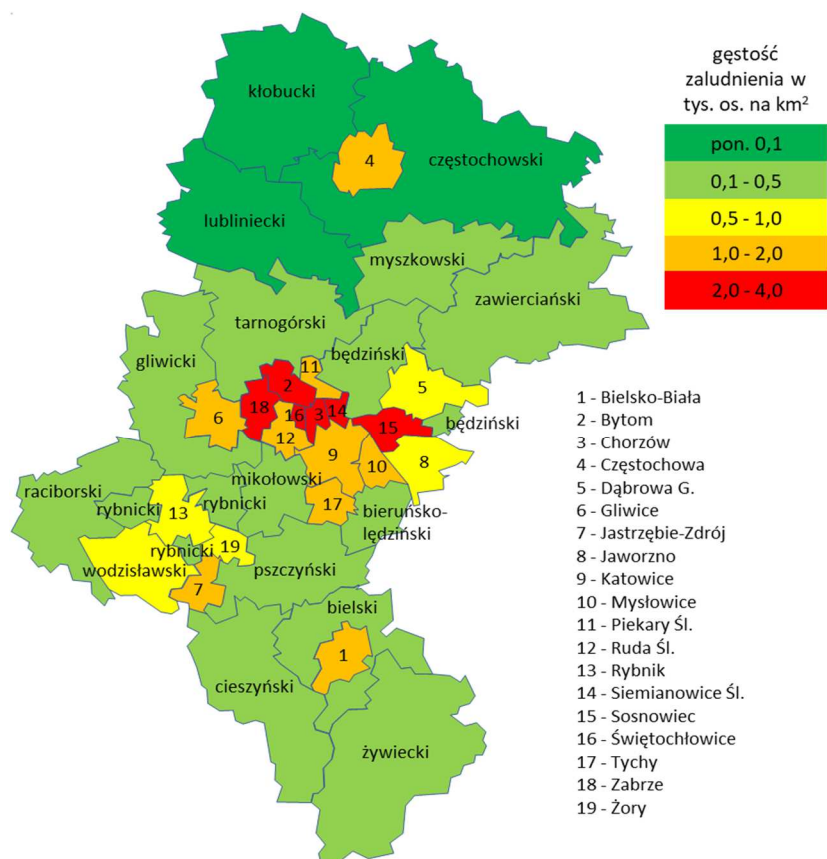
Ludność Polski zamieszkuje powierzchnię 312 696 km². Średnia gęstość zaludnienia Polski wynosiła więc 124 osoby/km² w roku 2019. Wartości tego wskaźnika dla Polski utrzymywały się praktycznie na stałym poziomie w latach 2002-2019 (wykres 3). Natomiast dla województwa śląskiego gęstość zaludnienia w tym okresie badawczym ma tendencję malejącą i mieści się w przedziale 384 osoby/km² (rok 2002) – 366 osoby/km² (rok 2019). Tendencja malejąca gęstości zaludnienia w województwie śląskim w przyjętym okresie badawczym, związana jest ze spadkiem liczby ludności w tym województwie. Liczba ludności w województwie śląskim – wg danych z Urzędu Statystycznego w Katowicach - Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2019 r. (Katowice 2020r.) - w latach 2010–2019 wykazywała tendencję malejącą i w końcu 2019 r. wyniosła 4 517,6 tys. osób.

Wykres 5 Gęstość zaludnienia w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Mapa 9 Gęstość zaludnienia w powiatach woj. śląskiego w roku 2019

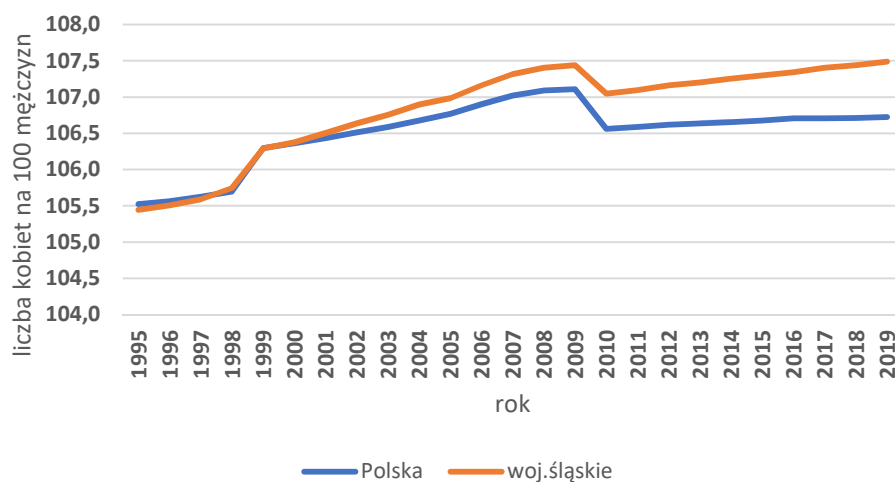


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W ujęciu przestrzennym na poziomie powiatów, w roku 2019 wartości wskaźnika gęstości zaludnienia są silnie zróżnicowane. Powiatem o najmniejszej wartości tego wskaźnika (89 osób/km²) jest powiat częstochowski, natomiast największym wskaźnikiem gęstości zaludnienia charakteryzuje się powiat Świętochłowice (3723 osób/km²). Zatem wartość rozstępu dla tej miary wynosi 3634 osób/km²). Powiatami o najmniejszej (poniżej 100 osób/km²) wartości gęstości zaludnienia w roku 2019 były powiaty: częstochowski, lubliniecki, kłobucki. Natomiast powiatami o największej gęstości zaludnienia (powyżej 2000 osób/km²) były miasta: Zabrze, Sosnowiec, Bytom, Siemianowice Śląskie, Chorzów oraz Świętochłowice.

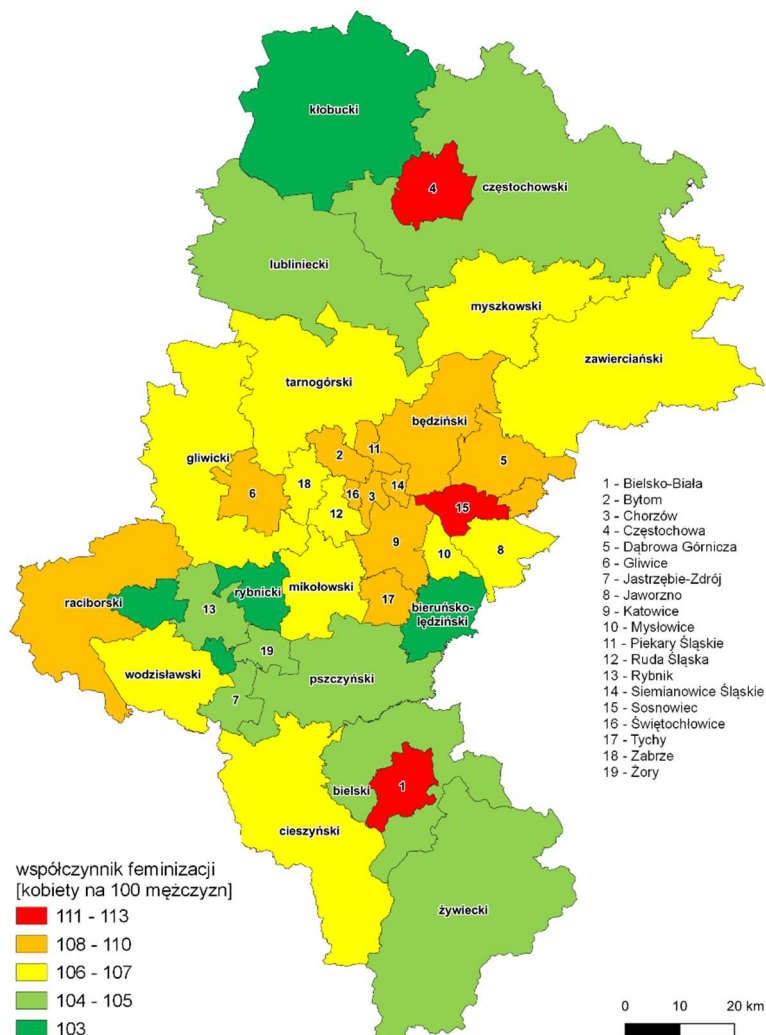
Wartości wskaźnika feminizacji, określającego liczbę kobiet przypadającą na 100 mężczyzn, wyznaczone dla Polski oraz województwa śląskiego przedstawia wykres 4. Przyjętym okresem badawczym dla tego wskaźnika są lata 1995-2019. W badanym okresie widać wyraźny wzrost tego współczynnika (skok w latach 1999-2009 jest rezultatem korekt związanych z wynikami spisów powszechnych, przy czym jest on szybszy dla województwa śląskiego. W roku 2018 wynosił on 107,5 kobiet na 100 mężczyzn w województwie śląskim, natomiast dla ogółu kraju równy był 106,7 kobiet na 100 mężczyzn.

Wykres 6 Wskaźnik feminizacji w Polsce i w woj. śląskim w latach 1995-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Mapa 10 Wskaźnik feminizacji w powiatach woj. śląskiego w roku 2019

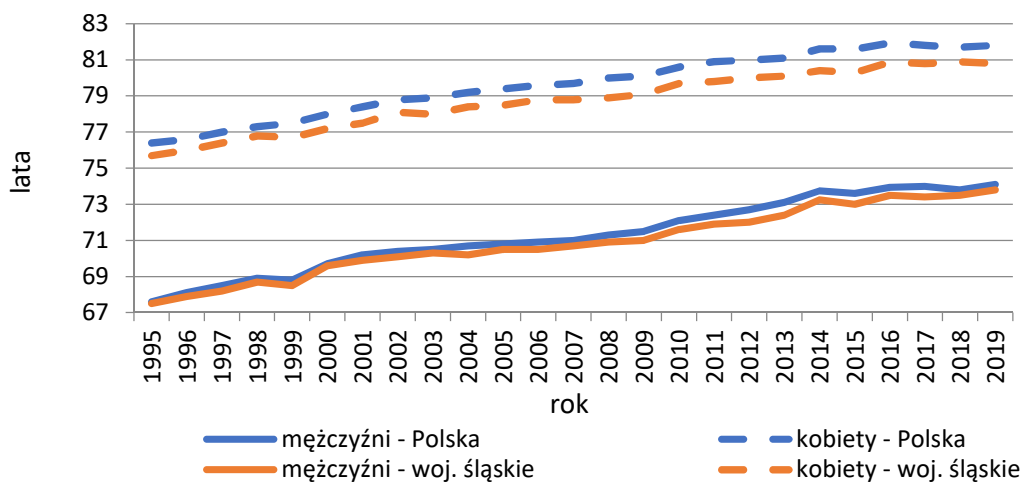


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W ujęciu przestrzennym na poziomie powiatów, w roku 2019 wartości wskaźnika feminizacji zaludnienia są również zróżnicowane (mapa 4). Powiatami o najmniejszej wartości tego wskaźnika

(103 kobiety na 100 mężczyzn) jest powiat kłobucki, rybnicki i bieruńsko-lędziński natomiast największym wskaźnikiem feminizacji charakteryzuje się powiat częstochowski (113 kobiet na 100 mężczyzn).

Wykres 7 Przeciętne dalsze trwanie życia przy urodzeniu w Polsce i w woj. śląskim w latach 1995-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Obserwowane zmiany dalszego trwania życia przy urodzeniu dla Polski oraz województwa śląskiego. Widoczny jest systematyczny wzrost omawianego wskaźnika w obu zbiorowościach, przy czym można zauważyć, że wzrost ten w województwie śląskim jest nieco wolniejszy niż w całej Polsce. Ponadto w ostatnich trzech latach zauważalna jest stagnacja analizowanej miary. Dane dla powiatów w tym zakresie nie są niestety dostępne.

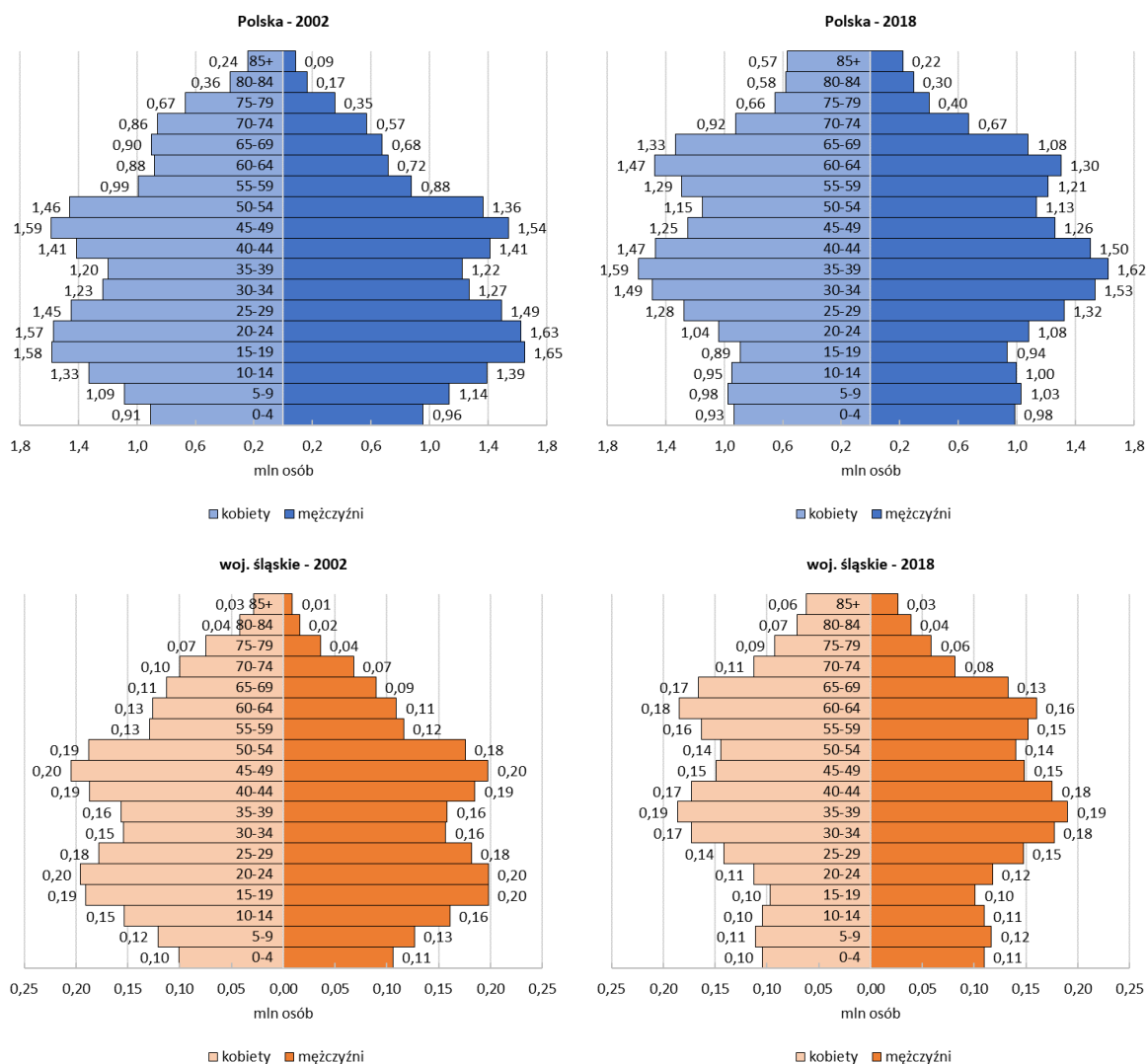
STRUKTURA DEMOGRAFICZNA

Strukturę demograficzną wieku z uwzględnieniem płci ilustrują piramidy wieku przedstawione na wykresie 6. Dotyczą one struktury wieku ludności w Polsce oraz w województwie śląskim. Celem scharakteryzowania istotnych zmian struktury w czasie zestawiono piramidy wieku dla lat będących początkiem i końcem przyjętego w tej części analizy okresu badawczego, czyli 2002 i 2018. W każdym z czterech rozważanych przypadków kształt piramidy wieku odzwierciedla typ regresywny struktury wieku, czyli społeczeństwo, w którym maleje z roku na rok liczba urodzeń (społeczeństwo starzejące się). Charakteryzują one typ ludności starej, co niesie ze sobą niebezpieczeństwo depopulacji.

Rosnący stopień natężenia procesu starzenia się społeczeństwa można zaobserwować porównując między sobą piramidy w latach 2002 i 2018 w ich górnych częściach. Zjawisko to ilustrują piramidy za pomocą perspektywicznego przesuwania się wszystkich elementów piramidy w górę. Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym jest większa w poszczególnych kohortach w 2018 roku w stosunku do roku 2002. Sytuacja ta ma miejsca zarówno w ujęciu całego kraju jak i województwa śląskiego. Ponadto, średnio rzecz biorąc, w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym liczba mężczyzn jest większa od liczby kobiet, natomiast wiek poprodukcyjny charakteryzuje zjawisko odwrotne.

Resumując, strukturę demograficzną wielu ludności województwa śląskiego oraz ludności Polski charakteryzują te same zjawiska.

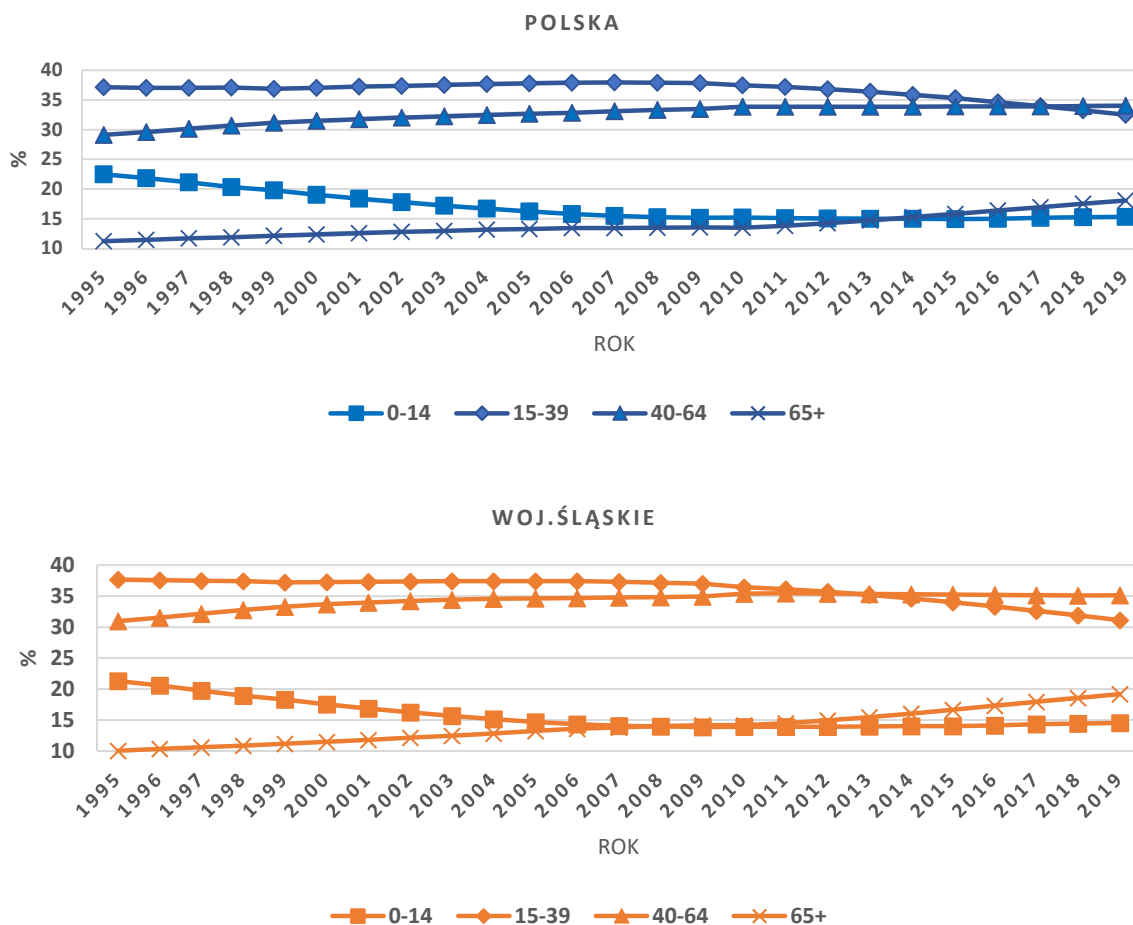
Wykres 8 Piramidy wieku ludności Polski i woj. śląskiego w latach 2002 i 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Proces starzenia się społeczeństwa odzwierciedla również analiza wykresów struktury ludności Polski i województwa śląskiego według czterech głównych grup wiekowych w latach 1995-2018. Można zauważyć, że proces starzenia się społeczeństwa w województwie śląskim jest nieco bardziej zaawansowany w porównaniu do sytuacji ogólnopolskiej. Krzywe obrazujące odsetki osób w wieku 0-15 i 65+ a także 15-39 i 40-64 przecinają się nieco wcześniej w województwie śląskim (około roku 2008 w pierwszym przypadku i 2013 w drugim) w porównaniu do Polski (odpowiednio w latach 2014 i 2017).

Wykres 9 Struktury ludności Polski i woj. śląskiego według głównych grup wiekowych w latach 1995-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

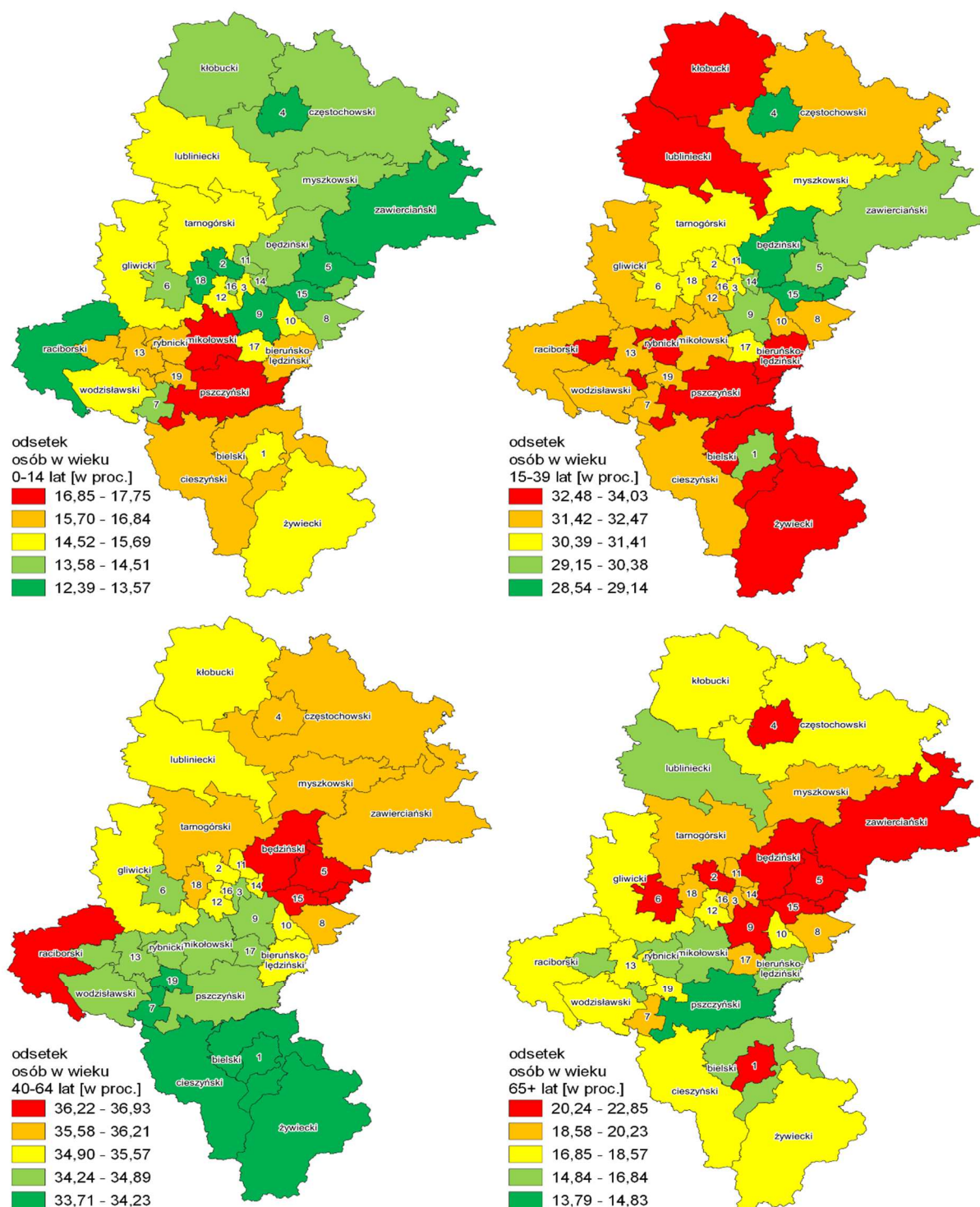
W regionie wyraźnie widać, że odsetek osób w wieku 0-14 lat jest najwyższy w powiatach: mikołowskim i pszczyńskim. Wysokie wartości obserwowane są także w południowej części województwa. Z kolei najniższe wartości dotyczą największych miast województwa: Katowic, Częstochowy, Sosnowca oraz Dąbrowy Górniczej a także powiatu raciborskiego i zawierciańskiego. Niskie wartości obserwowane są również w północnej części województwa.

Nieco bardziej zróżnicowana geograficznie jest struktura udziału osób w wieku 15-39 lat. Najwyższe wartości dotyczą powiatów: pszczyńskiego, żywieckiego, bielskiego, rybnickiego, bieruńsko-lędzińskiego, lublinieckiego oraz kłobuckiego. Najniższe, podobnie jak w grupie 0-14 lat, w Częstochowie i Sosnowcu oraz w powiecie będzińskim.

Różnice przestrzenne w odniesieniu do grupy 40-64 lat są dobrze widoczne. Najwyższe wartości obserwowane są w Sosnowcu i Dąbrowie Górniczej oraz w powiecie raciborskim i będzińskim. Dość wysokie są również w części centralnej i północno-wschodniej. Najniższy udział osób z tej grupy wiekowej występuje w południowej części województwa.

Udział osób w wieku powyżej 65 lat jest największy w głównych miastach województwa: Katowicach, Sosnowcu, Częstochowie, Gliwicach, Dąbrowie Górniczej i Bielsku-Białej oraz w powiatach: będzińskim i zawierciańskim. Stosunkowo wysokie wartości obserwowane są także w miastach GZM. Z kolei najniższe wartości dotyczą powiatu pszczyńskiego.

Mapa 11 Struktury ludności powiatów woj. śląskiego według głównych grup wiekowych w roku 2019

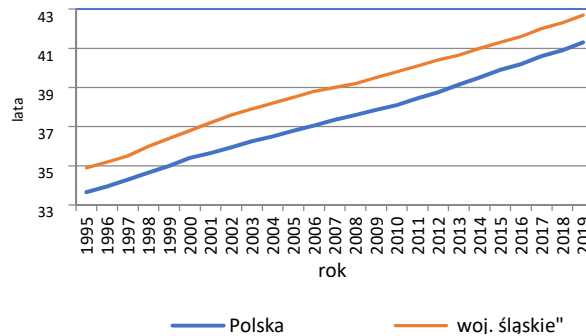


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Do charakterystyki struktury wiekowej ludności wykorzystano również medianę wieku (wykres 8). Określa ona najmniejszy wiek, którego nie osiągnęła połowa roczników badanego społeczeństwa, a która została przekroczona przez drugą połowę. W latach 1995-2019 mediana wieku zarówno ludności Polski jak i województwa śląskiego wykazuje liniowy trend rosnący, co oczywiście związane jest z procesem starzenia się społeczeństwa. Mediana wieku w 2019 roku w województwie śląskim

wyniosła 42,7 lat i była wyższa od mediany wieku ludności Polski, której wartość była równa 41,3 lat. Można również zauważyć niewielki wzrost różnicy w medianie wieku ludności pomiędzy województwem śląskim a całą Polską, co oznacza, iż proces starzenia się ludności był nieco szybszy w województwie śląskim.

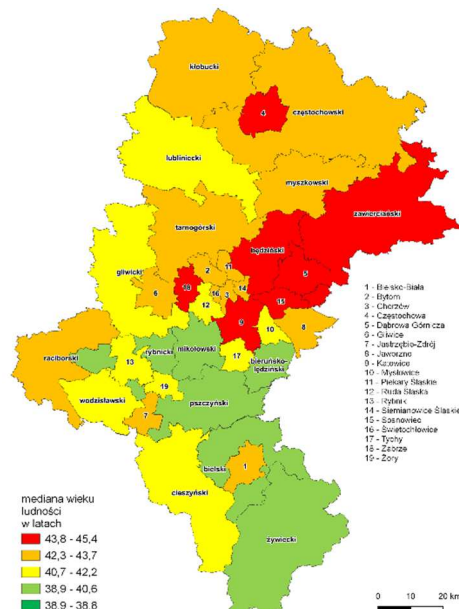
Wykres 10 Mediana wieku ludności Polski i woj. śląskiego w latach 1995-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Na mapie 6 przedstawiono kształtowanie się mediany wieku ludności powiatów województwa śląskiego. Najstarsze populacje zamieszkują największe miasta województwa: Katowice, Sosnowiec, Dąbrowę Górniczą, Częstochowę, a także powiat zawierciański. Mediana wieku jest również wysoka w pozostałych miastach na prawach powiatu w GZM oraz całego województwa z wyłączeniem Rybnika i Żor. Stosunkowo młode populacje zamieszkują powiaty: pszczyński, bieruńsko-lędziński oraz powiaty podregionu bielskiego.

Mapa 12 Mediana wieku ludności powiatów woj. śląskiego w roku 2019

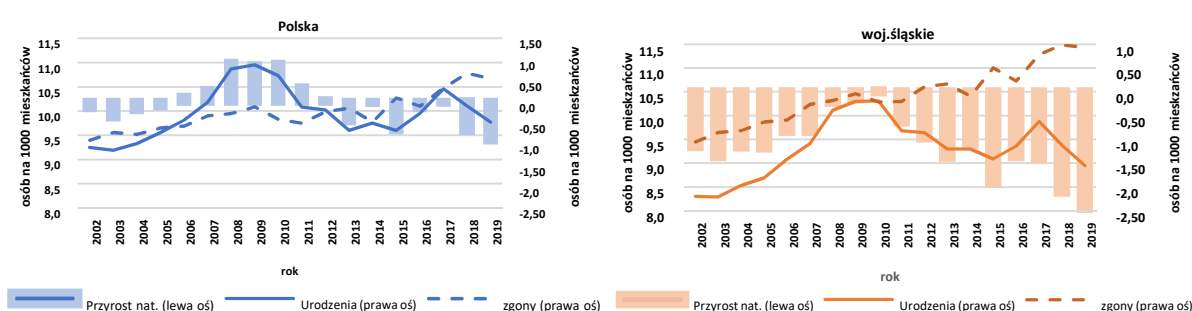


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Ruch naturalny ludności i migracje

Analizie poddano również ewolucję zagregowanych miar ruchu naturalnego ludności: współczynników urodzeń, zgonów oraz przyrostu naturalnego w Polsce i w województwie śląskim. Wskaźnik urodzeń w województwie śląskim jest wyraźnie niższy (mniej więcej o 1‰) od wartości ogólnopolskiej, choć charakteryzuje się podobnym przebiegiem w czasie. Jednocześnie w województwie śląskim obserwowany jest silny wzrost współczynnika umieralności, który w roku 2002 był taki sam jak w całej Polsce, a obecnie przewyższa on średnią ogólnopolską o ponad 0,5‰. Efektem tych procesów jest znaczący ujemny przyrost naturalny województwa obserwowany praktycznie w całym badanym okresie, który w roku 2018 przekroczył poziom -2‰. Ten sam wskaźnik dla całej Polski oscylował w omawianym okresie wokół 0.

Wykres 11 Przyrost naturalny i jego składniki w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019

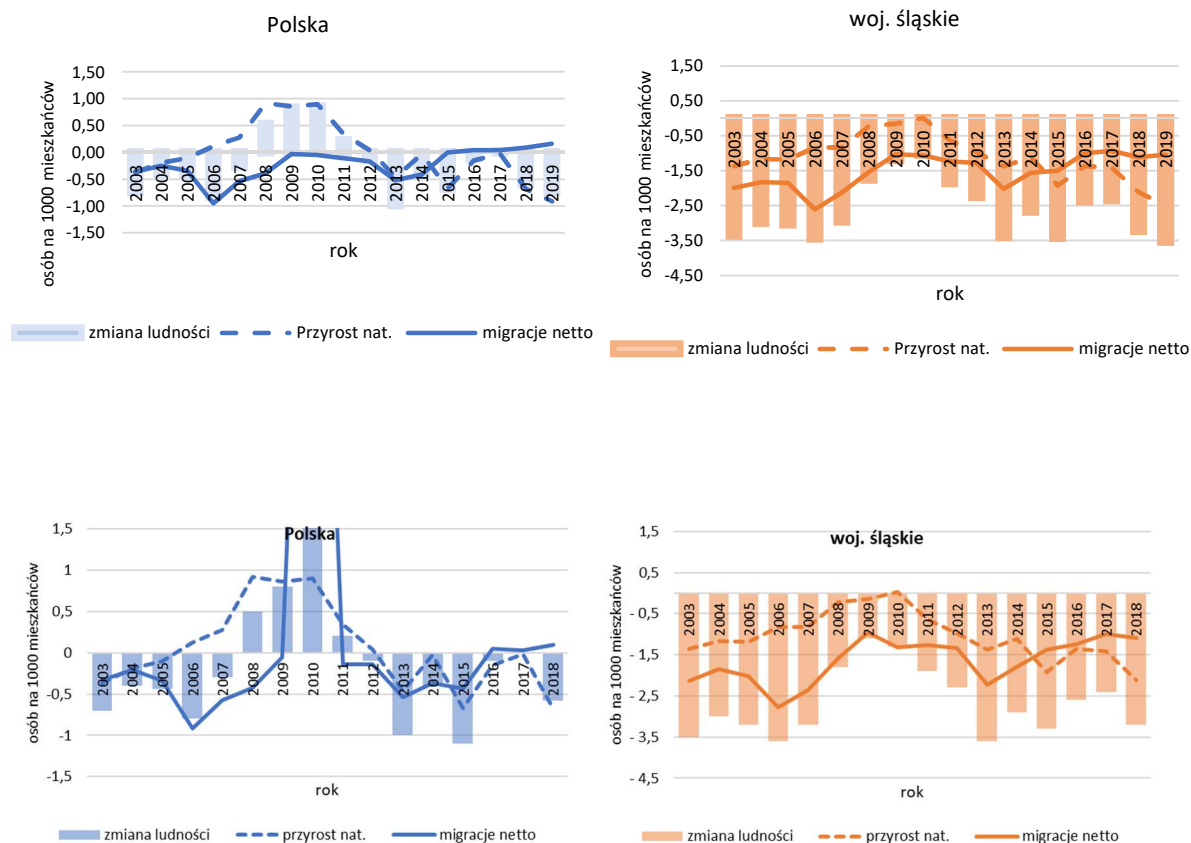


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Zróznicowanie omawianych miar ruchu naturalnego ludności przedstawiono na wykresie 9. Najwyższym współczynnikiem urodzeń i jednocześnie najniższym współczynnikiem zgonów charakteryzują się najmłodsze wiekowo powiaty leżące przede wszystkim w pasie od powiatu gliwickiego przez podregion tyski aż do podregionu bielskiego. Jednocześnie najniższe wskaźniki współczynnika urodzeń i najwyższe wartości współczynnika zgonów odnotowano w północnej części województwa i w podregionie sosnowieckim, a także w niektórych miastach GZM, przy czym tutaj współczynniki są dość zróżnicowane. W efekcie dodatni przyrost naturalny występuje obecnie w powiatach: bieruńsko-lędzińskim, pszczyńskim, mikołowskim, bielskim i rybnickim, a także w Żorach i Rybniku. Najniższy, ujemny przyrost naturalny cechuje północne i zachodnie krańce województwa, a także większość miast GZM.

Wykres 10 prezentuje kształtowanie się wskaźników migracji netto i finalnej zmiany liczby mieszkańców województwa śląskiego. Pomijając ten jednorazowy wynik można łatwo zaobserwować, że w latach 2002-2019 saldo migracji dla województwa śląskiego było przez cały czas ujemne i niższe o około 1,5-2‰ w stosunku do średniej ogólnopolskiej. Zmiany te jeszcze pogłębiały niekorzystne tendencje w zakresie ruchu naturalnego i skutkowały omawianym wcześniej znaczącym ubytkiem ludności województwa w stosunku do stanu dla całej Polski.

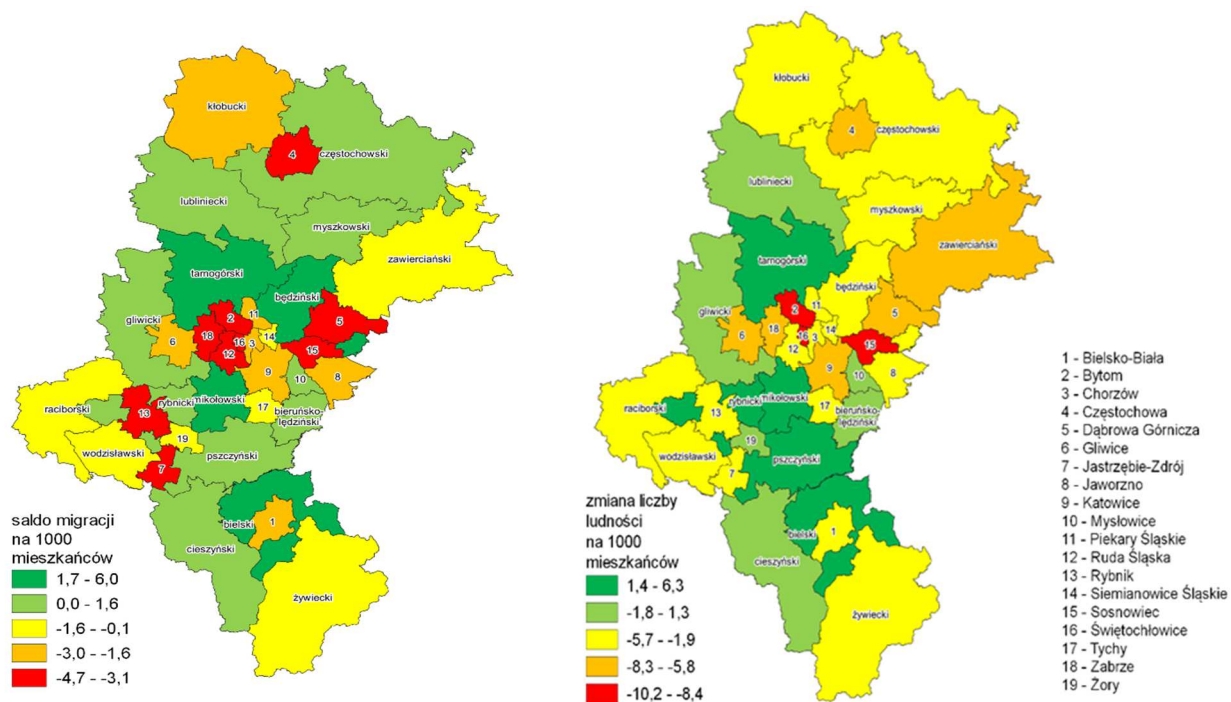
Wykres 12 Zmiana liczby ludności i jej składniki w Polsce i w woj. śląskim w latach 2003-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

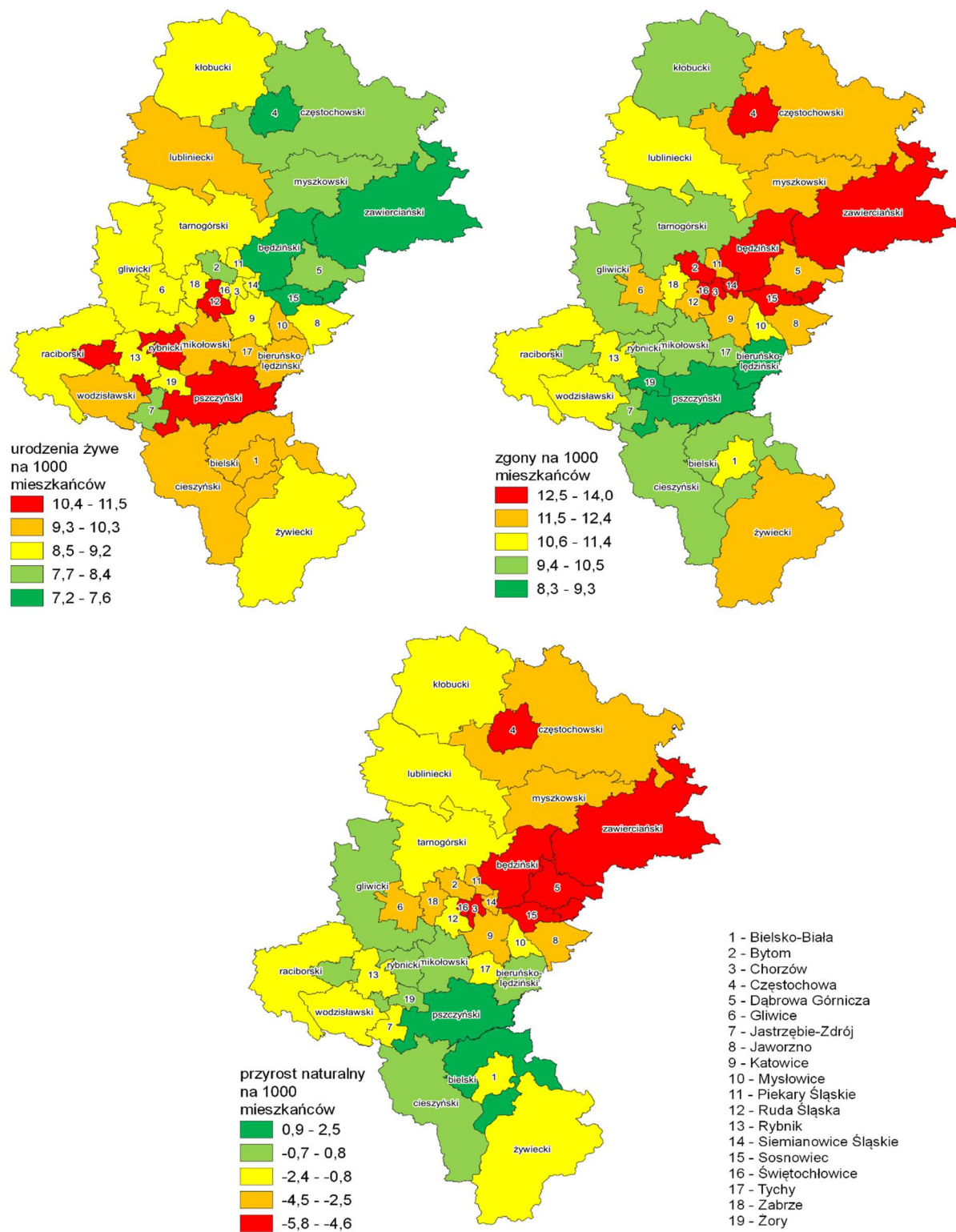
Saldo migracji, jak i finalny współczynnik zmiany liczby ludności cechują się dużym zróżnicowaniem na poziomie powiatów. W przypadku obu wskaźników wyraźnie zarysowane jest zjawisko suburbanizacji polegające na migracji mieszkańców miast na tereny podmiejskie i zmniejszaniem się populacji dużych miast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

Mapa 7 Saldo migracji i zmiana liczby ludności w powiatach woj. śląskiego w roku 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

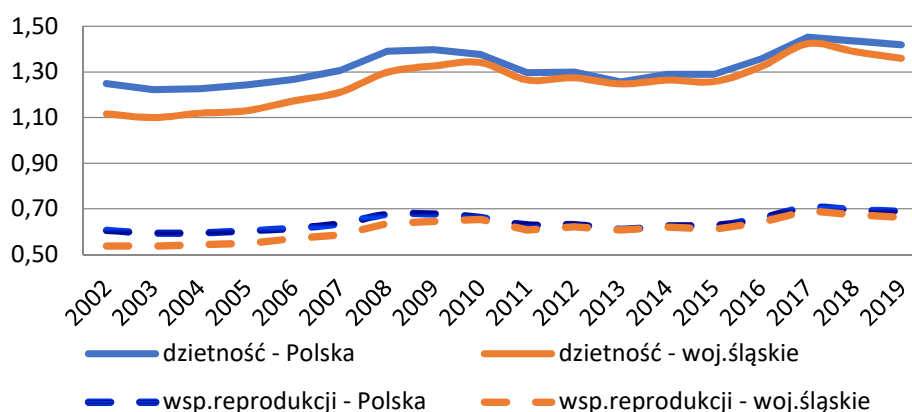
Mapa 8 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny na 1000 mieszkańców w powiatach woj. śląskiego w roku 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Przedstawiono dynamikę współczynników dzietności (liczba urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym 15-49 lat) oraz reprodukcji brutto (liczba córek urodzonych przeciętnie przez kobietę przy założeniu, że kobieta będąc w wieku rozrodczym (15-49 lat) rodzić będzie z częstotliwością jaką charakteryzują się wszystkie kobiety rodzące w roku, dla którego oblicza się współczynnik) dla Polski i województwa śląskiego. Z wykresów widać wyraźnie, że oba współczynniki były w województwie śląskim nieco niższe niż ich ogólnopolskie odpowiedniki w całym badanym okresie. Jednocześnie pozytywnym aspektem jest fakt wyraźnego zmniejszania się luki pomiędzy wynikami dla obu obszarów. Efektem tego jest praktyczne zrównanie się omawianych miar w roku 2019.

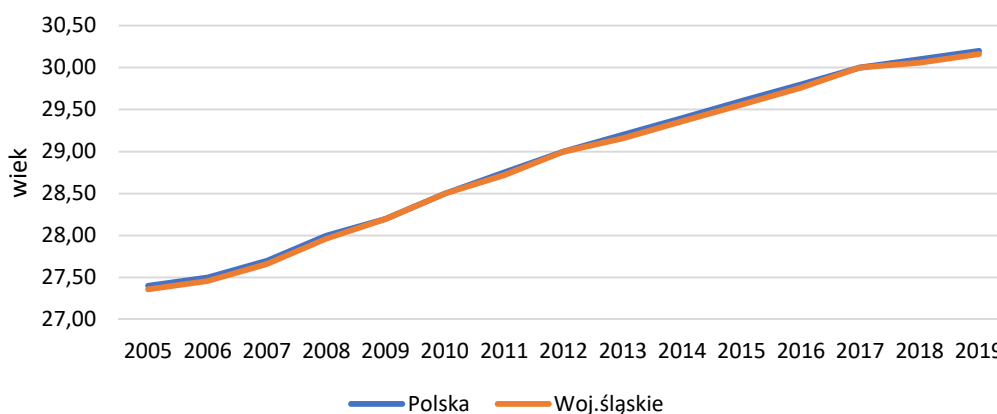
Wykres 13 Współczynniki dzietności i reprodukcji brutto w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W badanym okresie widoczny jest szybki wzrost wskaźnika wieku matek w chwili urodzenia dziecka z około 27,5 roku do ponad 30 lat w okresie niecałych 15 lat. Wyniki dla Polski oraz województwa śląskiego są tutaj praktycznie identyczne.

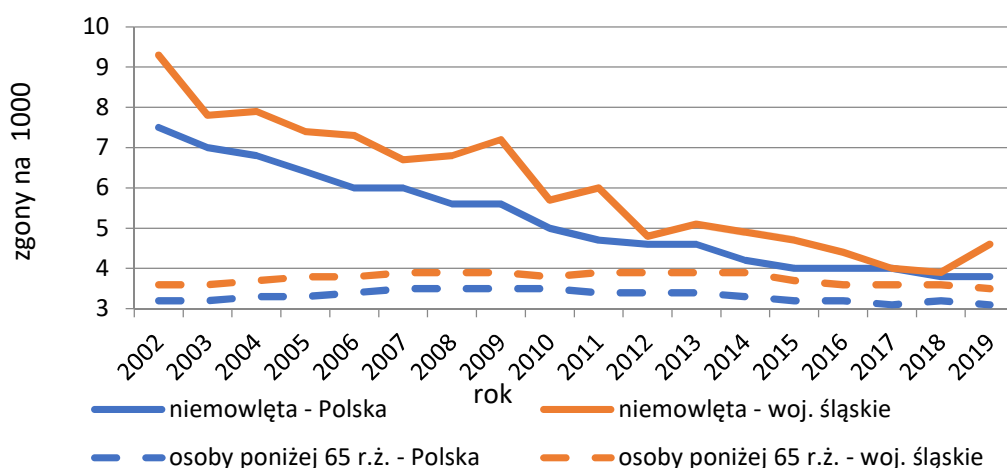
Wykres 14 Mediana wieku matki w momencie porodu w Polsce i w woj. śląskim w latach 2005-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Wykres 13 prezentuje dynamikę współczynników zgonów niemowląt oraz osób poniżej 65. roku życia, które syntetycznie charakteryzują stan zdrowia oraz poziom opieki medycznej w analizowanych zbiorowościach. Współczynnik umieralności niemowląt cechował się systematycznym spadkiem w całym badanym okresie, przy czym w województwie śląskim był on wyraźnie wyższy niż średnia ogólnopolska. Jednocześnie obserwowano stopniowy spadek luki pomiędzy wynikiem dla województwa śląskiego a Polską. Umieralność osób poniżej 65. roku życia kształtowała się mniej więcej na stałym poziomie. Jednocześnie była dość wyraźnie wyższa w województwie śląskim w porównaniu do wyniku dla Polski.

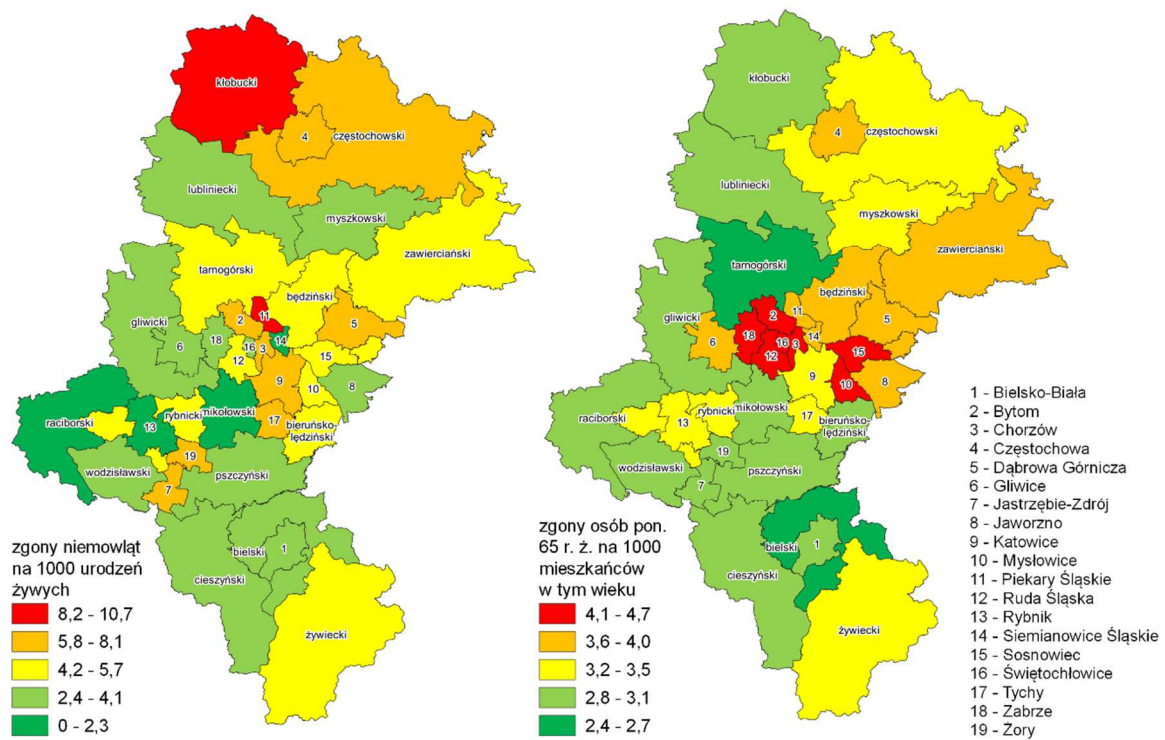
Wykres 15 Umieralność niemowląt oraz osób poniżej 65. r. ż. w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Najwyższe wartości śmiertelności niemowląt obserwowane są w pasie centralnym województwa, począwszy od powiatów: raciborskiego i gliwickiego aż do podregionu sosnowieckiego. Niskie wartości charakterystyczne są dla północnej części województwa oraz Tychów i Jaworzna. Najwyższe wartości wskaźnika umieralności osób poniżej 65. r. ż. obserwowane są w Bytomiu, Chorzowie, Świętochłowicach, Sosnowcu oraz w powiecie będzińskim, a także w centralnej, wschodniej i północno-wschodniej części województwa.

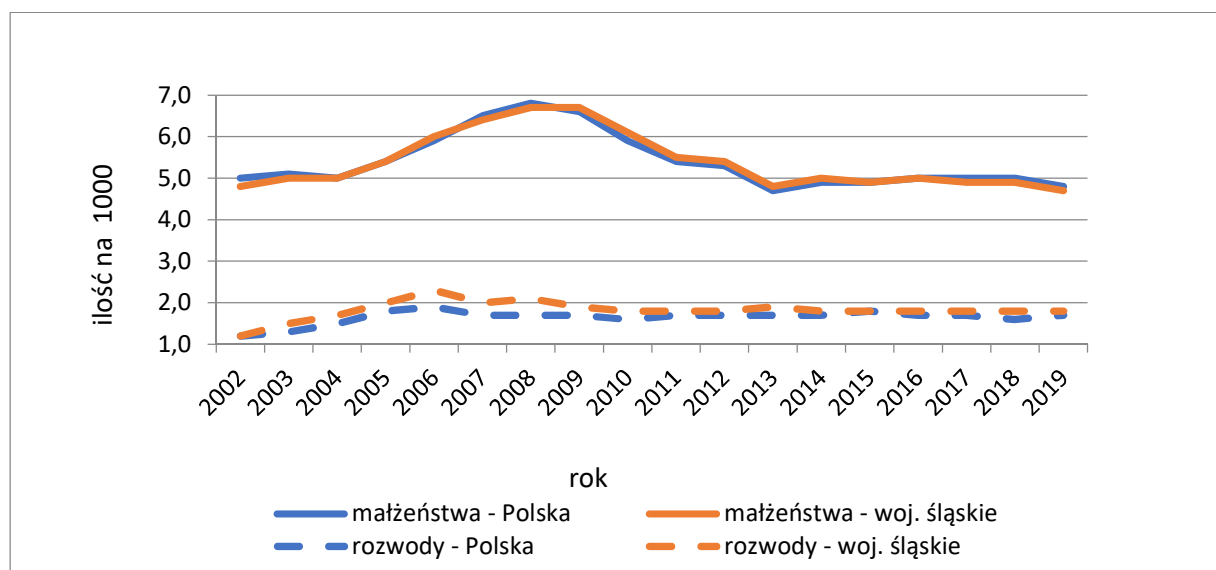
Mapa 9 Umieralność niemowląt (średnia z lat 2009-2019) oraz osób poniżej 65. r. ż. w powiatach woj. śląskiego (w roku 2019)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Przedstawiono zmiany intensywności zawierania małżeństw i orzekania rozwodów w Polsce i województwie śląskim. Na obu obszarach są one bardzo podobne. Wskaźnik zawieranych małżeństw, poza okresowym wzrostem w latach 2005-2012, utrzymywał się na stałym poziomie wynoszącym 5%. Wskaźnik rozwodów, po szybkim wzroście w latach 2002-2006 również utrzymuje się mniej więcej na stałym poziomie poniżej 2%.

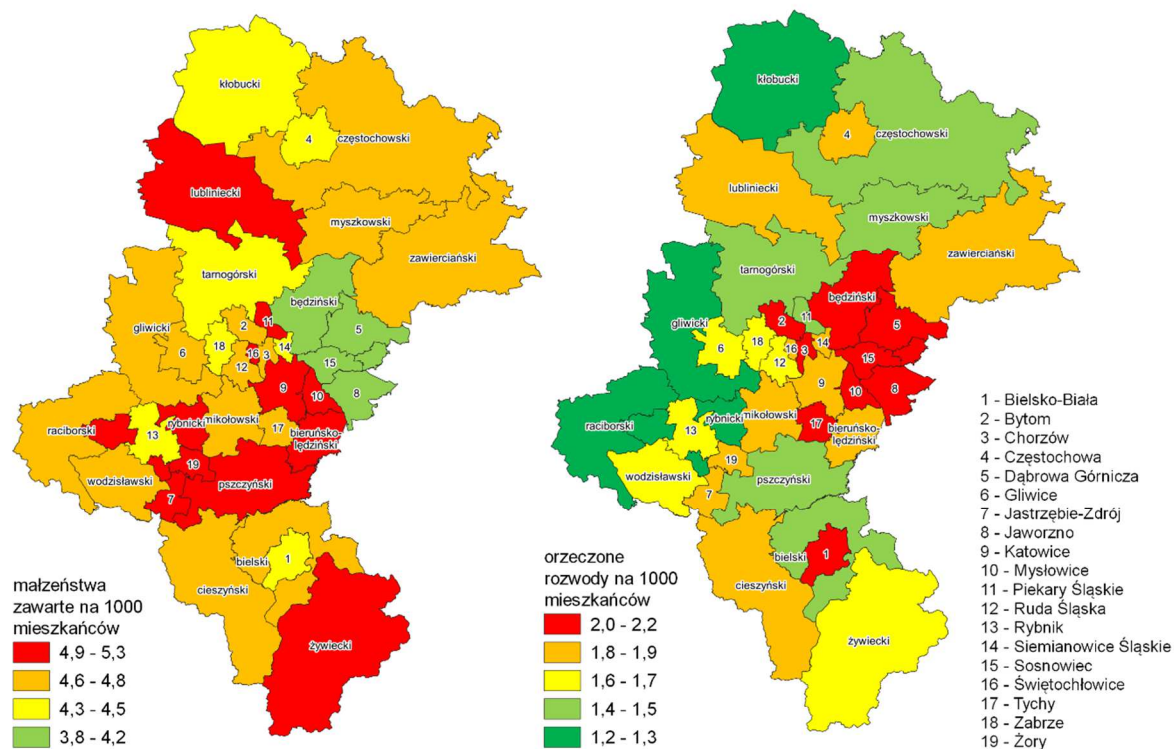
Wykres 16 Zawarte małżeństwa i orzeczone rozwody w Polsce i w woj. śląskim w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Najwięcej małżeństw zawieranych jest w powiecie kłobuckim oraz podregionach: lublinieckim, pszczyńskim, rybnickim, biuruńsko-łędzim i żywieckim. Najniższe wartości obserwowane są w Sosnowcu, Jaworznie i Dąbrowie Górniczej oraz w powiecie będzińskim. Najniższe wskaźniki rozwodów dotyczą północnych, północno-zachodnich powiatów województwa i podregionu bielskiego. Wyjątkami są duże miasta m.in.: Bielsko-Biała, Dąbrowa Górnicza, Sosnowiec i Jaworzno oraz powiat będziński.

Mapa 10 Zawarte małżeństwa i orzeczone rozwody w powiatach woj. śląskiego w roku 2019

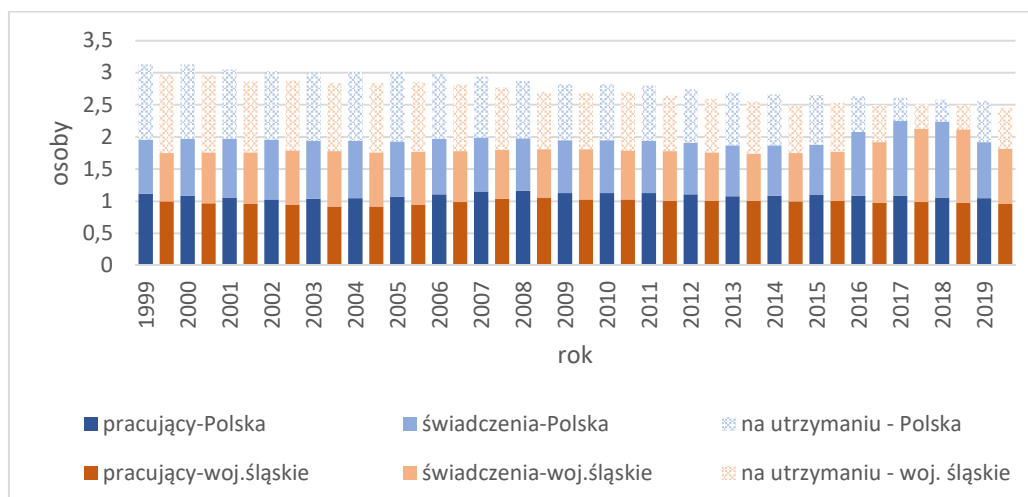


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Charakterystyka społeczno-ekonomiczna

Do ważniejszych determinant sytuacji demograficznej populacji należą czynniki o charakterze społeczno-ekonomicznym.

Wykres 17 Uśredniona liczba osób w gospodarstwach domowych według źródeł utrzymania w Polsce i w woj. śląskim w latach 1999-2019

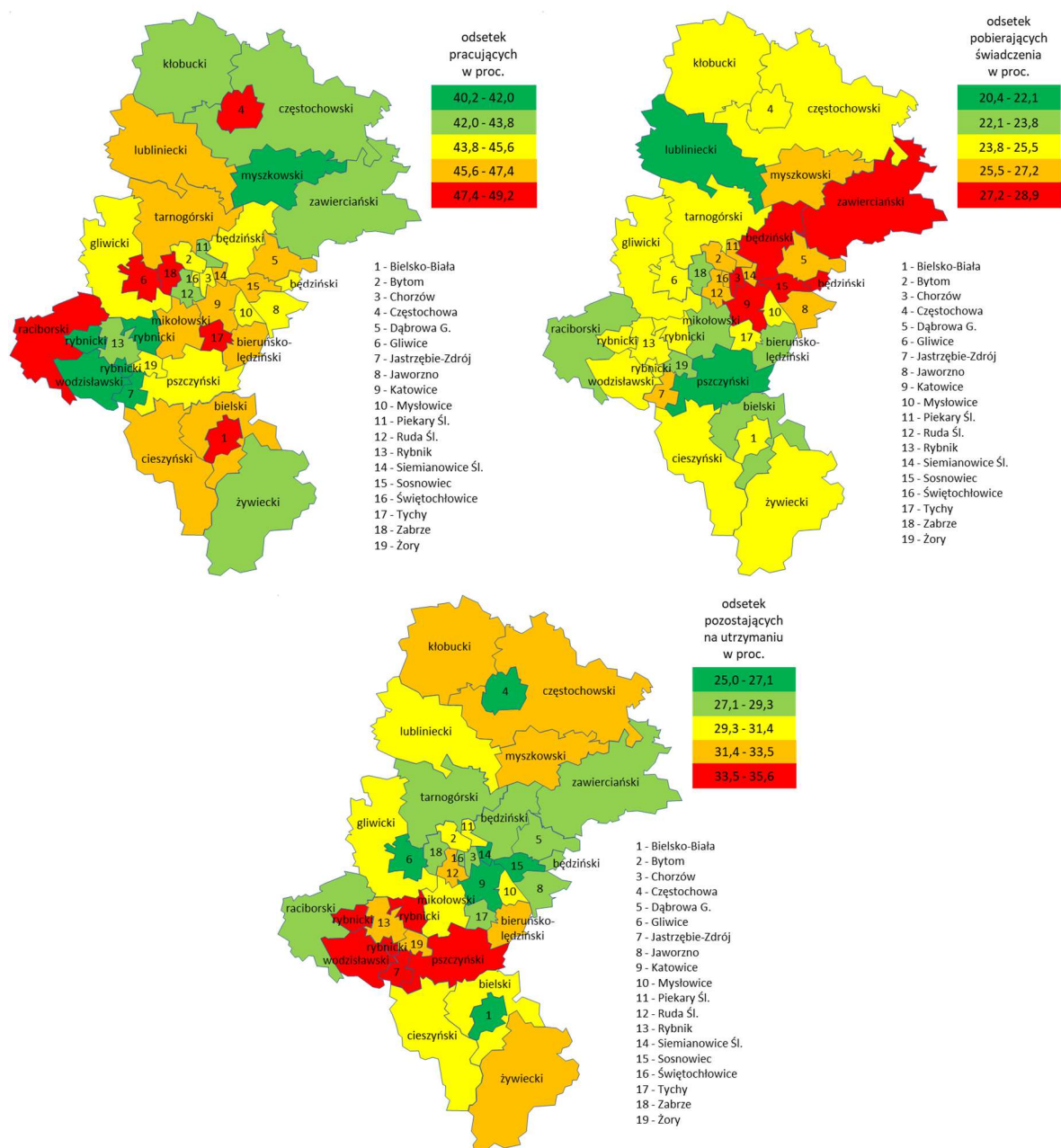


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Zobrazowano zmiany struktury gospodarstw domowych w Polsce oraz w województwie śląskim ze względu na źródło utrzymania ich członków. Wyniki wskazują na powszechny spadek liczby członków gospodarstw domowych w obu analizowanych populacjach. W ciągu analizowanego okresu 20 lat średnia liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie obniżyła się z 3 do 2,5, przy czym w województwie śląskim była zawsze nieco mniejsza niż średnia ogólnopolska. Wyraźnie zauważalny, szczególnie w ostatnich latach, jest wzrost osób utrzymujących się ze świadczeń społecznych i spadek osób pozostających na utrzymaniu, co należy wiązać ze zmniejszaniem się liczby dzieci oraz uruchomieniu dużych programów transferów socjalnych. Biorąc pod uwagę spadek liczby członków gospodarstw domowych wzrósł także odsetek osób pracujących.

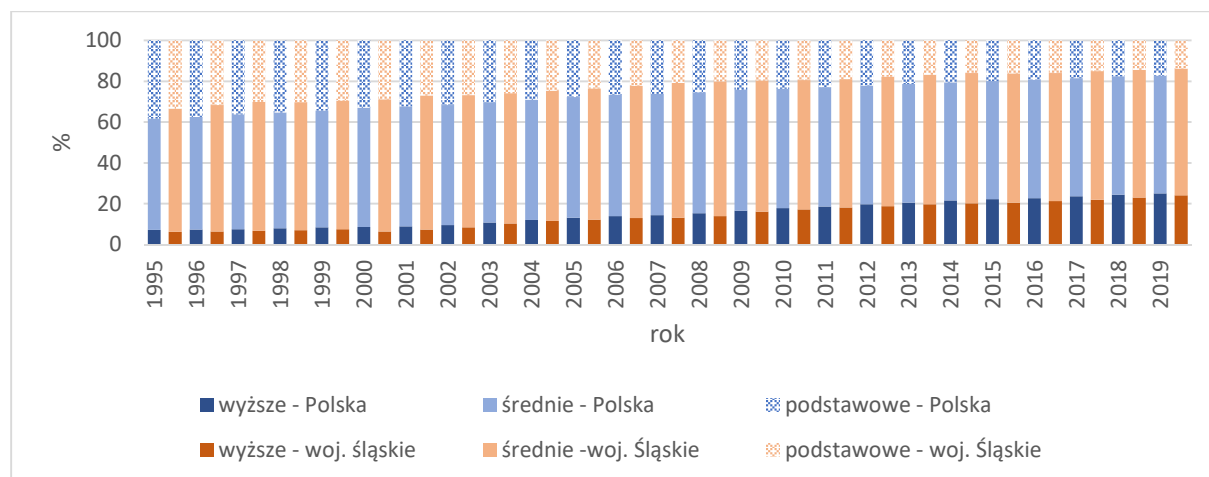
Zróznicowanie powiatów województwa śląskiego w omawianym zakresie ilustruje mapa 11. Bazuje ona na danych z Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2011, a więc nie uwzględnia zmian obserwowanych w ostatnich latach. Największy odsetek osób pracujących występował w dużych miastach, szczególnie w Częstochowie, Bielsku-Białej, Gliwicach i Tychach a także w powiecie raciborskim. Najmniej osób pracujących mieszkało w północnych powiatach oraz w podregionie rybnickim. Największy odsetek osób pobierających świadczenia obserwowano w miastach GZM oraz w Jastrzębiu-Zdroju a także w powiatach: zawierciańskim i będzińskim. Największy odsetek osób pozostających na utrzymaniu odnotowano w powiatach: raciborskim i lublinieckim. Najniższe wartości w tym zakresie cechowały powiaty wschodnie i południowe.

Mapa 11 Struktura gospodarstw domowych według źródeł utrzymania w powiatach woj. śląskiego w roku 2011 (na podstawie danych z Narodowego Spisu Powszechnego 2011)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Wykres 18 Struktura mieszkańców według wykształcenia w Polsce i w woj. śląskim w latach 1995-2019

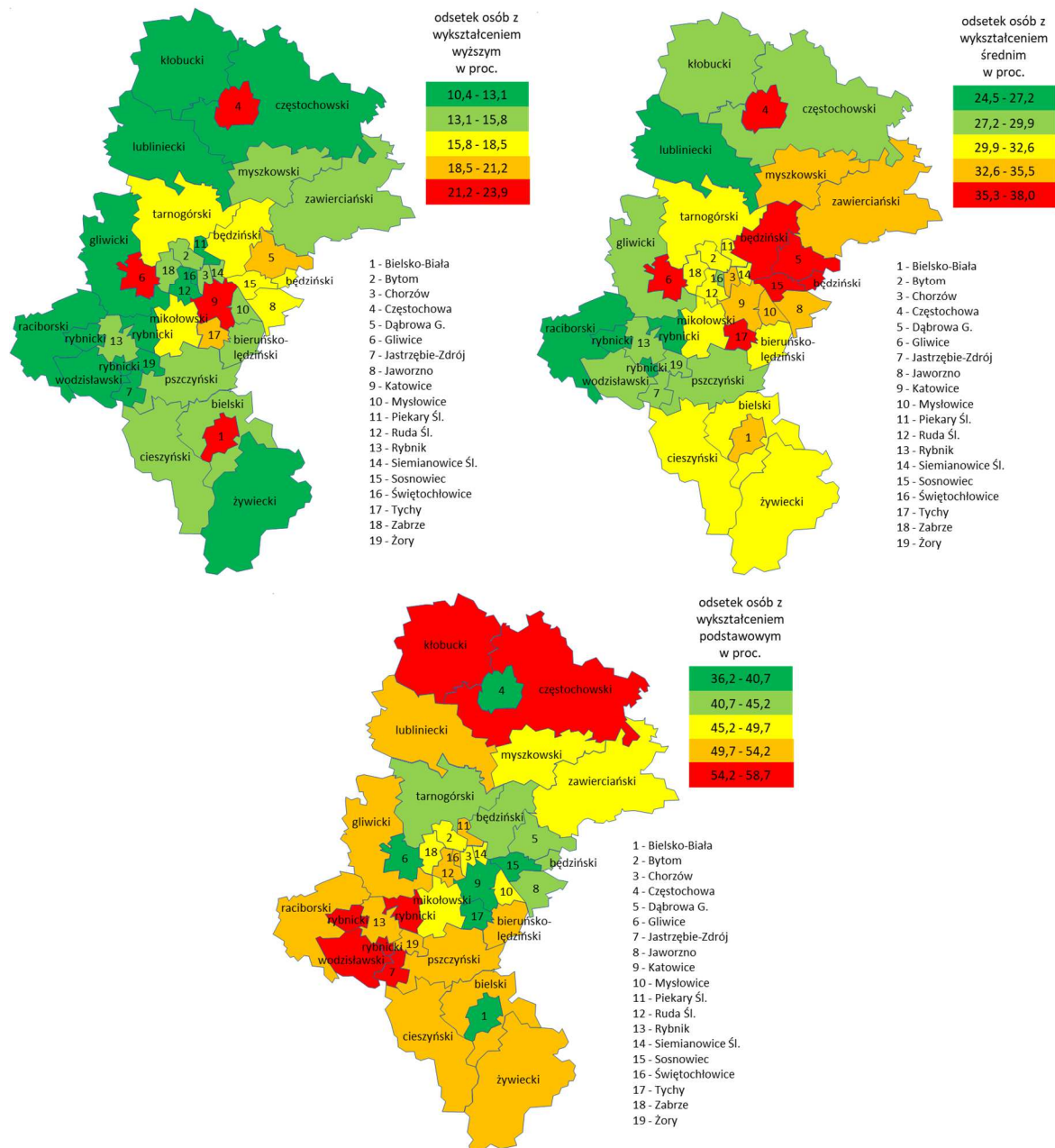


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Powszechną tendencją jest spadek odsetka osób z wykształceniem podstawowym na rzecz osób z wykształceniem wyższym. Struktura wykształcenia ludności w województwie śląskim jest zbliżona do struktury ogólnopolskiej. Nieco niższy jest jedynie odsetek osób z wykształceniem wyższym.

Zróznicowanie powiatów województwa śląskiego ze względu na wykształcenie ludności prezentuje mapa 12. Podobnie jak w przypadku źródeł utrzymania zaprezentowane dane dotyczą roku 2011 i zgromadzone zostały w czasie spisu powszechnego. Najwyższym wykształceniem ludności cechują się duże ośrodki akademickie: Katowice, Gliwice, Częstochowa oraz Bielsko-Biała. Duży odsetek osób ze średnim wykształceniem obserwowany jest także w Sosnowcu, Dąbrowie-Górniczej i Tychach. Stosunkowo najniższe wykształcenie posiadają mieszkańcy północnych, zachodnich i południowych krańców województwa.

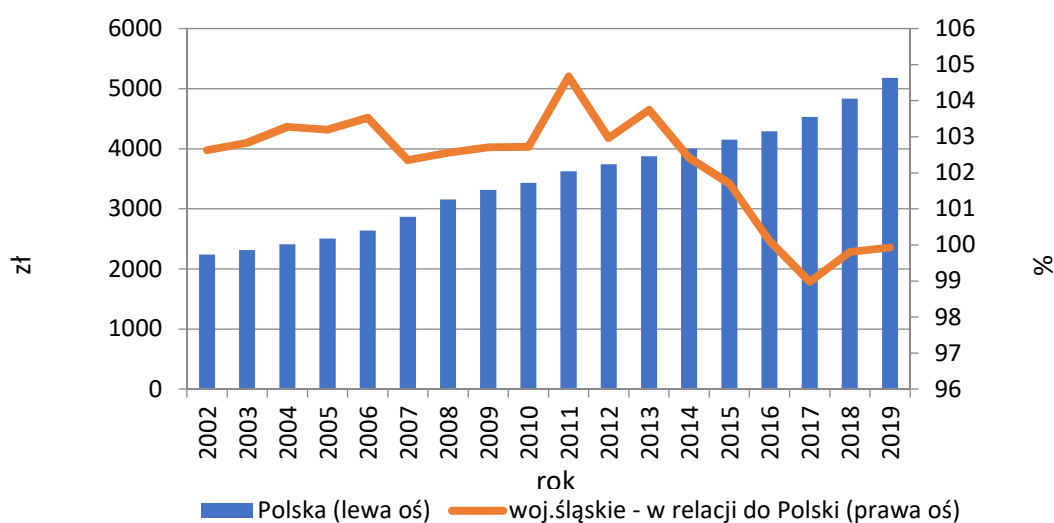
Mapa 12 Struktura mieszkańców według wykształcenia w powiatach woj. śląskiego w roku 2011 (na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego 2011)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Przedstawiono również kształtowanie się średniego wynagrodzenia brutto w Polsce oraz w województwie śląskim w relacji do średniej ogólnopolskiej. Systematyczny wzrost płacy w Polsce związany jest ze wzrostem gospodarczym oraz inflacją. W latach 2002-2014 płace w województwie śląskim przewyższały średnią ogólnopolską o 3-4 p. proc. Od roku 2011 obserwowane jest wyrównywanie się płac, co skutkowało ich zrównaniem w latach 2017-2019 ze średnią ogólnopolską.

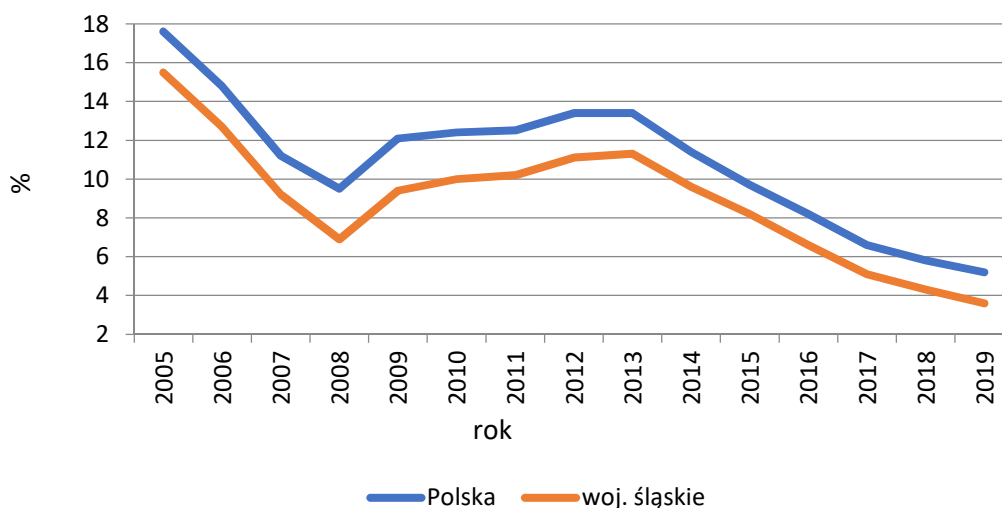
Wykres 19 Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w Polsce i w woj. śląskim w relacji do średniej krajowej w latach 2002-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Analizie poddano zmiany stopy bezrobocia w Polsce i w województwie śląskim. Wyraźnie widoczna jest ogólna spadkowa tendencja wskaźnika oraz niższa stopa bezrobocia w województwie śląskim w porównaniu do stopy ogólnopolskiej. W roku 2019 stopy bezrobocia w województwie śląskim i w Polsce równe były odpowiednio 3,6 i 5,2%.

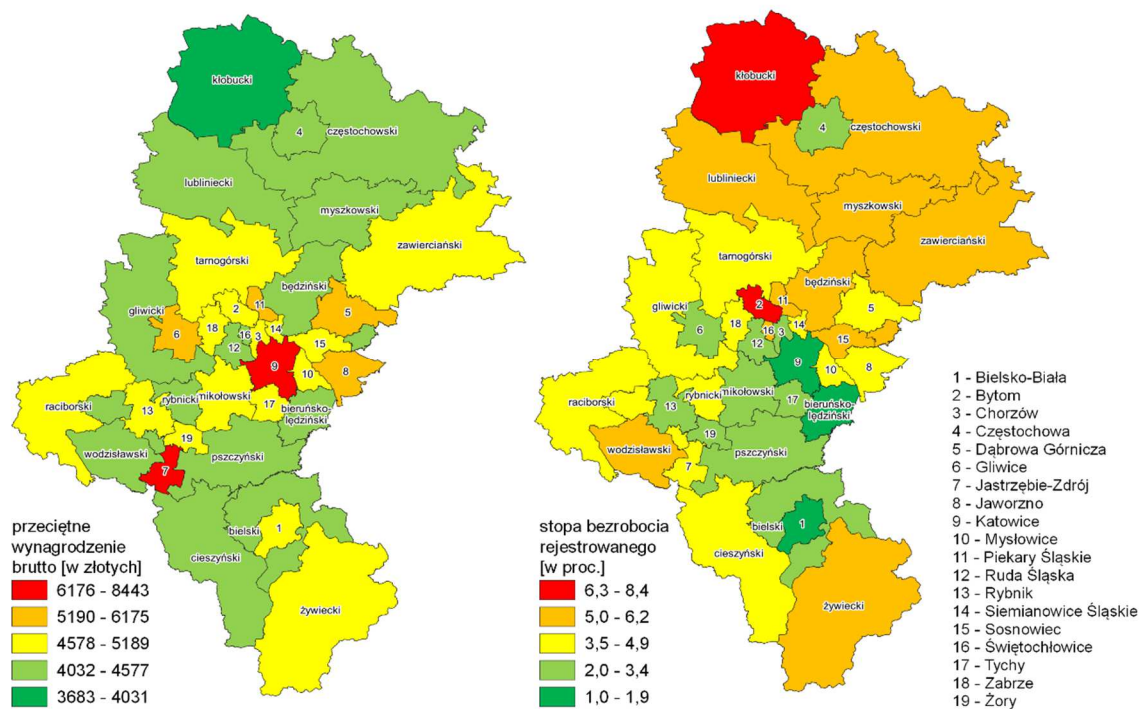
Wykres 20 Stopa bezrobocia rejestrowanego w Polsce i w woj. śląskim w latach 2005-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Zdecydowanie najwyższe wynagrodzenia występują w Jastrzębiu-Zdroju (JSW) i Katowicach. Wyróżniają się również Jaworzno, Dąbrowa Górnicza, Sosnowiec oraz Gliwice. Najniższy poziom płac charakteryzuje powiaty północne województwa oraz powiat wodzisławski. Najniższa stopa bezrobocia obserwowana jest w Bielsku-Białej, Katowicach oraz powiecie bieruńsko-lędzińskim, Częstochowie oraz powiatach podregionów: tyskiego, gliwickiego, rybnickiego i jastrzębskiego. Najwyższe bezrobocie notowane jest w Bytomiu, a także w północnej części województwa, w szczególności w powiecie kłobuckim oraz w powiecie żywieckim.

Mapa 13 Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto oraz stopa bezrobocia rejestrowanego w powiatach woj. śląskiego w roku 2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Średnia wartość wskaźnika urodzeń w okresie prognozy w województwie śląskim wyniesie 8,4‰ i będzie nieco niższa niż wartość 9‰ prognozowaną dla całej Polski. Wartości te będą jednocześnie o około 1‰ niższe od wskaźników obserwowanych w roku 2018.

Tabela 1 Prognoza ruchu naturalnego ludności Polski i woj. śląskiego na lata 2019-2030

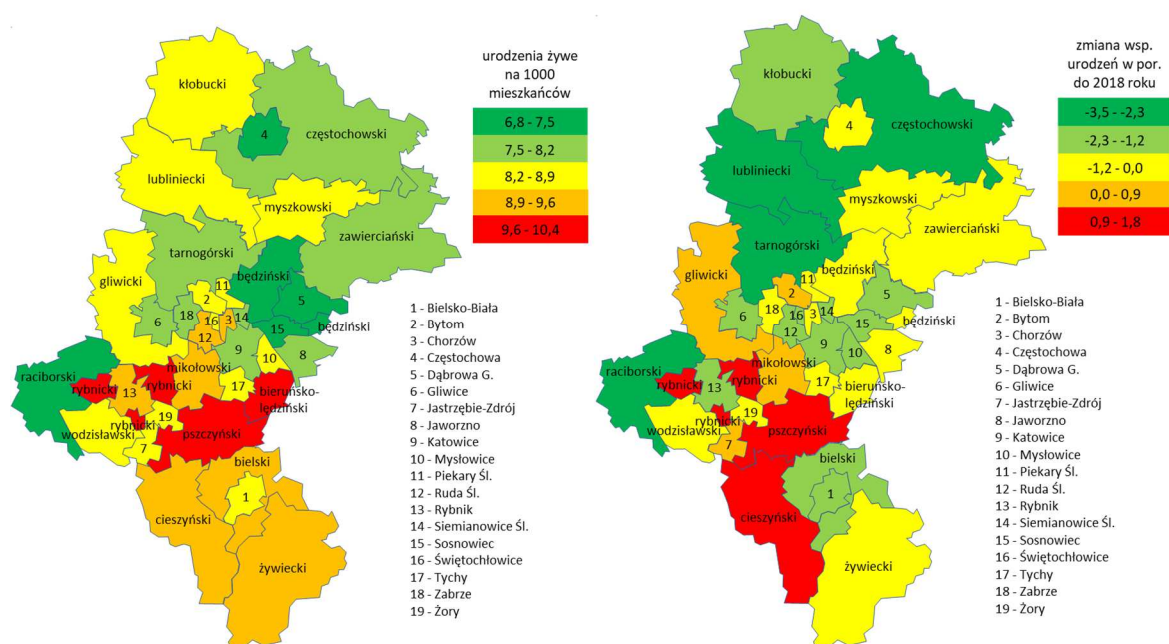
	urodzenia na 1000 mieszkańców	zgony na 1000 mieszkańców	przyrost naturalny na 1000 mieszkańców	migracje na 1000 mieszkańców	zmiana ludności na 1000 mieszkańców
średnia prognoz z lat 2019-2030					
Polska	9,0	10,5	-1,6	-0,1	-1,7
woj. śląskie	8,4	11,7	-3,3	-1,2	-4,5
zmiana w stosunku do roku 2018					
Polska	-1,1	-0,3	-0,9	-0,2	-1,1
woj. śląskie	-1,0	0,2	-1,2	-0,1	-1,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS (2016)

Prognozy dotyczące współczynnika zgonów wskazują na nieznaczny jego wzrost w województwie śląskim do poziomu 11,7‰ przy jednoczesnym obniżeniu się tego wskaźnika dla całej Polski do poziomu 10,5‰, co pogłębi dystans w zakresie intensywności zgonów pomiędzy województwem śląskim a całą Polską. W efekcie średnie tempo spadku naturalnego w okresie objętym prognozą wzrośnie o około 1‰ i wyniesie -1,6‰ w Polsce i -3,3‰ w województwie śląskim.

Czynnikiem pogłębiającym depopulację województwa śląskiego będą migracje. Współczynniki migracji w horyzoncie prognozy nie powinny ulec istotnym zmianom i kształtować się na poziomie -0,1‰ dla Polski i 1,1‰ dla województwa śląskiego. Należy podkreślić, iż prognozy migracji są obciążone dużą niepewnością z uwagi na fakt, iż migracje zagraniczne są niezwykle trudne do prognozowania. Ostatecznie prognozy wskazują, że tempo spadku ludności województwa śląskiego będzie mniej więcej trzy razy wyższe od tempa zmniejszania się ludności Polski. Średnie prognozowane wskaźniki równe są odpowiednio: -1,7‰ dla Polski i -4,5‰ dla województwa śląskiego.

Mapa 14 Prognozowany średni współczynnik urodzeń w latach 2019-2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018

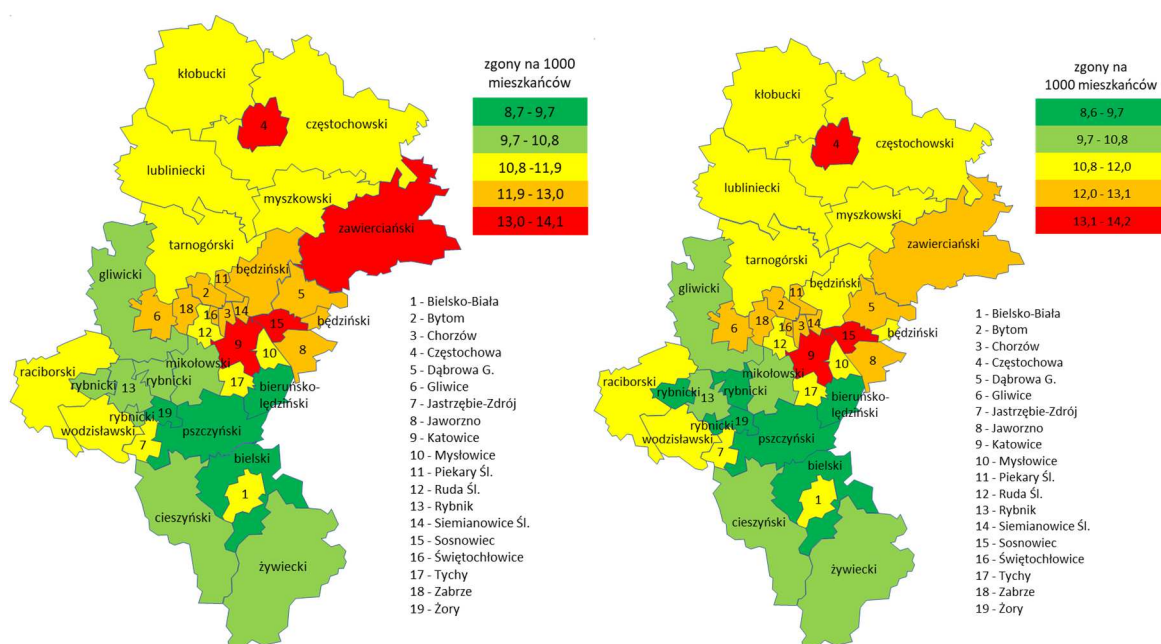


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Zestawiono prognozowane wartości współczynnika urodzeń dla powiatów województwa śląskiego. Prognozy wahają się pomiędzy 6,8‰ a 10,3‰. Najwyższe wartości wskaźnika prognozowane są dla powiatów pszczyńskiego, biuruńsko-łędzkiego i rybnickiego. Wysokie wartości będą również obserwowane w powiatach podregionu bielskiego (z wyłączeniem m. Bielsko-Biała) oraz w powiecie mikołowskim i miastach Chorzów i Ruda Śląska. Najniższe wartości przewidywane są w Dąbrowie Górniczej i Sosnowcu. Nieznacznie wyższe prognozy dotyczą Częstochowy oraz powiatu raciborskiego.

Porównując prognozy z wartościami wskaźników obserwowanych w roku 2018 można zauważyć, że największy wzrost współczynnika urodzeń spodziewany jest w powiatach pszczyńskim, cieszyńskim oraz rybnickim. Wzrosty w stosunku do roku 2018 spodziewane są także w powiatach: mikołowskim, gliwickim oraz w Bytomiu. W pozostałych powiatach stopa urodzeń powinna ulec zmniejszeniu. Największy spadek spodziewany jest w powiatach podregionu częstochowskiego oraz w powiecie raciborskim.

Mapa 15 Prognozowany średni współczynnik zgonów w latach 2019-2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018



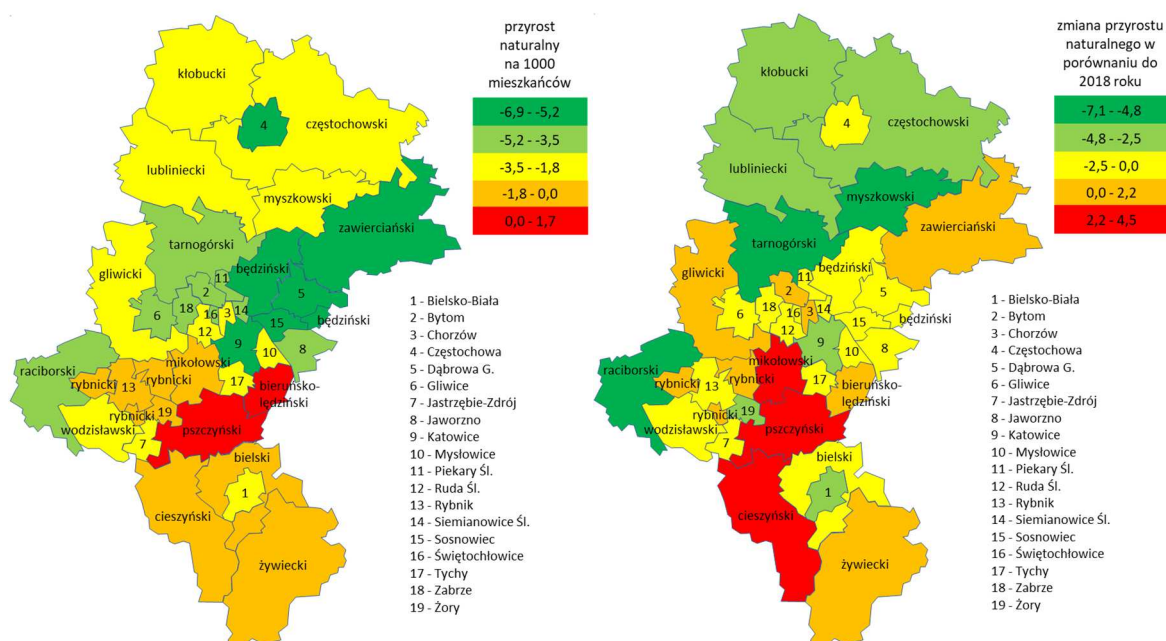
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Najniższa intensywność zgonów spodziewana jest w pasie obejmującym podregiony gliwicki, tyski oraz bielski, przy czym najniższa wartość współczynnika prognozowana jest w powiecie pszczyńskim. Z drugiej strony największa intensywność umieralności dotyczy Katowic, Sosnowca oraz Częstochowy. Wysokie wartości współczynnika obserwowane będą także w większości pozostałych miast powiatowych GZM.

W porównaniu do stanu obserwowanego w roku 2018 spadek współczynnika zgonów spodziewany jest we wspomnianym już pasie podregionów gliwickiego, tyskiego oraz bielskiego jak również w Jaworznie, Częstochowie i powiecie zawierciańskim. Z kolei największy wzrost spodziewany jest w powiatach tarnogórskim i myszkowskim.

Zestawiono prognozy średniego tempa przyrostu naturalnego dla powiatów województwa śląskiego. Dodatni przyrost naturalny spodziewany jest jedynie w powiatach pszczyńskim oraz bieruńsko-łędzkim. Nieznacznie ujemne wartości wskaźnika powinny być obserwowane w podregionie bielskim, w powiatach mikołowskim oraz rybnickim, a także w Rybniku i Żorach. Największa nadwyżka zgonów nad urodzeniami spodziewana jest z kolei w Częstochowie oraz w pasie pomiędzy powiatem zawierciańskim a Katowicami.

Mapa 16 Prognozowany średni przyrost naturalny w latach 2019-2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018

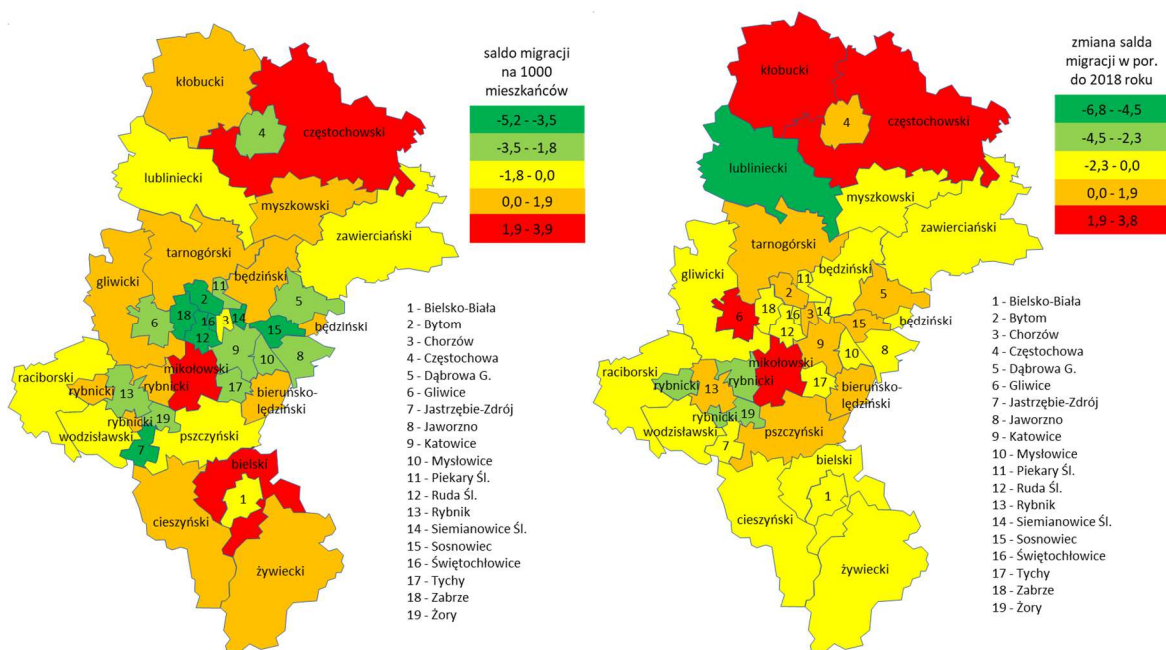


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Prognozowana zmiana tempa przyrostu naturalnego w stosunku do roku 2018 jest mocno zróżnicowana przestrzennie. Największa poprawa sytuacji powinna nastąpić w powiatach mikołowskim, pszczyńskim i cieszyńskim. Największy regres w omawianym zakresie, przekraczający nawet 5% spodziewany jest z kolei w powiatach myszkowskim, tarnogórskim oraz raciborskim.

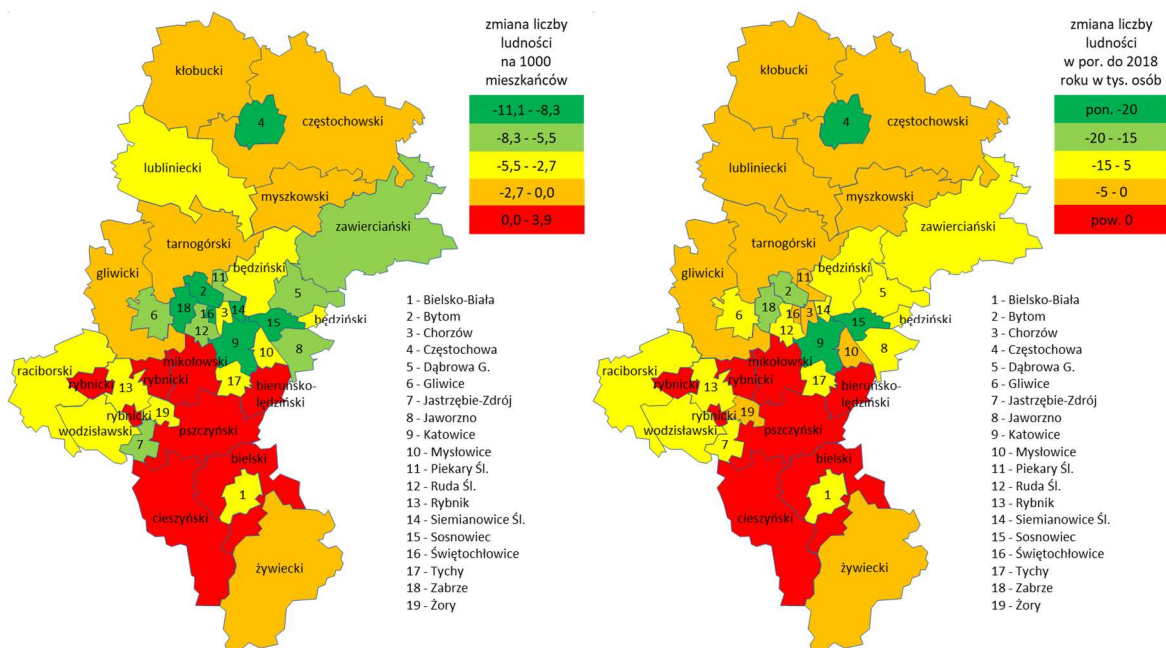
Duża niejednorodność spodziewana jest również w odniesieniu do współczynnika migracji netto. Charakterystycznym procesem dla województwa śląskiego jest w tym zakresie suburbanizacja polegająca na migracji ludności z dużych miast do obszarów podmiejskich. Efektem tego jest ujemny wskaźnik migracji dla wszystkich miast na prawach powiatu, w szczególności należących do podregionu katowickiego i bytomskiego i dodatni współczynnik w powiatach je otaczających, do których w pierwszej kolejności zaliczyć należy powiaty bielski, częstochowski i mikołowski, a także myszkowski, tarnogórski, gliwicki, bieruńsko-łędzki i cieszyński. W odniesieniu do spodziewanych zmian w stosunku do roku 2018 największy wzrost migracji netto powinien dotyczyć powiatów kłobuckiego, częstochowskiego, mikołowskiego oraz Gliwic. Zdecydowane pogorszenie wskaźnika będzie dotyczyć powiatów lublinieckiego oraz rybnickiego, a także miasta Żory.

Mapa 17 Prognozowany średni współczynnik migracji netto w latach 2019-2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Mapa 18 Prognozowana średnioroczna zmiana liczby ludności w latach 2019-2030 (lewa mapa) oraz zmiana bezwzględna w stosunku do roku 2018 (prawa mapa)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Największy procentowy przyrost liczby ludności spodziewany jest w południowej części województwa, przede wszystkim w powiatach bielskim, mikołowskim, bieruńsko-lędzińskim, rybnickim, cieszyńskim oraz pszczyńskim. Największy spadek sięgający nawet 0,5-1% w skali roku dotyczy przede wszystkim głównych miast GZM oraz Częstochowy. Mapa ilustrująca absolutną zmianę liczby mieszkańców powiatów w stosunku do roku 2018 wygląda podobnie. Niewielkie przyrosty spodziewane są w południowej części województwa. Część północna oraz zachodnia charakteryzować się będzie niewielkimi ubytkami ludności powiatów nie przekraczającymi 5 tys. osób. Największe ubytki, ponad 20 tys. osób, spodziewane są w Katowicach, Sosnowcu oraz Częstochowie. Znaczący spadek liczby mieszkańców dotyczyć będzie także Bytomia oraz Zabrze.

Prognozy stanu i struktury ludności

Oczekuje się, że liczba mieszkańców Polski wyniesie w 2030 roku 37,7 mln osób, natomiast dla województwa śląskiego będzie to 4,3 mln osób. Oznaczać to będzie spadek udziału ludności województwa z 11,8% w roku 2018 do 11,4% w roku 2030. W liczbach absolutnych liczba mieszkańców Polski zmniejszy się w porównaniu do roku 2018 o ok. 700 tys. osób natomiast populacja województwa śląskiego zmaleje o ponad 200 tys. osób.

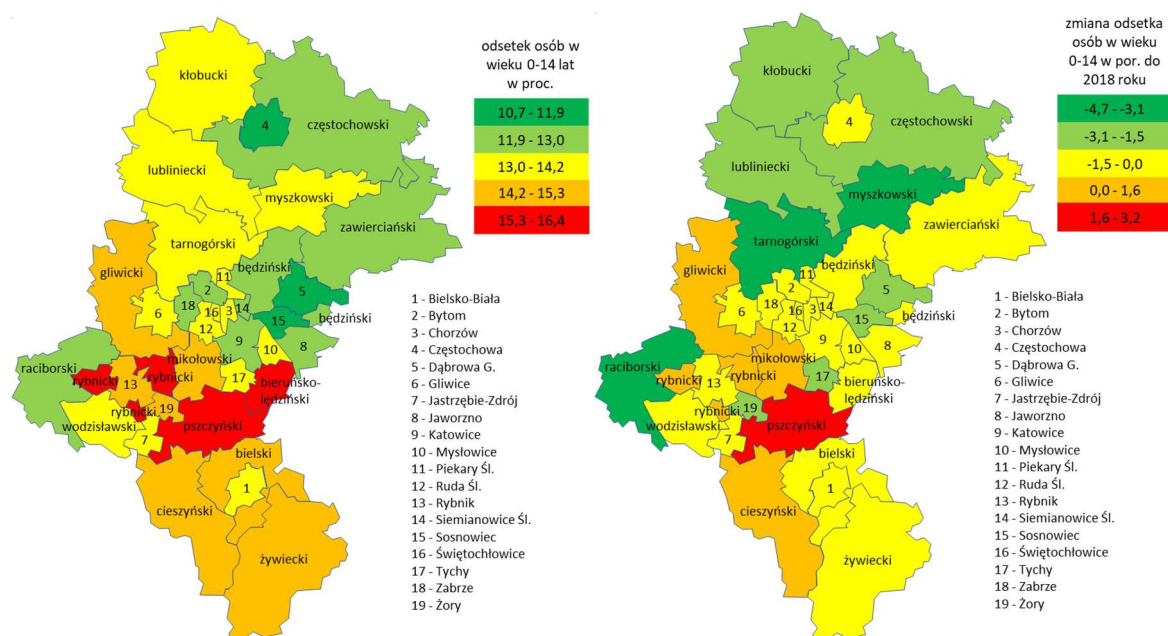
Tabela 2 Prognoza stanu ludności Polski i woj. śląskiego w roku 2030

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS (2016)

Jednocześnie zarówno w Polsce jak i w województwie śląskim będzie następował wyraźny proces starzenia się społeczeństwa. W szczególności liczba osób w wieku 0-14 lat zmniejszy się w obu przypadkach o około 1 p. proc., liczba osób w wieku 15-64 lat spadnie o około 4 p. proc. w Polsce oraz o prawie 5 p. proc. w województwie śląskim. Jednocześnie następować będzie wzrost odsetka osób w przedziałach 65+ oraz 80+. W pierwszym przypadku o około 5 p. proc. w odniesieniu do Polski oraz o prawie 6 p. proc. w województwie śląskim. W odniesieniu do osób 80-letnich i starszych przewidywane wzrosty wyniosą odpowiednio 1,4 p. proc. i 1,9 p. proc. Wyniki te wskazują, że proces starzenia się ludności województwa śląskiego będzie nieco szybszy niż średnia ogólnopolska. Istotnym zmianom nie ulegnie jedynie współczynnik feminizacji, który w dalszym ciągu będzie nieco wyższy w województwie śląskim.

Mapa 19 Prognozowany odsetek osób w wieku 0-14 lat w roku 2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018

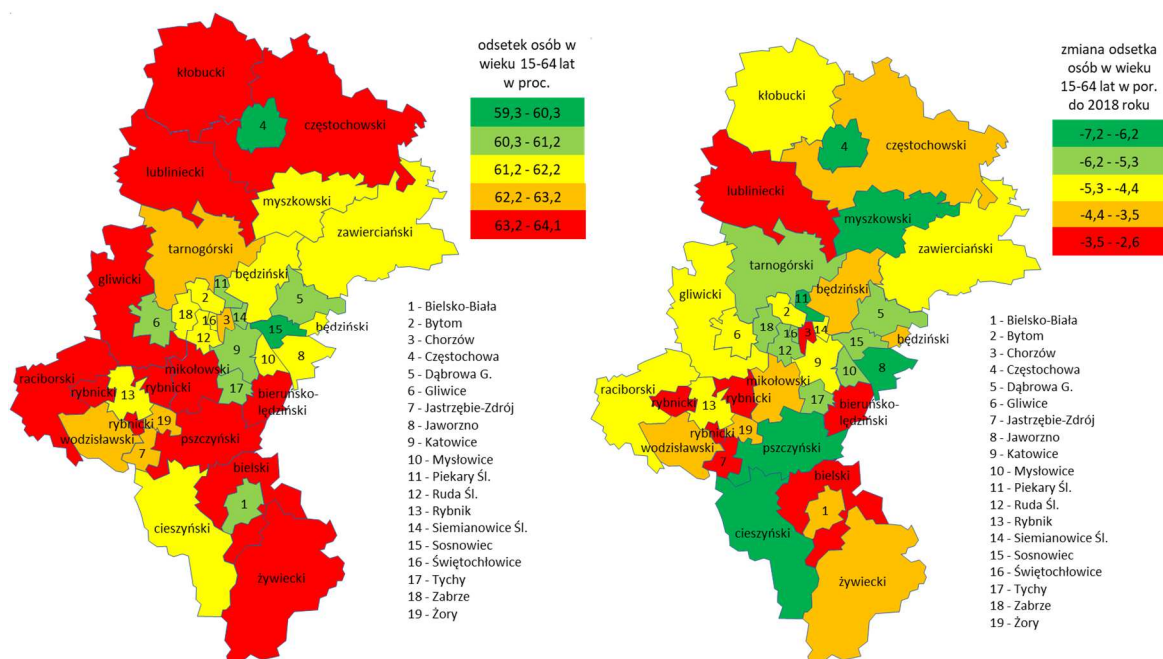


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Strukturę wiekową ludności powiatów województwa śląskiego przedstawiono na mapach 19-22. Zdecydowanie najwyższy odsetek osób w tej grupie wiekowej spodziewany jest w powiecie pszczyńskim. Stosunkowo duża liczba dzieci będzie również w pozostałych powiatach podregionu bielskiego, jak również w powiatach bieruńsko-łędzkim, mikołowskim, rybnickim, w Rybniku oraz w Żorach. Najmniejszy odsetek charakteryzować będzie północno-zachodnią część województwa (w szczególności Sosnowiec i Dąbrowa Górnicza) oraz niektóre miasta podregionu katowickiego i bytomskiego. W porównaniu do roku 2018 największy spadek osób w tej grupie wiekowej spodziewany jest w północnej części województwa oraz w powiecie raciborskim. Wzrostów należy oczekiwać w pasie od powiatu gliwickiego do cieszyńskiego.

Prognozowany odsetek osób w wieku 15-64 przedstawiono na mapie 20. Zdecydowanie największy odsetek osób w tej grupie spodziewany jest w podregionie częstochowskim z wyłączeniem Częstochowy, a także w pasie od powiatu żywieckiego po powiaty gliwicki i raciborski. Niskie wartości wystąpią w Częstochowie, Bielsku-Białej oraz w pasie miast na prawach powiatu od Dąbrowy Górniczej poprzez Katowice do Piekar Śląskich. W porównaniu do struktury w roku 2018 udział osób z omawianej grupy ulegnie powszechnemu zmniejszeniu, przy czym charakteryzować się ono będzie dużym zróżnicowaniem przestrzennym. Największe spadki dotyczyć będą Częstochowy oraz Piekar Śląskich i Jaworzna, a także powiatów: myszkowskiego, pszczyńskiego oraz cieszyńskiego. Z kolei najmniejsze spadki obserwowane powinny być w powiatach lublinieckim, bieruńsko-łędzkim, bielskim oraz w Chorzowie i Jastrzębiu-Zdroju.

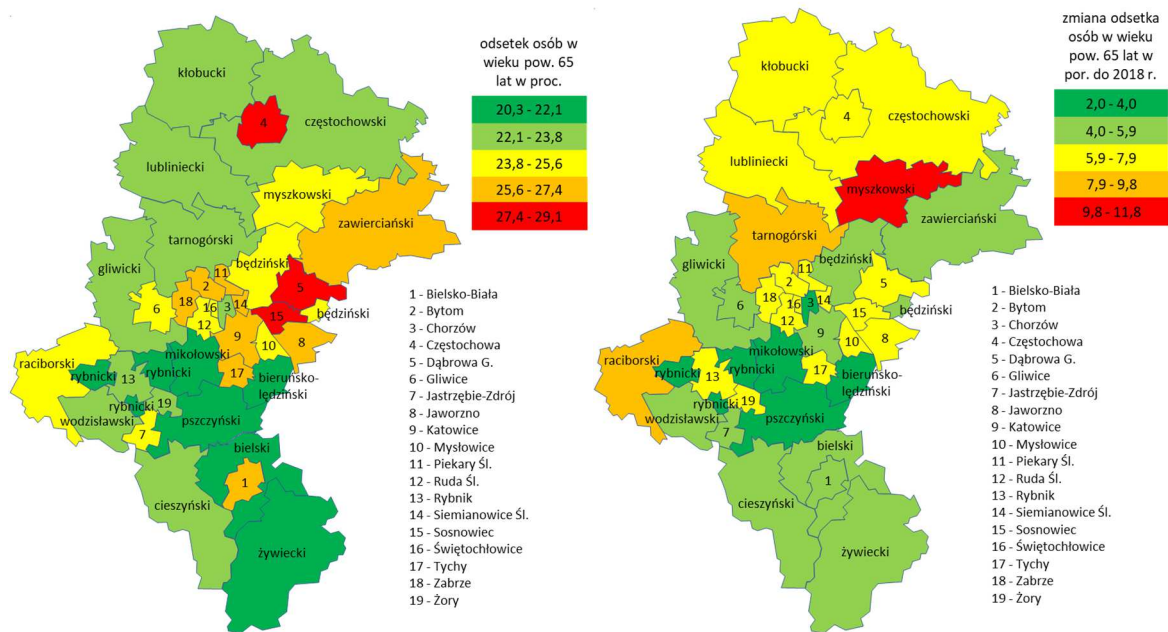
Mapa 20 Prognozowany odsetek osób w wieku 15-64 lata w roku 2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

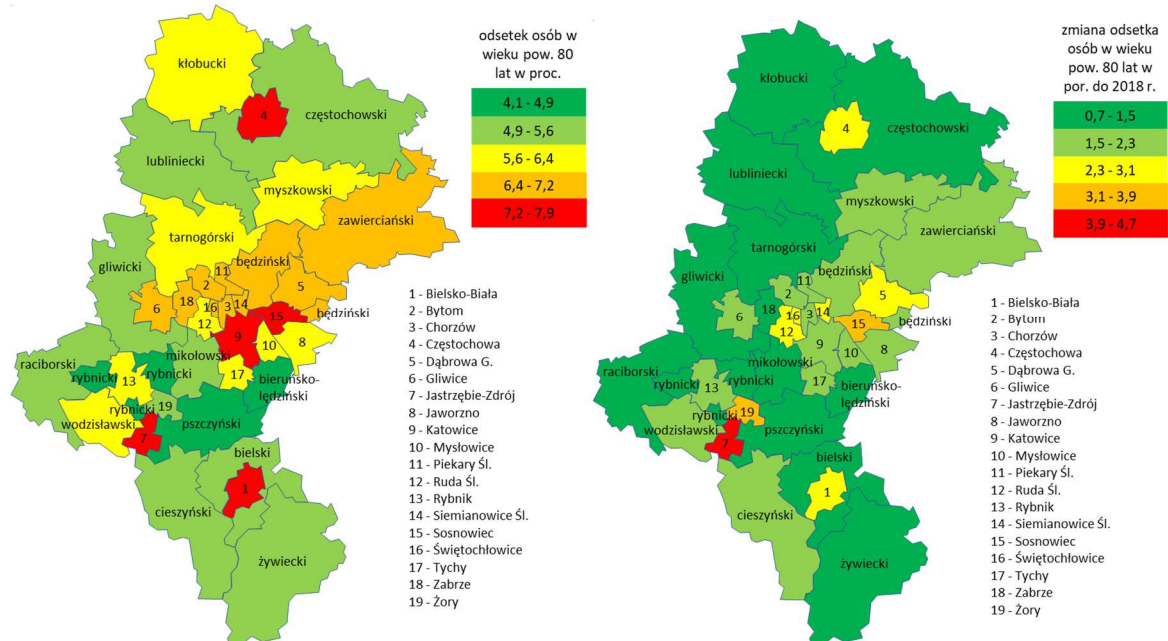
Przedstawiony prognozowany odsetek osób w wieku powyżej 64 lat wyraźnie wskazuje, że najniższy spodziewany jest w południowo-wschodniej (z wyłączeniem Bielska-Białej) oraz zachodniej części województwa (z wyłączeniem powiatu raciborskiego). Z kolei najwyższe wartości dotyczą Częstochowy, Sosnowca i Dąbrowy Górniczej, a także niektórych miast GZM. Analizując prognozowaną dynamikę omawianego wskaźnika można zauważyć, że najniższy przyrost spodziewany jest przede wszystkim w pasie od powiatu gliwickiego do podregionu bielskiego. Największy wzrost przekraczający 10 p. proc. dotyczy powiatu myszkowskiego. Wysoki przyrost oczekiwany jest także w powiatach: tarnogórskim i raciborskim.

Mapa 21 Prognozowany odsetek osób w wieku 65+ w roku 2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Mapa 22 Prognozowany odsetek osób w wieku 80+ w roku 2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018

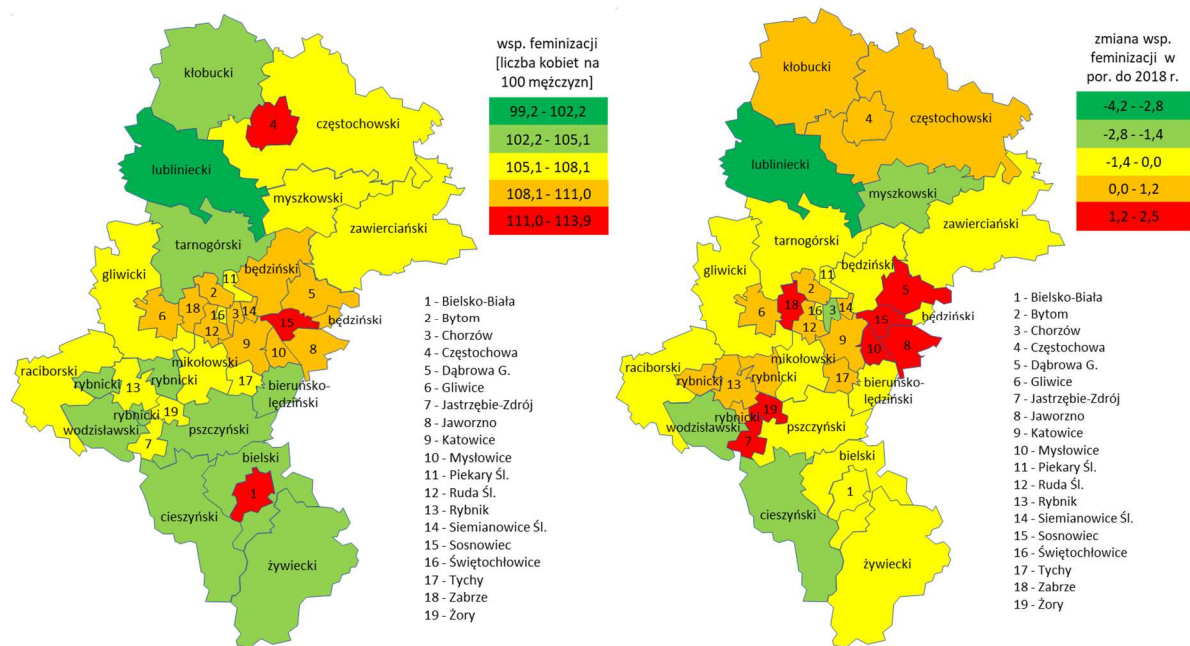


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Zróźnicowanie regionalne prognoz odsetka osób w wieku 80+ ilustruje mapa 22. Największa koncentracja osób w tej grupie wiekowej wystąpi w najważniejszych miastach województwa:

Katowicach, Sosnowcu, Częstochowie, Bielsku-Białej i Jastrzębiu-Zdroju. Z kolei najniższe wartości przewidywane są dla powiatów: pszczyńskiego, bieruńsko-lędzińskiego oraz rybnickiego. W odniesieniu do prognozowanej dynamiki tego wskaźnika najwyższe wzrosty spodziewane są przede wszystkim w Jastrzębiu-Zdroju, Żorach oraz Sosnowcu. W większości powiatów województwa odsetek osób powyżej 80. r. ż. nie powinien wzrosnąć o więcej niż 1,5 p. proc.

Mapa 23 Prognozowany średni wskaźnik feminizacji w latach 2019-2030 oraz jego zmiana w stosunku do roku 2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS (2016)

Najwyższe wartości współczynnika feminizacji oczekiwane są w Częstochowie, Sosnowcu i Bielsku-Białej, a także w większości miast GZM. Niskie wartości, nie przekraczające 105 spodziewane są w powiatach północno-zachodnich oraz południowych. Największe przyrosty omawianego wskaźnika powinny mieć miejsce w Żorach i Jastrzębiu-Zdroju oraz głównych miastach podregionu sosnowieckiego, jak również w pozostałych miastach GZM oraz w północnej części województwa.

STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW¹³

Na potrzeby określenia sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu oraz określenia kierunków działań w ramach Polityki analizie poddano grupy schorzeń, na które najczęściej chorowali mieszkańcy regionu, tj. :

- cukrzyca,
- choroby nowotworowe,
- zaburzenia psychiczne,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu oddechowego,
- choroby układu krążenia,
- choroby układu kostno-mięśniowego,
- choroby układu nerwowego, w tym choroby wieku podeszłego,
- choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego,
- choroby krwi i układu odpornościowego,
- choroby nerek i dróg moczowych,
- choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki,
- ciąża, poród i opieka nad noworodkiem,
- choroby zakaźne,
- choroby zawodowe.

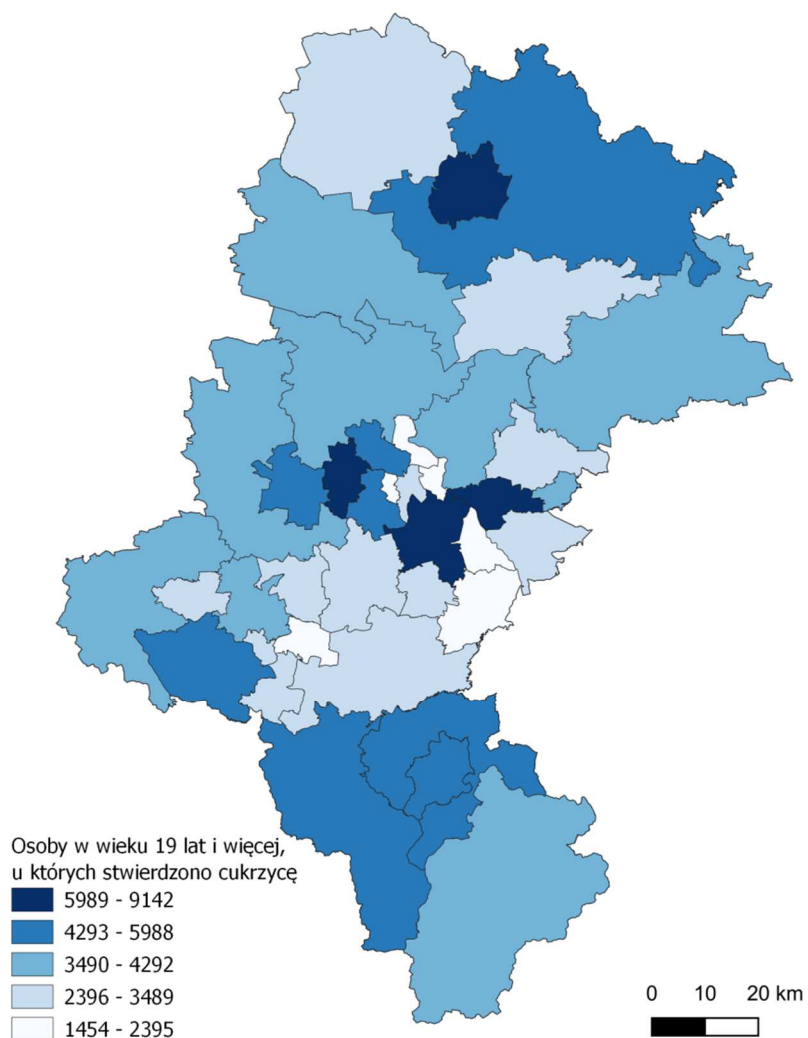
Ponadto przeanalizowano informacje dotyczące innych przypadków wymagających konsultacji lekarskich (np. ciąża) oraz najczęstsze przyczyny zgonów.

CUKRZYCA

W 2019 roku w regionie, z powodu cukrzycy pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) przebywało 142 708 osób w wieku 19 lat i więcej. Najczęściej chorowały osoby starsze tj. 65 lat i więcej (72 710 osób) oraz w wieku 55-64 (41 888). Należy również zwrócić uwagę na osoby, u których stwierdzono występowanie cukrzycy po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym. Nowych przypadków zachorowań na cukrzycę stwierdzono 12 213.

¹³ Rozdział dotyczący stanu zdrowia mieszkańców został opracowany na podstawie najbardziej aktualnych, rzetelnych danych dostępnych w chwili opracowania dokumentu. Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia publikowało w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych niepełne dane za rok 2017 (niektóre dane w fazie testowej), jednak ze względu ich małą ilość i większą przejrzystość diagnozy podjęto decyzję o przeprowadzeniu analiz na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych 2018*.

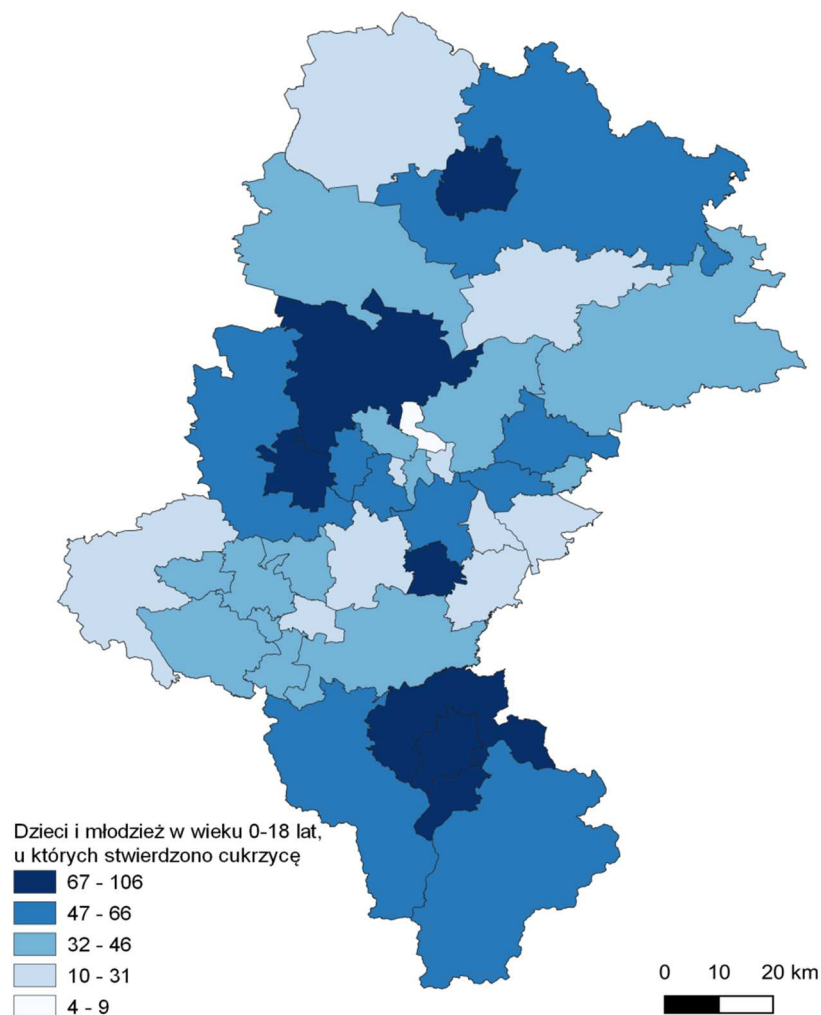
Mapa 24 Mieszkańcy województwa śląskiego w wieku 19 lat i więcej, będący pod opieką lekarza POZ z powodu cukrzycy (2019 r.).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Należy jednak mieć na uwadze, że cukrzyca jest diagnozowana również u dzieci i młodzieży. W województwie śląskim w 2019 r. 1 632 dzieci i młodzieży pozostawało pod opieką lekarza POZ z powodu cukrzycy. We wskazanej liczbie 280 przypadków, to nowe zachorowania, czyli stwierdzone po raz pierwszy w roku sprawozdawczym.

Mapa 25 Dzieci i młodzież z województwa śląskiego, będące pod opieką lekarza POZ z powodu cukrzycy w 2019 r.

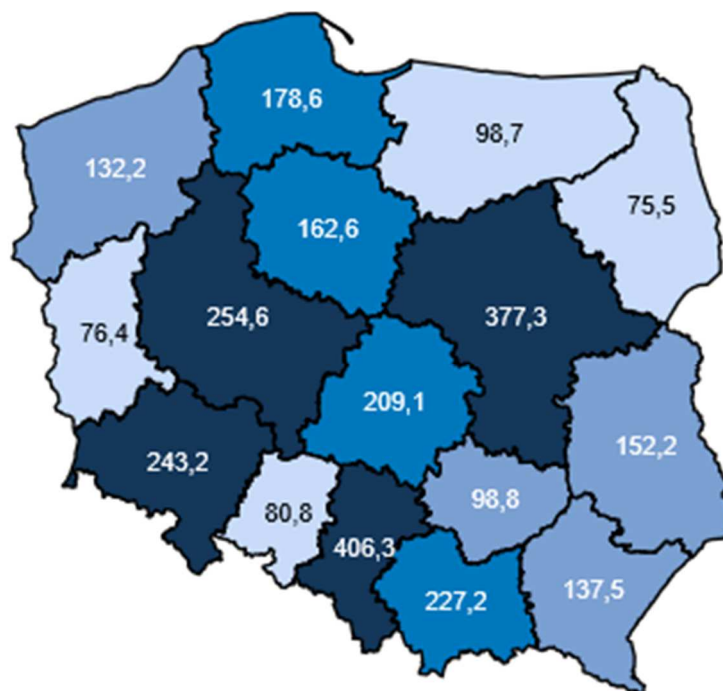


Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

W całym kraju¹⁴ liczbę chorych w analizowanej grupie oszacowano na 2 911,1 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców daje liczbę 7,6 tys. W samym województwie śląskim chorych było 406,3 tys. osób, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. - 8 912,0 przypadków.

¹⁴ W mapach potrzeb zdrowotnych można również zapoznać się z danymi dotyczącymi chorobowości rejestrowanej dla grupy cukrzyca. Chorobowość rejestrowana - określana dla chorób przewlekłych, jest to liczba wszystkich żyjących na dzień 31.12.2016 pacjentów (którzy pojawili się z chorobą przewlekłą od roku 2009), niezależnie od tego czy świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ zostały im udzielone w 2016 r.

Mapa 26 Chorobowość rejestrowana dla grupy cukrzyca na dzień 31.12.2016 wg zamieszkania pacjenta.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie cukrzyca dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 12.

W przypadku zapadalności rejestrowanej¹⁵ dla wskazanej grupy schorzeń, województwo śląskie w 2016 r. osiągnęło wartość 35,9 tys. (najwyższy wynik w kraju), natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 786,9 (2 m. w kraju).

CHOROBY NOWOTWOROWE

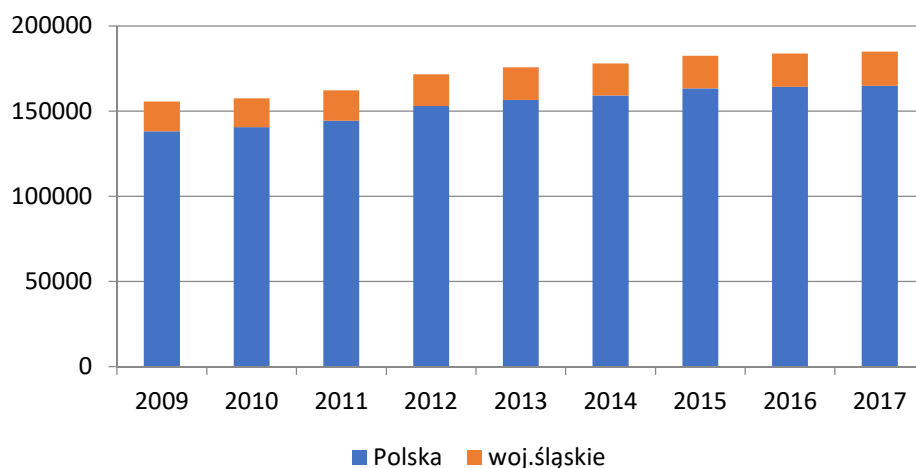
NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

W roku 2017¹⁶ w całej Polsce na nowotwory złośliwe chorowało 164 875 osób, z czego mieszkańcami województwa śląskiego było 19 993 osób (12,13%). W latach 2009-2017 obserwowano zarówno wysokie wartości uzyskiwane w regionie, jak również znaczący udział procentowy w ogóle zachorowań na poziomie kraju.

¹⁵ Zapadalność rejestrowana – liczba nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiająca się w systemie publicznej służby zdrowia. Wartość oszacowana dla roku 2016, na podstawie danych NFZ z lat 2009-2017 (możliwość analizy historii pacjenta co najmniej 5 lat wstecz i jednego w przód). Pacjent pojawiający się w systemie NFZ w tym okresie zostanie uznany za pacjenta nowego, jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w 2016 r.

¹⁶ ze względu na cykl opracowań danych na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów ostatnie dostępne dane prezentowane na stronie Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach dotyczą roku 2017.

Wykres 21 Zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce i w województwie śląskim w latach 2009-2017.

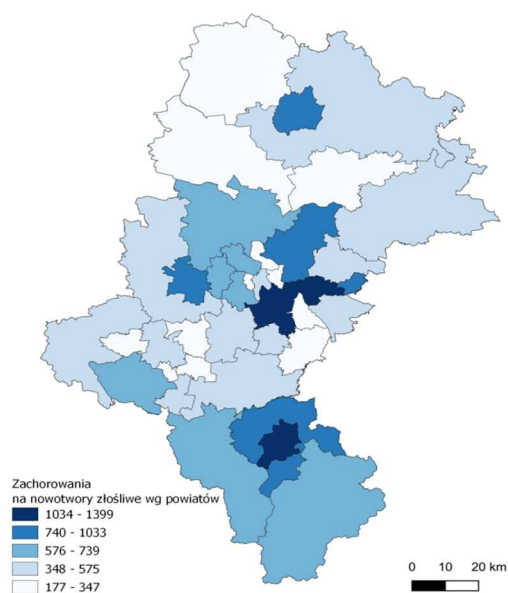


Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Wśród mieszkańców regionu ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową dominowały osoby starsze. Ponad 90,18% przypadków to osoby po 50 r.ż. Najbardziej liczna była grupa z przedziału wiekowego 70 lat i więcej (39,88% zachorowań ogółem w województwie śląskim).

W podziale wewnętrznym województwa najwięcej zachorowań stwierdzono w m. Katowice (1 399 przypadków), m. Sosnowiec (1 207 przypadków), m. Bielsko -Biała (1 034 przypadki). Najmniej natomiast przypadków zachorowań stwierdzono w powiecie bieruńsko-lędzińskim (177), myszkowskim (264) i m. Żory (212), m. Mysłowice (284) oraz m. Piekary Śl. (287).

Mapa 27 Zachorowania na nowotwory złośliwe wg powiatów w województwie śląskim w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Analizując zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe w województwie śląskim stwierdzono, że najczęściej diagnozowano nowotwory oskrzeli i płuc (2 679 przypadków), sutka (2 160), gruczołu krokowego (1 775), jelita grubego (1 454) i inne nowotwory złośliwe skóry (1 437).

W porównaniu do pozostałych województw, śląskie było liderem pod względem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w 2017 r. Należy jednak zwrócić uwagę, że analizując współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności, województwo śląskie uzyskując wartość 439,2 uplasowało się na pozycji ósmej. Najwyższy wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe w przeliczeniu na 100 tys. ludności osiągnęło województwo kujawsko-pomorskie (492,8).

NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE

Jak wynika z publikowanej przez Ministerstwo Zdrowia *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów niezłośliwych dla województwa śląskiego*, mieszkańcy regionu najczęściej chorowali na nowotwory niezłośliwe układu kostno-stawowego, skóry i endokrynologiczne.

Tabela 3 Chorobowość szpitalna¹⁷ i ambulatoryjna¹⁸ dla wybranych grup schorzeń dla mieszkańców województwa śląskiego w 2016 r.

Nazwa grupy	Chorobowość szpitalna		Chorobowość ambulatoryjna	
	Liczby bezwzględne	W przeliczeniu na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	W przeliczeniu na 100 tys. ludności
Nowotwory niezłośliwe układu kostno-stawowego	2 585	56,7	16 698	366,2
Nowotwory niezłośliwe skóry z przydatkami	3 025	66,3	83 605	1 833,8
Nowotwory niezłośliwe endokrynologiczne	4 400	96,5	75 434	1 654,6

Źródło: *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie nowotworów niezłośliwych dla województwa śląskiego*, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 18 – 34.

Należy również uzupełnić, że we wskazanych w tabeli powyżej grupach schorzeń, województwo śląskie osiągało jedne z najwyższych wyników (w liczbach bezwzględnych) w porównaniu do pozostałych regionów.

ZABURZENIA PSYCHICZNE

W województwie śląskim w 2019 r. w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej udzielono 1 083 026 porad, co w przeliczeniu na 10 tys. ludności wyniosło 2 397,3. Ponad połowa wskazanych porad została udzielona przez lekarza (49,5%), natomiast reszta przez psychologa (24,2%) i innego terapeutę (26,4%). Najczęściej chorzy korzystali z psychoterapii indywidualnej (32 964 osób), porad telefonicznych (17 983) czy też psychoterapii grupowej/rodzinnej (9 690).

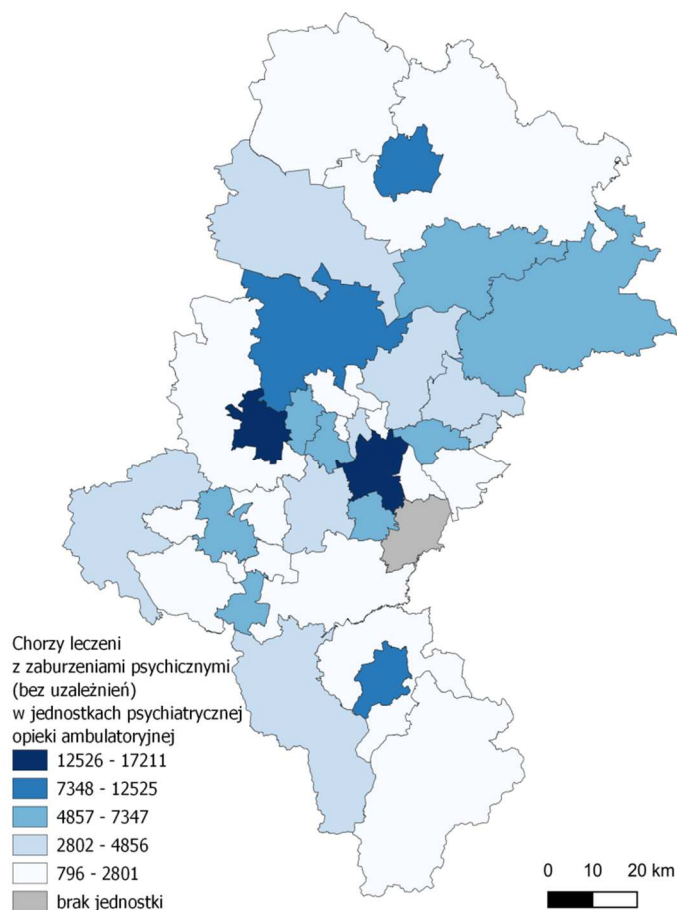
¹⁷ Chorobowość szpitalna - współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej grupy rozpoznaw w ciągu roku, w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

¹⁸ Chorobowość ambulatoryjna - współczynnik chorobowości ambulatoryjnej wyraża liczbę pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej grupy rozpoznaw w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

W jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie śląskim w 2019 r. leczonych było 194 161 pacjentów (bez uzależnień), z czego 97 808 leczonych po raz pierwszy. Od 2010 r. utrzymuje się tendencja wzrostowa liczby osób podejmujących leczenie. Analiza liczby osób leczonych z podziałem na kategorie wiekowe wykazała, że najczęściej pacjentami były osoby z przedziału 30-64 lata (61,7%). Należy zwrócić uwagę, że 8,8% leczonych to dzieci i młodzież. Wśród omawianego typu schorzeń w regionie dominowały zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (58 126 osób), zaburzenia organiczne (21 389), schizofrenia (16 539) oraz depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe (16 739). U dzieci i młodzieży najczęściej diagnozowano zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (5 434 osoby), całościowe zaburzenia rozwojowe (4 695) oraz zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (2 379).

Analiza poszczególnych powiatów województwa wykazała, że najczęściej chorzy leczeni byli w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Katowicach (17 211 osób), Gliwicach (12 526), Częstochowie (12 451) i Bielsku-Białej (10 036). W powyższej analizie uwzględniono jedynie przypadki zdiagnozowanej zachorowalności, nieuwzględniono natomiast obserwacji pacjenta.

Mapa 28 Chorzy leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w powiatach województwa śląskiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach>.

Zdrowie psychiczne

Należy również mieć na uwadze, że zaburzenia psychiczne mogą być również spowodowane używaniem alkoholu i środków psychoaktywnych. W województwie śląskim z powodu zaburzeń wywołanych używaniem alkoholu leczono 22 643 osób. We wskazanej grupie dominowali mężczyźni (16 198). Zaburzenia psychiczne były wywołane również używaniem środków psychoaktywnych, z powodu których leczono 4 795 osób, w tym 405 w wieku 0-18 lat. Od roku 2010 obserwowany jest wzrost liczby przypadków pacjentów, leczonych z wyżej wskazanych powodów.

Wskutek pandemii COVID-19 odnotowuje się wyższy niż zwykle poziom zaburzeń psychicznych, który spowodowany jest w głównej mierze izolacją społeczną, obawą przed zakażeniem, utratą lub groźbą utraty źródeł utrzymania, a także utratą członków rodziny. Niekorzystny wpływ na samopoczucie w mają także takie czynniki jak: utrudniona dostępność do badań i opieki medycznej, konieczność utrzymywania fizycznego dystansu społecznego, niespójne komunikaty i wytyczne dotyczące sfery zdrowia publicznego oraz poczucie ograniczenia wolności osobistej. Wzmoczone problemy psychiczne obserwuje się u pacjentów z COVID-19, bądź podejrzanych o zakażenie, a także u pracowników medycznych mających bezpośredni kontakt z pacjentami (np. lekarzy, pielęgniarek) czy u ich bliskich.

Choroba COVID-19 może powodować wystąpienie takich objawów jak niepokój, depresja, problemy ze snem, dodatkowo wpływa niekorzystnie na pacjentów z już stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi. Pogłębia się deficyt w leczeniu chorób o podłożu psychicznym, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Pogarszający się stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży spowodowany jest m.in. ograniczeniem bezpośredniego kontaktu z rówieśnikami, przeniesieniem wielu aktywności szkolno-społecznych do sfery online. Młodym ludziom udziela się również ogólny niepokój dotyczący wpływu pandemii na sytuację gospodarczą i socjoekonomiczną. Biorąc pod uwagę dane z dokumentu „Analiza kadr medycznych w woj. śląskim - zapotrzebowanie, zasoby, dostępność”: **Psychiatria dzieci i młodzieży** – leczeniem dzieci i młodzieży zajmuje się 32 lekarzy na całe województwo. Wskaźnik liczby psychiatrów dzieci i młodzieży wynosi 0,7 na 100 tys. mieszkańców. Największy deficyt występuje w powiatach: raciborskim (0), rybnickim (0), wodzisławskim (0), M. Jastrzębie-Zdrój (0), M. Żory (0), bielskim (0), żywieckim (0), myszkowskim (0), częstochowskim (0), bieruńsko-lędzińskim (0), pszczyńskim (0), zawierciańskim (0), m. Bytom (0), m. Chorzów (0), m. Jaworzno (0), m. Mysłowice (0), m. Świętochłowice (0), m. Sosnowiec (0,5), cieszyńskim (0,6) oraz będzińskim (0,7). W skali kraju wskaźnik ten wynosi 1,1 na 100 tys. ludności Polski.

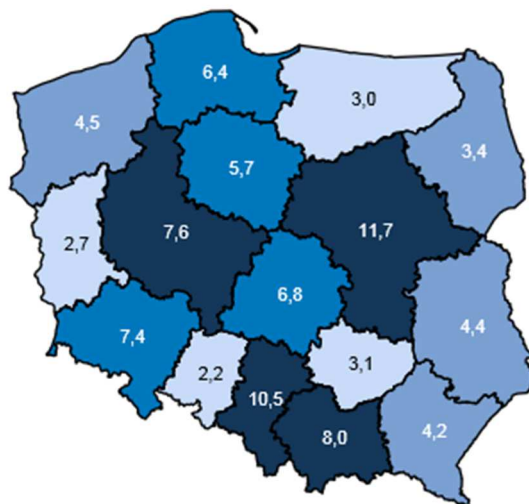
W dobie cyfryzacji i postępu technologicznego obserwuje się także wzrost liczby zaburzeń psychicznych spowodowanych uzależnieniami behawioralnymi związanymi z nadmiernym korzystaniem z technologii cyfrowych. Należy tutaj wskazać w szczególności uzależnienia od gier komputerowych, uzależnienia od korzystania z internetu, ale bez specyficznego celu, uzależnienia związane z korzystaniem z portali społecznościowych, czy też uzależnienia związane z korzystaniem z telefonów komórkowych typu smartfon.

Należy zauważyć, iż granica wieku w tej jednostce chorobowej znacznie się obniża – dotyka ona osób w coraz młodszym wieku. Zjawisko nasila okres pandemii i izolacji najmłodszych od świata zewnętrznego, a także brak socjalizacji z rówieśnikami, co może mieć przełożenie na ich przyszłe kompetencje społeczne i umiejętności interpersonalne pozwalające na sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Związane z pandemią zmiany w funkcjonowaniu społecznym znacząco wpływają na kondycję psychiczną wywołując niepokój, lęk czy depresję. Coraz częściej obserwujemy się problem wśród osób w wieku aktywności zawodowej zmagających, osób wykluczonych społecznie, a także w grupie pracowników medycznych.

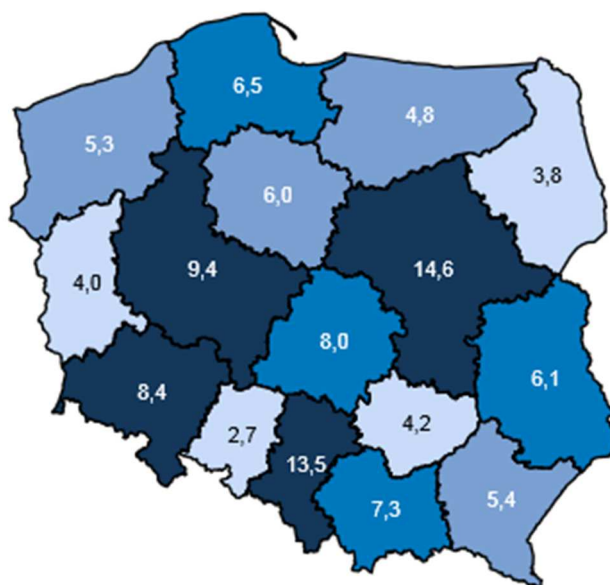
Na poniższych mapach przedstawiono wskaźniki zapadalności rejestrowanej dla najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w regionie. Jak wynika ze wskazanych na mapach wartości, region wyróżnia się na tle pozostałych województw wysokimi wartościami omawianych wskaźników.

Mapa 139 Zapadalność rejestrowana dla grupy zaburzenia organiczne w 2016 r. (tys.).



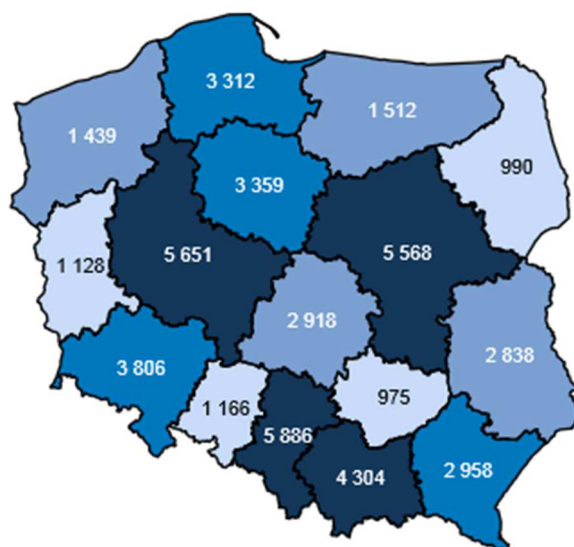
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 7.

Mapa 30 Zapadalność rejestrowana dla grupy uzależnienia w 2016 r. (tys.).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 12.

Mapa 31 Zapadalność rejestrowana dla grupy zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym w 2016 r. (liczby bezwzględne).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie zaburzeń psychicznych dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 68.

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

W przypadku schorzeń przewodu pokarmowego, Ministerstwo Zdrowia opublikowało dane statystyczne w dwóch oddzielnych mapach potrzeb zdrowotnych. Pierwsza z nich zawiera informacje o chorobach górnego odcinka przewodu pokarmowego, natomiast analogicznie druga - dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Na potrzeby niniejszego dokumentu, w tabeli poniżej zawarto najważniejsze informacje dotyczące grup schorzeń, na które najczęściej chorowali mieszkańcy województwa śląskiego (po dwie grupy schorzeń dla każdego z odcinków przewodu pokarmowego).

Tabela 4 Zapadalność rejestrowana i chorobowość rejestrowana dla wybranych grup schorzeń przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla mieszkańców województwa śląskiego w 2016 r

Grupa schorzeń	Zapadalność rejestrowana		Chorobowość rejestrowana	
	Wartości bezwzględne (pozycja w kraju)	W przeliczeniu na 100 tys. ludności (pozycja w kraju)	Wartości bezwzględne (pozycja w kraju)	W przeliczeniu na 100 tys. ludności (pozycja w kraju)
Zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego	13,8 tys. (2 m.)	303,3 (11 m.)	85,8 tys. (3 m.)	1 882,9 (10 m.)
Choroba refluksowa przełyku	16,1 tys. (2 m.)	352,8 (2 m.)	133,3 tys. (2 m.)	2 924,2 (2 m.)
Zapalenie jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i WZJG)	49,1 tys. (4 m.)	1 077,9 (12 m.)	458,5 tys. (2 m.)	10 057,3 (12 m.)
Choroby czynnościowe jelit	112,7 tys.	2 472,1	887,4 tys.	19 464,5

	(2 m.)	(10 m.)	(2 m.)	(8 m.)
--	--------	---------	--------	--------

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 7 – 13 oraz: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 36 – 52.

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

W przypadku chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego, do odrębnej grupy zakwalifikowano badania kontrolne i przesiewowe, jako powód hospitalizacji pacjentów (bez wskazania jednostek chorobowych). Wskaźnik zapadalności rejestrowanej dla rozpoznania z grupy inne przyczyny hospitalizacji (badania kontrolne i przesiewowe) w 2016 r. w regionie osiągnął wartość 1 484 przypadki, co stanowiło najwyższy wynik względem pozostałych województw. Pozycja regionu uległa znacznemu osłabieniu, po przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności (32,5 – 9 m.). Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku wartości chorobowości rejestrowanej na wskazaną grupę schorzeń, tzn. region uzyskał najwyższy wynik w liczbach bezwzględnych (13 349 przypadków), natomiast dużo słabszy po przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności (292,8 - 6 m.).

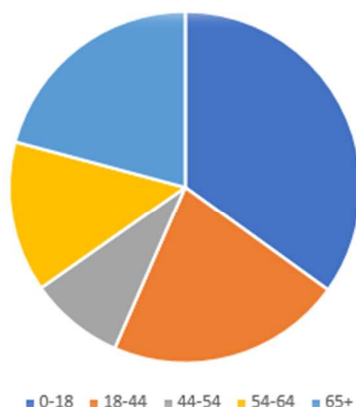
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Choroby przewlekłe

Zapadalność rejestrowana¹⁹ na astmę w Polsce, w roku 2016 wyniosła 181,4 tys. przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 472,1. W województwie śląskim zapadalność wyniosła 23,8 tys., natomiast wskaźnik na 100 tysięcy ludności osiągnął wartość 522,9. Należy zauważyć, że region charakteryzował się najwyższą liczbą bezwzględną zachorowań, natomiast pod względem wartości wskaźnika uplasował się na 5 pozycji względem pozostałych województw.

¹⁹ W Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego, analizie poddano takie podgrupy chorób jak: astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza, choroby śródmiąższowe płuc, zaburzenia oddychania w czasie snu, przewlekłe choroby zapalne płuc, niewydolność oddychania oraz inne przewlekłe choroby układu oddechowego.

Wykres 20 Struktura zapadalności rejestrowanej na astmę w województwie śląskim z podziałem na grupy wiekowe w 2016 r.

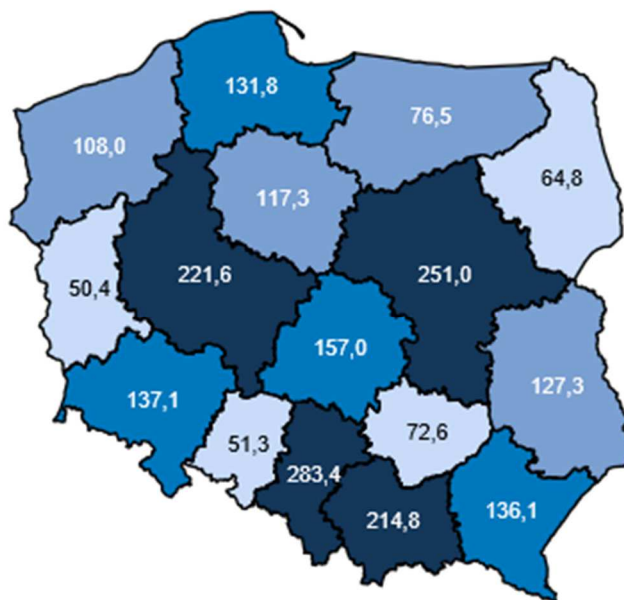


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 8.

Najczęściej na astmę w regionie zapadały dzieci i młodzież (34,95%), najrzadziej natomiast osoby z przedziału wiekowego 44-54 lata (8,7%).

Liczbę chorych rejestrowanych na astmę w Polsce, w 2016 r. oszacowano jako 2 201,0 tys. W samym województwie śląskim zamieszkiwało 283,4 tys. pacjentów. W przeliczeniu na 100 tys. ludności na astmę leczyło się 6 215,2 osoby.

Mapa 33 Chorobowość rejestrowana na grupę *astma* w 2016 r. (liczby bezwzględne w tys.).

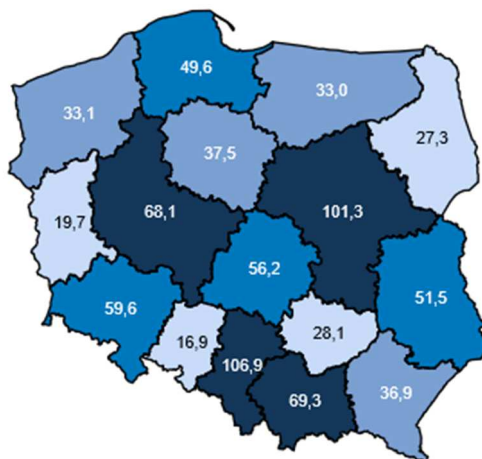


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 12.

Drugą pod względem liczebności zachorowań była przewlekła obturacyjna choroba płuc. Zapadalność rejestrowana na wyżej wskazaną jednostkę chorobową wyniosła w Polsce w 2016 r. 79,8 tys.

przypadków, natomiast w województwie śląskim 10,4 tys. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wskaźnik dla regionu wyniósł 228,8, a osiągnięta wartość była wyższa od wartości na poziomie kraju (207,6). W województwie śląskim, podobnie jak w pozostałych regionach, najwięcej nowych zachorowań stwierdzono wśród osób powyżej 65 r.ż. (55,8%).

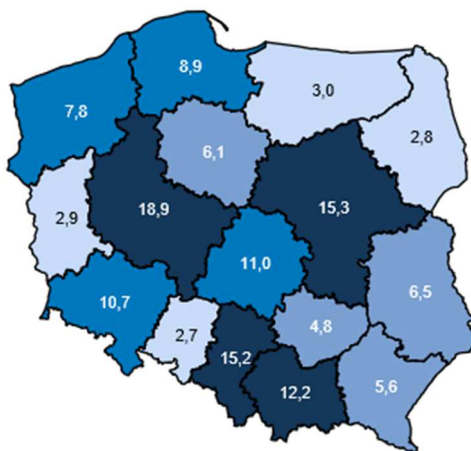
Mapa 34 Wskaźnik chorobowości rejestrowanej na *przewlekłą obturacyjną chorobę płuc* w 2016 r. (w przeliczeniu na 100 tys. ludności).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 17.

Trzecią grupą chorób poddaną analizie były *inne przewlekłe choroby układu oddechowego*. Zgodnie z danymi statystycznymi zawartymi na poniższej mapie, wskaźnik zapadalności rejestrowanej dla województwa śląskiego wyniósł 15,2 tys., co stanowi 11,32% wartości uzyskanej na poziomie kraju. Należy zwrócić uwagę, że pod względem uzyskanej wartości wskaźnika, region znalazł się na trzeciej pozycji względem pozostałych regionów.

Mapa 35 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej dla grupy *inne przewlekłe choroby układu oddechowego* w 2016 r. (liczby bezwzględne w tys.).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 42.

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano, że chorych rejestrowanych z powodu innych przewlekłych chorób układu oddechowego w całym kraju było 805,7 tys. W województwie śląskim wskazanych osób było 92,5 tys. Wyniki wyższe od województwa śląskiego uzyskały jedynie wielkopolskie (109,6 tys.) i mazowieckie (95,6 tys.). W przeliczeniu na 10 tys. ludności region uzyskał wartość 2 029,7 osób (7 pozycja wzg. pozostałych województw).

Porównując dane statystyczne dotyczące chorobowości rejestrowanej dla trzech wskazanych powyżej podgrup chorób układu oddechowego, względem danych zawartych w *Mapie potrzeb* z roku 2017 (dane za rok 2014), stwierdzono wzrost wartości wskaźników. Największy przyrost odnotowano dla podgrupy *inne przewlekłe choroby układu oddechowego*, który wyniósł 54,42%.

Gruźlica.

W Polsce na gruźlicę w 2018 r. chorowało 5 321 osób. Wśród województw największą zachorowalnością cechowało się mazowieckie (885 przypadki) i śląskie (863). W przypadku współczynnika zachorowalności na 100 tys. ludności najwyższą wartość wskaźnika stwierdzono w lubelskim (20,0) i śląskim (19,1). Analiza zmian zachodzących w liczbie zachorowań na gruźlicę w regionie wykazała, że od 2011 roku odnotowuje się sukcesywny spadek wartości wskaźnika.

Tabela 5 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach.

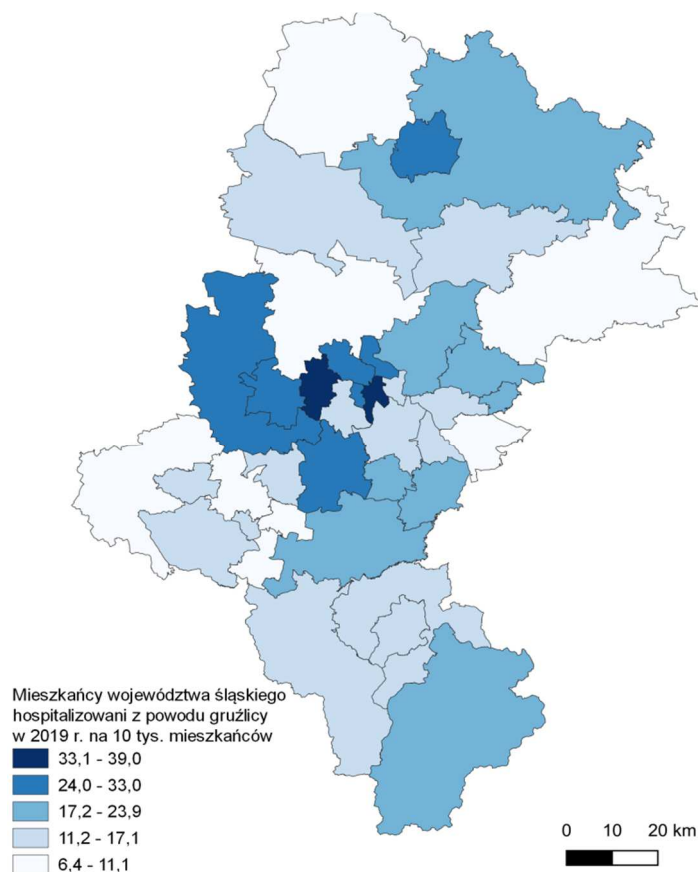
Jednostka terytorialna	Liczby bezwzględne				Współczynniki na 100 tys. ludności			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Polska	6444	5787	5487	5321	16,8	15,1	14,3	13,9
Dolnośląskie	435	427	377	384	15,0	14,7	13,0	13,2
Kujawsko-pomorskie	279	239	211	253	13,4	11,5	10,1	12,2
Lubelskie	444	466	497	423	20,8	21,9	23,4	20,0
Lubuskie	130	131	119	94	12,8	12,9	11,7	9,3
Łódzkie	518	456	406	429	20,8	18,4	16,4	17,4
Małopolskie	497	458	440	398	14,7	13,5	13,0	11,7
Mazowieckie	1304	1038	954	885	24,3	19,3	17,7	16,4
Opolskie	154	133	127	112	15,5	13,4	12,9	11,4
Podkarpackie	326	257	263	236	15,3	12,1	12,4	11,1
Podlaskie	121	131	86	114	10,2	11,1	7,3	9,7
Pomorskie	332	265	349	280	14,4	11,4	15,0	12,0
Śląskie	972	952	844	863	21,3	20,9	18,6	19,1
Świętokrzyskie	289	206	209	208	23,0	16,5	16,8	16,8
Warmińsko-mazurskie	152	132	124	150	10,6	9,2	8,7	10,5
Wielkopolskie	281	311	279	281	8,1	8,9	8,0	8,0
Zachodniopomorskie	210	185	202	211	12,3	10,8	11,9	12,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

W województwie śląskim wśród osób ze zdiagnozowaną gruźlicą dominowały osoby z przedziału wiekowego 45-64 (400 osób) i z przedziału wiekowego 20-44 (254). Wskazana tendencja była również obserwowana na poziomie kraju.

W 2019 r. z powodu gruźlicy wszystkich postaci zarejestrowanych w poradni gruźlicy i chorób płuc w województwie śląskim było 800 osób, z czego najwięcej było mieszkańcami m. Chorzów (113 osób), powiatu gliwickiego (109) i mikołowskiego (106). Natomiast hospitalizowanych z wyżej wskazanym rozpoznaniem było 823 chorych, wśród których dominowali mieszkańcy powiatu m. Zabrze (57 osób), m. Częstochowa (53 osób), m. Gliwice (49) i m. Bytom (48).

Mapa 36 Mieszkańcy województwa śląskiego hospitalizowani z powodu gruźlicy w szpitalach województwa śląskiego w 2019 r., współczynnik na 100 tys. ludności.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

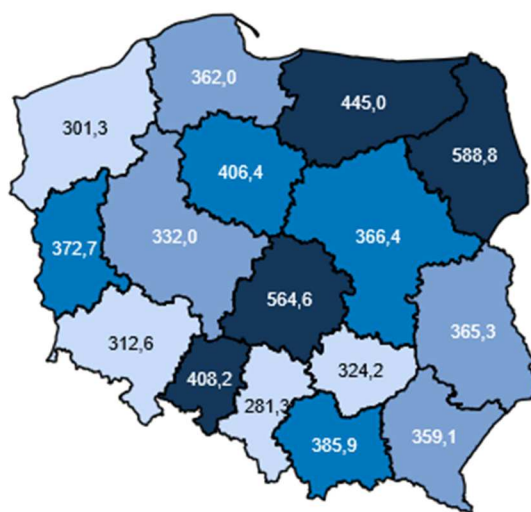
W roku 2016 zapadalność na gruźlicę wyniosła na poziomie kraju 4,4 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniósł 11,5. Wśród województw wyróżniających pod względem poziomu zachorowalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyróżniały się: zachodniopomorskie (23,6 osób), świętokrzyskie (14,5), śląskie (13,6) i lubelskie (13,4). Najniższą wartość wskaźnika stwierdzono w województwie wielkopolskim (6,6 osób).

Chorobowość rejestrowaną na wyżej wskazaną grupę chorób oszacowano w Polsce na poziomie 37,2 tys., natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności wskaźnik osiągnął wartość 0,1 tys. W liczbach bezwzględnych województwo śląskie z liczbą 5 192 osoby, było liderem w wyżej wskazanym zakresie.

Natomiast po przeliczeniu chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności, region z wynikiem 113,9 uplasował się na pozycji 4 względem pozostałych regionów.

Po względem chorobowości szpitalnej i ambulatoryjnej wyróżniały się również przypadki zachorowań na grupę zapalenie płuc. W 2016 r. z powodu wyżej wskazanej grupy chorób hospitalizowano było 12 824 mieszkańców województwa śląskiego. Wyniki wyższe od województwa śląskiego osiągnęły jedynie mazowieckie (19 663 osoby), łódzkie (14 032) i małopolskie (13 051). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że po przeliczeniu liczb bezwzględnych na 100 tys. ludności region osiągnął najniższą wartość wskaźnika względem pozostałych województw.

Mapa 37 Wskaźnik chorobowości szpitalnej z powodu zapalenia płuc w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (ostrych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 12.

Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej dla wskazanej grupy, był dużo niższy niż w przypadku chorobowości szpitalnej. W 2016 r. dla województwa śląskiego osiągnął on wartość 3 453 osoby. Należy zauważyć, że osiągnięty wynik był nie tylko najwyższy w kraju, ale również dużo wyższy od wyniku województwa zajmującego pozycję wicelidera - małopolskie (2 537).

Pod względem chorobowości ambulatoryjnej dla zapalenia płuc w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo osiągnęło wynik 75,7, uplasowało się na 6 pozycji w kraju. Wartość wskaźnika osiągnięta przez lidera - województwo podlaskie, wyniosła 166,8.

Analiza danych statystycznych zawartych w *Mapie potrzeb* z 2017, prezentującej wyniki dla roku 2014 wykazała wzrost zachorowalności szpitalnej z powodu zapalenia płuc. W przypadku zachorowalności ambulatoryjnej sposób prezentacji danych znacznie różni się we wskazanych dokumentach, dlatego nie dokonano porównania.

Analizując strukturę wieku pacjentów stwierdzono, że w przypadku chorobowości szpitalnej dominowali najmłodsi mieszkańcy regionu (do 18 r.ż.), natomiast w przypadku chorobowości ambulatoryjnej stanowili oni najmniej liczną grupę. W przypadku grupy osób w wieku 65+, jest ona mocno reprezentowana w przypadku omawianych chorobowości.

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

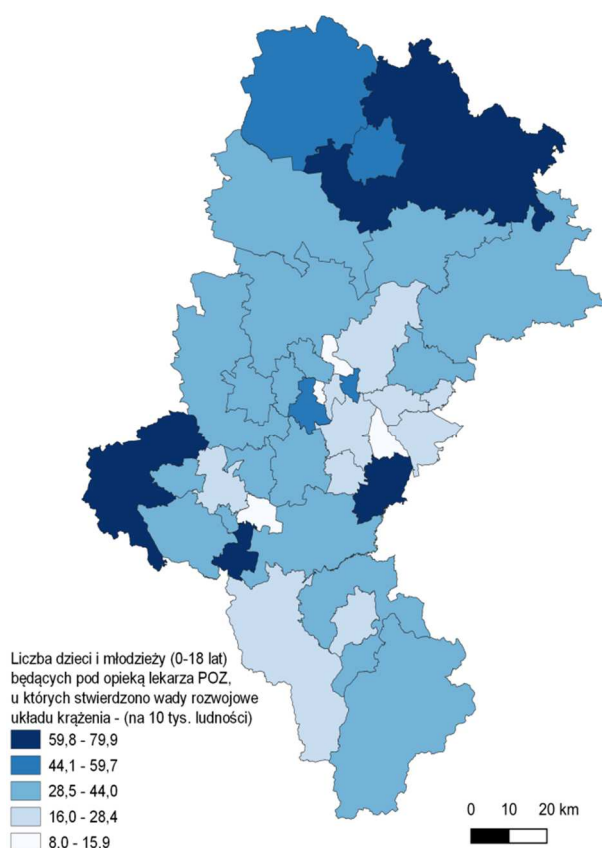
Choroby przewlekłe

W całym kraju pod opieką lekarza POZ (rodzinnego) przebywało w 2019 r. 1 341 519 dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono choroby układu krążenia. W samym województwie śląskim wskazanych osób było 121 435 (9,05%). Analizując zmiany zachodzące w ostatnich dziesięciu latach stwierdzono, że osiągnięty w regionie wynik w 2019 r. był jednym z najniższych we wskazanym okresie czasu. Stwierdzono również tendencję spadkową w zakresie nowych przypadków schorzenia.

We wskazanej powyżej grupie wiekowej najczęściej diagnozowano chorobę nadciśnieniową (1 711 osób) i wady rozwojowe układu krążenia (2 779). W przypadku choroby nadciśnieniowej najczęściej leczonych dzieci i młodzieży było w wieku 15-18 r.ż. (1000 osób), natomiast w przypadku wad rozwojowych, najczęściej były to dzieci w wieku 5-9 lat (661).

Analizując sytuację epidemiologiczną w powiatach województwa śląskiego, należy stwierdzić, że najczęściej przypadków leczenia w POZ dzieci i młodzieży z powodu wad rozwojowych dotyczyło mieszkańców powiatów: częstochowskiego (68,9 na 10 tys.), raciborskiego (79,9), bieruńsko-lędzińskiego (70,9) oraz m. Jastrzębia (59,8). Natomiast w przypadku choroby nadciśnieniowej najczęściej była ona leczona w Dąbrowie Górniczej (58,4), powiecie bieruńsko-lędzińskim (44,0) oraz raciborskim (42,7).

Mapa 38 Liczba dzieci i młodzieży z województwa śląskiego w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza POZ w 2019 r., u których stwierdzono wady rozwojowe układu krążenia (współczynnik na 10 tys. ludności).

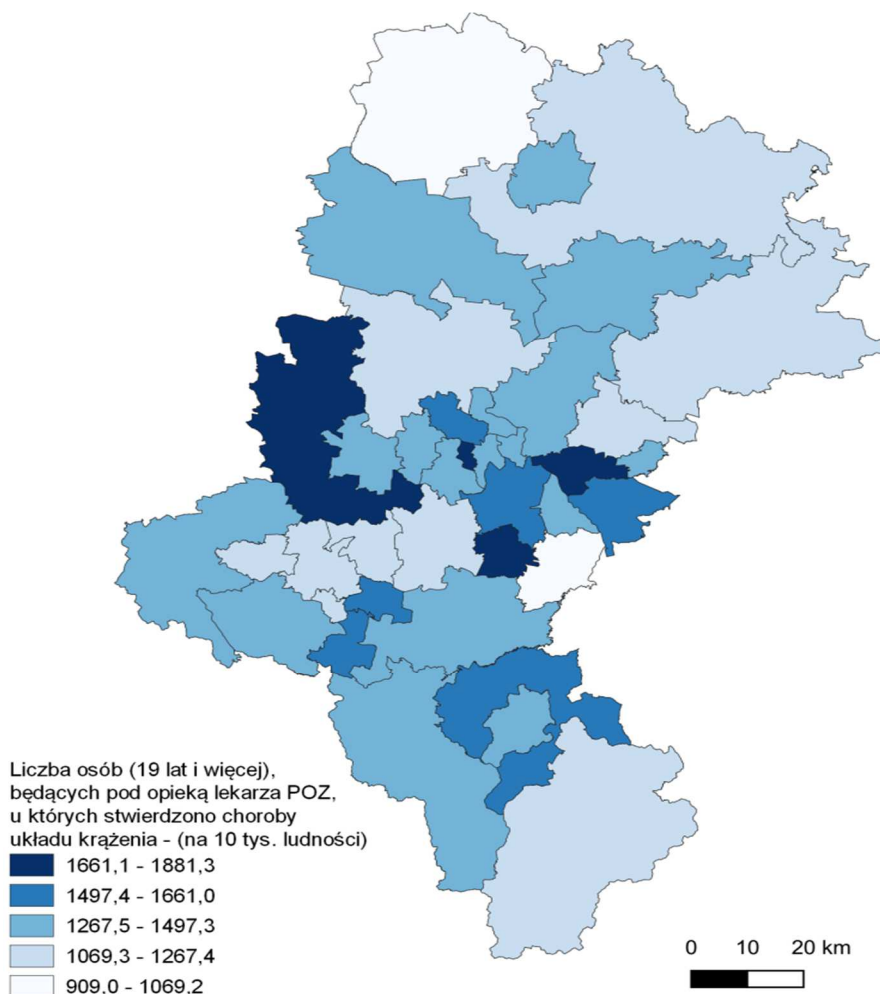


Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Wśród dorosłych mieszkańców województwa śląskiego, w 2019 r. pod opieką lekarza POZ, u których stwierdzono choroby układu krążenia było 528 025 osób, co stanowiło 59,77% ogółu osób, u których stwierdzono jakiegokolwiek schorzenia. Wynik osiągnięty w liczbach bezwzględnych był wyższy od roku 2018, który był najniższym wynikiem od 2010 r.

W przeliczeniu na 10 tys. ludności, w 2019 r. pod opieką lekarza rodzinnego najczęściej pozostawali mieszkańcy Sosnowca (1 881,3 chorych), Tychów (1 880,9) oraz Świętochłowic (1 871,0).

Mapa 39 Liczba mieszkańców województwa śląskiego w wieku 19 lat i więcej, będących pod opieką lekarza POZ (rodzinnego) w 2019 r., u których stwierdzono choroby układu krążenia (współczynnik na 10 tys. mieszkańców).

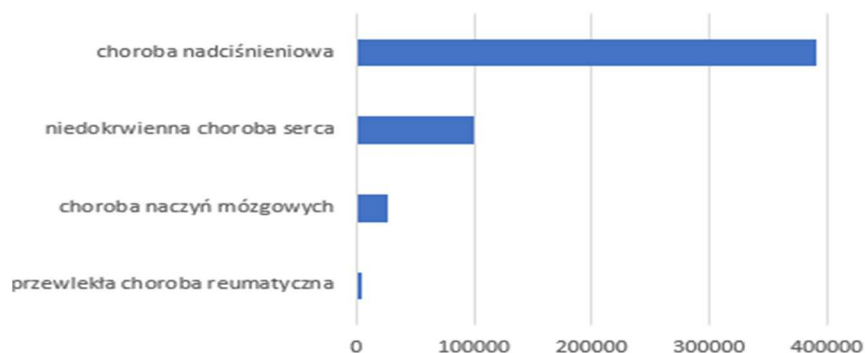


Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

W całej Polsce w poradniach kardiologicznych udzielono 4 948,42 tys. porad, z czego 669,11 tys. w samym województwie śląskim. Wyniki wyższe od regionu uzyskało jedynie województwo mazowieckie – 690,40 tys.

U pacjentów najczęściej występowała choroba nadciśnieniowa (395 273 osoby) oraz niedokrwienne choroba serca (96 897). Wskazana tendencja widoczna była również na poziomie kraju.

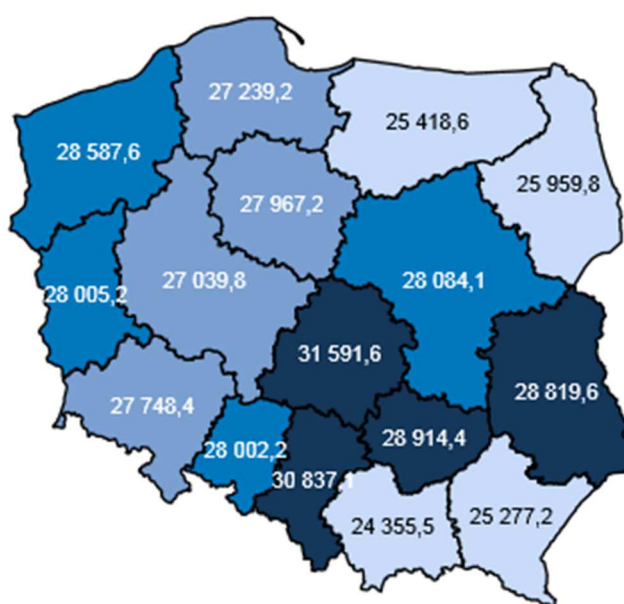
Wykres 22 Liczba osób z województwa śląskiego w wieku 19 lat i więcej będące pod opieką lekarza POZ (rodzinnego), u których stwierdzono wybrane choroby układu krążenia w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

W całym kraju chorobowość rejestrowana na grupę nadciśnienie tętnicze w 2016 r. wyniosła 10 721,9 tys. Natomiast w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców osiągnęła wartość 27,9 tys. W samym województwie śląskim chorobowość rejestrowana (wg zamieszkania pacjenta) wyniosła 1 405,9 tys. Osiągnięta wartość była niższa jedynie od wyniku uzyskanego przez województwo mazowieckie (1 507,0 tys.).

Mapa 40 Chorobowość rejestrowana na nadciśnienie tętnicze w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

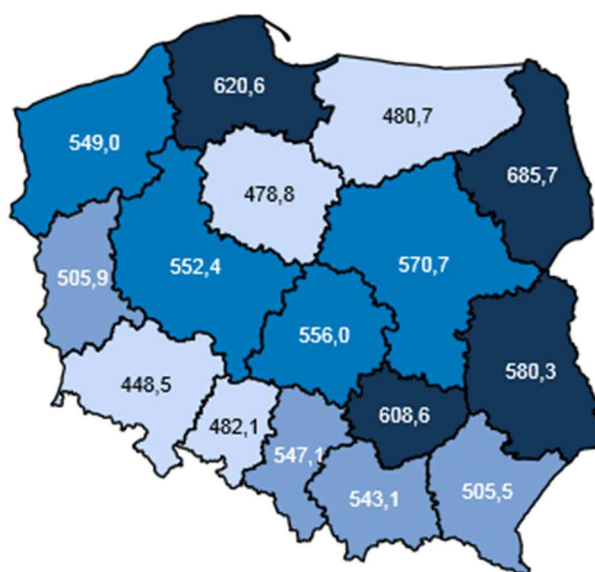


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 12.

W całym kraju chorobowość rejestrowaną dla grupy choroba niedokrwienna serca oszacowano w 2016 r. na 2 478,0 tys. Wśród województw osiągane wartości mieściły się w przedziale od 56,3 tys. (opolskie) do 370,6 tys. (śląskie). Region osiągał również najwyższe wartości wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 8 129,1. W województwie śląskim występowała również jedna z najwyższych zapadalności rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń. W roku 2016 osiągnęła ona wartość 28,8 tys. (pozycja lidera).

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

Mapa 41 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 17.

Pod względem chorobowości rejestrowanej na wyżej wskazane schorzenia wyróżniały się takie województwa jak: mazowieckie (253,7 tys.), śląskie (211,1 tys.), wielkopolskie (135,5 tys.) oraz małopolskie (130,8 tys.).

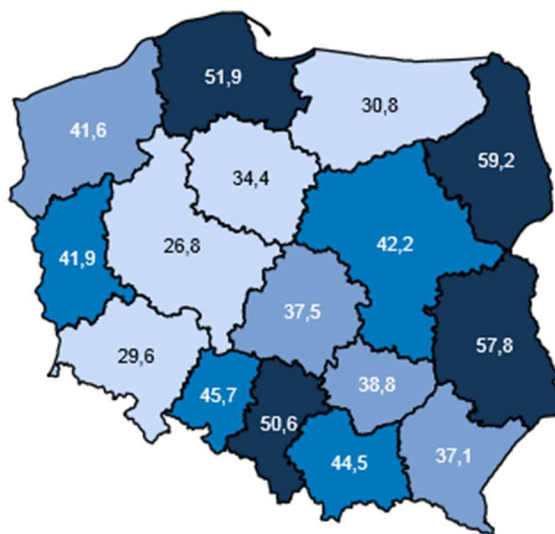
CHOROBY OSTRE

Z chorób układu krążenia o przebiegu ostrym analizie poddano zator płucny i tętniak aorty. Ze względu na przebieg choroby, analizie poddano chorobowość szpitalną i ambulatoryjną obu schorzeń.

Wskaźnik chorobowości szpitalnej dla zatoru płucnego wyniósł 2 104, natomiast dla tętniaka aorty – 1 266. W obu przypadkach województwo uplasowało się na pozycji wicelidera za województwem mazowieckim. Natomiast pod względem wartości wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. ludności region osiągnął wartości 46,1 dla zatoru płucnego i 27,8 dla tętniaka aorty.

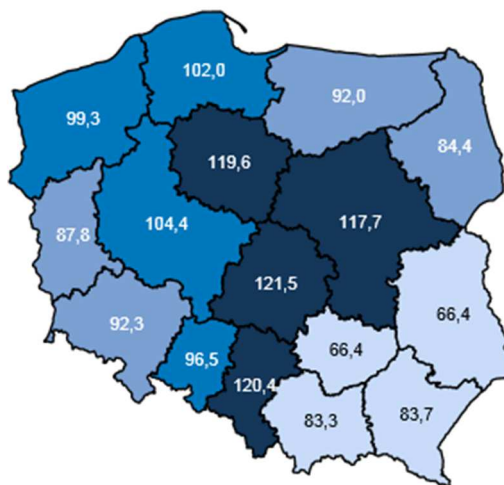
Wskaźniki chorobowości ambulatoryjnej dla wskazanych schorzeń przedstawiono na poniższych mapach.

Mapa 42 Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej dla zatoru płuc w przeliczeniu na 100 tys. ludności (2016 r.).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 39.

Mapa 43 Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej dla tętniaka aorty w przeliczeniu na 100 tys. ludności (2016 r.).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 41.

Porównanie Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa śląskiego z roku 2018 i 2015 nie dało możliwości określenia zmian zachodzących w czasie. Głównym powodem były różnice w sposobie prezentacji danych, w tym brak szacowania w 2015 r. wskaźnika chorobowości szpitalnej czy ambulatoryjnej.

CHOROBY UKŁADU KOSTNO-MIĘŚNIOWEGO

Zapadalność rejestrowana dla grupy *choroby stawów* w 2016 r. wyniosła 543,3 tys. przypadków w całym kraju (w 2014 wyniosła 584,5 tys.). W poszczególnych województwach wskaźnik zapadalności rejestrowanej mieścił się w przedziale od 11,5 tys. (opolskie) do 76,0 tys. (mazowieckie). Śląskie

z wynikiem 67,4 tys. znalazło się na pozycji wicelidera. Uzyskany wynik w regionie był niższy od uzyskanego w 2014 r. (76,8 tys.). W przeliczeniu na 100 tys. ludności, najniższy wynik wśród województw osiągnęło również opolskie (1 155,2), natomiast najwyższy zachodniopomorskie (1 613,4). Województwo śląskie osiągnęło wynik 1 477,6 osób.

Tabela 4 Struktura zapadalności rejestrowanej na choroby stawów w 2016 r. z podziałem na wiek pacjenta [%].

Województwo	<18 lat	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	12,9	18,98	12,80	23,60	32,53
kujawsko-pomorskie	9,96	21,46	15,56	24,25	29,03
lubelskie	19,75	17,69	13,54	20,97	28,06
lubuskie	8,51	20,90	13,91	24,95	31,73
łódzkie	10,54	19,76	13,98	23,49	32,22
małopolskie	9,17	22,47	15,52	22,74	30,09
mazowieckie	13,07	20,41	13,50	21,98	31,05
opolskie	8,25	19,12	14,05	24,19	34,38
podkarpackie	11,02	21,45	15,98	22,87	28,68
podlaskie	11,96	19,80	14,94	22,70	30,60
pomorskie	11,57	22,90	14,75	21,77	29,01
śląskie	11,33	20,88	14,99	23,08	29,73
świętokrzyskie	11,52	21,39	13,84	23,18	30,07
warmińsko-mazurskie	14,82	21,53	14,41	22,56	26,68
wielkopolskie	20,16	18,80	12,98	20,73	27,32
zachodniopomorskie	17,60	18,51	12,76	22,64	28,49

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 33.

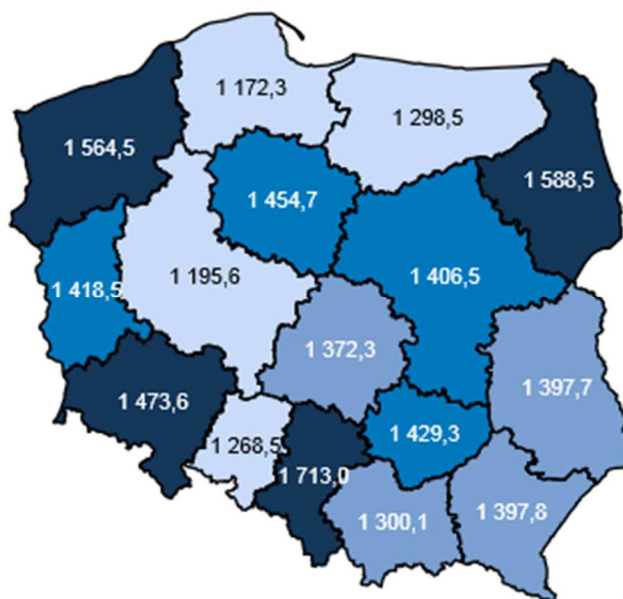
Nowe zachorowania na choroby stawów dotyczyły w regionie głównie starszych mieszkańców. Najwięcej zachorowań dotyczyło osób z przedziału wiekowego 65+ (29,73%) oraz 54-64 lata (23,08%). Należy jednak zwrócić uwagę, że we wskazanym zakresie region nie wyróżniał się na tle pozostałych województw.

W całym kraju zauważalna jest większa zapadalność na choroby stawów u kobiet. W przypadku województwa śląskiego, na choroby stawów w 2016 r. zapadło 60,11% kobiet. Najwyższy udział procentowy kobiet stwierdzono w województwie lubuskim (61,55%).

Chorobowość rejestrowaną dla chorób stawów oszacowano w całym kraju na 5 195,5 tys., a w samym województwie śląskim na 680,8 tys. Pod względem liczebności, wynik wyższy od województwa śląskiego osiągnęło jedynie mazowieckie (719,8 tys.). Należy jednak zwrócić uwagę, że po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. ludności, żaden region nie osiągnął tak wysokiego wyniku jak województwo śląskie (14 932,1).

Województwo śląskie charakteryzowało się również wysoką zapadalnością na choroby kręgosłupa. W roku 2016 wskaźnik zapadalności rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń wyniósł w regionie 78,1 tys. przypadków, co stanowiło 14,33% nowych zachorowań na poziomie kraju.

Mapa 44 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na choroby kręgosłupa w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2016 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 37.

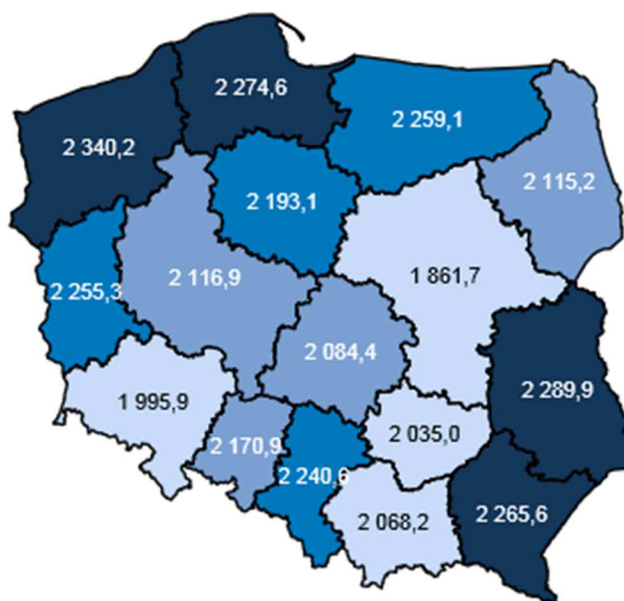
W przypadku chorób kręgosłupa, po przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. mieszkańców, województwo śląskie osiągając wartość 1 713,0 uzyskało najwyższy wynik w kraju. Widoczna jest również duża przewaga nad regionami zajmującymi kolejne pozycje w rankingu. Województwo podlaskie, wicelider w wyżej wskazanym zakresie osiągnął wartość 1 588,5 przypadków.

Analizując zapadalność rejestrowaną na choroby kręgosłupa stwierdzono, że w regionie najczęściej dotyczyła ona osób z przedziału wiekowego 18-44 lata (26,86%), czyli osób w wieku produkcyjnym. Kolejną grupę stanowiły osoby w wieku 65+ (24,34%). Niepokojący jest również fakt, że województwo śląskie charakteryzowało się jednym z najwyższych udziałów procentowych zachorowań dzieci i młodzieży do lat 18 względem pozostałych regionów (13,20%).

W przypadku schorzeń kręgosłupa, w 2016 r. chorobowość rejestrowana na poziomie kraju wyniosła 5 341,9 tys. osób. W poszczególnych województwach oscylowała ona pomiędzy 127,3 tys. osób z województwa opolskiego do 814,3 tys. osób będących mieszkańcami województwa śląskiego. Tak jak w przypadku wskaźnika zapadalności rejestrowanej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności region uzyskał nie tylko najwyższy wynik (17 860,2), ale również uzyskał znaczącą przewagę nad wiceliderem (dolnośląskie - 14 543,6).

Analizie poddano również poziom zapadalności rejestrowanej na choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne). Wskaźnik zapadalności w 2016 r. na omawianą grupę schorzeń w Polsce oszacowano na 818,4 tys. osób (w 2014 r. - 458,5 tys.). W wyżej wskazanej liczbie 12,49% przypadków (tj. 102,2 tys.) to mieszkańcy województwa śląskiego. Dla kolejnego w rankingu województwa wartość wskaźnika oszacowano na 99,9 tys. pacjentów. Należy jednak zwrócić uwagę, że po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. ludności, śląskie zajmowało dopiero siódmą pozycję względem pozostałych województw.

Mapa 45 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 42.

Patrząc na udział procentowy poszczególnych grup wiekowych w zapadalności rejestrowanej z zakresu wyżej wskazanej grupy schorzeń, stwierdzono bardzo zbliżone wyniki osiągnięte przez województwa. Najwięcej zachorowań dotyczyło przedziału wiekowego 18-44 lata, a jego udział procentowy w zapadalności ogółem mieścił się w przedziale od 33,57% (dolnośląskie) do 37,74% (lubuskie).

Chorobowość rejestrowana dla chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) została dla kraju oszacowana na poziomie 6 758,2 tys. Dla województwa śląskiego wartość ta została oszacowana na poziomie 891,5 tys. leczonych. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wartości powyżej średniej krajowej wynoszącej 17,6 tys. uzyskały województwa: lubelskie (20 113,5), lubuskie (20 027,5), warmińsko-mazurskie (19 897,0), śląskie (19 554,5), zachodniopomorskie (19 527,6), opolskie (19 231,3), pomorskie (18 086,0), podkarpackie (18 061,8).

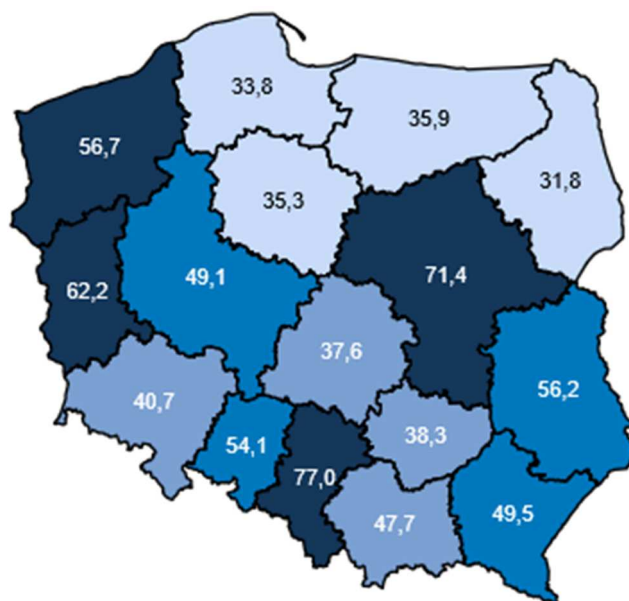
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

Choroby wieku podeszłego

Choroby przewlekłe

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy *choroba Alzheimera i inne otępienia* w 2016 r. w całym kraju wyniosła 20,1 tys. przypadków. Zdecydowanymi liderami pod względem zapadalności na wyżej wskazane schorzenia było województwo mazowieckie (3 831 osób) i śląskie (3 511). Współczynnik zapadalności (na 100 tys. ludności) na poziomie kraju wyniósł 52,2. W samym województwie śląskim współczynnik osiągnął wartość 77,0.

Mapa 46 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na chorobę Alzheimera i inne otępienia w 2016 r. w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 7.

Chorobowość rejestrowana na wyżej wskazane schorzenia wyniosła na poziomie kraju 129,1 tys. osób, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 0,3 tys. W regionie chorobowość rejestrowana wyniosła 20,4 tys. (2 pozycja w kraju), natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności 447,7 (również 2 pozycja w kraju). W obu przypadkach wyniki wyższe od województwa śląskiego osiągnęło województwo mazowieckie.

Zapadalność rejestrowana w całym kraju na chorobę *Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe* osiągnęła wartość w 2016 r. 36,7 tys. przypadków. Patrząc na poziom zapadalności pod kątem miejsca zamieszkania pacjenta można stwierdzić, że najwięcej chorych to mieszkańcy województwa mazowieckiego (5 165 osób) i śląskiego (4 818). Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności w Polsce wyniósł 95,6 osób. Wynik wyższy od średniej krajowej uzyskało siedem województw, w tym śląskie (105,7 osób).

Chorobowość rejestrowaną na chorobę Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe na koniec 2016 r. oszacowano na poziomie 298,2 tys. osób w całym kraju. We wskazanej liczbie 40,8 tys. chorych było mieszkańcami województwa śląskiego. W poszczególnych województwach poziom chorobowości rejestrowanej mieścił się w przedziale od 7,0 tys. (lubuskie) do 42,2 tys. (mazowieckie).

Pod względem chorobowości rejestrowanej na omawianą grupę schorzeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności region ze względu na wartość wskaźnika (895,9 osób) uzyskał pozycję lidera.

Choroby ostre

Wśród chorób neurologicznych wieku podeszłego, analizowanych w *Mapach potrzeb zdrowotnych*, w województwie śląskim u największej ilości osób zdiagnozowano następujące podgrupy schorzeń: pozostałe naczyniopochodne, TIA (przemijający atak niedokrwienny) oraz udar niedokrwienny mózgu.

Tabela 7 Wskaźniki chorobowości dla wybranych grup schorzeń neurologicznych wieku podeszłego dla roku 2016 [osoby].

Grupa schorzeń	Wskaźnik chorobowości szpitalnej		Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej	
	Wartości bezwzględne (pozycja w kraju)	Podział na 100 tys. ludności (pozycja w kraju)	Wartości bezwzględne (pozycja w kraju)	Podział na 100 tys. ludności (pozycja w kraju)
Pozostałe naczyniopochodne	4 121 (6 m.)	90,4 (15 m.)	33 910 (1 m.)	743,8 (3 m.)
TIA	6 482 (1 m.)	142,2 (5 m.)	26 448 (1 m.)	580,1 (2 m.)
Udar niedokrwienny mózgu	9 704 (2 m.)	212,8 (6 m.)	4 367 (1 m.)	95,8 (4 m.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, str. 20-31.

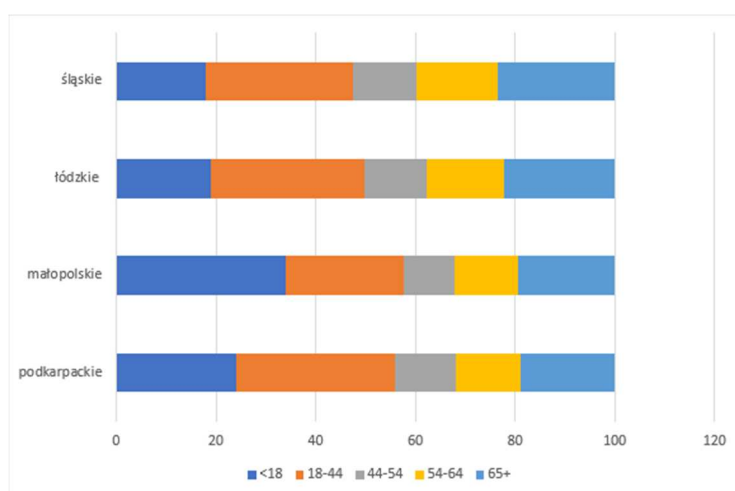
Choroby inne niż wieku podeszłego

Choroby przewlekłe

W kraju w 2016 r. zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy *padaczka* wyniosła 53,9 tys. osób. Wskaźnik zapadalności na wskazaną chorobę w poszczególnych województwach oscylował w granicach od 1,1 tys. (w województwie podlaskim) do 6,9 tys. (w województwie mazowieckim). Województwo śląskie z wartością wskaźnika 6,8 tys. osób zajęło pozycję wicelidera.

Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności na poziomie kraju wyniósł 140,2 osoby. Najwyższe wyniki w wyżej wskazanym zakresie osiągnęły następujące województwa: podkarpackie (166,1 osoby), małopolskie (154,0 osoby), łódzkie (150,4 osoby) i śląskie (150,2 osoby).

Wykres 23 Struktura zapadalności rejestrowanej na padaczkę w 2016 r. w wybranych województwach, w zależności od grupy wiekowej chorych [%].

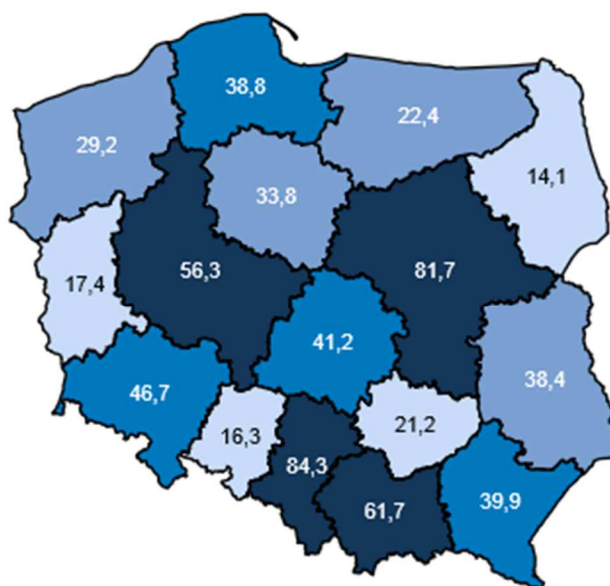


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 19.

W przypadku województwa śląskiego najwięcej chorych mieściło się w przedziale wiekowym 18-44 lata (29,65%) oraz 65+ (23,46%). Należy zwrócić uwagę, że struktura zapadalności rejestrowanej z podziałem na grupy wiekowe pacjentów, jest zbliżona w województwach osiągających najwyższe wyniki w zakresie zapadalności na wskazaną grupę schorzeń.

Chorobowość rejestrowaną na padaczkę na koniec 2016 r. oszacowano w całym kraju na poziomie 643,4 tys., natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności na 1,7 tys. Na poniższej mapie przedstawiono wartości wskaźnika z podziałem na poszczególne województwa.

Mapa 47 Wskaźnik chorobowości rejestrowanej na dzień 31.12.2016 r. na padaczkę z podziałem na województwa [tys.].



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 23.

Po przeliczeniu wartości chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności, województwo śląskie z wynikiem 1 849,4 uplasowało się na 2 pozycji względem pozostałych województw, za podkarpackim (1 876,9).

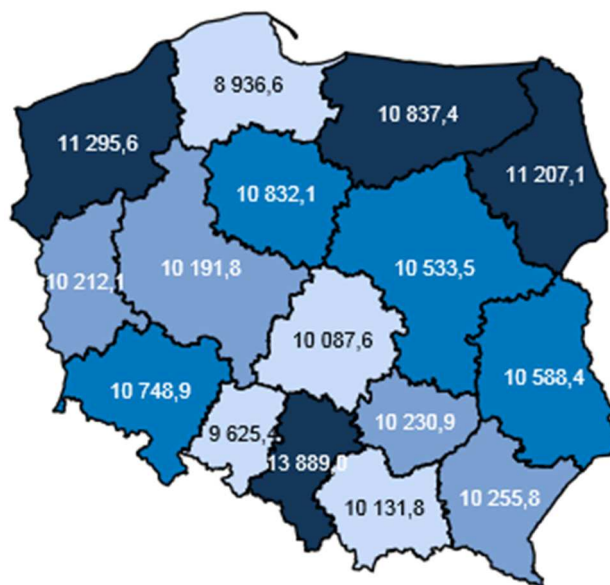
W Polsce w 2016 r. zapadalność rejestrowana dotycząca chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa wyniosła 407,6 tys., natomiast w samym województwie śląskim - 58,3 tys. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności na poziomie kraju osiągnął wartość 1 060,4, a w samym regionie – 1 278,9.

Struktura zapadalności na wskazaną grupę schorzeń w województwie śląskim w podziale na grupy wiekowe przedstawiała się następująco:

- <18 – 1,22%;
- 18-44 – 26,46%;
- 45-54 – 18,15%;
- 55-64 – 24,06%;
- 65+ - 30,11%.

Województwo śląskie wyróżniało się na tle pozostałych województw, ze względu na osiągnięte najwyższe wyniki w zakresie chorobowości rejestrowanej na choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa w liczbach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców.

Mapa 48 Chorobowość rejestrowana na dzień 31.12.2016 r. na choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 28.

Województwo śląskie osiągało również wysokie wyniki w zakresie zapadalności rejestrowanej na Mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie. W roku 2016 wskaźnik zapadalności na wskazaną powyżej grupę schorzeń na poziomie kraju wyniósł 399,2 tys. przypadków. W liczbach bezwzględnych najwyższe wartości odnotowano w województwie śląskim (50,3 tys. przypadków), natomiast najniższe w opolskim (7,9 tys.). Po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. mieszkańców najwyższe wyniki osiągnęło województwo lubelskie (1 437,0), a najniższe tak jak w przypadku wartości bezwzględnych województwo opolskie (791,2). Województwo śląskie we wskazanym zakresie osiągnęło wartość 1 102,2.

Liczbę chorych na analizowaną grupę schorzeń oszacowano w całym kraju na poziomie 3 996,7 tys. osób, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, oszacowano na 10,4 tys. Natomiast w samym województwie śląskim szacunki wyglądają następująco: 545,3 tys. (w liczbach bezwzględnych) i 11 961,3 (w przeliczeniu na 100 tys. ludności).

Choroby ostre

W poniższej tabeli zawarto informacje dotyczące najczęściej występujących w regionie podgrup schorzeń neurologicznych (innych niż wieku podeszłego).

Tabela 8 Wybrane grupy schorzeń układu nerwowego o przebiegu ostrym w województwie śląskim w 2016 r. [osoby].

Nazwa podgrupy schorzeń	Wskaźnik chorobowości szpitalnej		Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej	
	Liczby bezwzględne	W przeliczeniu na 100 tys. ludności	Liczby bezwzględne	W przeliczeniu na 100 tys. ludności
Bóle głowy	7 917	173,7	49 716	1 090,5
Urazy głowy	6 777	148,7	3 498	76,7
Urazy kręgosłupa	7 082	155,3	4 654	102,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 43 – 49.

CHOROBY GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

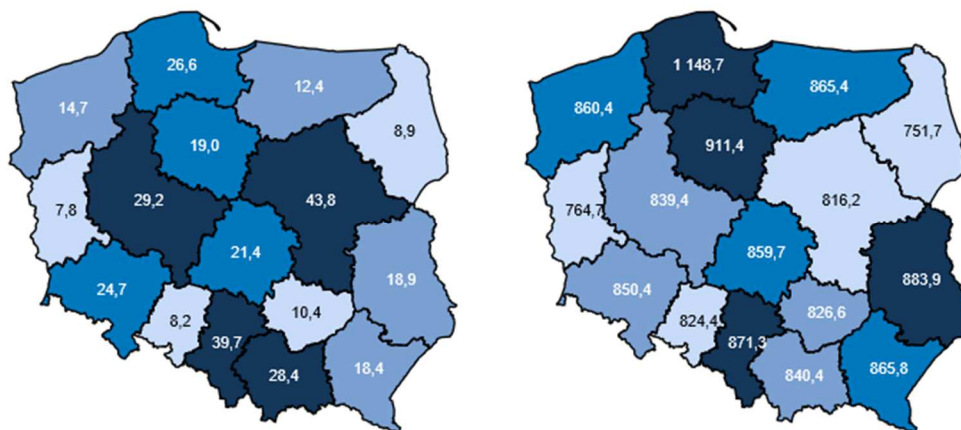
W 2016 r. w całym kraju zapadalność rejestrowana na choroby gonad wyniosła 51,1 tys. przypadków, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. osób wyniosła 133,1. Największą wartość zapadalności rejestrowanej w liczbach bezwzględnych stwierdzono w województwach: mazowieckim (9,6 tys. pacjentów), śląskim (6,1 tys.), małopolskim (4,4 tys.) i wielkopolskim (4,4 tys.). Pod względem współczynnika zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności województwo śląskie z wynikiem 134,5 znalazło się na 6 pozycji względem pozostałych regionów.

Struktura zapadalności rejestrowanej z podziałem na płeć pacjenta wykazała, że omawiana grupa chorób dotyczyła częściej kobiet (67,51%). Natomiast analizując zapadalność rejestrowaną z podziałem na wiek pacjenta stwierdzono największy udział procentowy pacjentów w grupach wiekowych do 18 r.ż. (41,23%) oraz 18 – 4/4 (48,70%).

Region uzyskał również jeden z najwyższych wyników pod względem chorobowości rejestrowanej na choroby gonad (59,3 tys.). Wynik wyższy od województwa śląskiego uzyskało jedynie mazowieckie (93,6 tys.)

Drugą z najczęściej występujących grup chorób są choroby tarczycy. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej w kraju wyniósł 332,5 tys. przypadków (na 100 tys. mieszkańców - 865,1). Wartości wskaźnika z podziałem na województwa wskazano na poniższych mapach.

Mapa 49. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r. na choroby tarczycy w liczbach bezwzględnych w tys. pacjentów (mapa z lewej strony) i w przeliczeniu na 100 tys. Pacjentów (mapa z prawej strony).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 27.

Podobnie jak w przypadku chorób gonad, na choroby tarczycy w regionie zapadały częściej kobiety (82,31%). Najwyższy udział procentowy zapadalności rejestrowanej stwierdzono w grupach wiekowych: 18 – 44 (35,45%) i 65+ (25,35%).

Na dzień 31.12.2016 chorobowość rejestrowaną chorób tarczycy w Polsce oszacowano na 2 918,4 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. - 7,6 tys.), natomiast w samym województwie śląskim oszacowano na 375,1 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. - 8 227,7).

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy choroby trzustki w całym kraju wyniosła 132,3 tys. przypadków. Natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 344,2. W województwie śląskim wskaźnik

zapadalności rejestrowanej wyniósł 15,2 tys. przypadków, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. przypadków osiągnął wartość 333,2.

Chorobowość rejestrowana na choroby trzustki w 2016 r. wyniosła w kraju 532,4 tys. przypadków, w tym w regionie 64,1 tys. Wartość wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniosła natomiast 1,4 tys. Przypadków, natomiast dla województwa śląskiego - 1 405,4.

CHOROBY KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO

Analiza poziomu zarówno zapadalności rejestrowanej, jak również chorobowości rejestrowanej wskazuje, że w przypadku chorób krwi i układu odpornościowego najczęściej mieszkańców regionu chorowało na niedokrwistości niedoborowe, zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) i schorzenia klasyfikowane jako inne choroby krwi.

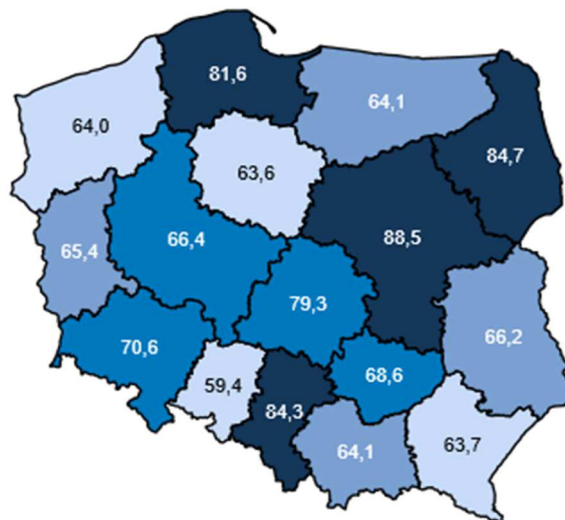
W całym kraju w 2016 r. wskaźnik zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe osiągnął wartość 30,9 tys. przypadków. W poszczególnych województwach widoczne były znaczne rozbieżności pod względem uzyskiwanego wyniku, mieszczące się w przedziale od 60 przypadków (zachodniopomorskie) do 4 960 (mazowieckie). Województwo śląskie z wynikiem 4 166 zajęło pozycję wicelidera w wyżej wskazanym zakresie (ok. 14% przypadków w kraju).

Pod względem wartości wskaźnika zapadalności rejestrowanej na niedokrwistości niedoborowe w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo śląskie znalazło się wprawdzie na dalszej pozycji względem pozostałych regionów (7 pozycja), jednak uzyskany wynik był wyższy od średniej na poziomie kraju.

Pod względem chorobowości rejestrowanej na omawianą grupę schorzeń, województwo śląskie było wiceliderem zarówno ze względu na wartość wskaźnika w liczbach bezwzględnych jak i w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. W pierwszym przypadku region osiągnął wartość 31,7 tys. przypadków (mazowieckie 37,4 tys.), natomiast w drugim 694,7 (mazowieckie 697,8).

Zapadalność rejestrowana na zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) na poziomie kraju wyniosła 28,2 tys. (w regionie 3 842 przypadki), natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 73,4 (w regionie 84,3).

Mapa 50 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności na zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte) w podziale na województwa (2016 r.).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób krwi i układu odpornościowego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 37.

Województwo śląskie osiągało również jedno z najwyższych wyników pod względem chorobowości rejestrowanej. W liczbach bezwzględnych region osiągnął wartość 26,1 tys., co uplasowało śląskie na drugiej pozycji za mazowieckim (32,3 tys.). Wprawdzie w przeliczeniu na 100 tys. ludności województwo śląskie z wynikiem 573,1 znalazło się dopiero na trzeciej pozycji, jednak uzyskany wynik był wyższy od średniej krajowej.

Zapadalność rejestrowana na *inne choroby krwi* w całej Polsce wyniosła 44,2 tys. przypadków. Analizując poziom zapadalności rejestrowanej przez pryzmat województw stwierdzono, że zdecydowanie wyróżniają się śląskie (6 557 przypadków) i mazowieckie (6 058). Wskazane regiony charakteryzowały się nie tylko najwyższymi wartościami względem pozostałych województw, ale również znaczącą przewagą nad regionem znajdującym się na pozycji trzeciej (wielkopolskie – 3910). Należy również zwrócić uwagę, że województwo śląskie zajmowało pozycję lidera pod względem wartości wskaźnika w przeliczeniu na 100 tys. ludności (143,8). Wartość wskaźnika na poziomie kraju wyniosła 115,1.

Tabela 9 Struktura zapadalności rejestrowanej na wybrane grupy schorzeń dla mieszkańców województwa śląskiego w 2016 r. z podziałem na wiek [%].

Nazwa grupy schorzeń	<18	18 – 44	44 – 54	54 – 64	65+
Niedokrwistości niedoborowe	14,57	17,23	12,12	11,02	45,06
Zaburzenia krzepnięcia i skazy krwotoczne (nabyte)	21,92	22,88	9,40	14,52	31,29
Inne choroby krwi	12,32	23,81	14,47	19,25	33,16

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób krwi i układu odpornościowego dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 8 – 43.

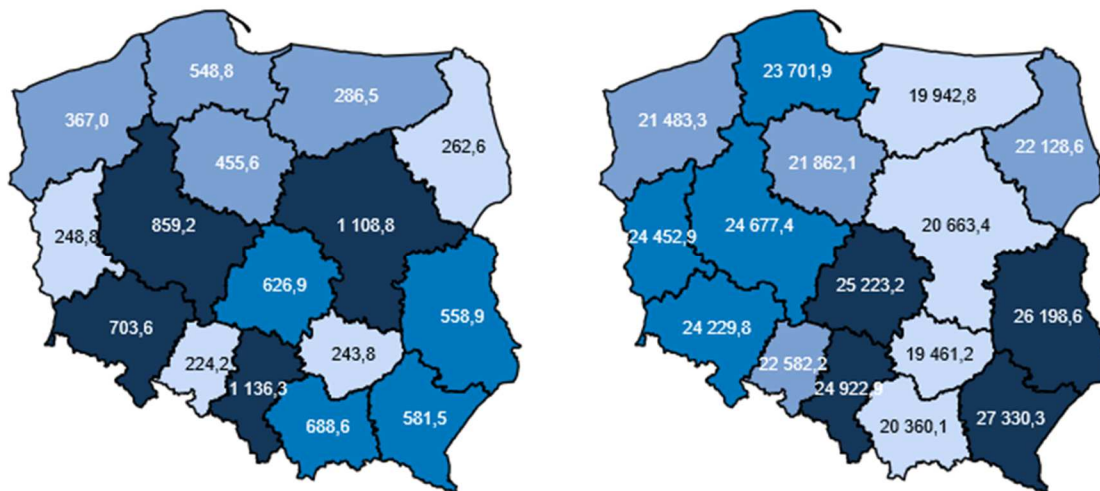
CHOROBY OKA I OKOLIC

Wśród mieszkańców województwa śląskiego najczęściej występującą grupą schorzeń oka był *zez i niedowidzenie*. Zapadalność rejestrowana w roku 2016 w całym kraju wyniosła 617,9 tys., natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 1 607,8. Analizując wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla województwa śląskiego stwierdzono, że region plasuje się na pozycji lidera w przypadku zapadalności w liczbach bezwzględnych (83,8 tys.), natomiast w przypadku zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności na pozycji wicelidera (1 837,8).

Analiza zapadalności rejestrowanej w zależności od wieku pacjenta wykazała, że grupa schorzeń najczęściej dotyczyła mieszkańców do 18 r.ż. (26,12%). Wskazana tendencja była widoczna prawie we wszystkich województwach (za wyjątkiem kujawsko-pomorskiego). Należy jednak zwrócić uwagę, że w regionie różnice procentowe pomiędzy poszczególnymi przedziałami wiekowymi są niewielkie i nie przekraczają kilku punktów procentowych.

W przypadku chorobowości rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń, na poziomie kraju została ona oszacowana na 8 901,0 tys. w liczbach bezwzględnych, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 23,2 tys. Rozmieszczenie regionalne pacjentów ze zdiagnozowaną grupą schorzeń wskazano na poniższych mapach.

Mapa 51 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r. na grupę chorób zez i niewidzenie w liczbach bezwzględnych w tys. pacjentów (mapa z lewej strony) i w przeliczeniu na 100 tys. pacjentów (mapa z prawej strony).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 13.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy zaćma w 2016 r. w Polsce wyniosła 237,0 tys. przypadków. Liczba przypadków zdiagnozowanych w regionie osiągnęła wartość 33 tys., co stanowiło 13,9% przypadków na poziomie kraju. Jednocześnie wynik osiągnięty przez województwo śląskie był najwyższym wynikiem względem pozostałych województw. Region uplasował się na pozycji lidera również po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. ludności.

Jak wynika z analizy struktury zapadalności z podziałem na wiek pacjenta, na schorzenia z grupy zaćma chorowali głównie mieszkańcy powyżej 65 r.ż. We wszystkich województwach, udział procentowy wskazanej grupy wiekowej w ogóle zachorowań osiągał wartość powyżej 74%.

Na potrzeby dokumentu analizie poddano również współczynnik chorobowości szpitalnej. Pod względem ilości osób hospitalizowanych z powodu chorób oka i okolic, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, wyniki powyżej średniej na poziomie kraju uzyskały następujące województwa: śląskie (lider), łódzkie, zachodniopomorskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, opolskie, lubelskie, mazowieckie i świętokrzyskie. Natomiast w samym województwie śląskim, najwięcej pacjentów (w przeliczeniu na 100 tys. ludności) zamieszkiwało powiat zawierciański, m. Jaworzno, m. Mysłowice, m. Katowice, m. Tychy, m. Bielsko-Biała, m. Jastrzębie Zdrój, m. Gliwice i m. Bytom.

W województwie śląskim w 2016 r. najwięcej osób było hospitalizowanych z powodu schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu. W liczbach bezwzględnych było to 26 871 osób. Wynik wyższy od regionu uzyskała jedynie województwo mazowieckie (27 762). Województwo śląskie osiągając wynik 589,4 było również liderem w przeliczeniu wskaźnika na 100 tys. ludności.

Województwo śląskie charakteryzowało się również największą ilością porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w przeliczeniu na 100 tys. ludności, udzielonych osobom ze schorzeniami oka i okolic. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej wynik uzyskany przez region uplasował województwo na pozycji 5 (wynik wyższy od średniej krajowej).

W przypadku schorzeń aparatu ochronnego oka i oczodołu, w regionie w 2016 wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej wyniósł 85 235 (1 wynik w kraju), natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności osiągnął wartość 1 869,5 (2 wynik za województwem lubelskim).

CHOROBY NEREK I DRÓG MOCZOWYCH

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

Tabela 10 Zapadalność i zachorowalność na wybrane choroby nerek i dróg moczowych dla województwa śląskiego w 2016 r.

Choroby o przebiegu przewlekłym				
Grupa schorzeń	Zapadalność rejestrowana		Chorobowość rejestrowana	
	Wartości bezwzględne (pozycja regionu)	Wskaźnik na 100 tys. ludności (pozycja regionu)	Wartości bezwzględne (pozycja regionu)	Wskaźnik na 100 tys. ludności (pozycja regionu)
Choroby cewkowo-śródmiąższowe nerek	8,8 tys. (1 m.)	192,2 (1 m.)	69,2 tys. (1 m.)	1 517,5 (2 m.)
Kamica moczowa	13,0 tys. (2 m.)	285,3 (6 m.)	222,7 tys. (1 m.)	4 884,2 (3 m.)
Choroby o przebiegu ostrym				
Grupa schorzeń	Chorobowość szpitalna		Chorobowość ambulatoryjna	
	Wartości bezwzględne (pozycja regionu)	Wskaźnik na 100 tys. ludności (pozycja regionu)	Wartości bezwzględne (pozycja regionu)	Wskaźnik na 100 tys. ludności (pozycja regionu)
Infekcja układu moczowego	6 419 (2 m.)	140,8 (13 m.)	12 198 (1 m.)	267,4 (2 m.)

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nerek i dróg moczowych dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 13 – 68.

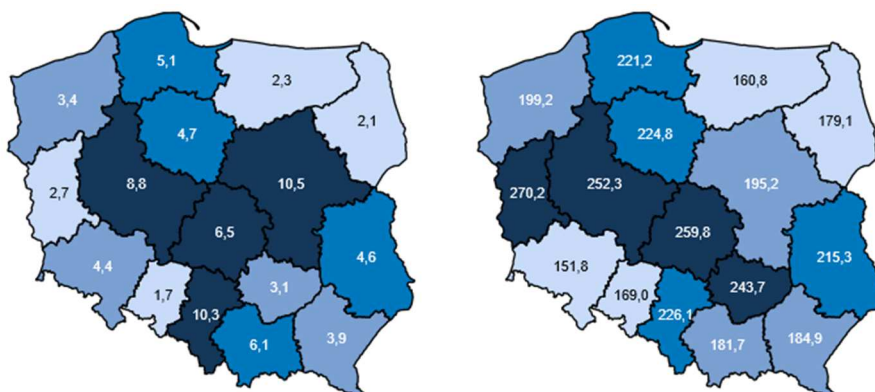
CHOROBY WĄTROBY, DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI

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

Analogicznie do zapadalności rejestrowanej, województwo śląskie było również liderem pod względem chorobowości rejestrowanej dla wskazanej powyżej grupy schorzeń. Region uzyskując wynik 45,2 tys. utrzymał również znaczną przewagę nad wiceliderem - województwem mazowieckim (34,4 tys.).

Kolejną z analizowanych grup schorzeń były choroby dróg żółciowych (z kamcią lub bez). W całym kraju zapadalność rejestrowana na wskazane schorzenia wyniosła w 2016 r. 80,2 tys. przypadków, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 208,7. Poziom zachorowań w poszczególnych województwach wskazano na poniższych mapach.

Mapa 52 Wskaźnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r. na grupę chorób dróg żółciowych (z kamicą lub bez) w liczbach bezwzględnych w tys. pacjentów (mapa z lewej strony) i w przeliczeniu na 100 tys. pacjentów (mapa z prawej strony).

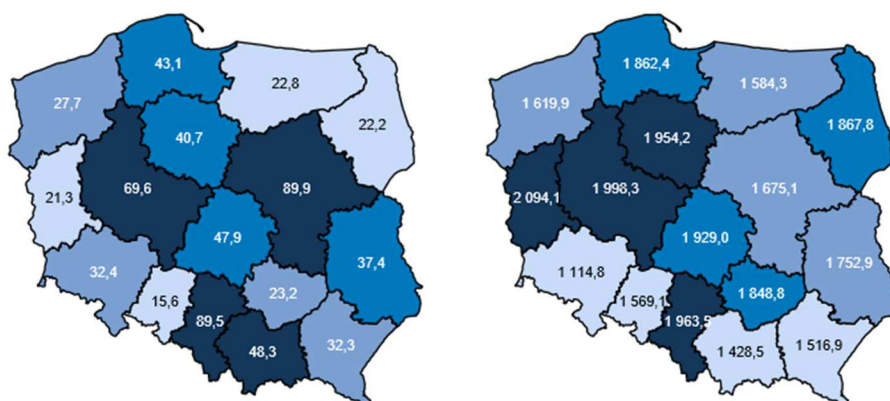


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 44.

Ponad 40% osób leczonych w regionie z powodu chorób dróg żółciowych (z kamicą lub bez), to mieszkańcy w wieku powyżej 65 r.ż. Wskazana tendencja była obserwowana na poziomie całego kraju.

W przypadku chorobowości rejestrowanej na omawianą grupę chorób, w całym kraju wskaźnik osiągnął wartość 663,8 tys. osób, natomiast po przeliczeniu wartości na 100 tys. ludności osiągnął wartość 1,7 tys. Podobnie jak w przypadku zachorowalności rejestrowanej zróżnicowanie na poziomie województw przedstawiono na poniższych mapach.

Mapa 53 Wskaźnik chorobowości rejestrowanej w 2016 r. na grupę chorób dróg żółciowych (z kamicą lub bez) w liczbach bezwzględnych w tys. pacjentów (mapa z lewej strony) i w przeliczeniu na 100 tys. pacjentów (mapa z prawej strony).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa śląskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018, s. 49.

Województwo śląskie charakteryzowało się również dużą zapadalnością rejestrowaną w 2016 r. na choroby pęcherzyka żółciowego (z kamicą lub bez). Wartość wskaźnika dla regionu oszacowano na poziomie 14,1 tys. przypadków. W poszczególnych województwach wartość wskaźnika mieściła się w przedziale od 2,6 tys. (lubuskie) do 14,7 tys. przypadków (mazowieckie).

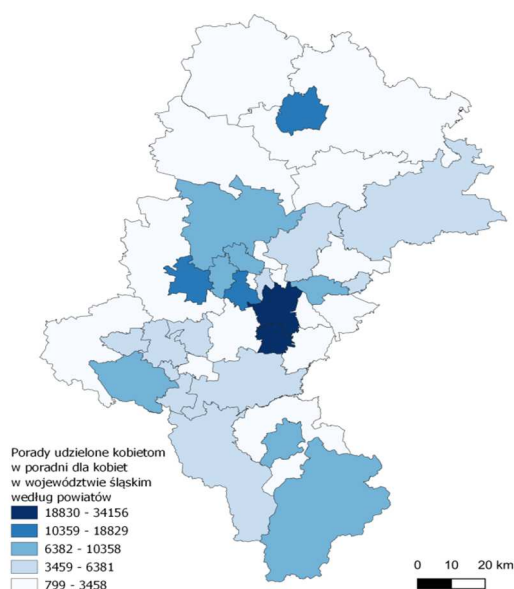
Chorobowość rejestrowaną dla wskazanej grupy chorób dla całego kraju oszacowano na poziomie 827,1 tys. przypadków (w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 2,2 tys.). Natomiast w samym województwie śląskim wartość wskaźnika oszacowano na poziomie 104,6 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. ludności - 2 294,7). W porównaniu do pozostałych województw, śląskie znalazło się na pozycji drugiej pod względem wartości wskaźnika w liczbach bezwzględnych, natomiast na pozycji trzeciej po przeliczeniu wartości wskaźnika na 100 tys. ludności.

CIĄŻA, PORÓD I OPIEKA NAD NOWORODKIEM

Ciąża

W 2018 r. w poradniach dla kobiet w województwie śląskim udzielono 218 941 porad. W zakresie porad udzielonych kobietom w ciąży, najwięcej z nich zostało udzielone do 10 tygodnia ciąży (18 147). Wskazana grupa kobiet, stanowiła 70,6% porad udzielonych ciężarnym.

Mapa 54 Porady ogółem udzielone kobietą w 2019 r. w poradni dla kobiet w województwie śląskim według powiatów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

W regionie w 2019 r. w szpitalach doszło do 128 przerwania ciąży. We wszystkich przypadkach terminacji ciąży dokonywano ze względu na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu zdiagnozowane podczas badań prenatalnych. W latach 2010-2019 liczba przerwania ciąży mieściła się w przedziale od 103 (w 2017 r.) do 161 (w 2015 r.).

Poród

W województwie śląskim w szpitalach ogólnych na oddziałach ginekologiczno-położniczych w 2019 r. przyjęto 41 025 porody, w tym 21 707 fizjologicznych. We wskazanej liczbie porodów 40 707 to noworodki żywo urodzone.

Tabela 115 Noworodki urodzone oraz zmarłe w szpitalach ogólnych w województwie śląskim w latach 2012-2019.

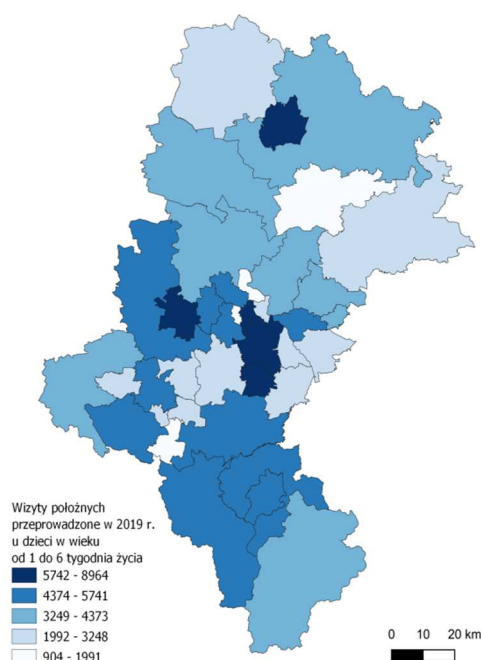
Lata	Noworodki			Zgony noworodków żywo urodzonych		Noworodki martwo urodzone na 1 000 żywo i martwo urodzonych
	ogółem	żywo urodzone	martwo urodzone	ogółem	na 1000 urodzeń żywych	
2012	44 744	44 400	344	95	2,1	7,7
2013	42 946	42 645	301	99	2,3	7,0
2014	43 027	42 713	314	87	2,0	7,3
2015	42 619	42 392	227	73	1,7	5,3
2016	42 972	42 743	229	81	1,9	5,3
2017	45 265	45 040	225	75	1,7	5,0
2018	42 982	42 749	233	66	1,5	5,4
2019	41 025	40 707	318	69	1,7	7,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Opieka nad noworodkiem

Analizie poddano również zagadnienie opieki profilaktycznej nad noworodkiem. Jak wynika z danych opracowanych przez Urząd Wojewódzki w Katowicach, liczba noworodków zarejestrowanych w województwie śląskim w okresie sprawozdawczym wyniosła 39 247. We wskazanym roku zostało przeprowadzonych 12 299 wizyt profilaktycznych położnych (pielęgniarek) u dzieci w 0-4 dobie życia oraz 148 669 wizyt u dzieci od 1 do 6 tygodnia życia.

Mapa 55 Wizyty profilaktyczne położnych (pielęgniarek) przeprowadzone w 2019 r. u dzieci w wieku od 1 do 6 tygodnia życia.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

CHOROBY ZAKAŹNE

W poniższej tabeli zestawiono choroby zakaźne, które w latach 2013-2018 w regionie (podobnie jak w całym kraju) charakteryzowały się najwyższym współczynnikiem zachorowalności na 100 tys. ludności.

Tabela 16 Choroby zakaźne z najwyższym współczynnikiem zachorowalności na 100 tys. ludności w 2018 r., z podziałem na województwa.

Jednostka terytorialna	Salmonellozy	Biegunki u dzieci do lat 2	Szkarlatyna	Bolerioza z Lyme	Ospa wietrzna	Wirusowe zapalenie wątroby ogółem
Polska	25,9	5193,6	48,9	52,5	389,4	21
Dolnośląskie	12,9	3212,1	27,2	29,3	267,5	20,7
Kujawsko-Pomorskie	24,8	5881,6	54,7	17,7	476	27,7
Lubelskie	28,7	6563,2	28,5	92	360,9	10,6
Lubuskie	9,4	3668,4	43,4	60,6	389,4	20,7
Łódzkie	26,8	3385,6	28,7	24,2	280,2	30
Małopolskie	35,8	6317,9	69,6	107,2	426,9	12,5
Mazowieckie	33,2	4671,3	74,9	30	387,1	18,7
Opolskie	29,9	5079,6	44,5	70,1	500,5	15,8
Podkarpackie	42,2	4040	27	81,8	325,3	7,1
Podlaskie	22,2	5473,3	59,9	108,8	332,6	19,4
Pomorskie	21	8667,5	71	49,3	502	24,1
Śląskie	23,5	5361,2	55,1	57,8	447,4	36,7
Świętokrzyskie	29,9	5019,2	40	33,8	367,1	8,4
Warmińsko-Mazurskie	19,8	4910,7	32,7	91,2	328,1	17
Wielkopolskie	15,3	5011,8	35,4	14,9	411,1	23,3
Zachodniopomorskie	29,2	4850,3	36,2	45,1	386,8	22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkancow-w-liczbach>.

Choroby zakaźne.

W roku 2018 w Polsce zdiagnozowano 9 957 przypadków zachorowań na salmonellozy, z czego 1 066 przypadków to mieszkańcy województwa śląskiego. Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę zachorowań, wyniki wyższe od województwa śląskiego osiągnęły jedynie mazowieckie (1 792 przypadki) i małopolskie (1 214). Niepokojący jest obserwowany w latach 2013-2018 wzrost (w stosunku do roku poprzedniego) zachorowalności na salmonellozy w regionie (wyjątek stanowi rok 2017).

Niewątpliwie najczęściej od kilku lat występującą chorobą zakaźną są biegunki u dzieci do lat 2. W roku 2018 w całym kraju zdiagnozowano 40 585 przypadków choroby. W województwie śląskim mieszkało 11,5% wskazanej powyżej liczby tj. 4 657 dzieci. W latach 2013-2018 wartości uzyskiwane przez region wahały się w przedziale od 3 703 zachorowań (w 2013 r.) do 4 936 (w 2017 r.).

Kolejną chorobą zakaźną występującą w całym kraju jest szkarlatyna zwana również płonicą. Na poziomie kraju w 2018 r. zdiagnozowano 18 781 przypadków zachorowań, a wśród liderów znalazły się takie województwa jak mazowieckie (4 040 przypadków) i śląskie (2 502). Najmniej chorych było mieszkańcami województwa opolskiego (440 przypadków), co jest związane głównie z małą liczbą

mieszkańców regionu. Analiza zmian zachodzących w obserwowanym okresie czasu nie wykazała wyraźnego trendu. Porównując wartości uzyskane w roku 2018 do roku 2013 stwierdzono spadek o ok. 20%.

Boleriozę z Lyme zdiagnozowano u 20 150 osób, natomiast w samym województwie śląskim u 2 625 osób (13,03%). Uzyskany przez region współczynnik zachorowalności na 100 tys. mieszkańców wyniósł 57,8 i był wyższy od średniej krajowej, która osiągnęła wartość 52,5. W latach 2013-2018 najwyższą wartość współczynnika w regionie stwierdzono w roku 2016, wtedy wówczas wyniósł on 71,5.

Kolejne dwie choroby zakaźne poddane analizie to ospa wietrzna i wirusowe zapalenie wątroby (WZW). Należy zwrócić uwagę, że w chwili obecnej przed zachorowaniem na oba schorzenia można się chronić za pomocą szczepień. W przypadku WZW typu B, szczepienia znajdują się w kalendarzu szczepień obowiązkowych. Działania profilaktyczne są niezwykle istotne, ponieważ obie choroby są jednymi z najbardziej zakaźnych.

W przypadku ospy wietrznej w samym województwie śląskim zdiagnozowano 20 313 przypadków (2 m. za mazowieckim), natomiast współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności wyniósł 447,4 (2 m. za opolskim). W latach 2013-2018 wartość współczynnika osiągała niezmiennie wysokie wartości, które wahały się w przedziale od 447,4 (w 2018 r.) do 763,2 (w 2014 r.).

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby liczba zachorowań w 2018 r. osiągnęła wartość 1 666 przypadków, co oznacza, że w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców chorobę zdiagnozowano u 36,7 osób. Należy zwrócić uwagę, że osiągnięta przez województwo śląskie wartość wskaźnika była nie tylko najwyższa w kraju, ale również obserwowany był jej sukcesywny wzrost w ostatnich latach.

W ostatnich latach w całej Polsce obserwuje się niepokojące zjawisko wzrostu liczby osób²⁰ uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych. Istnieje więc realne ryzyko, że w kolejnych latach może wzrosnąć zachorowalność na schorzenia, którym można zapobiegać stosując się do kalendarza szczepień obowiązkowych. Niewątpliwie wpływ na wskazane wyżej zjawisko mają informacje medialne dotyczące m.in. szeroko rozumianych powikłań poszczepiennych. Jak wynika z danych publikowanych na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, w roku 2017 w Polsce stwierdzono 3 535 przypadków zgłoszenia niepożądanych odczytów poszczepiennych (w tym w województwie śląskim 535 przypadków).

Na potrzeby dokumentu przeanalizowano również stopień zachorowalności mieszkańców województwa śląskiego na choroby weneryczne. Jak wynika z danych za rok 2018, region w porównaniu do pozostałych województw zajmował jedno z dalszych pozycji (kiła wczesna 10 miejsce, rzeżączka 10-11).

COVID-19

Pierwszy przypadek zachorowania na terenie Polski na ostrą zakaźną chorobę układu oddechowego COVID-19 wywołwaną przez wirusa SARS-CoV-2 stwierdzono 4 marca 2020 r. w szpitalu w Zielonej Górze, gdzie zdiagnozowano zachorowanie 66-letniego mężczyzny. W okresie od 14 do 20 marca 2020 r. obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a od 20 marca, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązuje w Polsce stan epidemii. Do 12 sierpnia 2021 r. odnotowano 2 884 790 przypadków zakażeń wirusem SARS-COV-2, z czego zmarło 75 299 osób, a ozdrowiały 2 654 874 osoby (na świecie odpowiednio: zachorowania 204 735 347, zgony 4 324 587). Do tej pory zakażenie koronawirusem wywołującym chorobę COVID-19 potwierdzono u 7.65% populacji Polski.

Wykres 23 Zakażenia wirusem SARS CoV-2 wśród mieszkańców Polski w podziale na województwa

²⁰ dane dotycząc osób w wieku 0-19 lat



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/> stan na 12.08.2021 r.

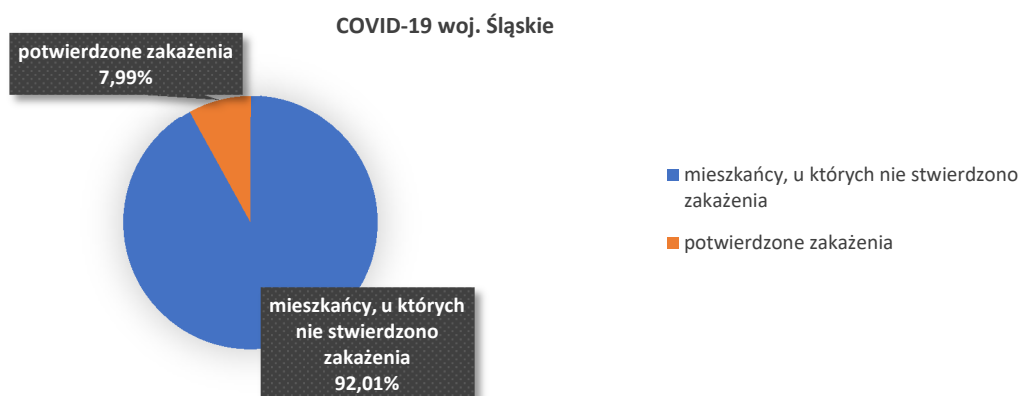
Wykres 24 Zgony wywołane wirusem SARS CoV-2 wśród mieszkańców Polski w podziale na województwa



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/> stan na 12.08.2021 r.

Do dnia 12.08.2021 r. stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 u 362 360 mieszkańców województwa śląskiego, w stosunku do łącznej populacji 4 533 565 mieszkańców tego województwa. Oznacza to, że w województwie śląskim zakażonych zostało 7.99% ludności. Na jedną osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przypada 13 mieszkańców, u których wirus nie został rozpoznany. Od początku pandemii z powodu zakażenia koronawirusem w regionie zmarło 9 398 osób.

Wykres 25 Zakażenie wirusem SARS CoV-2 wśród mieszkańców województwa śląskiego



Źródło: <https://koronawirusunas.pl/> na dzień 12.08.2021 r.

CHOROBY ZAWODOWE

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, w roku 2018 na choroby wywołane czynnikami szkodliwymi występującymi w środowisku pracy lub związanymi ze sposobem jej wykonywania, chorowały 2 022 osoby. Współczynnik zachorowań na 100 tys. pracujących wyniósł 12,9. Wśród województw uzyskujących najwyższe wyniki we wskazanym powyżej zakresie znalazły się: śląskie (391 przypadków), mazowieckie (233 przypadki) i dolnośląskie (212 przypadków). W przypadku województwa śląskiego analiza zachodzących zmian w ostatnich latach wykazała znaczne dysproporcje, dlatego trudno jest jednoznacznie określić panujący trend. Należy mieć również na uwadze, że zachodzące istotne zmiany w branży przemysłowej i wydobywczej, stanowiących istotne sektory gospodarcze regionu mają i będą miały w przyszłości bezpośredni wpływ na osiągnięte przez region wyniki.

Tabela 13 Zachorowalność na choroby zawodowe w poszczególnych województwach z podziałem na lata.

Jednostka terytorialna	Liczba przypadków					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Rok						
Dolnośląskie	227	204	189	173	206	212
Kujawsko-Pomorskie	80	103	82	101	95	96
Lubelskie	115	113	125	89	97	102
Lubuskie	47	77	29	49	68	67
Łódzkie	59	57	58	54	50	41
Małopolskie	167	170	225	171	147	161
Mazowieckie	202	187	193	193	217	233
Opolskie	13	15	14	20	17	15
Podkarpackie	48	68	60	72	43	30
Podlaskie	132	121	94	82	116	109
Pomorskie	93	107	115	72	91	81
Śląskie	635	649	437	638	369	391
Świętokrzyskie	88	90	86	72	96	95

Warmińsko-Mazurskie	82	89	120	111	106	106
Wielkopolskie	157	217	198	140	132	175
Zachodniopomorskie	66	83	67	80	91	107

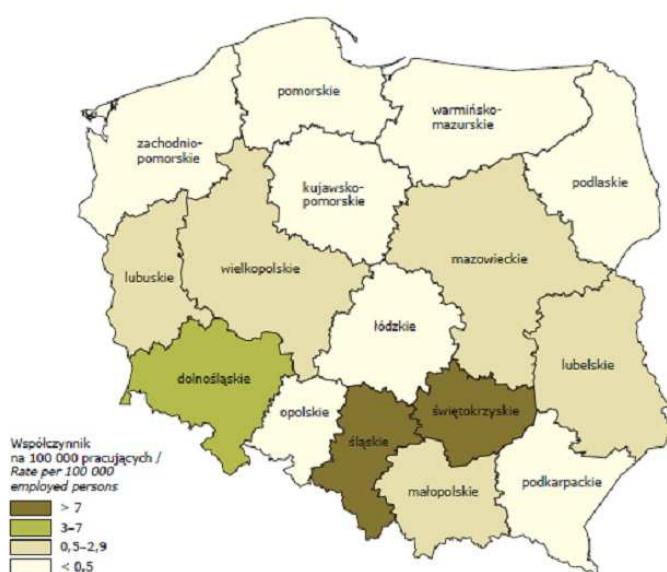
Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Oddziału do Spraw Monitorowania, Analiz i Statystyki Medycznej, Wydziału Zdrowia, Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego <http://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/zdrowie-mieszkanow-w-liczbach>.

Na poziomie kraju wśród jednostek chorobowych najczęściej wskazywano choroby zakaźne i pasożytnicze (32,9%), pylicę płuc (19,4%), przewlekłe choroby narządu głosu (14,0%) a także przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9,9%). Natomiast analizując choroby zawodowe według sekcji Polskiej Klasyfikacji Działalności, na pierwszy plan wysuwają się:

- Sekcja A – Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo – 620 przypadków;
- Sekcja C – Przetwórstwo przemysłowe - 544 przypadki;
- Sekcja P – Edukacja – 281 przypadków;
- Sekcja B - Górnictwo i wydobywanie – 255 przypadków.

W porównaniu do pozostałych województw, śląskie charakteryzowało się najwyższą zapadalnością na pylicę płuc i występowaniem ubytku słuchu, co jest niewątpliwie spowodowane przemysłowym charakterem regionu.

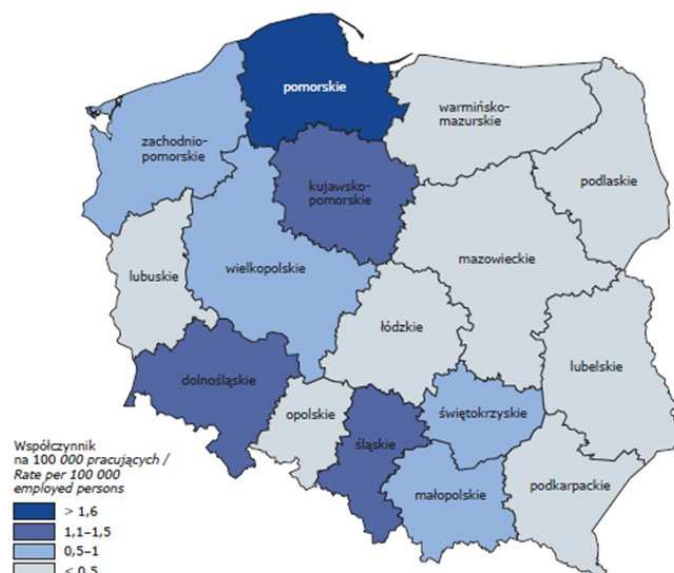
Mapa 56 Zapadalność na pylicę płuc w Polsce w 2018 r. z podziałem na województwa.



Terytorialne zróżnicowanie zapadalności na pylicę płuc w Polsce w 2018 r.

Źródło: http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_institucie/reg_and_databases/work_dissises1/dane_o_zapadalnosci/

Mapa 57 Występowanie ubytku słuchu na skutek choroby zawodowej w Polsce w 2018 r. z podziałem na województwa.



Terytorialne zróżnicowanie występowania ubytku słuchu uznanego za chorobę zawodową w Polsce w 2018 r.

Źródło: http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_inytucie/reg_and_databases/work_dissises1/dane_o_zapadalnosci/

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje osób z niepełnosprawnościami. Pierwsza wynika z przepisów prawa i dotyczy prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych. Natomiast druga, znacznie szersza, stosowana jest w statystyce GUS. Definicja statystyczna obejmuje nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również takie, które choć nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, to jednak deklarują występowanie ograniczeń w wykonywaniu wybranych czynności. Jest to tzw. niepełnosprawność biologiczna. Łącznie obie kategorie obejmowały w 2014 r. ponad 595 tys. osób²¹, co stanowiło 13,1% ludności w województwie śląskim. Wśród innych regionów był to 9. wynik w kraju, przewyższający także udział dla całej Polski (12,9%). Struktura osób z niepełnosprawnością w województwie śląskim wykazuje, że najwięcej jest wśród nich osób, które są tylko pod względem prawnym osobami z niepełnosprawnością (43,2%), podobne udziały uzyskują osoby z niepełnosprawnością pod względem prawnym i biologicznym łącznie (29,2%) oraz wyłącznie pod względem biologicznym (27,6%). Struktura osób z niepełnosprawnością pod względem wieku wykazuje znaczący wzrost zjawiska wraz z wiekiem. Dzieci w wieku do 14 r. życia stanowiły 4,6% tej populacji w 2014 r. Kolejne 4,9% stanowiły osoby młode w wieku 15-29 r. życia. Osoby w wieku 30-49 lat stanowiły 18%. Najwyższe wartości osiągały kategorie wiekowe 50-69 lat (40%) oraz powyżej 70 r. życia (32,4%).

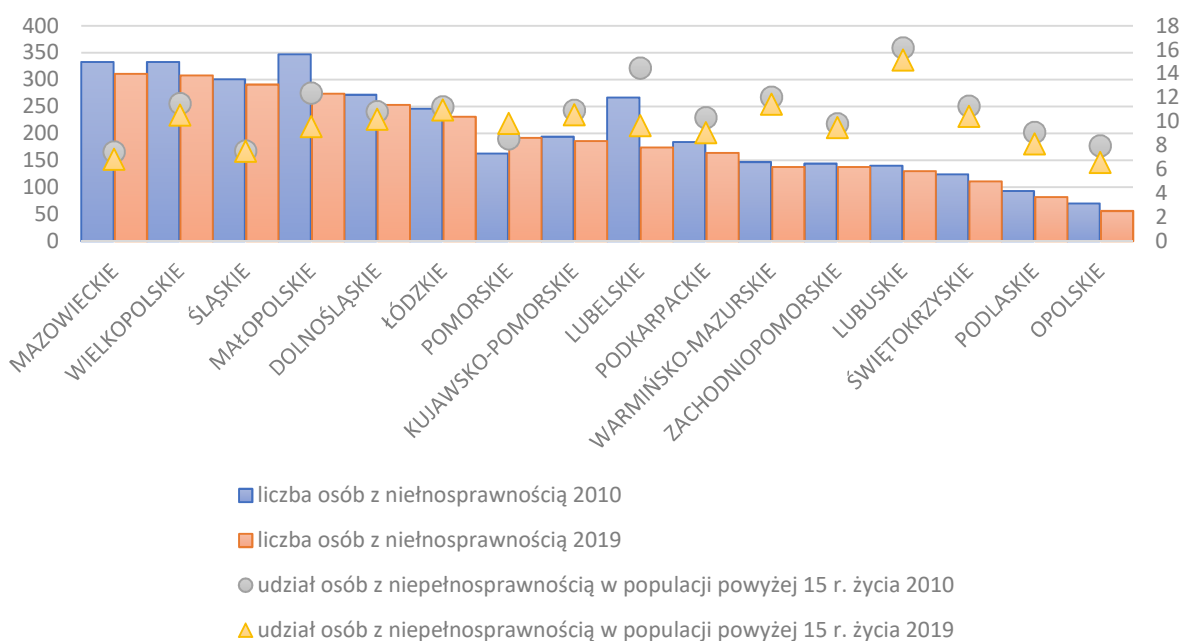
Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w 2019 r. było w województwie śląskim 291 tys. osób z niepełnosprawnością²² w wieku 16 lat i więcej. W ciągu 10 lat wynik ten spadł o 10 tys. osób. Osoby z niepełnosprawnością z województwa śląskiego stanowiły 9,6% wszystkich osób w tej kategorii osób w kraju. Liczba osób z niepełnosprawnością w województwie śląskim w 2019 r. stanowi trzeci

²¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, Warszawa 2016 r.

²² W badaniu reprezentacyjnym BAEL do osób niepełnosprawnych zaliczono osoby w wieku 16 lat i więcej, które mają przyznane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy.

wynik wśród województw (po województwach mazowieckim i wielkopolskim). Udział osób z niepełnosprawnością w populacji osób w wieku 15 lat i więcej sytuuje województwo już w zdecydowanie lepszej pozycji w stosunku pozostałych regionów Polski. Wartość tego wskazania dla województwa wyniósł w 2019 r. 7,5% i był to wynik lepszy od 13 innych województw kraju. Wśród osób z niepełnosprawnością wskaźnik aktywności zawodowej w województwie śląskim wyniósł w 2019 r. 18,2% i był to 6. wynik wśród polskich regionów (od wskaźnika dla całego kraju był wyższy o 1,1 pp.). W ciągu badanej dekady wzrósł o 1,3 pp., jednakże nadal ten wskaźnik ukazuje trudną sytuację osób z niepełnosprawnością w regionie (81,8% to osoby bierne zawodowo). Wśród osób aktywnych zawodowo w tej kategorii społecznej większość osób ma status osób pracujących. Wskaźnik zatrudnienia w 2019 r. wyniósł 17,5% i był o 4,2 pp. większy aniżeli w 2010 r. Podobnie jak w przypadku aktywności zawodowej wartość wskaźnika zatrudnienia była 6. wskazaniem wśród regionów Polski. Wartość mierzonego indeksu dla województwa śląskiego jest wyższa od wartości dla całej Polski o 1,5 pp.

Wykres 26 Zmiany w populacji osób z niepełnosprawnością (liczba osób – lewa oś, udział osób – prawa oś) w latach 2010 i 2019 w regionach Polski.

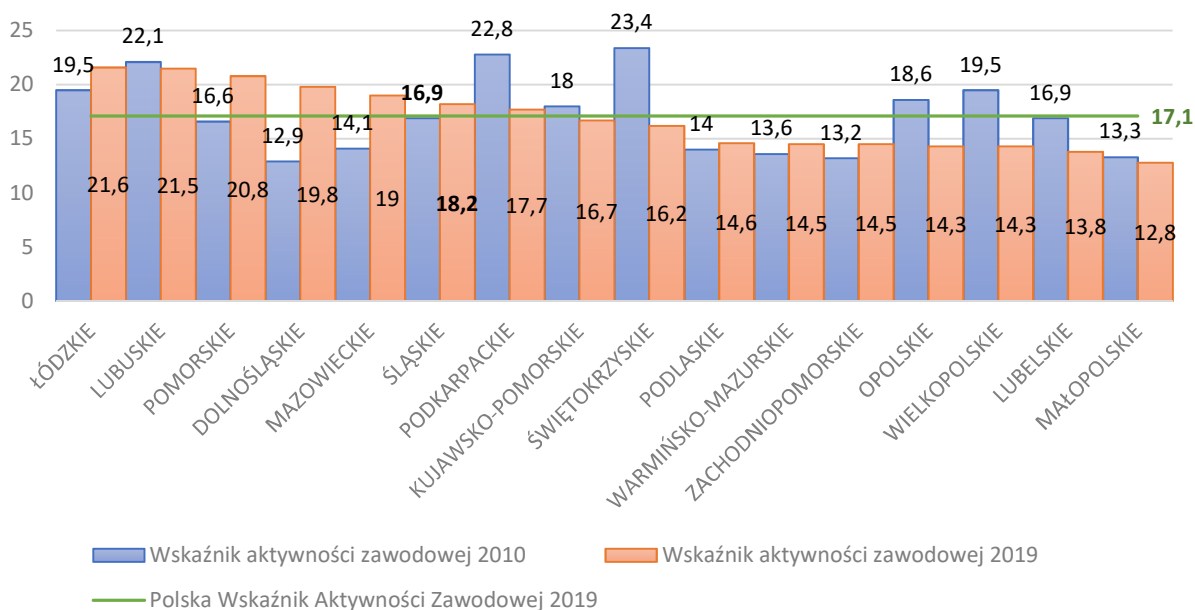


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Wykres 27 Wskaźnik aktywności zawodowej²³ wśród osób z niepełnosprawnością w Polsce i jej regionach w latach 2010 i 2019.

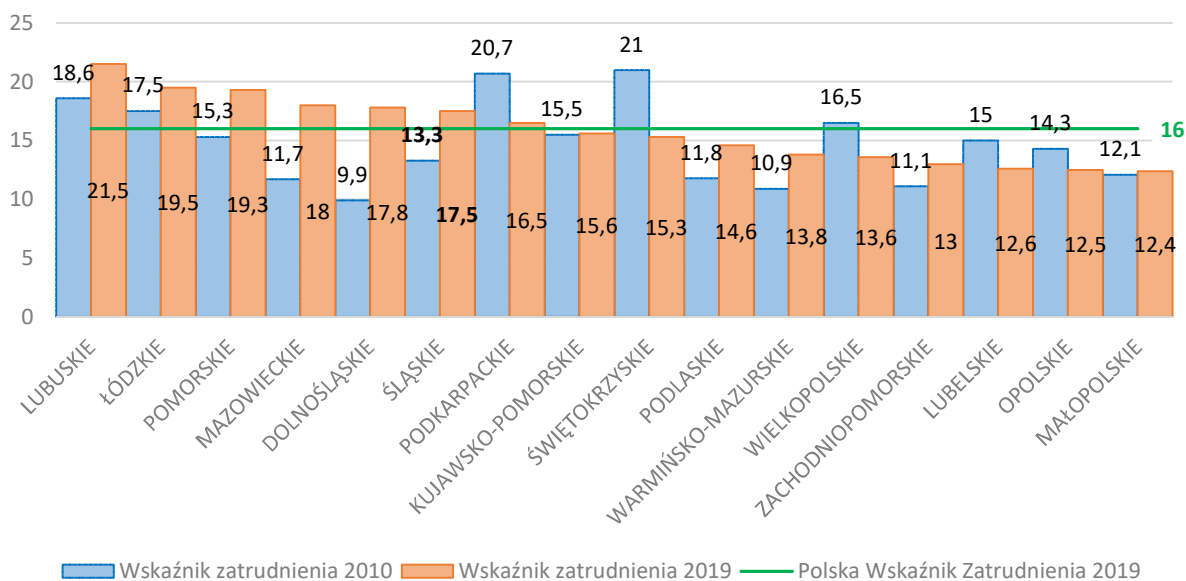
²³ Procentowy udział aktywnych zawodowo w liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej.

Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 – projekt



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Wykres 28 Wskaźnik zatrudnienia²⁴ wśród osób z niepełnosprawnością w Polsce i jej regionach w latach 2010 i 2019.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Zgony

W województwie śląskim w 2019 r. zmarło 51 766 osób (co stanowiło 12,61% wszystkich zgonów w Polsce i jest to drugi wynik wśród polskich regionów po województwie mazowieckim). Liczba zgonów pomiędzy rokiem 2010 a 2019 wzrosła o 7,92% (podobny wzrost zanotowano dla całego kraju). Zgony

²⁴ Procentowy udział osób pracujących w liczbie ludności w wieku 15 lat i więcej.

w województwie śląskim można sklasyfikować wg przyczyn powodujących śmierć. Struktura zgonów wg przyczyn w województwie śląskim jest podobna do tej, która charakteryzuje Polskę. W regionie najczęstszymi przyczynami śmierci są choroby układu krążenia (41,85% zgonów) oraz nowotwory (27,36% zgonów). W Polsce podobnie te dwie kategorie stanowiły najważniejsze przyczyny śmierci, choć ich udział w ogóle zgonów był nieco mniejszy niż w województwie śląskim. Wśród przyczyn zgonów w regionie wyróżniają się także:

- choroby układu trawiennego (5,37%),
- zewnętrzne przyczyny (4,72%),
- objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane (7,48%),
- choroby układu oddechowego (5,01%),
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (3,17%),
- choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (2,01%).

Struktury nie zmieniły swoich zasadniczych cech pomiędzy rokiem 2010 i 2019. Także w 2010 r. tak w Polsce jak i w regionie zachowały swoją wagę jako przyczynę śmierci choroby układu krążenia oraz nowotwory. Za to w 2010 r. wśród istotnych powodów zgonu oprócz wymienionych dla 2019 r. przyczyn pojawiają się choroby układu moczowo-płciowego. W województwie śląskim w 2010 r. stanowiły przyczynę 1,17% zgonów, w 2019 r. zeszły do poziomu 0,92%.

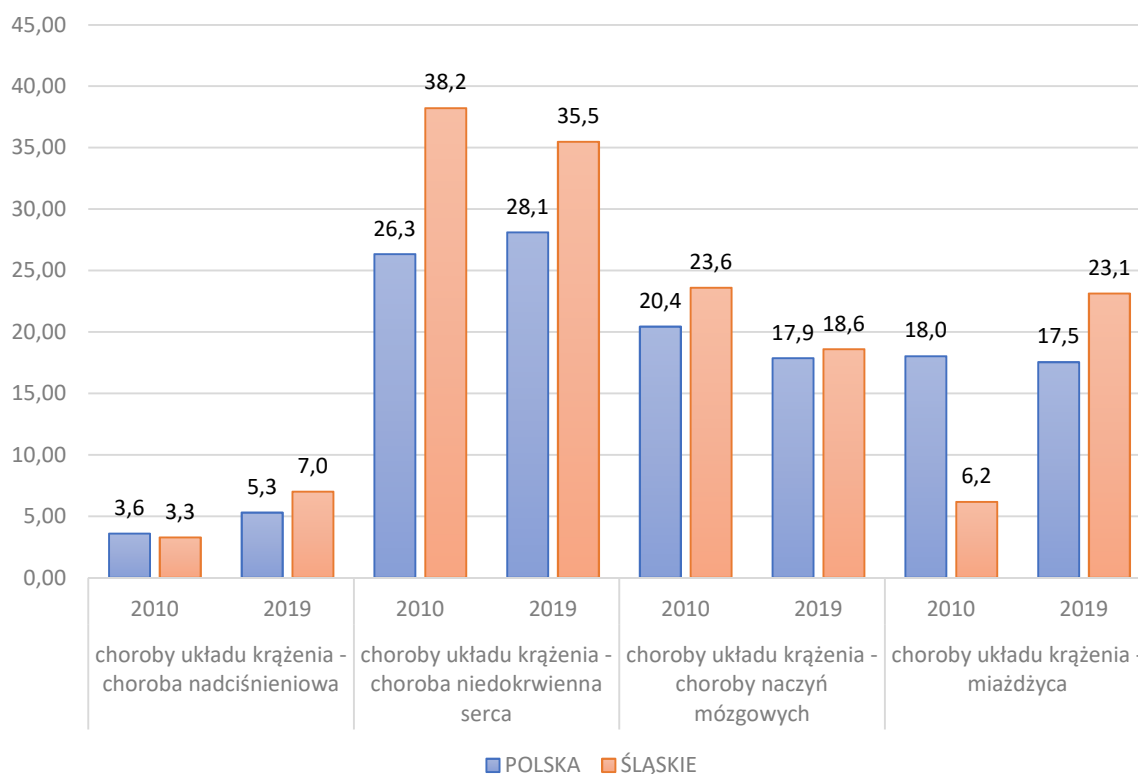
Wykres 29 Struktura przyczyn zgonów w województwie śląskim i w Polsce w latach 2010-2019 (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Choroby układu krążenia stanowią najczęstszą przyczynę zgonów w województwie śląskim. W 2019 r. zmarło z tego powodu 21 665 osób (co stanowiło 13,4% wszystkich zmarłych w Polsce z powodu chorób układu krążenia). Liczba zgonów z tej przyczyny wzrosła o ponad 570 osób w stosunku do roku 2010.

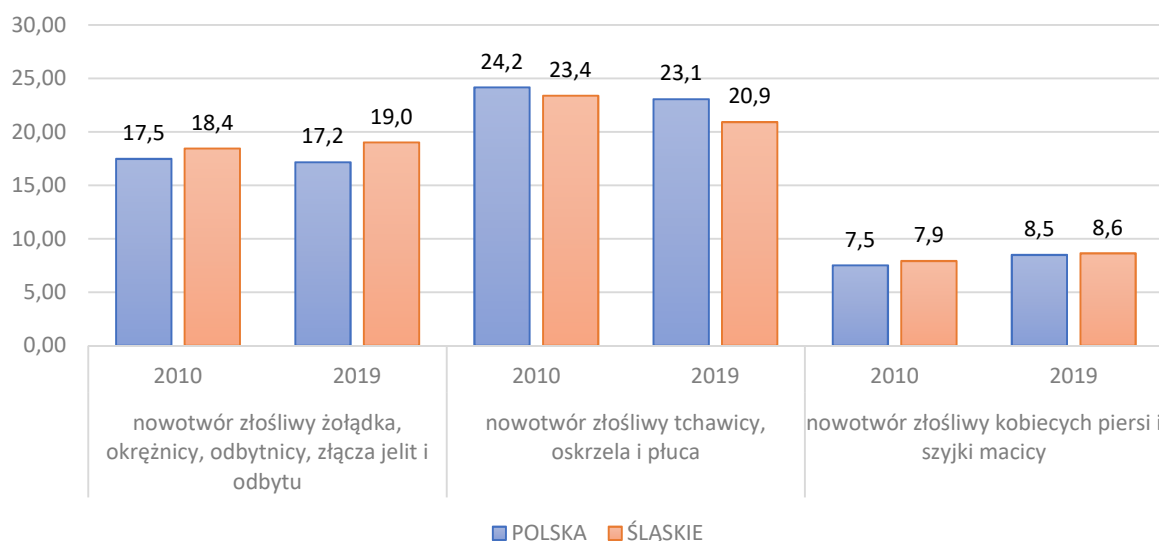
Wykres 30 Udział zgonów spowodowanych niektórymi rodzajami chorób układu krążenia w całkowitej liczbie zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia w województwie śląskim i w Polsce w latach 2010 i 2019 (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia tak w Polsce jak i w województwie śląskim jest choroba niedokrwienna serca. W regionie udział zgonów spowodowanych tą chorobą w ogóle zgonów powodowanych chorobami układu krążenia wyniósł w 2019 r. 35,5% notując spadek z 2010 r. o 2,7 pp. Kolejne miejsca wśród istotnych powodów śmierci notowały w 2019 r. miażdżyca – 23,1% oraz choroby naczyń mózgowych – 18,6%. O ile te ostatnie odnotowały zmniejszenie liczby powodowanych zgonów, to miażdżyca osiągnęła znaczący wzrost liczby powodowanych zgonów (w 2019 r. prawie 4 razy większy udział aniżeli w roku 2010).

Wykres 31 Udział zgonów spowodowanych niektórymi rodzajami nowotworów złośliwych w całkowitej liczbie zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi w województwie śląskim i w Polsce w latach 2010 i 2019 (%).



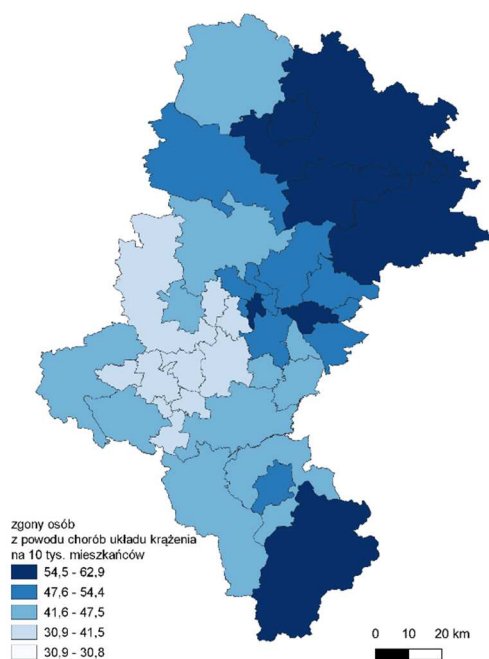
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Drugą kategorią najczęstszych przyczyn śmierci są nowotwory. Za większość zgonów w tej kategorii odpowiadają nowotwory złośliwe (w województwie śląskim odpowiadały w 2019 r. za 90% zgonów spowodowanych nowotworem). Wskaźnik ten zmniejszył się w stosunku do roku 2010, kiedy wynosił 93,5%. Z kolei wśród nowotworów złośliwych zgony często powodowały w regionie:

- nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca – 20,9% zgonów spowodowanych nowotworem złośliwym;
- nowotwór złośliwy żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu – 19%;
- nowotwór złośliwy kobiecych piersi i szyjki macicy – 8,6%.

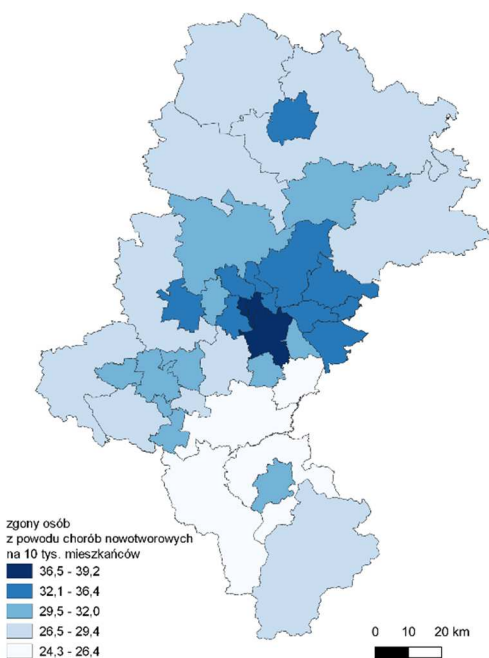
Te dwie kategorie chorób odpowiadające za 69,2 % zgonów w województwie śląskim w 2019 r. prezentowały dosyć dużą różnorodność w zakresie częstotliwości występowania w powiatach regionu. Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia obserwowana w roku 2019 osiągała wysokie wyniki w środkowej i północnej części województwa oraz na południu regionu. Zróżnicowanie wartości wskaźnika umieralności spowodowanych tego typu chorobami mieściło się między wartością 63,1 zgonów cechującą powiat zawierciański a wartością 30,9 zgonów charakteryzującą Żory. Najwyższa umieralność odnotowywana była w takich powiatach jak: częstochowski, myszkowski oraz w Częstochowie i Rudzie Śląskiej. Na przeciwnym biegunie stały powiaty: gliwicki, rybnicki, mikołowski, oraz Jastrzębie-Zdrój, Gliwice, Zabrze i Żory. Drugą najczęściej występującą przyczyną śmierci w województwie śląskim są nowotwory. Zróżnicowanie wskazań umieralności spowodowanej nowotworami mieści się między brzegami wyznaczanymi z jednej strony przez Chorzów (39,2 zgonów), a z drugiej strony powiatem bieruńsko-lędzińskim (24,3 zgonów). Poza Chorzowem najwyższe wyniki w województwie śląskim uzyskują również Siemianowice Śląskie, Świętochłowice, Katowice, Bytom, Piekary Śląskie, Gliwice, Sosnowiec i Częstochowa oraz powiat będziński.

Mapa 58 Liczba zgonów osób spowodowanych chorobami układu krążenia na 10 tys. mieszkańców powiatów województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Mapa 59 Liczba zgonów osób spowodowanych chorobami nowotworowymi na 10 tys. mieszkańców powiatów województwa śląskiego w 2019 r.

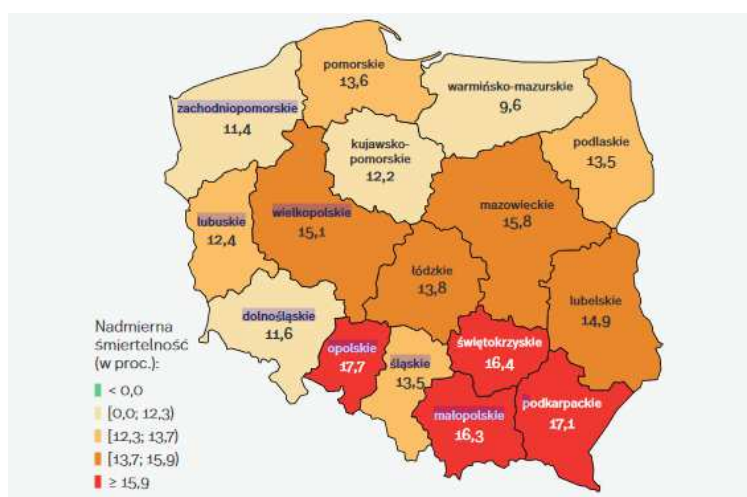


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Pandemia COVID-19 sprawiła, że w roku 2020 r. wystąpiła bezprecedensowa liczba zgonów. Na podstawie raportu Polskiego Instytutu Ekonomicznego nadmierna śmiertelność w Polsce wyniosła 13,9%. Pojęcie to oznacza liczbę zgonów w czasie kryzysu, która wykracza poza poziom z poprzednich lat (przyjęto okres 2011-2019). Nadmiernej śmiertelności w Polsce w 2020 r. nie można w całości wyjaśnić liczbą zgonów z powodu COVID-19. Zalicza się tutaj nie tylko osoby zmarłe z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (w tej grupie występuje niedoszacowanie liczby zgonów z powodu COVID-19 wynikające z tego, że nie testuje się osób zmarłych, a także wynikające z błędów i niedokładności w sprawozdawczości w zakresie przyczyn zgonów), ale również zmarłe w wyniku ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej i niewydolności systemu ochrony zdrowia spowodowanym wysokim przeciążeniem i ofiary powikłań chorób przewlekłych. To nie tylko nagłe przypadki (np. zbyt późna pomoc udzielona w przypadku zawału czy udaru), ale także np. zgony z powodu niewykrytych na czas chorób przewlekłych oraz zgony pacjentów, u których standardowe ścieżki leczenia i monitorowania stanu zdrowia zostały zaburzone.

W województwie śląskim w 2020 r. zmarło 61 018 osób, o 9 252 więcej niż w roku poprzednim.

Mapa 60 Nadmierna śmiertelność na poziomie województw w 2020 r. (w stosunku do oczekiwanej liczby zgonów)



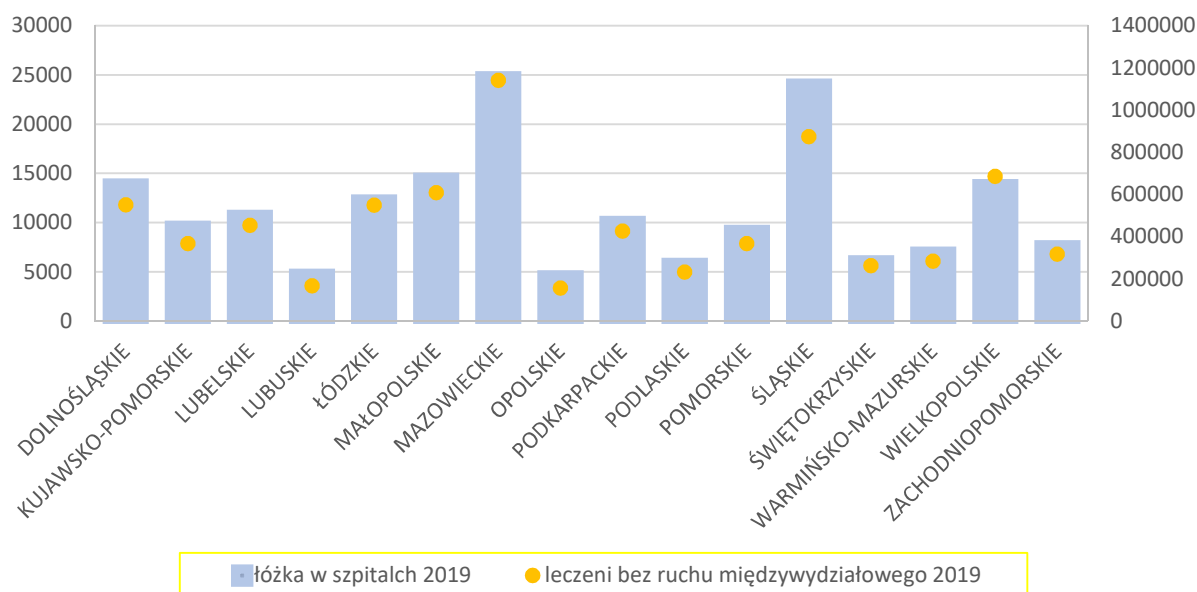
Źródło: Raport Polskiego Instytutu Ekonomicznego

SZPITALNE W REGIONIE

W 2019 r. istniało w województwie śląskim 136 szpitali, które dysponowały 23 287 łózkami. W tym czasie leczono w nich 875 006 pacjentów²⁵. Ukazanie województwa śląskiego na tle Polski i porównanie z innymi regionami wykazuje, że województwo śląskie stanowiło w 2019 r. jeden z czołowych obszarów pod względem skupienia usług szpitalnych w Polsce. Wskazane 136 szpitali stanowiło 15,28% wszystkich szpitali w Polsce, skupiających 13,96% łózek w kraju i lecząc 11,72% wszystkich pacjentów. Województwo śląskie dysponując taką liczbą szpitali było liderem pod tym względem wśród polskich regionów, a liczba ta była większa niż suma wszystkich szpitali, którymi dysponowało pięć najbliższych w tej kategorii regionów.

²⁵ Leczeni bez ruchu międywydziałowego

Wykres 32 Liczba łóżek oraz osób leczonych (bez ruchu międzyoddziałowego) w szpitalach w województwie śląskim w 2019 r.



Źródło: BDL GUS

Zasób łóżek szpitalnych województwa śląskiego w 2019 r. ustępował jedynie województwu mazowieckiemu (mniej o 741), ale był wyższy od trzeciego w tej kategorii województwa małopolskiego o 9 537 miejsc. Liczba pacjentów obsługiwanych przez szpitale województwa śląskiego była drugim wynikiem w Polsce po województwie mazowieckim (województwo mazowieckie obsługiwało 267 545 więcej pacjentów, z kolei trzecie pod tym względem województwo małopolskie obsługiwało 265 666 mniej pacjentów). W województwie śląskim widoczny był w latach 2012-2018²⁶ trend zwiększania się liczby szpitali przy jednoczesnym spadku liczby łóżek i obsługiwanych pacjentów. W regionie nastąpił wzrost liczby szpitali o 17,2% w badanym okresie i był to drugi wynik w Polsce po niewiele wyższym wzroście w województwie małopolskim (choć należy zauważyć, że w liczbach bezwzględnych najwięcej szpitali przybyło w województwie śląskim – 23). Dynamika zmiany liczby łóżek wykazała tendencję spadkową (spadek o 5%) wpisując się w ogólnopolski trend ograniczania liczby łóżek. Jedynie w dwóch województwach minimalnie wzrosła liczba łóżek (województwa pomorskie i kujawsko-pomorskie). Także liczba osób leczonych spadła w badanym okresie o 2,3% (tylko w pięciu regionach liczba pacjentów wzrosła (lubuskie, podlaskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie i małopolskie). W 2019 r. trend zwiększenia liczby szpitali został odwrócony (poza szpitalami w województwie dolnośląskim, lubelskim i zachodniopomorskim).

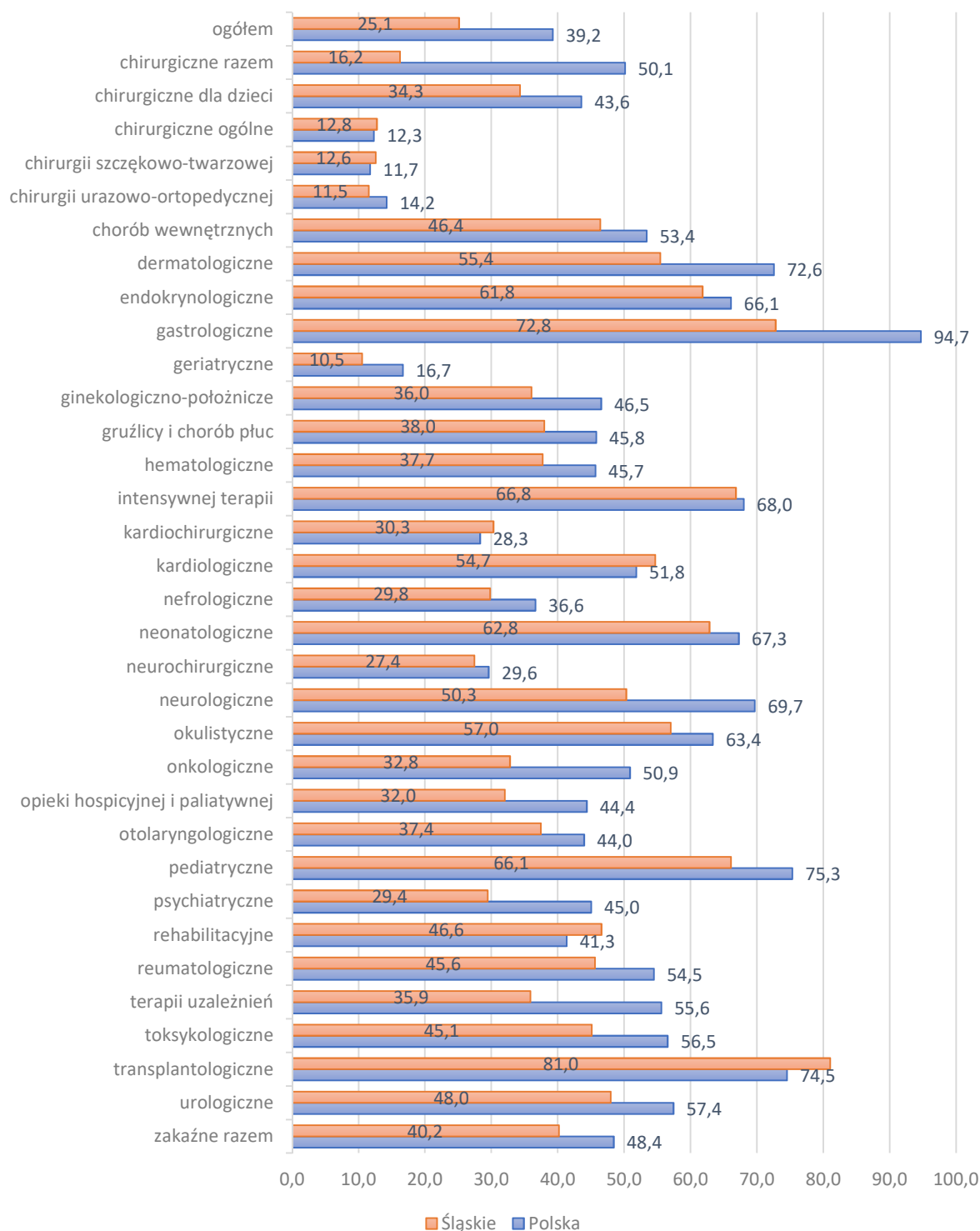
Szpitale w województwie śląskim liczyły łącznie w 2019 r. 910 oddziałów, które stanowiły 12,7% oddziałów w Polsce i był to drugi wynik wśród wszystkich regionów ustępując jedynie województwu mazowieckiemu z wynikiem 14,73 % (trzeci wynik osiągnęło województwo dolnośląskie z ośmioprocentowym udziałem). Liczba oddziałów wzrosła w latach 2012-2018 o 11,3% czym upodobniała się do tendencji w województwach: podkarpackim, małopolskim i dolnośląskim (wzrosty nieco powyżej 11%), a wyraźnie ustępowała tylko województwu mazowieckiemu, w którym liczba oddziałów wzrosła o 19,4% (wzrost liczony w całym kraju wyniósł 8,3%). W 2019 r. roku był to już tylko wzrost rzędu 4% przy wzroście krajowym na poziomie 6,6%. Najliczniej w szpitalach województwa śląskiego reprezentowane są oddziały chirurgiczne ogólne (92 oddziały), rehabilitacyjne (86 oddziałów)

²⁶ Wybrano te lata ze względu na to, że w roku 2012 zmieniono metodologię liczenia szpitali (zaczęto wliczać te podległe MON i MSWiA)

oraz chorób wewnętrznych (76 oddziałów). Liczne są także oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej (57), intensywnej terapii (55), ginekologiczno-położnicze (45), neurologiczne (48), neonatologiczne (47) i kardiologiczne (46). Największą liczbą łóżek z kolei dysponują oddziały rehabilitacyjne (3 364 łóżek), chorób wewnętrznych (2 815 łóżek), chirurgiczne ogólne (2 313 łóżek), ginekologiczno-położne (1 746 łóżek) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (1 358 łóżek). Powyżej tysiąc łóżek liczyły jeszcze oddziały neurologiczne, neonatologiczne oraz kardiologiczne. Nieznaczna poniżej tysiąca łóżek (980) liczyły oddziały gruźlicy i chorób płuc. Porównanie powyższych statystyk ukazuje oddziały gruźlicy i chorób płuc (37,7 łóżka na oddział), rehabilitacyjne (39,1 łóżek na oddział), chorób wewnętrznych (37 łóżka na oddział) i ginekologiczno-położnicze (38,8 łóżka na oddział) jako dysponujące największą liczbą łóżek przypadających na 1 oddział. Największą liczbę pacjentów obsługiwały oddziały ginekologiczno-położnicze (109 727 pacjentów), chorób wewnętrznych (114 586 pacjentów) oraz chirurgicznych ogólnych (105 379 pacjentów). Liczbę 50 tys. pacjentów w ciągu roku przekroczyły także oddziały kardiologiczne, chirurgii urazowo-ortopedycznej i chirurgii ogólnej. Bliskie liczbie 50 tys. (49 508) były oddziały onkologiczne. Z kolei przedział obsługiwanych pacjentów między 20 a 50 tys. oprócz oddziałów onkologicznych uzyskały oddziały neonatologiczne, rehabilitacyjne, neurologiczne, pediatryczne, gruźlicy i chorób płuc, urologiczne, otolaryngologiczne i okulistyczne. Najmocniej obciążone były oddziały chirurgiczne dla dzieci (81,02 pacjenta na łóżko). Wysokie wartości ten wskaźnik osiągał także w oddziałach okulistycznych (72,81 pacjentów przypadających na łóżko), kardiologicznych (66,82 pacjenta na łóżko), urologicznych (66,8 pacjentów przypadających na 1 łóżko), ginekologiczno-położniczych (62,84 pacjentki na łóżko) czy onkologicznych (61,81 pacjenta na łóżko). Wartości pomiędzy 50 a 60 pacjentów na łóżko uzyskują endokrynologiczne, gastrologiczne, hematologiczne i otolaryngologiczne. Porównanie diagnozowanego regionu z Polską pod względem obciążenia łóżek wykazuje lepszą sytuację województwa śląskiego w większości analizowanych rodzajów oddziałów (wyższym obciążeniem niż w kraju charakteryzują się oddziały kardiochirurgiczne, chirurgiczne dla dzieci, hematologiczne, opieki hospicyjnej i paliatywnej, intensywnej terapii, psychiatryczne i rehabilitacyjne). W województwie śląskim przypada 25,1 pacjenta na 1 szpitalne łóżko przy wyniku dla Polski na poziomie 39,2 pacjenta.

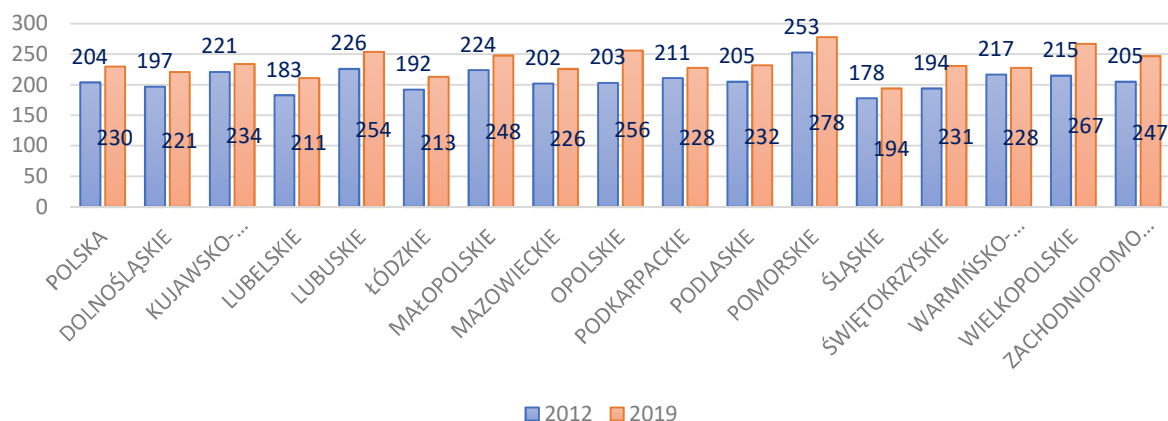
Na oddziałach chirurgicznych liczonych łącznie wynik dla województwa śląskiego jest korzystniejszy o ponad 11 pacjentów. Różnice w obciążeniu łóżek na niekorzyść województwa śląskiego są przeważnie niskie (w większości przypadków mieszczą się w przedziale od 0,4 do 2,84 pacjenta, wyjątek stanowią oddziały kardiochirurgiczne i chirurgiczne dla dzieci, w których łóżka w regionie są obciążone analogicznie 6,5 i 5,26 pacjentami więcej aniżeli w Polsce). Największe różnice w obciążeniu łóżek na korzyść województwa dotyczyły z kolei oddziałów gastrologicznych, otolaryngologicznych, neurochirurgicznych, chirurgii szczękowo-twarzowej, dermatologicznych, okulistycznych i toksykologicznych (różnice te kształtowały się w przedziale od 15 do 33,92 pacjenta).

Wykres 33 Liczba pacjentów przypadających na 1 łóżko wg rodzaju oddziału w szpitalach Polski i województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: BDL GUS

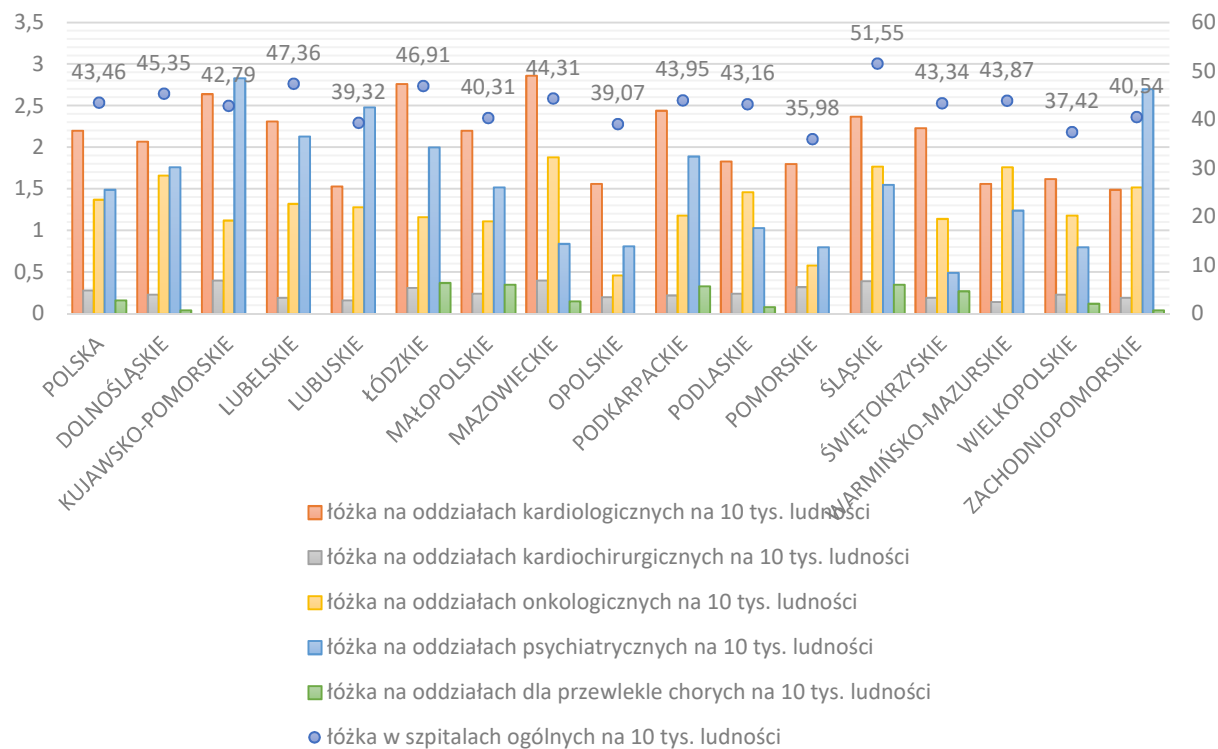
Wykres 34 Liczba ludności przypadająca na 1 łóżko w szpitalu w Polsce i jej regionach w latach 2012 i 2019



Źródło: BDL GUS

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

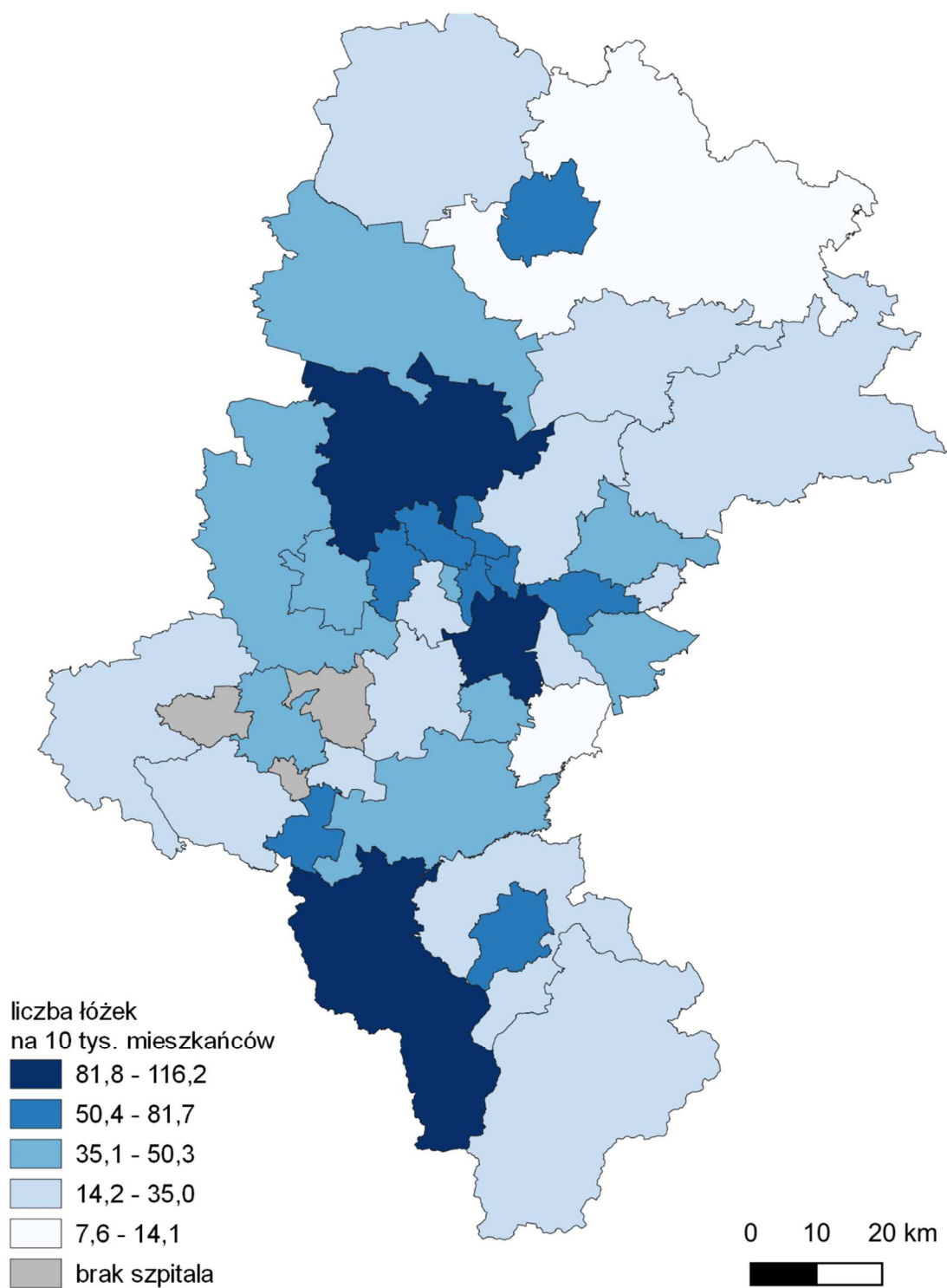
Wykres 35 Dostępność łóżek szpitalnych wg rodzajów oddziałów w Polsce i jej regionach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

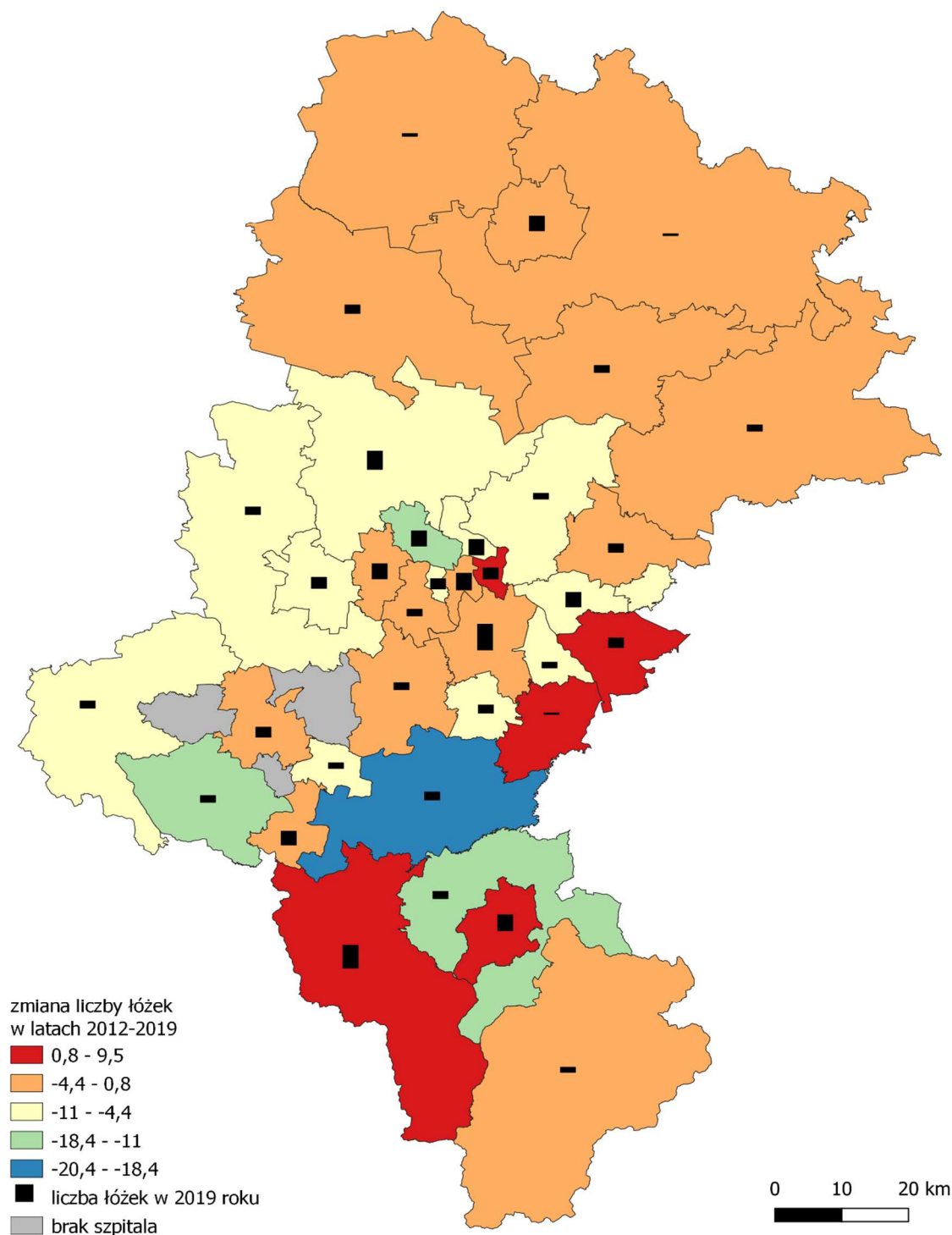
O ile województwo śląskie może szczyć się najlepszą dostępnością świadczeń szpitalnych mierzonych liczbą łóżek przypadających na 10 tys. mieszkańców, o tyle sytuacja ta w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń realizowanych w różnych rodzajach oddziałów już nie jest tak dobra. W czołówce pozostaje w zakresie dostępności łóżek onkologicznych (1,77) razem z województwem mazowieckim (1,88), z wynikiem 0,39 pozostaje liderem w zakresie łóżek kardiochirurgicznych. Także w zakresie dostępu do łóżek kardiologicznych sytuacja w województwie śląskim nie jest daleka od najlepszych województw, region uzyskuje 5. pozycję z wynikiem 2,37 (gdzie najlepsze województwa osiągają wynik 2,86). W kwestii dostępności łóżek dla przewlekle chorych województwo śląskie osiąga 2. wynik w kraju - 0,35, przy czym w sześciu regionach takie usługi w ogóle nie są dostępne. Istotnie słabszą pozycję zajmuje województwo śląskie w dziedzinie dostępności do łóżek psychiatrycznych (zajmuje wśród polskich regionów 8. pozycję z wynikiem 1,55 przy liderze osiągającym wynik 2,83), ale nadal jest to wynik powyżej wartości dla całego kraju. Rozmieszczenie łóżek szpitalnych w województwie śląskim było w 2019 r. niejednolite. Największe skupisko łóżek szpitalnych zanotowano w stolicy województwa (w Katowicach było ich 3 401). Drugi wynik osiągnął powiat cieszyński z 1 832 łózkami. Większą ilością niż 1000 szpitalnych łóżek dysponują przeważnie duże powiaty grodzkie zlokalizowane w GZM (Sosnowiec, Zabrze, Bytom) oraz dwa miasta, które miały w przeszłości status stolic wojewódzkich (Bielsko-Biała i Częstochowa), poza nimi taką liczbą dysponuje jeszcze powiat tarnogórski. Zasobem łóżek szpitalnych pomiędzy 500 a 1000 dysponują powiat bielski, Chorzów, Rybnik, Jastrzębie-Zdrój i Gliwice, przy czym należy zauważyć, że Rybnik musi obsłużyć jednocześnie powiat rybnicki, w którym nie ma ani jednego łóżka szpitalnego. Najniższe wyniki poza powiatem rybnickim osiągnęły powiat bieruńsko-lędziński (46), kłobucki (120), częstochowski (137), Żory (164) oraz Mysłowice (199). Także dostępność mierzona liczbą łóżek szpitalnych przypadających na 10 tys. mieszkańców jest wyraźnie zróżnicowana przestrzennie. Podobnie jak w liczbach bezwzględnych najlepszą dostępnością charakteryzowały się Katowice (116,16) i powiat cieszyński (102,81). Dostępnością w przedziale od 70 do 85 łóżek na 10 tys. mieszkańców dysponowały powiat tarnogórski, Bielsko-Biała, Chorzów, Częstochowa i Piekary Śląskie. Z kolei dostępność pomiędzy 50 a 70 łózkami na 10 tys. mieszkańców notowały miasta GZM (Bytom, Sosnowiec, Zabrze, Siemianowice Śląskie i Gliwice) oraz z miast subregionu zachodniego Jastrzębie-Zdrój. Najniższą dostępnością poniżej 20 łóżek na 10 tys. mieszkańców dysponowały powiaty ziemskie: kłobucki, częstochowski, bieruńsko-lędziński oraz rybnicki. W latach 2012-2019 w większości powiatów liczba łóżek, a tym samym dostępność spadała (30 powiatów), przeciwną tendencją charakteryzowało się 5 powiatów, a w 1 powiecie (kłobucki) liczba łóżek pozostała bez zmian.

Mapa 61 Dostępność do łóżek szpitalnych w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Mapa 62 Liczba łóżek szpitalnych w 2019 r. oraz zmiana liczby łóżek szpitalnych w latach 2012 – 2019 w powiatach województwa śląskiego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W Aneksie nr 1 do niniejszego dokumentu zaprezentowano przestrzenną analizę wskaźnikową 33 oddziałów w szpitalach ogólnych regionu, z największą w 2019 roku liczbą łóżek, w oparciu o dane ze Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego pochodzące ze sprawozdania MZ - 29 o działalności szpitala

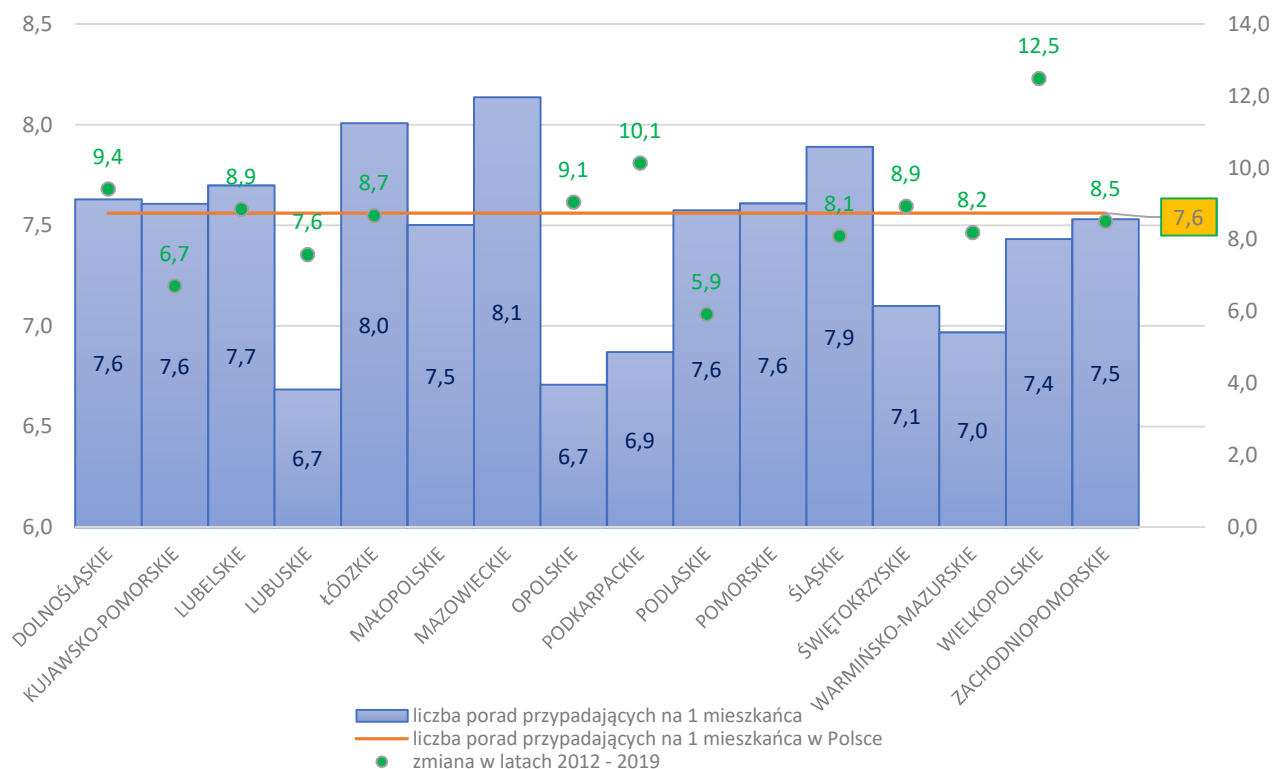
ogólnego oraz rocznego sprawozdania MZ - 30 zakładu psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Analiza dotyczy: oddziału chorób wewnętrznych, oddziału ginekologiczno-położniczego, oddziału chirurgicznego ogólnego, oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddziału rehabilitacyjnego, oddziału neonatologicznego, oddziału neurologicznego, oddziału kardiologicznego, oddziału rehabilitacji kardiologicznej, oddziału pediatrycznego, oddziału rehabilitacji neurologicznej, oddziału onkologicznego, oddziału okulistycznego, oddziału psychiatrycznego, oddziału pulmonologii, oddziału urologicznego, oddział anestezyjologii i intensywnej terapii, oddziału otorynolaryngologicznego, oddziału gruźlicy i chorób płuc, oddziału reumatologicznego, oddziału chirurgii naczyniowej, oddziału neurochirurgicznego, oddziału chirurgii onkologicznej, oddziału gastroenterologicznego, oddziału udarowego, oddziału nefrologicznego, oddziału dermatologicznego, oddziału kardiochirurgicznego, oddziału endokrynologicznego, oddziału radioterapii, oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego, oddziału hematologicznego oraz oddziału geriatrycznego.

W województwie śląskim w 2019 r. świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej świadczyło 2 797 przychodni (12,8% przychodni w Polsce), co było drugim wynikiem w kraju po województwie mazowieckim. W okresie 2012 – 2019²⁷ liczba przychodni w regionie nieznacznie wzrosła o ok. 2% i był to najmniejszy wzrost wśród wszystkich województw. Dostępność przychodni mierzona wskaźnikiem liczby przychodni na 10 tys. mieszkańców oscylowała w polskich regionach między 4 a 7, a w województwie śląskim osiągnęła wielkość 6 i nie zmieniła się w okresie 2012 – 2019. Liczba przychodni w powiatach województwa śląskiego rozkłada się nierównomiernie w 2019 r. i waha się od 313 w Katowicach do 18 w Świętochłowicach. Dużą liczbę przychodni (powyżej 100) notują także duże miasta takie jak Bielsko-Biała (164), Częstochowa (165), Sosnowiec (124), Gliwice (123), Zabrze (107) i powiat ziemskie: cieszyński (118). Z kolei wśród powiatów z najniższą liczbą przychodni (poniżej 40) znalazły się oprócz Świętochłowic jeszcze trzy miasta: Jaworzno (37), Piekary Śląskie (35) i Żory (37) oraz dwa powiaty ziemskie: bieruńsko-lędziński (29) i rybnicki (30). W większości powiatów, tj. 21 nastąpił wzrost liczby przychodni (najwyższy w Rybniku o 15,49%) przy jednoczesnym spadku w 13 powiatach (największy spadek zanotowano w Świętochłowicach o 22,22% i Bytomiu o 20,83%). Dwa regiony zachowały tę samą strukturę (powiat rybnicki i Piekary Śląskie). Dostępność przychodni w powiatach notuje w 2019 r. większy zakres aniżeli w przypadku województw. Najniższą dostępność na poziomie ok. 4 przychodni na 10 tys. mieszkańców uzyskały powiaty bielski, rybnicki, żywiecki oraz miasta Bytom, Jaworzno, Ruda Śląska i Świętochłowice. Z kolei najwyższe wyniki w tym względzie osiągnęły Katowice oraz Bielsko-Biała (10 przychodni na 10 tys. mieszkańców). Pozostałe powiaty mieściły się w wartościach między 5 a 7.

W województwie śląskim udzielono 35,6 mln porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej, co stanowiło 12,2% wszystkich udzielonych porad w kraju i było drugim wynikiem po województwie mazowieckim. Liczba udzielanych porad w okresie 2012 – 2019 rosła w regionie zgodnie z ogólnokrajową tendencją. Wzrost liczył 8% i był niewiele niższy od tego, który charakteryzował cały kraj (10%). Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej było częstsze w województwie śląskim niż w większości regionów Polski i wynosiło w 2019 r. 7,89 porady na 1 mieszkańca. Był to 3. wynik w Polsce po województwach mazowieckim i łódzkim, a miary w regionach rozciągały się od województwa mazowieckiego z 8,14 porady do województwa lubuskiego z wynikiem 6,68 porady. Widoczny jest także wzrost w latach 2012 – 2019 wykorzystania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej we wszystkich regionach (wzrost w województwie śląskim o ok. 10% i był na poziomie ogólnopolskim).

²⁷ Wybrano te lata ze względu na to, że w roku 2012 zmieniono metodologię liczenia poradni (zaczęto wliczać te podległe MON i MSWiA)

Wykres 36 Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na 1 mieszkańca w Polsce i jej regionach w 2019 r. oraz zmiana w latach 2012 i 2019.



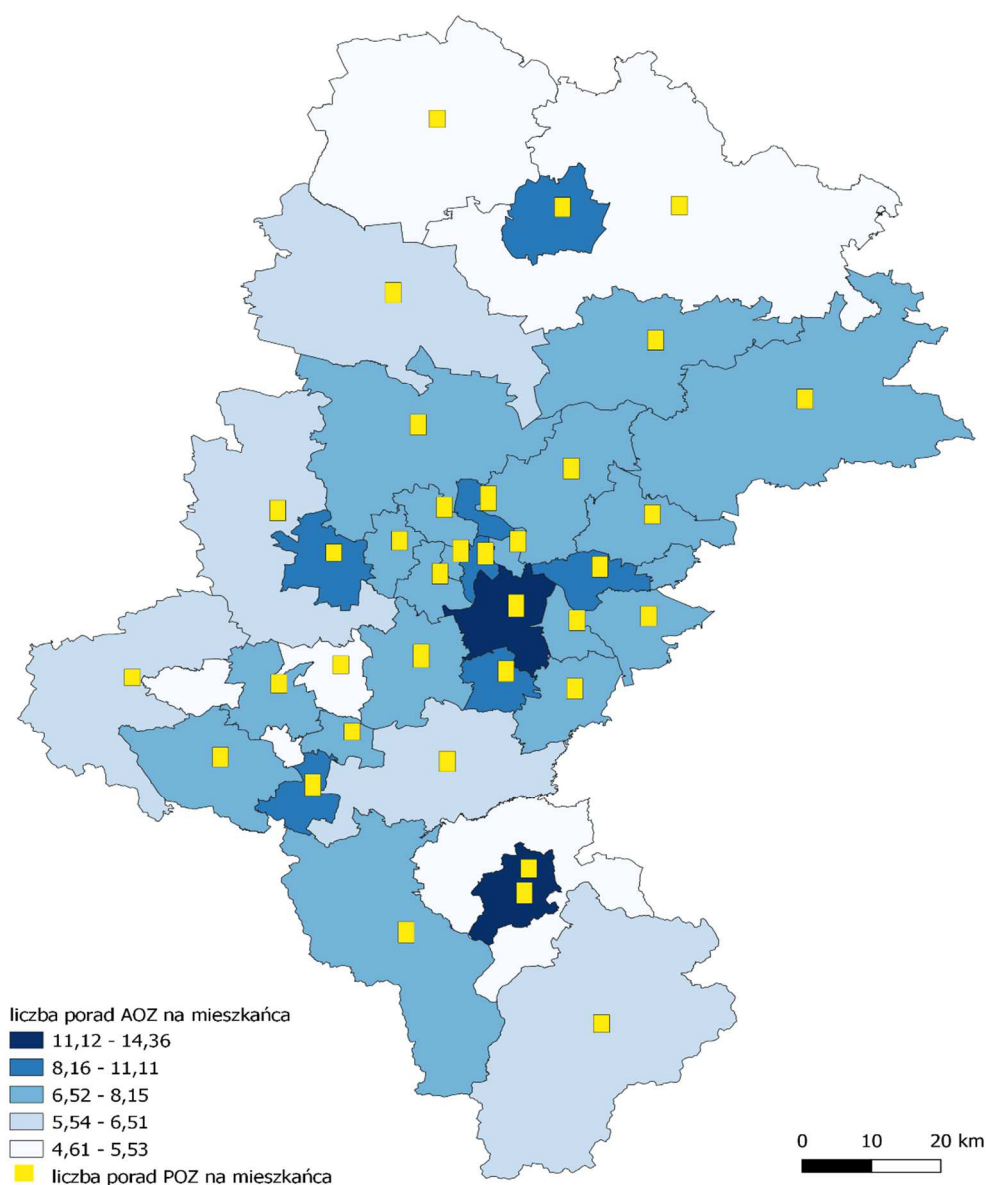
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Rozkład liczby udzielanych porad w powiatach w województwie śląskim jest nierównomierny, a wartości rozkładają się od maksymalnej dla Katowic wynoszącej ponad 4 mln (11,8% porad w województwie śląskim) do minimalnej dla Świętochłowic i powiatu rybnickiego wynoszącej 360 tys. porad (1% ogółu). Wynik w Katowicach był dwa razy wyższy od drugiego wyniku osiągniętego w Częstochowie, który osiągnął nieco ponad 2 mln porad (5,6%). Udział pięcioprocentowy osiągnęły jeszcze Bielsko-Biała i Sosnowiec, a zbliżony do niego Gliwice. Wyniki poniżej 1,5% udziału w ogóle porad uzyskały takie miasta jak Siemianowice Śląskie, Piekary Śląskie, Żory, Świętochłowice oraz powiaty myszkowski, lubliniecki, bieruńsko-lędziański, rybnicki, kłobucki. Większość powiatów wpisywało się w trend rosnącej liczby porad w latach 2012 – 2019. Wzrost powyżej 15% odnotowano w powiecie tarnogórskim (19,38%), powiecie cieszyńskim (16,04%), gliwickim (16,70%) i powiecie mikołowskim (19,22%). W większym stopniu niż w całym województwie liczba porad wzrastała w 18 powiatach, słabsze tempo notowało 18 powiatów, a 3 powiaty zanotowały spadki: Gliwice (-1,6%) i m. Bytom (-0,18). Z porad w największym stopniu korzystano w Katowicach (14,4 porady na 1 mieszkańca). Wysokie wyniki osiągały miasta na prawach powiatu takie jak Bielsko-Biała – 11,1, Gliwice – 9,4, Częstochowa – 9,1 czy Chorzów i Tychy – 9. Z kolei najniższe wartości osiągały powiaty ziemskie tj. powiat raciborski – 5,9, powiat żywiecki – 5,5, powiat bielski – 5,5, powiat częstochowski – 5,5, powiat rybnicki – 4,6 oraz powiat kłobucki – 4,8.

Podobnie jak w przypadku liczby porad lekarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, także w podstawowej opiece zdrowotnej liczba udzielonych porad w 2019 r. sytuowała województwo śląskie na drugim miejscu (20,6 mln porad w POZ) zaraz za województwem mazowieckim. W latach 2012 – 2019 widoczny jest wzrost liczby udzielanych porad w POZ we wszystkich regionach Polski, przy czym wzrost w województwie śląskim wyniósł 10,18% i był nieco niższy od wzrostu w całym kraju (12,52%). Poziom korzystania ze świadczeń POZ w regionach był w małym stopniu zróżnicowany. Wyniki

wskaźnika liczby porad przypadających na 1 mieszkańca wahały się między wartością 4,9 porady dla województwa łódzkiego, zachodnio-pomorskiego i lubelskiego, a wartością 4 porady dla województwa mazowieckiego, przy czym wartość dla województwa śląskiego wyniosła 4,6 porady. Rozkład liczby udzielonych porad w ramach POZ w powiatach jest nierównomierny. Najwięcej porad udzielano w 2019 r. w Katowicach (7,3% porad udzielonych w województwie śląskim). Większy niż czteroprocentowy udział w ogóle porad uzyskały jeszcze Częstochowa (4,7%), Sosnowiec (4,6%), powiat cieszyński (4,2%), z kolei najniższe wielkości (poniżej 1,5% udziału w ogóle porad POZ w województwie) osiągnęły powiat bieruńsko-lędziński (1,4%), Świętochłowice (1,2%) oraz Żory (1,2%).

Mapa 63 Rozkład liczby porad lekarskich przypadających na 1 mieszkańca w podziale wg Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W większości powiatów w latach 2012 – 2019 zwiększyła się liczba porad udzielanych, przy czym największy wzrost zanotował powiat mikołowski (27,7%) i tarnogórski (27,2%), a wzrost powyżej 15% uzyskały jeszcze powiaty: gliwicki (20,8%), cieszyński (17,8%), kłobucki (19,8%), pszczyński (17,9%), Tychy (19%) oraz Mysłowice (19,1%). Wzrost liczby udzielonych porad był w 7 powiatach wyższy aniżeli wymiar dla województwa śląskiego. Cztery regiony zanotowały spadek, były to: powiat raciborski (-1%), Gliwice (-4,8%), Rybnik (-0,9%) oraz Żory (-0,4%).

Wymiar korzystania z porad świadczonych w ramach POZ był w powiatach województwa śląskiego dużo bardziej zróżnicowany niż rozwarstwienie w regionach Polski.

Rozpiętość wyników sięgała z jednej strony wartości 17,4 porady na 1 mieszkańca Sosnowca, a z drugiej strony wartości 1,6 dla powiatu kłobuckiego. Wielkość 10 porad na mieszkańca przekroczyły jeszcze Katowice (13,4) oraz Częstochowa (11). Wartość dla województwa śląskiego przekroczyło 17 powiatów, a niższą uzyskało ich 19.

W województwie śląskim udzielono w 2018 r. blisko 15,1 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁸, co stanowiło 13% wszystkich tego typu porad w Polsce. Porady lekarskie AOS stanowiły 42,3% porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w województwie śląskim. Najczęściej udzielane porady lekarskie w ramach AOS stanowiły porady w zakresie chirurgii (19,3%), znaczące wielkości osiągały także porady ginekologiczno-położnicze (10,6%), okulistyczne (10,1%), neurologiczne (8,2%), kardiologiczne (6,4%), otolaryngologiczne (6,1%) i dermatologiczne (5,1%). W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielono także 4,2 mln porad stomatologicznych. Z kolei w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej udzielono w 2018 r. blisko 1,1 mln porad, z czego 51,1% stanowiły porady lekarskie, 24,4% psychologiczne, a 24% to porady udzielane przez innego terapeutę. Poziom korzystania ze świadczeń lekarskich w ramach AOS mierzony liczbą udzielonych porad lekarskich na mieszkańca wyniósł w województwie śląskim 3,3. Tak samo mierzony wskaźnik dla porad stomatologicznych w ramach AOS wyniósł 0,9, a miernik dla porad udzielanych w ambulatoriach psychiatrycznych wyniósł 0,2.

ZASIĘG ODDZIAŁYWANIA SZPITALI WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

W badaniu zasięgu oddziaływania szpitali zlokalizowanych w województwie śląskim wzięto pod uwagę dane z 2019 roku Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane zawierają liczbę zdarzeń z danym rozpoznaniem leczonych w województwie śląskim oraz informacją o gminie zamieszkania pacjentów. W badaniu wzięto pod uwagę jednostki chorobowe o kodach C, D, E, F, H, I, J oraz M wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Każdy kod oznacza grupę chorób.

JEDNOSTKI CHOROBY:

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

PODZIAŁ SZCZEGÓŁOWY JEDNOSTEK CHOROBYCH:

²⁸ Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach 2018, Śląski Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia 2019

Nowotwory ogółem (C00-D48)

Do chorób nowotworowych zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- nowotwory złośliwe,
- nowotwory in situ,
- nowotwory niezłośliwe,
- nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze.

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej ogółem (E00-E90)

Do zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- choroby tarczycy,
- cukrzycę,
- inne zaburzenia regulacji poziomu glukozy oraz zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki,
- zaburzenia innych gruczołów wydzielania wewnętrznego,
- niedożywienie,
- inne niedobory pokarmowe,
- otyłość i inne zespoły hiperalimentacji,
- choroby metaboliczne.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania ogółem (F00-F99)

Do zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi,
- zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych,
- schizofrenia,
- zaburzenia schizotypowe i urojeniowe,
- zaburzenia nastroju (afektywne),
- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną,
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych,
- upośledzenie umysłowe,
- zaburzenia rozwoju psychologicznego,
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym,
- nieokreślone zaburzenia psychiczne.

Choroby oka i przydatków oka ogółem (H00-H59)

Do chorób oka i przydatków oka zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- zaburzenia powiek,
- narządu łzowego i oczodołu,
- zaburzenia spojówek,
- zaburzenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego,
- zaburzenia soczewki, zaburzenia błony naczyniowej i siatkówki, jaskrę,

- zaburzenia ciała szklistego i gałki ocznej,
- zaburzenia nerwu wzrokowego i drogi wzrokowej,
- zaburzenia mięśni gałki ocznej, obuocznej motoryki, akomodacji i refrakcji,
- upośledzenie widzenia i ślepotą,
- inne zaburzenia oka i przydatków oka.

Choroby układu krążenia ogółem (I00-I99)

Do chorób układu krążenia zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- ostrą chorobę reumatyczną,
- przewlekłą chorobę reumatyczną serca,
- nadciśnienie tętnicze,
- chorobę niedokrwioną serca,
- zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego,
- inne choroby serca,
- choroby naczyń mózgowych,
- choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych,
- choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej, inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia.

Choroby układu oddechowego ogółem (J00-J99)

Do chorób układu oddechowego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- ostre zakażenia górnych dróg oddechowych,
- grypę i zapalenie płuc,
- inne ostre zakażenia dolnych dróg oddechowych,
- inne choroby górnych dróg oddechowych,
- przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych,
- choroby płuc wywołane przez czynniki zewnętrzne,
- inne choroby układu oddechowego dotyczące przede wszystkim tkanki śródmiąższowej,
- stany ropne i martwicze dolnych dróg oddechowych,
- inne choroby opłucnej,
- inne choroby układu oddechowego.

Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej ogółem (M00-M99)

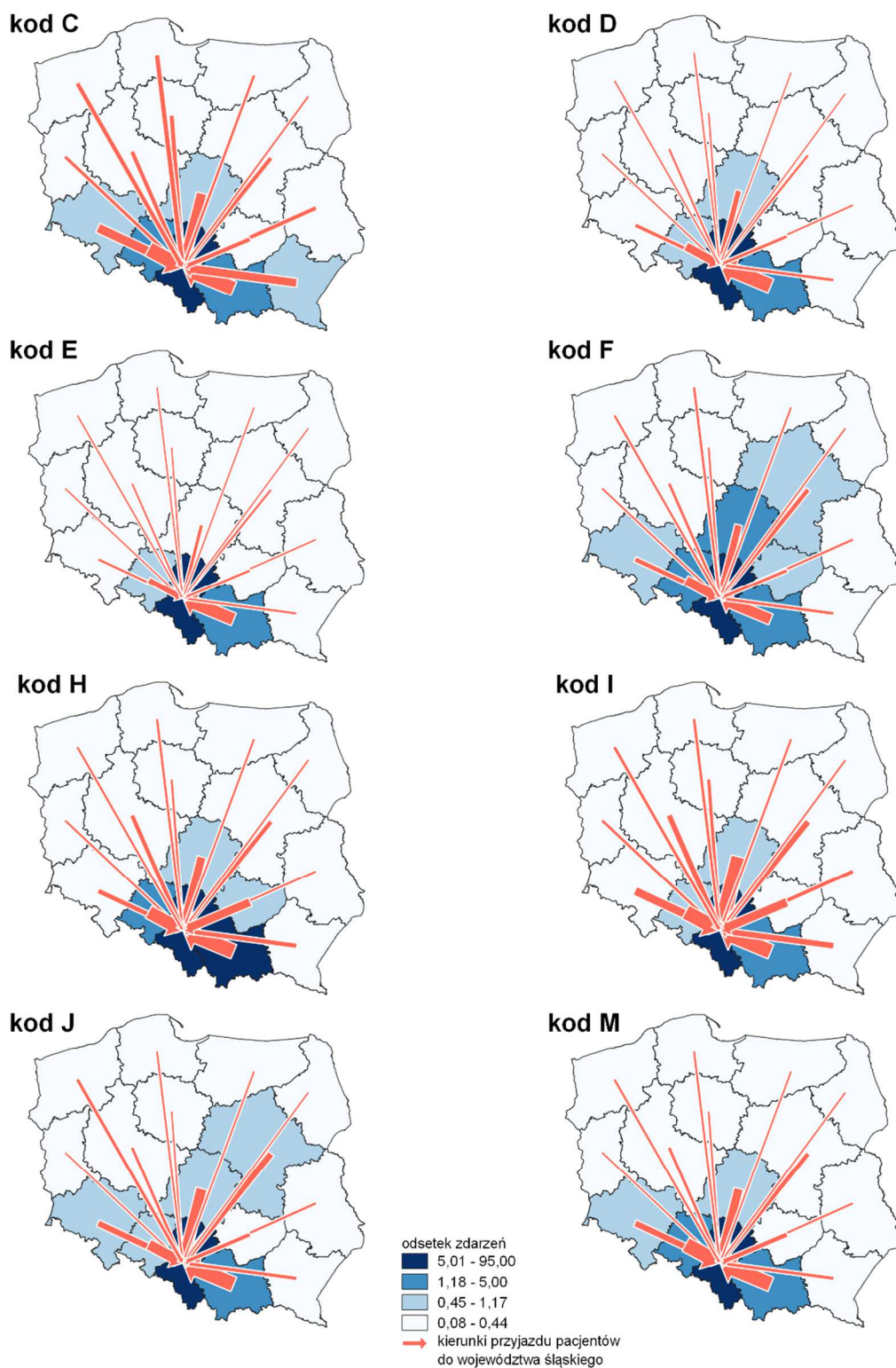
Do chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza się:

- artropatie,
- układowe choroby tkanki łącznej,
- choroby grzbietu,
- choroby tkanek miękkich,
- choroby tkanki kostnej i chrzęstnej,
- inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej.

Pierwsza analiza dotyczy wyznaczenia obszarów oddziaływania jednostek ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego, w których odbywała się opieka szpitalna. Poniżej przedstawiono mapy, ze zwizualizowanymi obszarami oddziaływania jednostek ochrony zdrowia z terenu województwa śląskiego w podziale na kody grup chorobowych. Zaprezentowano odsetek zdarzeń z uwagi na to, że 1 pacjent mógł w ciągu roku leczyć się na więcej niż jedną chorobę i mógł być kilka razy w szpitalu.

W 2019 roku, z opieki szpitalnej w badanych grupach, najczęściej zdarzeń zanotowano w grupie chorób układu krążenia (kod I), kolejne były choroby układu oddechowego (kod J) oraz choroby oka i przydatków oka (kod H). Zdecydowana większość (ponad 90%) pacjentów w 2019 roku, pochodziła z województwa śląskiego, a najczęściej osób hospitalizowanych spoza województwa, stanowili mieszkańcy Małopolski.

Analizując rozkład przestrzenny pacjentów spoza województwa śląskiego, większość badanych grup chorób ma obszar oddziaływania obejmujący województwa ościennie, głównie małopolskie i opolskie. Największe oddziaływanie występuje w przypadku nowotworów złośliwych (kod C), zaburzeń psychicznych (kod F) oraz chorób układu oddechowego (kod J).



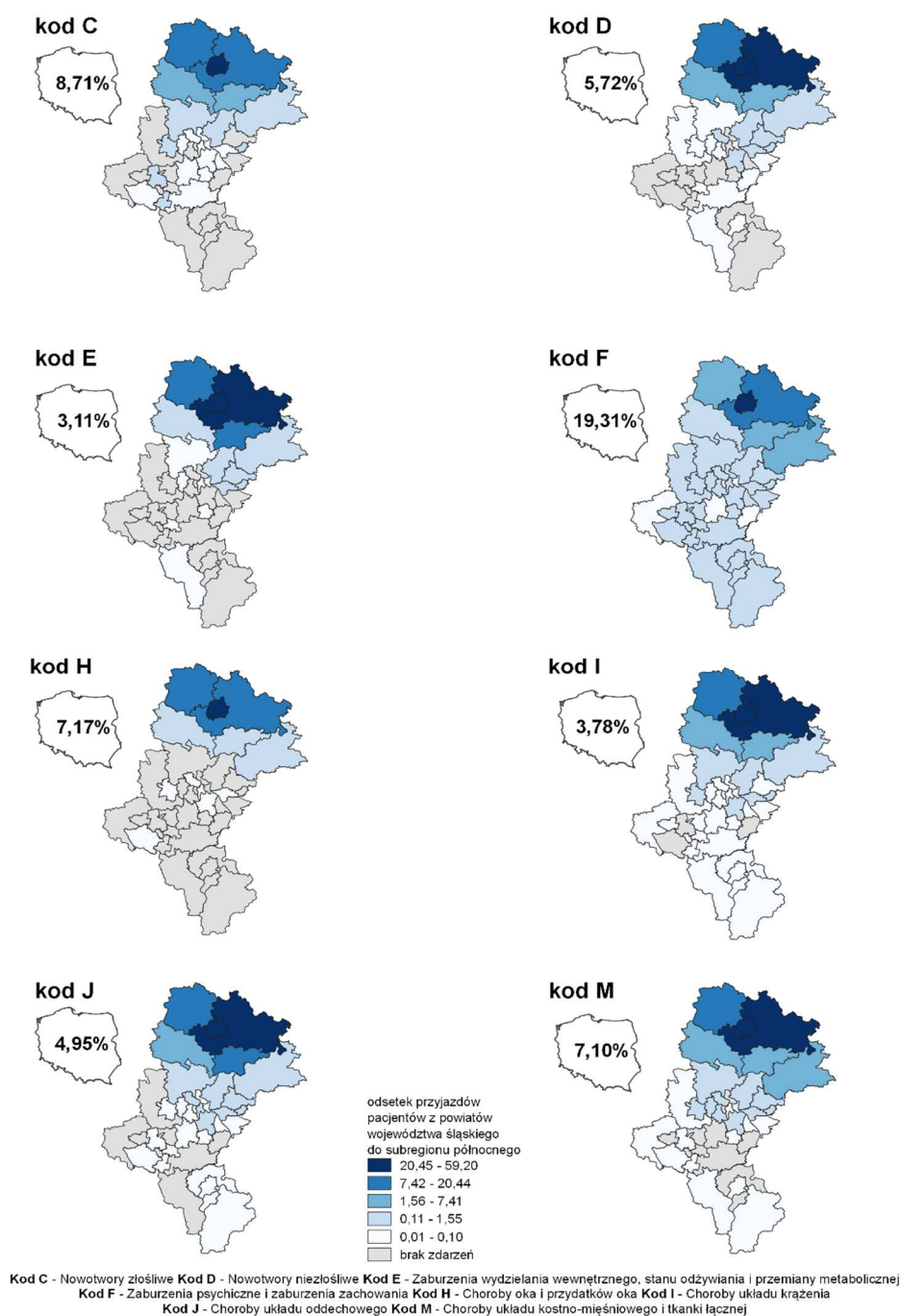
Kod C - Nowotwory złośliwe **Kod D** - Nowotwory niezłośliwe **Kod E** - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej
Kod F - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania **Kod H** - Choroby oka i przydatków oka **Kod I** - Choroby układu krążenia
Kod J - Choroby układu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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

ODDZIAŁYWANIE SUBREGIONALNE

Analiza subregionalna miała na celu zbadanie oddziaływania szpitali zlokalizowanych w poszczególnych subregionach na powiaty z innych części województwa oraz inne województwa. **Subregion północny**

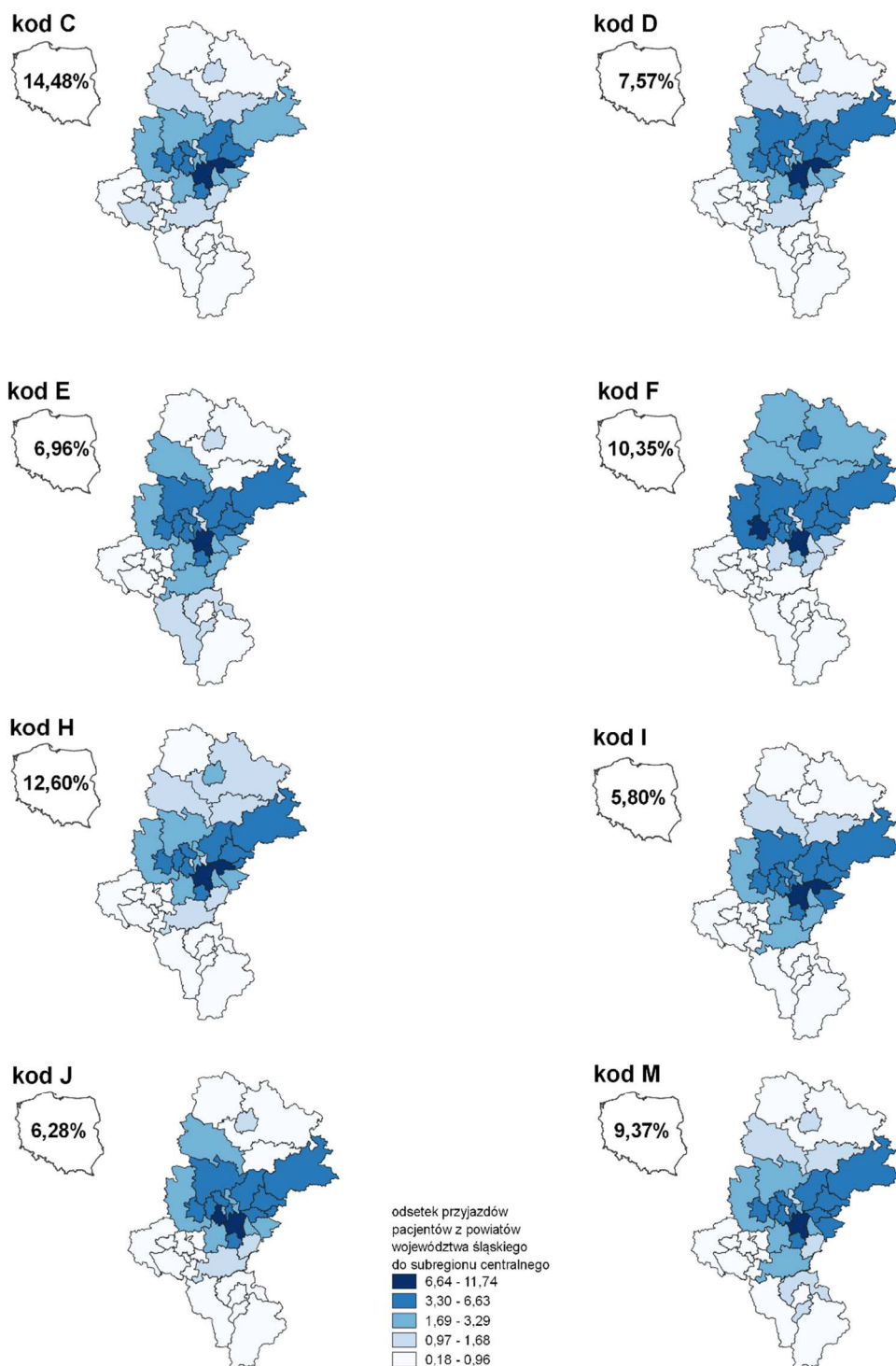
W przypadku subregionu północnego w 2019 roku największa liczba leczonych pacjentów pochodziła z tegoż subregionu. Zdecydowana większość osób leczonych w subregionie północnym pochodziła z Częstochowy i powiatu częstochowskiego, stanowili oni średnio prawie 70% pacjentów. W przypadku 7 grup chorób, pacjenci spoza województwa śląskiego stanowili poniżej 10% wszystkich chorych, jedynie osób leczonych na schorzenia psychiczne (kod F) osób spoza województwa śląskiego było niecałe 20%.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Subregion Centralny

W przypadku subregionu centralnego nie ma tak dominujących powiatów jak w przypadku subregionu północnego. Najwięcej osób leczonych w subregionie stanowili pacjenci z Katowic, Sosnowca czy Gliwic, wiąże się to bezpośrednio z liczbą ludności zamieszkującej te miasta na prawach powiatu. Spoza województwa śląskiego największy odsetek leczonych pacjentów w subregionie był w grupach chorobowych oka (kod H) oraz zaburzeń psychicznych (kod F).

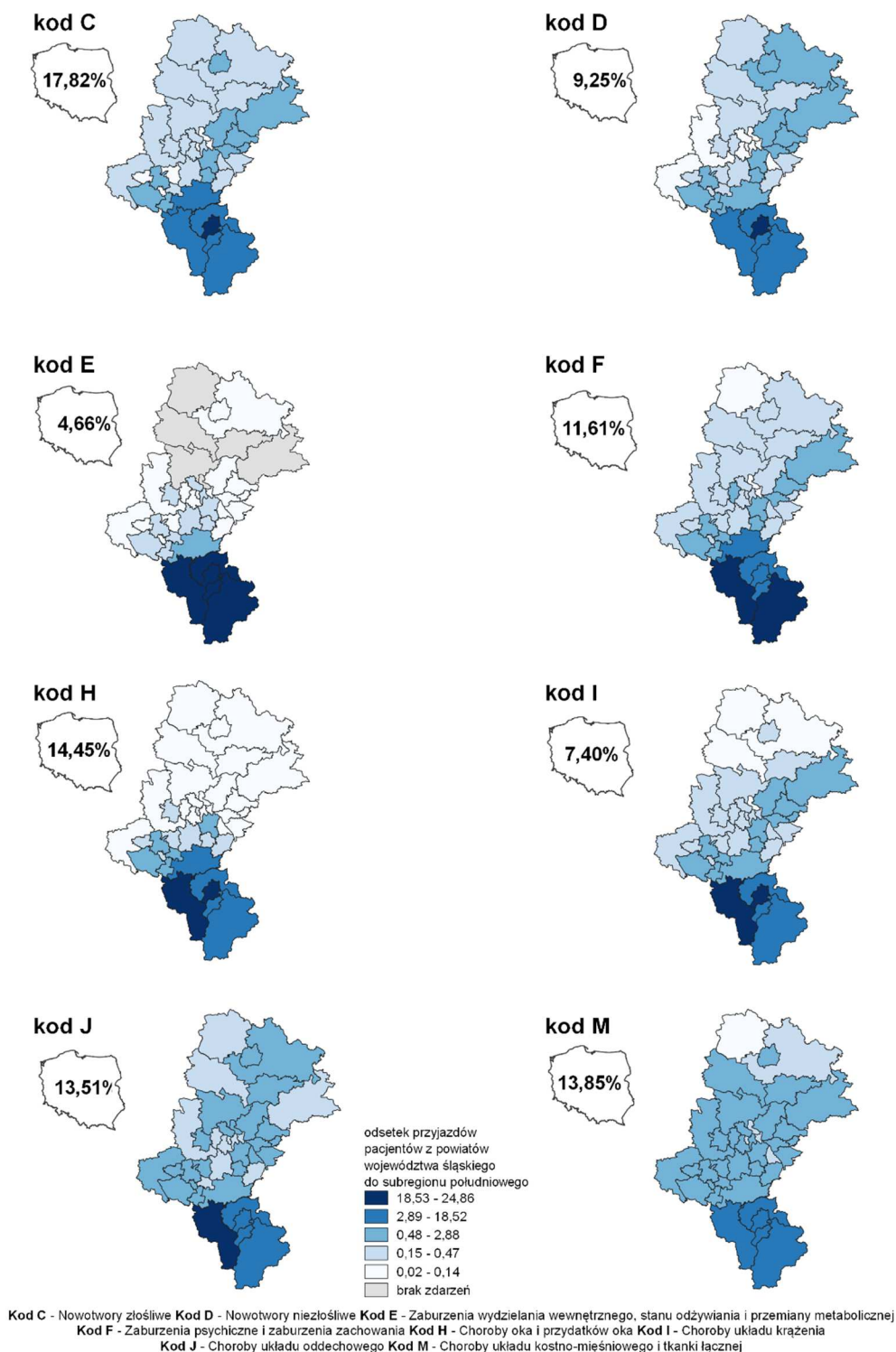


Kod C - Nowotwory złośliwe Kod D - Nowotwory niezłośliwe Kod E - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej
 Kod F - Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Kod H - Choroby oka i przydatków oka Kod I - Choroby układu krążenia
 Kod J - Choroby układu oddechowego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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Subregion Południowy

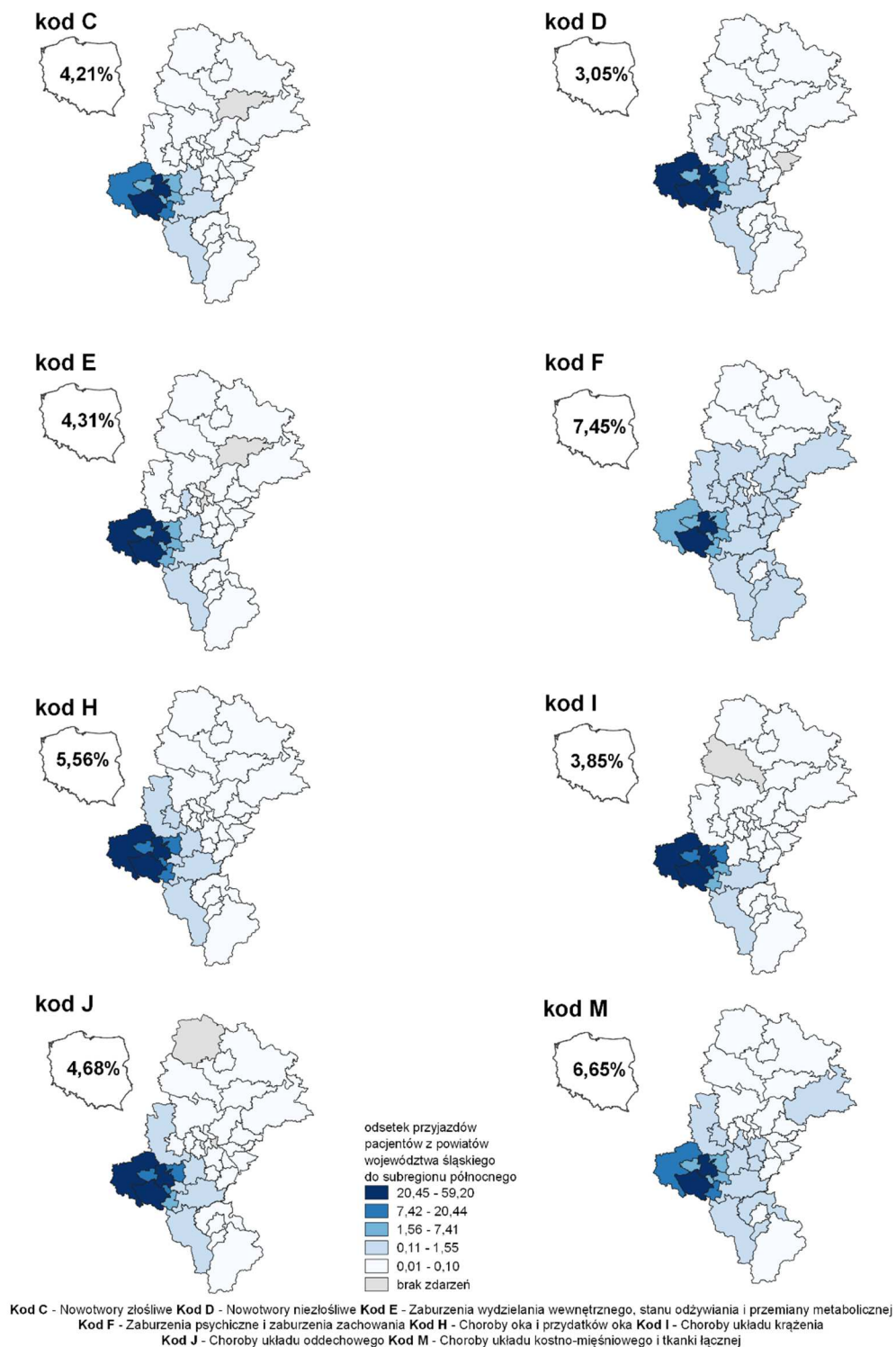
W subregionie południowym leczono głównie pacjentów z tegoż subregionu, z kolei spoza województwa odsetek ten wynosił, w zależności od grupy chorobowej, od niecałych 5% do ponad 17%. Największa koncentracja zdarzeń leczonych w subregionie południowym widoczna była w grupie chorób zaburzenia wydzielania zewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych (kod E).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Subregion Zachodni

W subregionie zachodnim w 2019 roku było najmniej zdarzeń w badanych grupach chorobowych spośród wszystkich subregionów. Pacjenci pochodzili głównie z subregionu południowego, a spoza województwa było to maksymalnie 7,45% w przypadku grupy schorzeń psychicznych (kod F). Najwięcej zdarzeń leczonych w subregionie zachodnim pochodziło od pacjentów z Rybnika.

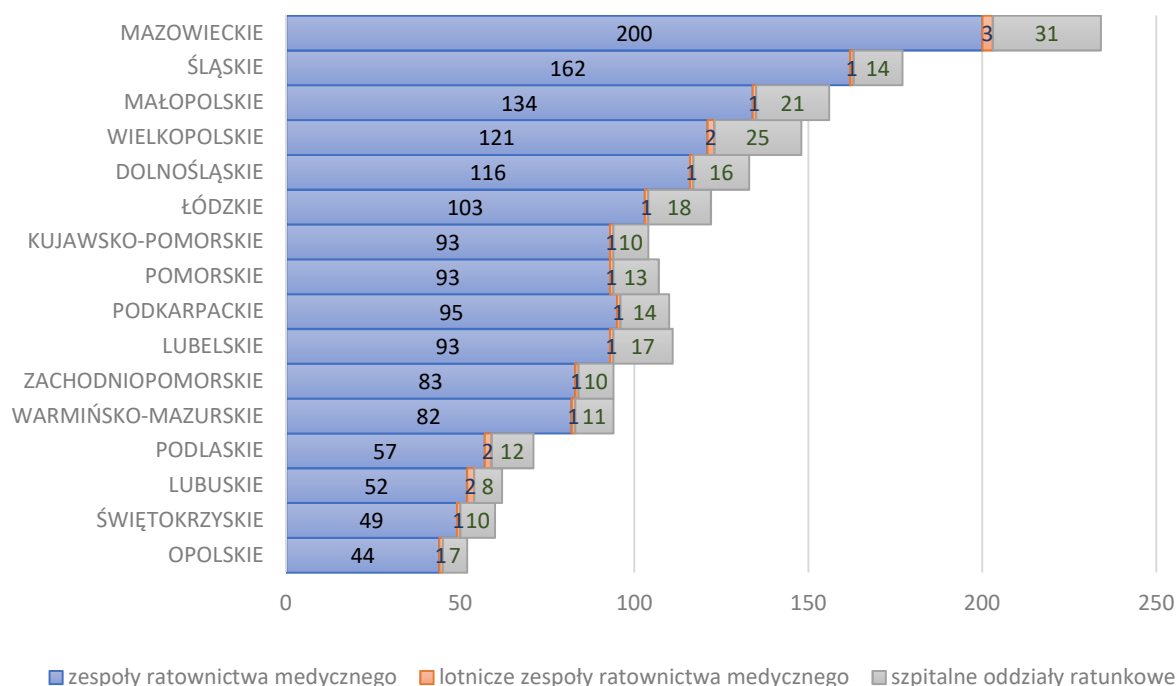


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Zespoły ratownictwa medycznego

W 2019 roku w województwie funkcjonowało 162 zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), 14 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 1 baza lotniczego pogotowia ratunkowego. Ponadto z systemem współpracowało 11 izb przyjęć. W odniesieniu do innych regionów w kraju województwo śląskie charakteryzuje się szczególnie wysoką liczbą ZRM (druga pozycja po województwie mazowieckim), ale niską liczbą SOR-ów (dziewiąta pozycja). Wśród ZRM 41 stanowią jednostki specjalistyczne, a 121 podstawowe. W stosunku do roku 2010²⁹ ogólna liczba ZRM wzrosła o 3, jednak w ramach zmian jakościowych zauważa się znaczny spadek liczby jednostek specjalistycznych na korzyść liczby jednostek podstawowych. W przypadku SOR-ów ich liczba w odniesieniu do roku 2009 wzrosła o 3.

Wykres 37 Jednostki systemu ratownictwa medycznego według województw w 2019 r.

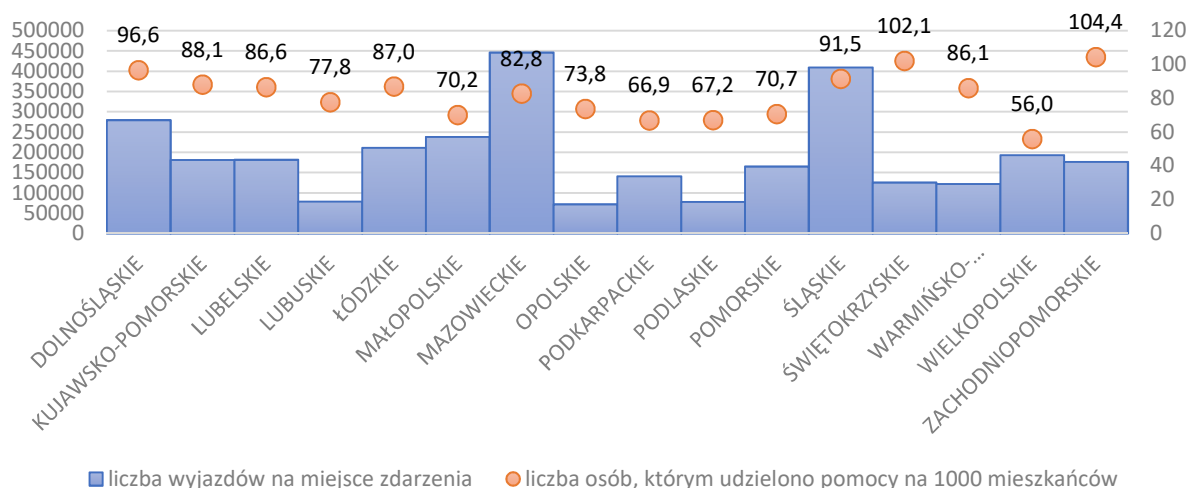


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

W analizowanym okresie zanotowano łącznie 409,38 tys. wyjazdów ZRM na miejsce zdarzenia. Jest to druga wartość spośród regionów zaraz po województwie mazowieckim i wyższa w stosunku do roku 2009 o 11,5%. Ogółem pomocy udzielono 413 212 osobom. W stosunku do roku 2009 liczba osób, którym udzielono pomocy zwiększyła się o 11,9% (w tym samym okresie wartości dla Polski wzrosły o 6,28%). Analizując wskaźnik względny obrazujący liczbę osób, którym udzielono pomocy w przeliczeniu na 1000 osób, województwo śląskie plasuje się na czwartej pozycji wśród regionów zaraz po dolnośląskim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim. W 2019 roku wskaźnik ten dla województwa wyniósł 91,46 os./1000 os., tymczasem dla Polski – 82,3 os./1000 os.

²⁹ Odniesienie do 2010 r. ze względu na zmianę w metodologii liczenia zespołów ratownictwa medycznego w BDL

Wykres 38 Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego oraz wskaźnik liczby osób, którym udzielono pomocy na 1000 ludności według województw w 2019 r.

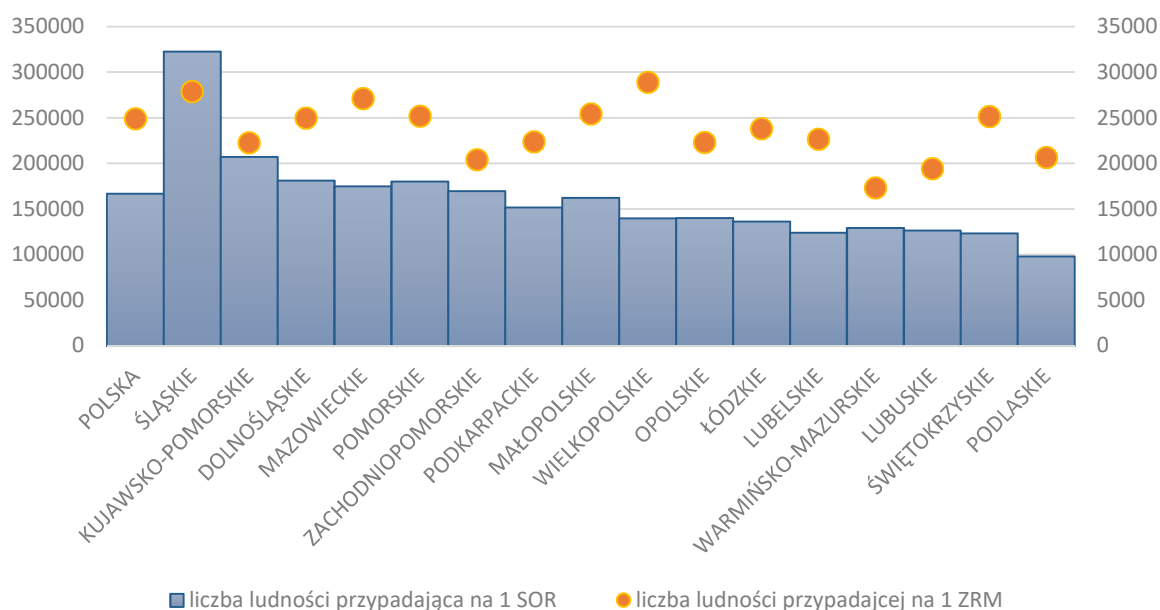


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Na koniec 2019 roku liczba personelu medycznego wchodząca w skład ZRM wyniosła 2 098 pracowników (druga pozycja w kraju). Niestety liczba ta zmalała o 10,87% w odniesieniu do roku 2010.

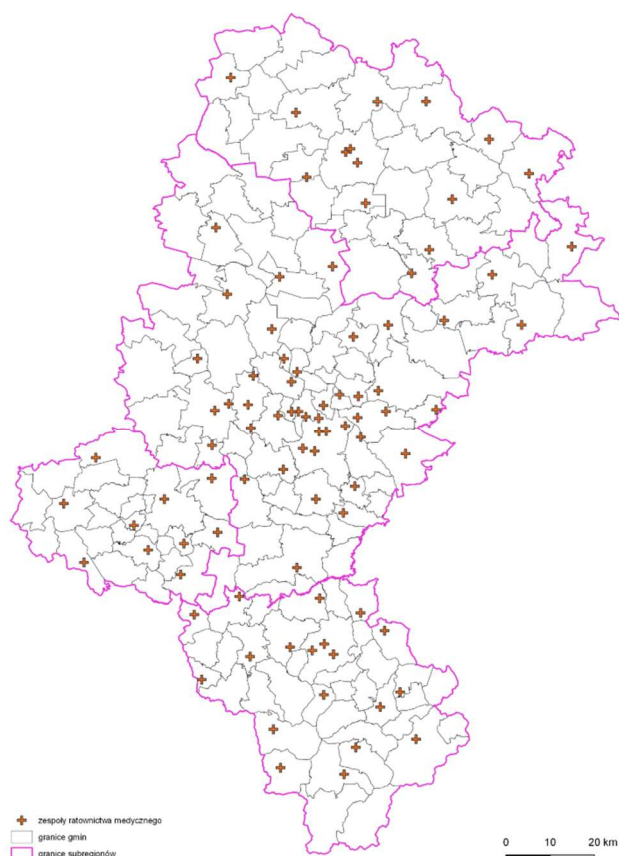
Dostępność ratownictwa medycznego wypada słabo na tle innych regionów i całego kraju. Mimo stałego spadku na przestrzeni lat, w 2019 roku liczba osób przypadająca na jeden SOR w regionie była najwyższa wśród wszystkich województw i wyniosła 322 688 os./SOR. Dla porównania średnia wartość dla całej Polski analizowanego wskaźnika wynosiła 161 952 os./SOR. Z kolei liczba ludności przypadająca na jeden zespół ratownictwa medycznego wyniosła w 2019 r. 27 866,6 osób i stanowi drugi wynik w kraju po województwie wielkopolskim, przy czym wynik dla Polski wyniósł 24 338,98 osoby na ZRM.

Wykres 39 Dostępność usług ratownictwa medycznego w Polsce i jej regionach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Mapa 65 Rozmieszczenie ZRM-ów i SOR-ów w województwie śląskim - stan na marzec 2018 r.



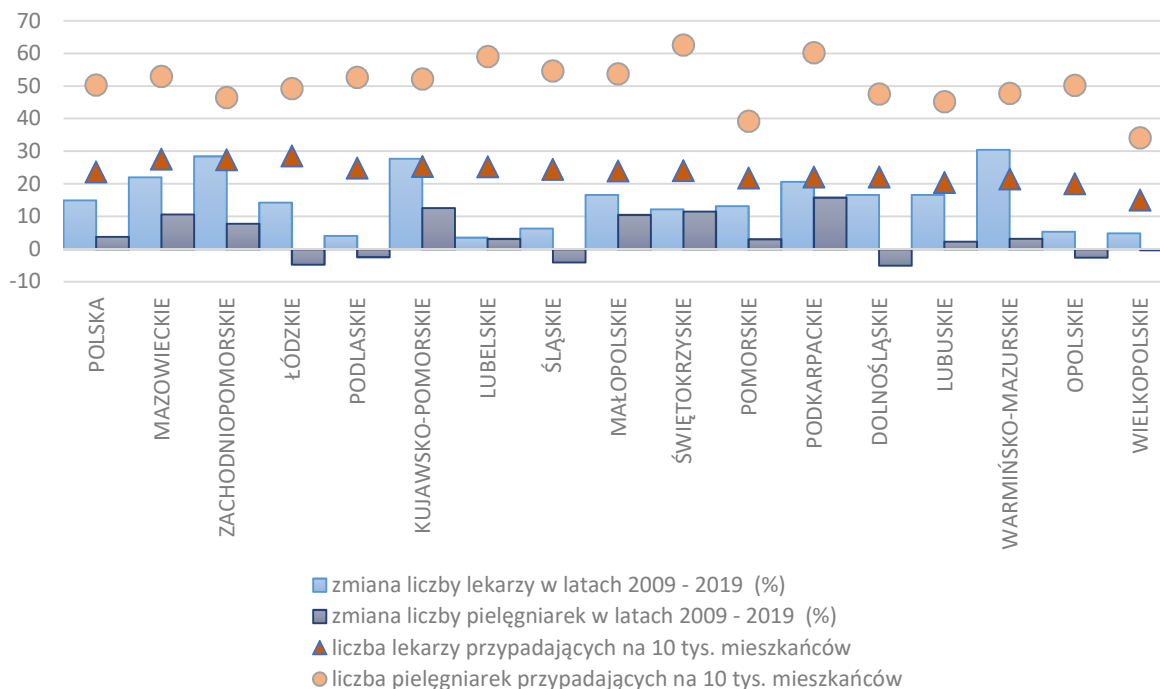
Źródło: Opracowanie własne na podstawie PLAN DZIAŁANIA SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO – Aktualizacja nr 2/2018.

KADRA MEDYCZNA

W województwie śląskim było w 2019 r. 18 211 lekarzy z prawem wykonywania zawodu, co stanowiło 12,07 % lekarzy w Polsce (wyższe skupisko osób dysponujących prawem wykonywania tego zawodu stanowiło tylko województwo mazowieckie – 18,14%). Udział wszystkich pozostałych województw był mniej niż dziesięcioprocentowy. Podobne udziały województwa śląskiego w ogólnopolskim zasobie kadr medycznych charakteryzowały dentystów (11,04 % ogółu dentystów – 4 721 osób), pielęgniarki (13,01% ogółu pielęgniarek – 38 993 osób) i położne (12,19% ogółu położnych – 4 758 osób). Liczba osób dysponujących prawem do wykonywania zawodu medycznego wzrastała w latach 2009-2019 zarówno w województwie śląskim jak i w całym kraju. Liczba lekarzy wzrosła o 11,1% w regionie, co było wynikiem niższym aniżeli w całym kraju (13,6%). Wzrost liczby zarówno dentystów (15,48%) jak i pielęgniarek (7%) w województwie śląskim był na poziomie ogólnokrajowym (15,74% dla dentystów i 7,7% dla pielęgniarek). W przypadku położnych wzrost w województwie był wyższy od ogólnokrajowego o ponad 2 pp. i wyniósł w regionie 17,16%. Dostępność lekarzy liczona poprzez wskaźnik liczby lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu przypadających na 10 tys. mieszkańców pozycjonuje województwo śląskie z wynikiem 40,31 powyżej wyniku dla Polski (39,32 lekarza) osiągając przy tym 6. wynik wśród regionów w kraju. Pierwsze miejsce zajęło województwo mazowieckie osiągając wartość 50,48 lekarza. Dostępność dentystów mierzona adekwatnym wskaźnikiem osiąga wartość 10,45 dentysty (wartość poniżej wyniku dla Polski – 11,14 dentystów) i sytuuje województwo śląskie na 9. miejscu pośród regionów Polski (znów najlepsze jest województwo mazowieckie – 14,13 dentystów). Województwo śląskie na tle regionów lepiej prezentuje się pod względem dostępności pielęgniarek, z wynikiem 86,31 pielęgniarki osiągając 4. pozycję w kraju po

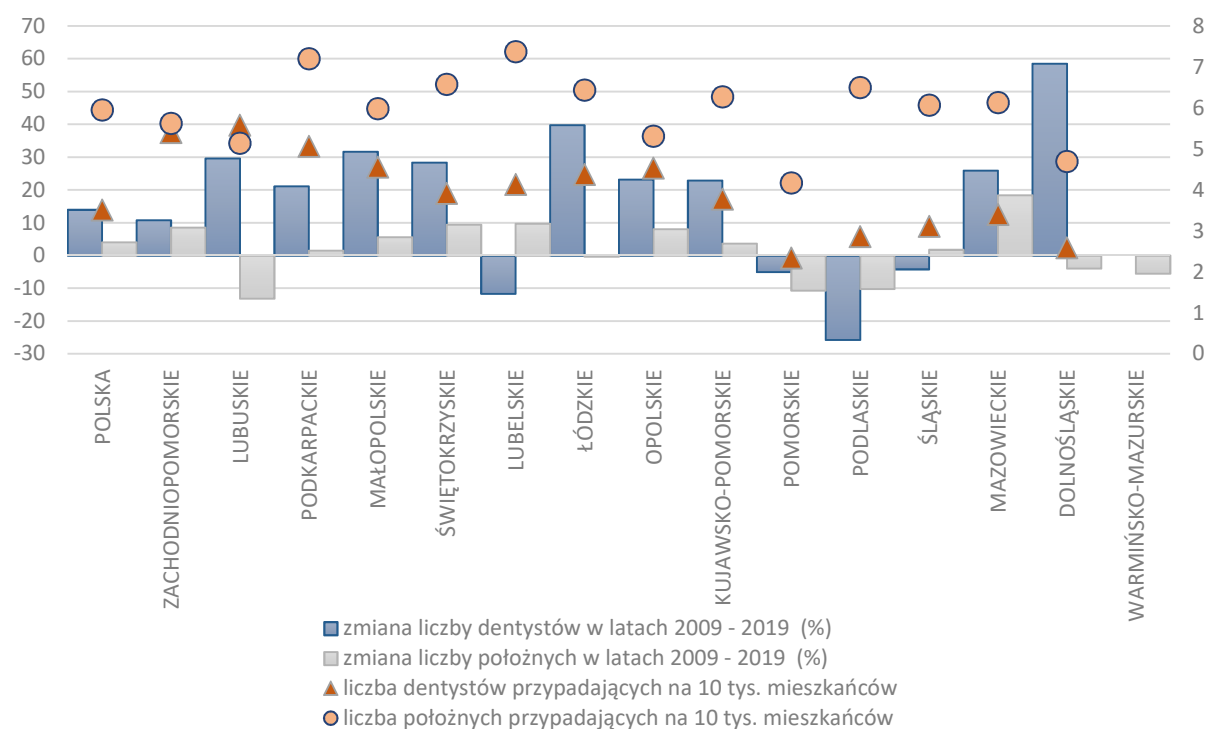
województwach świętokrzyskim, podkarpackim lubelskim i znacząco przekraczając wynik dla całego kraju, który wyniósł 78,06 pielęgniarki. Z kolei dostępność położnych liczona wg osób posiadających tego rodzaju uprawnienia wyniosła w regionie 10,53 położnej, co było 7. wynikiem w Polsce i nieznacznie lepszym aniżeli w całym kraju (10,17 położnych na 10 tys. mieszkańców). Wszystkie te liczby okażą się niższe jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę pracowników medycznych liczoną według podstawowego miejsca zatrudnienia. I tak liczba lekarzy zatrudnionych w województwie śląskim wyniosła w 2018 r. 11 064, co jest wynikiem o ponad 7 tys. osób mniejszym od liczby lekarzy zarejestrowanych jako posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu. Wynik ten zmniejsza dostępność do lekarzy w województwie do 24,49 lekarza na 10 tys. mieszkańców, przy czym nadal jest to 7. wynik w kraju. Także wzrost liczby lekarzy mierzony w latach 2009-2019 był niższy, aniżeli ten mierzony według posiadania uprawnień, i wyniósł 6,3%. Liczba dentystów zatrudnionych w województwie śląskim w 2019 r. wyniosła 1 409 osób i stanowiła 11% wszystkich dentystów liczonych wg podstawowego miejsca pracy w Polsce. Dostępność dentystów w tym wymiarze wyniosła tylko 3,1 dentysty i była niższa aniżeli w wymiarze posiadanych uprawnień, w którym wyniosła 10,43 dentysty. Liczba pracujących w regionie dentystów spadła w latach 2009-2019 o 4,2% będąc wśród pięciu regionów, które zanotowały spadki. Z kolei liczba pielęgniarek wyniosła w 2019 r. 24 690 osób co stanowiło 12,78% wszystkich pracujących pielęgniarek w Polsce i było drugim wynikiem po województwie mazowieckim. Dostępność pielęgniarek wyniosła w badanym roku 54,65 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców. W tym przypadku także zauważalny jest spadek liczebności kategorii w latach 2009-2019, wyniósł on 4,94%. Odmienną tendencję osiągnęła kategoria położnych, których liczebność wzrosła o 1,74% do poziomu 2 747 osób, co stanowiło 12,1% wszystkich położnych zatrudnionych w Polsce. Dostępność do usług położniczych mierzony za pomocą liczebności położnych liczonych wg podstawowego miejsca zatrudnienia przypadających na 10 tys. mieszkańców wyniosła 6,1 położnej.

Wykres 39 Dostępność do usług lekarskich i pielęgniarskich oraz zmiana liczby lekarzy i pielęgniarek w latach 2009-2019 (%) w Polsce i jej regionach.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Wykres 40 Dostępność do usług dentystycznych i położnych oraz zmiana liczby lekarzy i pielęgniarek w latach 2009-2019 (%) w Polsce i jej regionach.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Porównanie województwa śląskiego z wynikami notowanymi w Unii Europejskiej wykazuje jeszcze wyższe braki w dostępie do kadry medycznej³⁰. Liczba lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców w województwie śląskim w 2019 r. wyniosła 24,49, co było wynikiem nieco lepszym aniżeli ogólnopolski. Jednakże najlepsze województwo łódzkie osiągnęło wartość 28,54 lekarza, a od wyniku dla wszystkich 28 państw Unii Europejskiej dzieli region znacznie więcej. Szacowany wynik dla całej UE w 2017 r. wyniósł 36,3 lekarza. Liczona w adekwatny sposób dostępność dentystów dał w 2019 r. wynik 3,12 dentysty w województwie śląskim, co jest wynikiem poniżej wskazania dla całego kraju, a najlepszy region uzyskał wynik 5,59 dentysty (województwo zachodniopomorskie). Porównując te wartości z miarami charakteryzującymi Unię Europejską (7 dentystów na 10 tys. mieszkańców w 2016 r.) należy dostrzec także tutaj niedobór kadr medycznych. Z kolei liczba pielęgniarek i położnych liczonych łącznie przypadających na 10 tys. mieszkańców wypadła w województwie śląskim dobrze na tle całego kraju, wartość ta wynosiła 60,73 i był to 3. wynik w kraju (najwyższą wartość osiągnęło województwo świętokrzyskie - 69,24). Niestety niemożliwe jest porównanie z wartością charakteryzującą całą Unię Europejską, lecz porównanie z poszczególnymi krajami Europy ukazuje odległość jaka dzieli region wielu krajów nie tylko Europy Zachodniej. Najwyższą wartość w 2017 r. osiągnęła Norwegia z wynikiem 182,2, Niemcy osiągnęły wynik 132,2, a lepsze wskazania osiągają także kraje z Europy Środkowoschodniej, takie jak Czechy 84,3, Litwa 80,3, Rumunia 71,4 czy Węgry 67,6.

W województwie śląskim pracowało w 2019 r. 3 428 farmaceutów (11,16% farmaceutów w Polsce). Więcej osób w tym zawodzie pracowało tylko w województwie mazowieckim – 4 309. W latach 2009 – 2019 zauważalny jest wzrost liczby farmaceutów o blisko 26% i jest to 3. wynik w kraju i wyższy od krajowego o 9 pp. Jednakże dostępność do farmaceuty liczona na 10 tys. mieszkańców wskazywała wynik 7,6 niewiele wyższy odo ogólnopolskiego (7,4) i sytuującego wśród pozostałych regionów w połowie stawki. Porównanie z krajami europejskimi także wypada nie najlepiej. Najwyższy wynik³¹ w 2015 r. osiągnęła Hiszpania (15 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców). W Europie Środkowoschodniej lepsze wyniki osiągnęły takie państwa jak Litwa 10,9, Rumunia 86,1 i Łotwa 8.

³⁰ wg podstawowego miejsca zatrudnienia

³¹ Wśród dostępnych danych na Eurostacie

W 2019 r. pracowało w województwie śląskim 2 411 fizjoterapeutów dysponujących wyższym wykształceniem, co w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców osiągało wynik 5,34. Porównanie z wynikami dostępności fizjoterapii w Europie ukazuje niedostatek usług. Najlepszy wynik osiągnął w 2015 r. Liechtenstein 26,4, a zaraz za nim Norwegia 23,8. W Europie Środkowowschodniej osiągnęła Litwa 11, Czechy 8,1, a wynik Polski wyniósł 6,6.³² Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach wśród pracowników medycznych z wyższym wykształceniem wyszczególnia jeszcze w 2019 r. pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie śląskim 1 133 diagnostów laboratoryjnych, 630 psychologów, 170 dietetyków oraz 150 logopedów.

W województwie śląskim w 2019 r. pracowało 8 416 lekarzy specjalistów, którzy stanowili 12,47 % wszystkich specjalistów pracujących w Polsce. Najliczniejsze specjalizacje w regionie to specjaliści chorób wewnętrznych (1 237 lekarzy, stanowiących ponad 15% wszystkich pracujących w Polsce lekarzy tej specjalności) oraz chirurdzy (1 019 lekarzy, stanowiących 12,4% chirurgów zatrudnionych w Polsce), a więcej niż 500 lekarzy notowały jeszcze takie specjalizacje jak pediatria, medycyna rodzinna, anestezjologia i intensywne terapię oraz położnictwo i ginekologia. W przedziale między 300 a 500 lekarzy zatrudnionych w województwie zanotowano w specjalizacjach takich jak: kardiologia, radiologia, neurologia, okulistyka i psychiatria. W regionie pracowało także 48 lekarzy o specjalizacji chorób zakaźnych, stanowiących mniej niż 10% ogółu zatrudnionych w tej specjalizacji w Polsce. Analiza dostępności specjalistów liczona miernikiem mierzącym liczbę lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców wykazywała w 2019 r. przewagę województwa śląskiego nad poziomem całego kraju. Wskaźnik dostępności lekarzy specjalistów wyniósł w regionie 18,6 specjaliści, a w kraju 17,6 specjaliści. Najwyższa dostępność dotyczyła specjalistów od chorób wewnętrznych (2,74) oraz chirurgów (2,26) i w obu przypadkach była wyższa aniżeli w Polsce, podobnie zresztą jak w przypadku większości analizowanych specjalizacji. Wyjątkami były takie specjalizacje jak medycyna rodzinna i choroby zakaźne (dostępność w województwie śląskim była niższa aniżeli w Polsce) oraz psychiatria i urologia (dostępność w regionie była na nieco niższym poziomie co w całym kraju).

³² Przyjrzyj się temu jeszcze może lepiej dać wszystkie dane z eurostatu

Tabela 14 Lekarze według wybranych specjalizacji w Polsce i województwie śląskim w 2019 r.

Rodzaj specjalizacji	Polska - liczba specjalistów	Śląskie - liczba specjalistów	Polska - liczba specjalistów na 10 tys. mieszkańców	Śląskie - liczba specjalistów na 10 tys. mieszkańców
Lekarze specjaliści³³ ogółem	67508	8 416	17,59	18,63
W tym specjaliści w zakresie:				
Anestezjologii i intensywnej terapii	4140	558	1,08	1,24
Radiologii	2524	366	0,66	0,81
Chorób wewnętrznych	8239	1237	2,15	2,74
Pediiatrii	5293	627	1,38	1,39
Chorób płuc	1394	167	0,36	0,37
Chorób zakaźnych	554	48	0,14	0,11
Psychiatrii	2618	303	0,68	0,67
Dermatologii i wenerologii	1099	140	0,29	0,31
Neurologii	2601	335	0,68	0,74
Chirurgii	8211	1019	2,14	2,26
Kardiologii	2989	428	0,78	0,95
Położnictwa i ginekologii	4030	501	1,05	1,11
Otolaryngologii	1331	175	0,35	0,39
Okulistyki	2350	320	0,61	0,71
Urologii	903	97	0,24	0,21
Medycyny rodzinnej	6762	582	1,76	1,29
Geriatryi	ok.430*	41	0,11	0,09

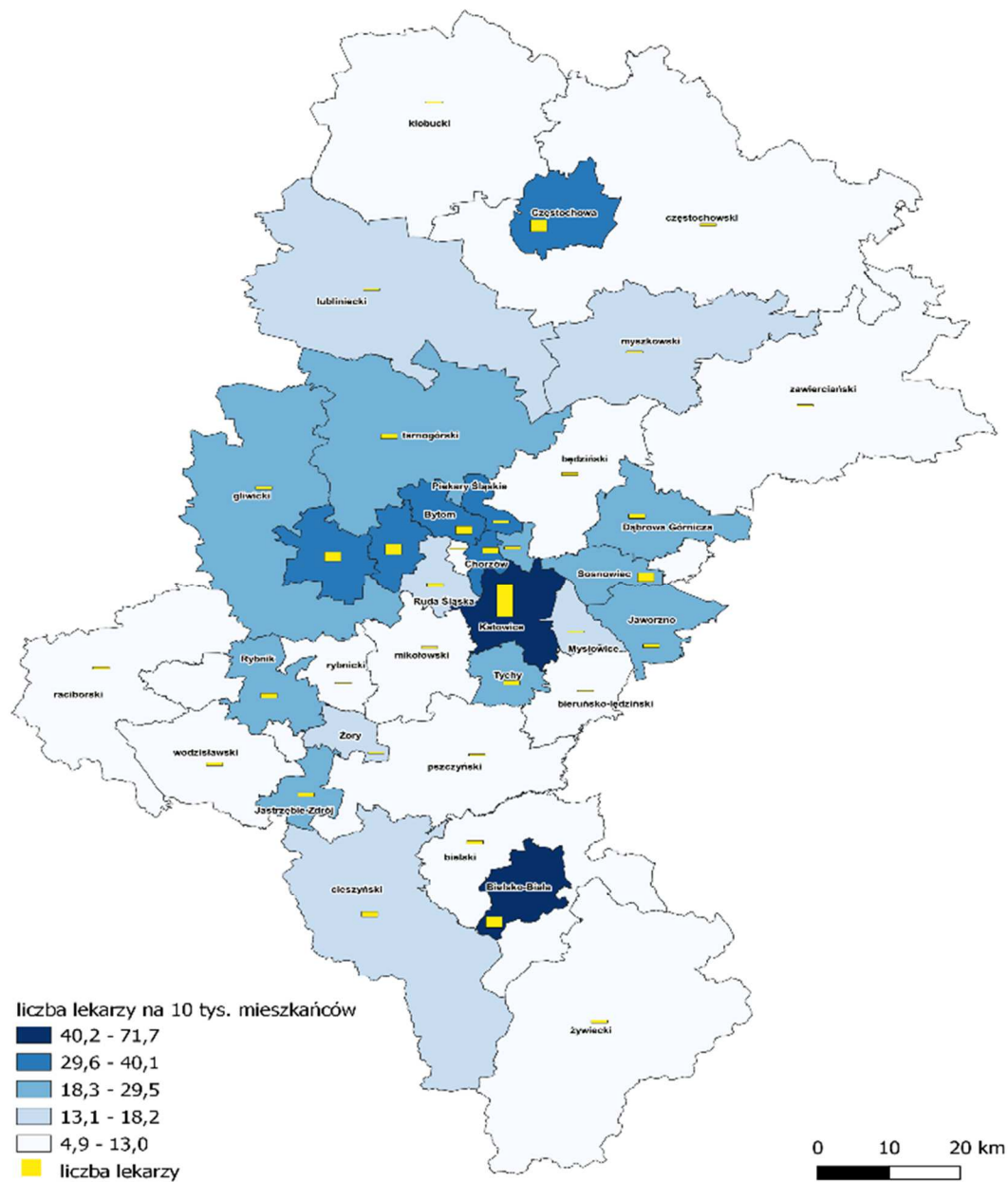
Źródło: Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach 2018, Śląski Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia 2019, * „Opieka Geriatryczna w Polsce” Prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka Konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi

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

³³ Do obliczeniach w tabeli ujęto lekarzy, którzy posiadali I stopień specjalizacji, II stopień specjalizacji oraz specjalność uzyskaną „nowym trybem”.

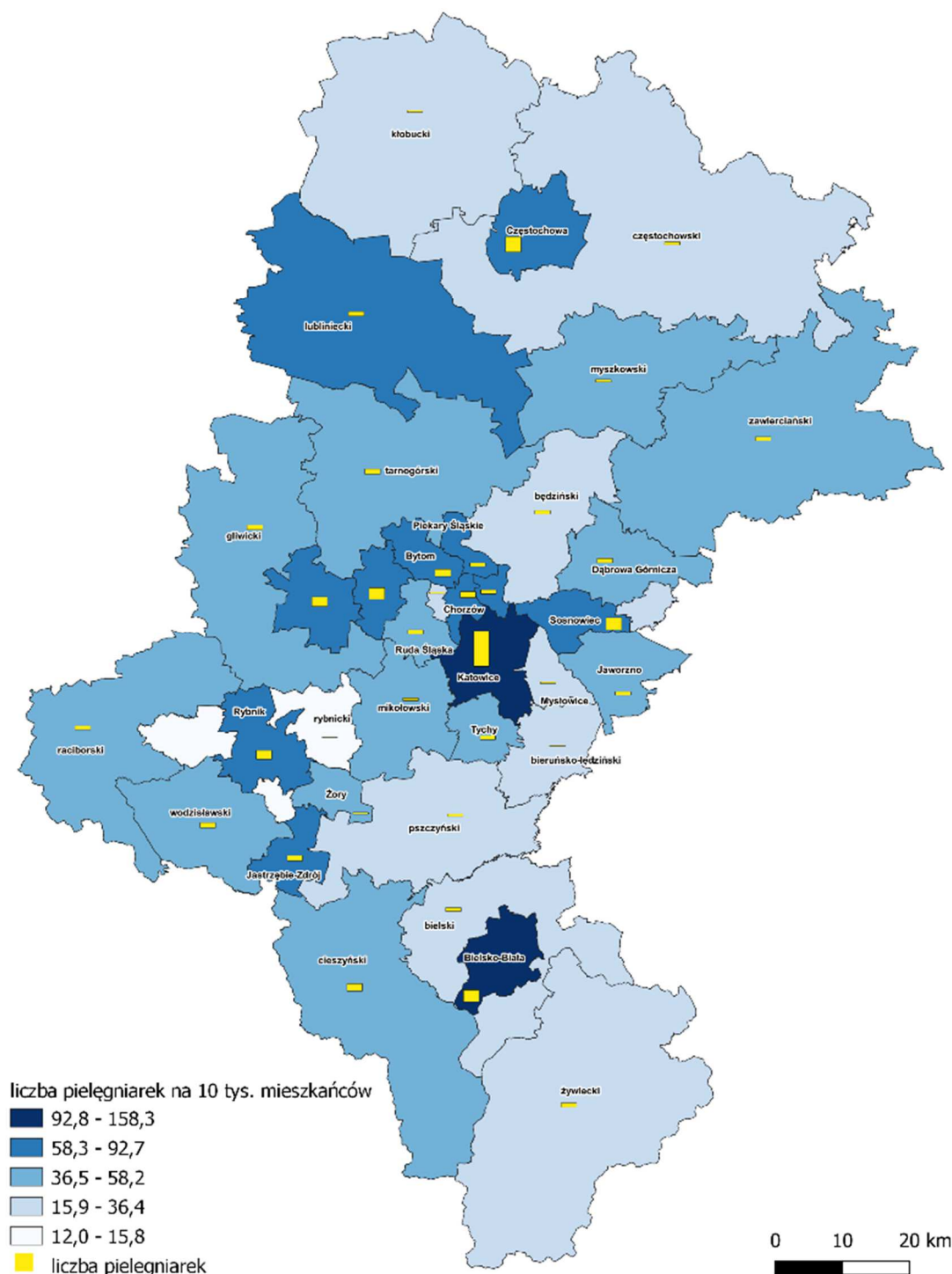
najwyższa jest w Katowicach (65,8) jednak wyniki w pozostałych powiatach prezentują się odmiennie w stosunku do liczb bezwzględnych (lecz także w tej kategorii dominują powiaty grodzkie).

Mapa 66 Dostępność kadry lekarskiej w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Mapa 67 Dostępność kadry pielęgniarskiej w powiatach województwa śląskiego w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Dostępność do usług lekarskich liczona liczbą lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców także najwyższa jest w Katowicach (71,69). Względnie najlepszą dostępnością charakteryzowało się jeszcze dziewięć powiatów (Zabrze – 38,6, Bielsko-Biała – 40,2, Chorzów – 34,8, Częstochowa – 33,7, Gliwice – 32,6, Bytom – 30,8, Piekary Śląskie – 29,6, Sosnowiec – 28,5, i Jastrzębie-Zdrój – 27,8). Względnie słabą dostępnością charakteryzowały się z kolei w większości powiaty ziemskie (wyjątkiem są tu 3 powiaty grodzkie: Mysłowice, Świętochłowice i Żory), przy czym najgorsze wyniki zanotowały powiaty:

kłobucki i zawierciański – 10,5, pszczyński 10,00, bieruńsko-lędziński – 6,9 i rybnicki – 4,9. W województwie śląskim, podobnie jak w przypadku lekarzy, najwyższa liczba zatrudnionych pielęgniarek cechuje Katowice i jest to 4 181 pielęgniarek. W drugiej pod tym względem Częstochowie zatrudniano 1 753 pielęgniarek, a próg 1 tysiąca pielęgniarek przekroczyło jeszcze pięć powiatów grodzkich (Sosnowiec – 1 421 pielęgniarki, Bielsko-Biała – 1 389 pielęgniarek, Zabrze – 1 333 pielęgniarki, Gliwice – 1 098 pielęgniarek i Rybnik – 1 018 pielęgniarek). Najmniej pielęgniarek zatrudniano w Mysłowicach – 190 pielęgniarek, Świętochłowicach – 145 pielęgniarki, powiecie rybnickim – 85 pielęgniarek oraz bieruńsko-lędzińskim – 83 pielęgniarki. Względnie wysoką dostępnością do kadr pielęgniarskich (mierzoną adekwatnie jak w przypadku kadr lekarskich) cieszyły się w 2019r. przeważnie powiaty grodzkie. Najwyższe wyniki osiągnęły Katowice z wynikiem 158,3 pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców, Częstochowa (90,1), Bielsko-Biała (92,8), Zabrze (84,9) oraz Piekary Śląskie (84,5). Na przeciwnym biegunie sytuowało się szereg powiatów ziemskich z względnie niską dostępnością kadr pielęgniarskich (wyjątkiem były Mysłowice, Świętochłowice i Żory, które znalazły się w tej kategorii). Najniższą dostępność zanotowano w powiatach bieruńsko-lędzińskim (15,9) i rybnickim (12).

KSZTAŁCENIE W OBSZARZE MEDYCYNY

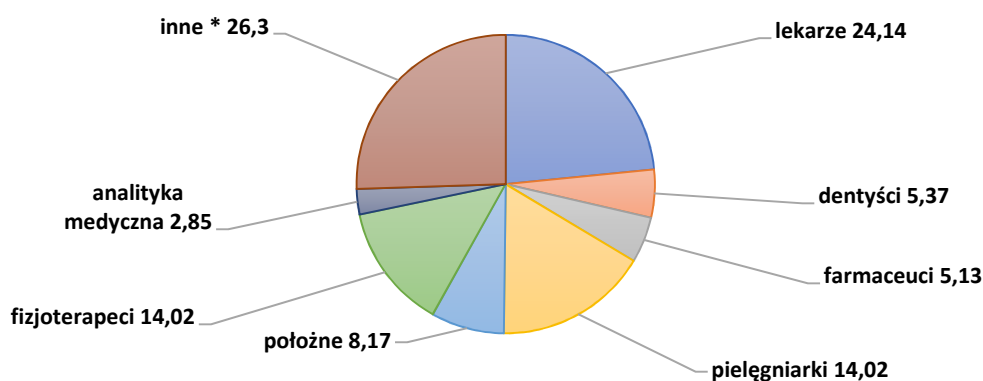
W województwie śląskim funkcjonuje 1 z 9 polskich uniwersytetów medycznych – Śląski Uniwersytet Medyczny. W 2018 r. studiowało na nim 10 451 studentów, co stanowiło 16% studentów uczelni medycznych w Polsce (najwyższy wynik w kraju). Liczba ta wzrosła przez dekadę o 30%. Liczba absolwentów uczelni medycznej w 2018 r. wyniosła 2 071 osób (15,4% absolwentów polskich uczelni medycznych). Także w tym przypadku zanotowano wzrost w latach 2009-2018 – wzrost o 1/3. Uczelnia w 2018 r. dysponowała kadrą liczącą 1 282,6 etatu nauczyciela akademickiego (12,5% etatów akademickich polskich uczelni medycznych), przy czym 155,1 etatu było realizowane przez pracowników z tytułem profesora (10,9% etatów profesorskich w polskich uczelniach medycznych w Polsce). W latach 2009-2018 liczba akademickich etatów wzrosła minimalnie o 2,1%, przy tym liczba etatów profesorskich wzrosła wyraźniej (36%). W badanym roku uczyło się 587 osób na studiach doktoranckich (15,8% doktorantów tego typu w Polsce, najwyższy wynik w kraju) i liczba ta wzrosła od 2009 r. o 159,7%. W tym samym roku było także 109 studentów studiów podyplomowych (8,7% w Polsce), przy czym w roku porównawczym 2009 nie było ich w ogóle. W ramach limitów przyjęć na rok 2019/2020 przyznano SUM 4 209 miejsc dla studentów, przy czym limit miejsc na kierunku lekarskim wyniósł 1 016 miejsc (z czego 697 na studiach stacjonarnych), a na studiach kształcących dentystów 226 miejsc (z czego 130 stacjonarnych). Limit na kierunku analityka medyczna wyniósł 120 miejsc. Ten kierunek w województwie śląskim jest realizowany wyłącznie na Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Z kierunków, które reprezentowane są na innych uczelniach w regionie istotne miejsce w strukturze nauczania SUM zajmują także pielęgniarstwo (590 miejsc, z tego 430 na studiach stacjonarnych), fizjoterapia (590 miejsc, z tego 360 na studiach stacjonarnych), dietetyka (360 miejsc, z tego 240 miejsc na studiach stacjonarnych) oraz położnictwo (344 miejsc, z tego 174 na studiach stacjonarnych). W naborze na rok 2020/2021 notuje się spadek limitu miejsc o 75, w tym na kierunku lekarskim (40 miejsc), na kierunku kształcącym dentystów (12 miejsc) oraz na fizjoterapii (20 miejsc). Śląski Uniwersytet Medyczny kształci kadry w zawodach medycznych nie tylko w zasięgu regionalnym, ale również krajowym i międzynarodowym. W roku 2016³⁴ 58,1% studentów SUM pochodziło z województwa śląskiego, a wśród pozostałych studentów ponad 4% stanowili studenci pochodzący z zagranicy. Jednakże na Wydziale Lekarskim³⁵ wskaźnik studentów pochodzących z województwa śląskiego wyniósł zaledwie 33,7%, a udział osób pochodzących z zagranicy 15,2%. Adekwatne mierniki

³⁴ Stan na 01.01.2016 r.

³⁵ Obejmuje kierunek lekarski

na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze³⁶ wyniosły 54,1% dla studentów pochodzących z regionu oraz 0,8% dla studentów z zagranicy. Kolejne wydziały były w większym stopniu obsadzone przez osoby pochodzące z województwa śląskiego. Wskaźnik dla Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu³⁷ wyniósł 63%, dla Wydziału Nauk o Zdrowiu³⁸ 78%, a dla Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu³⁹ wyniósł on 81,9%.

Wykres 41 Limity przyjęć na rok akademicki 2019/2020 wg kierunku studiów na Śląskim Uniwersytecie Medycznym (% miejsc danego kierunku w ogólnej liczbie miejsc SUM).



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

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

Tabela 15 Struktura studentów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym (stan na 01.01.2016 r.)

	liczba studentów pochodzących z województwa śląskiego	liczba studentów pochodzących z zagranicy	liczba studentów ogółem w ŚUM	udział studentów pochodzących z województwa śląskiego w ogólnej liczbie studentów ŚUM	udział studentów pochodzących z zagranicy w ogólnej liczbie studentów ŚUM
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	5664	431	9740	58,15	4,43
Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu	987	0	1567	62,99	0,00
Wydział Lekarski w Katowicach	908	409	2693	33,72	15,19

³⁶ Obejmuje kierunki: lekarski, lekarsko-dentystyczny, ratownictwa medycznego

³⁷ Obejmuje kierunki: farmacja, analityka medyczna, biotechnologia medyczna, kosmetologia

³⁸ Obejmuje kierunki: pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, Elektroradiologia, coaching medyczny

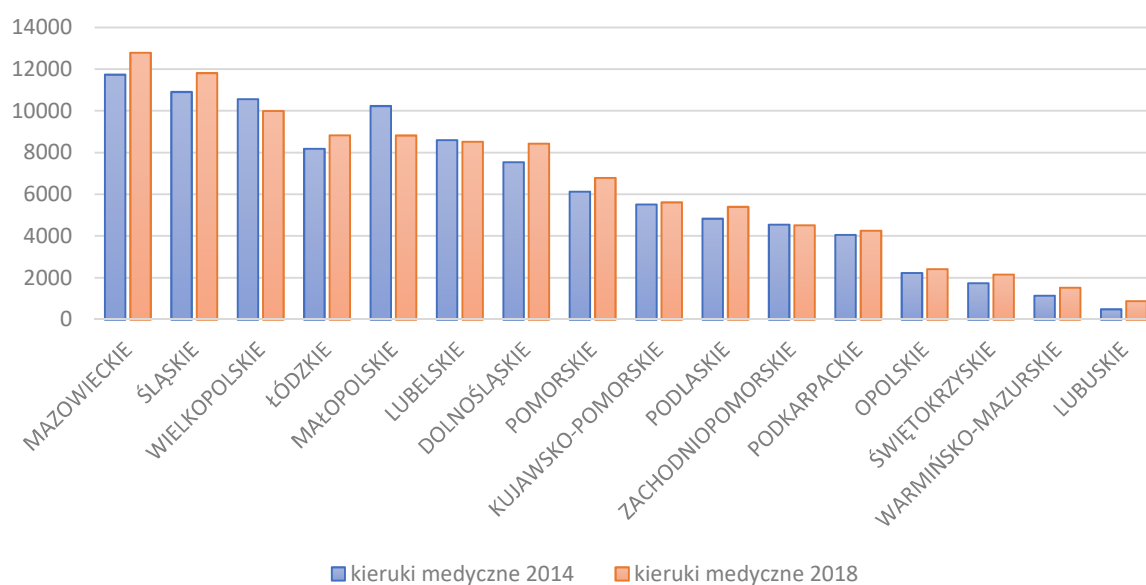
³⁹ Obejmuje kierunki: zdrowie publiczne, dietetyka, zarządzanie ryzykiem zdrowotnym

Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze	1233	19	2278	54,13	0,83
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach	1743	2	2234	78,02	0,09
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu	793	1	968	81,92	0,10

Źródło: Śląski Uniwersytet Medyczny

W województwie śląskim na kierunkach medycznych w 2018 r. uczyło się 11 817 studentów (co stanowiło 11,5% ogółu studentów tego typu kierunków w Polsce), na kierunkach dotyczących opieki społecznej studiowało 487 studentów (9% wszystkich tego rodzaju studentów w kraju), tymczasem na kierunkach prowadzonych w ramach interdyscyplinarnych programów i kwalifikacji obejmujących zdrowie i opiekę społeczną uczyło się 423 osoby (40,9% tego rodzaju studentów w Polsce). Liczba studentów na studiach medycznych wzrosła od 2014 r.⁴⁰ o 8,3%. Zauważalny jest przepływ studentów z kierunków ściśle powiązanych z opieką społeczną do tych, które łączą w swoim programie zagadnienia opieki społecznej i ochrony zdrowia. W latach 2014-2018 liczba studentów kierunków zajmujących się pomocą społeczną spadła o 40,9%, za to zainteresowanie kierunkami interdyscyplinarnymi łączącymi tematykę zdrowia i opieki społecznej wzrosło od 0 do 423 studentów.

Wykres 42 Liczba studentów na kierunkach medycznych⁴¹ w latach 2014 i 2018 w Polsce wg województw.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

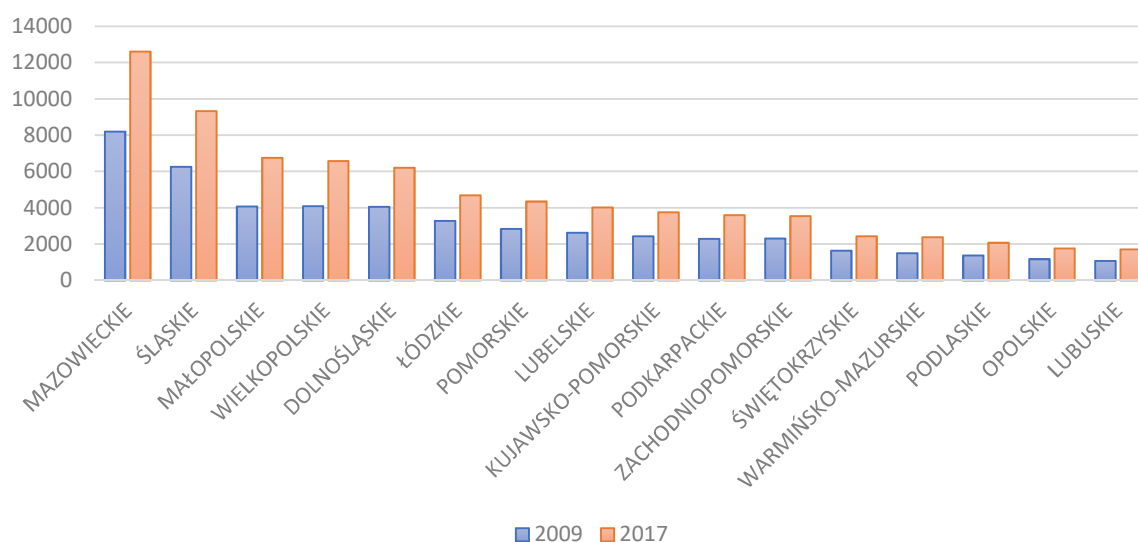
⁴⁰ Pierwszy mierzony przez GUS rok w tej kategorii

⁴¹ Zaliczono do nich zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Edukacji (ISCED - F 2013) stomatologię, medycynę, pielęgniarstwo i położnictwo, technologie związane z diagnostyką i leczeniem, terapię i rehabilitację, farmację, medycynę i terapię tradycyjną oraz komplementarną

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA

Wydatki na ochronę zdrowia osiągnęły w Polsce w 2017 r. wielkość 130,1 mld zł co stanowiło 6,54% krajowego PKB. Blisko 70% całości wydatków w tym sektorze miało charakter wydatków publicznych osiągając wartość 90,4 mld zł (stanowiło to 4,55% krajowego PKB). Przybliżeniu pozycji sektora ochrony zdrowia w województwie śląskim na tle Polski może posłużyć określenie miary Wartości Dodanej Brutto dla sekcji Q (opieka zdrowotna i pomoc społeczna). W regionie wartość tego wskaźnika w 2017 r. wyniosła 9 333 mln zł (12,3% wartości WDB w sekcji Q dla kraju). Istotność tego sektora w zakresie gospodarki regionu można wyznaczyć poprzez zmierzenie udziału wartości WDB dla sekcji Q w całkowitym WDB regionu – w 2017 r. wyniósł on 4,35% (udział WDB dla sekcji w całkowitym WDB Polski był na tym samym poziomie). Wartość WDB dla sekcji Q wzrosła w latach 2009-2017 o blisko połowę (49%) w regionie i był to wzrost nieco niższy aniżeli w całym kraju (54%).

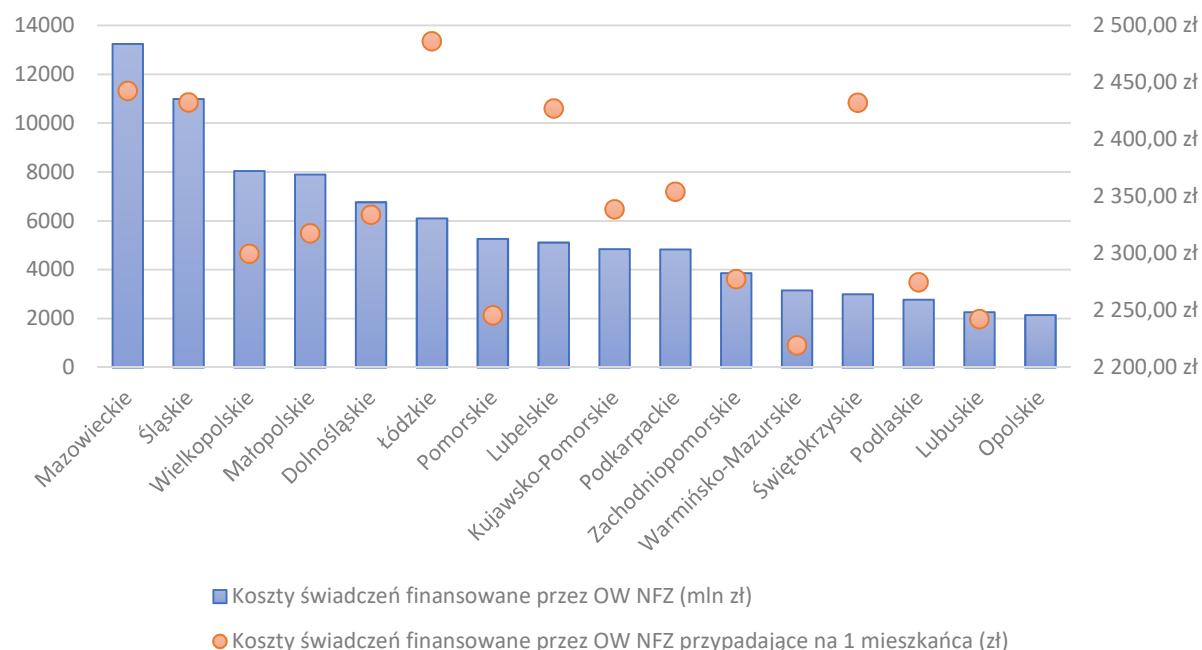
Wykres 43 Wartość Dodana Brutto dla sekcji Q w regionach Polski w latach 2009 i 2017 (mln zł).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS

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

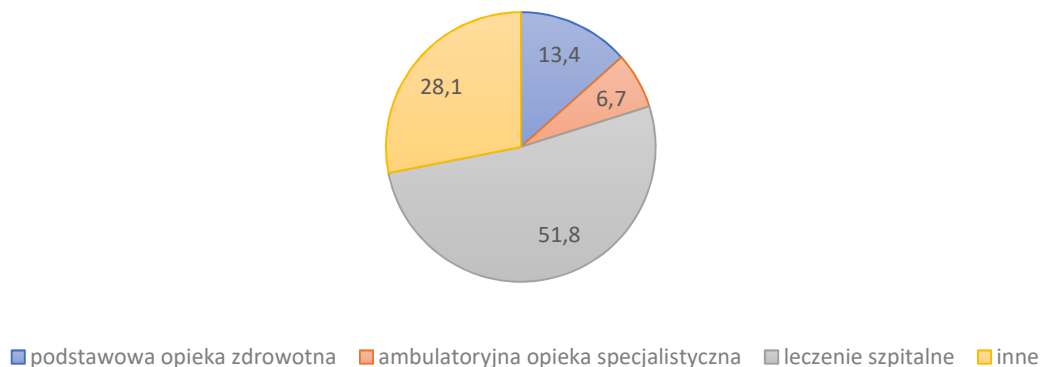
Wykres 44 Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w regionach Polski w 2019 r. (zł).



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

W województwie śląskim największy udział w kosztach świadczeń finansowanych przez NFZ ma leczenie szpitalne. Koszty świadczeń tego typu stanowią ponad połowę wydatków NFZ w regionie (51,8%) i ich wartość w planie została określona na poziomie 5 691,8 mln zł (stanowiła przy tym 11,9% wydatków ogólnokrajowych tego typu). Wydatki w regionie na świadczenia POZ miały wg planu wynieść 1 476,4 mln zł (stanowiąc 11,8% ogólnokrajowych wydatków na POZ) były drugim co do wielkości beneficjentem finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ (13,4% kosztów świadczeń finansowanych w regionie przez NFZ). Trzecim co do wielkości udziałem w kosztach świadczeń była w 2019 r. ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Jej koszt wyniósł 735,8 mln zł stanowiąc 14,1% wszystkich tego typu wydatków w kraju.

Wykres 45 Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w województwie śląskim w 2019 r. (%).



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

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

Tabela 16 Koszt świadczeń zdrowotnych w Polsce i województwie śląskim w 2019 r.

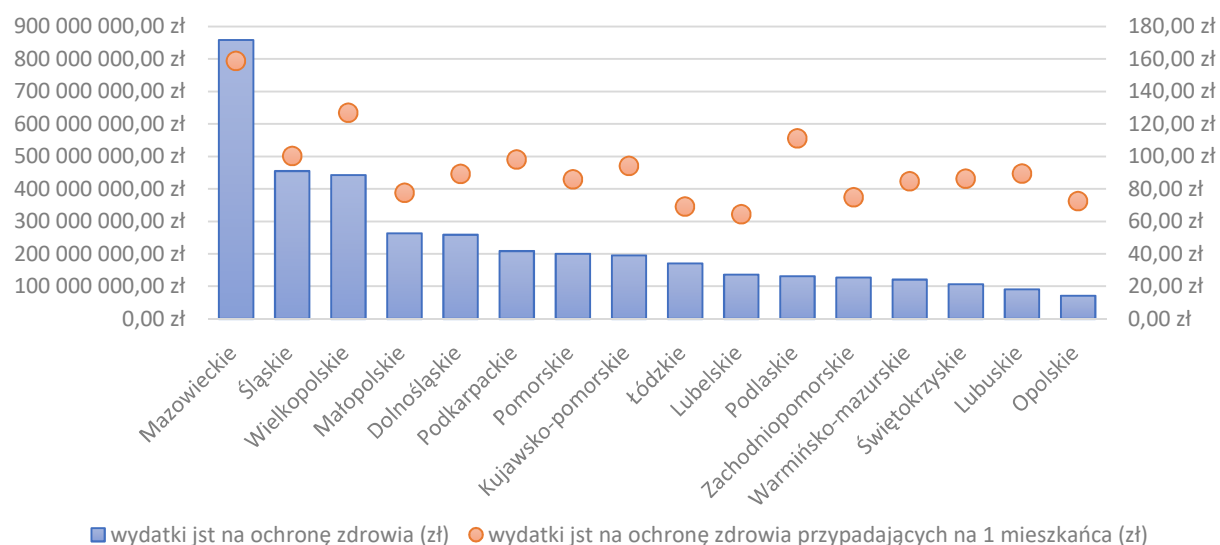
Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	Koszt świadczeń w całości Oddziałów Wojewódzkich NFZ	Koszt świadczeń w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ	Udział ŚOW NFZ w całości kosztów wszystkich OW NFZ	Koszt świadczeń w całości Oddziałów Wojewódzkich NFZ na 1 mieszkańca	Koszt świadczeń w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ na 1 mieszkańca
	tys. zł	tys. zł	%	zł	zł
ogółem	90 342 980	10 990 532	12,17	2 353,75	2 432,81
podstawowa opieka zdrowotna	12 462 538	1 476 454	11,85	324,69	326,82
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 212 517	735 854	14,12	135,80	162,88
leczenie szpitalne, w tym:	47 673 924	5 691 761	11,94	1242,07	1259,90
programy lekowe	4 438 781	510 107	11,49	115,65	112,91
chemioterapia, w tym:	1 549 093	179 698	11,60	40,36	39,78
leki stosowane w chemioterapii	712 574	79 562	11,17	18,57	17,61
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 036 151	376 969	12,42	79,10	83,44
rehabilitacja lecznicza	3 028 850	362 706	11,98	78,91	80,29
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 907 236	322 447	16,91	49,69	71,38
opieka paliatywna i hospicyjna	825 661	96 522	11,69	21,51	21,37
leczenie stomatologiczne	1 886 191	197 447	10,47	49,14	43,71
lecznictwo uzdrowiskowe	719 384	79 361	11,03	18,74	17,57
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	199 007	32 150	16,16	5,18	7,12
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	2 387 208	274 034	11,48	62,20	60,66

zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1 246 931	173 250	13,89	32,49	38,35
koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	4 500	178	3,96	0,12	0,04
koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	2 160 420	230 427	10,67	56,29	51,01

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

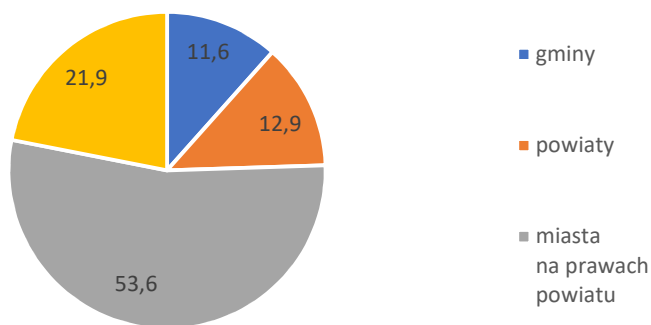
W województwie śląskim w 2018 r. samorzady terytorialne wydały na ochronę zdrowia 455,1 mln zł, co stanowiło 11,8% środków samorządowych w Polsce kierowanych na ochronę zdrowia i był to drugi wynik w Polsce po województwie mazowieckim (22,3% wydatków samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia w skali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

Wykres 46 Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w województwach Polski w 2018 r. (wydatki skala po lewej, wydatki w przeliczeniu na 1 mieszkańca skala po prawej stronie).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.” GUS

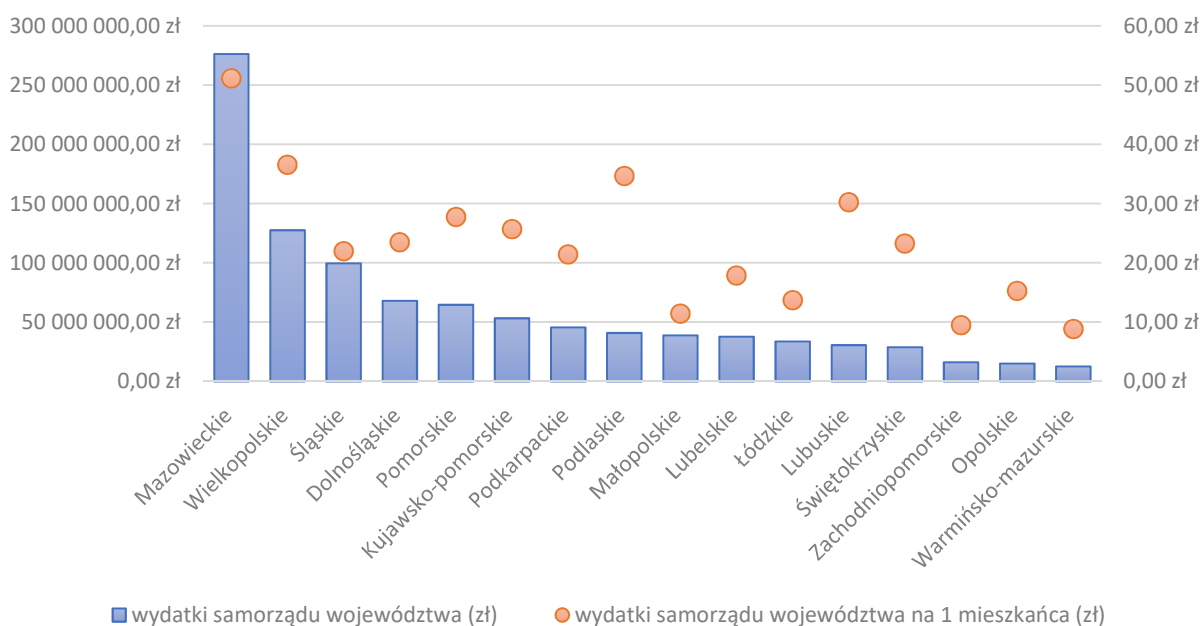
Wykres 47 Struktura jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu ochrony zdrowia (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.” GUS

Ze wspomnianych 455,1 mln zł wydanych przez samorząd terytorialny na ochronę zdrowia w województwie śląskim w 2018 r. ponad połowę środków (53,6%) wydatkowały miasta na prawach powiatu. Więcej niż 1/5 całości środków była sfinansowana przez samorząd województwa. Wielkości w okolicach 12% osiągnęły zarówno powiaty ziemskie jak i gminy. Samorząd Województwa Śląskiego wydał w 2018 r. na ochronę zdrowia 99,7 mln zł i był to trzeci wynik wśród polskich regionów (po województwach mazowiecki i wielkopolskim). Jednakże wydatki samorządu województwa przeliczone na 1 mieszkańca sytuują już region na niższej pozycji wśród innych jednostek samorządu terytorialnego tego typu. Województwo śląskie osiągnęło wynik 21,99 zł na osobę i zajmowało 9. pozycję wśród innych regionów pod tym względem.

Wykres 48 Wydatki samorządu województwa na ochronę zdrowia w regionach Polski w 2018 r. (wydatki skala po lewej stronie, wydatki w przeliczeniu na 1 mieszkańca skala po prawej stronie).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.” GUS

DZIAŁANIA PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ PODEJMOWANE W REGIONIE

Zgodnie z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego, profilaktyka chorób definiowana jest jako działania ukierunkowane na zapobieganie wystąpienia choroby, na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności albo - jeśli to możliwe - opóźnienie jej postępu. Wyróżnia się wskazane poniżej poszczególne fazy profilaktyki:

- Profilaktyka pierwotna (I fazy) - działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia (np. szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna).
- Profilaktyka wtórna (II fazy) - polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe.
- Profilaktyka III fazy - dotycząca działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczenie skutków choroby oraz zmniejszenie ryzyka jej nawrotów (np. leczenie, rehabilitacja).⁴²

Programy profilaktyczne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia⁴³

Poniżej zawarto zestawienie programów profilaktycznych, które są finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Program profilaktyki chorób układu krążenia

W ramach programu wykonywane są m.in. profilaktyczne badania układu krążenia, określenie BMI, pomiar ciśnienia oraz badania biochemiczne krwi. Program skierowany jest do osób obciążonych czynnikami ryzyka znajdujących się na liście lekarza POZ, będących w grupie wiekowej najbardziej zagrożonej chorobami układu krążenia, tj. od 35 do 55 roku życia. Uprawnionymi do uzyskania świadczeń w powyższym zakresie są osoby będące w danym roku kalendarzowym w 35, 40, 45, 50 oraz 55 r.ż., które w ciągu ostatnich pięciu lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu i u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia.

- Program profilaktyki gruźlicy

Program zakłada przeprowadzenie wywiadu w kierunku gruźlicy oraz edukację zdrowotną pacjenta. Grupą docelową w ramach realizacji programu są osoby dorosłe znajdujące się na liście pielęgniarki POZ, nie posiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w szczególności do osób, które miały kontakt z chorym, lub osób które mają trudne warunki życiowe mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby.

- Program profilaktyki chorób odtytoniowych – w tym program przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - etap podstawowy

W ramach programu wykonywane są porady antynikotynowe (wszyscy) oraz badania spirometryczne (zakwalifikowani w ramach profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - POCHP). Program skierowany jest do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy, w tym w zakresie diagnostyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 r.ż., którzy nie mieli wykonywanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POCHP w ciągu ostatnich 36 miesięcy oraz u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli, rozedmy płuc).

- Program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne – etap specjalistyczny

⁴² Na podstawie <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/> data dostępu 29.06.2020 r.

⁴³ Opracowanie na podstawie danych <http://www.nfz-katowice.pl/index.php/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/item/82> - data dostępu 25.06.2020.

W programie wykonywane są m.in. badania przedmiotowe (masa ciała, wzrost, pomiar ciśnienia tętniczego krwi), edukacja antynikotynowa oraz terapia odwykowa. Z programu mogą skorzystać osoby uzależnione od palenia tytoniu, skierowane z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza POZ lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania.

- Program profilaktyki raka piersi

W ramach etapu podstawowego programu wykonywana jest mammografia, a w przypadku występowania niepokojących zmian, pacjentka kierowana jest na dalszą diagnostykę do etapu pogłębionej diagnostyki programu. W ramach porady lekarskiej w etapie pogłębionej diagnostyki programu lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, czy pacjentce należy wykonać mammografię uzupełniającą i/lub USG piersi, biopsję cienkoigłową bądź gruboigłową. Program profilaktyczny skierowany jest do kobiet najbardziej zagrożonych rakiem piersi tj. w wieku od 50 do 69 r.ż., które przez ostatnie dwa lata nie miały wykonywanej mammografii lub otrzymały w ramach realizacji programu pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy.

- Program profilaktyki raka szyjki macicy

W ramach etapu podstawowego programu wykonywane jest badanie cytologiczne, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian, pacjentka kierowana jest na dalszą diagnostykę do etapu pogłębionej diagnostyki programu. W ramach etapu pogłębionej diagnostyki programu wykonywane jest badanie kolposkopowe, a w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego. Program skierowany jest do grupy kobiet najbardziej zagrożonych rakiem szyjki macicy w wieku od 25 do 59 lat, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego.

- Program badań prenatalnych

Elementami programu są m.in. badania nieinwazyjne (USG płodu), badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi), komputerowa ocena ryzyka choroby płodu na podstawie testów przesiewowych oraz porada genetyczna. W przypadku wykrycia niepokojących zmian u pacjentki, kierowana jest ona na dalszą diagnostykę w ramach programu, gdzie wykonywane są procedury inwazyjne pod kontrolą, USG i badania genetyczne. Program skierowany jest do kobiet w ciąży, spełniających przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

- wiek od ukończenia 35 lat;
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Programy finansowane ze środków Samorządu Województwa Śląskiego i Funduszy Europejskich

Poniżej wskazano zestawienie programów realizowanych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego oraz w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej Województwa Śląskiego. Wskazane działania finansowane są z budżetu województwa śląskiego lub środków UE.

- Program przeciwdziałania narkomanii w województwie śląskim na lata 2017-2020

W ramach realizacji programu prowadzono działania w kilku sferach: edukacja publiczna w zakresie przeciwdziałania narkomanii; wzmacnianie oddziaływań profilaktycznych; wzmacnianie procesu leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin oraz badanie i monitorowanie problemów związanych z narkotykami i narkomanią.

W ramach powyższego wspierane były działania inwestycyjne służące modernizacji bazy materialnej, organizacyjnej i merytorycznej podmiotów leczniczych realizujących zadania w zakresie

przeciwdziałania narkomanii. Dofinansowane były zadania konkursowe realizowane przez organizacje pozarządowe obejmujące: promocję i wdrażanie programów profilaktyki uzależnień o naukowych podstawach lub sprawdzonej skuteczności, w tym ujęte w ramach *Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, dziania post terapeutyczne - przedsięwzięcia mające na celu rehabilitację oraz reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin i bliskich oraz projekty konkursowe uwzględniające socjoterapię i profilaktykę uzależnień realizowane przez gminy (skierowane do podopiecznych placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży). Prowadzone były również przedsięwzięcia w zakresie doskonalenia zawodowego osób realizujących zadania w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Ponadto, monitorowano problemy narkotyków i narkomanii, w tym m.in. zlecono badania w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD). Ponadto, opracowano i opublikowano na stronie internetowej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego informatory i artykuły dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień. Trwa procedura aktualizacji dokumentu.

- Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie śląskim na lata 2016-2020

Program służył wdrażaniu przedsięwzięć obejmujących takie obszary działań jak: wspieranie i inspirowanie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych o zasięgu lub znaczeniu regionalnym, współpraca na rzecz kształtowania właściwych postaw społecznych wobec problemów alkoholowych, wspieranie lokalnych systemów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie w województwie śląskim, wzmocnienie kadr realizujących zadania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, wzmocnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi na terenie województwa śląskiego, wsparcie działań na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu problemów alkoholowych, badanie i monitorowanie problemów alkoholowych. Zgodnie z zapisami programu udzielane były dotacje na realizację zadań ustawowych przewidzianych dla wojewódzkich ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz realizowane były zadania inwestycyjne, mające na celu wsparcie rozwoju i modernizacji bazy materialnej organizacyjnej i merytorycznej podmiotów prowadzących działalność leczniczą dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych. Samorząd Województwa Śląskiego wspierał działania służące edukacji szerszego grona mieszkańców województwa poprzez współpracę w realizacji przedsięwzięć będących aktywnościami podmiotów funkcjonującymi w różnych obszarach. Dofinansowano projekty realizowane przez organizacje samorządowe, w tym m. in. zorganizowano profilaktyczno-edukacyjną kampanię społeczną promującą trzeźwość uczestników ruchu drogowego, promowano i wspierano programy profilaktyki uzależnień o naukowych podstawach lub sprawdzonej skuteczności, w tym ujęte w ramach *Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, wspierano środowiska trzeźwościowe, abstynenckie i ich aktywności oraz działalność na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od alkoholu, na rzecz rodzin doświadczających problemów alkoholowych, w tym przemocy. Dofinansowywane były również projekty realizowane przez gminy w zakresie działalności placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży. Udzielono także wsparcia powiatom na rzecz wzmocnienia oddziaływań specjalistycznych placówek świadczących pomoc osobom i rodzinom doświadczającym problemów alkoholowych, w tym przemocy. Ponadto, opracowano i opublikowano na stronie internetowej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego informatory i artykuły dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w tym przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Prowadzono również monitoring problemów alkoholowych i działalność badawczą – badania ankietowe dotyczące używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną województwa śląskiego, w oparciu o metodologię badań *Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach – ESPAD*. Planowana jest aktualizacja dokumentu.

- Program profilaktyki chorób płuc w województwie śląskim na lata 2015-2020

Celem programu była poprawa stanu zdrowia mieszkańców poprzez podjęcie działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia ukierunkowanych na choroby układu oddechowego. W ramach realizacji programu mieściło się m.in. organizacja konkursów ofert na zadania z zakresu zdrowia publicznego, organizacja konferencji, emisja cyklu audycji telewizyjnych oraz kampania informacyjno-edukacyjna w zakresie profilaktyki chorób płuc. Nie jest planowana aktualizacja dokumentu, ponieważ zadania z przedmiotowego obszaru realizowane będą w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

- Program zapobiegania nadwadze i otyłości w województwie śląskim na lata 2015-2020

W ramach programu realizowane były działania z zakresu edukacji i promocji zdrowia. Grupą docelową były dzieci i młodzież, jak również osoby mające wpływ na ich wychowanie i kształtowanie postaw prozdrowotnych tj. rodzice, pracownicy systemu oświaty oraz osoby zajmujące się zawodowo pracą z dziećmi. W ramach podejmowanych działań wskazano organizację konferencji, emisję cyklu audycji telewizyjnych oraz przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej przeciwdziałania nadwadze i otyłości. Nie jest planowana aktualizacja dokumentu, ponieważ zadania z przedmiotowego obszaru realizowane będą w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

- Program zdrowego kręgosłupa regionalny program zdrowotny województwa śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka

W ramach realizacji programu prowadzone są szkolne badania przesiewowe w kierunku skoliozy i choroby Scheuermanna. Populację docelową stanowią uczniowie szkół podstawowych w wieku od 7 do 15 r.ż. Obecnie nie przewiduje się aktualizacji dokumentu.

- Śląski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2019-2022

Głównym celem programu jest podjęcie szeroko zakrojonych działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. W ramach prowadzonych działań odbywają się konkursy ofert na realizację działania z zakresu zdrowia publicznego, konferencje, a także warsztaty w psychiatrycznych jednostkach organizacyjnych województwa śląskiego. Przeprowadzane są również kampanie informacyjno-edukacyjne z zakresu ochrony zdrowia. Jednym z elementów podejmowanych działań było również opracowanie podręcznika informacyjnego, zawierającego informacje dotyczące dostępnych form opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Uczestnikami programu są zarówno osoby dorosłe, jak również dzieci i młodzież.

- Zdrowa matka i dziecko regionalny program zdrowotny województwa śląskiego na lata 2018-2022 w zakresie poprawy opieki nad kobietą w ciąży w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci w okresie prenatalnym

Program realizowany jest w dwóch modułach. Pierwszy skierowany jest do kobiet w ciąży i ich rodzin, a obejmuje swym zakresem organizację szkół świadomego rodzicielstwa. W ramach modułu realizowane są zajęcia teoretyczne i praktyczne z zakresu m.in.: fizjologii ciąży, odpowiedniej diety, budowania relacji z dzieckiem, fizjologii porodu. W ramach programu wykonywane jest również kontrolne badanie prenatalne. Drugi moduł przekrojowy zakłada edukację personelu medycznego. Grupą docelową w ramach modułu pierwszego są kobiety od 20 tygodnia ciąży fizjologicznej, pacjentki oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz osoby wspierające wskazane kobiety.

- Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci w wieku przedszkolnym w województwie śląskim na lata 2019-2022

W ramach interwencji przeprowadzane są badania antropometryczne obejmujące pomiar wysokości ciała, pomiar masy ciała oraz analizę składu masy ciała. Wskazane badania przeprowadzane są dwukrotnie w czasie realizacji programu. Przeprowadzane są również szkolenia dla trzech grup docelowych tj. dzieci w wieku 5-6 lat, rodziców i opiekunów dzieci, a także personelu przedszkolnego. Wskazane szkolenia przeprowadzane są z zakresu dietetycznego, promocji aktywności fizycznej i behawioralnego.

Analizując działania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej należy wskazać, że realizowane są również programy (finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego) obejmujące swym zakresem rehabilitację tj.:

- Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022;
- Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022;
- Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych na lata 2019-2022;
- Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022;
- Regionalny program rehabilitacji oddechowej jako droga powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022;
- Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022.

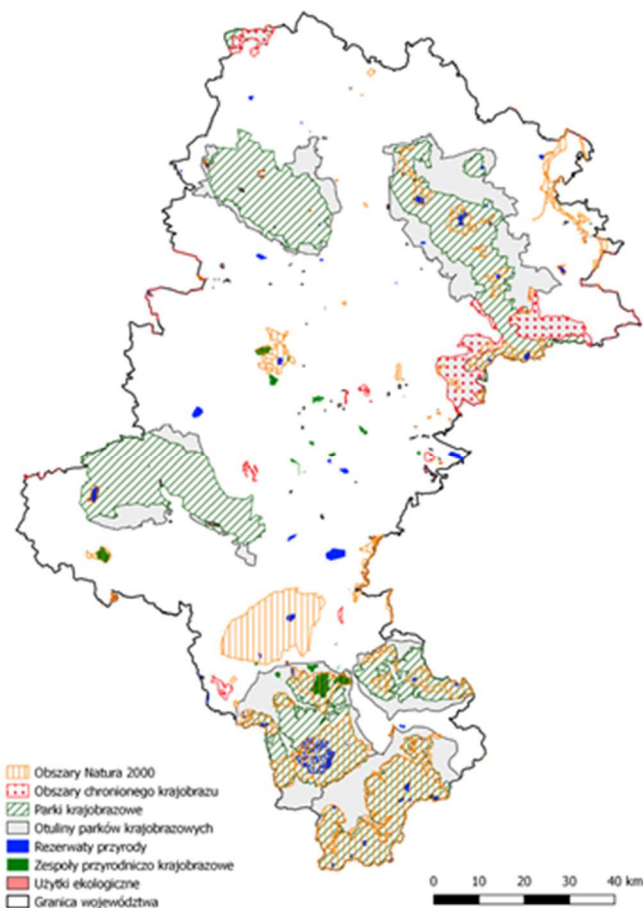
STAN ŚRODOWISKA JAKO CZYNNIK STANU ZDROWIA

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

Czynniki i uwarunkowania związane z jakością środowiska mają istotne znaczenie dla stanu zdrowia mieszkańców regionu.

Pozytywnym aspektem w zakresie stanu środowiska w regionie jest to, że województwo śląskie, w porównaniu do pozostałych regionów w kraju, charakteryzuje się wysokim stopniem pokrycia terenu lasami. Łączna powierzchnia lasów w 2018 roku wynosiła 3 947,73 km², stanowiąc aż 32% powierzchni województwa. Z drugiej strony patrząc na obszary objęte ochroną prawną, według stanu na 2018 rok, zajmowały jedynie powierzchnię 2 719,28 km² (mniej miało tylko województwo opolskie), co stanowiło 22% powierzchni regionu (13. pozycja wśród regionów Polski). Jednocześnie ilość obszarów prawnie

Mapa 68 Obszary przyrodniczo cenne w regionie



Źródło: opracowanie RCAS na podstawie danych Generalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska.

chronionych w przeliczeniu na 1 mieszkańca (599,8 m²/os) była najniższa w porównaniu z innymi województwami.

Na terenie regionu położonych jest 8 parków krajobrazowych, 65 rezerwatów przyrody, 14 obszarów chronionego krajobrazu, 45 obszarów Natura 2000, 1 427 pomników przyrody, 11 stanowisk dokumentacyjnych, 84 użytków ekologicznych, oraz 23 zespołów przyrodniczo krajobrazowych. Każda z tych form ochrony przyrody charakteryzuje się innymi zasadami ochrony oraz zakresem ograniczeń w użytkowaniu⁴⁴.

W województwie śląskim zlokalizowane są także 2 miejscowości o mające status uzdrowisk, dysponujące naturalnymi czynnikami leczniczymi tj. Goczałkowice – Zdrój (uzdrowisko nizinne) oraz Ustroń (uzdrowisko górskie).

Znaczna część zasobów środowiska przyrodniczego podlega różnym zagrożeniom ze strony naturalnych zjawisk przyrodniczych oraz działań człowieka. Wymieranie gatunków w związku ze zmniejszaniem liczby

stanowisk oraz liczebności populacji jest zjawiskiem obserwowanym zarówno w odniesieniu do świata fauny jak i flory. Główną przyczyną zanikania gatunków jest utrata siedlisk, czyli niszczenie przez człowieka warunków odpowiednich dla życia danych gatunków.

Jednym z najistotniejszych problemów dotyczących stanu środowiska jest obecnie globalne zagrożenie związane ze zmianami klimatu. Piąty raport Międzyrządowego Zespołu ds. Zmian Klimatu przy ONZ (IPCC 2013) podaje, że w XXI wieku każdy rok po 2001 roku należał do globalnie najcieplejszych lat od 1880 roku. W Polsce również w tym okresie odnotowano wysokie średnie roczne wartości temperatury powietrza przekraczające 9°C. Współczesne warunki termiczno-opadowe w Polsce powodują zmiany w bilansie wodnym. Przyczynami są krótsze zaleganie pokrywy śnieżnej oraz zmniejszenie jej grubości. Obniża się też stopień wilgotności gleby na początku sezonu

⁴⁴ Centralny Rejestr Form Ochrony Przyrody, Generalna Dyrekcja Ochrony Środowiska

wegetacyjnego, co stanowi zagrożenie przy niskich zasobach wodnych kraju⁴⁵. Zmiany klimatu, prognozowane na podstawie scenariuszy klimatycznych do 2050 roku, będą skutkowały zwiększeniem liczby dni upalnych i natężeniem fal upałów oraz wzrostem liczby dni z wysokimi opadami. Obserwowany wzrost średniej rocznej temperatury powietrza sprzyja zwiększeniu intensywności i częstotliwości niekorzystnych dla człowieka i środowiska zjawisk pogodowych⁴⁶. Na przestrzeni ostatnich czterech lat poziom występowania miejscowych zagrożeń w województwie śląskim dotyczył w największym stopniu huraganów, silnych wiatrów i tornad (75,1% w 2018 roku) oraz gwałtownych opadów atmosferycznych. Pozostałe zjawiska jak wyładowania atmosferyczne i gwałtowne przybory wód, zatory lodowe były dużo rzadsze (udział na poziomie: 0,6% w 2018 r.).

Tabela 17 Występowanie miejscowych zagrożeń w województwie śląskim w latach 2015-2018.

Typy zjawisk według lat	2015	2016	2017	2018
gwałtowne opady atmosferyczne	4,3%	21,0%	21,1%	23,7%
gwałtowne przybory wód, zatory lodowe	0,4%	0,6%	1,8%	0,6%
huragany, silne wiatry, tornada	95,2%	78,1%	76,9%	75,1%
wyładowania atmosferyczne	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%

Źródło: opracowanie RCAS na podstawie „Obszary miejsko-przemysłowe wobec zmian klimatu na przykładzie miast centralnej części Górnośląskiej-Zagłębiowskiej Metropolii” Instytut Podstaw Inżynierii Środowiska Polskiej Akademii Nauk, Zabrze 2019.

W szczególny sposób skutki zmian klimatu widoczne są na obszarach zurbanizowanych, gdzie charakter i intensywność zabudowy zwiększają zagrożenia klimatyczne lub powodują nowe zjawiska specyficzne dla miast, np. zjawisko miejskiej wyspy ciepła⁴⁷, będące konsekwencją braku odpowiednich proporcji pomiędzy terenami zabudowanymi a terenami zieleni miejskiej. Z uwagi na wysoki poziom urbanizacji, województwo śląskie będzie szczególnie narażone na wskazane powyżej niekorzystne zjawiska. Tego rodzaju zmiany klimatyczne stanowią zagrożenie dla jakości życia i stanu zdrowia mieszkańców województwa śląskiego. Wzrost temperatury i fale upałów nie tylko powodują problemy w funkcjonowaniu, ale stanowią też zagrożenie dla życia.

W województwie śląskim występuje też szereg problemów z podstawowymi elementami środowiska takimi jak woda, powietrze czy ziemia.

Woda

Region charakteryzuje się stosunkowo skąpyimi zasobami wodnymi. Zasoby eksploatacyjne wód podziemnych wynosiły w 2018 roku 966,1 hm³, co stanowiło jedynie 5,34% zasobów krajowych. Jest tu niewiele naturalnych zbiorników wodnych, natomiast charakterystyczna jest duża ilość zbiorników antropogenicznych. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Katowicach w 2018 roku przeprowadził badania, których celem była klasyfikacja stanu/potencjału ekologicznego 72 jednolitych części wód powierzchniowych (jcwp), w tym 20 w dorzeczu Wisły oraz 52 w dorzeczu Odry. Spośród 72 przebadanych jednolitych części wód powierzchniowych 22% oceniono na będące w stanie/potencjale dobrym, tj. spełniającym warunki dobrego stanu wód, pozostałe 78% jako będące w stanie/potencjale umiarkowanym, słabym lub złym, tj. nie spełniającym warunków dobrego stanu wód. Wśród badanych jcwp 61% przekraczały wartości graniczne dobrego stanu wód pod względem

⁴⁵ Miejskie plany adaptacji do zmian klimatu 44 miast Polski, www.44mpa.pl

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ zjawisko klimatyczne wynikające ze specyfiki terenów zurbanizowanych, polegające na znacznym podwyższeniu temperatury w mieście w stosunku do otaczających je terenów.

fizykochemicznym, 54% przekraczały także wartości pod względem biologicznym, a 3% przekraczały wartości graniczne dla dobrego stanu wód pod względem fizykochemicznym z grupy zanieczyszczeń syntetycznych i niesyntetycznych.⁴⁸

Województwo śląskie w latach 2009-2018 pod względem ilości odprowadzanych ścieków przemysłowych notowało wartości poniżej średniej krajowej (w 2018 roku 231,9 hm³). Jednocześnie ścieki odprowadzone bezpośrednio do wód lub do ziemi wymagające oczyszczania wyniosły odpowiednio 220,6 hm³, co było najwyższą wartością w kraju. Do ziemi i wód odprowadzono w 2018 r. 56,9 hm³ ścieków nieoczyszczonych, a wśród nich 53,9 hm³ stanowiły nieoczyszczone ścieki zawierające substancje szczególnie szkodliwe dla środowiska wodnego. Przedsiębiorstwa z województwa śląskiego wytworzyły 25,6% ścieków przemysłowych zawierających substancje szczególnie szkodliwe dla środowiska wodnego na terenie kraju. Wysoki poziom wskaźnika utrzymywał się w ciągu ostatnich dziewięciu lat, i był to jeden z najwyższych wyników dotyczących zanieczyszczenia substancjami szczególnie szkodliwymi dla środowiska wodnego w kraju.

Powietrze

Województwo śląskie boryka się z dużym zanieczyszczeniem powietrza, co związane jest zarówno z rozwiniętym sektorem przemysłu jak również tzw. niską emisją. Powyższe stanowi jeden z istotnych czynników wpływających na poziom zachorowalności mieszkańców regionu m. in. na choroby układu oddechowego. Jakość powietrza wpływa również na zdrowie w kontekście mikroklimatu, jaki panuje w strefach uzdrowiskowych regionu. Słaba jakość powietrza w okolicach położonych w bezpośrednim otoczeniu stref uzdrowiskowych rzutuje na ich funkcjonowanie, a tym samym może zaważyć o ich istnieniu.

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

⁴⁸ Ocena stanu środowiska w województwie śląskim w 2018 roku, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska Departament Monitoringu Środowiska Regionalny Wydział Monitoringu Środowiska w Katowicach, Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Katowicach, Katowice 2019, str. 91

W województwie śląskim w 2018 roku wśród zanieczyszczeń gazowych zdecydowanie dominował dwutlenek węgla, którego udział wyniósł 98,1%. Na miejscu drugim uplasował się metan, którego udział w zanieczyszczeniach gazowych stanowił 1,3%. Porównując wyniki uzyskane przez regiony należy wskazać, że województwo śląskie zajmowało pierwsze miejsce pod względem ilości wytwarzanego metanu (91% emisji krajowej) i drugie miejsce pod względem ilości wytwarzanego dwutlenku węgla (16,8% emisji krajowej). Wskazana powyżej tendencja utrzymywała się w ostatnich dziesięciu latach.

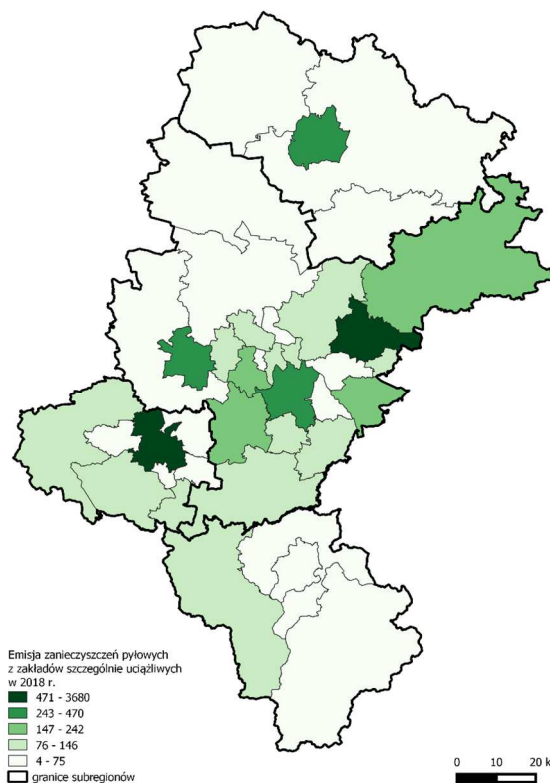
Zakłady szczególnie uciążliwe były również emitarami pyłów. Najwięcej pyłów wytworzonych przez zakłady szczególnie uciążliwe pochodziło właśnie z województwa śląskiego. Poziom osiągnięty przez region w 2018 r. był ponad trzykrotnie wyższy od województwa mazowieckiego, które ulokowało się na drugiej pozycji.

Zadowalający jest jednak fakt, że w województwie śląskim w ostatnich latach obserwowany jest systematyczny spadek wartości tego wskaźnika.

Jak wynika z danych opublikowanych przez WIOŚ w Katowicach, główną przyczyną wystąpienia przekroczeń pyłu zawieszonego PM10, PM2,5 i benzo(a)pirenu w okresie zimowym w województwie śląskim była emisja z indywidualnego ogrzewania budynków, natomiast w okresie letnim bliskość głównej drogi z intensywnym ruchem, emisja wtórna zanieczyszczeń pyłowych z powierzchni odkrytych (np. dróg, chodników, boisk) oraz niekorzystne warunki meteorologiczne, występujące podczas powolnego rozprzestrzeniania się emitowanych lokalnie zanieczyszczeń, w związku z małą prędkością wiatru (poniżej 1,5 m/s).

W 2018 r. we wszystkich pięciu strefach województwa śląskiego doszło do przekroczenia dopuszczalnego poziomu dobowego stężenia pyłów PM10. W 2018 roku spośród 23 stanowisk stężenia średnie roczne na 10 stanowiskach były niższe, 11 wyższe oraz na dwóch na poziomie dopuszczalnego stężenia średniorocznego. Przekroczenia powyżej 20% poziomu dopuszczalnego wystąpiły w Pszczynie, Rybniku, Myszkowie i Wodzisławiu Śląskim. Najniższe stężenia wynoszące ok. 65% stężenia dopuszczalnego wystąpiły w Złotym Potoku i w Ustroniu. W Bielsku-Białej i w Częstochowie wyniosły od 33 do 39 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, (klasa A wg tego parametru, tj. poziom nieprzekraczający dopuszczalnego), strefa śląska i aglomeracje (klasa C wg tego parametru, tj. powyżej poziomu dopuszczalnego). Wartości średniorocznego stężenia pyłu PM2,5 na obszarze województwa były bardzo wysokie i w większości przekraczały poziom 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. W przypadku średniego rocznego stężenia benzo(a)pirenu, wyniki w roku 2018 na 11 stanowiskach przekroczyły wartość docelową 1 ng/m^3 i wyniosły: w aglomeracji górnośląskiej 5 ng/m^3 , w aglomeracji rybnicko-jastrzębskiej 13 ng/m^3 , w Bielsku-Białej 4 ng/m^3 , w Częstochowie 3 ng/m^3 , w strefie śląskiej od 4 do 9 ng/m^3 . W związku z powyższym wszystkie strefy zostały zakwalifikowane do klasy C.

Mapa 69 Emisja zanieczyszczeń pyłowych z zakładów szczególnie uciążliwych w powiatach województwa śląskiego w roku 2018 [t/r].



Źródło: opracowanie RCAS na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Złą jakość powietrza w miastach województwa śląskiego potwierdza również raport Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którym aż 36 z 50 najbardziej zanieczyszczonych miast w Europie leży w Polsce. Spośród nich, aż 13 znajduje się w obrębie województwa śląskiego.

Źródłem zanieczyszczeń powietrza były przede wszystkim niskiej jakości paliwa stałe wykorzystywane do ogrzewania budynków, ale również inne gałęzie gospodarki, takie jak przemysł ciężki i wydobywczy, energetyka i transport, gdzie wskazuje się najwyższe w kraju natężenie ruchu w transporcie kołowym, szczególnie na odcinkach przebiegających przez centralną część województwa.

Hałas

Głównym źródłem hałasu przemysłowego w województwie śląskim były przedsiębiorstwa związane z przemysłem górniczym, energetycznym czy metalurgicznym. Wskazane branże charakteryzują się bowiem dużą koncentracją urządzeń i instalacji stanowiących źródło hałasu.

Dane GUS uwzględniają przekroczenia poziomu dopuszczalnego hałasu w pięciu skalach: 0,1 - 5 dB, 5 - 10 dB, 10-15 dB, 15 - 20 dB, ponad 20 dB. Należy zauważyć, że województwo śląskie ze względu na dużą ilość zakładów przemysłowych zajmowało wysokie pozycje w stosunku do pozostałych województw, pod względem ilości przedsiębiorstw w czterech pierwszych grupach przekroczeń poziomów dopuszczalnego hałasu. Jednakże, żadne ze skontrolowanych przedsiębiorstw w regionie nie osiągnęło najwyższej wartości przekroczeń (ponad 20 dB).

Tendencje wzrostowe hałasu komunikacyjnego, obserwowane m.in. w województwie śląskim, odnoszą się przede wszystkim do hałasu drogowego i hałasu lotniczego. Wzrost zagrożenia hałasem drogowym związany jest przede wszystkim z gwałtownym przyrostem liczby samochodów w kraju. W przypadku hałasu lotniczego obserwuje się trendy wzrostu poziomu hałasu wskutek przejmowania przez lokalne, intensywnie rozbudowywane lotniska części ruchu, w tym międzynarodowego. Ponadto następuje wzrost połączeń krajowych przez linie dysponujące niewielkimi samolotami, śmigłowcami.⁴⁹

Tereny zdegradowane

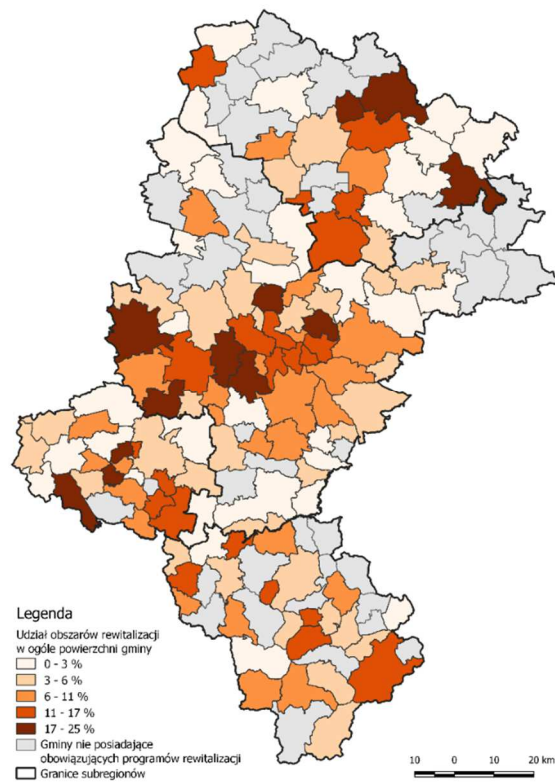
Województwo śląskie charakteryzowało się w 2018 roku największym w kraju odsetkiem terenów zdegradowanych i zdewastowanych oraz stosunkowo niskim tempem rekultywacji i zagospodarowania terenów zdegradowanych (65 ha/rok). Tereny zdegradowane koncentrują się głównie w centralnej i zachodniej części regionu, co wiąże się z dużym nasyceniem działalności górniczej i wydobycia surowców. Jednakże również w subregionach: północnym i południowym pojawiają się tereny niezagospodarowane jako następstwo funkcjonujących tam przemysłów: tekstylnego czy hutniczego.

Obszary zdegradowane w gminach posiadających dokumenty planistyczne dotyczące rewitalizacji (126 gmin w województwie śląskim) zajmowały łącznie obszar ok. 2 290 km², co stanowiło ok. 18% terenu całego województwa. Natomiast obszary rewitalizacji łącznie miały 628 km² i było to ok. 5% obszaru województwa. Ponadto gminy w dokumentach rewitalizacyjnych obszarem zdegradowanym obejmowały średnio ok. 25% swojego terenu, natomiast obszar rewitalizacji obejmował średnio ok. 6,9% powierzchni gminy. W większości gmin obszar zdegradowany zajmował poniżej 20% obszaru gminy. Taka sytuacja występowała w ponad 55% badanych przypadków, natomiast w 6 gminach obszar wyznaczony w programie rewitalizacji obejmował więcej niż 80% powierzchni gminy. Najczęściej powierzchnia obszarów rewitalizacji zajmowała do 5% powierzchni gminy (w 44% programów rewitalizacji). Tereny zdegradowane będące w szczególności efektem historycznej działalności gospodarczej stwarzają nie pozostają bez wpływu na zdrowie człowieka.

⁴⁹ http://www.gios.gov.pl/stansrodowiska/gios/pokaz_artykul/pl/front/stanwpolsce/ochrona_dziedzictwa_przyrodniczego/halas.

Badania wykazują, że nawet niskie poziomy długofalowego narażenia przez złożoną mieszaninę zanieczyszczeń zawartych w powietrzu, wodzie, glebie, produktach konsumpcyjnych i budynkach mogą wywierać znaczący wpływ na jakość i stan zdrowia.

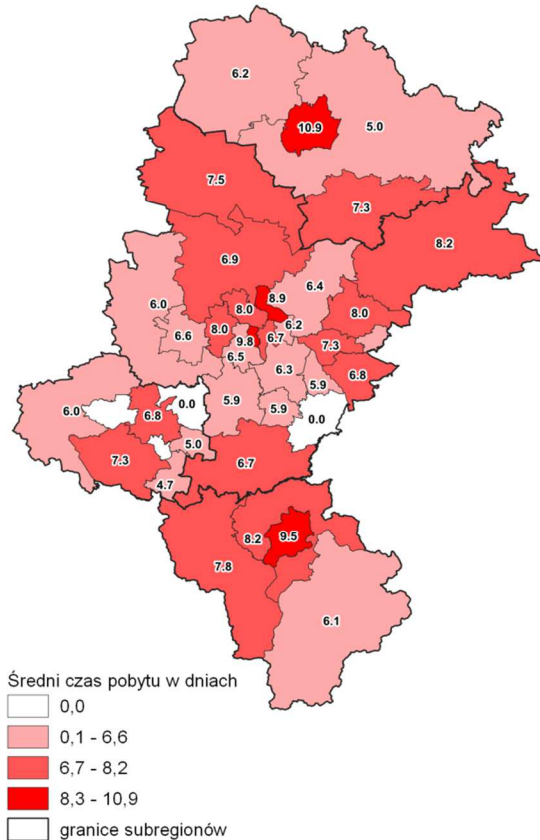
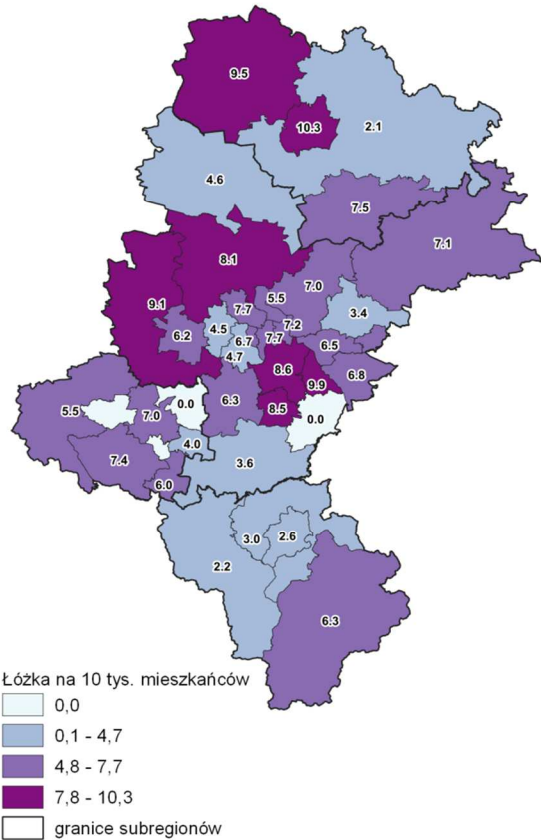
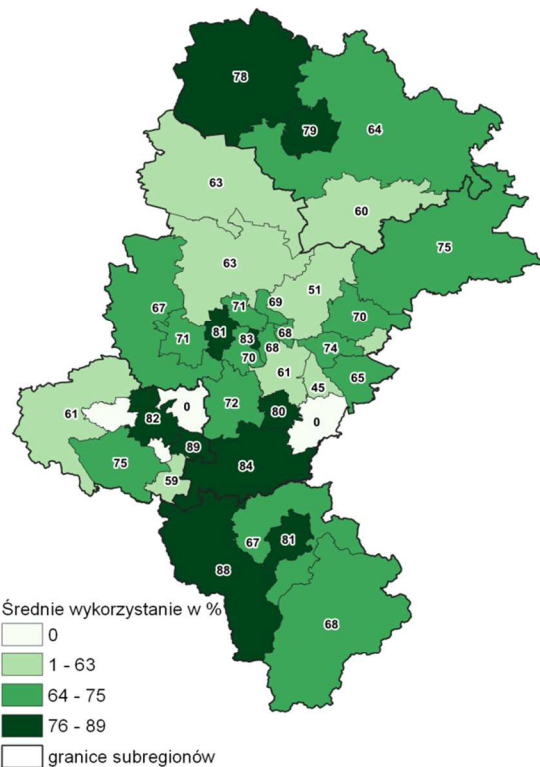
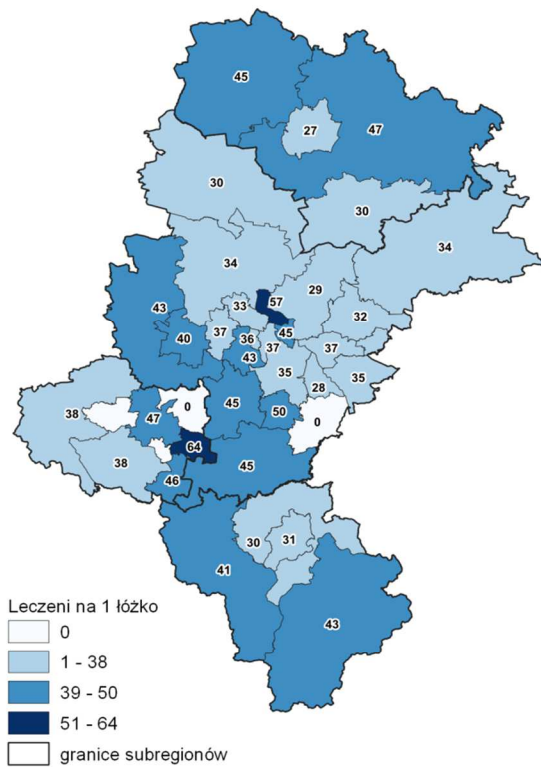
Mapa 70 Udział obszarów rewitalizacji w ogóle powierzchni gminy w województwie śląskim, 2018 r.



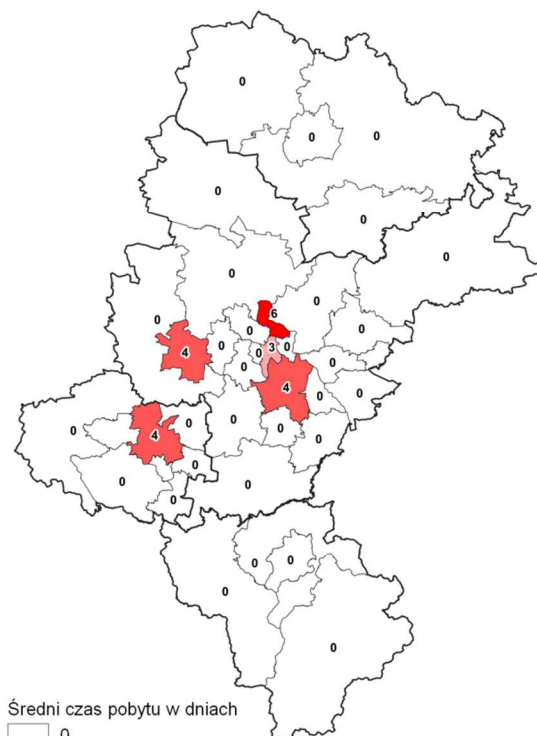
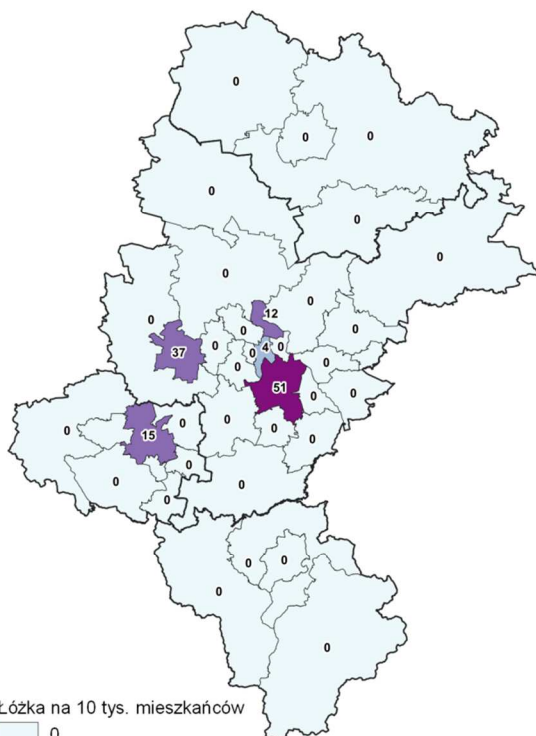
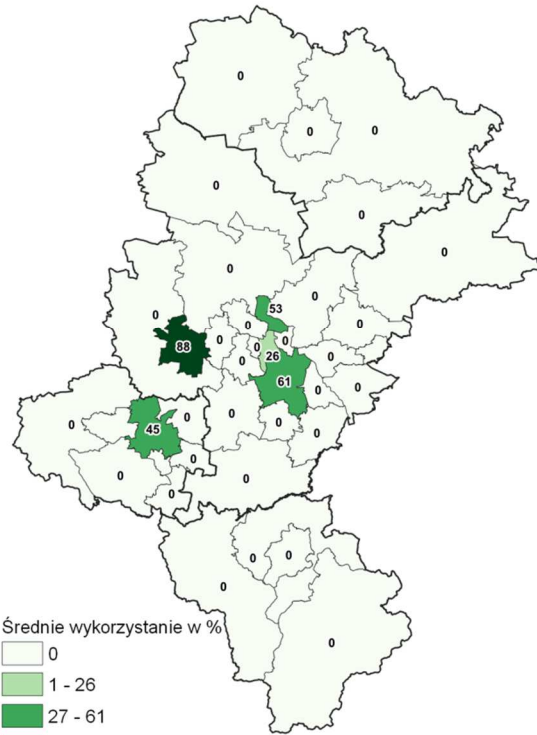
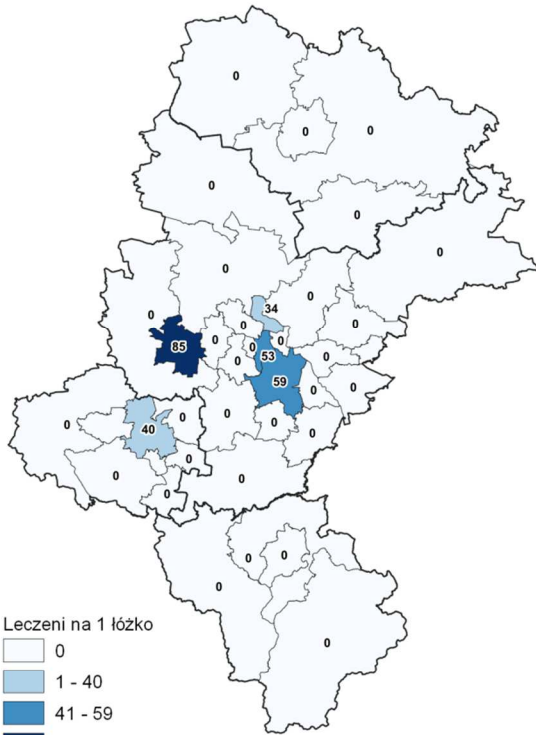
Źródło: opracowanie RCAS na podstawie LPR i GPR w województwie śląskim

ANEKS: ANALIZA PRZESTRZENNA FUNKCJONOWANIA WYBRANYCH ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH

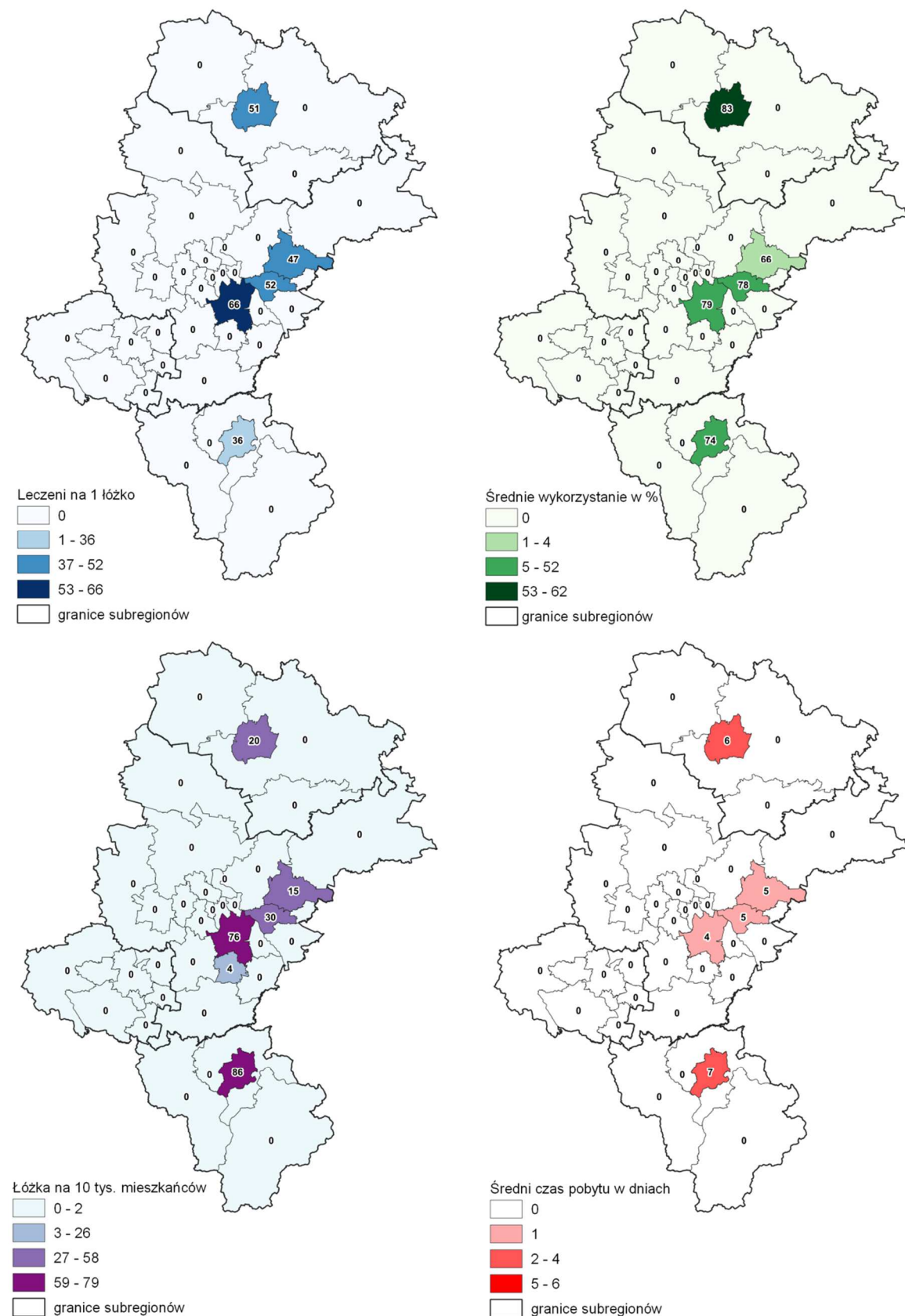
Mapa 71 Sytuacja w oddziałach wewnętrznych w województwie śląskim



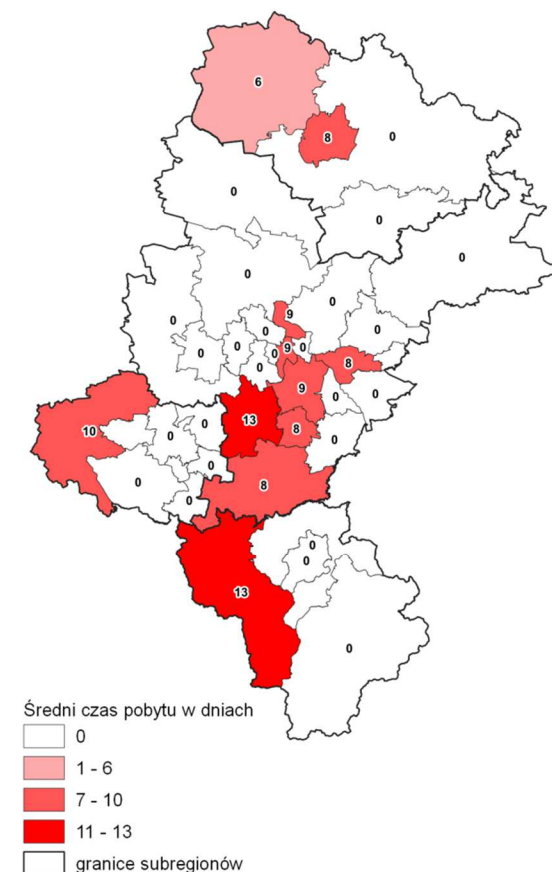
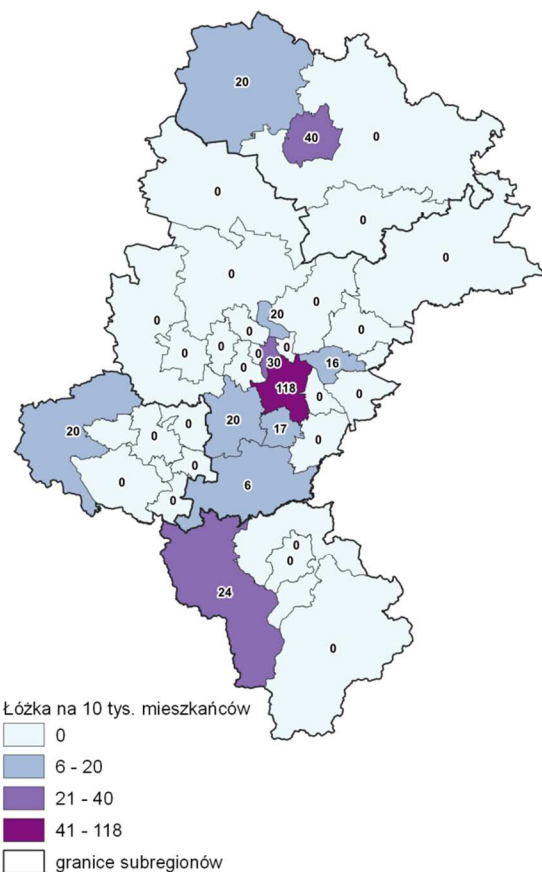
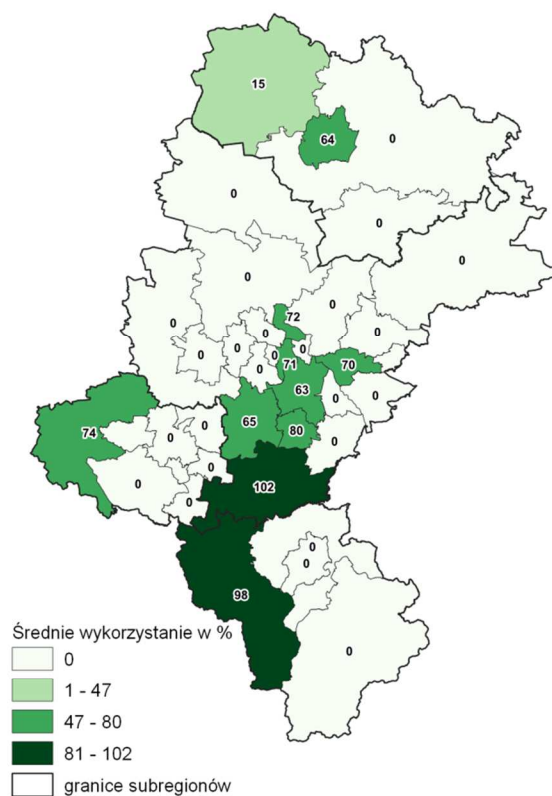
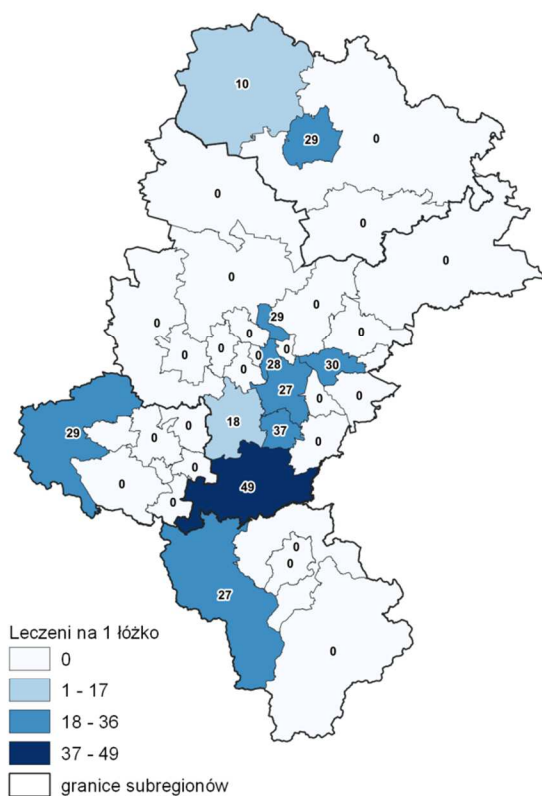
Mapa 72 Sytuacja w oddziałach endykronologicznych w województwie śląskim



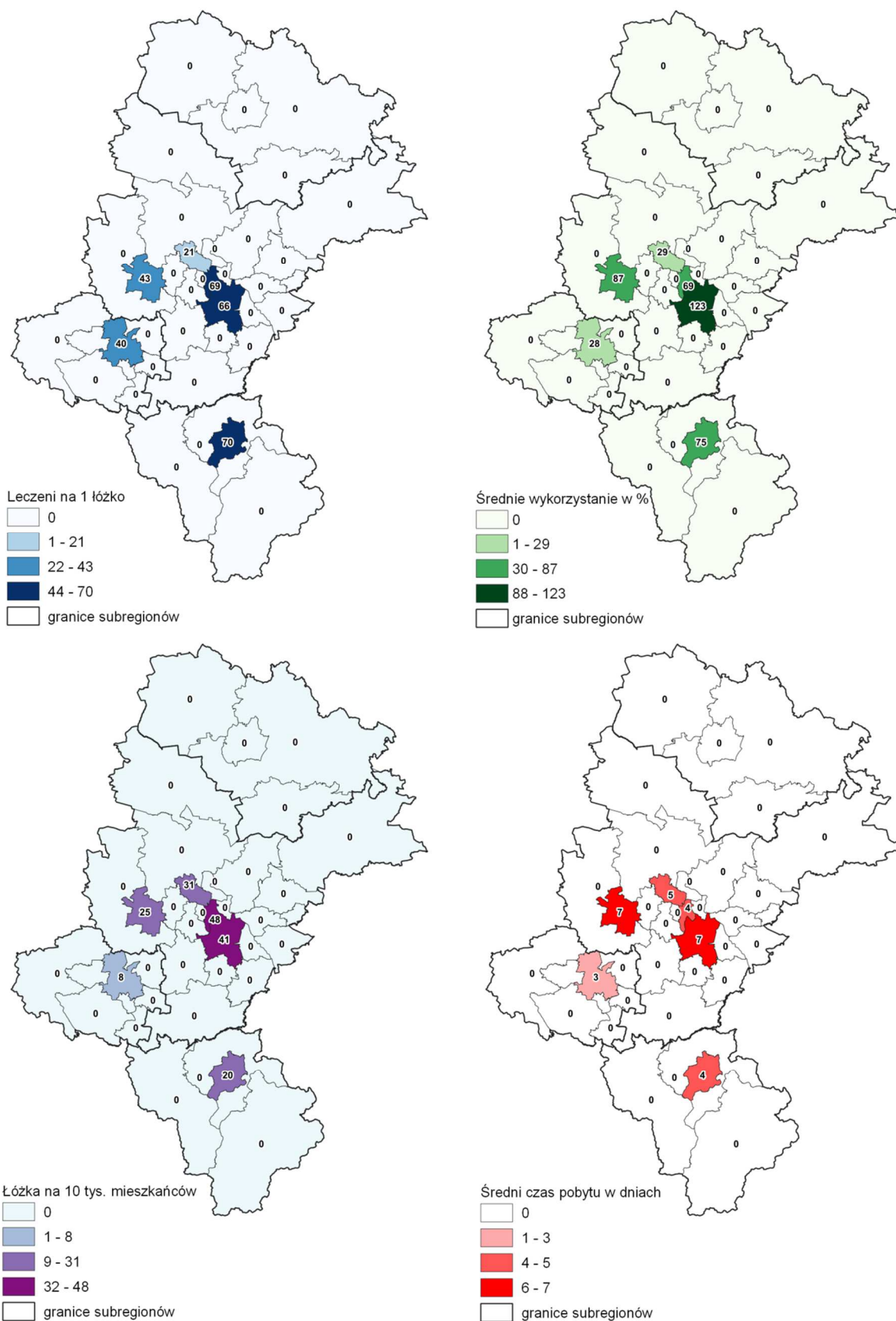
Mapa 73 Sytuacja w oddziałach gastroenterologicznych w województwie śląskim



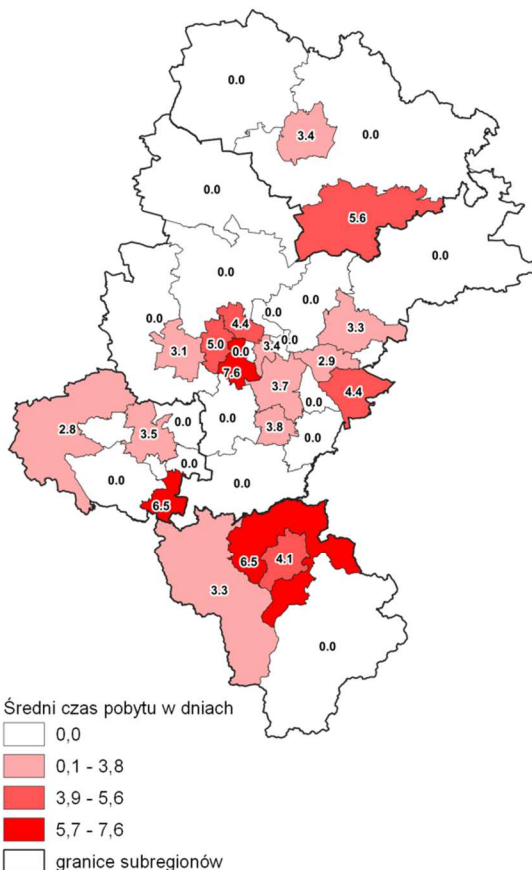
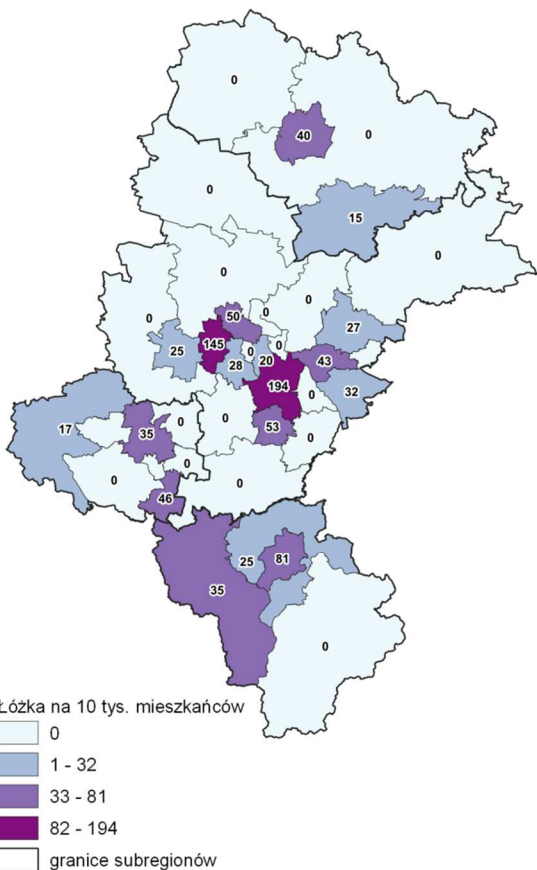
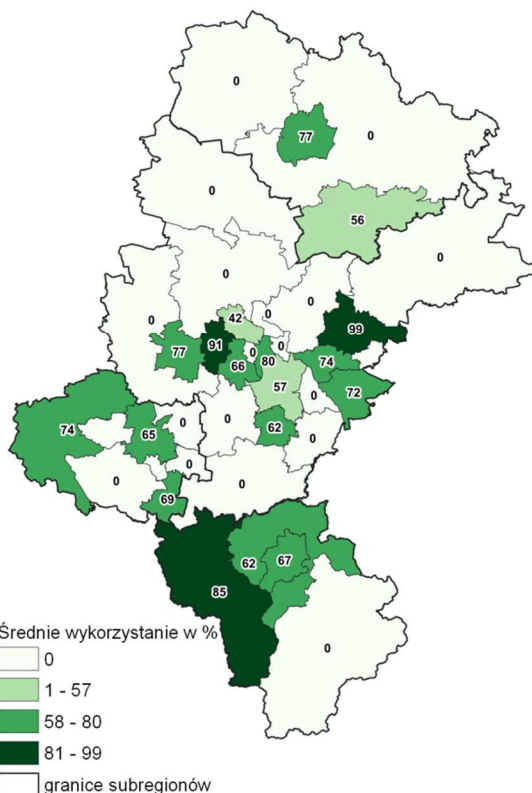
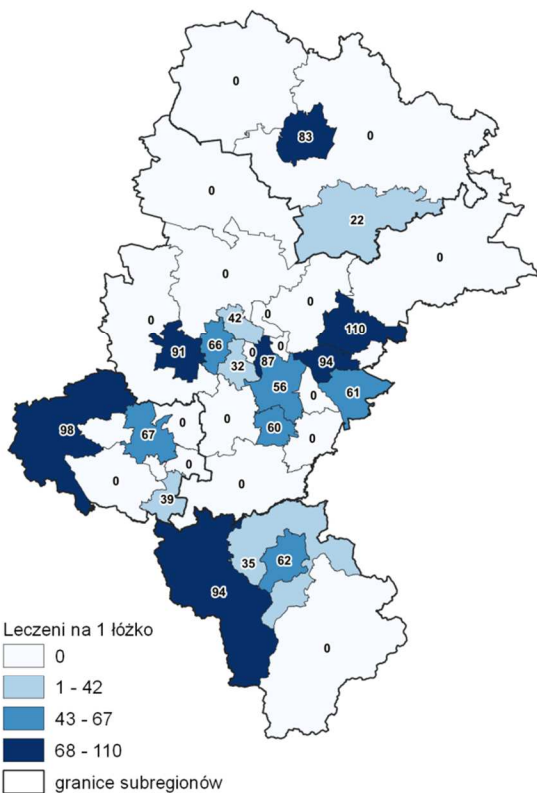
Mapa 74 Sytuacja w oddziałach geriatrycznych w województwie śląskim



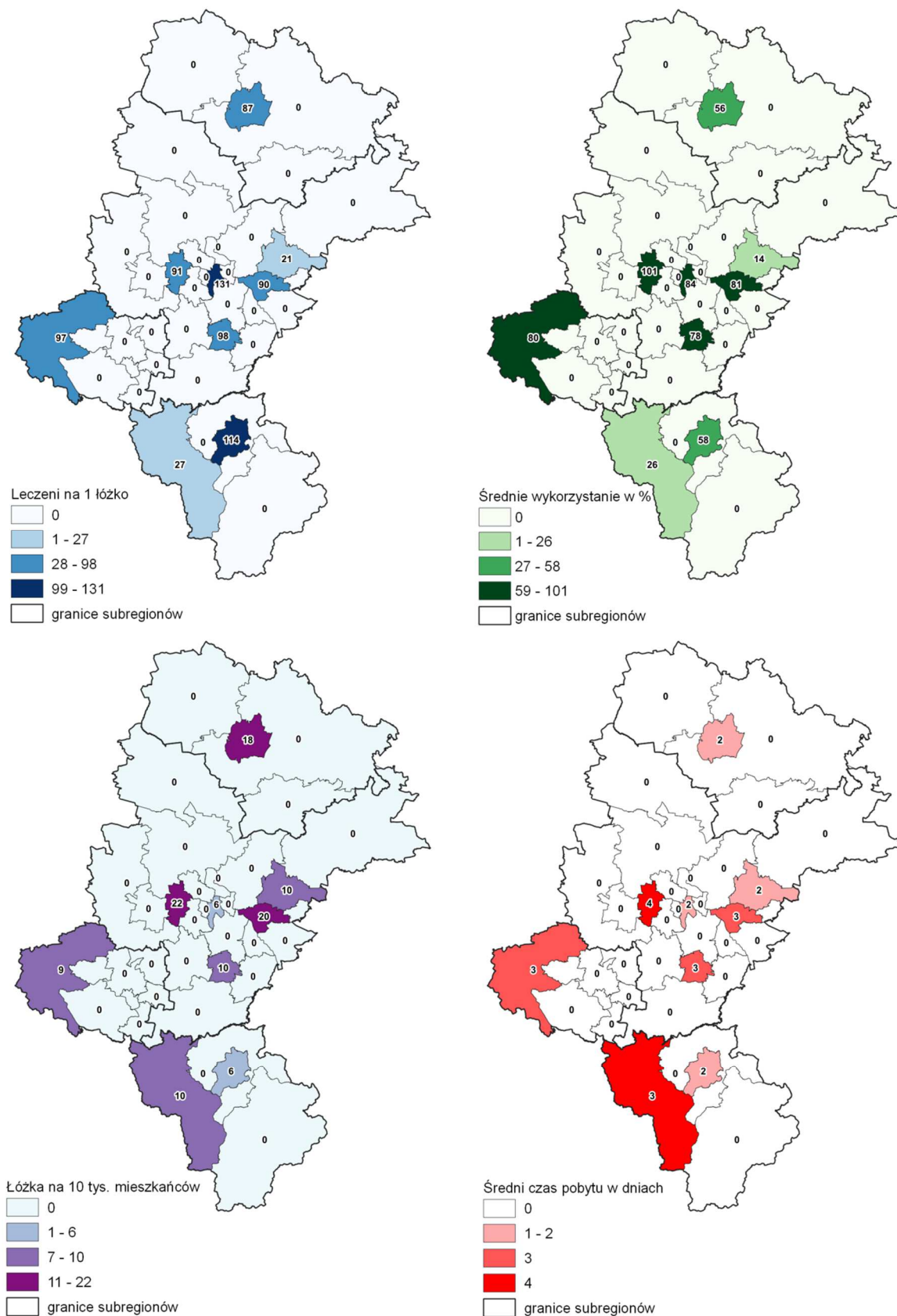
Mapa 75 Sytuacja w oddziałach hematologicznych w województwie śląskim



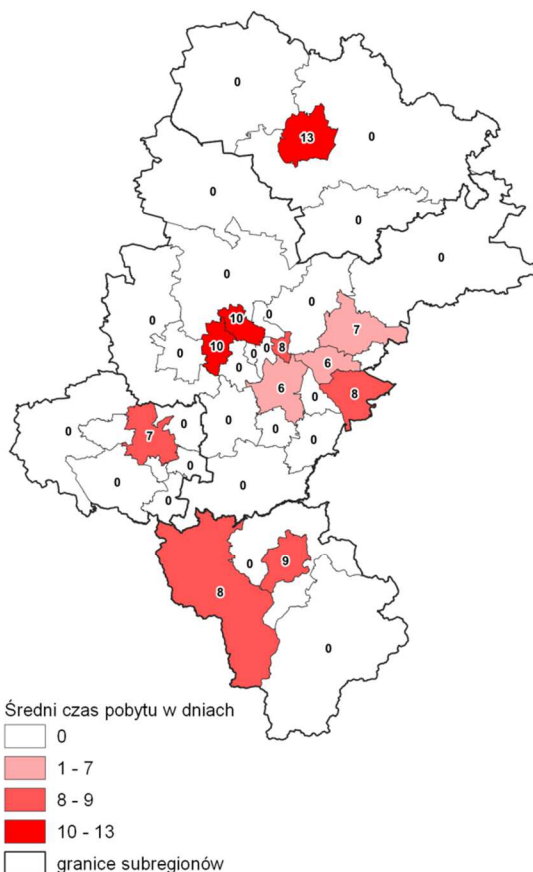
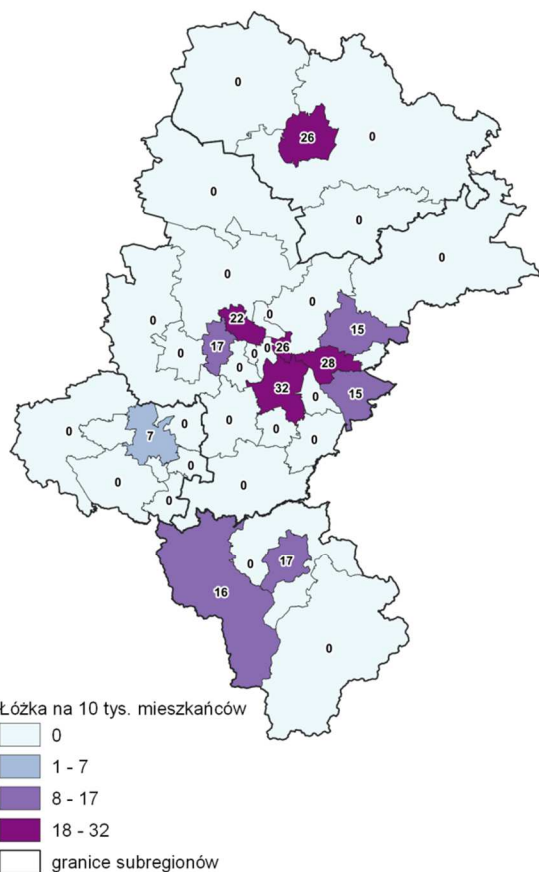
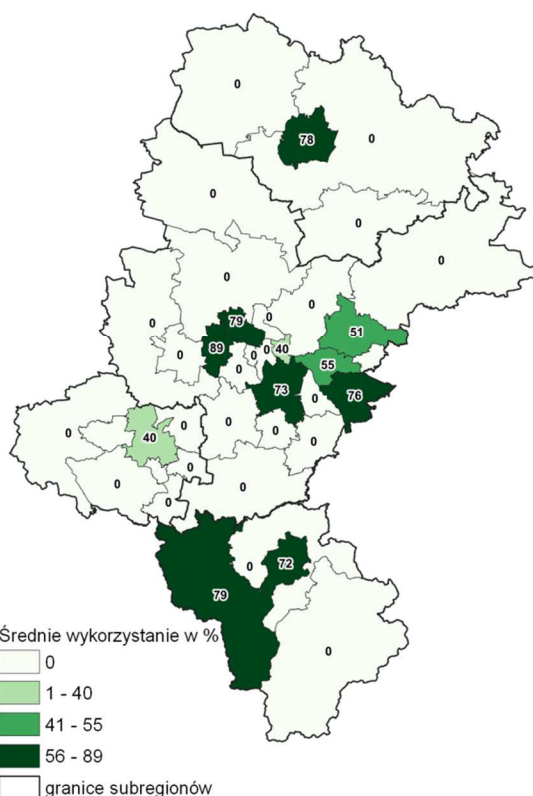
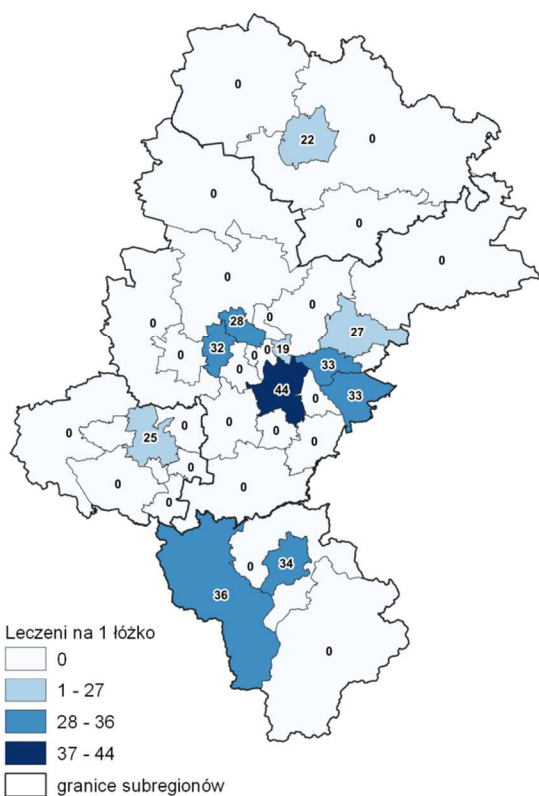
Mapa 76 Sytuacja w oddziałach kardiologicznych w województwie śląskim



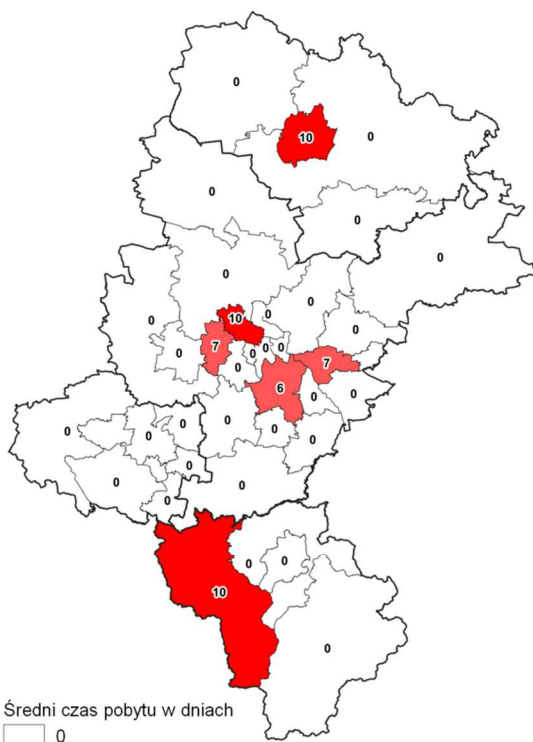
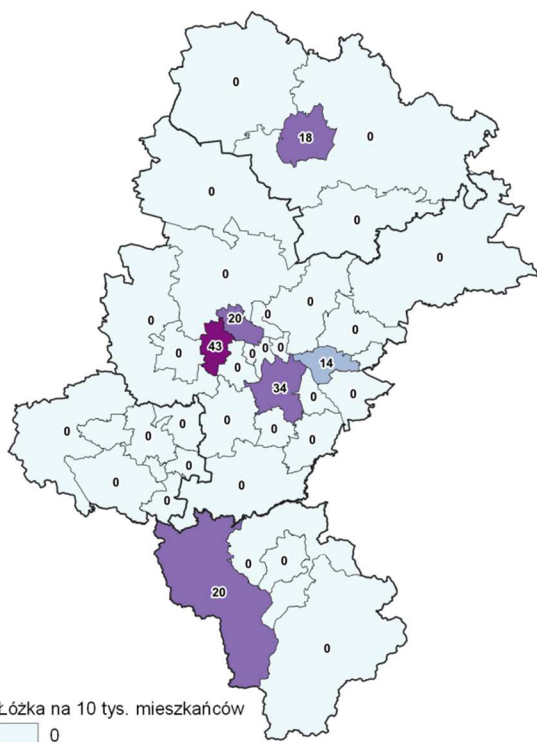
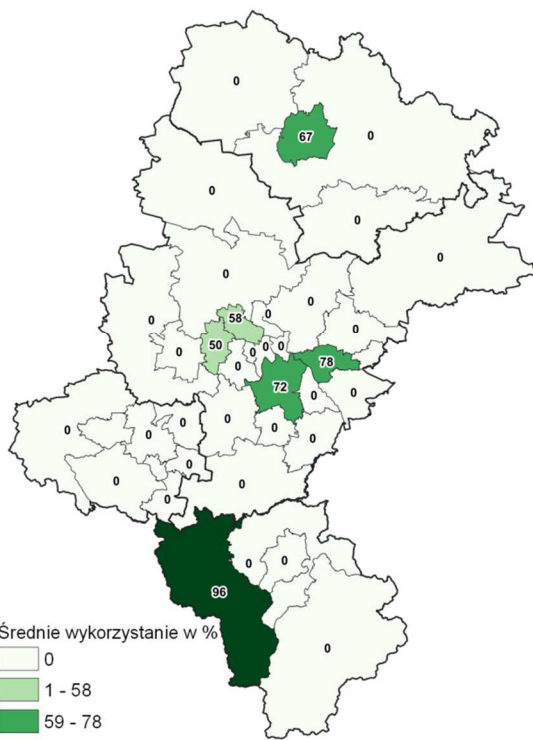
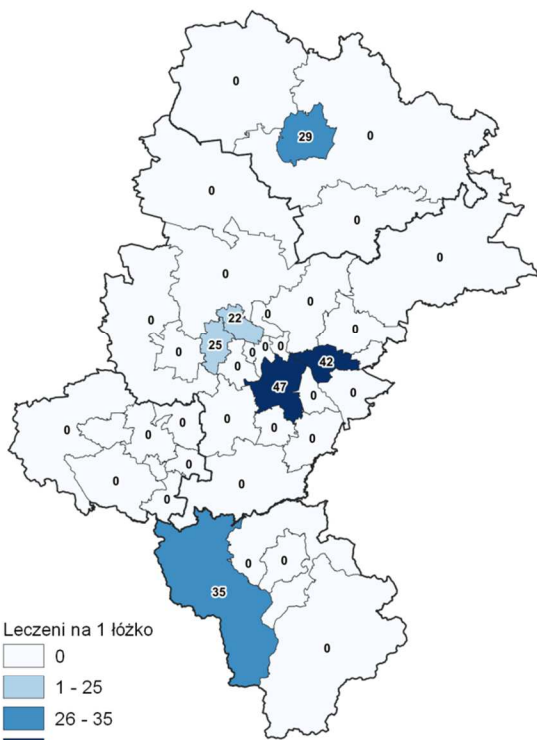
Mapa 77 Sytuacja w oddziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego w województwie śląskim



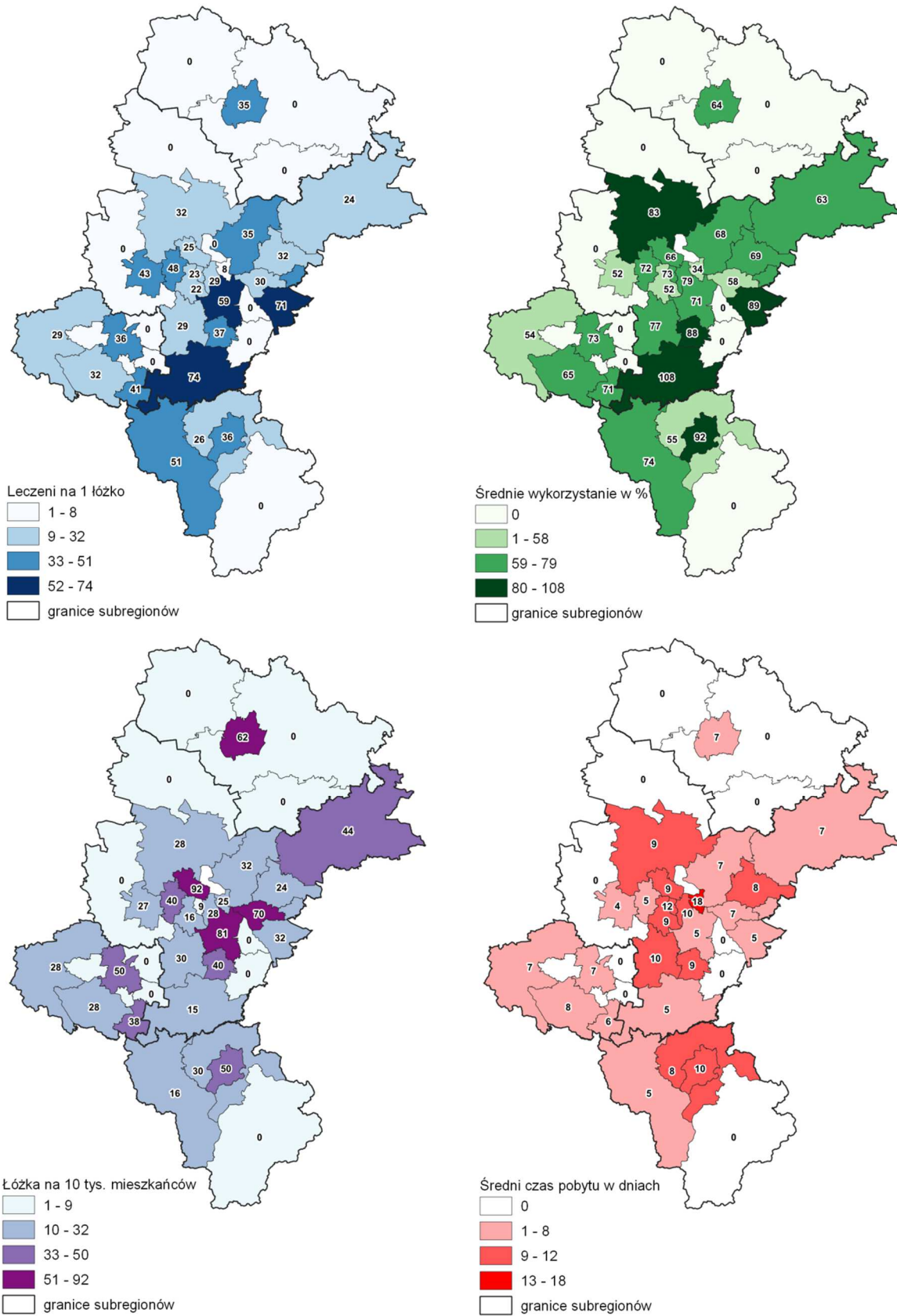
Mapa 78 Sytuacja w oddziałach nefrologicznych w województwie śląskim



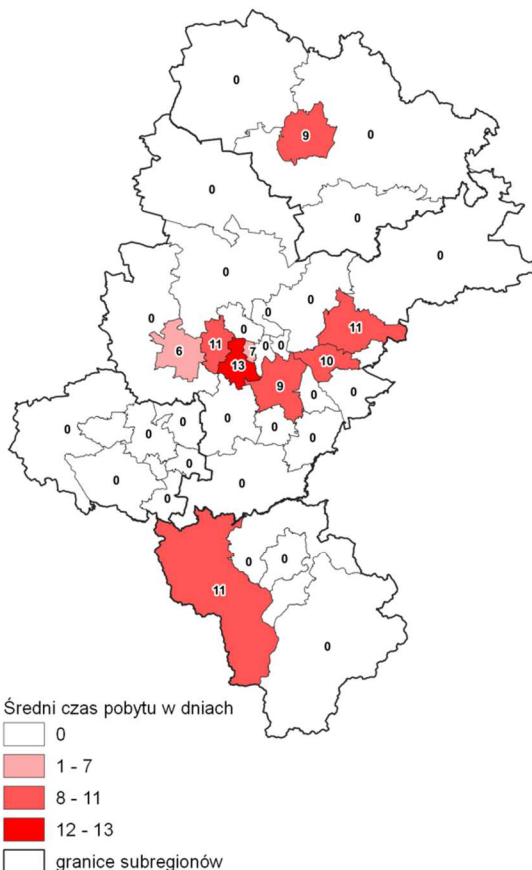
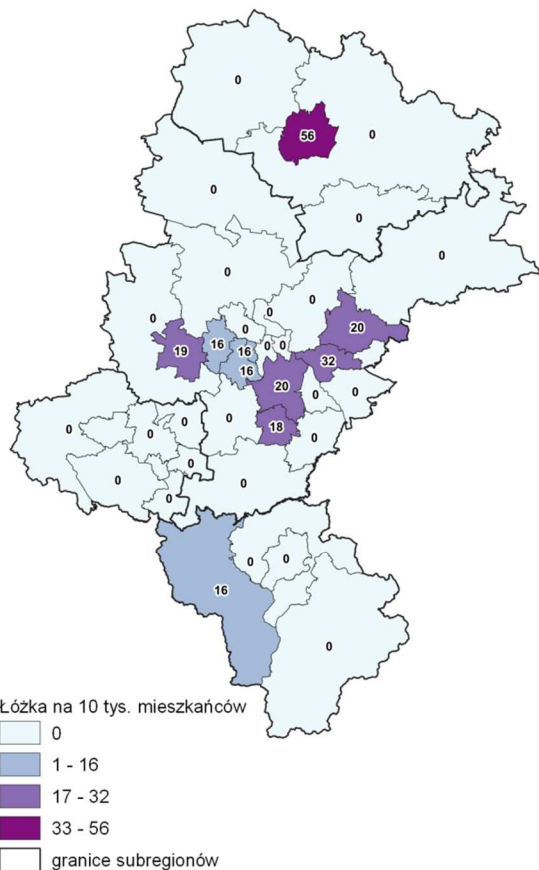
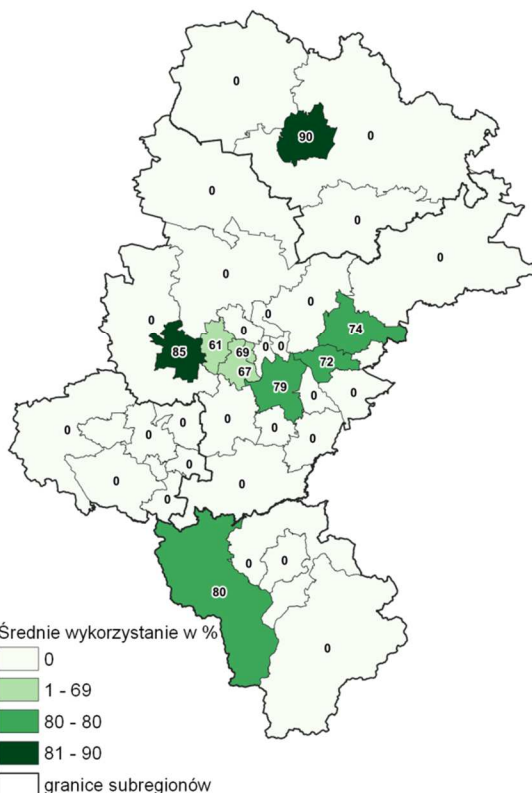
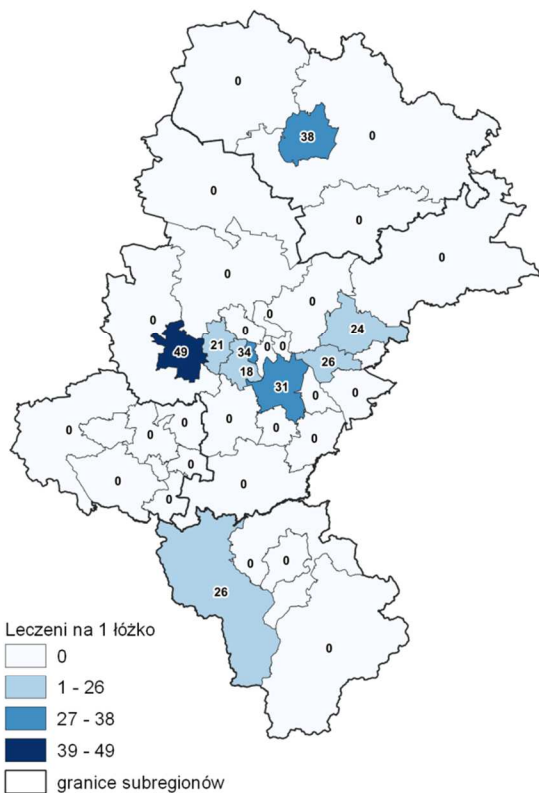
Mapa 79 Sytuacja w oddziałach dermatologicznych w województwie śląskim



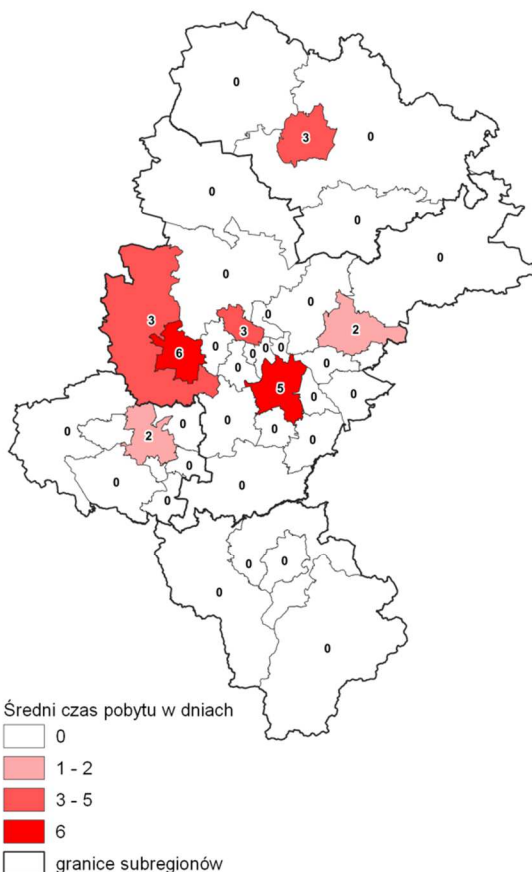
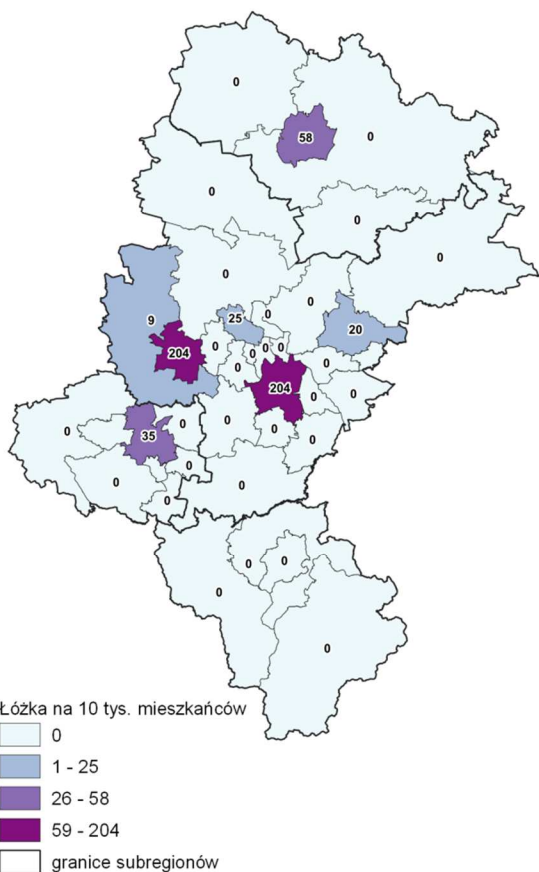
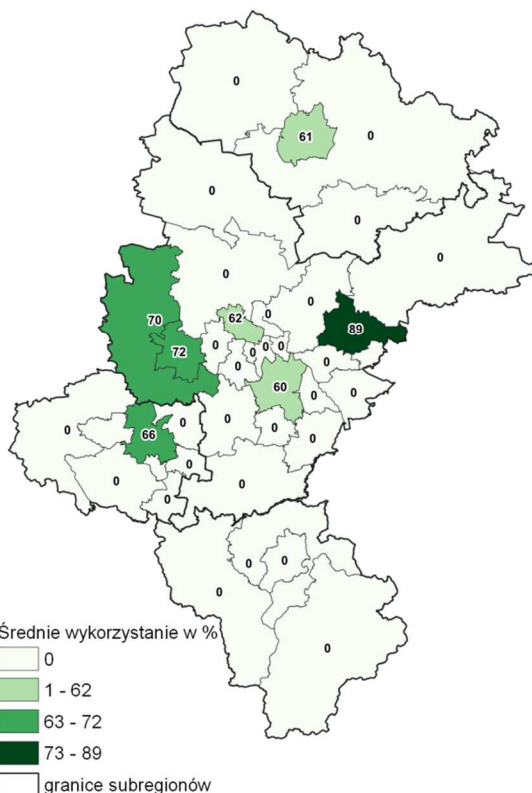
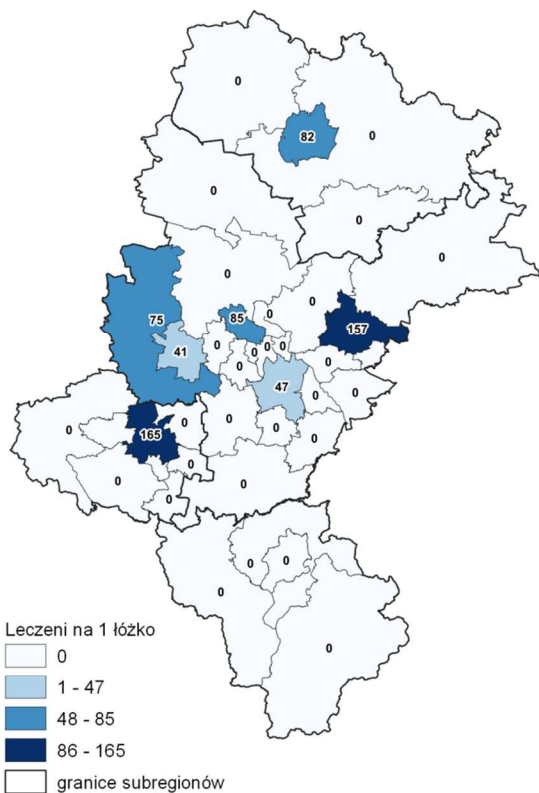
Mapa 80 Sytuacja w oddziałach neurologicznych w województwie śląskim



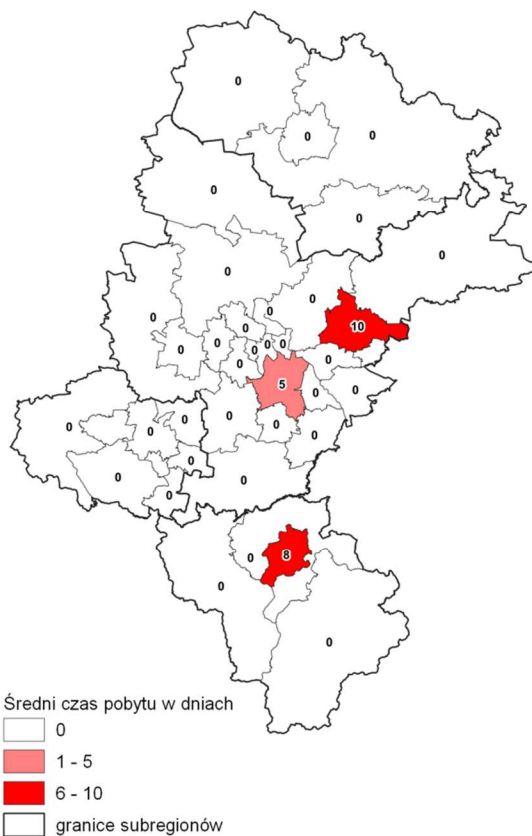
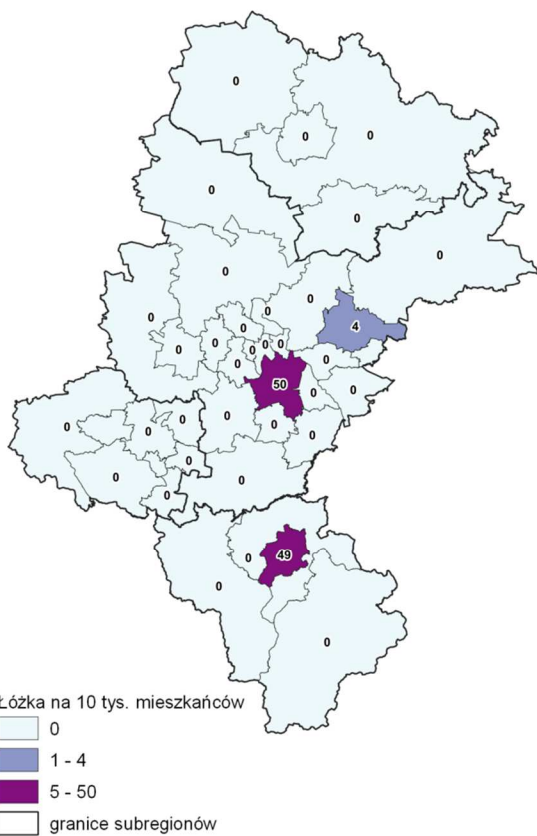
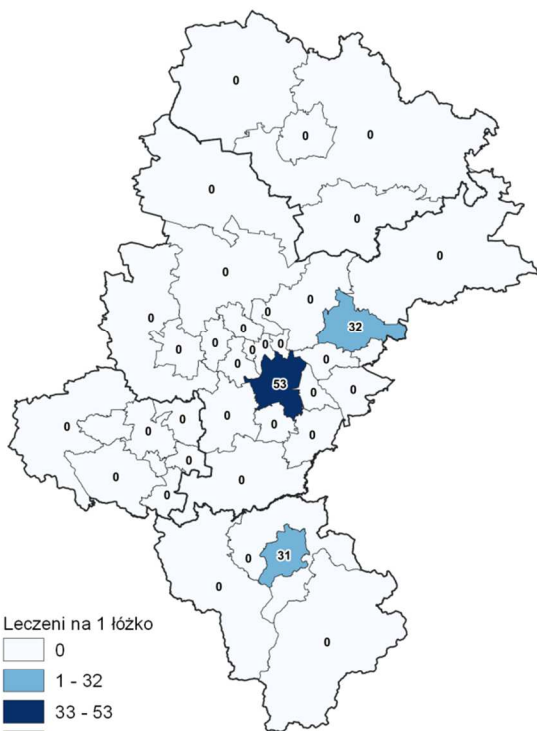
Mapa 81 Sytuacja w oddziałach udarowych w województwie śląskim



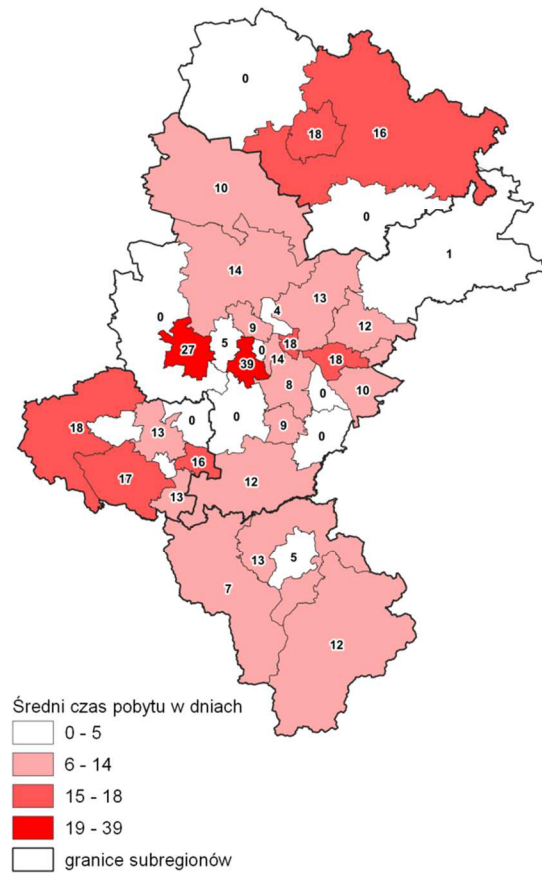
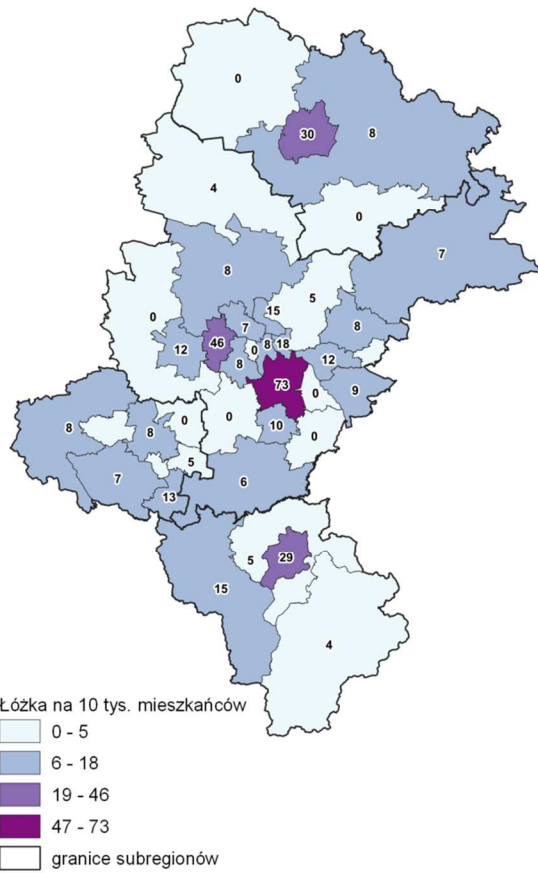
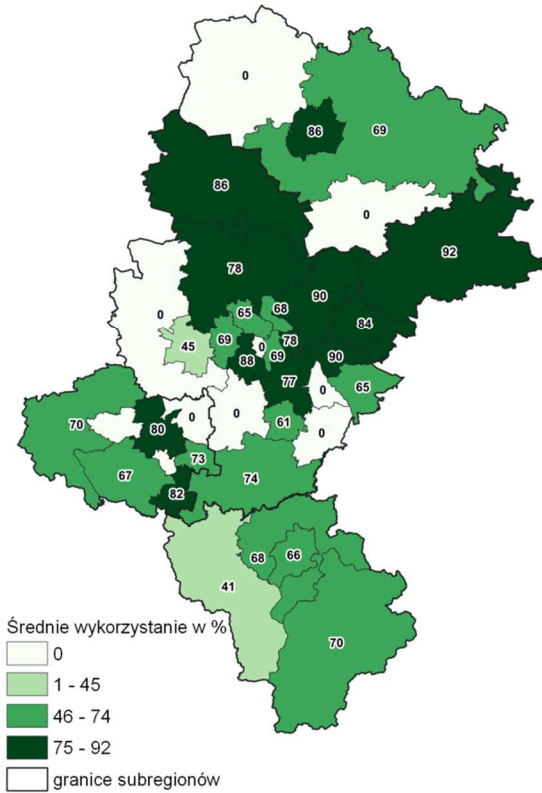
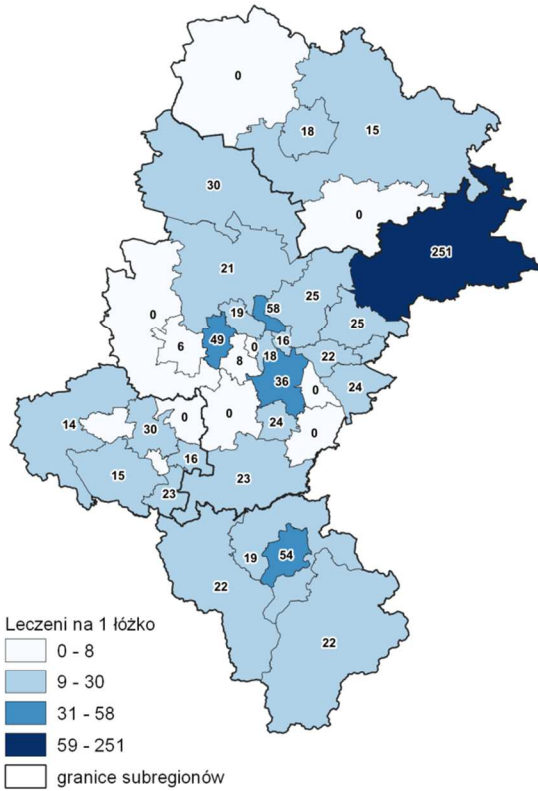
Mapa 82 Sytuacja w oddziałach onkologicznych w województwie śląskim



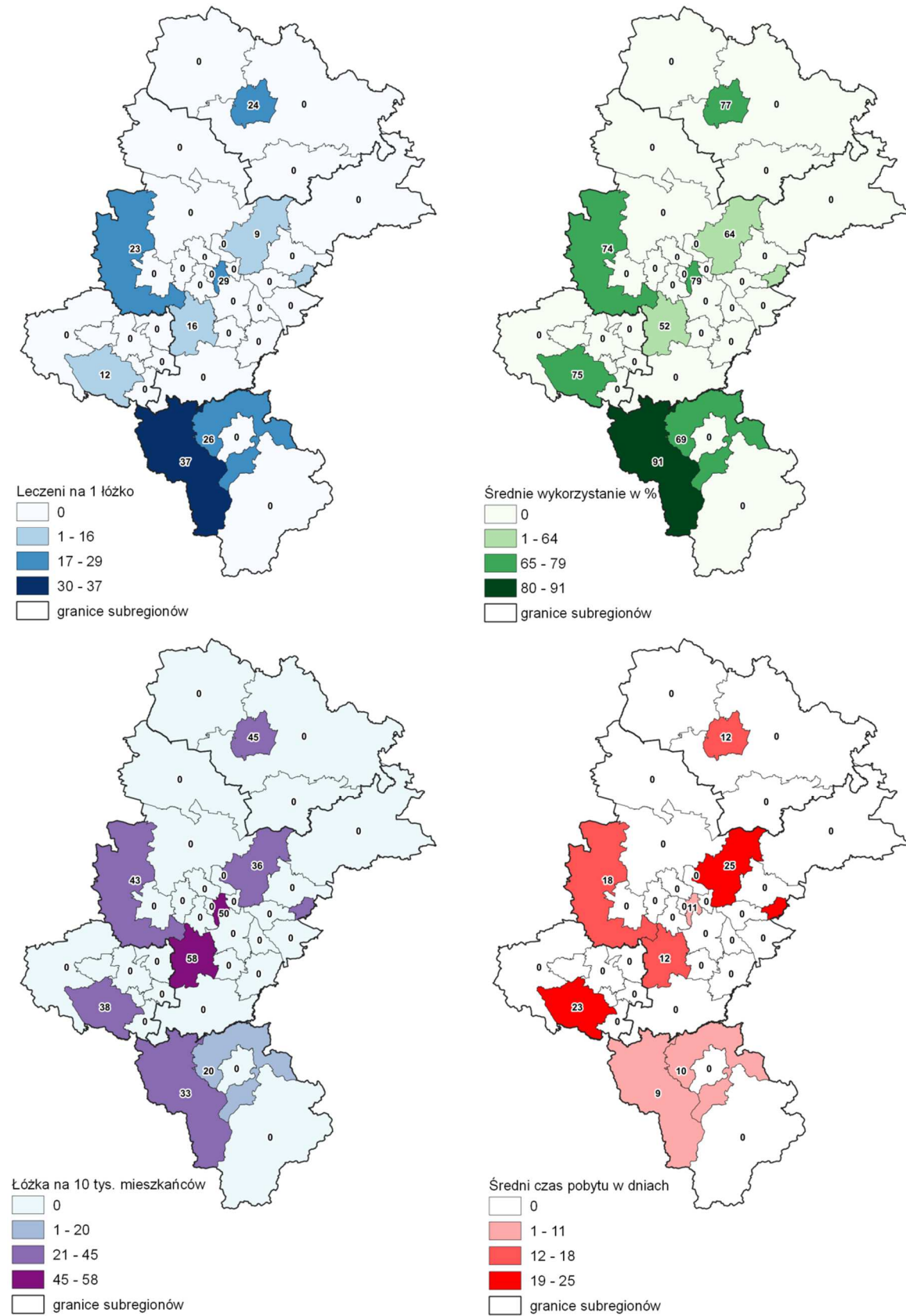
Mapa 83 Sytuacja w oddziałach radioterapii w województwie śląskim



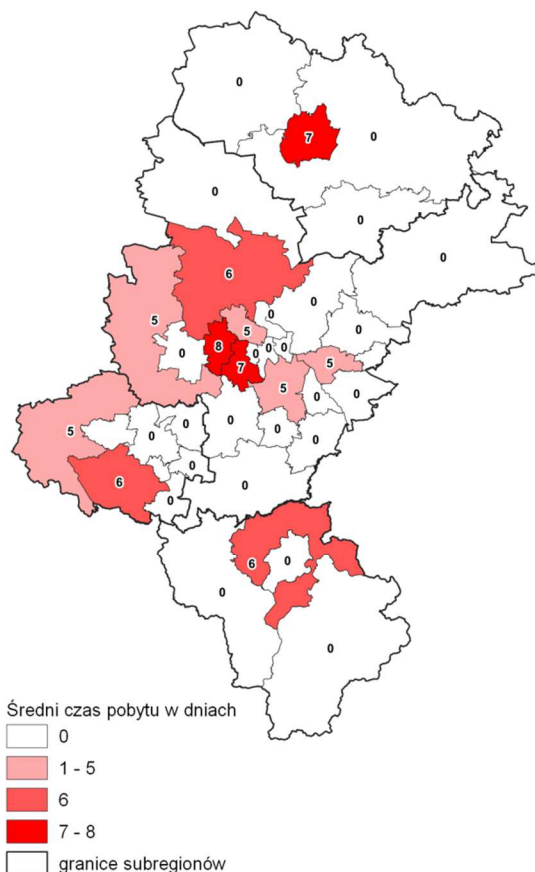
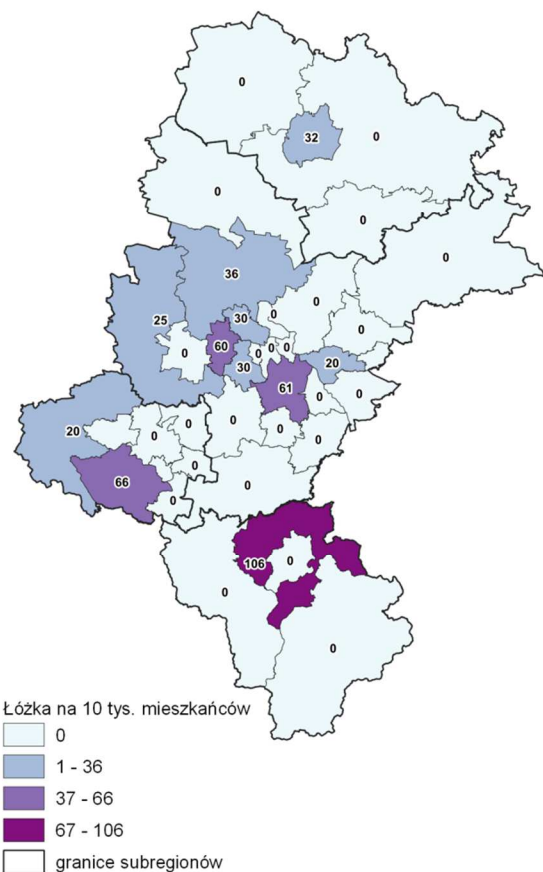
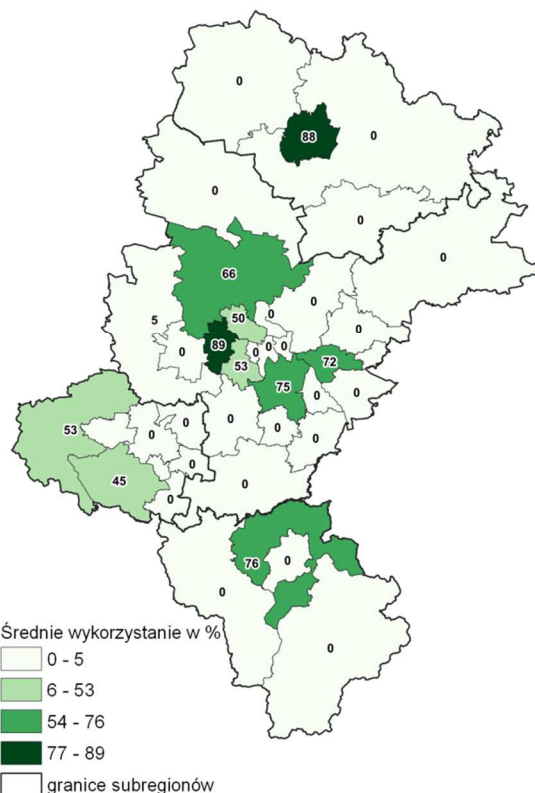
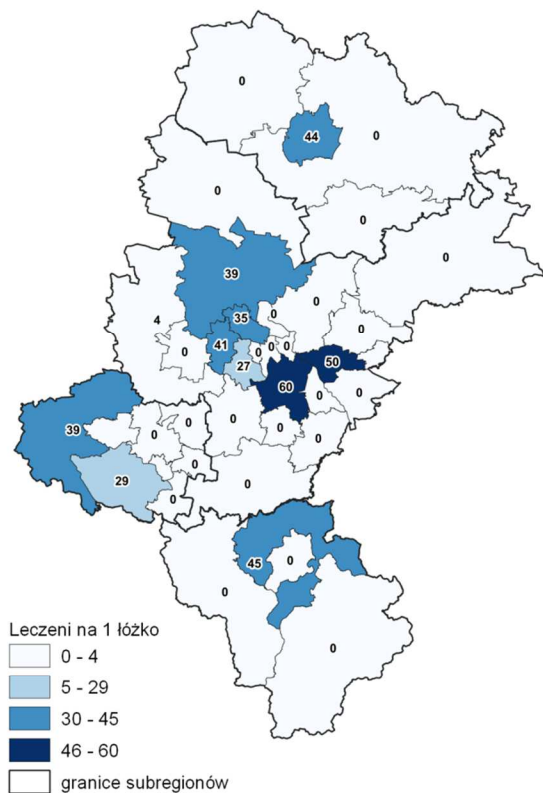
Mapa 84 Sytuacja w oddziałach anesteziologii i intensywnej terapii w województwie śląskim



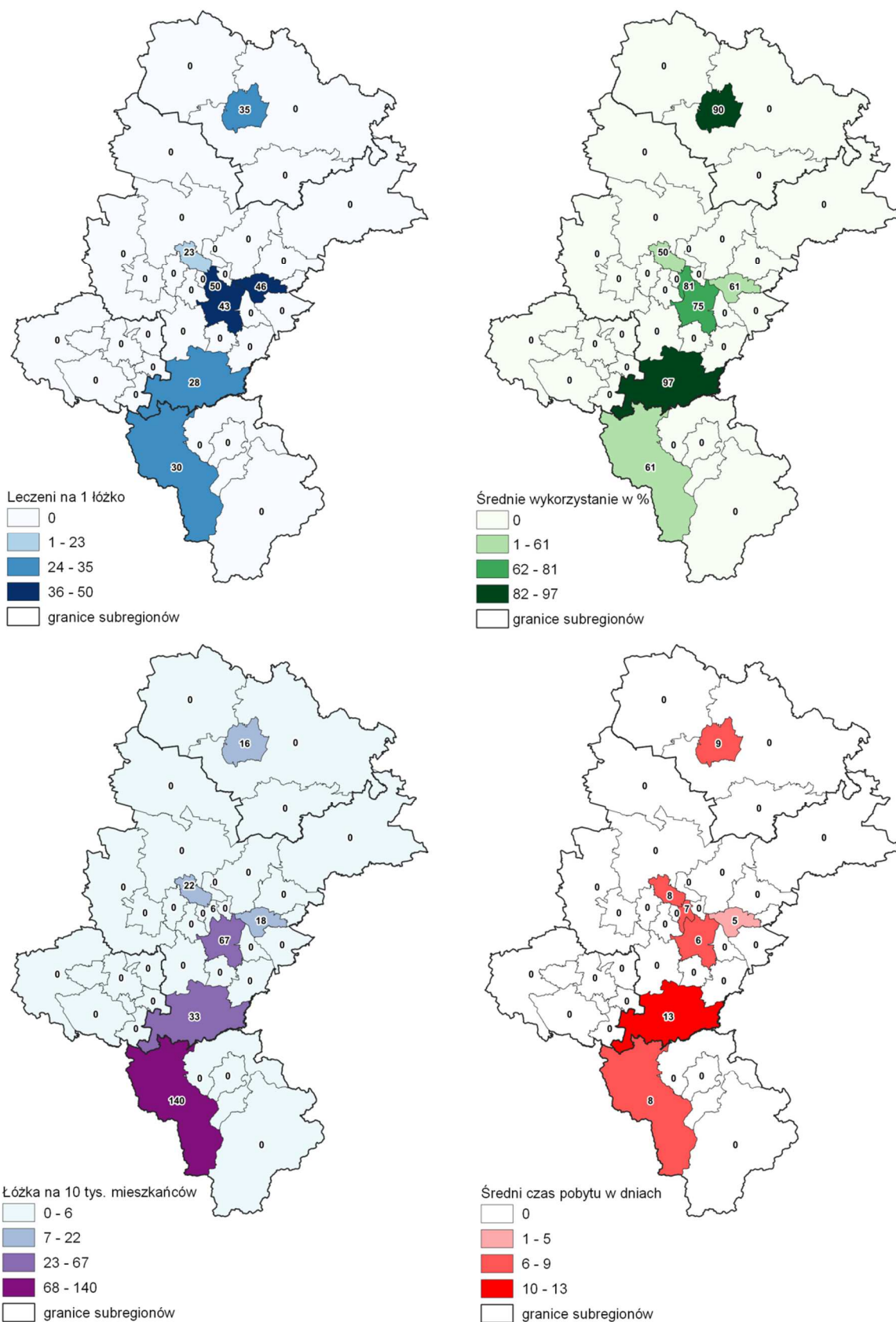
Mapa 85 Sytuacja w oddziałach gruźlicy i chorób płuc w województwie śląskim



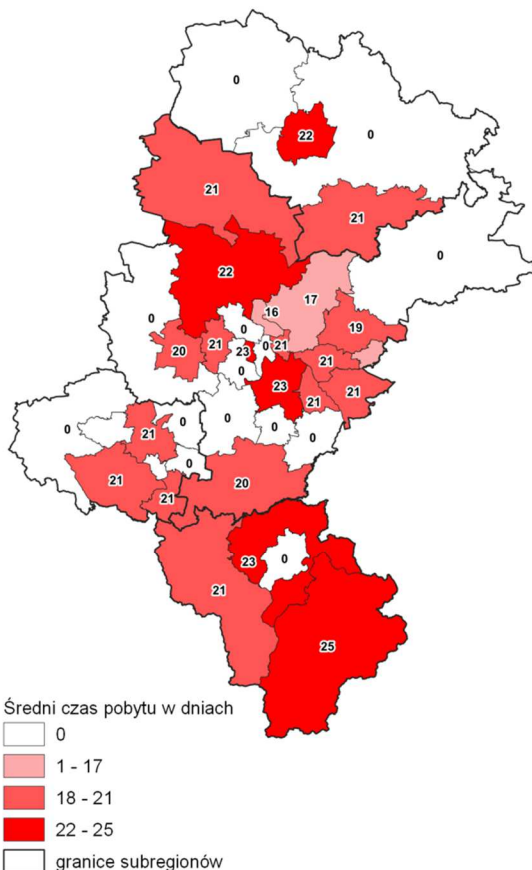
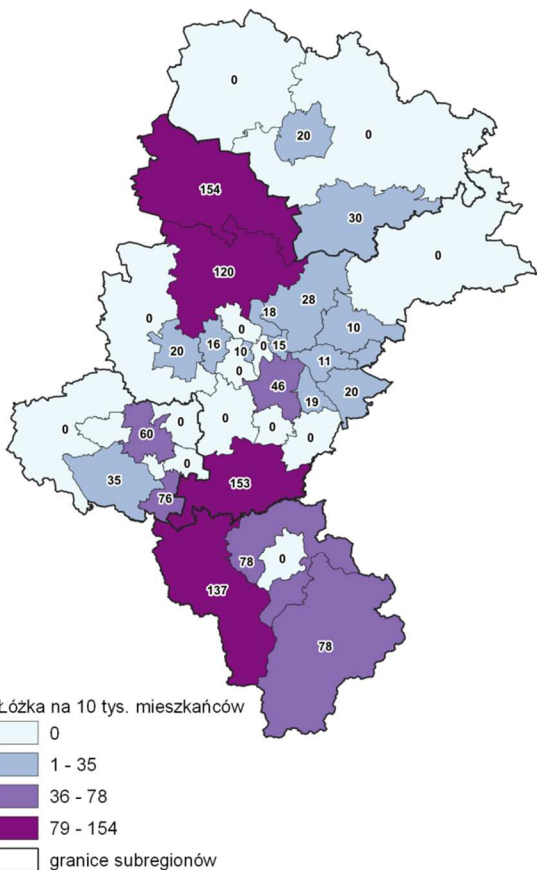
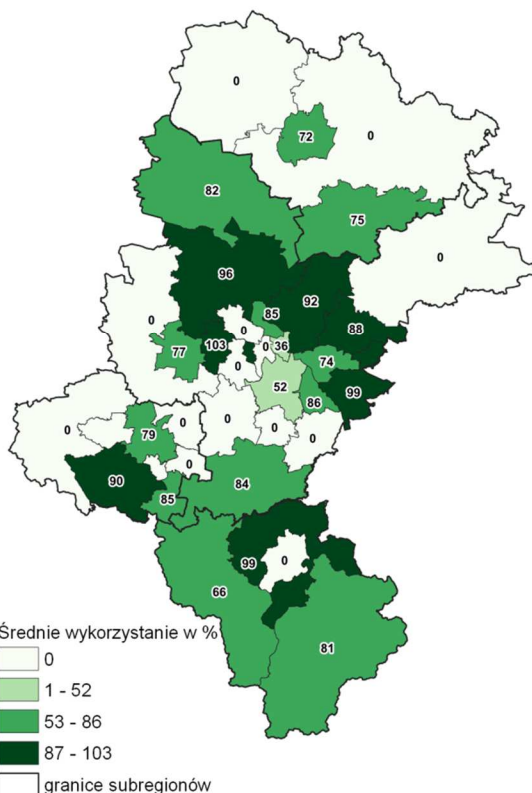
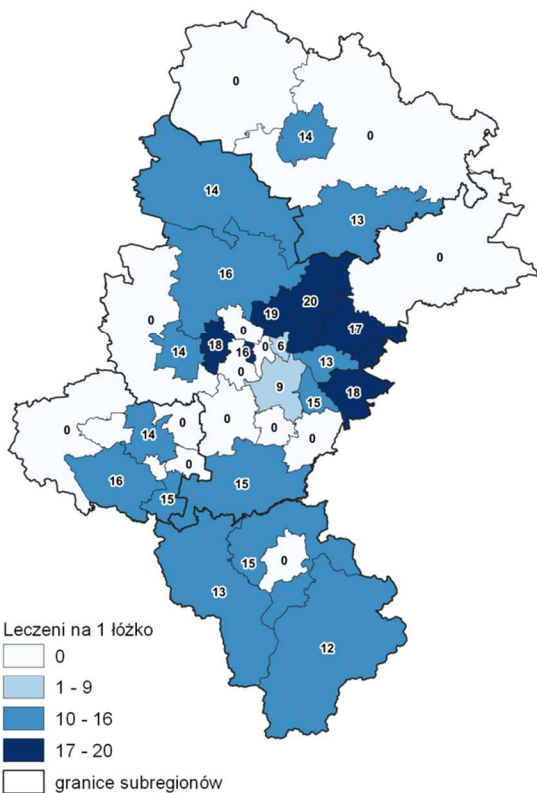
Mapa 86 Sytuacja w oddziałach pulmonologii w województwie śląskim



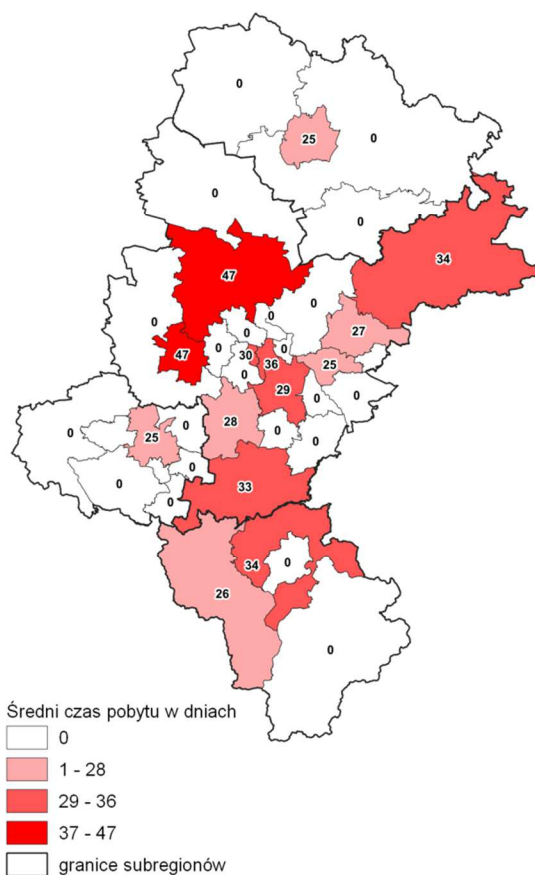
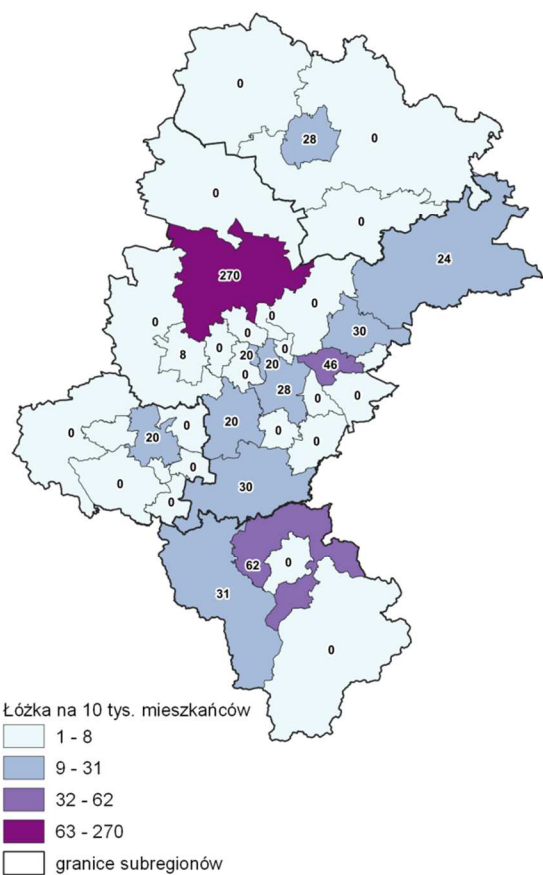
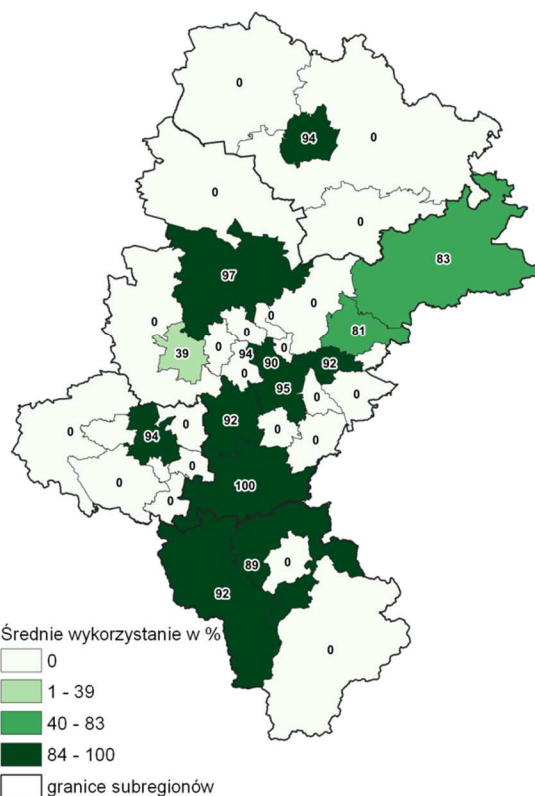
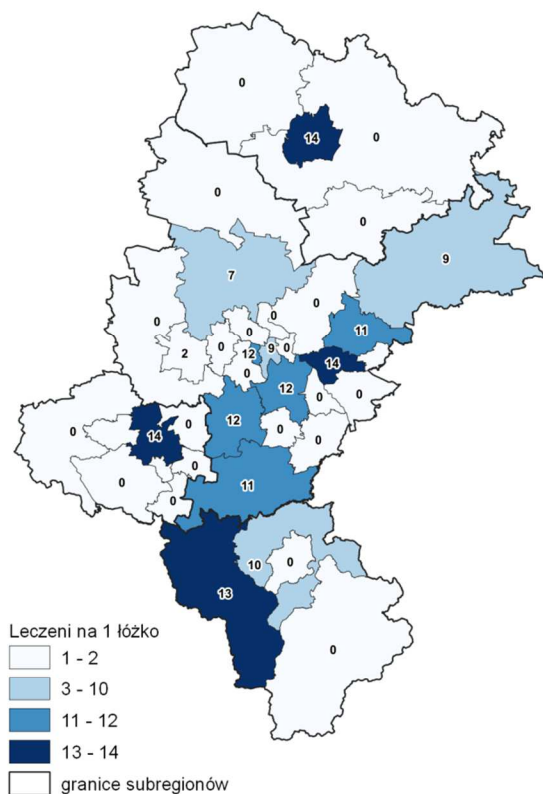
Mapa 87 Sytuacja w oddziałach reumatologicznych w województwie śląskim



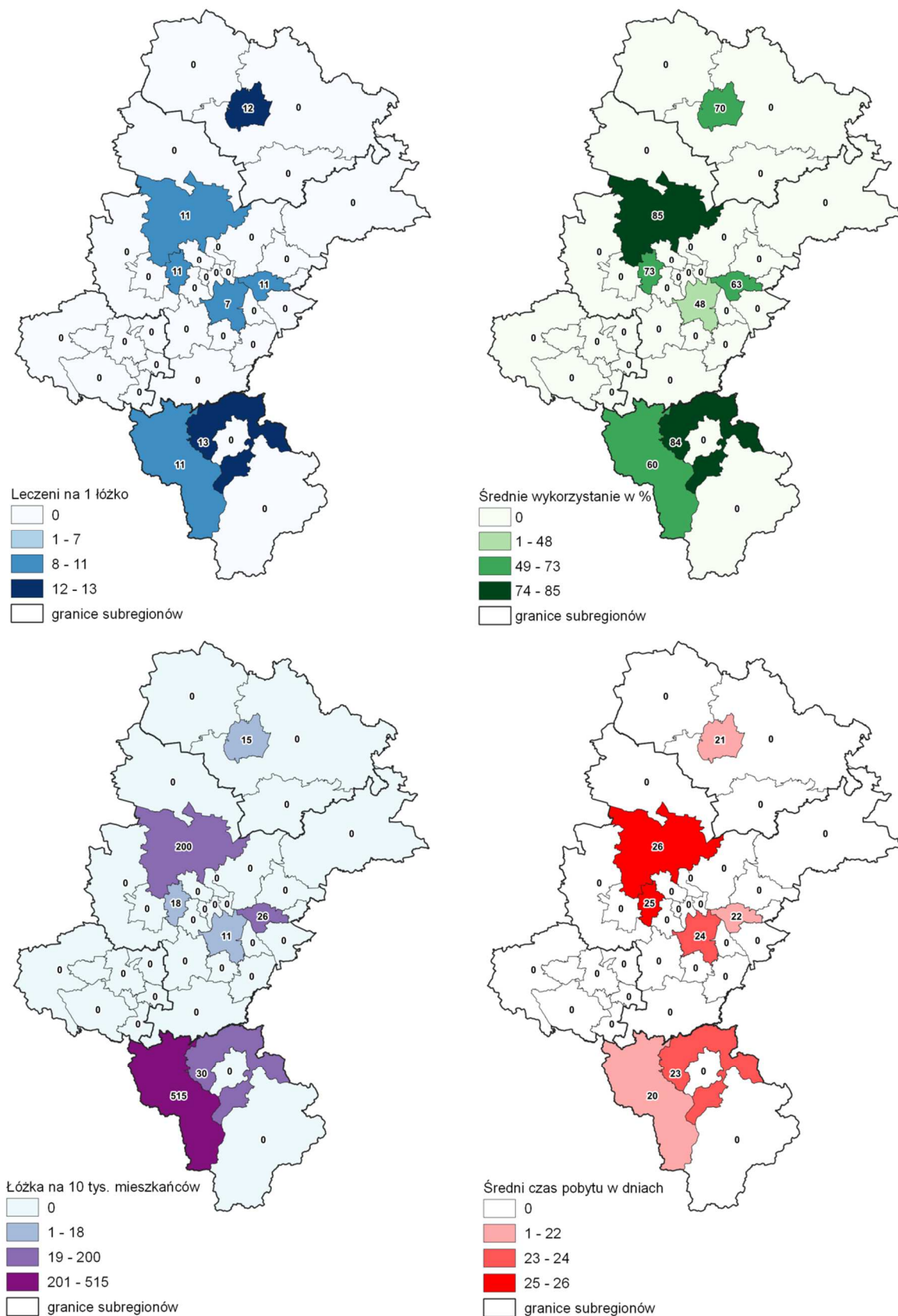
Mapa 88 Sytuacja w oddziałach rehabilitacyjnych w województwie śląskim



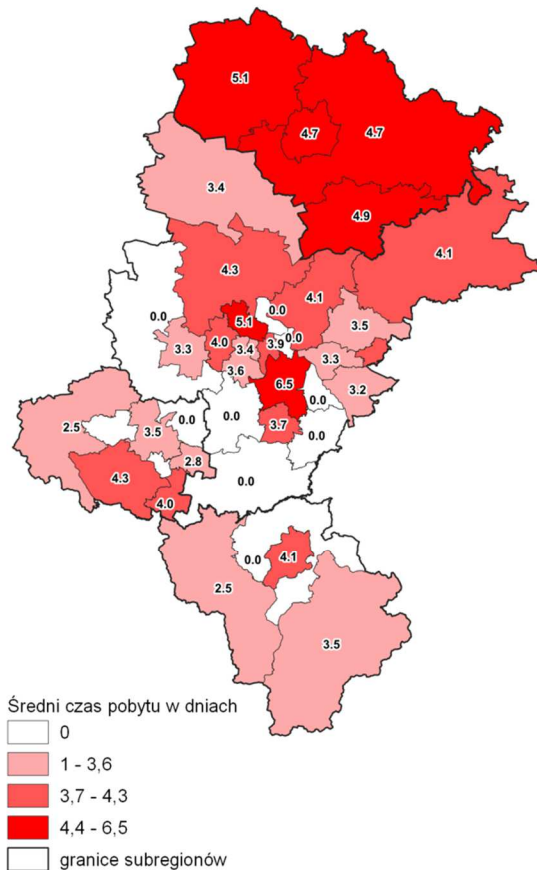
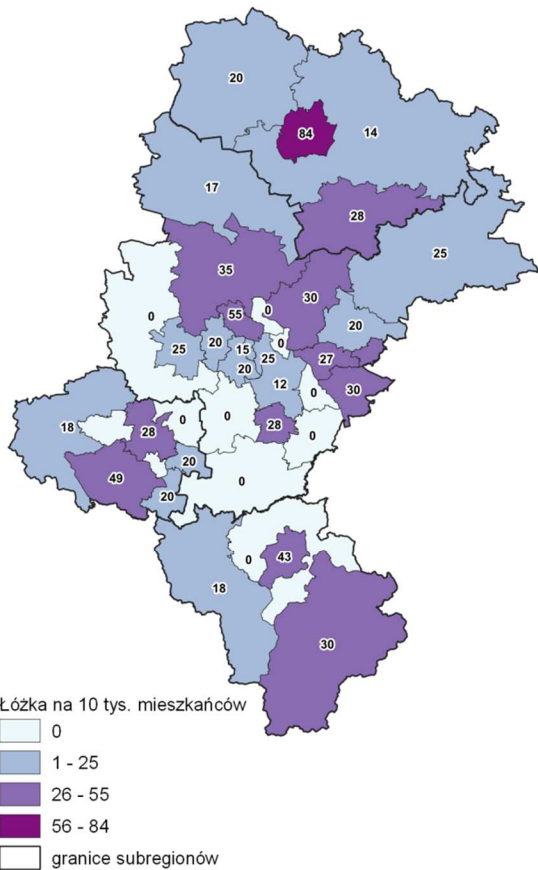
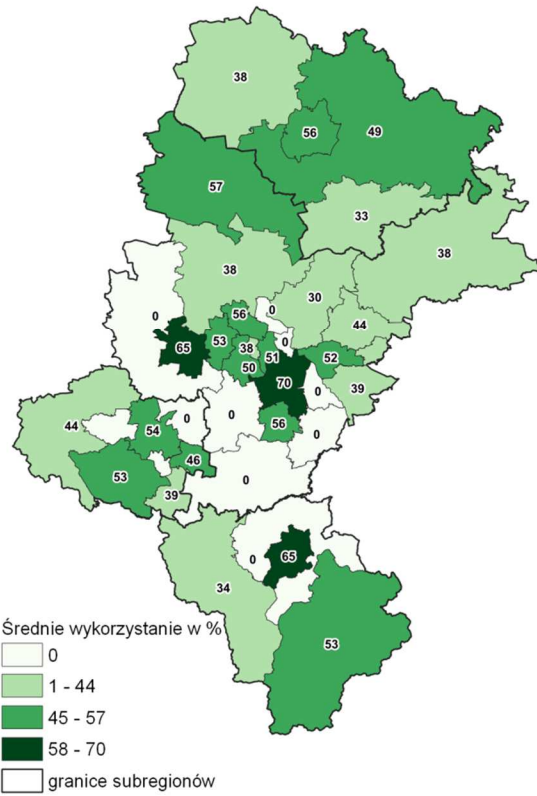
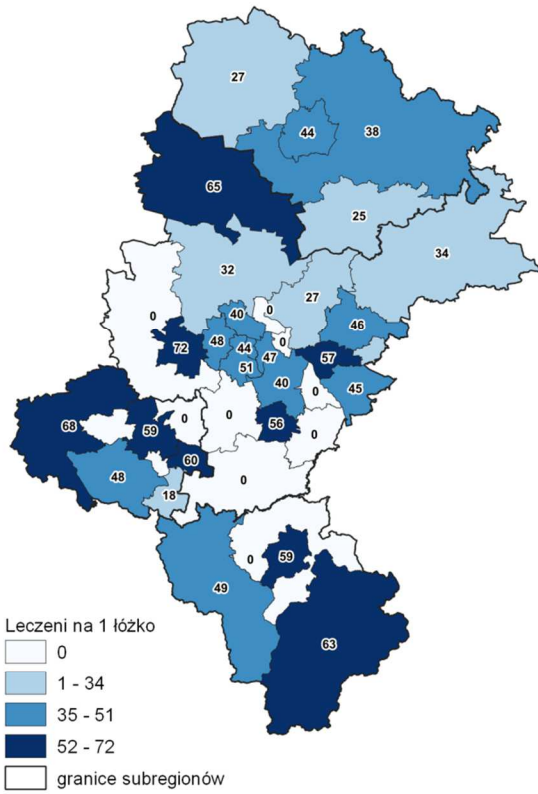
Mapa 89 Sytuacja w oddziałach rehabilitacji neurologicznej w województwie śląskim



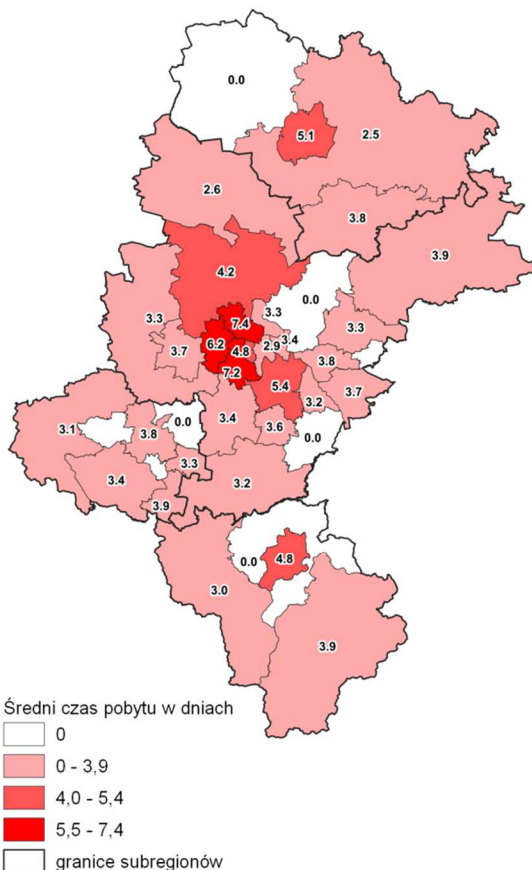
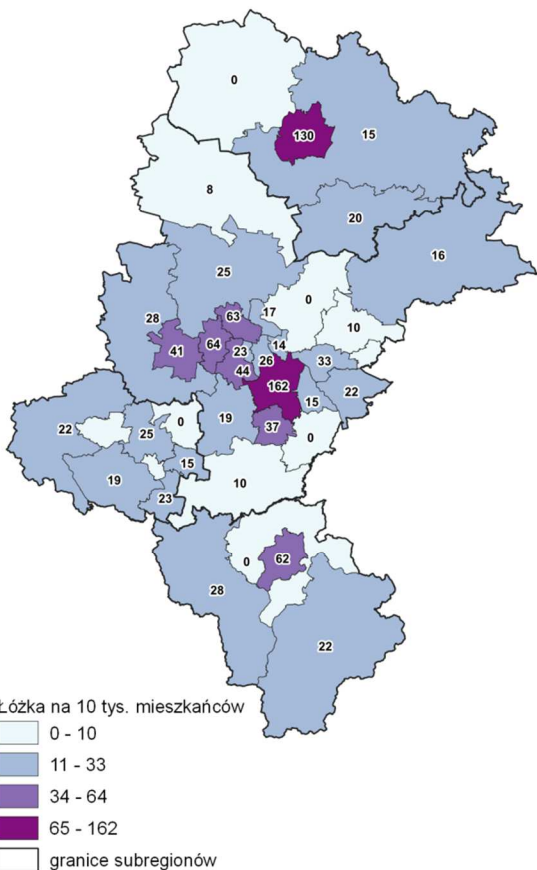
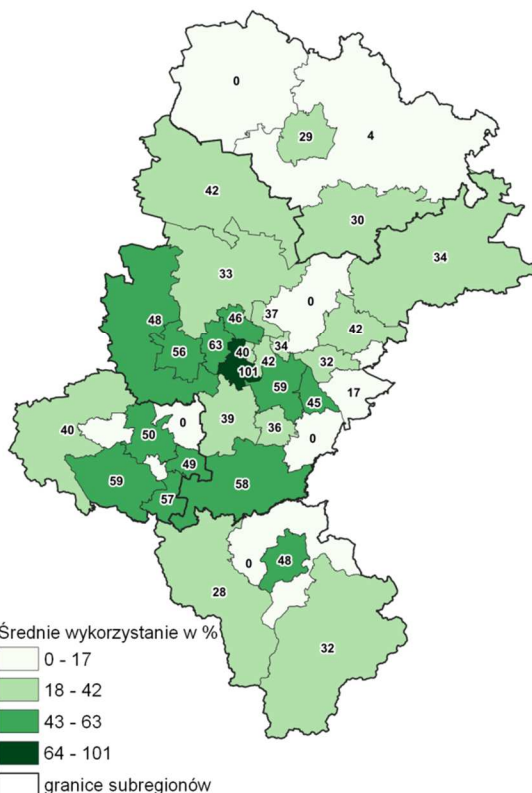
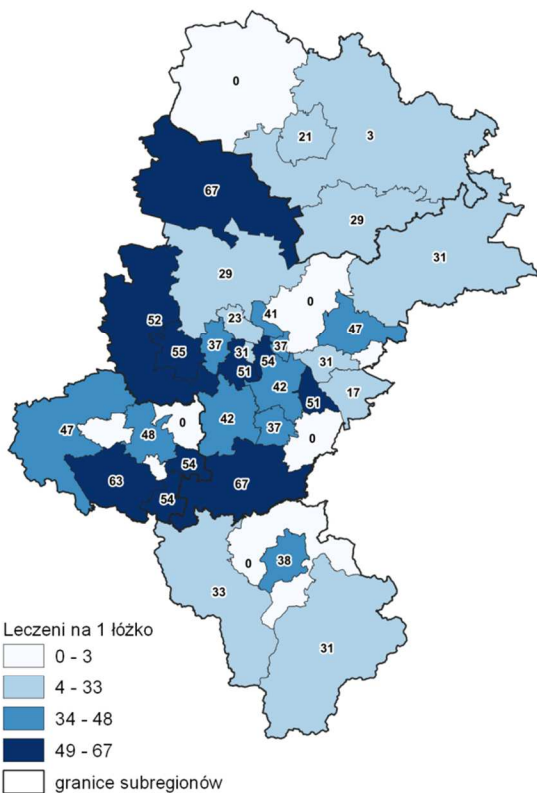
Mapa 90 Sytuacja w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej w województwie śląskim



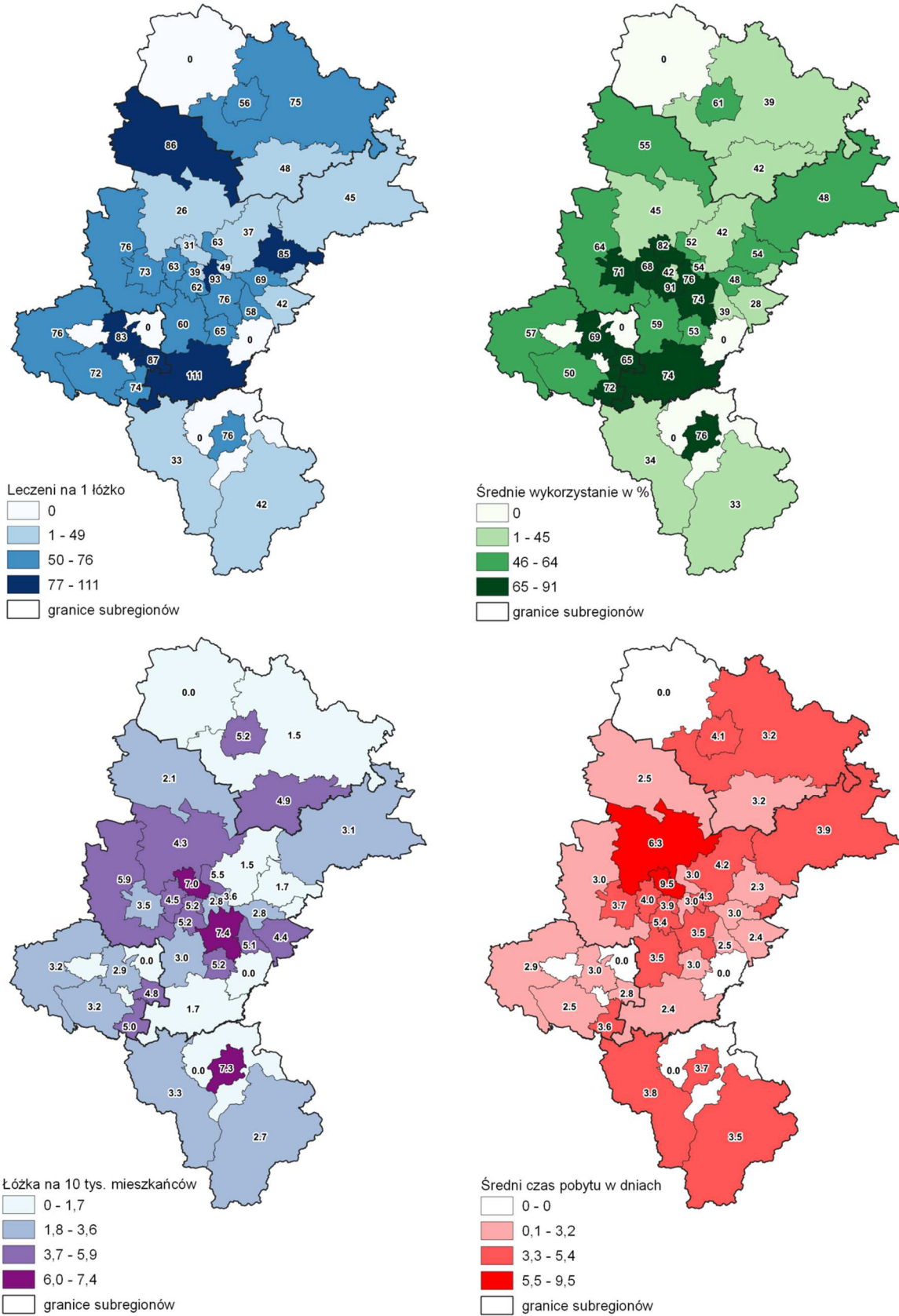
Mapa 91 Sytuacja w oddziałach pediatrycznych w województwie śląskim



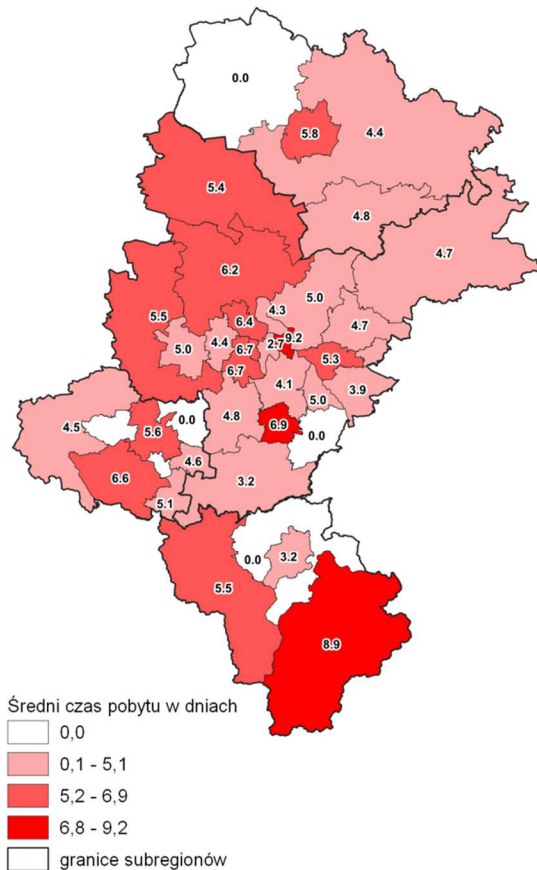
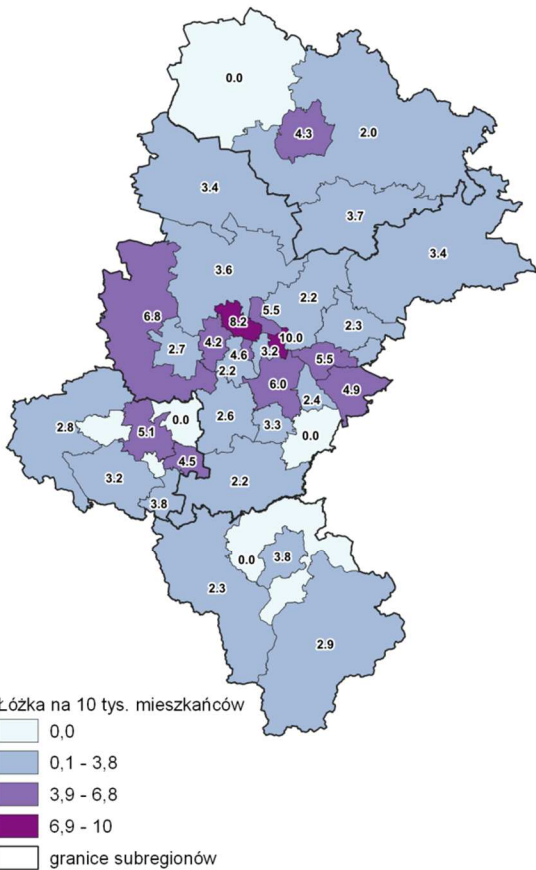
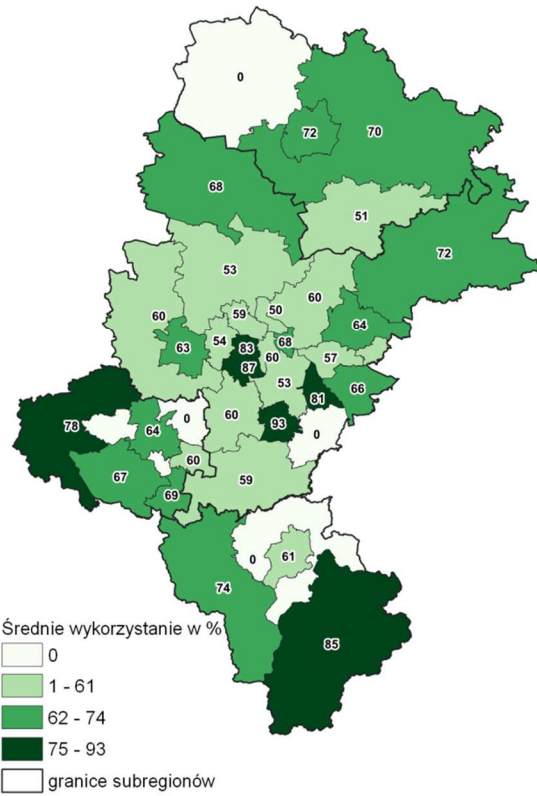
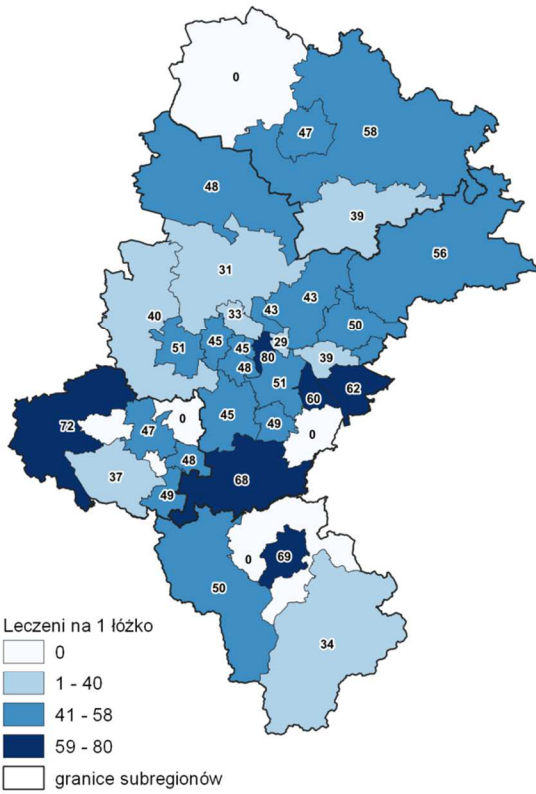
Mapa 92 Sytuacja w oddziałach neonatologicznych w województwie śląskim



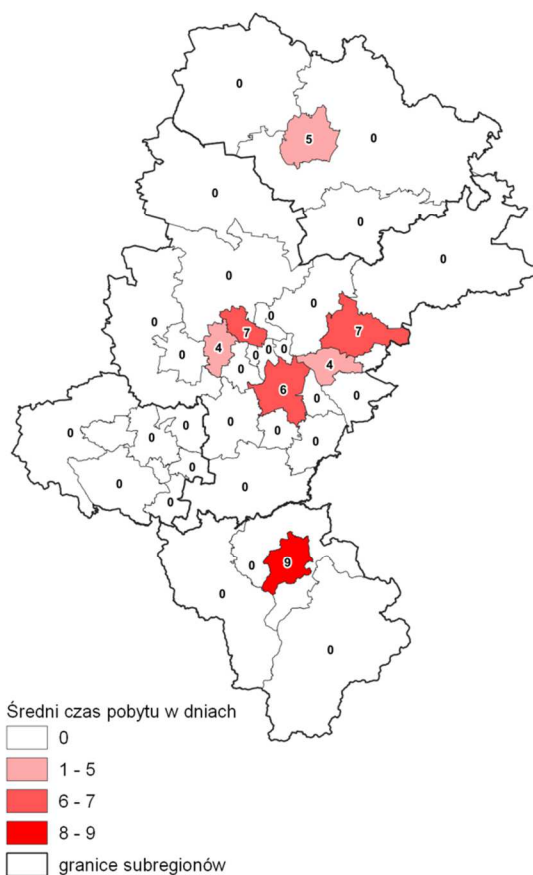
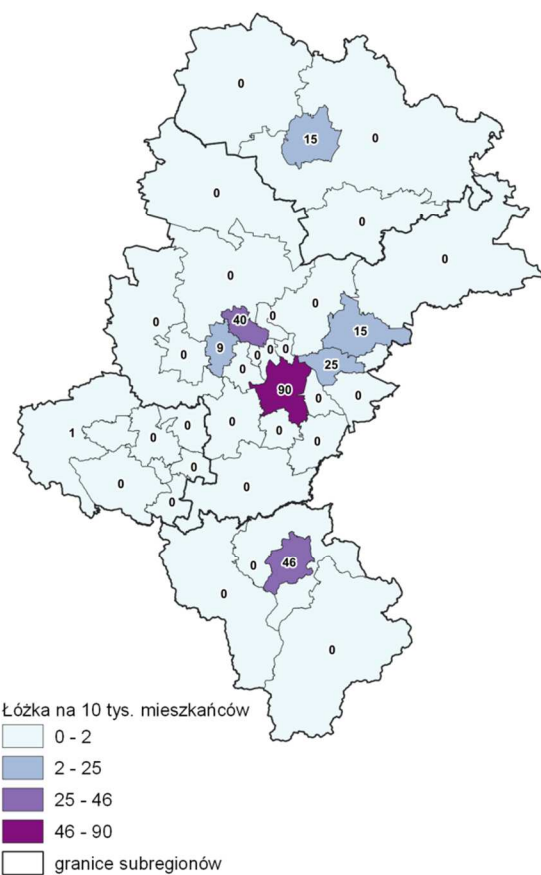
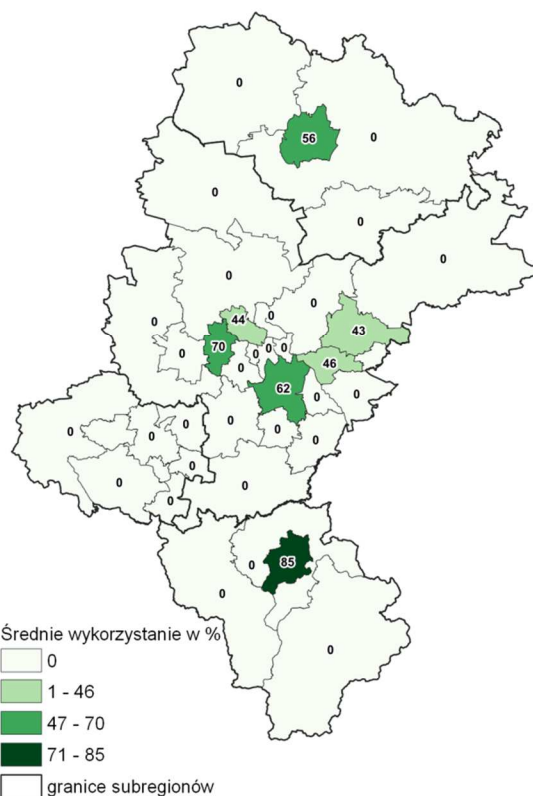
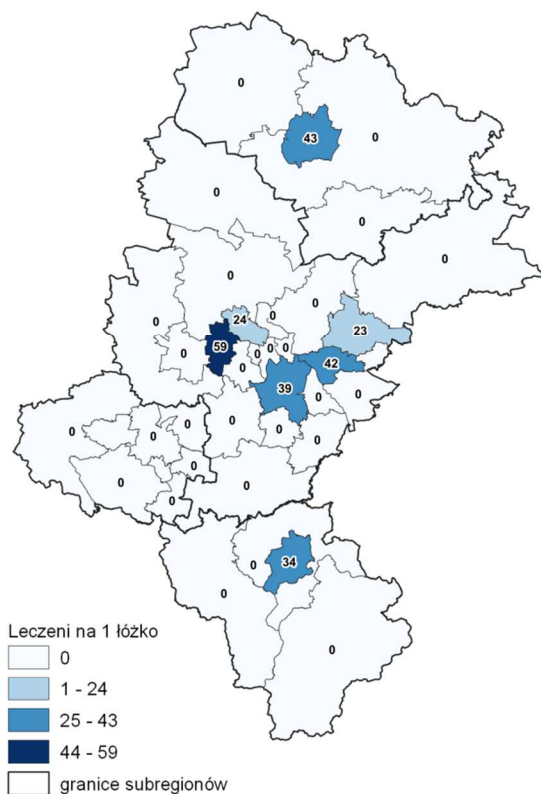
Mapa 93 Sytuacja w oddziałach ginekologiczno-położniczych w województwie śląskim



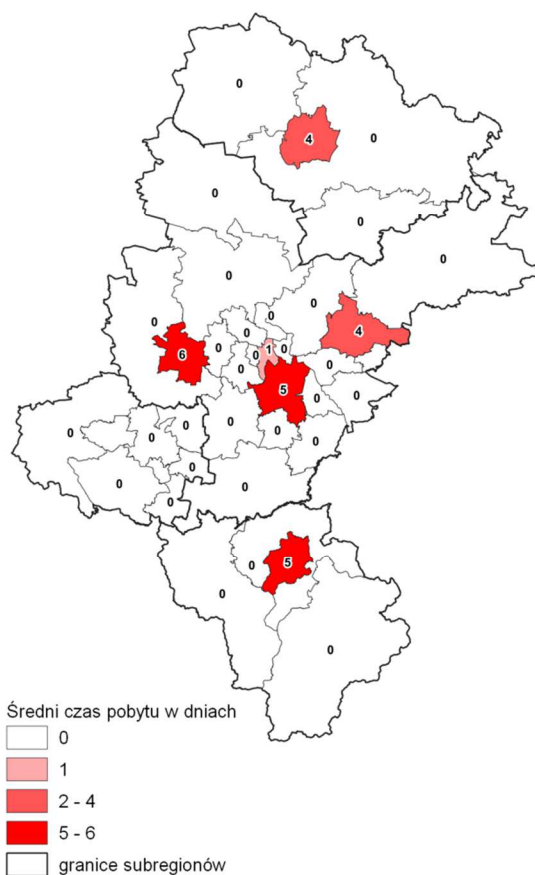
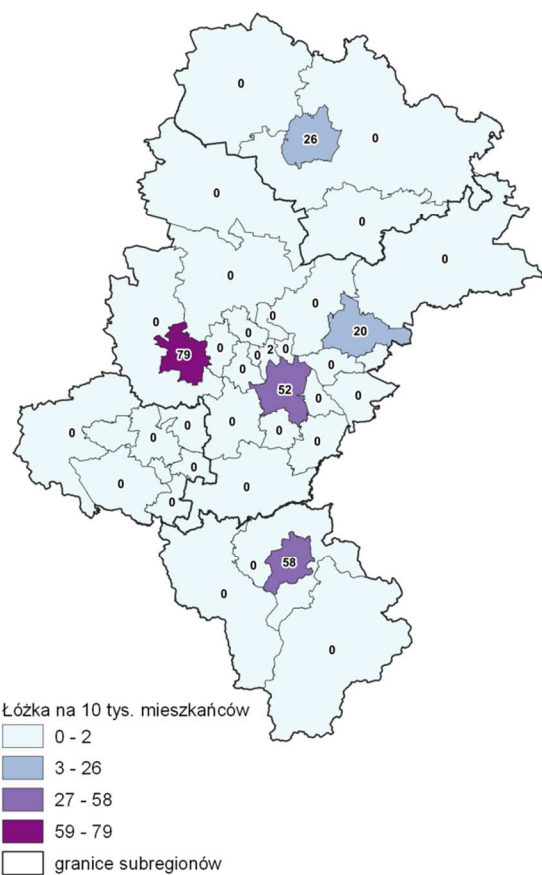
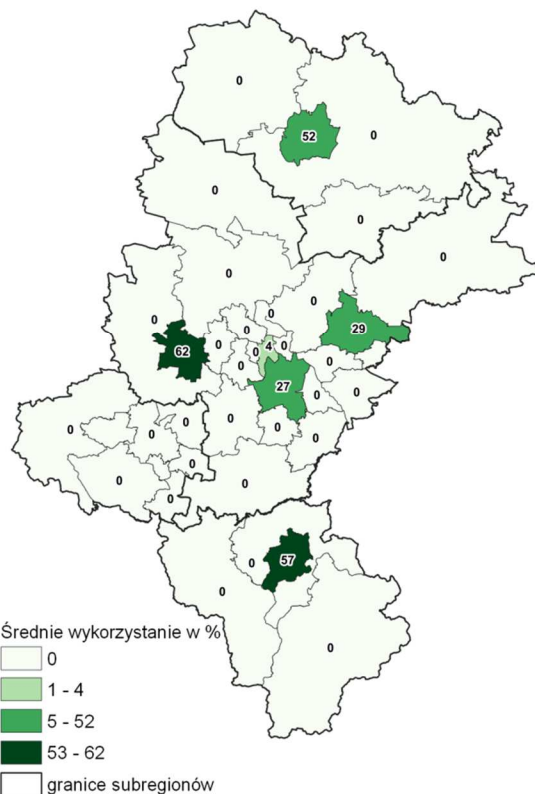
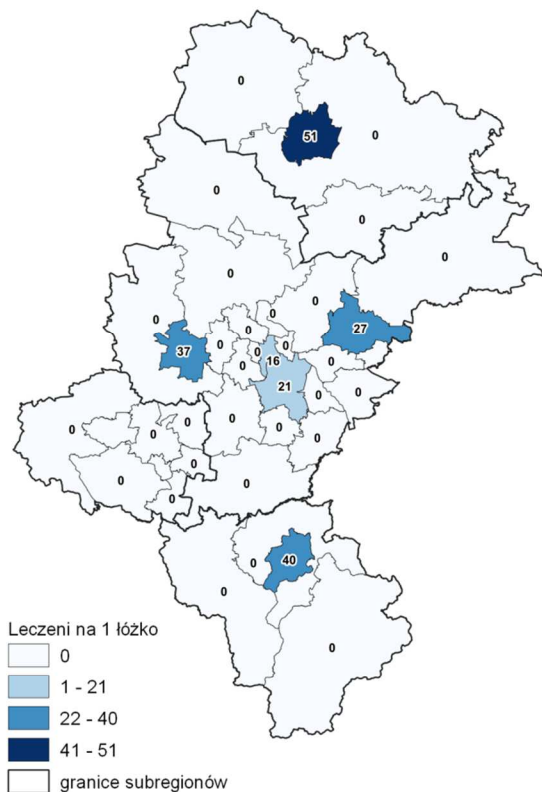
Mapa 94 Sytuacja w oddziałach chirurgii ogólnej w województwie śląskim



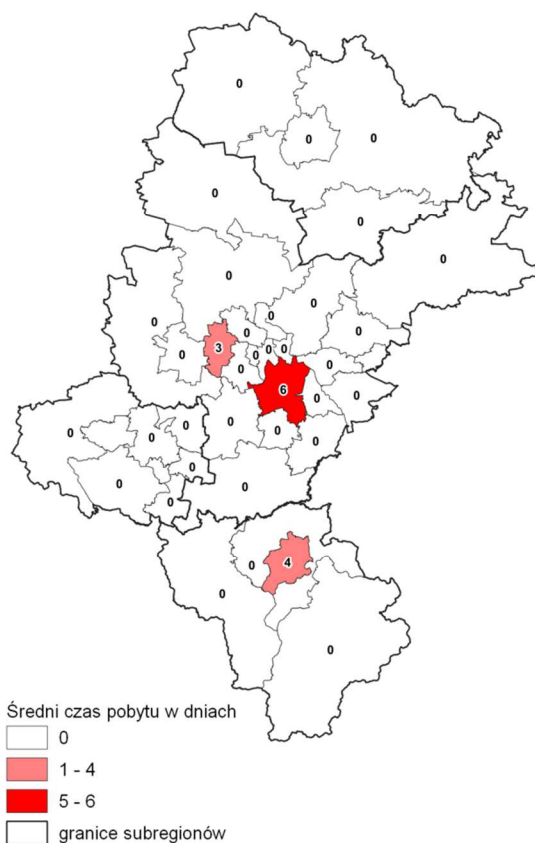
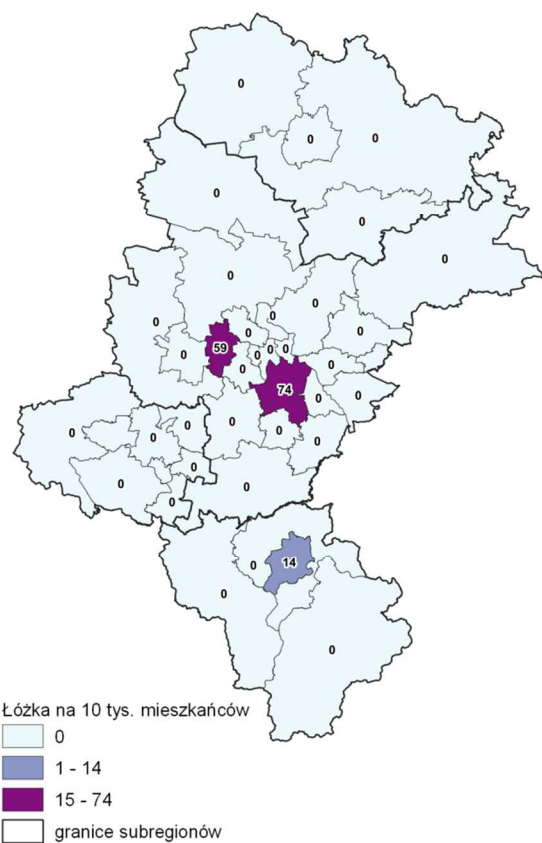
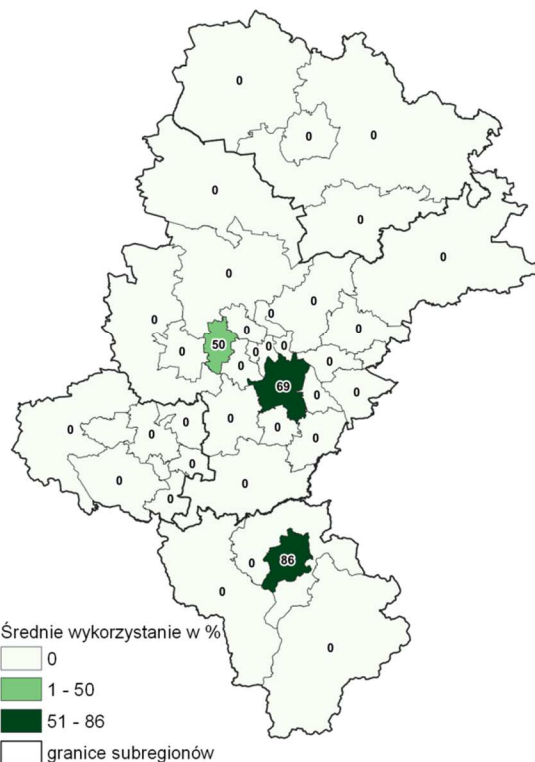
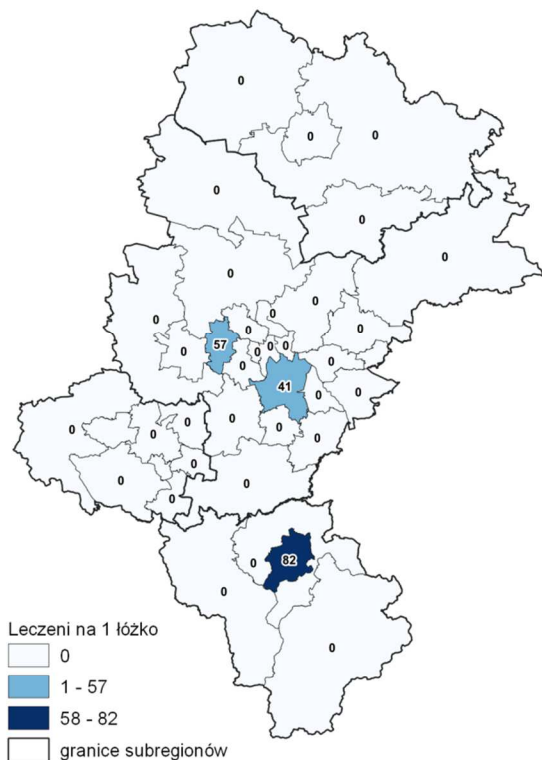
Mapa 95 Sytuacja w oddziałach chirurgii naczyniowej w województwie śląskim



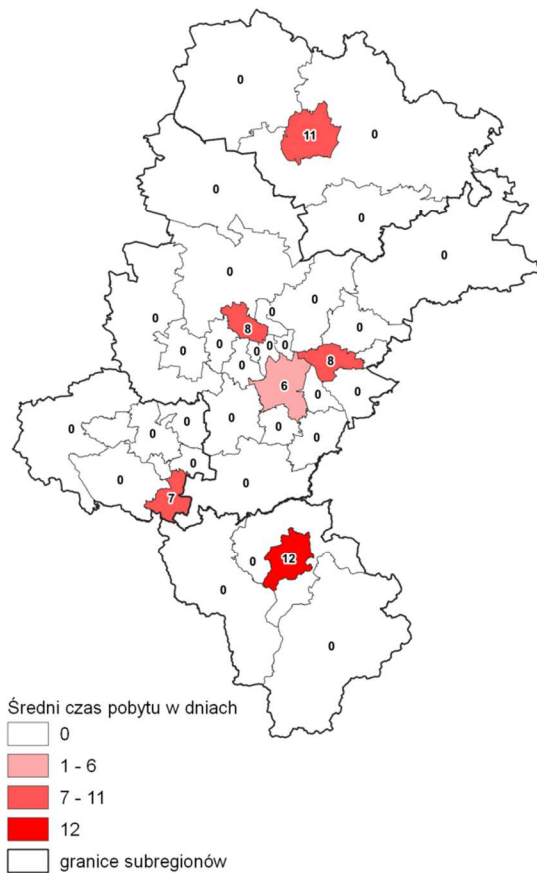
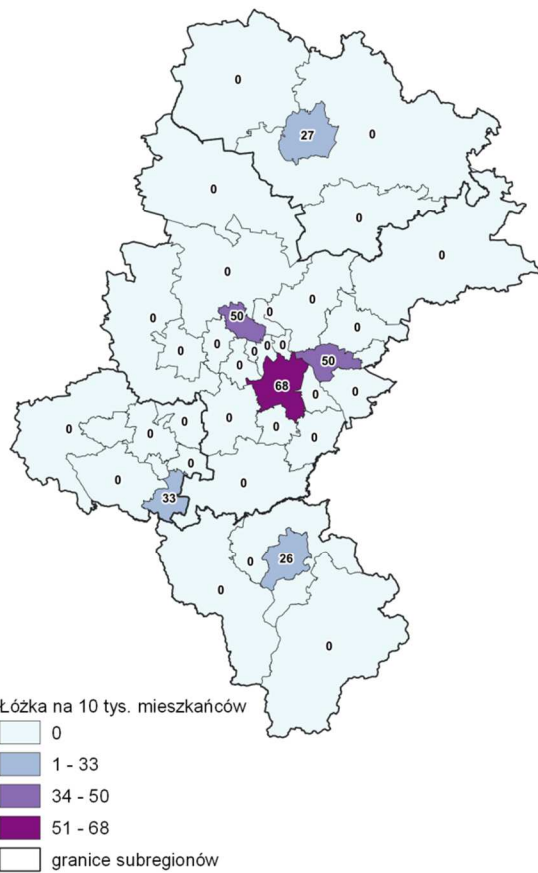
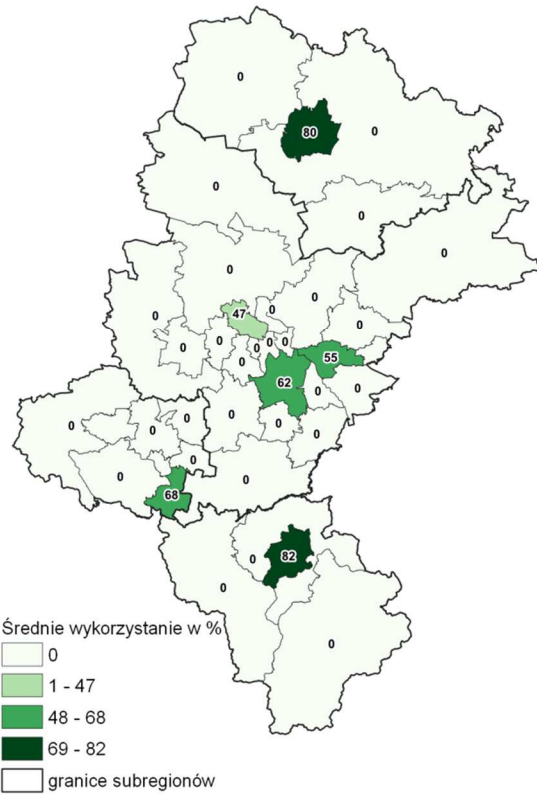
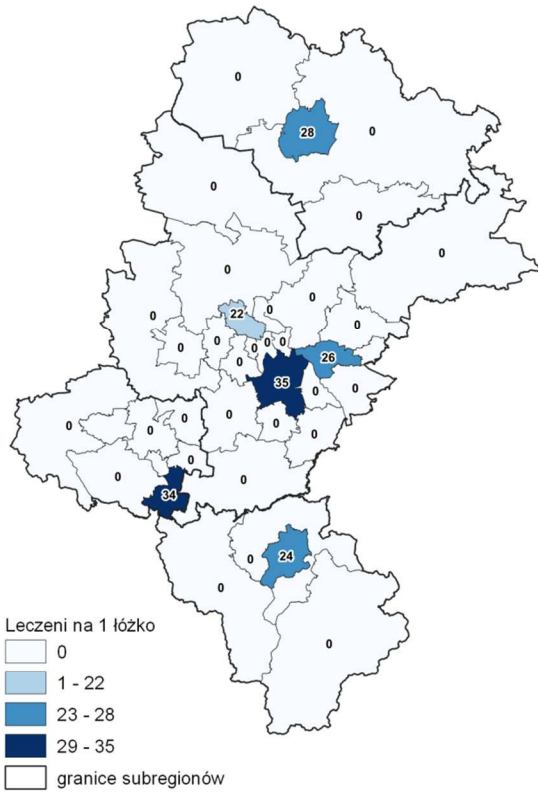
Mapa 96 Sytuacja w oddziałach chirurgii onkologicznej w województwie śląskim



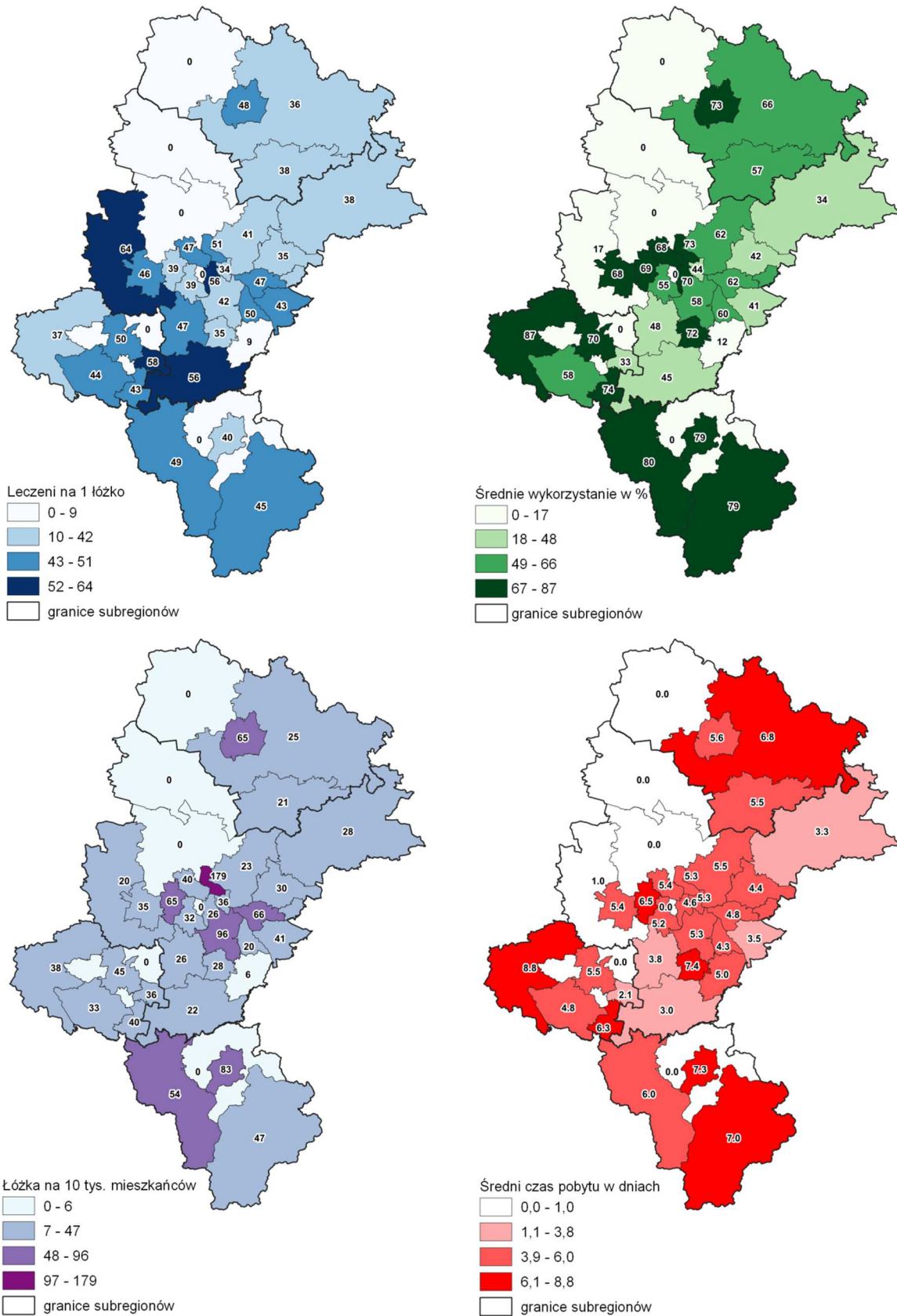
Mapa 97 Sytuacja w oddziałach kardiologicznych w województwie śląskim



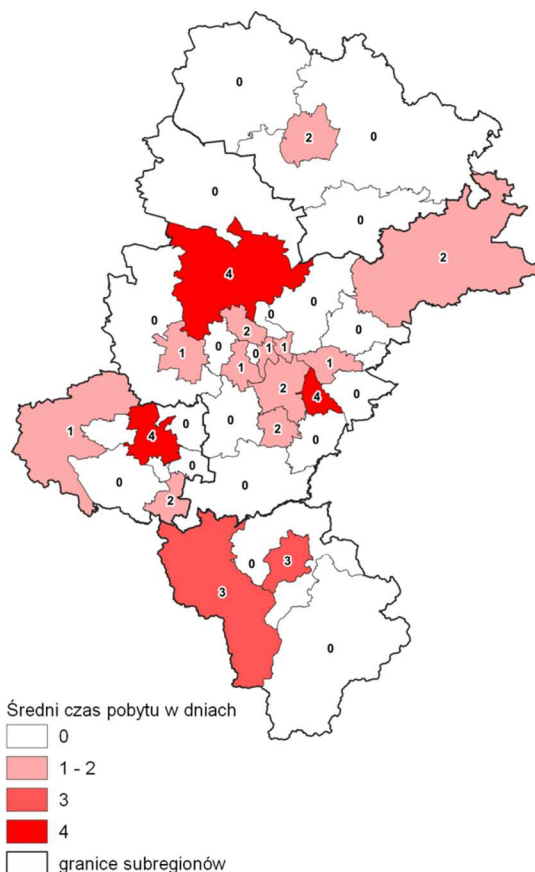
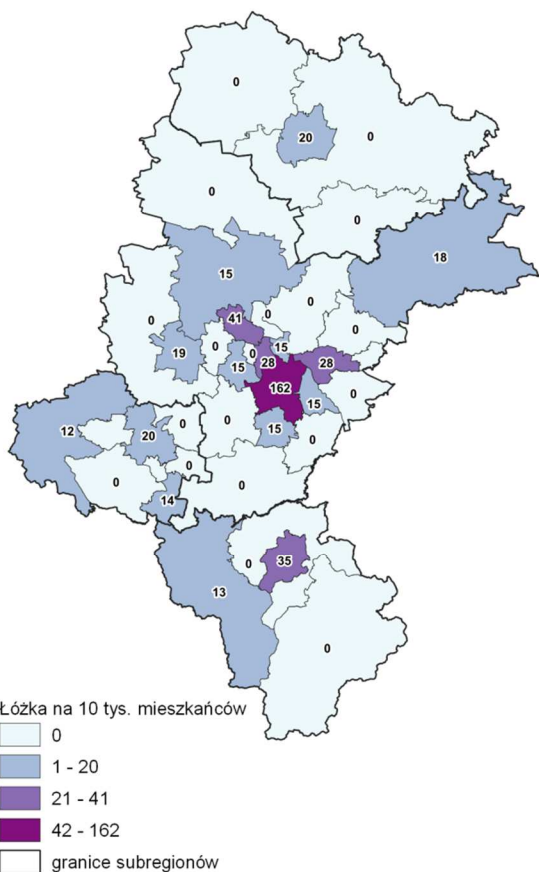
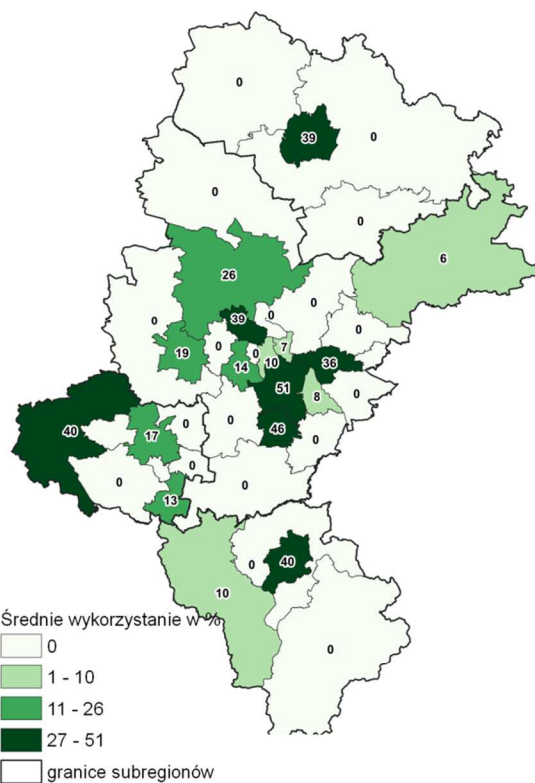
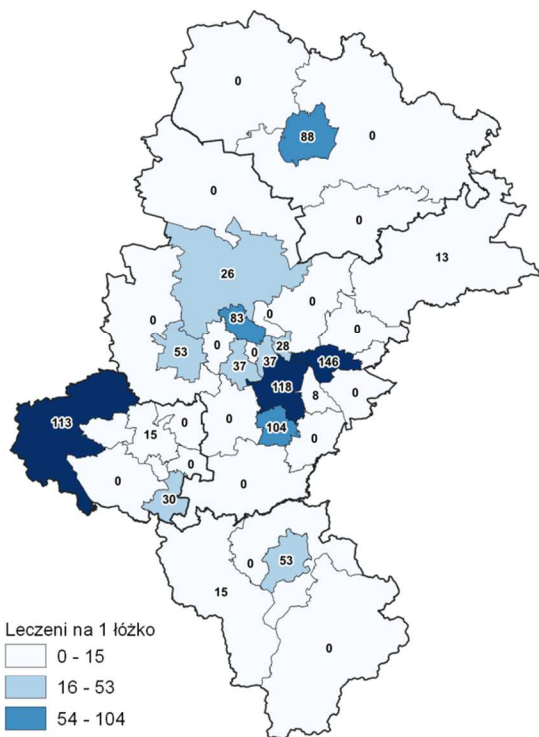
Mapa 98 Sytuacja w oddziałach neurochirurgicznych w województwie śląskim



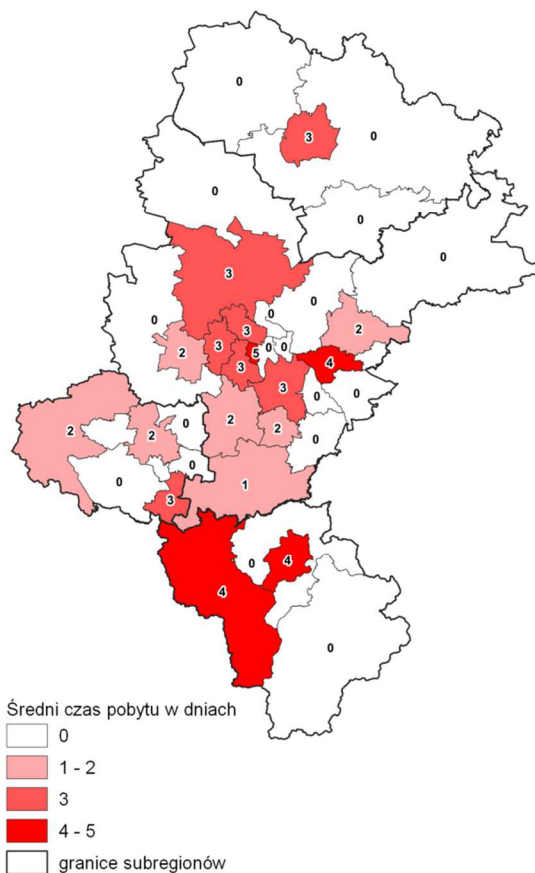
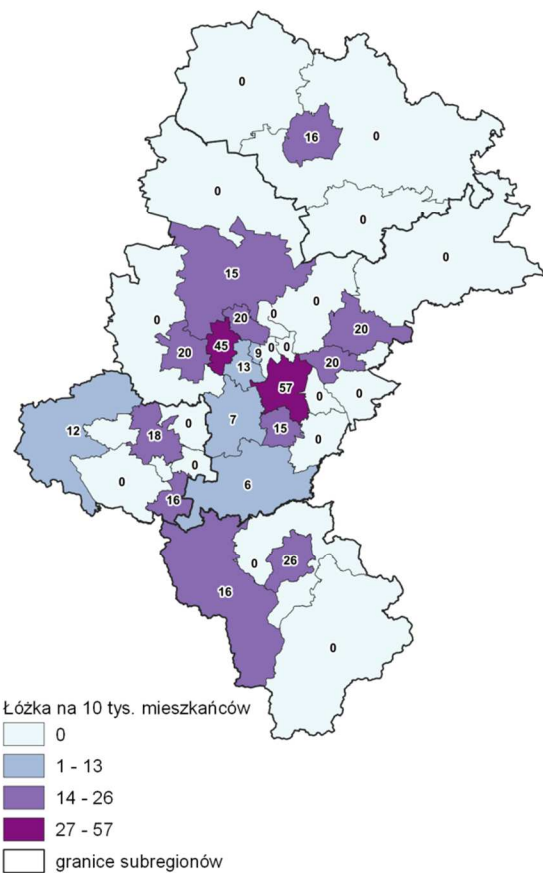
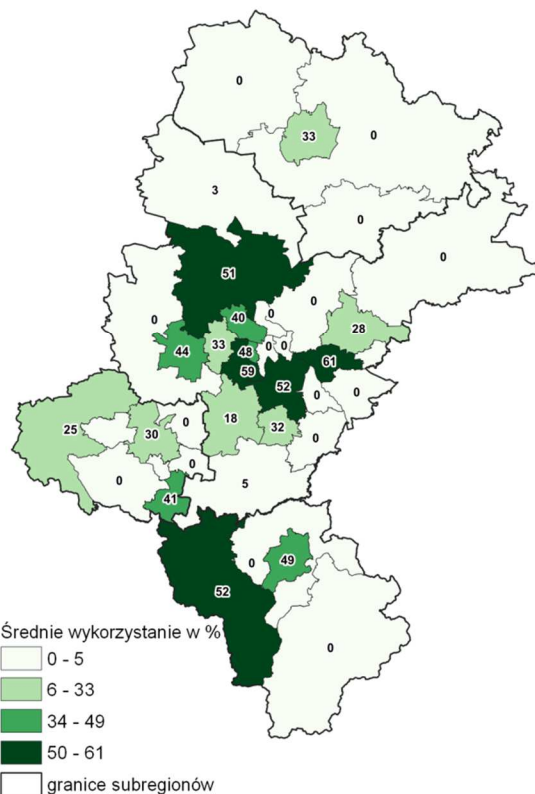
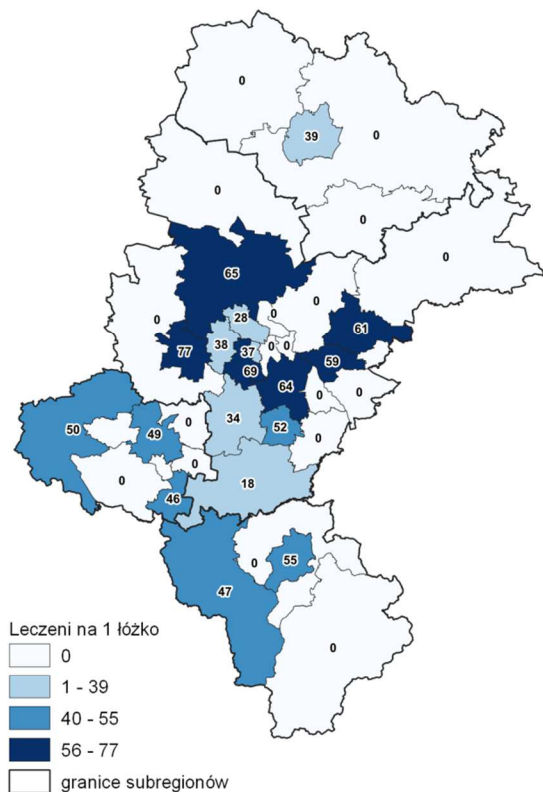
Mapa 99 Sytuacja w oddziałach urazowo - ortopedycznych w województwie śląskim



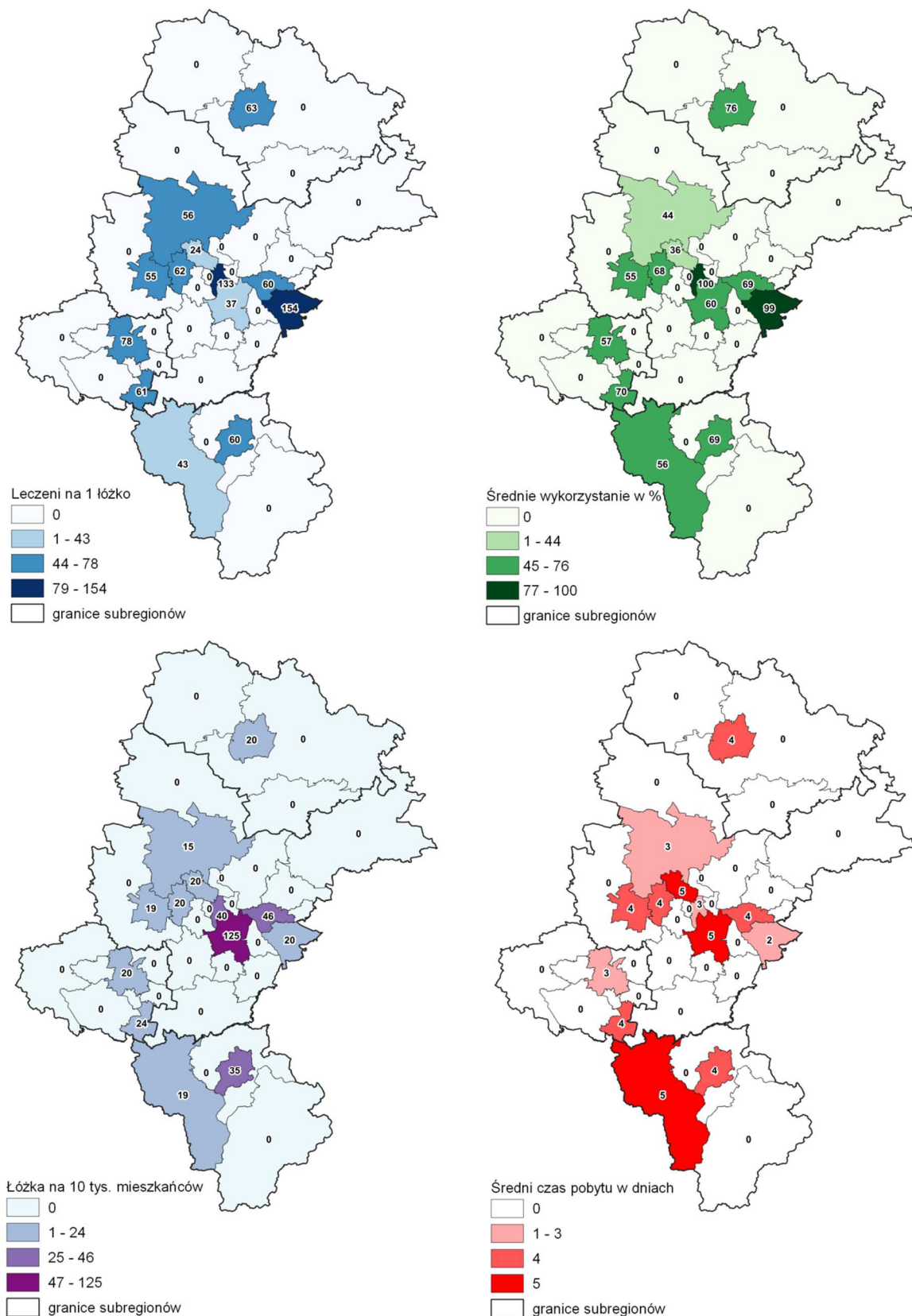
Mapa 100 Sytuacja w oddziałach okulistycznych w województwie śląskim



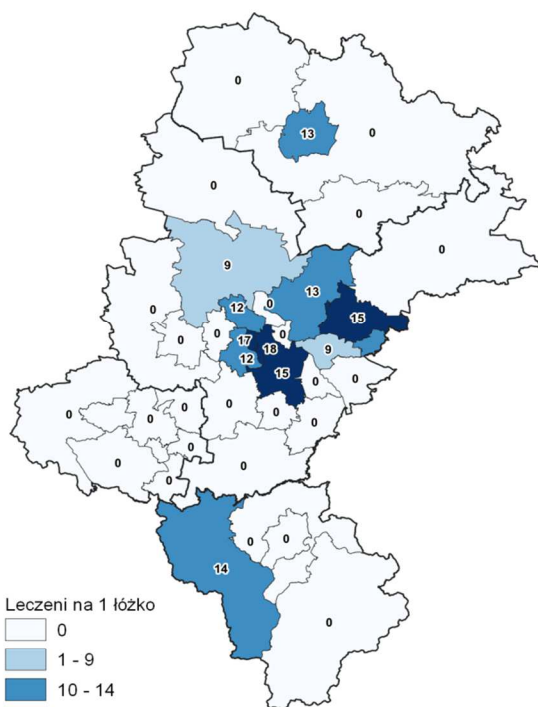
Mapa 101 Sytuacja w oddziałach otolaryngologicznych w województwie śląskim



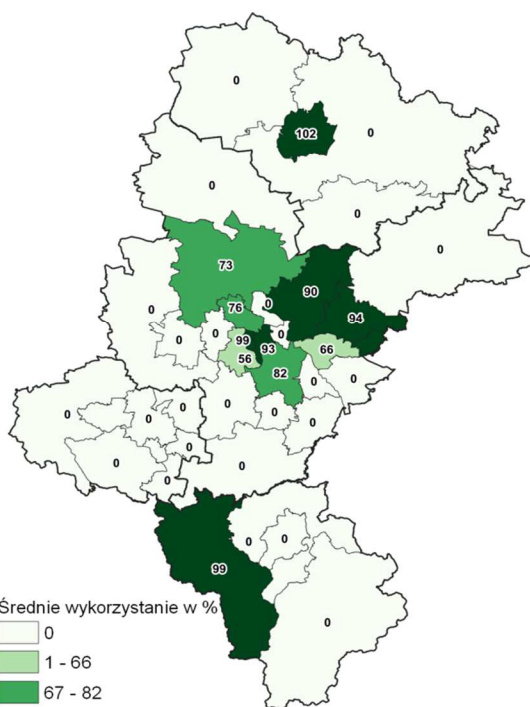
Mapa 102 Sytuacja w oddziałach urologicznych w województwie śląskim



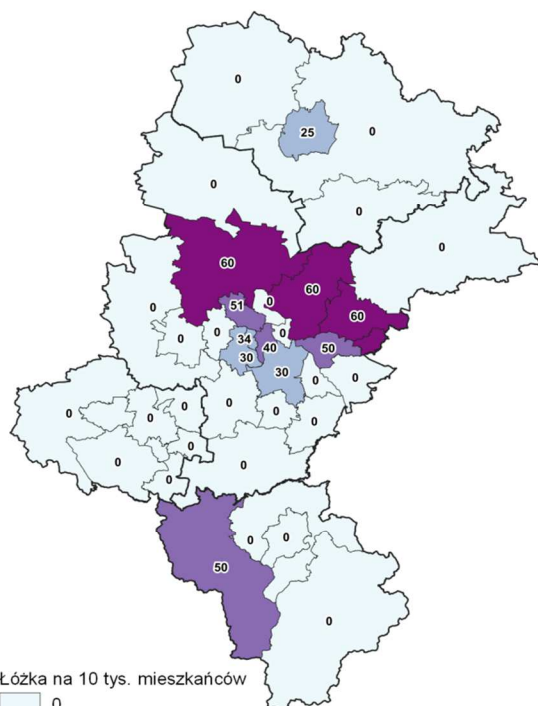
Mapa 103 Sytuacja w oddziałach psychiatrycznych w województwie śląskim



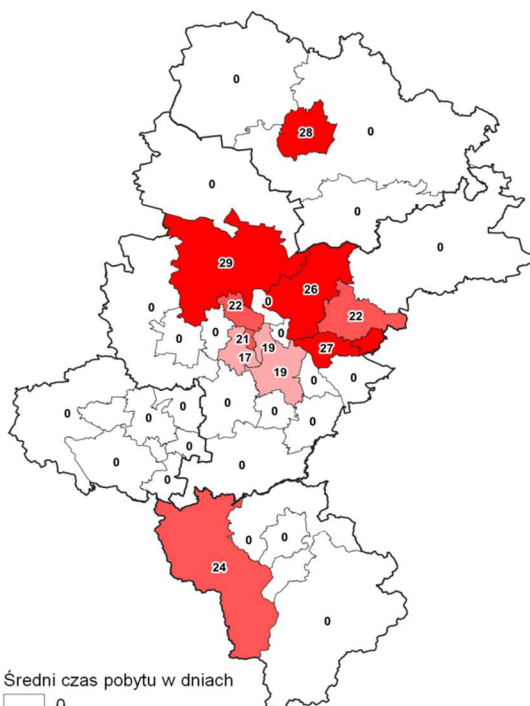
granicie subregionów



granicie subregionów



granicie subregionów



granicie subregionów

Źródło: Mapy 69-101 opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Śląski Urząd Wojewódzki pochodzących ze sprawozdania MZ - 29 o działalności szpitala ogólnego oraz rocznego sprawozdania MZ - 30 zakładu psychiatrycznej opieki stacjonarnej