



2021

PROGRAM STRATEGICZNY OCHRONY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO na lata 2021 - 2027



**Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Lubelskiego
w Lublinie**

Lublin, sierpień 2021 r

Spis treści

Wykaz skrótów	3
Wstęp	4
1. Diagnoza	6
1.1 Ochrona zdrowia w województwie lubelskim na tle Polski	6
1.2 Demografia województwa lubelskiego	16
1.3 Analiza sytuacji zdrowotnej – główne problemy zdrowotne	22
1.4 Rozwój epidemii COVID – 19 w województwie lubelskim	41
1.5 Potrzeby zdrowotne w aspekcie działań profilaktycznych	46
1.6 Główne wyzwania ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym	49
2. Potencjał rozwojowy województwa lubelskiego	55
3. Kierunki rozwoju regionalnej polityki zdrowotnej	59
4. Podsumowanie	92
5. Bibliografia:	94
6. Aneks statystyczny	96

Wykaz skrótów

- AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
- AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- BASiW - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
- ChUK – choroby układu krążenia
- COCIR - Europejski Komitet Koordynacyjny Przemysłu Radiologicznego, Elektromedycznego i Ochrony Zdrowia
- CRDM – Centralny Rejestr Dokumentacji Medycznej
- DALY - Daily Years of Life Lost (lata życia utracone z powodu niepełnosprawności)
- DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej
- ECDC – Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób
- EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
- EFRR – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
- EFS – Europejski Fundusz Społeczny
- GBD 2019 - Global Burden of Disease Study 2019
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIK – Najwyższa Izba Kontroli
- NSO – Program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
- PKB – Produkt Krajowy Brutto
- POChP – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
- POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
- REH – rehabilitacja lecznicza
- RP – Rzeczpospolita Polska
- SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy
- SRWL 2030 – Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku
- SZP – leczenie szpitalne
- UE – Unia Europejska
- WHO - World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia
- YLD Years Lived with Disability (utracone lata życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności); wyliczana jako iloczyn liczby przypadków choroby i średniego czasu jej trwania oraz wagi przypisanej chorobie w zależności od schorzenia i ciężkości.
- YLL (Years of Life Lost) – utrata lat życia; wyliczana jako iloczyn liczby zgonów i przeciętnego dalszego trwania życia dla wieku w którym nastąpił zgon.

Wstęp

„Program strategiczny ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021 – 2027” to dokument wyznaczający kierunki, które będą miały odzwierciedlenie m.in. w działaniach poprawy jakości, dostępności i efektywności w ochronie zdrowia oraz realizowanych działaniach profilaktycznych na lata następne. Stanowi on realizację zaleceń zawartych w Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku przyjętej Uchwałą Nr XXIV/406/2021 przez Sejmik Województwa Lubelskiego w dniu 29 marca 2021 roku.

SWRL 2030 stanowi podstawę programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, a także przygotowywania dokumentów niezbędnych dla wykorzystania mechanizmów wsparcia rozwoju regionalnego, w tym w zakresie ochrony zdrowia.

Status „Programu strategicznego ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021 – 2027” określa Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku wskazując jej miejsce w grupie regionalnych programów rozwoju. Oznacza to takie umocowanie dokumentu, który wyznacza kluczowe kierunki wsparcia ochrony zdrowia województwa lubelskiego i jest dokumentem umożliwiającym racjonalne organizowanie działań i prowadzenie skoordynowanej polityki rozwoju wpływających na budowanie efektów synergii.

Podstawą planowania polityki zdrowotnej jest analiza sytuacji społeczno-demograficznej ludności oraz czynników wpływających na stan zdrowia. Istotnym narzędziem wykorzystywanym przez Samorząd Województwa Lubelskiego przy kreowaniu regionalnej polityki zdrowotnej są mapy potrzeb zdrowotnych tworzone na szczeblu centralnym, które uwzględnia wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na poziomie krajowym i wojewódzkim. W połowie roku 2019 uruchomiono Bazę Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, a przez cały 2020 rok sukcesywnie zwiększano jej możliwości i użyteczność. Rekomendowana przez Ministerstwo Zdrowia baza umożliwia w sposób precyzyjny nie tylko wskazanie problemów występujących w regionalnej opiece zdrowotnej, ale również ich rankingowanie oraz opracowanie celów, których działania winny zmierzać do poprawy zdiagnozowanych obszarów.

W części demograficzno – epidemiologicznej dokument został opracowany na podstawie danych z Głównego Urzędu Statystycznego oraz danych epidemiologicznych pochodzących z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASIW). Zakres tematyczny dokumentu obejmuje diagnozę, analizę strategiczną oraz cele strategiczne wyznaczające kierunki działań na lata kolejne wraz z działaniami operacyjnymi, których wdrożenie zapewni mieszkańcom Lubelszczyzny ciągłość i kompleksowość usług oraz jak największe efekty, zarówno w wymiarze medycznym, społecznym jak i ekonomicznym.

Podjęmowane działania w obszarze regionalnej ochrony zdrowia opierają się o zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Główną podstawę diagnostyczną działań stanowi mapa potrzeb zdrowotnych zapewniająca wieloaspektowe analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego, co pozwala na przyjęcie określonych rekomendacji działań zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym. Bazując na aktualnej sytuacji epidemicznej oraz analizach z mapy potrzeb zdrowotnych w dokumencie dokonano wyboru kierunków wsparcia, które zostały opracowane w Rozdziale 3.

Przedmiotowy opis czynników charakteryzujących kierunki rozwoju województwa lubelskiego w obszarze ochrony zdrowia, które powstały przede wszystkim w oparciu o wnioski i rekomendacje płynące ze Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku sformułowano w korelacji z podstawowymi dokumentami strategicznymi wytyczającymi obszary interwencji wsparcia z poziomu europejskiego, jak i krajowego. Dokonana charakterystyka wybranych zagadnień warunkujących rozwój województwa lubelskiego ma na celu działania w kierunku poprawy jakości oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych, a tym samym wydłużenia życia mieszkańców w zdrowiu umożliwiającym pełne uczestnictwo w życiu społeczno – gospodarczym regionu.

1. Diagnoza

1.1 Ochrona zdrowia w województwie lubelskim na tle Polski

W polskim systemie ochrony zdrowia, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 711) świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane są przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w następujących rodzajach:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne (szpital)
 - b) inne niż szpitalne (zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (przychodnia, poradnia, ośrodek zdrowia, lecznica lub ambulatorium z izbą chorych, zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne).

Zgodnie z publikacją GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku” Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) stanowią ważny szczebel w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego procesu leczenia pacjenta i sprawność całego systemu opieki medycznej.

Na koniec 2019 r. na terenie województwa lubelskiego działalność prowadziło 1556 podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z czego 1229 przychodni (868 w miastach oraz 361 na wsi) oraz 38 praktyk lekarskich i 289 praktyk stomatologicznych, realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych.

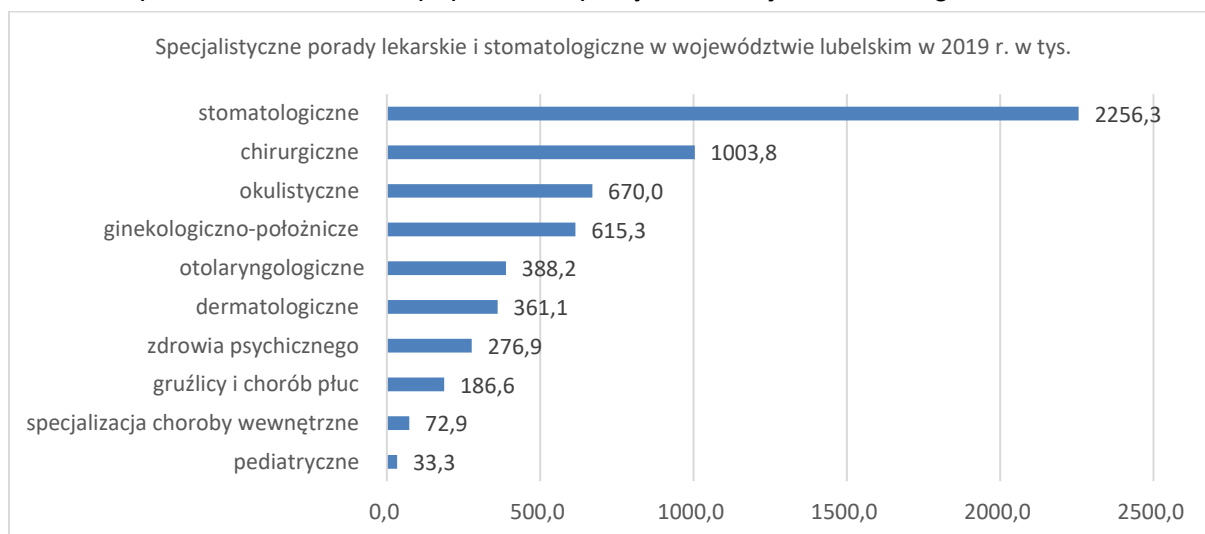
Łącznie w 2019 roku udzielono 18 879,8 tys. porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba porad praktycznie nie uległa zmianie i wynosiła 18 765,8 tys.

W roku 2019 lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i lekarz rodzinny udzielili łącznie 10 266,9 tys. porad, w tym 6868,4 tys. w mieście i 3398,5 tys. na wsi. Przez ten rok udzielono również 8220 tys. porad ambulatoryjnych, w tym specjalistycznych porad lekarskich (5964 tys.) i stomatologicznych (2256 tys.).

W 2019 roku do 10 najczęstszych rozpoznań w podstawowej opiece zdrowotnej w województwie lubelskim należały (dane z BASiW za 2019 r.):

1. Powtórne recepty - 1277872
2. Samoistne (pierwotne) nadciśnienie - 933726
3. Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym - 499242
4. Ostre zapalenie nosa i gardła (przeziębienie) - 326603
5. Osoby konsultujące się w imieniu innej osoby - 287628
6. Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych - 219249
7. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca - 215974

8. Cukrzyca insulinoniezależna - 211411
 9. Ostre zapalenie gardła - 176613
 10. Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby - 163671
- W porównaniu z rokiem poprzednim powyższa kolejność nie uległa zmianie.



Wykres: Opracowanie własne na podstawie danych GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku”.

W dalszym ciągu trzonem opieki zdrowotnej w województwie lubelskim, podobnie jak w całej Polsce jest lecnictwo stacjonarne.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali) został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r., ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnione zostało sześć poziomów zabezpieczenia, które są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach (art. 95l ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach):

- trzy podstawowe poziomy zabezpieczenia zdrowotnego tworzą szpitale I, II, III, stopnia,
- trzy specjalistyczne poziomy zabezpieczenia zdrowotnego: pediatryczny, onkologiczny lub pulmonologiczny i ogólnopolski.

Zgodnie z „Wykazem świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego” opublikowanym przez LOW NFZ w dniu 31 marca 2021 r. na terenie województwa lubelskiego funkcjonuje łącznie 36 podmiotów leczniczych:

- 18 szpitali I stopnia
- 4 szpitale II stopnia
- 4 szpitale III stopnia
- 3 szpitale poziomu onkologicznego lub pulmonologicznego
- 7 szpitali poziomu ogólnopolskiego.

Na podstawie danych GUS zawartych w publikacji „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku” w województwie lubelskim funkcjonowało 46 szpitali ogólnych o łącznej liczbie łóżek 9984, co przekłada się na wskaźnik wynoszący 47,4 łóżka na 10 tys. ludności. Przy średniej dla Polski wynoszącej 43,5 stanowi to 2 najwyższe miejsce w Polsce zaraz za województwem śląskim przy wskaźniku wynoszącym 51,5. W porównaniu z rokiem 2018 na terenie województwa lubelskiego zmalała liczba szpitali o 1, jak również zmniejszyła się znacznie ogólna liczba łóżek o 1004, a tym samym uwidacznia się trend przeniesienia ciężaru leczenia w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej na rzecz udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

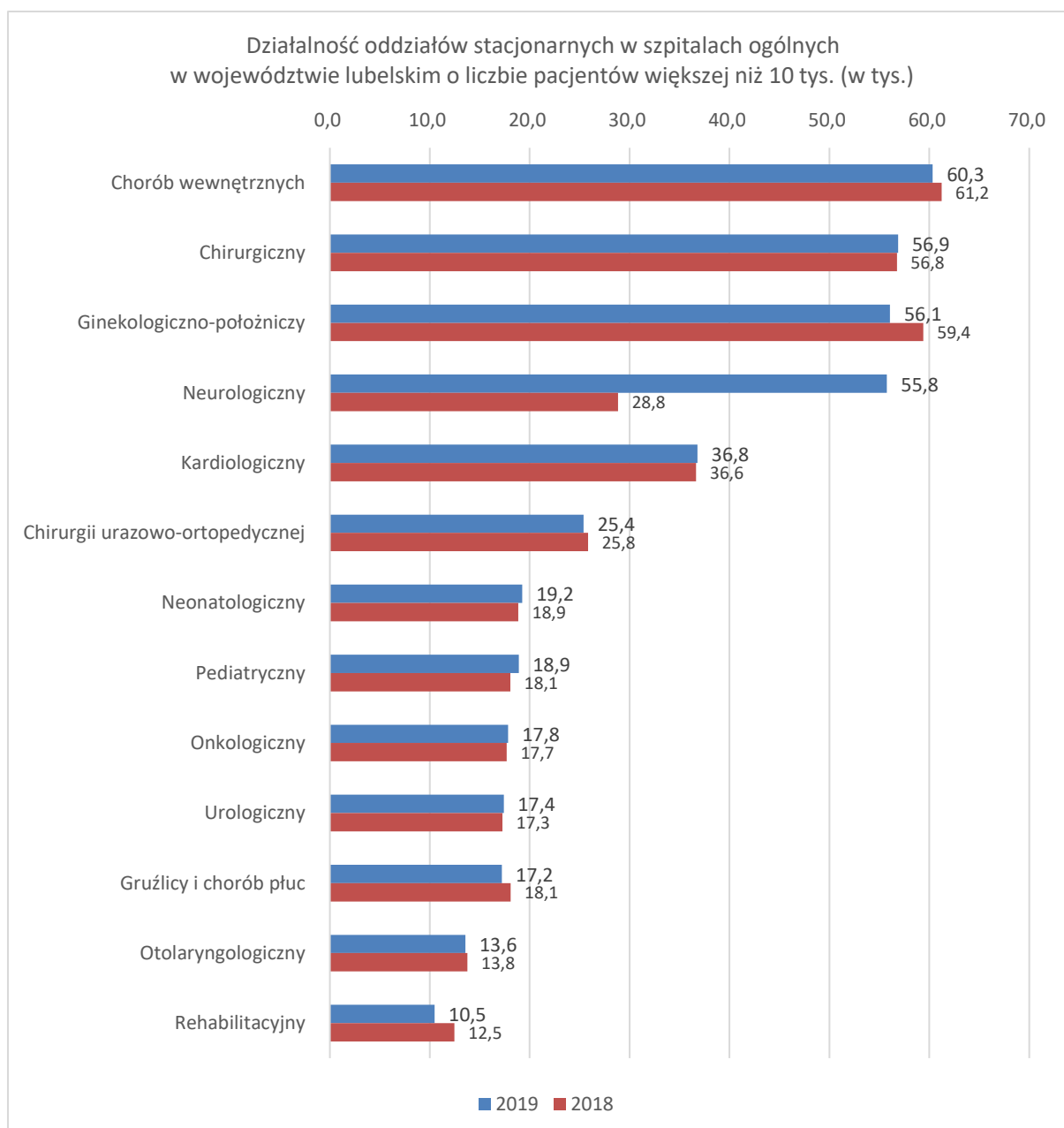
Ogólna liczba leczonych stacjonarnie w roku 2019 wynosiła 454578 osób, co daje wskaźnik 2152 pacjentów na 10 tys. ludności, przy wskaźniku 1945 dla Polski. Podobnie jak w powyższym przypadku województwo lubelskie plasuje się na 2 miejscu, jeżeli chodzi o liczbę osób hospitalizowanych, ustępując nieznacznie województwu łódzkiemu ze wskaźnikiem wynoszącym 2238. W odniesieniu do roku 2018 wskaźniki dla województwa lubelskiego były bardzo zbliżone, jednak odnotować należy, że w tym okresie zmalał o 56 wskaźnik pacjentów na 10 tys. ludności dla Polski.

W Polsce w 2019 r. na oddziałach szpitalnych przebywało blisko 8078,9 tys. pacjentów, o prawie 291 tys. mniej niż w 2018 r. Analogicznie w 2019 r. na oddziałach szpitalnych w województwie lubelskim przebywało blisko 502,9 tys. pacjentów, o 27, 4 tys. więcej niż w 2018 r.

W Polsce, podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę, blisko 1/4 ogółu leczonych (2024,7 tys. osób, o 1,5% mniej niż w 2018 r.) stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego prawie połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1010,8 tys. pacjentów). Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,1%, tj. 1057,3 tys. osób) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,1% ogółem leczonych, tj. 903,2 tys. pacjentów). Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach kardiologicznych – 7,1% (tj. 575,4 tys. osób), pediatrycznych – 5,3% (tj. 425,1 tys.), neonatologicznych – 4,7% (tj. 376,9 tys.), onkologicznych – 4,3% (tj. 348,2 tys.) czy neurologicznych, (4,4% tj. 358,7 tys. osób) na których odnotowano największy wzrost liczby pacjentów (o 9,0%, tj. 29,5 tys. osób więcej), pomimo mniejszej (o 3,3%) liczby łóżek niż przed rokiem.

W 2019 r. największy wzrost liczby pacjentów w Polsce (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: neurologicznych (o 9,0%, tj. o 29,5 tys. osób), gastrologicznych (o 1,6%, tj. o 1,8 tys. osób), transplantologicznych (o 3,7%, tj. 0,8 tys.), geriatrycznych (o 1,8%, tj. 0,6 tys.), opieki paliatywno-hospicyjnej (o 2,9%, tj. o 0,3 tys.) oraz reumatologicznych (o 0,3%, tj. 0,2 tys.). Na pozostałych oddziałach przebywało mniej pacjentów niż w 2018 r., przy czym największy spadek wystąpił na oddziałach wewnętrznych (o 4,5% tj. 42,8 tys.), ginekologiczno-położniczych (o 4,1%, tj. 45,4 tys.), okulistycznych (o 4,4%, tj. 41,6 tys.) oraz chorób zakaźnych (o 9,7%, tj. o 12,1 tys.).

Poniżej została przedstawiona liczba pacjentów w poszczególnych oddziałach szpitalnych w roku 2018 i 2019 na terenie województwa lubelskiego:



Wykres: Opracowanie własne na podstawie danych GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku”

Na terenie województwa lubelskiego w 2019 roku najliczniejsza grupa pacjentów, podobnie jak przed rokiem była leczona na oddziałach wewnętrznych (60,3 tys.). Stanowi to niewielki spadek hospitalizacji w stosunku do roku 2018 o 0,9 tys. osób.

Do grupy kolejnych oddziałów z największą liczbą hospitalizacji w 2019 roku należy zaliczyć oddział chirurgiczny (56,9 tys. pacjentów). W tym przypadku oddział ten charakteryzuje niemal ten sam poziom liczby pacjentów co w roku poprzednim. W przypadku tego oddziału łączna liczba łóżek uległa zmniejszeniu z 1241 w 2018 r. do 1064 w 2019 r.

Kolejną grupę stanowili pacjentki oddziałów ginekologiczno – położniczych w liczbie 56,1 tys., z wyraźnym spadkiem wynoszącym o 3,3 tys. w porównaniu z rokiem ubiegłym. Należy również dodać, że nastąpiło zmniejszenie liczby łóżek na tych oddziałach, ze 1115 w roku 2018 do 957 w roku 2019. Łączna liczba oddziałów ginekologiczno – położniczych

pozostała bez zmian i wynosiła 32. Następnym w kolejności znajduje się oddział neurologii, na którym w 2019 r. przebywało 55,8 tys. pacjentów. Na tym oddziale odnotowano największy przyrost liczby pacjentów w stosunku do roku 2018, w którym wówczas przebywało 28,8 tys. osób.

Na dalszej pozycji uplasował się oddział kardiologiczny (36,8 tys.). W tym przypadku również charakterystyczny jest ten sam poziom liczby pacjentów, co w roku poprzednim, hospitalizowanych w 16 oddziałach liczących 487 łóżek.

Kolejne miejsce zajmuje oddział chirurgii urazowo – ortopedycznej, na którym w 2019 roku leczyło się łącznie 25,4 tys. osób, podobnie jak w roku poprzednim. Do kolejnych oddziałów szpitalnych, w których najliczniej byli leczeni pacjenci, należy zaliczyć oddział neonatologiczny (19,2 tys.) i oddział pediatryczny (18,9 tys.), z utrzymującym się stanem liczby pacjentów jak w roku poprzednim. Zauważalna jest z kolei znaczna redukcja łóżek na oddziałach pediatrycznych z 467 w roku 2018 do 380 w roku 2019 przy identycznej liczbie 22 oddziałów w tych latach.

Do następnych w kolejności oddziałów o największej liczbie pacjentów należy zaliczyć: onkologiczny (17,8 tys. pacjentów), oddział urologiczny (17,4 tys. pacjentów), oddział gruźlicy i chorób płuc (17,2 tys. pacjentów), oddział otolaryngologiczny (13,6 tys. pacjentów) i oddział rehabilitacyjny (10,5 tys. pacjentów).

Niezmienne istotnym elementem funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest system działający na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2020 poz. 882).

Ratownictwo medyczne ma kluczowe znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa obywateli, ponieważ niesie pomoc nie tylko w przypadku pojedynczych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia i zdrowia, ale również w sytuacji wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym.

Zgodnie z danymi GUS wg stanu na dzień 1 kwietnia 2019 r., na terenie województwa lubelskiego funkcjonują 4 rejony operacyjne, obsługiwane przez 4 dyspozytornie medyczne. W ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2019 r. funkcjonowało 94 zespoły ratownictwa medycznego (29 specjalistycznych i 64 podstawowych). Podobnie jak w latach ubiegłych nieznacznie zmniejszyła się liczba zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym zwiększeniu liczby zespołów podstawowych.

Doraźnej pomocy medycznej udzielał również 1 lotniczy zespół ratownictwa medycznego, 17 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 22 izb przyjęć. W porównaniu z rokiem 2018 nie uległo to znacznym zmianom.

W roku 2019 zespoły ratownictwa medycznego wykonały 181,8 tys. wyjazdów na miejsce zdarzenia, podczas gdy w 2018 wykonano ich 192 tys.

Jednostką organizacyjną systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i jednocześnie szpitala utworzoną w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR).

Działania szpitalnego oddziału ratunkowego polegają na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły

się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Działania w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zgodnie z obowiązującym prawem obejmują wstępną diagnostykę i stabilizację funkcji życiowych, a nie objęcie leczeniem.

Na podstawie Wojewódzkiego Plan Działania Systemu PRM w brzmieniu od 26 marca 2021 r. łączna liczba przyjęć pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych w roku 2019 na terenie województwa lubelskiego wyniosła ogółem 291 591 w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, natomiast 58 324 z przyczyn definiowanych jako „inne”. Odnotowano również 331 zgonów.

Zgodnie z danymi GUS w 2019 roku w skali kraju na 1 tys. ludności przypadało 160 osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć. Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy w tego typu miejscach w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwie lubelskim – 206 osób, a najmniej w województwie śląskim – 102 osoby.

Jak ukazano powyżej, diagnoza dotycząca ochrony zdrowia na terenie województwa lubelskiego jest w znaczącej mierze zbieżna z uwarunkowaniami występującymi w Polsce, a w szczególności na obszarach odnoszących się do poprawy dostępu do wysokiej jakości, zrównoważonych i przystępnych cenowo usług zdrowotnych, promowania aktywnego i zdrowego starzenia się oraz skuteczności i odporności systemu opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej. Zalecenia Rady UE dla Polski w roku 2019 wskazują w dalszym ciągu na konieczność ukierunkowania inwestycyjnej polityki gospodarczej na opiekę zdrowotną.

Zgodnie z Dokumentem Roboczym Służb Komisji Sprawozdanie krajowe – Polska 2020, mimo iż w ciągu ostatnich 10 lat poprawiły się wyniki w dziedzinie ochrony zdrowia, nadal istnieją obszary wymagające poprawy. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia jest nadal 3,3 roku krótsza od średniej UE. W latach 2011–2016 wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się o około 10 %, jednak w dalszym ciągu przekracza średnią UE o ponad jedną trzecią. Jednocześnie wydatki na profilaktyczną opiekę zdrowotną w Polsce wynoszą mniej niż połowa średniej unijnej w ujęciu nominalnym (34 EUR w porównaniu z 89 EUR na osobę). Behawioralne czynniki ryzyka, na które można mieć wpływ przez styl życia, takie jak dieta, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu, odpowiadają za prawie połowę wszystkich zgonów w Polsce. W tym samym okresie wzrosła umieralność na raka prostaty, piersi i jelita grubego, co uwydatnia wyzwania związane ze świadczeniem usług w zakresie badań przesiewowych. Chociaż wprowadzenie w 2015 r. szybkiej ścieżki onkologicznej poprawiło dostęp do wcześniejszego wykrywania i opieki, to późna diagnostyka i długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne wciąż stanowią problem. W celu poprawy tej sytuacji Rada Ministrów w dniu 4 lutego 2020 r. przyjęła kompleksowy wieloletni program walki z rakiem pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów strategicznych, kluczowych dla poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową.

Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu.

Realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej umożliwi odwrócenie niekorzystnych trendów takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie zwiększa szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

Dzięki skutecznemu wdrożeniu Narodowej Strategii Onkologicznej jakość opieki onkologicznej w latach 2020–2030 powinna ulec poprawie; jej wpływ będzie można jednak ocenić dopiero po pewnym czasie.

Dostęp do opieki zdrowotnej wymaga poprawy, na co wskazuje np. odsetek osób deklarujących brak możliwości zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki medycznej. W 2018 r. odsetek ludności polskiej zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania nieznacznie wzrósł do 4,2 % czyli poziomu wyraźnie wyższego od unijnej średniej – 2 %. Odsetek ten jest znacznie wyższy w przypadku grup o niskich dochodach. W 2018 r. średni czas oczekiwania na usługi specjalistyczne wynosił 3,4 miesiąca, przy czym najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano w przypadku usług endokrynologicznych (11 miesięcy) i stomatologicznych (8,5 miesiąca).

Od 2007 r. Polska realizuje projekty w zakresie e-zdrowia mające na celu poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, w tym bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. W ramach udostępnionych e-usług powstała m. in. platforma informacyjno – komunikacyjna dla pacjentów pn. Internetowe Konto Pacjenta, po przeprowadzeniu wdrożeń pilotażowych implementowano rozwiązania umożliwiające wystawianie przez pracowników ochrony zdrowia e-recept i e-skierowań. Trwają prace nad udostępnieniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Wspierany jest również rozwój usług z zakresu telemedycyny, z uwzględnieniem takich form jak: telediagnostyka, telekonsultacja, telemonitoring, etc.

Ważnymi wyzwaniem dla samorządów terytorialnych są starzenie się społeczeństwa, spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym i niska jakość niektórych kluczowych usług publicznych, takich jak opieka zdrowotna i opieka długoterminowa.

Podstawę opieki długoterminowej nakierowanej na osoby starsze stanowić powinny wyspecjalizowane kadry medyczne, lekarze specjaliści w dziedzinie geriatricznej, pielęgniarzy oraz inne zawody medyczne jak fizjoterapeuci czy opiekunowie medyczni. Według Naczelnej Izby Lekarskiej w 2019 roku liczba lekarzy ze specjalizacją z geriatricznej wynosi 502 z czego aktywnych zawodowo jest 488 lekarzy, względem 2018 roku przybyło 66 nowych specjalistów¹. Specjalizacja z geriatricznej od 2004 roku jest dziedziną priorytetową i znajduje się na liście ogłaszanej przez Ministra Zdrowia.

Opiekę długoterminową w dalszym ciągu świadczą głównie opiekunowie nieformalni, często członkowie rodziny, którym brakuje odpowiedniego wsparcia instytucjonalnego. W porównaniu ze średnią OECD, osoby mieszkające w ośrodkach opieki długoterminowej w Polsce narażone są na większe ryzyko związane ze zdarzeniami z zakresu bezpieczeństwa pacjentów, w tym na zakażenia związane z opieką zdrowotną (OECD, 2019). Liczba pracowników opieki długoterminowej na 100 osób w wieku co najmniej 65 lat jest bardzo niska (jeden pracownik w Polsce, podczas gdy średnia w OECD to pięciu pracowników; OECD, 2019). Kompleksowe podejście strategiczne oparte na analizie potrzeb osób wymagających

opieki długoterminowej oraz ich opiekunów, a także określenie źródeł finansowania stanowiłyby pierwszy krok na drodze do rozwiązania obecnych i przyszłych wyzwań demograficznych.

System opieki zdrowotnej jest niedofinansowany i brakuje mu długoterminowych ram strategicznych. Długoterminowa wizja rozwoju wpłynęłaby pozytywnie na funkcjonowanie systemu, decyzje inwestycyjne i podział zasobów. Udział PKB, jaki Polska przeznacza na ochronę zdrowia, jest znacznie niższy niż średnia UE (9,8%). W 2017 r. na zdrowie przeznaczono jedynie 6,5% PKB. W przeliczeniu na osobę wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 1507 EUR (dostosowane do różnic w sile nabywczej), co stanowi szósty najniższy wynik w UE. Większość wydatków na ochronę zdrowia jest finansowana ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r. wyniósł około 70%, czyli poniżej średniej UE, wynoszącej 79%. Świadczenia zdrowotne nierefundowane stanowiły 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, przy czym większość tych wydatków przeznaczono na leki apteczne (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019; NIK, 2019). W 2017 r. około 9 % gospodarstw domowych zgłosiło, że w niektórych przypadkach nie były w stanie nabyć przepisanych lub zalecanych leków (GUS, 2018).

Niski poziom wydatków publicznych (również w odniesieniu do średniej wartości uzyskiwanych przez kraje członkowskie UE) i ich nieoptymalna alokacja spowodowały problemy w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, a tym samym z dostępem do tego systemu. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczby ludności jest w dalszym ciągu jedną z najniższych w UE. Również wydatki na publiczną opiekę zdrowotną należą od wielu lat do najniższych w UE. Jednym z najważniejszych wyzwań w zakresie alokacji zasobów pozostaje niedostatecznie rozwinięta podstawowa opieka zdrowotna i związane z tym nadmierne obciążenie szpitali.

Możliwe jest bardziej efektywne wykorzystanie zasobów w sektorze szpitalnym. W 2017 r. ponad jedną trzecią (34 %) wydatków na opiekę zdrowotną pochłonęło leczenie szpitalne – odsetek ten jest jednym z najwyższych w UE. Liczba łóżek szpitalnych jest duża – 6,6 na 1 000 osób w 2017 r. w porównaniu ze średnią UE na poziomie 5,0 – ale struktura geograficzna ich rozmieszczenia jest nierównomierna, a wskaźnik obłożenia niski (66 % w porównaniu z 77,5 % w UE, dane Eurostatu). Zgodnie z danymi o zadłużeniu w ochronie zdrowia gromadzonymi przez Ministerstwo Zdrowia pod koniec 2020 r. zadłużenie szpitali wyniosło ponad 15,5 mld zł.

Głównym elementem systemu ochrony zdrowia jest leczenie szpitalne, które stanowi formę całodobowej opieki stacjonarnej. Wysokospecjalistyczne świadczenia udzielane przez wykwalifikowaną kadrę generują znaczne obciążenie dla zasobów systemowych. W związku z powyższym należy dążyć do przesunięcia głównego filaru opieki zdrowotnej na poziom ambulatoryjny. Większość schorzeń niewymagających wysokospecjalistycznych świadczeń powinna być leczona w ramach POZ i AOS.

Wiele zabiegów medycznych obecnie wykonywanych w szpitalach można przeprowadzać poza szpitalem po niższych kosztach. Niektóre procedury medyczne z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej medycznej i rehabilitacji są niepotrzebnie przeprowadzane

w szpitalach z przyczyn związanych z zachętami finansowymi, które stanowią część systemu opieki zdrowotnej. Czynniki ograniczające dostępność, takie jak długi czas oczekiwania, sprawiają, że niektórzy pacjenci zgłaszają się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, nawet jeśli nie potrzebują pilnie pomocy, co powoduje przeciążanie tych oddziałów. Prowadzone są obecnie liczne pilotażowe programy mające poprawić koordynację opieki zdrowotnej, w tym w odniesieniu do pacjentów onkologicznych i nowych programów leczenia. Nowe rozwiązania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej były testowane od lipca 2018 r. w ramach programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” w celu wprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Od 2018 r. prowadzone są działania pilotażowe dotyczące Centrów Zdrowia Psychicznego, aby zapewnić dostępność usług na terenie całego kraju. Ważne jest, aby wnioski wyciągnięte z tych projektów pilotażowych zostały wykorzystane do rozwinięcia usług i rozprzestrzenienia ich w pozostałych częściach kraju.

Polska boryka się z problemem znacznego niedoboru lekarzy i pracowników służby zdrowia. Zgodnie z oceną Komisji Europejskiej dotyczącej postępów w zakresie reform strukturalnych, zapobiegania zakłóceniom równowagi makroekonomicznej i ich korygowania oraz wyniki szczegółowych ocen sytuacji na mocy rozporządzenia (UE) nr 1176/2011 (Sprawozdanie krajowe – Polska 2020), aby osiągnąć poziom średniej unijnej, potrzebnych jest dodatkowo prawie 50 000 lekarzy i 100 000 pielęgniarek (obecnie zatrudnionych jest około 90 000 lekarzy i 225 000 pielęgniarek, zgodnie z obliczeniami opartymi na danych Eurostatu). Wielu wykształconych w Polsce lekarzy pracuje za granicą, a liczba lekarzy w kraju wzrastała średnio o mniej niż tysiąc rocznie, chociaż maleje liczba zaświadczeń umożliwiających lekarzom podejmowanie zatrudnienia za granicą. Personel pielęgniarski się starzeje, 60 % wszystkich pielęgniarek jest w wieku 50 lat lub starszym, w tym 27 % pielęgniarek ma więcej niż 60 lat. Natomiast pielęgniarki w wieku do 31 lat stanowią jedynie 7 % ogólnej liczby. Średni wiek pielęgniarek wzrósł do około 52 lat. Stwarza to potencjalne zagrożenia dla dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości. Ponadto nierównomierne rozmieszczenie kadry medycznej (koncentracja w miastach na prawach powiatu; BASiW 2019) pogłębia wyzwania związane z brakami w zakresie usług opieki zdrowotnej i dostępu do niej. W samym m. Lublinie odnotowuje się dużą koncentrację lekarzy specjalistów. Wskazana jest taka alokacja miejsc specjalizacyjnych na obszarze powiatów województwa lubelskiego, która będzie adekwatna do potrzeb zdrowotnych mieszkańców, mając na względzie sytuację demograficzną i epidemiologiczną.

Zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej oraz zasobów infrastruktury na poziomie umożliwiającym działanie systemu opieki zdrowotnej jest jednym z wyzwań przed jakim stoi Polska i inne kraje rozwinięte. Poza finansowaniem, infrastruktura i kadry medyczne stanowią podstawę każdego systemu, niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem ich dostępności i jakości. Ograniczone środki finansowe, starzenie się społeczeństwa, odchodzenie od zawodu i migracja zarobkowa personelu medycznego są głównymi wyzwaniami z jakimi mierzy się system ochrony zdrowia w Polsce. Z tego powodu szczególnie istotnym jest podejmowanie działań mających na celu utrzymanie potencjału zasobów opieki zdrowotnej. Jednym z podstawowych mechanizmów zachęty

wykorzystywanych do pozostania w zawodzie jest zwiększanie wynagrodzeń. Innym mechanizmem jest zwiększanie limitów przyjęć na studia dla kierunków medycznych. Liczba wolnych miejsc jest normowana odpowiednim rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W roku akademickim 2017/20184 liczba miejsc na kierunku lekarskim w trybie stacjonarnym wyniosła 4 368, a w roku 2020/20215 – 5 022. Proces kształcenia lekarza specjalisty trwa ok. 10 lat. Z powodu braków w liczbie lekarzy dokonano zmian w kształceniu podyplomowym m.in. poprzez wprowadzenie ujednoliconego modułowego trybu specjalizacji, co ma wpłynąć na skrócenie czasu uzyskania kwalifikacji.

Różnice w dostępie do usług publicznych, w szczególności do opieki zdrowotnej, stanowią coraz bardziej naglący problem. Liczba pracowników służby zdrowia oraz dostępność świadczeń zdrowotnych i infrastruktury zdrowotnej różnią się w zależności od regionu, co ma wpływ na dostęp do opieki zdrowotnej. Usługi w zakresie zdrowia psychicznego są niewystarczające i są głównie dostępne w dużych miastach. Podobne wyzwania występują w innych dziedzinach związanych ze zdrowiem, w tym w obszarze geriatric. Mimo że w ostatnich latach liczba specjalistów nieco się zwiększyła i utworzono ośrodki geriatriczne we wszystkich województwach, ich liczba nie jest wystarczająca, aby pokryć zapotrzebowanie starzejącego się społeczeństwa.

Jednocześnie w 2020 r. pojawiły się dodatkowe potrzeby zdrowotne, które dotyczyły konieczności zabezpieczenia obywateli RP przed skutkami pandemii SARS - CoV – 2. Sytuacja zdrowotna, w której znalazły się wszystkie województwa w Polsce w kontekście szacowania potrzeb zdrowotnych spowodowała radykalną zmianę priorytetów w zakresie opieki zdrowotnej oraz konieczność niezwłocznego dostosowania struktury organizacyjno – kadrowej do wzmożonych zachorowań na COVID – 19.

1.2 Demografia województwa lubelskiego

1.2.1 Ludność województwa lubelskiego

Województwo lubelskie należy do obszarów depopulacyjnych. W 2020 r. odnotowano spadek liczby mieszkańców województwa. Zarówno przyrost naturalny, jak i saldo migracji ludności na pobyt stały były ujemne

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2019 roku województwo lubelskie zamieszkiwało 2 108 270 osób, tym samym region zajmował dziewiąte miejsce pod względem liczby ludności. Mieszkańcy Lubelszczyzny stanowili 5,49 % ogółu ludności Polski.

W miastach mieszkało 979 357 osób, tj. 46,45% ogólnej liczby ludności województwa. Analizując płeć w 2019 r. liczba kobiet wyniosła 1 086 422, a mężczyzn 1 021 848. Kobiety stanowiły 51,53% ogółu ludności. Współczynnik feminizacji wynosił 106, co oznacza, że na 100 mężczyzn przypadało 106 kobiet.

Tabela 1. Charakterystyka ludności województwa lubelskiego według płci i miejsca zamieszkania

	2007	2012	2017	2019
Ogółem	2 166 213	2 165 651	2 129 260	2 108 270
Mężczyźni	1 049 990	1 049 802	1 031 865	1 021 848
Kobiety	1 116 223	1 115 849	1 097 395	1 086 422
Miasto	1 008 656	1 005 207	989 744	979 357
Wieś	1 157 557	1 160 444	1 139 516	1 128 913

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bazy Demografii GUS – dostęp do danych 01.09.2020 r.

1.2.2 Struktura demograficzna w Polsce oraz w województwie lubelskim

Stan zdrowia społeczeństwa i w konsekwencji popyt na usługi opieki zdrowotnej kształtowany jest przez szereg niemedycznych czynników, wśród których istotną rolę odgrywają zjawiska demograficzne.

Na przestrzeni lat w Polsce, w tym w województwie lubelskim, występują obecnie dwa, ściśle ze sobą powiązane trendy demograficzne:

1. depopulacja, czyli spadek liczby ludności;

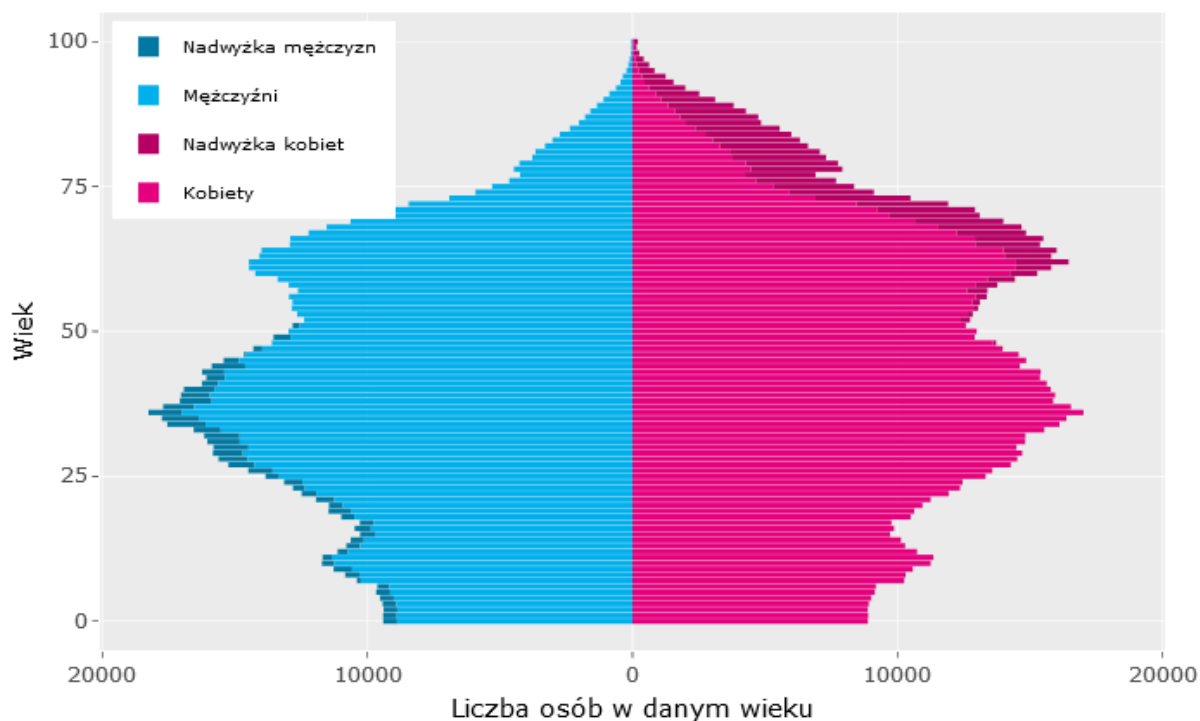
Zgodnie z prognozą GUS liczba ludności w Polsce spadnie z poziomu 38,38 mln osób w roku 2019 do 33,95 mln w roku 2050. Przekładając to na województwo lubelskie liczba ludności spadnie z poziomu 2,1 mln w roku 2019 do 1,71 mln w roku 2050.

2. Starzenie społeczeństwa, polegające na zmianie struktury wieku ludności w kierunku wzrostu odsetka osób starszych w całej populacji.

W 2019 roku osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły ponad 17,25% populacji województwa lubelskiego. Jednak należy zaznaczyć, iż odsetek ten różni się w zależności od

płci tj. w grupie kobiet jest to ponad 20,63 %, a w grupie mężczyzn prawie 13,65 %.

Piramida wieku dla woj. lubelskiego w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BASiW – dostęp do danych 01.09.2020 r.

Analizując wiek ludności woj. lubelskiego pod kątem biologicznym, w 2019 roku największą grupę ludności stanowiły osoby w przedziale wiekowym 15 – 64 lat – 66,94%, następnie osoby w wieku 65 lat i więcej – 18,68%, natomiast najmniej liczącą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 0 - 14 lat - 14,38%.

Biorąc pod uwagę strukturę ludności woj. lubelskiego pod kątem ekonomicznym największą grupę ludności stanowiły osoby w wieku produkcyjnym w przedziale wiekowym 18-59 lat/64 lat stanowiąc – 60,1%, (w Polsce 60,0%) następnie osoby w wieku poprodukcyjnym 60/65 lat i więcej – 22,3 %, (w Polsce 21,9%) natomiast najmniej liczącą grupą były osoby w wieku przedprodukcyjnym w przedziale 0 - 17 lat – 17,6% (w Polsce 18,1%).

Piramida wieku dla woj. lubelskiego w 2050 roku

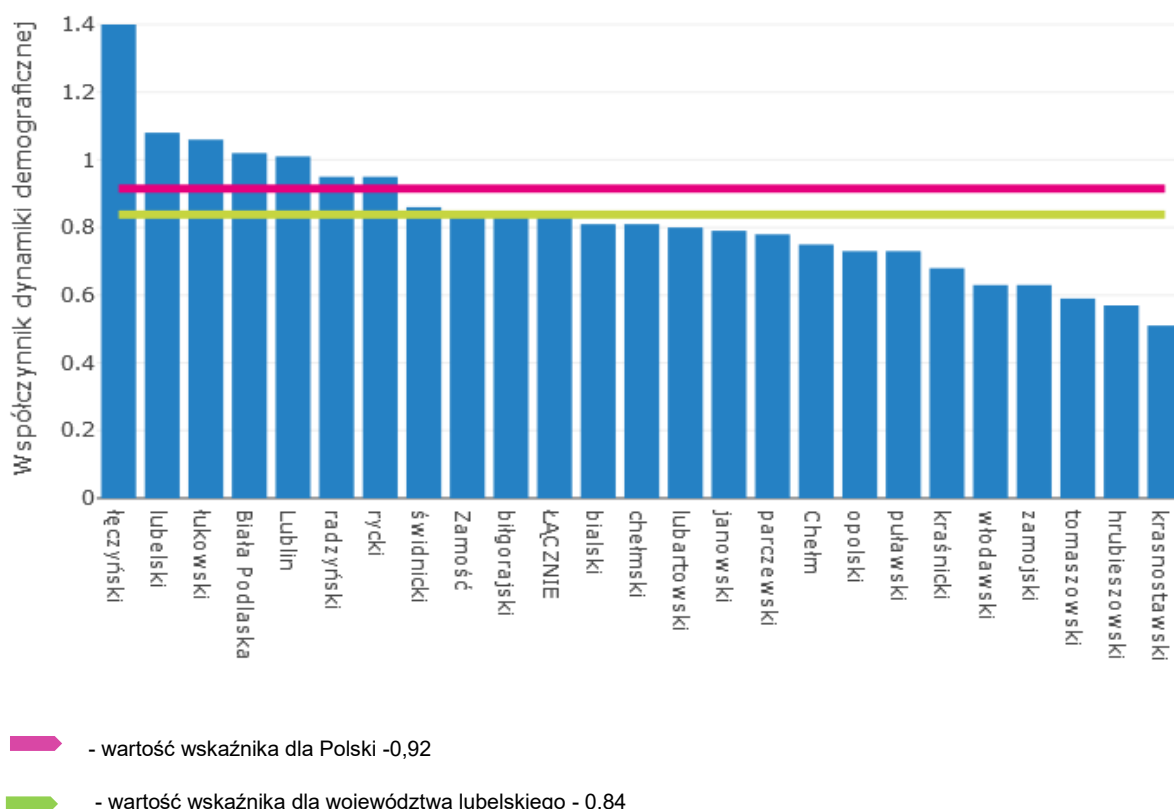


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BASiW – dostęp do danych 01.09.2020 r.

Analizując piramidę wieku dla województwa pod kątem biologicznym stwierdza się, że w 2050 roku największą grupę będą stanowiły osoby w przedziale wiekowym 15 – 64 lat – 54,38%, następnie osoby w wieku 65 lat i więcej – 34,72%, natomiast najmniej liczną grupę będą stanowiły osoby młode w przedziale 0-14 lat – 10,91%.

Biorąc pod uwagę strukturę ludności woj. lubelskiego w kontekście ekonomicznym, w 2050 roku największą grupę będą stanowiły osoby w wieku produkcyjnym w przedziale wiekowym 18-59 lat/64 lat stanowiąc – 48,09%, następnie osoby w wieku poprodukcyjnym 60/65 lat i więcej – 38,64% oraz osoby w wieku przedprodukcyjnym w przedziale wiekowym 0-17 lat – 13,27%.

1.2.3 Współczynnik dynamiki demograficznej w roku 2019 dla woj. lubelskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BASiW, – dostęp do danych 01.09.2020 r.

Analizując współczynnik dynamiki demograficznej w 2019 roku, największy przyrost naturalny odnotowano w powiecie łęczyńskim, lubelskim, łukowskim, natomiast najmniejszy przyrost naturalny stwierdzono w powiecie krasnostawskim, hrubieszowskim oraz tomaszowskim.

1.2.4 Urodzenia żywe w województwie lubelskim

W 2019 roku liczba urodzeń żywych wynosiła 19 286 i była nieco mniejsza w porównaniu do roku 2010. Biorąc pod uwagę płeć, wśród urodzeń żywych dominowali chłopcy stanowiąc w 2019 roku 9 918.

Tabela 2. Urodzenia w województwie lubelskim

Wyszczególnienie	2010	2015	2019
Urodzenia żywe	22 635	19 715	19 286
Urodzenia żywe - chłopcy	11 724	10 127	9 918
Urodzenia żywe - dziewczynki	10 911	9 588	9 368
Urodzenia żywe na 1000 ludności	10,4	9,2	9,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bazy Demografii GUS – dostęp do danych 01.09.2020 r.

1.2.5 Zgony w województwie lubelskim

W przypadku wskaźnika dotyczącego zgonów w województwie lubelskim w 2019 roku liczba zgonów wynosiła 23 015 i była wyższa w porównaniu do roku 2015. Należy jednak zaznaczyć, że niniejsze zjawisko jest zróżnicowane w zależności od płci, w 2019 roku liczba zgonów była wyższa u mężczyzn niż u kobiet.

Tabela 3. Zgony w województwie lubelskim

Wyszczególnienie	2010	2015	2019
Zgony	23 037	22 816	23 015
Zgony mężczyzn	12 303	11 908	11 945
Zgony kobiet	10 734	10 908	11 070

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bazy Demografii GUS – dostęp do danych 01.09.2020 r.

1.2.6 Przyrost naturalny

Od kilku lat w województwie lubelskim odnotowuje się ujemny przyrost naturalny, który w 2019 r. wyniósł (-3 729). Analizując przyrost naturalny pod kątem płci, należy podkreślić, iż w 2019 r. wystąpiła nieznaczna różnica, u mężczyzn (-2 027) w porównaniu do kobiet (-1 702) zaobserwowano wyższy ujemny przyrost naturalny.

Tabela 4. Przyrost naturalny w województwie lubelskim

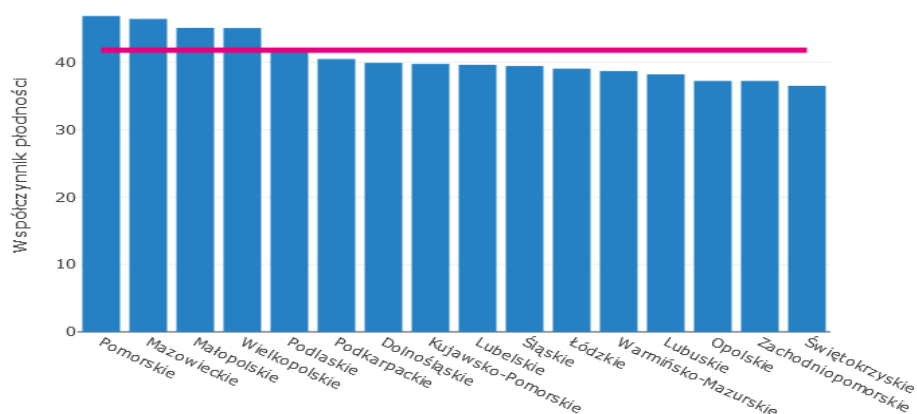
Wyszczególnienie	2010	2015	2019
Przyrost naturalny	-402	-3 101	-3 729
Przyrost naturalny mężczyzn	-579	-1 781	-2 027
Przyrost naturalny kobiet	177	-1 320	-1 702

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bazy Demografii GUS – dostęp do danych 01.09.2020 r.

1.2.7 Współczynnik płodności wśród kobiet w wieku 15 - 49 lat w Polsce w 2019 roku

Analizując wskaźnik dzietności wśród kobiet w wieku 15 - 49 lat w Polsce w 2019 roku wynika, że województwo lubelskie znajduje się na dziewiątej pozycji spośród wszystkich województw w Polsce. Najwyższy wskaźnik dzietności odnotowano w woj. pomorskim, mazowieckim, małopolskim oraz wielkopolskim.

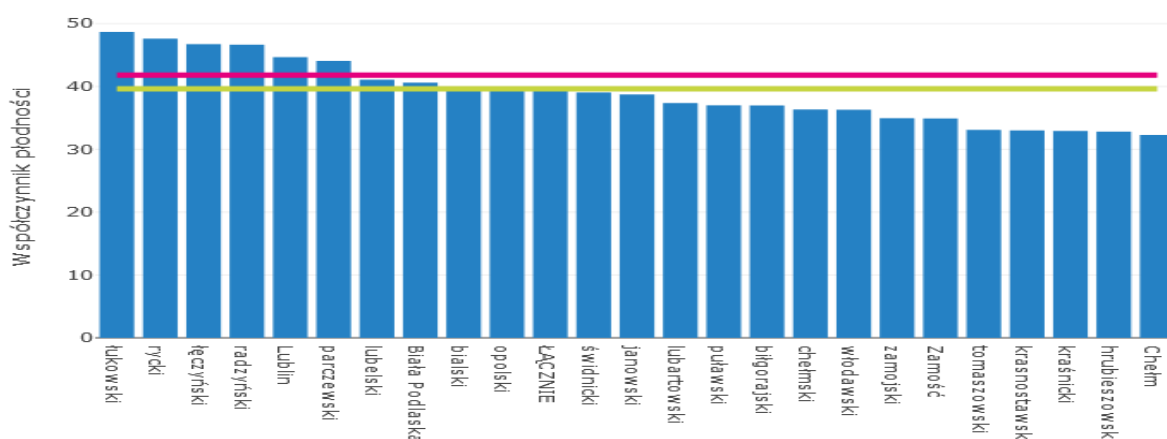
Współczynnik płodności wśród kobiet w wieku 15 - 49 lat w Polsce w 2019 roku/ na 1000 kobiet



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BASiW – dostęp do danych 01.09.2020 r.

Biorąc pod uwagę teren województwa lubelskiego, najwyższy współczynnik występuje w powiecie łukowskim, nieco niższy w powiecie ryckim, łęczyńskim, radzyńskim, w mieście Lublin oraz powiecie parczewskim, natomiast zdecydowanie najniższy przyrost obserwuje się w mieście Chełm, w powiecie hrubieszowskim, kraśnickim, krasnostawskim oraz tomaszowskim.

Współczynnik płodności wśród kobiet w wieku 15 - 49 lat z terenu województwa lubelskiego w 2019 roku/ na 1000 kobiet



- wartość wskaźnika dla Polski

- wartość wskaźnika dla województwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BASiW – dostęp do danych 01.09.2020 r.

Wnioski:

1. Podstawowymi trendami demograficznymi w województwie lubelskim jest stopniowe zmniejszanie się liczby ludności oraz stopniowy wzrost liczby osób starszych.
2. Od kilku lat w województwie lubelskim odnotowuje się ujemny przyrost naturalny, który w 2019 r. wyniósł (-3 729).
3. Województwo lubelskie znajduje się na dziewiątej pozycji spośród wszystkich województw w Polsce pod kątem współczynnika płodności. Współczynnik płodności wśród kobiet w wieku 15 - 49 lat z terenu województwa lubelskiego w 2019 roku plasuje się na dość niskim poziomie.
4. W województwie lubelskim w 2019 roku liczba zgonów wynosiła 23 015 i była wyższa w porównaniu do roku 2015.
5. W 2019 roku liczba urodzeń żywych wynosiła 19 286 i była nieco mniejsza w porównaniu do roku 2010.

1.3 Analiza sytuacji zdrowotnej – główne problemy zdrowotne

1.3.1 Sytuacja epidemiologiczna w Polsce pod kątem utraty lat życia (YLL – Years of Life Lost)

Sytuacja zdrowotna ludności Polski pod kątem wskaźnika utraty lat życia (YLL) w 2019 roku wykazała szereg problemów zdrowotnych w następujących grupach chorób tj.:

- nowotwory (39,96%),
- choroby układu krążenia (38,87%),
- choroby układu trawiennego (6,62%),
- choroby układu nerwowego (4,51%),
- cukrzyca i choroby nerek (3,41%),
- przewlekłe choroby układu oddechowego (2,87%),
- zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (2,57%),
- inne choroby niezakaźne (1,52%).

Ponadto wśród przyczyn utraty lat życia ludności Polski w 2019 roku w grupie urazów wskazano:

- samookaleczenia i przemoc interpersonalną (40,63%);
- urazy nieumyślne (34,56%); najczęściej spowodowane przez upadki, utonięcia, ciała obce, narażenia na siły mechaniczne, urazy termiczne, a w dalszej kolejności narażenia na gorące i zimne warunki klimatyczne oraz zatrucia;
- urazy komunikacyjne (24,81%); gdzie najczęstszą przyczyną były urazy wynikające ze zdarzeń drogowych.

Z kolei w grupie chorób zakaźnych przyczyniających się do utraty lat życia najczęściej

występującymi problemami zdrowotnymi w Polsce w 2019 roku były:

- zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (74,51%)
- inne choroby zakaźne (4,23%)
- HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową (2,21%)

Należy jednak podkreślić, że w stosunku do roku 2009 wzrosty w w/w jednostkach chorobowych odnotowano w grupach: nowotwory (o 2,6%), choroby układu nerwowego (o 0,82%), urazy nieumyślne (o 2,47%), zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (o 11,08%) HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową (0,37%). Pozostałe grupy charakteryzuje utrzymujący się stały poziom zachorowań. Potwierdzeniem tego jest analiza danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASIW) z roku 2009.

Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w Polsce zostały uwzględnione w aneksie statystycznym (dane z BASIW).

1.3.2 Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim pod kątem utraty lat życia (YLL – Years of Life Lost)

Analiza sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim pod kątem utraty lat życia wskazuje na specyficzne problemy zdrowotne tej społeczności. W związku z powyższym dokonano analizy szczegółowej w następujących grupach chorób tj.: choroby niezakaźne, urazy oraz choroby zakaźne.

Analiza chorób niezakaźnych w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem utraty lat życia (YLL)

Analiza stanu zdrowia ludności województwa lubelskiego pod kątem utraty lat życia spowodowanej chorobą wskazuje, że najczęstszymi problemami zdrowotnymi w 2019 roku w grupie chorób niezakaźnych były:

- choroby układu krążenia (40,93%)
- nowotwory (37,89%)
- choroby układu trawiennego (6,18%)
- choroby układu nerwowego (4,74%)
- cukrzyca i choroby nerek (3,13%)
- przewlekłe choroby układu oddechowego (3,11%)
- zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (2,19%)
- inne choroby niezakaźne (1,54%)

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Wśród tej grupy chorób najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi były:

- choroba niedokrwienna serca - problem dotyczył głównie osób starszych powyżej 70 roku życia, w nieco mniejszym stopniu osób w wieku 50 – 69 lat, natomiast w najmniejszym stopniu problem występował wśród osób młodych;

- kardiomiopatie – problem zdrowotny dotyczył w przeważającej większości osoby młode poniżej 5 roku życia; należy zaznaczyć, iż w stosunku do roku 2009 nastąpił wzrost zachorowań w powyższej grupie wiekowej;
- choroba nadciśnieniowa - problem, który dotyczył osób we wszystkich grupach wiekowych.

Należy podkreślić, że w/w jednostki chorobowe charakteryzuje stale utrzymujący się poziom zachorowań; potwierdzeniem tego są dane statystyczne dotyczące roku 2009. Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych z tej grupy zostały uwzględnione w aneksie statystycznym.

NOWOTWORY

Wśród tej grupy chorób na terenie województwa lubelskiego dominowały:

- nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc - problem dotyczył głównie osób w przedziale wiekowym 50 - 69 lat oraz osób starszych powyżej 70 roku życia;
- nowotwory jelita grubego i odbytnicy – problem zdrowotny dotyczył w największym stopniu osób starszych powyżej 70 roku życia, w nieco mniejszym stopniu osób w przedziale wiekowym 50 – 69 lat oraz 15 – 49 lat, natomiast najmniej dotknięte problemem były osoby młode w wieku 5 – 14 lat;
- nowotwory sutka – problem zdrowotny dotyczył w przeważającej większości osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat.

CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO

Analizując stan zdrowia ludności województwa lubelskiego pod kątem utraty lat życia w niniejszej grupie dominowała:

- marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby - problem zdrowotny występował wśród osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat oraz osób starszych do 69 roku życia;
- zapalenie trzustki - jednostka chorobowa, która dotyczyła w przeważającej większości osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat;
- choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego – problem zdrowotny, który dotyczył głównie osoby starsze powyżej 70 roku życia.

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

to grupa chorób, która zajmowała czwarte miejsce wśród chorób niezakaźnych pod kątem utraty lat życia. W niniejszej grupie dominowały następujące problemy zdrowotne tj.:

- choroba Alzheimera i inne choroby otępienne - problem zdrowotny dotyczył głównie osób starszych powyżej 70 roku życia;
- choroba Parkinsona - problem zdrowotny, który dotyczył głównie osoby starsze powyżej 70 roku życia;
- stany padaczkowe – problem zdrowotny, który dotyczył w przeważającej większości osoby w wieku 15 – 49 lat.

CHOROBY METABOLICZNE

W grupie chorób metabolicznych oraz wielobjawowych zespołów chorobowych najczęstszym problemem zdrowotnym pod kątem utraty lat życia dotyczącym ludność województwa lubelskiego w 2019 roku była:

- cukrzyca - jednostka chorobowa, która dotyczyła w przeważającej większości osób w przedziale wiekowym 50-69 lat; należy zaznaczyć, iż niniejszą jednostkę charakteryzował wzrost zachorowań z 58,64% w 2009 roku do 70,43% w 2019 roku;
- przewlekła choroba nerek - problem zdrowotny, który dotyczył w przeważającej większości dzieci poniżej 5 roku życia oraz w nieco mniejszym stopniu osoby w przedziale wiekowym 5 – 14 lat.

PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Wśród schorzeń obejmujących drogi oddechowe, najczęstszy problem zdrowotny stanowiła:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc - jednostka chorobowa, która dotyczyła w przeważającej większości osoby starsze w wieku 70+, w nieco mniejszym stopniu osoby w wieku 50-69 lat; należy zaznaczyć, iż w stosunku do roku 2009 nastąpił wzrost zachorowań w powyższych grupach wiekowych;
- astma – problem zdrowotny, który dotyczył osoby młode oraz dzieci poniżej 5 roku życia;
- śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza – problem zdrowotny, który dotyczył osoby młode oraz dzieci poniżej 5 roku życia.

W 2020 roku odnotowuje się przewlekłą postcovidową niewydolność oddechową – diagnozowaną jako skutek powikłań z powodu COVID 19.

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Wśród tej grupy chorób najczęstszą przyczyną utraty lat życia spowodowanej chorobą były zaburzenia związane z piciem alkoholu oraz zaburzenia związane z nadużywaniem leków.

INNE CHOROBY NIEZAKAŻNE

Wśród innych chorób niezakaźnych, najwyższy wskaźnik utraty lat życia stanowiły:

- wady wrodzone płodu;
- choroby układu moczowego,
- choroby przemiany materii, krwi i układu odpornościowego.

Analiza urazów w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem utraty lat życia (YLL)

Głównymi problemami zdrowotnymi dotyczącymi ludność województwa lubelskiego pod kątem utraty lat życia w 2019 roku były:

- samookaleczenia i przemoc interpersonalna (40,87%);
- urazy nieumyślne (33,46%) najczęściej spowodowane przez: upadki, utonięcia, urazy spowodowane przez ciało obce, urazy termiczne, w dalszej kolejności narażenie na gorące i zimne warunki klimatyczne, narażenia na siły mechaniczne oraz zatrucia;

- urazy komunikacyjne (25,67%) najczęściej spowodowane przez zdarzenia drogowe.

Analiza chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem utraty lat życia (YLL)

Wśród tej grupy chorób na terenie województwa lubelskiego w kontekście utraty lat życia dominowały:

- zakażenia dróg oddechowych i gruźlica – w szczególności dolnych dróg oddechowych (89,26%);
- inne choroby zakaźne (4,92%) tj.:
 - zapalenia mózgu – problem najczęściej dotyczył osoby w wieku 5-14 lat; należy zaznaczyć, iż w stosunku do roku 2009 nastąpił wzrost zachorowań w grupie wiekowej 5-14 lat;
 - zapalenia opon mózgowych – problem zdrowotny, który najczęściej dotyczył osoby starsze, natomiast w najmniejszym stopniu osoby młode;
 - ostre zapalenie wątroby – jednostka chorobowa, która w największym stopniu dotyczyła osób starszych w przedziale wiekowym 50 – 69 lat oraz osoby powyżej 70 roku życia.
- zakażenia HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową (1,78%) - analizując wirusy z rodziny retrowirusów, najczęstszą przyczyną utraty lat życia był wirus HIV/AIDS, inne zakażenia z wyłączeniem wirusa HIV stanowiły jedynie 3,27%. Analizując wiek, zakażenia HIV/AIDS dotyczyły ogółu społeczeństwa we wszystkich grupach wiekowych, jednak należy zaznaczyć, iż w stosunku do roku 2009 nastąpił wzrost zachorowań w grupie wiekowej 50- 69 lat.

Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim zostały uwzględnione w aneksie statystycznym (dane z BASIW).

1.3.3 Sytuacja epidemiologiczna w Polsce pod kątem niepełnosprawności/utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD – Years Lived with Disability)

Głównymi problemami w zakresie chorób niezakaźnych w Polsce w 2019 roku w kontekście utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością były:

- choroby układu mięśniowo – szkieletowego (21%)
- zaburzenia psychiczne (13,53%)
- choroby układu nerwowego (10,55%)
- inne choroby niezakaźne (9,76%)
- choroby narządów zmysłów (9,6%)
- cukrzyca i choroby nerek (9,47%)
- choroby układu krążenia (7,41%)
- przewlekłe choroby układu oddechowego (4,65%)
- zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (4,59%)

- choroby skóry i tkanki podskórnej (4,16)
- choroby układu trawiennego (3,43%)
- nowotwory (1,82)

Wśród urazów najczęstszym problemem zdrowotnym w kontekście utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością w 2019 roku były:

- urazy nieumyślne (74,23%) – najczęściej spowodowane przez upadki, narażenia na siły mechaniczne, urazy termiczne, urazy spowodowane przez ciało obce, zatrucia, utonięcia, narażenie na gorące i zimne warunki klimatyczne;
- urazy komunikacyjne (21,89%) - najczęściej spowodowane przez urazy w zdarzeniach drogowych;
- samookaleczenia i przemoc interpersonalna (3,88%).

W grupie chorób zakaźnych najczęstszą przyczyną utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością były:

- niedobory żywieniowe (28,91%)
- zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (16,57%)
- inne choroby zakaźne (3,04%)
- HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową (2,21%)

Należy jednak podkreślić, że w/w jednostki chorobowe charakteryzuje stale utrzymujący się poziom zachorowań. Potwierdzeniem tego jest analiza danych statystycznych dotycząca roku 2009.

Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w Polsce zostały uwzględnione w aneksie statystycznym (dane z BASIW).

1.3.4 Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim pod kątem niepełnosprawności/utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD – Years Lived with Disability)

Analiza chorób niezakaźnych w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem niepełnosprawności/utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością

Analiza stanu zdrowia ludności województwa lubelskiego pod kątem niepełnosprawności/utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością wykazała istnienie szeregu problemów zdrowotnych w niżej wymienionych grupach chorób tj.:

- choroby układu mięśniowo – szkieletowego (21,13%)
- zaburzenia psychiczne (13,76%)
- choroby układu nerwowego (10,77%)
- choroby narządów zmysłów (10%)
- inne choroby niezakaźne (9,7%)
- cukrzyca i choroby nerek (8,87%)

- choroby układu krążenia (7,64%)
- zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (4,63%)
- przewlekłe choroby układu oddechowego (4,41%)
- choroby skóry i tkanki podskórnej (4,06%)
- choroby układu trawiennego (3,32%)
- nowotwory (1,7%)

CHOROBY UKŁADU MIĘŚNIOWO- SZKIELETOWEGO – to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością ludności województwa lubelskiego w 2019 roku. Wśród tej grupy chorób dominowały:

- bóle dolnego odcinka kręgosłupa – problem dotyczył osób młodych w wieku 5 - 14 lat, w nieco mniejszym stopniu osób w wieku 15 – 49 lat oraz osób starszych;
- zapalenia kości i stawów – problem, który dotyczył w przeważającej większości osób starszych powyżej 70 roku życia;
- bóle odcinka szyjnego kręgosłupa – problem zdrowotny, który występował głównie wśród osób w wieku 50 – 69 lat; należy podkreślić, iż w stosunku do roku 2009 nastąpił wzrost zachorowań w powyższej grupie wiekowej.

ZABURZENIA PSYCHICZNE – wciąż obecny problem zdrowotny będący źródłem cierpienia lub utrudnień w indywidualnym funkcjonowaniu dotkniętej nimi osoby. Wśród tej grupy chorób dominowały:

- zaburzenia depresyjne – problem dotyczył w przeważającej większości osoby starsze, w mniejszym stopniu osoby w wieku 15 – 49 lat, natomiast w najmniejszym stopniu problemem dotknięta była młodzież oraz dzieci poniżej 5 roku życia;
- zaburzenia lękowe – problem zdrowotny, który występował we wszystkich grupach wiekowych;
- schizofrenia – problemem dotknięte były w przeważającej większości osoby w wieku 15 – 49 lat, natomiast w mniejszym stopniu osoby starsze oraz dzieci w wieku 5 - 14 lat;
- choroba afektywna dwubiegunowa – problem, który występował przede wszystkim wśród osób starszych, natomiast w najmniejszym stopniu dotyczył dzieci w wieku 5 -14 lat.

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO – grupa chorób wynikająca z zaburzonego funkcjonowania układu nerwowego, obejmująca wiele schorzeń. Wśród tej grupy chorób na terenie województwa lubelskiego dominowały:

- zespoły bólowe głowy – problem zdrowotny, który występował głównie wśród osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat, w nieco mniejszym stopniu wśród osób w wieku 50 – 69 lat, natomiast w najmniejszym stopniu dotyczył osób starszych powyżej 70 roku życia;
- choroba Alzheimera i inne choroby otępienne – problem, który dotyczył w przeważającej większości osób starszych powyżej 70 roku życia, co warto zaznaczyć

jednostkę chorobową charakteryzował stale utrzymujący się poziom zachorowań; potwierdzeniem tego są dane statystyczne dotyczące roku 2009;

- stany padaczkowe – główny problem zdrowotny dzieci poniżej 5 roku życia.

CHOROBY NARZĄDÓW ZMYŚŁÓW - wśród tej grupy dominowały dwie jednostki chorobowe:

- choroby narządu słuchu związane z wiekiem oraz z innymi przyczynami;
- ślepota i upośledzenie wzroku.

Niniejsze jednostki chorobowe występowały we wszystkich grupach wiekowych.

INNE CHOROBY NIEZAKAŻNE - wśród innych chorób zakaźnych dominowały:

- zaburzenia w obrębie jamy ustnej – problem dotyczył głównie osób starszych, w nieco mniejszym stopniu występował wśród osób w wieku 15 – 49 lat, natomiast najmniej dotknięta problemem była młodzież oraz dzieci poniżej 5 roku życia;
- choroby kobiecych narządów płciowych – problem zdrowotny kobiet w przedziale wiekowym 15 – 49 lat;
- choroby układu wydzielania wewnętrznego – problem zdrowotny, który występował we wszystkich grupach wiekowych.

CUKRZYCA I CHOROBY NEREK - grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Problem zdrowotny dotyczył głównie osób starszych, w nieco mniejszym stopniu dotyczył osoby w przedziale wiekowym 5-14 lat oraz dzieci poniżej 5 roku życia. Co warto zaznaczyć, jednostkę chorobową charakteryzował wyraźny trend wzrostowy zachorowań; potwierdzeniem tego są dane statystyczne dotyczące roku 2009.

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA – grupa chorób obejmująca schorzenia narządów i tkanek układu krążenia, w szczególności serca, tętnic i żył. Analizując tę grupę chorób pod kątem niepełnosprawności/utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością wśród tej grupy dominowały:

- udary – problem zdrowotny, który dotyczył w przeważającej większości dzieci i młodzież, natomiast w nieco mniejszym stopniu osoby w przedziale wiekowym 15 – 49 lat oraz osoby starsze;
- choroba niedokrwienna serca – problem zdrowotny, który w największym stopniu dotyczył osób starszych;
- migotanie i trzepotanie przedsionków - problem zdrowotny występujący głównie wśród osób starszych;

Należy zaznaczyć, iż w/w jednostki chorobowe charakteryzuje wzrost zachorowań w stosunku do roku 2009.

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH - analiza zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wykazała, że głównymi problemami zdrowotnymi ludności województwa lubelskiego w kontekście utraty

niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością były:

- zaburzenia związane z piciem alkoholu – problem zdrowotny dotyczył głównie osób starszych, w nieco mniejszym stopniu osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat, natomiast w najmniejszym stopniu dotyczył dzieci oraz młodzież;
- zaburzenia związane z nadużywaniem leków – problem, dotyczył w przeważającej większości osób w wieku 5-14 lat, w nieco mniejszym stopniu występował wśród osób w przedziale wiekowym 15 – 49 lat, natomiast najmniej dotknięte problemem były osoby starsze.

PRZEWLEKŁE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO –grupa chorób wśród której dominowała:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc – jednostka chorobowa dotyczyła głównie osób starszych, w nieco mniejszym stopniu problem dotyczył osoby w przedziale wiekowym 15 – 49 lat, natomiast w najmniejszym stopniu problemem dotknięte były dzieci oraz młodzież. Co warto podkreślić, jednostkę charakteryzował wyraźny trend wzrostowy zachorowań w stosunku do roku 2009;
- astma – problem zdrowotny występujący głównie wśród dzieci oraz młodzieży, w mniejszym stopniu problemem dotknięte były osoby w przedziale wiekowym 15 – 49 lat oraz osoby starsze;
- śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza - problem zdrowotny, który występował we wszystkich grupach wiekowych.

CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ – głównymi jednostkami chorobowymi w tej grupie były:

- zapalenia skóry – problem zdrowotny dotyczył głównie dzieci i młodzieży do 14 roku życia, w mniejszym stopniu dotyczył osób starszych;
- pokrzywka – problem zdrowotny głównie dzieci i młodzieży do 14 roku życia;
- łuszczyca – problem zdrowotny ogółu społeczeństwa, który w największym stopniu dotyczył osób w przedziale wiekowym 50 – 69 lat.

CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO - wśród tej grupy chorób na terenie województwa lubelskiego w 2019 roku dominowały:

- choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego – problem zdrowotny najczęściej dotyczył osób w wieku 15 – 49 lat, w nieco mniejszym stopniu problem występował wśród osób w wieku 50-69 lat oraz osób starszych; warto zaznaczyć, że chorobę charakteryzował stale utrzymujący się poziom zachorowań;
- choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych – problem zdrowotny osób w przedziale wiekowym 50 – 69 lat oraz osób starszych powyżej 70 roku życia;
- nieswoiste zapalenie jelit – problem zdrowotny osób w wieku 15 – 49 lat.

NOWOTWORY - wśród tej grupy chorób najczęściej występowały:

- nowotwory sutka – problem zdrowotny głównie osób w wieku 15 – 49 lat, w nieco

mniejszym stopniu osób w wieku 50 – 69 lat oraz po 70 roku życia;

- nowotwory jelita grubego i odbytnicy – problem, który dotyczył w największym stopniu osób starszych powyżej 70 roku życia, w nieco mniejszym stopniu osób w wieku 50 - 69 lat; następnie osób w wieku 15 - 49 lat, najmniej dotknięte problemem były osoby młode w wieku 5 – 14 lat;
- nowotwory gruczołu krokowego – jednostka chorobowa, która występowała w zdecydowanej większości wśród osób starszych powyżej 70 roku życia, w nieco mniejszym stopniu dotyczyła osób w przedziale wiekowym 50 – 69 lat, natomiast najmniej dotkniętą grupą były osoby w wieku 15 - 49 lat.

Analiza urazów w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD)

Analizując wskaźnik niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością wśród urazów dominowały:

- urazy nieumyślne (74,31%), najczęściej spowodowane przez upadki, narażenia na siły mechaniczne oraz urazy termiczne;
- urazy komunikacyjne (21,91%, najczęściej spowodowane przez zdarzenia drogowe;
- samookaleczenia i przemoc interpersonalna (3,78%); gdzie dominowała głównie przemoc interpersonalna.

Zaznaczyć należy, że w/w problemy charakteryzował stale utrzymujący się trend wzrostowy zachorowań. Potwierdzeniem tego są dane statystyczne dotyczące roku 2009.

Analiza chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania w województwie lubelskim w 2019 roku pod kątem niepełnosprawności/utruty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD)

Wśród chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania w województwie lubelskim w 2019 roku na pierwszym miejscu uplasowały się:

- niedobory żywieniowe;
- zakażenia dróg oddechowych i gruźlica;
- inne choroby zakaźne;
- zakażenia HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową.

NIEDOBORY ŻYWIENIOWE – problem zdrowotny dotyczył ogółu społeczeństwa i wynikał z braku odpowiedniej ilości żelaza w diecie, mniejszej ilości energii zawartej w pokarmach w stosunku do aktualnego zapotrzebowania organizmu tj. niedożywienia białkowo – kalorycznego, w zdecydowanie mniejszym stopniu spowodowany był niedoborem jodu czy też witaminy A.

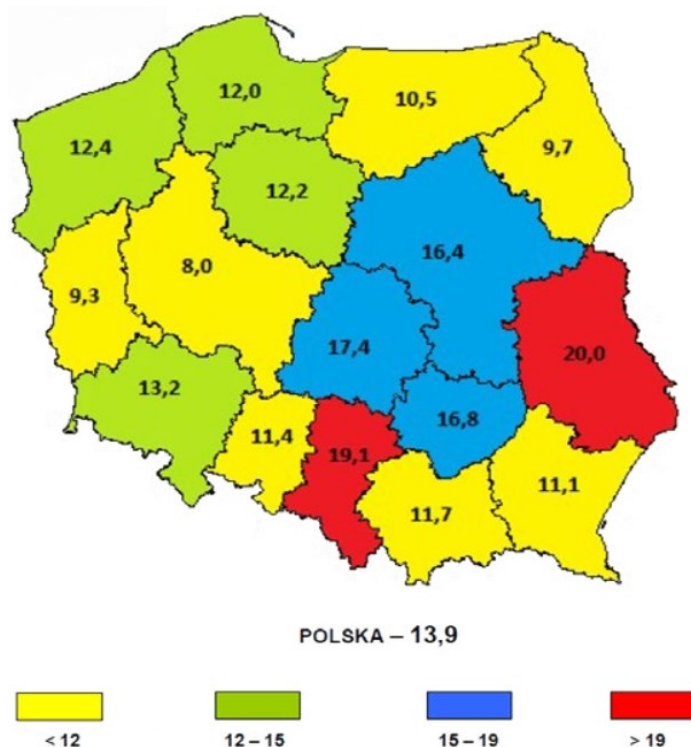
ZAKAŻENIA DRÓG ODDECHOWYCH I GRUŻLICA - wśród zakażeń dróg oddechowych na terenie województwa lubelskiego dominowały w zdecydowanej większości zakażenia górnych dróg oddechowych. Problem zdrowotny dotyczył w zdecydowanej większości osób starszych

powyżej 70 roku życia. W przypadku w/w jednostki chorobowej zaobserwowano tendencję wzrostową w stosunku do roku 2009. W nieco mniejszym stopniu przyczyną zakażeń dróg oddechowych były zapalenia ucha środkowego, gruźlica czy też zakażenia dolnych dróg oddechowych.

Gruźlica jest bakteryjną chorobą zakaźną o przewlekłym przebiegu występującą w postaci klinicznej gruźlicy płuc (najczęstsza postać) oraz gruźlicy innych narządów. Gruźlica jest objęta przez WHO celem eliminacyjnym, jakim jest osiągnięcie do roku 2050 liczby zachorowań nieprzekraczającej 1 przypadku na milion mieszkańców. W 2019 roku zarejestrowano 5 321 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców - 13,9), co oznacza 166 przypadków gruźlicy mniej niż w roku poprzednim i 2188 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2010. W 2019 roku największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: **lubelskim**, śląskim, łódzkim. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne zgodnie z danymi GUS (Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.) można stwierdzić, że w 2019 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego – 20 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa śląskiego i łódzkiego (odpowiednio 19 i 17 przypadków), podczas gdy wskaźnik dla kraju był wyraźnie niższy – 14 zachorowań na 100 tys. ludności. Najrzadziej na gruźlicę chorowali mieszkańcy województwa wielkopolskiego (8 przypadków na 100 tys. ludności).

W 2019 r. najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła 95,4% (w 2018 r. 95,2%) wszystkich zachorowań. Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowane od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana. Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. W roku 2018 zaszczepiono tą szczepionką 283 070 noworodków, co stanowiło 72,9 % ogółu dzieci żywo urodzonych.

Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2019 roku wg województw (na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc – Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2019 r., str. 65

INNE CHOROBY ZAKAŹNE – wśród tej grupy dominowały:

- zapalenia opon mózgowych – problem zdrowotny dotyczył ogółu społeczności, najwięcej przypadków stwierdzono wśród osób powyżej 70 roku życia, natomiast najmniej przypadków zaobserwowano wśród osób w wieku 5-14 lat oraz u dzieci poniżej 5 roku życia;
- oспа wietrzna i półpasiec – problem zdrowotny, który występował głównie wśród osób starszych powyżej 70 roku życia, natomiast najmniej dotknięta problemem była młodzież oraz dzieci poniżej 5 roku życia;
- ostre zapalenie wątroby - wśród tej jednostki chorobowej dominowały osoby w wieku 5 - 14 lat oraz 15 – 49 lat, natomiast najmniej dotknięte problemem były dzieci poniżej 5 roku życia.

ZAKAŻENIA HIV/AIDS I ZAKAŻENIA PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ - wśród tej grupy chorób na terenie województwa lubelskiego w 2019 roku dominowały zakażenia z wyłączeniem wirusa HIV.

Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim zostały uwzględnione załączniku – aneks statystyczny (dane z BASIW).

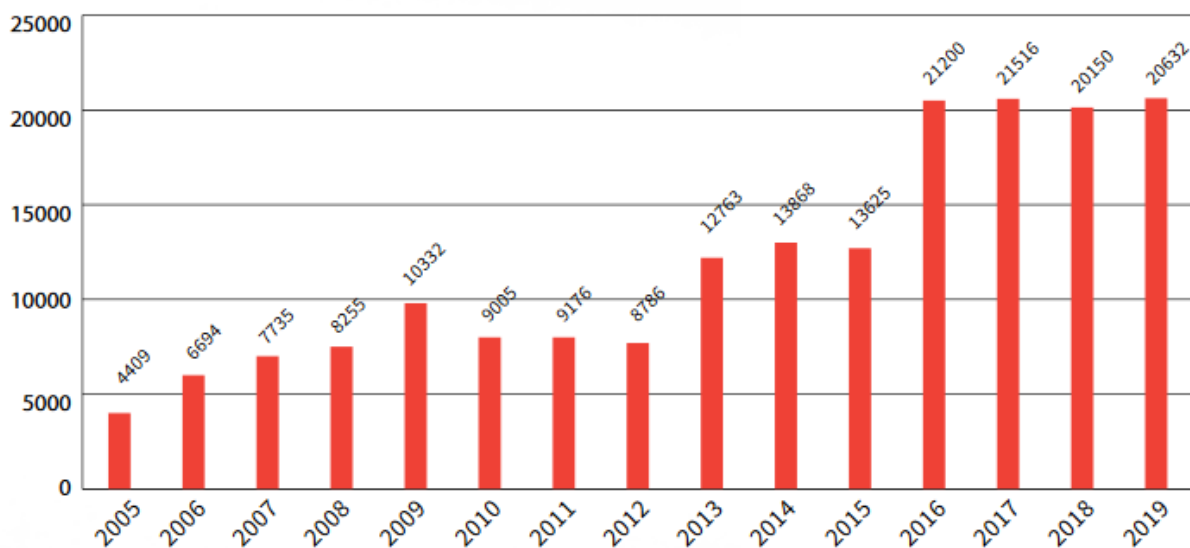
ZAKAŻENIA BORRELIA BURGDORFERI

Zgodnie z raportem Państwowej Inspekcji Sanitarnej „Stan sanitarny kraju w roku 2019”

w 2019 r. w Polsce odnotowano 20 632 przypadki boreliozy. Dla porównania w 2015 r. zanotowano ich łącznie 13 625 przypadków. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 000 rocznie. W 2019 r. największą liczbę rozpoznań boreliozy odnotowano w województwach: małopolskim, śląskim, mazowieckim i **lubelskim**.

Przyczyn wzrostu rejestrowanej rokrocznie coraz wyższej liczby przypadków boreliozy jest wiele. Przede wszystkim wzrasta podatność człowieka na zakażenie poprzez kontakt z kleszczami, co jest wynikiem zmian społeczno-ekonomicznych, w tym popularyzacji aktywnych form spędzania wolnego czasu przez człowieka w środowisku naturalnym, które jest także naturalnym środowiskiem kleszczy. Wzrost liczby kleszczy oraz wydłużenie okresu ich żerowania wynika głównie ze zmian klimatycznych i zmian środowiskowych, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuar *Borrelia burgdorferi*. Wobec braku dostępnej szczepionki przeciwko boreliozie podstawą jej profilaktyki jest stałe upowszechnianie wiedzy nt. tej choroby oraz edukacja społeczeństwa w zakresie stosowania środków ochronnych oraz właściwego postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza. Kleszczowe zapalenie mózgu to ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. W Polsce liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2019 r. zarejestrowano 265 przypadków zachorowań. Najskuteczniejszą formą ochrony przed zakażeniem wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest szczepienie, które jest zalecane w szczególności dla najbardziej narażonych grup zawodowych (leśnicy, rolnicy itp.).

Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2019



Źródło: Raport Państwowej Inspekcji Sanitarnej „Stan sanitarny kraju w roku 2019” – str.199

W ramach zapobiegania chorobom odkleszczowym realizowany jest Program profilaktyki boreliozy współfinansowany ze środków unijnych dedykowany mieszkańcom województwa lubelskiego w wieku aktywności zawodowej, z uwzględnieniem grup wysokiego ryzyka, czyli rolników, leśników, myśliwych, którzy podejrzewają u siebie boreliozę lub mieli kontakt z kleszczem.

1.3.5 Analiza zgonów w województwie lubelskim w 2019 roku

Z analizy danych dotyczących zgonów wśród mieszkańców województwa lubelskiego w roku 2019 wynika, że ich wskaźnik był znacznie wyższy w porównaniu z innymi województwami w Polsce. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa lubelskiego przypadło 1090 zgonów. Był to wskaźnik znacznie wyższy niż w skali całego kraju (1067) i jeden z wyższych w porównaniu z innymi województwami. Wyższą liczbę zgonów odnotowano w województwach: dolnośląskim, lubuskim, łódzkim, śląskim i świętokrzyskim.

Województwo Lubelskie charakteryzowało się również dużą dysproporcją pomiędzy wskaźnikiem zgonów na wsi (1155 na 100 tys. mieszkańców wsi) i w mieście (1015 na 100 tys. mieszkańców miast). Wskaźnik zgonów wśród mieszkańców lubelskich wsi był znacznie wyższy w porównaniu z analogicznym wskaźnikiem dla całego kraju i tylko w województwach łódzkim, podlaskim i świętokrzyskim wskaźnik zgonów na wsi był wyższy. Jednocześnie wskaźnik zgonów w mieście był jednym z najniższych w kraju.

Tabela 5. Zgony w 2019 roku wg województw na 100 tys. ludności

Zgony	OGÓŁEM	MIASTO	WIEŚ
	1067	1098	1021
dolnośląskie	1128	1178	1019
kujawsko-pomorskie	1065	1139	958
lubelskie	1090	1015	1155
lubuskie	1093	1103	1074
łódzkie	1244	1275	1193
małopolskie	969	1031	911
mazowieckie	1066	1056	1084
opolskie	1086	1094	1077
podkarpackie	941	917	958
podlaskie	1060	936	1253
pomorskie	960	1042	817
śląskie	1144	1181	1024
świętokrzyskie	1171	1151	1188
warmińsko-mazurskie	1044	1061	1021
wielkopolskie	980	1045	904
zachodniopomorskie	1088	1129	998

Opracowano na podstawie bazy demografii GUS – dostęp do danych 23 września 2020 r.

Analiza struktury zgonów według płci świadczy o nadumieralności mężczyzn, w 2019 roku w województwie lubelskim zmarło 11 945 mężczyzn i 11 070 kobiet. W analizowanych latach 2005-2019 stwierdzono znaczącą nadwyżkę zgonów mężczyzn w porównaniu z liczbą zgonów kobiet. Od roku 2010 zaobserwowano tendencję systematycznego zmniejszania się dysproporcji pomiędzy liczbą zgonów kobiet i mężczyzn. Zgony mężczyzn w 2010 r. stanowiły 53,4% ogółu zgonów w województwie lubelskim, natomiast do roku 2019 odsetek ten

zmniejszył się do 51,9%.

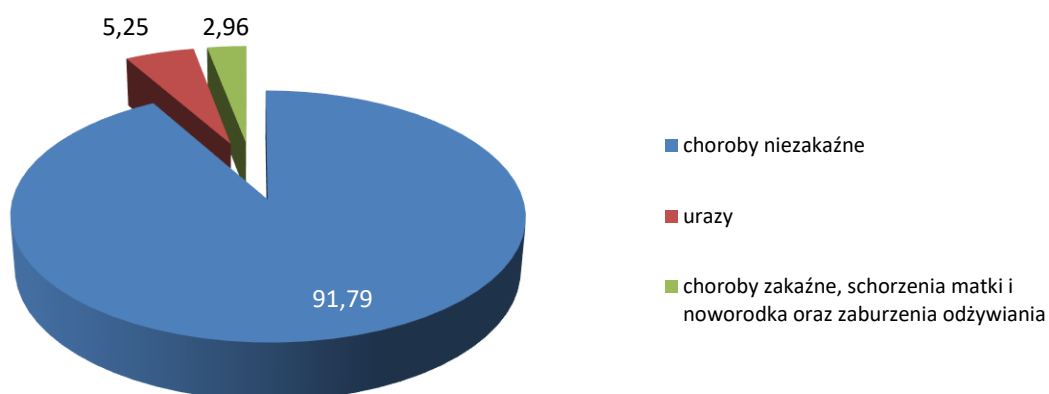
Zgony w podziale na płeć w województwie lubelskim



Opracowano na podstawie Bazy demografii GUS– dostęp do danych 23 września 2020 r.

Analiza struktury problemów zdrowotnych w 2019 roku według przyczyn zgonów w województwie lubelskim zgodnie z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wykazała, że największą grupę chorób będącą główną przyczyną zgonów stanowiły choroby niezakaźne (91,79%), kolejnymi grupami były urazy (5,25%) oraz choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania obejmując 2,96% ogółu. W porównaniu do całego kraju w roku 2019 (91,39%, 5,18%, 3,43%) choroby niezakaźne oraz urazy stanowiły minimalnie większą wartość procentową dla województwa lubelskiego, zaś choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania stanowiły niższy współczynnik dla województwa lubelskiego wobec kraju.

Struktura problemów zdrowotnych wg przyczyn zgonów dla województwa lubelskiego w 2019 r.



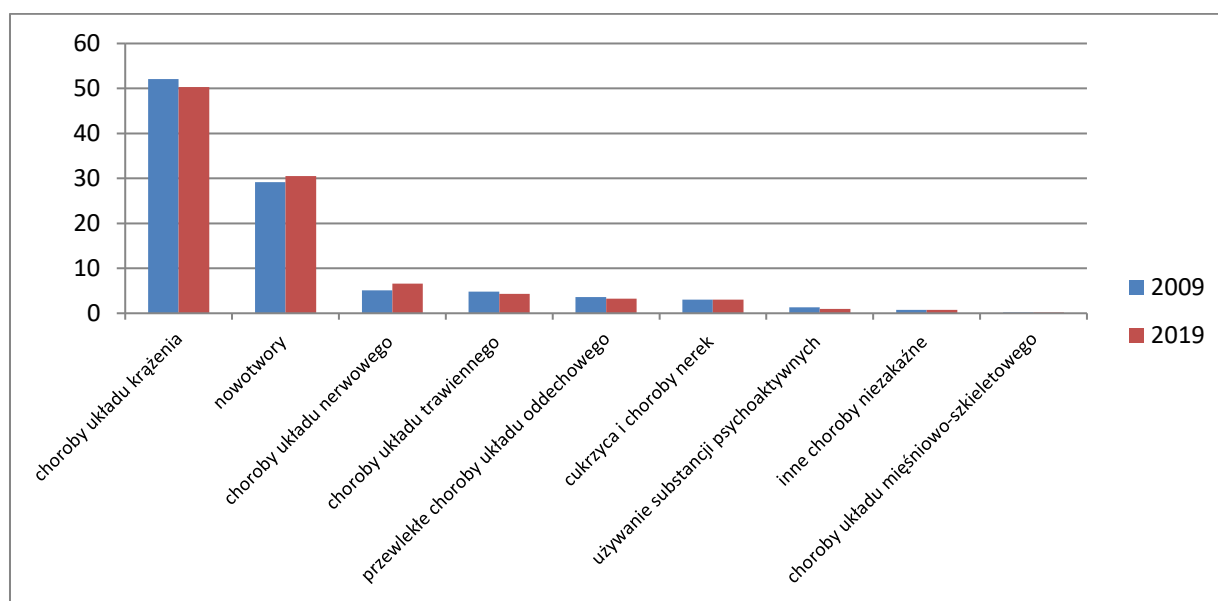
Opracowanie własne na podstawie BASIW – dostęp do danych 23 września 2020 r.

Analiza przyczyn zgonów w grupie chorób niezakaźnych wśród mieszkańców województwa lubelskiego

Wśród chorób niezakaźnych, najczęstszą przyczynę zgonów w województwie lubelskim w 2019 roku stanowiły:

- choroby układu krążenia (50,33%);
- nowotwory (30,52%);
- choroby układu nerwowego (6,58%);
- choroby układu trawienego (4,33%);
- przewlekłe choroby układu oddechowego (3,25%);
- cukrzyca i choroby nerek (3,04%);
- zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w tym leków (1%);
- inne choroby niezakaźne (0,74%).

Główne przyczyny zgonów w kontekście chorób niezakaźnych w województwie lubelskim



Opracowanie własne na podstawie BASiW – dostęp do danych 23 września 2020 r.

Głównymi przyczynami zgonów w zakresie chorób układu krążenia były: choroba niedokrwienna serca, udary, kardiomiopatie i zapalenia mięśnia sercowego, a także choroba nadciśnieniowa. Należy jednak zaznaczyć, iż zjawisko umieralności z powodu chorób układu krążenia jest zróżnicowane w zależności od wieku. Grupą szczególnie narażoną były osoby w wieku 50 lat i więcej. Wyjątkiem były dzieci w wieku poniżej 5 roku życia, które najczęściej były narażone na kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego. Analizując daną podgrupę należy stwierdzić, że choroby układu krążenia niezmiennie stanowią **utrzymujący się trend wzrostowy będąc** główną przyczyną zgonów.

Nowotwory to wśród chorób niezakaźnych kolejna przyczyna zgonów.

W niniejszej podgrupie najwięcej zgonów wywoływały nowotwory układu oddechowego (tchawicy, oskrzeli i płuc). Stosunkowo częstą przyczyną były nowotwory jelita grubego i odbytnicy, sutka, trzustki, żołądka i gruczołu krokowego. Nowotwory były zdecydowanie częściej przyczyną zgonów wśród mężczyzn (373,4 zgonów na 100 tys. mężczyzn) niż wśród kobiet (240,4 zgonów na 100 tys. kobiet). Biorąc pod uwagę nowotwory, na które chorują zarówno kobiety jak i mężczyźni stwierdzono dużą różnicę w liczbie zgonów z powodu nowotworów krtani (trzynastokrotna przewaga mężczyzn nad kobietami), pęcherza moczowego (pięciokrotna przewaga mężczyzn nad kobietami), tchawicy, oskrzeli i płuc (mężczyźni trzykrotnie częściej chorują niż kobiety), żołądka (mężczyźni dwukrotnie częściej są hospitalizowani niż kobiety).

Zgodnie z Wojewódzkim Rejestrem Nowotworów w województwie lubelskim można zaobserwować wzrost liczby zachorowań na nowotwory w stosunku do poprzednich dekad. Liczba rejestrowanych rocznie nowych zachorowań zwiększyła się w omawianym okresie z około 5,5 tys. na początku lat 90-tych XX wieku do ponad 9 tys. Stanowi to ponad 60-procentowy wzrost liczby zachorowań. Obliczane surowe współczynniki zachorowalności ogółem uległy zwiększeniu z około 280/100tys. mieszkańców w latach 90-tych XX wieku do niemal 430/100 tys. w roku 2018.

Wśród chorób układu nerwowego, pod względem częstości występowania zgonów dominowały: choroby otępienne, w tym choroba Alzheimera oraz choroba Parkinsona, stany padaczkowe i stwardnienie rozsiane.

Kolejną podgrupą dla chorób niezakaźnych stanowiącą przyczynę zgonów stanowiły choroby układu trawiennego, wśród nich: marskość wątroby, zapalenie trzustki, choroby górnego odcinka pokarmowego, naczyniowe zaburzenia jelit.

Kolejną pozycję zajmowały przewlekłe choroby układu oddechowego, a wśród nich przewlekła obturacyjna choroba płuc, która była najczęstszą przyczyną w danej podgrupie dotycząc głównie osoby od 15 roku życia. Natomiast astma oraz śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza stanowiły główną przyczynę zgonów dla grupy wiekowej do 14 roku życia.

W podgrupie chorób metabolicznych, głównym elementem przyczyniającym się do zgonów mieszkańców województwa była cukrzyca, stanowiąc ponad 51% udział w zgonach. Kolejną przyczyną zgonów były przewlekłe choroby nerek.

Corocznie z przyczyn bezpośrednio lub pośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera na Lubelszczyźnie około 200 osób. Problem ten dotyczy głównie mężczyzn.

Analizując strukturę problemów zdrowotnych zgodnie z BASiW, kolejną podgrupę według liczby zgonów stanowiły inne choroby niezakaźne tj.: wady wrodzone płodu, choroby związane z przemianą materii, krwi i układu odpornościowego. Stanowiły one łączne około 0,7 % wszystkich zgonów przypisanych grupie chorób niezakaźnych.

Ostatnią podgrupę stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego, w tym reumatoidalne zapalenie stawów, które dotyczy głównie osoby powyżej 50 roku życia oraz inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego.

Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim zostały uwzględnione w aneks statystycznym (dane z BASiW)

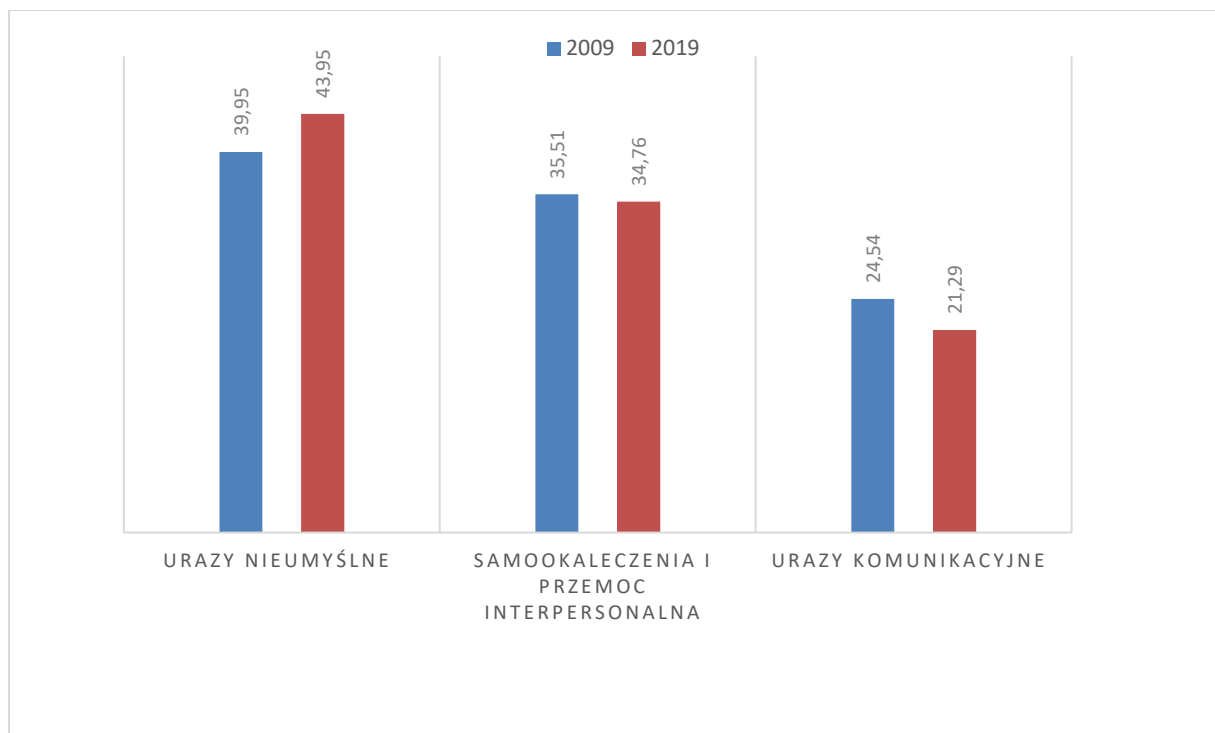
Analiza przyczyn zgonów w grupie urazów wśród mieszkańców województwa lubelskiego

Zgodnie z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych w 2019 roku urazy stanowiły kolejną pod względem wielkości grupę chorób, będącą przyczyną zgonów wśród mieszkańców województwa lubelskiego. Wśród tej grupy dominowały:

- urazy nieumyślne (43,95%);
- samookaleczenia i przemoc interpersonalna (34,76%);
- urazy komunikacyjne (21,29%).

Urazy nieumyślne stanowiły główną przyczynę zgonów, odpowiadając za 5,25% wszystkich przyczyn zgonów. W 2019 roku nastąpił ich nieznaczny wzrost wobec roku 2009. Samookaleczenia oraz urazy komunikacyjne stanowiły kolejne przyczyny zgonów, ich wskaźniki były nieznacznie niższe w stosunku do roku 2009.

Główne przyczyny zgonów dla grupy urazów w województwie lubelskim



Opracowanie własne na podstawie BASiW – dostęp do danych 23 września 2020 r.

Wśród urazów nieumyślnych upadki stanowiły największą ponad 51% przyczynę zgonów dotykając najczęściej osoby powyżej 50 roku życia. Kolejnymi problemami przyczyniającymi się do śmierci były utonięcia, urazy spowodowane przez ciało obce, urazy termiczne a także narażenia na działania siły mechanicznej. Wskazane przyczyny dotyczyły głównie populację osób od 5 do 49 roku życia, zaś urazy spowodowane przez ciało obce były główną przyczyną zgonów wśród osób do 5 roku życia.

Samookaleczenia i przemoc interpersonalna stanowiły co trzecią przyczynę zgonów,

zaś urazy komunikacyjne odpowiadały za co piąty przypadek zgonów wśród grupy urazów.

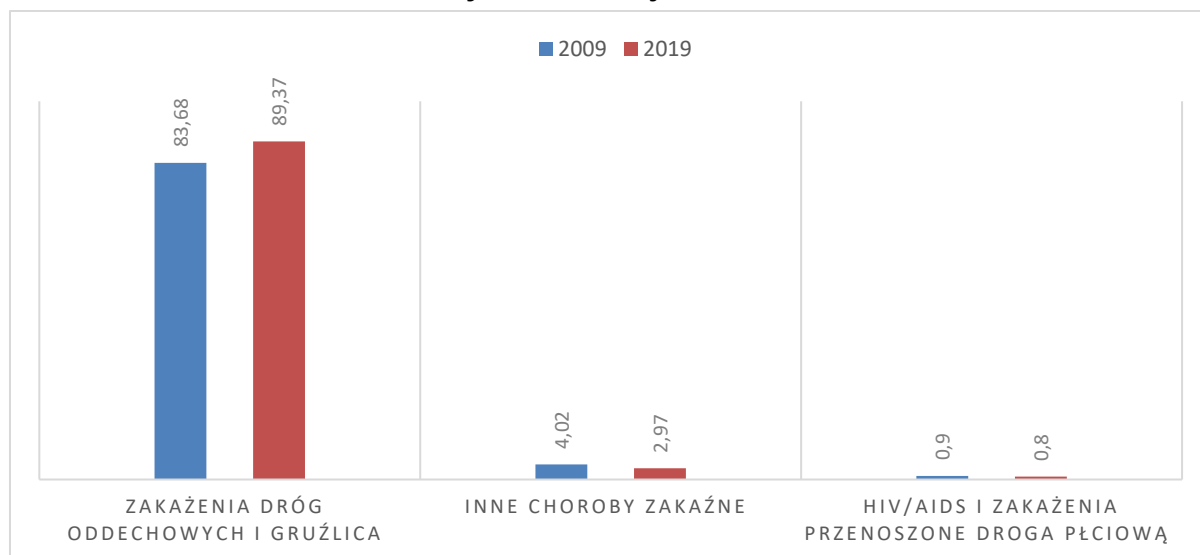
Szczegółowe informacje dotyczące sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim zostały uwzględnione załączniku – aneks statystyczny (dane z BASIW)

Analiza przyczyn zgonów w grupie chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania wśród mieszkańców województwa lubelskiego

Trzecią grupą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów wśród mieszkańców województwa lubelskiego w 2019 roku były choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania. Wśród tej grupy, główną przyczyną były:

- zakażenia dróg oddechowych i gruźlica (89,37%);
- inne choroby zakaźne (2,97%);
- HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową (0,9%).

Główne przyczyny zgonów dla chorób zakaźnych, schorzeń matki i noworodka oraz zaburzeń odżywiania w województwie lubelskim



Opracowanie własne na podstawie BASiW – dostęp do danych 23 września 2020 r.

Największy odsetek zgonów w podgrupie zakażenia dróg oddechowych i gruźlica stanowiły problemy zdrowotne związane z zakażeniami dolnych dróg oddechowych odpowiadając za 93% zgonów. Na kolejnym miejscu znalazła się gruźlica z niemal 7% udziałem.

Kolejną przyczynę zgonów wg danych BASiW stanowiły inne choroby zakaźne, wśród nich zapalenie opon mózgowych, które najczęściej dotyczyło grupy wiekowej do 5 roku życia oraz od 15 do 69 roku życia.

Szczegółowe informacje dotyczące analizy zgonów w województwie lubelskim zostały uwzględnione w aneksie statystycznym (dane z BASIW)

1.4 Rozwój epidemii COVID – 19 w województwie lubelskim

Epidemia COVID-19 w UE rozpoczęła się na przełomie lutego i marca 2020 r. Formalnie COVID-19 został włączony na listę chorób zakaźnych podlegających Ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020 poz. 325). Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 2 marca 2020 r. uchwalił Ustawę o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Pierwszym szczególnie dotkniętym regionem w Europie była północ Włoch, zwłaszcza Lombardia. Wkrótce liczne zachorowania były odnotowywane w Hiszpanii, Francji, Niemczech i Wielkiej Brytanii. W tych krajach gwałtowny wzrost zachorowań miał miejsce w marcu i trwał około 2 tygodni do osiągnięcia apogeum na początku kwietnia.

W dniu 13 marca 2020 weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433) Stan zagrożenia epidemicznego to sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Minister Zdrowia w dniu 20 marca 2020 r. wydał rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491). Stan epidemii to z kolei sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii.

Zgodnie ze Strategią walki z pandemią COVID-19 w Polsce opracowaną przez Ministerstwo Zdrowia, działania ograniczające (tzw. „lock-down”) podjęto już w połowie marca, czyli 11 dni po wykryciu pierwszego przypadku zachorowania na COVID-19. Miało to kluczowy wpływ na przebieg epidemii COVID-19. Liczba zachorowań i zgonów narastały stopniowo do połowy kwietnia i utrzymywały się do połowy czerwca odpowiednio dla 14-dniowej skumulowanej zapadalności na poziomie około 15 przypadków na 100 tys. ludności i umieralności na poziomie 10 zgonów na milion ludności Polski.

Wzrost zachorowań w kraju odnotowano w sierpniu i wrześniu, kiedy zapadalność przekroczyła wartość 25 przypadków na 100 tys. ludności i po chwilowym nieznacznym obniżeniu w połowie września zaczęła gwałtownie wzrastać i w połowie października przekroczyła 100 przypadków na 100 tys. ludności. Podobnie sytuacja epidemiologiczna kształtowała się w Słowacji i Czechach, z tym, że w tym samym czasie zapadalność osiągnęła tam odpowiednio 200 i 450 na 100 tys. ludności.

Rozmieszczenie geograficzne osób chorych w początkowej fazie epidemii w Polsce było losowe, co wynikało między innymi z mechanizmu szerzenia się patogenu. Szybko jednak zauważalne było koncentrowanie się nowych zachorowań w dużych miastach i ich aglomeracjach (Warszawa, Kraków, Poznań, Łódź). Wprowadzenie częściowego zamrożenia gospodarki i ograniczenie mobilności przez zamknięcie placówek oświatowych, organizacja pracy zdalnej znacznie ograniczyły możliwość transmisji SARS-CoV-2.

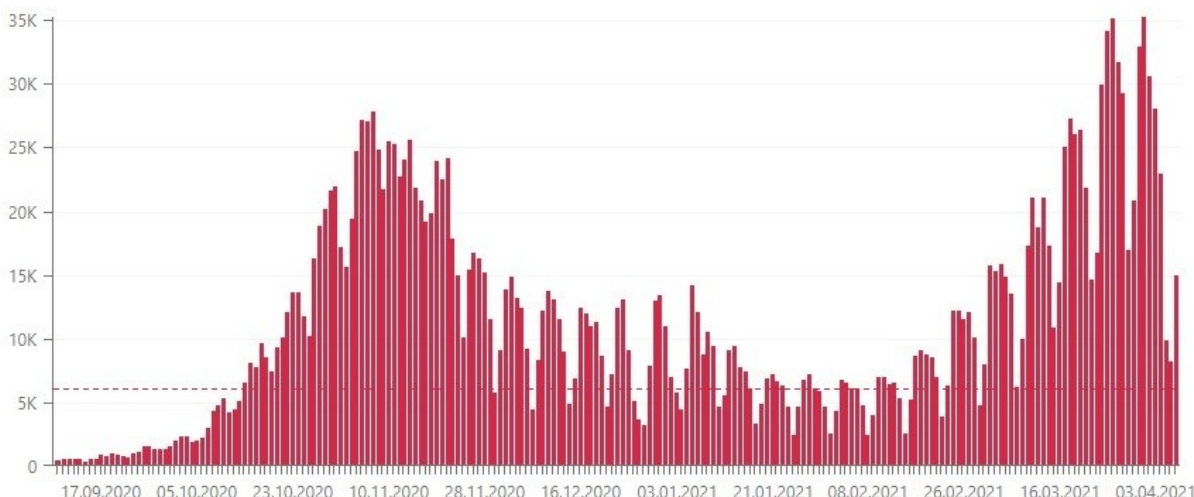
Epidemia ponownie uległa zmianie z epidemii o charakterze ogniskowanej w kilkunastu powiatach do rozproszonej transmisji w społeczeństwie. W czerwcu odnotowano 10609 nowych przypadków, a 42% wszystkich nowych przypadków pochodziło ze Śląska, gdzie były charakterystyczne dla przemysłu wydobywczego.

We wrześniu zarejestrowano 24 142 przypadki (wzrost o 11% w porównaniu do sytuacji z sierpnia). Sytuacja epidemiologiczna pogorszyła się od 24 września, gdy dobową liczbę nowych przypadków regularnie przekraczała tysiąc. W październiku odnotowano ponad 270 tysięcy przypadków, czyli 2,7 razy więcej niż w całym poprzedzającym okresie do końca września. Można zaobserwować dominację transmisji rozproszonej (67% wszystkich przypadków). Jednak, pomimo tak gwałtownego pogorszenia wskaźników, jeszcze pod koniec drugiej dekady października obserwowano mobilność na poziomie tej z połowy czerwca.

Według danych ECDC, na dzień 30 października 2020 r. Polska była na 11 miejscu w Europie pod względem skumulowanej 14-dniowej zapadalności na 100 tysięcy mieszkańców. Trend wzrostowy obserwowany był w całej Europie.

Dzienna liczba zakażeń

Poniższy wykres przedstawia liczbę samych potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce.

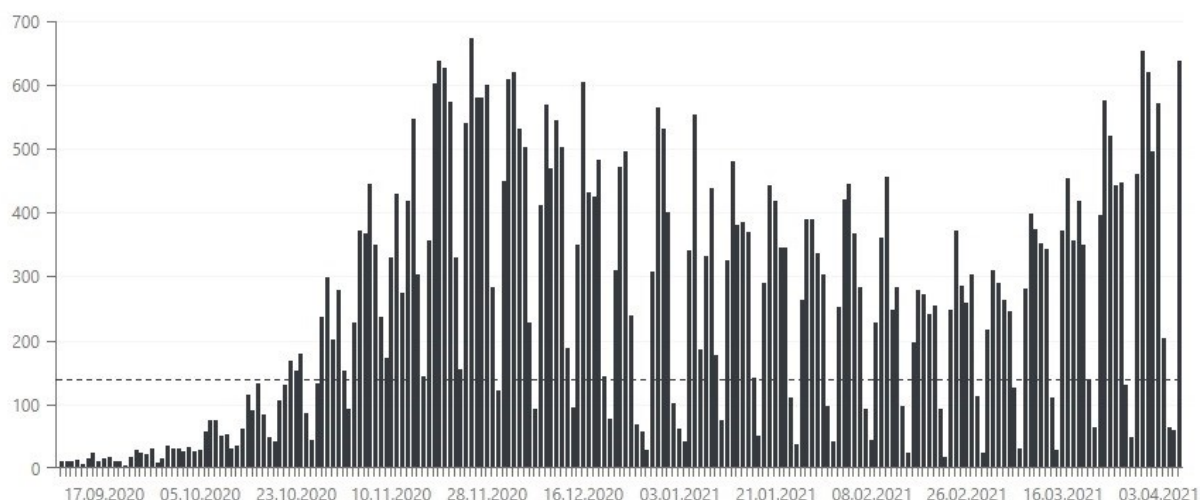


Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

W okresie od wprowadzenia stanu epidemii, tj. 20 marca 2020 r. do rozpoczęcia II fali we wrześniu 2020 r. dzienna maksymalna liczba przypadków w Polsce wynosiła poniżej 1000 przypadków. W dniu 24 września po raz pierwszy przekroczono tę wartość o 136 przypadków, co zwiastowało początek II fali zachorowań. Podczas trwania II fali, największą dzienną ilość zachorowań odnotowano w dniu 7 listopada i wynosiła już 27 875 przypadków. Od tego czasu nastąpił wyraźny spadek zachorowań do poziomu 2503 w dniu 1 lutego 2021. Po tym okresie ponownie nastąpił drastyczny wzrost zakażeń dając początek III fali koronawirusa. W dniu 1 kwietnia 2021 r. odnotowano aż 35 251 aktywnych zakażeń na terenie Polski. Do kwietnia 2021 roku średnia ilość zakażeń wynosiła 6102 dziennie.

Dzienna liczba zgonów

Poniższy wykres przedstawia liczbę samych zgonów z powodu COVID-19 w Polsce.

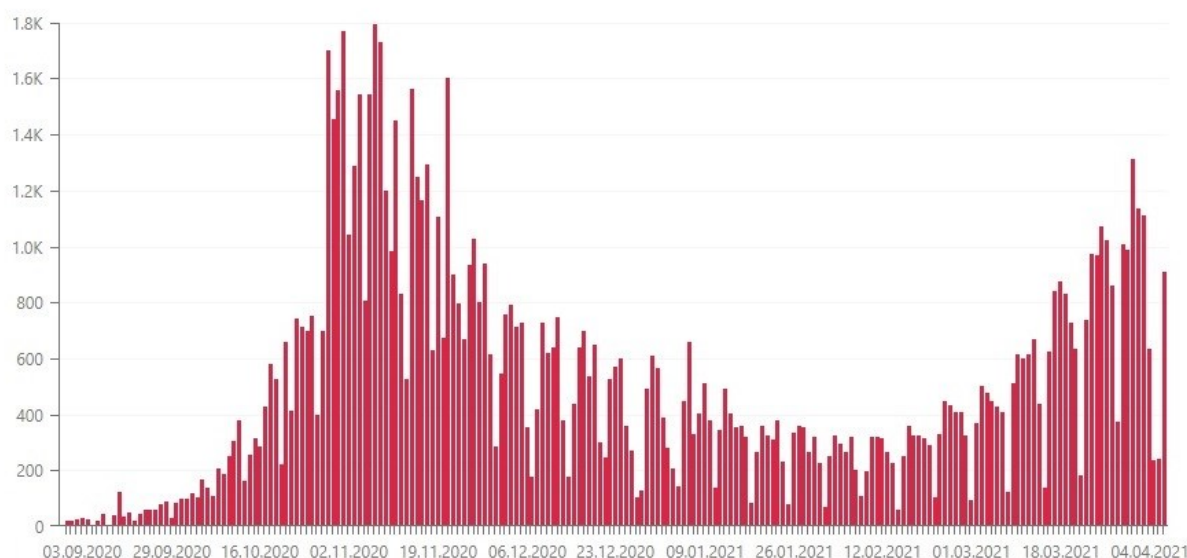


Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

W okresie od wprowadzenia stanu epidemii, tj. 20 marca 2020 r. do rozpoczęcia II fali we wrześniu 2020 r. dzienna maksymalna liczba zgonów wynosiła mniej niż 100 przypadków. W dniu 14 października po raz pierwszy przekroczono tę liczbę o 16 zgonów. Podczas trwania II fali od września 2020 r. największą dzienną ilość zgonów odnotowano w dniu 25 listopada i wynosiła już 674 zgony. Stanowi to największą ilość od początku pandemii. Od tego czasu nastąpił nieznaczny spadek ilości zgonów z powodu COVID – 19, a następnie tendencja wzrostowa III fali od marca 2021 r. do poziomu 653 w dniu 31 marca 2021 r. Do kwietnia 2021 roku średnia ilość zgonów wynosiła 139 dziennie.

Dzienna liczba zakażeń

Poniższy wykres przedstawia liczbę samych potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 w województwie lubelskim.

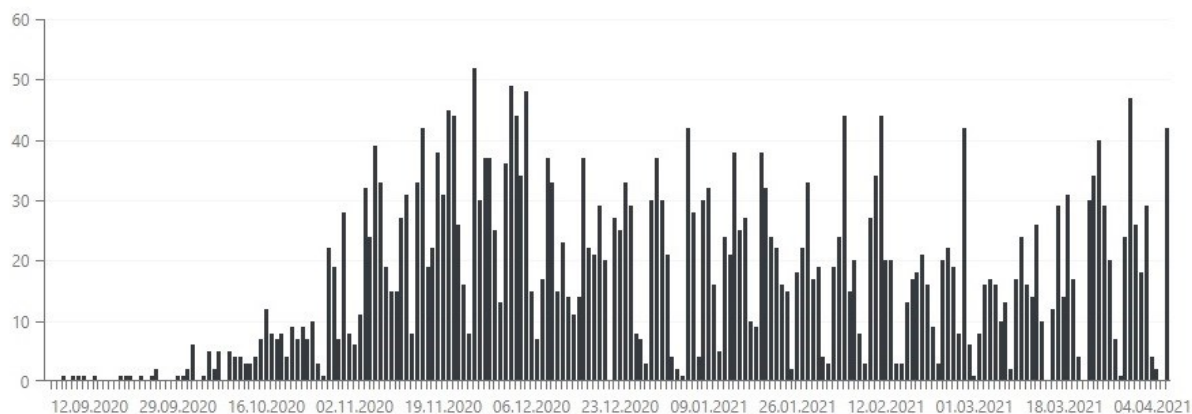


Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

Od początku I fali zakażeń SARS – CoV – 2, tj. w okresie od wprowadzenia stanu epidemii w dniu 20 marca 2020 r. do rozpoczęcia II fali we wrześniu 2020 r. dzienna maksymalna liczba przypadków w województwie lubelskim wynosiła poniżej 100 przypadków. W dniu 19 września po raz pierwszy przekroczono tę wartość o 22 przypadki, co zwiastowało początek II fali zachorowań. Podczas trwania II fali, największą dzienną ilość zachorowań odnotowano w dniu 7 listopada i wynosiła już 1794 przypadki. Od tego czasu nastąpił wyraźny spadek zachorowań do poziomu w okolicach 300 – 400 przypadków dziennie w lutym 2021. Po tym okresie ponownie nastąpił drastyczny wzrost zakażeń dając początek III fali koronawirusa. W dniu 1 kwietnia 2021 r. odnotowano aż 1313 aktywnych zakażeń na terenie Lubelszczyzny.

Dzienna liczba zgonów

Poniższy wykres przedstawia liczbę samych zgonów z powodu COVID-19 w województwie lubelskim.

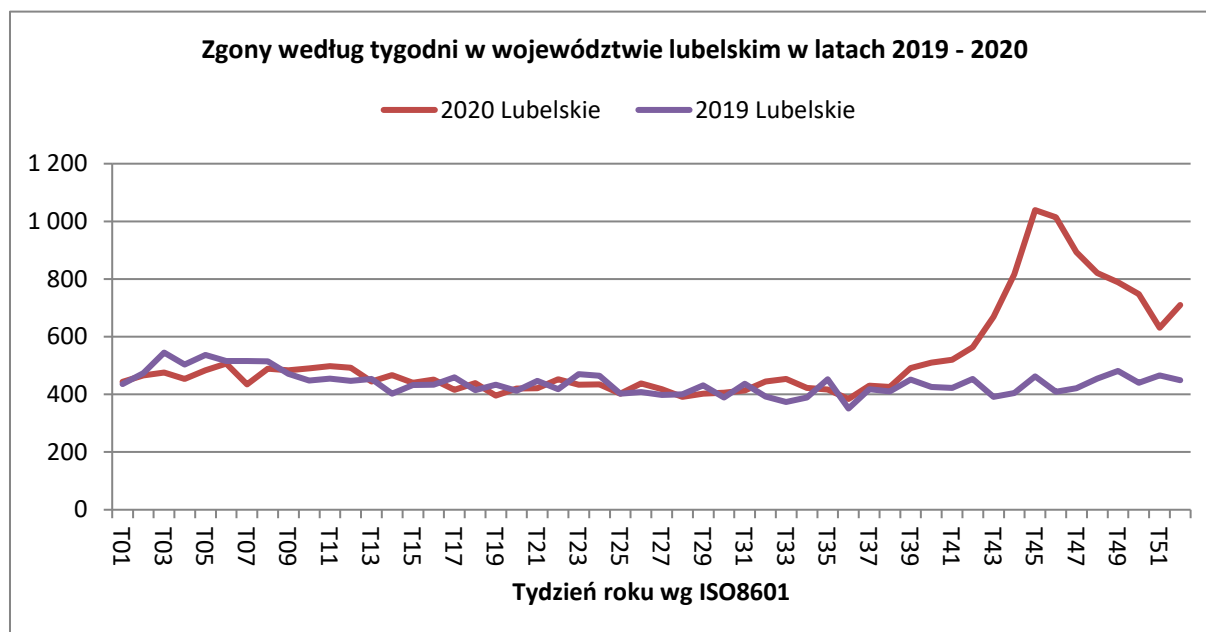


Źródło: <https://koronawirusunas.pl/>, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

W okresie od wprowadzenia stanu epidemii, tj. 20 marca 2020 r. do rozpoczęcia II fali we wrześniu 2020 r. dzienna maksymalna liczba zgonów na Lubelszczyźnie wynosiła mniej niż 10 przypadków. W dniu 16 października po raz pierwszy przekroczono tę liczbę o 2 zgony. Podczas trwania II fali od września 2020 r. największą dzienną ilość zgonów odnotowano w dniu 25 listopada i wynosiła już 52 zgony. Stanowi to największą ilość od początku pandemii na terenie województwa lubelskiego. Od tego czasu nastąpił nieznaczny spadek ilości zgonów z powodu COVID – 19 a następnie utrzymanie tej tendencji w III fali od lutego 2021 r. w której do kwietnia nie przekroczono liczby 50 zgonów dziennie.

Zgodnie z „Informacją o zgonach w Polsce w 2020 roku” liczba zgonów w Polsce w ostatnim kwartale roku 2020 przewyższyła liczbę zgonów z roku 2019. Według danych z rejestru PESEL, obejmującego również zgłoszone zgony Polaków/osób posiadających numer PESEL za granicą, w 2020 roku odnotowano informację o 485,2 tys. zgonów, dla porównania w roku 2019 odnotowano 418,1 tys. zgonów, stąd nadwyżka wyniosła 67,1 tys. zgonów. Szczególnie dużo zgonów nastąpiło w listopadzie, co widoczne jest na poniższym wykresie. W pierwszej połowie 2020 roku liczba zgonów nie odbiegała od wartości z lat wcześniejszych.

W województwie lubelskim liczba zgonów w latach 2019 – 2020 kształtowała się następująco:



Opracowanie własne na podstawie:

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>, data dostępu 30.04.2021

Analiza struktury wiekowej zgonów w latach 2020 i 2019 wykazała, że w ostatnim kwartale roku 2020 wzrosty zgonów dotyczyły wszystkich kategorii wiekowych, jednak zdecydowana większość nadwyżki spowodowana została wzrostami zgonów wśród osób starszych – zarówno w kategorii 61-80 lat jak i powyżej 80 roku życia. Miesiącem, na który przypadły najwyższe wzrosty w każdej grupie wiekowej, był listopad (w kolejności od najmłodszych do najstarszych odpowiednio 47%, 101% oraz 106% zgonów więcej niż w listopadzie 2019 r.).

Główną przyczyną wzrostu liczby zgonów stała się epidemia SARS-CoV-2, której szczyt zakażeń III fali w Polsce przypadł na przełom marca i kwietnia 2021 roku. Łączna liczba zgonów z powodu COVID – 19 oraz z chorobami współistniejącymi na dzień 6 maja 2021 roku wyniosła 68 993. Na terenie Lubelszczyzny w analogicznym okresie zmarło 4 171 osób.

Epidemia wskazała, że polityka zdrowotna jest jedną z najważniejszych wśród wszystkich polityk publicznych państwa. Jednoznacznie pokazała, że od organizacji i wydolności systemu ochrony zdrowia zależy funkcjonowanie gospodarki i społeczeństwa. Bezpieczeństwo zdrowotne stało się równie istotne jak to energetyczne czy militarne. W dziedzinie ochrony zdrowia obserwujemy powstanie nowych, nieznanych wcześniej problemów zdrowotnych związanych z samym zakażeniem SARS-CoV-2, ale także narastanie problemów już istniejących, jak np. wzrost i nasilanie się chorób przewlekłych, co nie znajduje odpowiedniej reakcji ze strony częściowo sparaliżowanego systemu ochrony zdrowia. W tej sytuacji najważniejszymi krokami, które jawią się jako konieczne do podjęcia w nadchodzących miesiącach i latach są:

1. powrót placówek opieki zdrowotnej do pełnowymiarowej działalności, umożliwiając

dostęp do niezbędnych usług zdrowotnych nie tylko dla pacjentów z COVID-19,

2. zabezpieczenie funkcjonowania szczególnie wrażliwych obszarów opieki zdrowotnej (np. diagnostyki i leczenia onkologicznego, kardiologicznego itp.), których paraliż może prowadzić do największych szkód zdrowotnych.

Powyższa analiza uzasadnia podjęcie działań na rzecz podwyższenia jakości i zwiększenia dostępności do usług zdrowotnych oraz wzmocnienie możliwości szybkiego reagowania systemu ochrony zdrowia na zagrożenia epidemiczne. Przed systemem ochrony zdrowia w Polsce z jednej strony stoi sprostanie problemom bezpośrednio związanym z pandemią COVID-19, a z drugiej wprowadzenie rozwiązań systemowych, finansowych, jakościowych i organizacyjnych, które pozwolą na zwiększenie efektywności systemu w dłuższej perspektywie czasowej.

W ramach RPO WL 2014-2020 ze środków EFS realizowano 2 projekty pozakonkursowe (wsparcie dla szpitali wojewódzkich, powiatowych i klinicznych) oraz 1 projekt nadzwyczajny (realizowany przez ROPS; wsparcie skierowano m.in. do instytucji opieki paliatywno-hospicyjnej). Powyższe projekty dotyczyły głównie zakupu środków ochrony osobistej, środków do dezynfekcji, odczynników, materiałów medycznych.

Ponadto, w ramach środków EFRR zostały rozszerzone zakresy realizowanych już 2 projektów pozakonkursowych o działania skierowane na walkę z COVID-19. W ramach powyższych działań zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do zwalczania COVID-19, a także wykonano drobne roboty budowlane. Wsparcie w ramach 2 powyższych projektów skierowane było do szpitali wojewódzkich.

1.5 Potrzeby zdrowotne w aspekcie działań profilaktycznych

Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną w województwie lubelskim w kontekście wskaźnika utraty lat życia (YLL), utraty lat życia spowodowanej niepełnosprawnością (YLD) oraz przyczyny zgonów ustalono następujące obszary zdrowia, określając katalog potrzeb zdrowotnych w aspekcie niezbędnych działań.

Zamieszczona poniżej lista potrzeb zdrowotnych wyznacza kierunki działań na lata kolejne wymagające zdecydowanych oddziaływań profilaktyczno-leczniczych wraz z działaniami operacyjnymi.

Listę potrzeb zdrowotnych wyznaczającą kierunki działań na lata kolejne uzupełniono o potrzeby, które ujawniły się w trakcie pandemii COVID-19, w tym potrzeby w zakresie konieczności rehabilitacji post covidowej.

1. Zapobieganie chorobom układu krążenia

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Choroba niedokrwienna serca
- 2) Kardiomiopatie
- 3) Choroba nadciśnieniowa
- 4) Udary

- 5) Migotanie i trzepotanie przedsionków

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne (pomiar ciśnienia krwi, określenie wskaźnika BMI, badania biochemiczne krwi)
- 2) Promowanie aktywności fizycznej
- 3) Promowanie odpowiedniego odżywiania
- 4) Promowanie życia bez palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu
- 5) Edukacja
- 6) Promowanie umiejętności radzenia ze stresem

2. Zapobieganie chorobom nowotworowym

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc
- 2) Nowotwory jelita grubego i odbytnicy
- 3) Nowotwory sutka i inne nowotwory wynikające z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych
- 4) Śmiertelność z powodu nowotworów

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne - Popularyzowanie wiedzy na temat metod wczesnego wykrywania nowotworów
- 2) Popularyzowanie wiedzy na temat czynników ryzyka wystąpienia chorób nowotworowych
- 3) Popularyzowanie udziału w zorganizowanych programach badań przesiewowych
- 4) Edukacja

3. Zapobieganie chorobom układu trawiennego

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby
- 2) Zapalenie trzustki
- 3) Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego
- 4) Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych
- 5) Nieswoiste zapalenie jelit

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja

4. Zapobieganie chorobom układu nerwowego

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Choroba Alzheimer'a i inne choroby otępienne
- 2) Choroba Parkinsona
- 3) Stany padaczkowe
- 4) Zespoły bólowe głowy

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja
- 3) Działania warsztatowe

5. Zapobieganie chorobom metabolicznym

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Cukrzyca
- 2) Choroby nerek

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja (zasady zdrowego żywienia)
- 3) Działania warsztatowe

6. Zapobieganie przewlekłym chorobom układu oddechowego

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
- 2) Astma
- 3) Śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja
- 3) Działania warsztatowe

7. Zapobieganie zaburzeniom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Zaburzenia związane z piciem alkoholu
- 2) Zaburzenia związane z nadużywaniem leków
- 3) Zaburzenia związane z używaniem narkotyków, dopalaczy

Oddziaływanie:

- 1) Edukacja

8. Zapobieganie chorobom układu mięśniowo – szkieletowego

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Bóle dolnego odcinka kręgosłupa
- 2) Zapalenie kości i stawów
- 3) Bóle odcinka szyjnego kręgosłupa

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja
- 3) Działania warsztatowe

9. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Zaburzenia depresyjne
- 2) Zaburzenia lękowe
- 3) Schizofrenia
- 4) Choroba afektywna dwubiegunowa

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja
- 3) Działania warsztatowe

10. Zapobieganie chorobom narządów zmysłu

Zakłócenia w stanie zdrowia:

- 1) Choroby narządu słuchu związane z wiekiem oraz innymi przyczynami
- 2) Ślepotą i upośledzenie wzroku

Oddziaływanie:

- 1) Badania profilaktyczne
- 2) Edukacja
- 3) Działania warsztatowe

11. Ograniczenie wysokiego wskaźnika zapadalności na choroby zakaźne

Zakłócenia w stanie zdrowia

- 1) Zachorowania na kleszczowe zapalenie mózgu
- 2) Zachorowania na boreliozę
- 3) Zachorowania na gruźlicę
- 4) Zachorowania na SARS-CoV-2
- 5) Zachorowania na HIV/AIDS
- 6) Infekcje dróg oddechowych

Oddziaływania

- 1) Badania profilaktyczne i kontrolne (w tym kierujące na rehabilitację post covidową)
- 2) Edukacja

1.6 Główne wyzwania ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym

Populacja województwa lubelskiego jest nieco starsza niż populacja Polski, a proces starzenia społeczeństwa z roku na rok pogłębia się. Liczba mieszkańców województwa lubelskiego zmniejszy się do 2029 r. dwukrotnie bardziej niż w skali kraju. Spadek ten jest przewidywany dla wszystkich powiatów z wyjątkiem powiatu lubelskiego. Zmiana struktury populacji według płci i wieku tak jak na poziomie całego województwa, jak i w skali powiatów będą podobne do zmian ogólnopolskich, prowadząc do udziału osób starszych na podobnym

poziomie przewidywanym dla całego kraju. Spowoduje to znaczny wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne i społeczne dla osób starszych.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w województwie lubelskim są i w najbliższej przyszłości nadal będą choroby układu krążenia, a wśród nich choroba niedokrwienna serca oraz udary, a także nowotwory (w szczególności nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, jelita grubego i odbytnicy). Należy również zwrócić większą uwagę na takie problemy zdrowotne, jak choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, cukrzyca i choroby nerek czy zaburzenia depresyjne, dla których w perspektywie kolejnych kilku lat prognozowany jest wyraźny wzrost zapadalności. Część z wymienionych wyżej problemów zdrowotnych z pewnością udałoby się zapobiec redukując do minimum występowanie czynników ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI, wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo, nieprawidłowa dieta oraz nadmierne spożywanie alkoholu.

Odpowiadają one w województwie lubelskim za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu. Połowa z nich to czynniki behawioralne, w zasadzie wszystkie mogą być modyfikowane poprzez zmianę stylu życia, w tym nawyki żywieniowe i poziom aktywności fizycznej. Dlatego niezbędna jest poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców regionu.

W kontekście prognozowanej zwiększonej zachorowalności oraz umieralności na nowotwory, konieczna jest poprawa zgłaszalności do populacyjnych programów profilaktycznych.

Niezbędne jest zwiększenie koordynacji pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń: podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną, leczeniem szpitalnym i rehabilitacją oraz pozostałymi.

Najistotniejszym problemem w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są kolejki do poradni specjalistycznych, przez co duża część pacjentów jest zmuszona do szukania pomocy w sektorze prywatnym. Zwiększenie współpracy na linii POZ - AOS pozwoliłoby w pewnym stopniu zmniejszyć skalę tego problemu. Podobnie, jak rozszerzenie bazy świadczeniodawców w przypadku poradni, do których dostępność w województwie lubelskim jest ograniczona (mała liczba poradni w przeliczeniu na 10 tys. ludności w porównaniu z resztą kraju). Zgodnie z BASiW 2019 Województwo lubelskie uplasowało się na czwartym miejscu w skali innych województw pod względem ilości udzielonych porad w przeliczeniu na tys. ludności – liczba porad wyniosła 4 770 769, z czego wynika, że udzielanych jest dużo porad w stosunku do małej liczby poradni przypadających na 10 tys. ludności (9. miejsce w kraju).

W obszarze leczenia szpitalnego istnieje konieczność dostosowania opieki szpitalnej do potrzeb starzejącej się populacji mieszkańców województwa oraz rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych w zakresach takich jak: onkologia, kardiologia, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa, neurologia, neurochirurgia, ale również m. in. w zakresie geriatrici, psychogeriatrici, diabetologii, nefrologii, endokrynologii, gastroenterologii oraz gruźlicy i chorób płuc, co potwierdza sytuacja epidemiologiczna w zakresie tych chorób oraz prognozy zapotrzebowania na łóżka szpitalne przedstawione w uprzednich edycjach map, które zgodnie z aktualną mapą potrzeb zdrowotnych dla Polski nadal mogą stanowić punkt odniesienia.

Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne dla osób starszych obecnie nie koresponduje z podażą usług, wskutek czego pacjenci niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, ale wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, zajmują łóżka na oddziałach tj. chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii (w przypadku pacjentów wentylowanych mechanicznie), kardiologicznych czy neurologicznych. Wprowadzenie w 2017 r. tzw. „sieci szpitali” nie wyeliminowało wszystkich problemów zidentyfikowanych przed rokiem 2017. Nadal odnotowuje się długi czas oczekiwania na wybrane świadczenia szpitalne, zbyt dużą liczbę hospitalizacji, niedobory kadrowe, wzrost liczby zakażeń i zgonów w wyniku zakażeń szpitalnych. Niemniej szpitale zakwalifikowane do sieci szpitali dostały możliwość lepszej koordynacji i kompleksowości w leczeniu pacjenta, co wydaje się kierunkiem jak najbardziej pożądanym.

W województwie lubelskim w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, należy podjąć działania zmierzające do zapewnienia adekwatnego do potrzeb mieszkańców dostępu do tych świadczeń zdrowotnych, z uwagi na obecne w województwie nierównomierne rozmieszczenie podmiotów funkcjonujących w tym zakresie zarówno poprzez tworzenie nowych ośrodków, jak i wsparcie funkcjonujących psychiatrycznych oddziałów szpitalnych w kierunku nowoczesnych form leczenia w tym zakresie. Ponadto prognozy epidemiologiczne zawarte w ogólnopolskiej mapie potrzeb zdrowotnych pokazują, że problemy zdrowotne w tym obszarze będą narastać w przyszłości, dlatego niezwykle ważną kwestią jest promocja zdrowia psychicznego oraz poprawa dostępności do wszystkich form opieki psychiatrycznej w regionie, w tym trójstopniowego modelu ochrony zdrowia psychicznego. Zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne w województwie lubelskim będzie wzrastać. Konieczny jest zatem rozwój różnych form opieki rehabilitacyjnej i jej skoordynowanie z ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym i leczeniem szpitalnym.

Z uwagi na niekorzystne prognozy epidemiologiczne dla zachorowalności na nowotwory niezbędne jest zapewnienie adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie lubelskim oraz zwiększenie finansowania tego obszaru (udział nowotworów w strukturze chorób będących przyczyną objęcia świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej wynosi 92,8%, tj. więcej o 4,1 punktu procentowego niż średnia dla kraju). Ponadto należy podjąć działania zmierzające do poprawy dostępności do świadczeń udzielanych przez nocną i świąteczną opiekę zdrowotną w celu odciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego. Istotnym problemem w województwie lubelskim, podobnie jak w całym kraju, jest starzenie się kadr medycznych oraz duży udział kadr w wieku emerytalnym (poza fizjoterapeutami), ale również niewielkie zainteresowanie lekarzy wyborem takich specjalizacji, jak np. geriatra, choroby zakaźne, chirurgia ogólna, transfuzjologia kliniczna, patomorfologia itd. W województwie ponad połowę wszystkich pielęgniarek stanowiły pielęgniarki w wieku 50 lat i więcej (54%), zaś położne w wieku 50 lat i więcej 48%, co wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do zwiększenia liczby osób w tej grupie zawodowej. Ważnym wyzwaniem na najbliższe lata jest zapewnienie dostępu do wysokiej jakości sprzętu medycznego (w tym odnowienie aktualnej bazy oraz jej poszerzenie w obszarach, które będą tego wymagały). Niezbędna będzie również

poprawa warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych poprzez modernizację infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, jako płatnik za świadczenia finansowe ze środków publicznych oceniając stan pandemii w aspekcie jego wpływu na system ochrony zdrowia zaobserwował powstanie nowych, nieznanych wcześniej problemów zdrowotnych związanych z samym zakażeniem SARS-CoV-2, ale także narastanie problemów już istniejących:

- niedostatecznego finansowania polskiej ochrony zdrowia i niedoboru kadr medycznych;
- niewłaściwą organizację opieki, w szczególności leczenia szpitalnego (brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego, brak tlenu w szpitalach i karetkach dla pacjentów chorych na COVID-19, niewystarczające szkolenia oraz brak personelu medycznego do obsługi respiratorów)
- niedostatki sprzętu medycznego, zwłaszcza respiratorów oraz niewystarczająca liczba stanowisk intensywnej terapii wraz z personelem;
- wzrost i nasilanie się chorób przewlekłych;
- brak możliwości zapewnienia w stanie epidemii opieki zdrowotnej pacjentom „niedowidowych” - problemy pacjentów cierpiących na inne choroby lub dolegliwości w dostępie do świadczeń zdrowotnych np. w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji;
- ograniczony dostęp seniorów do świadczeń zdrowotnych, którzy mają znaczne trudności z dostępem do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Teleporady są niewystarczające, a często niemożliwe z uwagi na trudności w kontaktach z daną placówką medyczną za pomocą środków komunikowania się na odległość czy z uwagi na brak umiejętności w posługiwaniu się nimi.
- sytuacja szkolnych gabinetów stomatologicznych oraz ograniczenia tych świadczeń. W okresie pandemii szkolne gabinety stomatologiczne utraciły płynność finansową. Wiele z nich powstało dzięki zaangażowaniu dentystów, którzy niejednokrotnie wyłożyli swe oszczędności, aby kupić wyposażenie w ramach działalności gospodarczej. Może to spowodować całkowitą likwidację szkolnych gabinetów stomatologicznych.

Lubelski OW NFZ, na podstawie oceny realizacji umów dostrzega w nadchodzących miesiącach i latach następujące obszary zmian wymagające podjęcia niezwłocznych działań:

1. w pierwszej kolejności powrót placówek opieki zdrowotnej do pełnowymiarowej działalności, umożliwiając dostęp do niezbędnych usług zdrowotnych nie tylko dla pacjentów z COVID-19,
2. zorganizowanie i finansowanie systemu ochrony zdrowia w taki sposób by mógł sprostać zwiększonemu zapotrzebowaniu na świadczenia medyczne, które – w związku z przedłużającym się lockdownem – nie mogły zostać dotychczas zrealizowane;
3. zapewnienie seniorom dostępu do skutecznego leczenia musi pozostać jednym z najwyższych priorytetów systemu ochrony zdrowia w dobie pandemii oraz po jej zakończeniu;

4. wdrażanie opieki ciągłej nad pacjentami przewlekle chorymi (opieka koordynowana), opartej o standardy postępowania, co powinno służyć utrzymaniu pod kontrolą przebiegu choroby przy jednoczesnym zmniejszaniu konieczności fizycznego pobytu w przychodniach i szpitalach;
5. potrzeba opracowania innowacyjnych strategii pozwalających na usprawnienie i cyfryzację procesów w ochronie zdrowia . Istotny jest rozwój procesu którym jest e- zdrowie, obwołane przez ekspertów ważnym elementem rozwiązania problemu zwiększonego zapotrzebowania starzejącej się ludności na opiekę medyczną; Telemedycyna, w trakcie pandemii okazała się jednym z najlepszych sposobów zwiększenia wydajności systemu ochrony zdrowia, zarządzania ryzykiem i ograniczania wpływu braków kadrowych na możliwość zapewnienia właściwej opieki pacjentom; Wymaga ona jednak dalszego usprawnienia technologicznego oraz organizacyjnego. Konieczne jest też wystandardyzowanie świadczenia usług medycznych na odległość (telemedycyna), w taki sposób, aby ich stosowanie możliwie w jak najmniejszym stopniu upośledzało jakość opieki zdrowotnej w czasach pandemii;
6. zabezpieczenie funkcjonowania szczególnie wrażliwych obszarów opieki zdrowotnej (np. diagnostyki i leczenia onkologicznego, kardiologicznego itp.), których paraliż może prowadzić do największych szkód zdrowotnych;
7. promocja profilaktyki zdrowotnej i zapobieganie chorobom co toruje drogę dla bardziej skutecznego i efektywnego systemu opieki zdrowotnej;
8. systematyczne przekierowywanie pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w celu przesunięcia ciężaru opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego;
9. budowania systemu ochrony zdrowia uwzględniającego jako priorytet bezpieczeństwo lekowe państwa - zwiększanie efektywności wprowadzania nowoczesnych terapii innowacyjnych na rynek polski;
10. reforma systemu kształcenia kadr medycznych, podjęcie działań w zakresie wzrostu liczby personelu medycznego (wzrost liczby miejsc na uczelniach, zwiększenie kursów/ szkoleń doksztalających /uzupełniających);
11. ujednolicenie standardów przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia i przekazywania danych. Dotyczy to zarówno monitorowania sytuacji epidemicznej, jak i mechanizmów sprawnego zarządzania usługami zdrowotnymi.

Regiony Polski i całej Unii Europejskiej stoją przed nowymi wyzwaniami, wynikającymi z procesów globalizacji, niekorzystnych procesów demograficznych, masowej niekontrolowanej migracji, skutków pandemii COVID-19, czy też zagrożeń związanych ze zmianami klimatu. Wyzwania te stanowią główną oś strategicznego podejścia do zagadnień rozwoju, w tym w szczególności w odniesieniu do wypracowania i przyjęcia modelu polityki regionalnej.

Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności (Recovery and Resilience Facility RRF) przedstawiony przez Komisję Europejską (KE) 27 maja 2020 roku jest jednym z filarów służących odbudowie gospodarek europejskich dotkniętych kryzysem związanym z wpływem pandemii COVID-19. Mechanizm finansowy Instrumentu obejmuje dotacje i pożyczki poprzez realizację krajowych planów na rzecz odbudowy i zwiększania odporności

opracowanych zgodnie z celami europejskiego semestru, również w odniesieniu do transformacji ekologicznej i cyfrowej oraz odporności gospodarek krajowych.

W ramach Instrumentu na Rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności Polska będzie miała do dyspozycji ok. 58,1 mld euro*, w tym:

- 23,9 mld euro* w formie dotacji,
- 34,2 mld euro* w pożyczkach.

Pieniądze z Instrumentu na Rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności zostaną przeznaczone na prorozwojowe inwestycje. W praktyce oznacza to wsparcie dla obszarów:

- Transformacja cyfrowa
- Odporność i konkurencyjność gospodarki
- Energia i zmniejszenie energochłonności
- Dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia
- Zielona i inteligentna mobilność

Krajowy Plan Odbudowy 30 kwietnia 2021 r. został zaakceptowany na specjalnym posiedzeniu Rady Ministrów. Rząd jednocześnie upoważnił Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej do wprowadzania dalszych zmian w dokumencie. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej oficjalnie przesłało Krajowy Plan Odbudowy (KPO) do Komisji Europejskiej przez system CIRCABC.

Kolejną inicjatywą Komisji Europejskiej jest REACT-EU. To inicjatywa, która ma na celu zminimalizowanie gospodarczych i społecznych skutków pandemii COVID-19. Ma ona formę poprawki do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r., które reguluje okres programowania polityki spójności na lata 2014–2020. Stanowić ma formę pomocy w okresie przejściowym między perspektywą finansową Unii Europejskiej na lata 2014-2020 a perspektywą finansową Unii Europejskiej na lata 2021-2027. Działania objęte REACT-EU będą kwalifikowały się do finansowania od 1 lutego 2020 r., zaś środki będzie można wykorzystywać do końca 2023 r. Z ogólnej puli pieniędzy na REACT-EU, Polska ma otrzymać ok. 2 mld euro. Środki te będą rozdysponowywane w ramach programów krajowych i regionalnych w 2 transzach dostępnych w roku 2021 oraz roku 2022.

W ramach I transzy środków, pochodzących z REACT-EU, Województwo Lubelskie ma otrzymać ok. 26 mln EUR, które Zarząd Województwa Lubelskiego planuje przeznaczyć w RPO WL 2014-2020 na działania związane ze zwiększeniem wykorzystywania energii ze źródeł odnawialnych oraz poprawą efektywności energetycznej przedsiębiorstw, a także przedsięwzięcia, przyczyniające się do odbudowy silnego, dobrze zorganizowanego, wydolnego i odpornego na kryzysy systemu ochrony zdrowia.

Przed systemem ochrony zdrowia w Polsce z jednej strony stoi sprostanie problemom bezpośrednio związanym z pandemią COVID-19, a z drugiej natomiast wprowadzenie rozwiązań systemowych, finansowych, jakościowych i organizacyjnych, które pozwolą na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej.

2. Potencjał rozwojowy województwa lubelskiego

Analiza SWOT jest jedną z najpopularniejszych metod analitycznych służących do porządkowania informacji. Jest to pierwszy etap analizy strategicznej, który polega na ocenie mocnych i słabych stron, a także szans i zagrożeń. Mocne strony wskazują na te elementy i cechy charakterystyczne, które są atutem analizowanego obszaru i stanowią o jego przewadze. Niniejsza analiza została przygotowana w oparciu o syntetyczną diagnozę społeczno – gospodarczą województwa lubelskiego.

OBSZAR - ZDROWIE	
SILNE STRONY	SŁABE STRONY
1. Potencjał naukowy regionu w zakresie istniejącej bazy naukowo – badawczej (m.in. uniwersytety, laboratoria) oraz potencjał kadrowy do tworzenia nowych, innowacyjnych technologii medycznych przyczyniający się do wzrostu dostępności do usług ochrony zdrowia. 2. Dobrze rozwinięta sieć w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 3. Wysoki potencjał do adaptacji innowacyjnych technologii medycznych. 4. Wystarczająca ogólna liczba łóżek szpitalnych umożliwiająca świadczenie usług ochrony zdrowia. 5. Wysoki potencjał regionu do świadczenia usług sanatoryjnych i uzdrowiskowych. 6. Lublin jako silny ośrodek kształcenia kadry medycznej	1. Ograniczony dostęp do specjalistycznych usług medycznych oraz lekarzy specjalistów. 2. Dysproporcje terytorialne w dostępie do usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem specjalistycznych usług medycznych. 3. Ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. 4. Niedostateczna ilość ośrodków w pełni przygotowanych do leczenia i izolacji chorych na choroby wysoce zakaźne. 5. Niska świadomość społeczna w zakresie zachowań prozdrowotnych wynikająca m.in. z ograniczonej edukacji prozdrowotnej prowadzonej od najniższych szczebli edukacji, w szczególności na obszarach wiejskich. 6. Brak koordynacji działań podmiotów realizujących promocję, edukację zdrowotną i profilaktykę chorób. 7. Niedostosowana do potrzeb ludności organizacja świadczeń zdrowotnych (głównie w zakresie leczenia stacjonarnego - nadmiar łóżek krótkoterminowych wobec deficytu łóżek długoterminowych). 8. Nieoptymalne rozmieszczenie geograficzne łóżek szpitalnych. 9. Nierównomierne rozmieszczenie zasobów opieki psychiatrycznej na terenie województwa,

	10. Niezadawalający stan techniczny infrastruktury części podmiotów leczniczych w zakresie budynków oraz aparatury i sprzętu medycznego. 11. Niska efektywność opieki medycznej wynikająca z niedostatecznej liczby i/lub niskiej jakości aparatury medycznej. 12. Niedostosowany system opieki medycznej do potrzeb seniorów, 13. Niedobór kadr medycznych wynikający m.in. z braku wymiany pokoleniowej. 14. Nierównomierne rozłożenie specjalistycznej kadry medycznej skupionej głównie w większych aglomeracjach miejskich, 15. Niski poziom integracji społeczno-ekonomicznej osób z niepełnosprawnościami i osób z problemami ze zdrowiem psychicznym. 16. Nieefektywna współpraca podmiotów zaangażowanych w kreowaniu rozwiązań strategicznych w ochronie zdrowia. 17. Niski udział podmiotów realizujących programy profilaktyczne na terenie województwa. 18. Ograniczona zdolność podmiotów leczniczych do właściwej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie zagrożenia epidemicznego
SZANSE	ZAGROŻENIA
1. Rozwój systemów informatycznych na rzecz e-usług (e-zdrowie). 2. Rozwój infrastruktury komunikacyjnej województwa. 3. Nowe technologie medyczne. 4. Współpraca podmiotów leczniczych. 5. Współpraca szpitali wojewódzkich z uniwersytetem medycznym. 6. Nowe programy zdrowotne i profilaktyczne. 7. Rozwój zasobów kadrowych w zakresie organizacji i zarządzania ochroną zdrowia. 8. Możliwość pozyskania środków zewnętrznych na poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. 9. Rozwój chirurgii jednego dnia.	1. Zmiana struktury demograficznej mieszkańców, pogarszające się wskaźniki demograficzne (trend). 2. Wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne. 3. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa, która w konsekwencji prowadzi do wykrywalności chorób w zaawansowanych stadiach rozwoju, w tym nowotworowych 4. Wzrost liczby zgonów z przyczyn chorób cywilizacyjnych i zagrożeń epidemiologicznych powodujących długotrwałe izolacje. 5. Wysokie koszty dostępnych technologii medycznych.

10. Rozwój kadry medycznej- kształcenie przeddyplomowe, podyplomowe, doszkalanie/szkolenie, system zachęt. 11. Uproszczenie w zakresie regionalnych programów zdrowotnych - Opracowanie przez AOTMiT repozytorium programów zdrowotnych, które będzie można wykorzystać na poziomie regionalnym. 12. Równy dostęp do usług opieki zdrowotnej. 13. Wdrożenie unijnych standardów opieki zdrowotnej. 14. Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami starszymi, osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – przejście od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w środowisku lokalnym. 15. Rozwój tzw. zintegrowanej opieki medycznej (opieki koordynowanej), służącej stworzeniu systemu ochrony zdrowia o wysokiej jakości, bardziej efektywnego i przyjaznego pacjentowi. 16. Rozwój profilaktyki zdrowotnej w celu zwiększenia dostępu do badań diagnostycznych, jak i podniesienia wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. 17. Zapewnienie specjalistycznej opieki geriatrycznej. 18. Rozwój systemu usług skierowanych do osób niesamodzielnych i ich rodzin, w tym rozwój opieki długoterminowej. 19. Modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz zakup nowoczesnej aparatury. 20. Zoptymalizowane wykorzystanie liczby łóżek szpitalnych w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych regionu. 21. Szybka specjalistyczna diagnostyka. 22. Zapewnienie w lecznictwie zamkniętym kompleksowej opieki psychologicznej. 23. Utworzenie poradni neuropsychologicznych, psychogeriatrycznych.	6. Niestabilność przepisów prawa w zakresie ochrony zdrowia. 7. Rosnąca liczba osób z zaburzeniami psychicznymi. 8. Migracje ludności powodujące zwiększenia ryzyka zachorowalności, w tym na choroby wysoko zakaźne. 9. Rosnąca liczba rejestrowanych przypadków boreliozy. 10. Niewystarczające środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych. 11. Brak ciągłości finansowej projektów (pilotaży) po okresie trwałości zadania. 12. Wysoki poziom wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych przez gospodarstwa domowe (w związku z korzystaniem z odpłatnych usług medycznych). 13. Zmiany środowiskowe wpływające na pogorszenie stanu zdrowia ludności. 14. Zbyt duże rozproszenie inwestycji w dziedzinie zdrowia pomiędzy wiele programów operacyjnych, brak dostatecznej synergii między wsparciem udzielanym z EFRR a EFS. 15. Brak doświadczenia małych podmiotów leczniczych (prywatnych/państwowych) w aplikowaniu i realizacji projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych. 16. Słaba siła ekonomiczna regionu determinująca zastój w rozwoju sektora ochrony zdrowia. 17. Częste zmiany kierunków polityk krajowych wyznaczających kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia. 18. Dynamiczne wzrosty zachorowań na choroby zakaźne (w tym SARS – CoV - 2) 19. Niwelowanie powikłań postcovidowych na różnych poziomach opieki zdrowotnej
---	--

24. Wypełnienie „białej plamy” na mapie zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w subregionach i powiatach poprzez tworzenie ośrodków oferujących kompleksowe świadczenia z zakresu psychiatrii (Centrów Zdrowia Psychicznego). 25. Wykorzystanie dobrych praktyk i standardów wypracowanych w ramach okresu programowania 2014-2020 (m.in. DDOM, realizacja programów profilaktycznych). 26. Wspecjalizowanie szpitali wojewódzkich w konkretnych zakresach świadczeń. 27. Poszerzenie oferty świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych. 28. Przekierowanie świadczeń zdrowotnych z leczenia szpitalnego na podstawową opiekę zdrowotną i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. 29. Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zmiany w zakresie wydłużenia przeciętnego wykorzystania łóżka szpitalnego oraz skrócenia średniego okresu pobytu w szpitalu. 30. Posiadanie nowoczesnej infrastruktury w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, będące efektem realizacji zadań inwestycyjnych i modernizacji. 31. Rozwój usług medycznych, w tym turystyki medycznej w oparciu o istniejące zasoby naturalne regionu, przyczyniający się do wzrostu dostępności do usług ochrony zdrowia.	
--	--

3. Kierunki rozwoju regionalnej polityki zdrowotnej

Schemat realizacji zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych:



Potrzeby zdrowotne

Zgodnie z definicją zawartą w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest to „liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców”;

WHO definiuje potrzeby zdrowotne jako „zakłócenia w stanie zdrowia lub samopoczuciu społecznym, które wymagają interwencji w postaci działań leczniczych, rehabilitacyjnych lub pomocy społecznej, a także działań zapobiegawczych”.

Punktem wyjścia każdej reformy systemu ochrony zdrowia jest określenie potrzeb zdrowotnych ludności. Bez analizy tego zjawiska nie jest możliwe ustalenie koniecznych zmian, w odniesieniu do organizacji i zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych, określenia więzi organizacyjnych poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia oraz zasobów kadrowych i sprzętowych systemu

Organizacja ochrony zdrowia

Definiowana jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości.

Zasoby ochrony zdrowia

- **wymiar kadrowy (personalny)** - struktura zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia

wg zawodów i specjalności, wykształcenia, sektora i miejsca pracy (nadwyżki i niedobory kadry każdego szczebla):

- **wymiar materialny** - wyposażenie placówek służby zdrowia, stan i rozmieszczenie placówek (warunki korzystania i udzielania usług zdrowotnych w istniejącej bazie)

Powyższe obszary oraz ich wzajemna korelacja warunkują system definiowany jako spójna całość, której liczne, powiązane między sobą części wspólnie oddziałując wpływają pozytywnie na stan zdrowia populacji. Proces ten przebiega prawidłowo, gdy wszystkie elementy są właściwie zaprojektowane, a każdy z osobna nie posiada deficytów. W regionalnej polityce zdrowotnej istotne znaczenie posiada identyfikacja obszarów, które wymagają wsparcia lub interwencji. Na podstawie dostępnych narzędzi możliwe jest precyzyjne ustalenie rodzaju, jak i zakresu wsparcia.

Poniżej przedstawiono następujące zdiagnozowane obszary wsparcia w podziale na poszczególne elementy:

I. Potrzeby zdrowotne	
1.1	Profilaktyka i edukacja
1.2	Lecznictwo kardiologiczne
1.3	Lecznictwo onkologiczne
1.4	Lecznictwo psychiatryczne
1.5	Lecznictwo pulmonologiczne
1.6	Rehabilitacja medyczna
1.7	Opieka senioralna
II. Organizacja ochrony zdrowia	
2.1	Dostosowanie podmiotów leczniczych do nowych zagrożeń cywilizacyjnych
2.2	Opieka koordynowana
2.3	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna
2.4	Deinstytucjonalizacja (opieka środowiskowa)
2.5	Usługi sanatoryjne i uzdrowiskowe
III. Zasoby ochrony zdrowia	
3.1	Infrastruktura lecznicza oraz sprzęt medyczny
3.2	Zasoby kadrowe
3.3	Nowoczesne technologie cyfrowe w opiece zdrowotnej

I. Potrzeby zdrowotne

1.1 Profilaktyka i edukacja

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Kluczem do zdrowia jako do współczesnego dobra, gwarantującego każdemu społeczeństwu rozwój na najwyższym poziomie są czynniki warunkujące zdrowie, wśród których należy wymienić skuteczną profilaktykę i promocję zdrowia. Jednym z działań polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Lubelskiego jest ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby wdrożenia adekwatnej strategii wspierającej organizację profilaktyki zdrowotnej. Zgodnie z współczesnym podejściem do zdrowia społeczeństwa należy przesuwając działania z form głównie leczniczych (naprawczych) na działania profilaktyczne. System ochrony zdrowia nastawiony głównie na medycynę naprawczą jest nieefektywny. Dla osiągnięcia założonych celów zdrowotnych ważne jest prowadzenie skutecznych działań profilaktycznych, szerokiej edukacji zdrowotnej i docierania z informacjami do wszystkich środowisk. Prowadzone analizy i dane epidemiologiczne stanu zdrowia mieszkańców naszego regionu wskazują na liczne zagrożenia zdrowotne, a przede wszystkim na choroby cywilizacyjne i choroby przewlekłe. Epidemia chorób cywilizacyjnych jest wyzwaniem dla naszego województwa i w tym kierunku powinien być podejmowany główny wysiłek na rzecz kształtowania odpowiedzialnej polityki zdrowotnej i świadomego niwelowania zagrożeń dla społeczeństwa.

Styl życia jest uważany za czynnik bardziej istotny dla zdrowia niż uwarunkowania biologiczne, środowiskowe, a także związane z działaniem systemu ochrony zdrowia. Analizy przeprowadzone w ramach badania GBD2019 (za rok 2019) przypisują behawioralnym czynnikom ryzyka podobne znaczenie tj. 49% światowych zgonów z powodu chorób układu krążenia, 37% zgonów spowodowanych nowotworami i 38% z powodu ogółu przyczyn. Dla Polski odsetki te są wyższe i wynoszą odpowiednio 52%, 42% i 44%. Według tego samego źródła czynnikami ryzyka stanowiącymi największe zagrożenie dla życia są w naszym kraju

nadciśnienie tętnicze, które odpowiada za 22,3% zgonów, tytoń (20,4%, czynne palenie – 19,1%) i niezdrowa dieta (20,0%). Same behawioralne, a więc modyfikowalne czynniki ryzyka odpowiadają w sumie za 43,5% zgonów oraz za utratę 35,8% lat przeżytych w zdrowiu. Raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat zdrowia Europejczyków z 2018 roku wskazywał palenie tytoniu, spożycie alkoholu oraz zachowania prowadzące do nadwagi i otyłości za główne problemy z zakresu zdrowia publicznego w Regionie Europejskim WHO, podkreślając ich znaczenie jako głównych czynników ryzyka przedwczesnej umieralności z powodu najczęstszych chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego).

Zapisy Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku w swych celach operacyjnych wskazują na potrzebę realizacji działań odpowiadających potrzebom przeciwdziałania rozwojowi chorób cywilizacyjnych poprzez realizację działań profilaktycznych, w tym opracowanie i wdrażanie kompleksowych, wieloletnich programów polityki zdrowotnej oraz promocji zachowań prozdrowotnych adresowanych zgodnie z potrzebami mieszkańców województwa.

Wyzwania w obszarze zdrowia, na które odpowiada interwencja funduszy europejskich, to przede wszystkim potrzeba intensyfikacji działań z zakresu profilaktyki i prewencji chorób. W latach 2011–2016 wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się o około 10%, jednak w dalszym ciągu przekracza o ponad jedną trzecią średnią UE. Jednocześnie wydatki na profilaktyczną opiekę zdrowotną w Polsce wynoszą mniej niż połowa średniej unijnej w ujęciu nominalnym. Zapisy wytycznych Komisji Europejskiej wskazują na dalsze kontynuowanie na poziomie krajowym i regionalnym programów profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych w celu wydłużenia aktywności zawodowej i podniesienia jakości życia. Wskazywane jest również wdrażanie programów kompleksowej rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników pracujących warunkach w negatywnie wpływających na ich zdrowie. Ponadto Komisja wskazuje na podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym i promocyjnym mających na celu zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i odpowiedzialności za własne zdrowie.

Samorząd Województwa Lubelskiego wychodząc naprzeciw rzeczywistym potrzebom zdrowotnym mieszkańców czynnie uczestniczy w kreowaniu regionalnej polityki zdrowotnej. Działania te mają za zadanie wspierać mieszkańców w dążeniach do zachowania i poprawy zdrowia. Trzy elementy, jakimi są – edukacja, promocja i profilaktyka zdrowotna są nie tylko najlepszym, ale i najprostszym sposobem, aby cieszyć się pełnią życia w zdrowiu przez długie lata. Programy polityki zdrowotnej dotychczas realizowane przez samorząd są jednym z głównych instrumentów kreowania polityki ochrony zdrowia realizowanej na terenie województwa lubelskiego. Podejmowane przez samorząd działania wynikają z zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazana ustawa określa zadania władz samorządowych wszystkich szczebli gminnych, powiatowych i wojewódzkich w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia poprzez. opracowanie i realizację oraz ocenę efektów programów polityki zdrowotnej

wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Tematyka realizacji programów polityki zdrowotnej finansowana przez samorząd jest zgodna z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz innymi dokumentami o charakterze strategicznym, w tym z celami szczegółowymi wynikającymi z Narodowego Programu Zdrowia.

Programy wdrażane przez samorząd w swej treści zawierają zarówno elementy edukacyjno – informacyjne jak i działania diagnostyczne, stanowiąc kompleksowe wsparcie uczestników programów.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w województwie lubelskim są i w najbliższej przyszłości będą choroby układu krążenia, nowotwory, a także należy zwrócić szczególną uwagę na problemy związane z chorobami otępiennymi w tym chorobą Alzheimera, cukrzycą, chorobami nerek czy zaburzeniami depresyjnymi, dla których w perspektywie kolejnych kilku lat prognozowany jest wyraźny wzrost wskaźników chorobowości. Część z tych wyżej wymienionych problemów zdrowotnych udałoby się zapobiec redukując do minimum występowanie czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI, nieprawidłową dietę czy nadmierne spożywanie alkoholu leków i narkotyków. W kontekście przeciwdziałania zwiększającej się zachorowalności oraz umieralności na nowotwory, niezbędnym jest poprawa zgłaszalności do populacyjnych programów profilaktycznych

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorząd dotyczyć powinny również szeroko pojętej profilaktyki zdrowotnej wśród dzieci. Należy podkreślić, że systematycznie realizowana edukacja zdrowotna od najmłodszych lat, połączona z promocją zdrowia, stanowi skuteczną ochronę zdrowia dzieci i młodzieży i tym samym wpisuje się w priorytety wzmacniania zdrowia, propagowane przez Światową Organizację Zdrowia (ang. WHO – World Health Organization), oraz politykę zdrowia publicznego, realizowaną w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia.

Wszelkie działania dotychczas podejmowane przez samorząd w ramach programów polityki zdrowotnej uznawane były za zasadne i celowe zarówno przez realizatorów jak i samych uczestników. Pozwalają nie tylko wzbogacić wiedzę ale również zwiększyć motywację do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Realizacja wielu działań zdrowotnych o charakterze edukacyjnym, promocyjnym i profilaktycznym to najlepsza inwestycja, której celem jest zachowanie dobrej jakości zdrowia lokalnej społeczności przez możliwie najdłuższy okres czasu. Z finansowego punktu nakłady na profilaktykę i promocję zdrowia są efektywniejsze, niż koszty związane z leczeniem. Konieczny jest dalszy, zintensyfikowany rozwój profilaktyki zdrowotnej poprzez wzrost finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia.

Rekomendacje:

- Wzmocnienie działań profilaktycznych będących istotnym problemem regionu w szczególności w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, układu oddechowego, neurologicznego, kostno-mięśniowego, chorób zakaźnych, psychiatrii urologii oraz nefrologii.
- Zapobieganie zagrożeniom płynącym z grupy środowiskowych czynników ryzyka.
- Wzmocnienie oddziaływań profilaktycznych dedykowanych dla osób powyżej 65 roku życia.
- Realizacja programów profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych w celu wydłużenia aktywności zawodowej i podniesienia jakości życia.
- Wdrażanie programów kompleksowej rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie.
- Podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym i promocyjnym mającym na celu zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i odpowiedzialności za własne zdrowie.
- Zwiększenie udziału POZ w realizacji badań profilaktycznych.

1.2 Lecznictwo kardiologiczne

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.1. Wykorzystanie potencjału badawczo-rozwojowego jednostek naukowych oraz wspieranie transferu wiedzy i technologii

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Choroby układu krążenia, są określane mianem „współczesnej epidemii”, gdyż należą do najczęstszych chorób naszej ery. Poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK) ma kluczowe znaczenie dla długości życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej. To, że przeciętna długość życia mężczyzn jest obecnie o prawie 8 lat większa niż w roku 1991, a kobiet o 6,5 lat, trzeba w decydującym stopniu przypisać poprawie stanu zdrowia i spadkowi umieralności właśnie z powodu chorób układu krążenia. Tym niemniej, należy podkreślić, iż pomimo wzrostu przeciętnej długości życia – mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej nadal żyją krócej niż mieszkańcy krajów Unii Europejskiej.

Medycyna wyszczególnia wiele przyczyn chorób serca i naczyń krwionośnych, określa je jako

czynniki ryzyka. Do najważniejszych należą: podwyższone ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, palenie tytoniu, nadwaga i cukrzyca. Mężczyźni zapadają częściej niż kobiety na choroby serca. Do innych czynników ryzyka należą: brak ruchu, zaawansowany wiek, uwarunkowanie genetyczne. Im więcej czynników ryzyka występuje u danego człowieka, tym większe prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę serca lub naczyń krwionośnych. Choroby układu krążenia od wielu lat są głównym problemem zdrowotnym zarówno w Polsce jak i na terenie województwa lubelskiego. W województwie lubelskim zachorowalność z tego powodu systematycznie wzrasta. Spośród chorób układu krążenia najczęstszą chorobą jest choroba nadciśnieniowa oraz niedokrwienność serca. Choroby układu krążenia nadal stanowią również główną przyczynę zgonów. Od lat około połowa pacjentów umiera z tej przyczyny. Choroby układu krążenia w większości odnoszą się do stylu życia: żywienia, aktywności fizycznej, stresu, odpoczynku.

Rekomendacje:

- Zapewnienie skutecznych oddziaływań profilaktycznych – edukacyjnych związanych z propagowaniem zdrowego stylu życia, który zmniejsza zapadalność na choroby układu krążenia,
- Wzmocnienie opieki nad pacjentami z rozpoznaniem schorzeń układu sercowo – naczyniowego poprzez zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki kardiologicznej,
- Poprawa skuteczności leczenia kardiologicznego poprzez wdrażanie nowoczesnej diagnostyki, leczenia oraz tworzenie przyjaznych warunków dla rozwoju przedsięwzięć z zakresu innowacyjnych technologii medycznych w zakresie chorób układu krążenia, w tym z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych.

1.3 Lecznictwo onkologiczne

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.1. Wykorzystanie potencjału badawczo-rozwojowego jednostek naukowych oraz wspieranie transferu wiedzy i technologii

Cel operacyjny 3.2. Wspieranie konkurencyjności i innowacyjności przedsiębiorstw

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

W związku z wydłużeniem się średniego wieku oraz w korelacji z innymi czynnikami prognozowany jest stały wzrost liczby chorych na nowotwory. Konieczne jest podjęcie działań

mających na celu wyrównanie szans w zakresie dostępności do diagnostyki i leczenia poprzez zapewnienie pacjentom onkologicznym dostępu do nowoczesnej diagnostyki i nowoczesnych metod leczenia. Baza leczenia onkologicznego musi być na tyle aktualizowana, aby podążała za prognozowanym trendem epidemiologicznym oraz postępem w medycynie

Według danych w 2019 roku wśród 16127 pacjentów z rozpoznaniem dotyczącym nowotworu, blisko 20% pacjentów było leczonych poza województwem lubelskim. Najczęściej poza swoim województwem (ponad 60% pacjentów) leczą się pacjenci z nowotworami złośliwymi tarczycy (87,4% z 354 pacjentów), nowotworami złośliwymi oka (83,6% z 61 pacjentów), nowotworami złośliwymi grasicy (4 z 5 pacjentów), nowotworami złośliwymi innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych (77,4% z 31 pacjentów) oraz nowotworami złośliwymi opon mózgowych (4 z 6 pacjentów).

Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Onkologii problemem profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych w województwie lubelskim jest brak koordynacji działań w tym obszarze. Często podmioty lecznicze realizujące onkologiczne procedury medyczne kierują się poziomem finansowania poszczególnych procedur onkologicznych, a nie podejściem kompleksowym do diagnostyki leczenia pacjenta, który zgłasza się do danego podmiotu leczniczego. Tylko kompleksowe podejście do diagnostyki i leczenia pacjenta onkologicznego zapewnia największą efektywność leczenia. Brak koordynacji leczenia i opieki nad pacjentem powoduje znaczne wydłużenie czasu i często niewłaściwe leczenie.

Na terenie województwa lubelskiego największym ośrodkiem wysokospecjalistycznym realizującym kompleksowo oraz pełnoprofilowo świadczenia onkologiczne jest Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie. Leczenie onkologiczne prowadzone jest również w innych szpitalach w województwie realizujących wybrane procedury onkologiczne posiadających potencjał intelektualny, infrastrukturę i doświadczenie w obszarze onkologicznym.

Podmioty lecznicze realizujące procedury onkologiczne powinny aktywnie w sposób skoordynowany zajmować się działalnością edukacyjno-szkoleniową w obszarze profilaktyki nowotworów i zdrowego trybu życia. Powinny kształtować świadomość prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa Lubelszczyzny.

Zapewnienie kompleksowości leczenia onkologicznego i koordynacji ścieżki procesu leczenia pacjenta, sprzyja poprawie wyników leczenia. Szacuje się, że do 70% chorych na nowotwory złośliwe wymaga leczenia skojarzonego. Według Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubelskiego, prognozowana zapadalność rejestrowana na lata 2020-2029 dla podgrup nowotworów zakłada we wszystkich wariantach wzrost zapadalności rejestrowanej dla określonych podgrup nowotworów, co oznacza wzrost realizacji świadczeń na rzecz pacjenta onkologicznego.

Cele Narodowej Strategii Onkologicznej oraz dane z Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa lubelskiego wskazują na potrzebę:

- zwiększenia nakładów na świadczenia onkologiczne,
- zmiany wyceny świadczeń onkologicznych,
- zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej,
- wzmocnienia działań profilaktycznych, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia,
- poprawy dostępności do leczenia onkologicznego o wysokiej skuteczności klinicznej, terapię celowaną, immunoterapie,
- zwiększenia liczby pacjentów onkologicznych u których zastosowano leczenie skojarzone, terapię wielodyscyplinarną.

Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, iż z powodu pandemii Covid-19 doszło do znaczących opóźnień w diagnozowaniu nowotworów. Jak szacuje Europejska Organizacja ds. Raka w całej Europie nie zdiagnozowano około miliona przypadków raka. Niestety opóźnienia w rozpoznaniu nowotworów przełożą się na rozpoczęcie leczenia w bardziej zaawansowanym stadium nowotworu, co wiąże się ze skomplikowanym i długotrwałym procesem leczenia oraz gorszym rokowaniem.

Rekomendacje:

- Wzmocnienie opieki nad pacjentami z rozpoznaniem onkologicznym. Uwagę należy skierować na kompleksowość oraz koordynację udzielanych świadczeń, jak również na świadczenia onkologiczne niedostępne na terenie województwa lubelskiego, na które odnotowuje się znaczny poziom migracji pacjentów do innych województw.
- Poprawa skuteczności leczenia nowotworów poprzez wdrażanie nowoczesnej diagnostyki i nowych terapii przeciwnowotworowych oraz tworzenie przyjaznych warunków dla rozwoju przedsięwzięć z zakresu innowacyjnych technologii medycznych.
- Podjęcie działań w zakresie wczesnego wykrywania nieprawidłowości w zakresie chorób układu krwiotwórczego u dzieci i młodzieży.

1.4 Lecznictwo psychiatryczne

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Zaburzenia psychiczne stanowią jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności w populacji globalnej, polskiej i lubelskiej. W grupie 10 najczęstszych przyczyn niepełnosprawności znajduje się 5 zaburzeń psychicznych w tym: (depresja, uzależnienia, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne). W Polsce narasta problem szczególnie zaburzeń afektywnych, które są przyczyną większości samobójstw. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci system opieki psychiatrycznej przeszedł znaczącą metamorfozę. O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą opublikowane przez WHO wyniki badania Globalnego obciążenia chorobami 2016. Według szacunków do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności należą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, które stanowią drugą wśród mężczyzn i trzecią wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 17,0% i 14,4% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności mieszkańców kraju. WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym uniemożliwiającym prawidłowe codzienne funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku, bardzo często mają charakter nawracający i obniżają możliwość prawidłowego funkcjonowania. Z tego właśnie powodu depresja jest wiodącą przyczyną utraconych lat życia wskutek niesprawności zdrowotnej. W ostatnich latach zachorowalność dzieci i młodzieży na depresję wzrasta, a wiek pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego obniża się. Aż 20% osób w wieku 18 lat przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny. W chwili obecnej zaburzenia depresyjne to problem często nierozpoznany lub błędnie rozpoznawany ze strony pedagogiki jak i współczesnej psychiatrii i psychologii klinicznej. Niezbędnym elementem właściwie

funkcjonującej opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży jest wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia funkcjonowania nowego modelu opieki, które określa rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jakie są zobowiązani spełniać świadczeniobiorcy realizujący świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Podstawą planowanego modelu powinny być ośrodki psychologiczno-psychoterapeutyczne w ramach pierwszego poziomu referencyjnego, które w razie potrzeby mogłyby zasięgać pomocy ze strony specjalistów pracujących na innych poziomach referencyjnych. Poza ośrodkami I poziomu będą działać ośrodki II poziomu zbudowane na bazie Środowiskowych Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, gdzie pracować będą lekarze psychiatrii, a pacjenci wymagający intensywnej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego bądź wsparcia zespołu leczenia środowiskowego. Na III najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą Ośrodki wysokospecjalistyczne całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc będą mogli otrzymać pacjenci wymagający specjalistycznej opieki, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Zgodnie z dokumentem WHO Mental Health Action Plan 2013 – 2020 problem ten wynika m.in. z niedoskonałego zarządzania opieką psychiatryczną i dostępnymi możliwościami leczenia oraz ograniczonej liczby personelu. Następstwem problemu jest nieadekwatne – zbyt późne lub źle dobrane leczenie, wzrost kosztów związanych ze zwiększonym wykorzystaniem usług medycznych, zwiększenie ryzyka negatywnych następstw depresji (samobójstwa, powikłania somatyczne). Ponadto z opinii ekspertów w przedmiotowej dziedzinie wynika, że w społeczeństwie nadal panuje stygmatyzacja leczenia psychiatrycznego, co wiąże się ze wstydem i oporem przed wizytą u psychiatry. Wiele osób cierpiących na choroby i zaburzenia psychiczne pozostaje nieleczonych przez wiele lat, co powoduje, że objawy choroby narastają. Konsekwencją tego typu zachowań jest m.in. zmniejszenie efektywności w szkole/pracy, a co za tym idzie również w leczeniu.

Środowiska medyczne na całym świecie wskazują psychiatrię środowiskową jako model bliższy potrzebom chorego, a także bardziej efektywny w porównaniu z opieką zinstytucjonalizowaną zarówno ze względu na skuteczność terapeutyczną, jak i wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych na opiekę psychiatryczną.

Kluczowym dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, który w swej treści kładzie główny nacisk na realizację zadań mających na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. W chwili obecnej prowadzone są prace, których celem jest wprowadzenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej do systemu opieki zdrowotnej i społecznej opartego na centrach zdrowia psychicznego poprzez stopniowe przechodzenie z modelu „azyłowego” opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi na model środowiskowy. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego ma w szczególności umożliwić przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących co przy odpowiedniej koordynacji wsparcia daje szansę na osiągnięcie lepszych celów

terapeutycznych.

Poza rozwojem centrów zdrowia psychicznego kluczowa jest również zmiana struktury łóżek szpitalnych w opiece psychiatrycznej. Celem planowanych działań jest ich systematyczne ograniczanie w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych. Poważnym problemem systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest zróżnicowanie dostępu do poszczególnych typów świadczeń.

Ważną rolę przy wdrażaniu modelu opieki psychiatrycznej będzie mieć proces inwestowania w kadry poprzez działania mające na celu poprawę trudnej sytuacji kadrowej, jak i jakości kształcenia personelu z dziedziny psychiatrii. Szczególną rolę przypisuje się asystentom zdrowienia, a także terapeutom środowiskowym psychoterapeutom oraz terapeutom zajęciowym bez wsparcia których, wdrażanie środowiskowego modelu opieki jest niezbędne. Na szczególną uwagę zasługuje fakt niewystarczającej liczby specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych, gdzie wskaźnik ogólnokrajowy jest o połowę niższy od standardu WHO.

Niezbędnym elementem realizacji reformy jest dostosowanie infrastrukturalne podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Proces ten wymaga niezbędnego doposażenia między innymi zespołów wyjazdowych stanowiących istotny element modelu środowiskowego a także działających przy centrach punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych. Kluczowym i zarazem kosztownym elementem jest wsparcie infrastrukturalne nowotworzonych oddziałów psychiatrycznych działających przy szpitalach wielospecjalistycznych, które gwarantują objęcie kompleksową opieką somatyczną pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Istotne jest również dofinansowanie szpitali psychiatrycznych poprzez dostosowanie oddziałów do realizacji programów specjalistycznych.

Koordinacja usług społecznych i zdrowotnych jest elementem niezbędnym w procesie organizacji opieki psychiatrycznej opartej na modelu środowiskowym. Proces deinstytucjonalizacji usług opieki psychiatrycznej ma między innymi ułatwić funkcjonowanie sprawującym opiekę rodzinom nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi. Działalność centrów zdrowia psychicznego powinna być oparta na współpracy z lokalnymi jednostkami pomocy społecznej, oparcia społecznego i punktami rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto współpraca powinna odbywać się na poziomie lokalnych instytucji aktywizacji zawodowej i wspierania zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.

Poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi szczególnie w aspekcie bytowym zapewniają usługi wielu podmiotów realizujących swoje działania w oparciu o ustawy o pomocy społecznej oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Zgodnie z Wojewódzkim programem poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego na lata 2018 - 2022 na terenie województwa współdziała szereg pozamedycznych podmiotów stanowiących zaplecze instytucjonalne dla

osób z zaburzeniami psychicznymi w tym oparcia społecznego takich jak: domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione, ośrodki interwencji kryzysowej, warsztaty terapii zajęciowej oraz zakłady aktywności zawodowej. Realizacją pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi zajmują się również organizacje pozarządowe. Najczęściej świadczoną pomocą w badanych organizacjach było wsparcie psychologiczne w postaci porad psychologicznych. Innymi rodzajami wsparcia była organizacja zajęć w klubach samopomocy. Ponadto organizacje pozarządowe wspierały swoich podopiecznych poprzez realizację usług opiekuńczych, przekazywanie pomocy rzeczowej i finansowej. Zasoby instytucjonalne pomocy społecznej w zakresie opieki środowiskowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie lubelskim systematycznie zwiększają się. Mimo to, jednym z głównych problemów infrastrukturalnych jest nierównomierne rozmieszczenie placówek pomocowych na terenie województwa. Wiele samorządów gminnych i powiatowych nie posiada lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego, które wyznaczałyby kierunki działań uwzględniając zasoby i potrzeby mieszkańców. Istotnym problemem jest niewystarczająca współpraca placówkami systemu ochrony zdrowia, a systemem pomocy społecznej. Wsparcia wymaga także kadra pracująca z osobami chorującymi – pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej stale wskazują na potrzebę szkoleń w zakresie m.in. pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzinami. Brak odpowiedniej wiedzy na temat istoty zaburzeń psychicznych w społecznościach lokalnych przyczynia się do ciągłej stygmatyzacji osób chorujących. Działania edukacyjne, kampanie medialne, ale także realizacja działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży to wciąż priorytetowe kierunki działań w zakresie poprawy włączenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rekomendacje:

- Zmiana modelu udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej z modelu azylowego na model środowiskowy oparty na centrach zdrowia psychicznego.
- Wprowadzenie trójstopniowego podziału ośrodków udzielających pomocy psychiatrycznej i psychologicznej dla dzieci i młodzieży.
- Podejmowanie działań zwiększających dostępność do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej.
- Dostosowywanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w tym tworzenie sieci centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową (w tym szpitalną) opiekę dla mieszkańców określonego terytorium i przejście przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki
- Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
- Promowanie rozwiązań zmierzających do poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Rozwijanie form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez

wsparcie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych.

- Poprawa standardu obiektów służących rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez wspieranie finansowe projektów inwestycyjnych samorządu terytorialnego finansowanych ze środków PFRON.
- Zwiększenie współpracy pomiędzy placówkami systemu ochrony zdrowia, a systemem pomocy społecznej.
- Wzrost liczebności zasobów kadrowych i podniesienie kwalifikacji kadry realizującej zadania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, tak by posiadane kompetencje odpowiadały również potrzebom opieki środowiskowej (zwłaszcza w zakresie: psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów i instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień).

1.5 Lecznictwo pulmonologiczne

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.1. Wykorzystanie potencjału badawczo-rozwojowego jednostek naukowych oraz wspieranie transferu wiedzy i technologii

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Choroby układu oddechowego stanowiły 5% wartości DALY w 2019 roku w Polsce. W ramach metodyki GBD choroby układu oddechowego podzielono na dwie grupy: choroby przewlekłe oraz zakażenia dróg oddechowych i gruźlica. Wśród niezakaźnych chorób układu oddechowego najsilniejszy wpływ widoczny jest dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) (41%). Niewątpliwie wynik ten jest skorelowany z wiodącym czynnikiem ryzyka w Polsce, jakim jest zażywanie i palenie tytoniu. Istotnym problem są także choroby zakaźne układu oddechowego, które stanowiły sumarycznie 37% wartości DALY wśród wszystkich chorób układu oddechowego.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Główną przyczyną tego stanu jest obecność nieprawidłowości w drogach oddechowych lub w płucach, które są wywołane narażeniem na szkodliwe pyły, dymy lub gazy. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest palenie tytoniu, które jest odpowiedzialne za ok. 80% przypadków. Najwyższy wskaźnik chorobowości

(2 411,8/100 tys.) zarejestrowano w województwie lubelskim (MPZ 2018).

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki należące do *Mycobacterium tuberculosis complex*. Jest najczęstszą przyczyną zgonów na świecie wywołanych przez pojedynczy czynnik zakaźny. Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc ale zmiany gruźlicze mogą występować w każdym z narządów ciała (gruźlica pozapłucna).

W Polsce dane o przypadkach gruźlicy gromadzone są w Krajowym Rejestrze Zachorowań na Gruźlicę. Zgodnie z danymi Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w opracowaniu pn. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce w 2019 r. pod red. Marii Korzeniewska - Kosela w 2019 roku w Polsce zarejestrowano 5321 (5487) zachorowań na gruźlicę, co oznacza 166 przypadków gruźlicy mniej niż w roku poprzednim i 2188 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2010. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w 2019 roku wynosiła 13,9 (14,3) była mniejsza o 2,8% w porównaniu z rokiem 2018 oraz o 29,4% w porównaniu z rokiem 2010, w którym wynosiła 19,7. Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2019. W 2019 roku największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach.: lubelskim – 20,0 (23,4); śląskim – 19,1 (18,6); łódzkim – 17,4 (16,4) i świętokrzyskim – 16,8 (16,8).

Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji na oddziałach gruźlicy i chorób płuc o 21,4%. W 2019 r. w województwie lubelskim zgodnie z wariantem bazowym zapotrzebowanie na łóżka na 100 tys. ludności będzie wynosić ok. 80 (największa wartość w kraju), natomiast w Polsce ok. 50. Do 2029 sytuacja ulegnie zmianie: w województwie lubelskim zapotrzebowanie na łóżka na 100 tys. ludności wzrośnie do 98,62 (23%) (ponownie największa wartość w kraju), podczas gdy w Polsce wzrośnie do 61,22 (18%). W zakresie chorób płuc oraz rehabilitacji pulmonologicznej w perspektywie 15-letniej pożądane jest stopniowe zwiększanie istniejącej bazy łóżkowej oraz poszerzenie dostępu do diagnostyki, w celu podniesienia efektywności wczesnej wykrywalności raka płuc, gruźlicy, chorób śródmiąższowych.

30 stycznia 2020 roku WHO ogłosiło stan zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym w wyniku rozprzestrzeniającej się epidemii COVID-19. 11 marca 2020 WHO uznała serię zachorowań na COVID-19 za pandemię. Zdarzenia te wpłynęły na ograniczenie dostępu pacjentów województwa lubelskiego do specjalistycznej opieki pulmonologicznej. Działania medyczne związane z epidemią zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 spowodowały obniżenie dostępu do specjalistycznych świadczeń medycznych dla chorych pulmonologicznie. Epidemia COVID-19 ograniczyła również dostęp do ambulatoryjnej specjalistycznej opieki pulmonologicznej. Poradnie specjalistyczne w większości realizowały wizyty w formie teleporad, co uniemożliwiało właściwą diagnozę i leczenie nowych zachorowań na choroby układu oddechowego.

Niekwestionowaną potrzebą jest również zapewnienie opieki pacjentom po przebytej chorobie COVID – 19. Znaczna część pacjentów zgłasza pogorszenie wydolności oddechowej w stosunku do stanu przed zachorowaniem. Wskazane jest zapewnienie tego rodzaju pacjentom właściwego dostępu do rehabilitacji oddechowej.

Istotnym problemem medycznym są nowotwory płuc, które wpisują się w obszar zawarty w poprzednim podrozdziale dotyczącym leczenia onkologicznego.

Rekomendacje:

- Wzmocnienie działań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób płuc,
- Poprawa dostępności i jakości do świadczeń pulmonologicznych poprzez zwiększenie liczby podmiotów leczniczych realizujących kompleksowe świadczenia w tym rodzaju (specjalistyczne centra pulmonologii) lub zwiększenie liczby łóżek w podmiotach już istniejących.
- Inwestycje oraz modernizacje bazy wykorzystywanej do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc w celu poprawy diagnostyki oraz leczenia schorzeń pulmonologicznych, w tym powikłań po przebytej chorobie COVID – 19,
- Wzmocnienie opieki nad pacjentami w zakresie chorób płuc z rozpoznaniem onkologicznym. Uwagę należy skierować na kompleksowość oraz koordynację udzielanych świadczeń.

1.6 Rehabilitacja medyczna

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Rehabilitacja medyczna jest to postępowanie mające przywrócić osobom niepełnosprawnym fizycznie i psychicznie sprawność do funkcjonowania w społeczeństwie.

W okresie pandemii wywołanej wirusem SARS – CoV – 2 rehabilitacja lecznicza dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 jest ukierunkowana na reemisję skutków choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego.

Potrzeba wdrożenia rehabilitacji pocovidowej wynika z faktu, iż obecnie opieka nad chorymi na COVID-19 koncentruje się głównie na postępowaniu z pacjentami leczonymi w szpitalu w ostrej fazie choroby. Wydaje się, że priorytetem powinno być wdrożenie natychmiastowego postępowania rehabilitacyjnego u osób po przebytym zakażeniu (Post Intensive Care Syndrom), u których może dojść do upośledzenia czynności wentylacyjnej płuc, zmniejszenia

tolerancji wysiłku, osłabienia mięśni, a w konsekwencji po zakończonej hospitalizacji, przedłużenia powrotu do pracy lub ograniczenia funkcjonalnego w pracy, zmniejszenia zdolności zarobkowej, ograniczenia codziennej aktywności, utraty niezależności, zwiększenia podatności na infekcje i pojawienia się innych chorób współistniejących.

Rekomendacje:

- Wprowadzenie powszechnie dostępnej rehabilitacji oddechowej dla pacjentów po przebytych COVID – 19, w tym poprzez wzmocnienie potencjału istniejących oddziałów rehabilitacyjnych na obszarach o utrudnionej dostępności do tego zakresu świadczeń.
- Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji stacjonarnej poprzez zwiększenie liczby podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w tym rodzaju lub zwiększenie liczby łóżek w podmiotach już istniejących. Wykorzystanie istniejącej bazy uzdrowskiej i stymulowanie rozwoju gmin uzdrowskich w celu poszerzania oferty usług rehabilitacji stacjonarnej.
- Zwiększenie liczby świadczeń fizjoterapeutycznych w ramach rehabilitacji domowej.
- Zwiększenie liczby świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci.
- Dostosowanie do potrzeb mieszkańców rozmieszczenia podmiotów udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej.
- Przeniesienie ciężaru udzielania świadczeń z rehabilitacji stacjonarnej na rehabilitację ambulatoryjną.
- W związku z niskim udziałem pacjentów rehabilitowanych po przebytych zawałach mięśnia sercowego, wśród rekomendacji dla województwa lubelskiego należy zwiększyć liczbę pacjentów korzystających z tej formy opieki.
- Wzrost udziału świadczeń rehabilitacyjnych dla osób po urazach, zabiegach operacyjnych i udarach.
- Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez modernizację istniejącej infrastruktury.

1.7 Opieka senioralna

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Konieczny jest dalszy rozwój opieki senioralnej. Analiza demograficzna ewidentnie wskazuje, że wydłuża się przeciętna długość życia mieszkańca Lubelszczyzny. System opieki zdrowotnej będzie musiał się na tyle zreorganizować, aby zabezpieczyć opiekę medyczną tej rosnącej grupie pacjentów, a jednocześnie dostosować poziom świadczonych usług w szczególności pod względem technologicznym do możliwości, jakie stwarza postęp w dziedzinie medycyny. Dlatego konieczne jest dostosowanie profili świadczeń związanych z geriatrią do potrzeb tej rosnącej grupy ludności. Pacjent geriatryczny powinien mieć zapewnioną możliwość konsultacji przez lekarzy różnych specjalności m.in. psychiatrów, kardiologów, reumatologów etc. przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłej opieki pielęgniarzkiej, rehabilitacyjnej czy psychologicznej, co pozwoliłoby na sprawnie przebiegający powrót do środowiska zamieszkania po hospitalizacjach.

Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii w chwili obecnej brak jest oddziałów zajmujących się intensywną rehabilitacją pacjentów po zakończonym długotrwałym leczeniu szpitalnym. Problem ten dotyczy zarówno Seniorów, jak również pacjentów po zakończonej intensywnej terapii.

W województwie lubelskim jest niewystarczająca ilość stanowisk dla osób przewlekle wentylowanych, co powoduje długotrwałe zajmowanie miejsc w oddziałach szpitalnych przez te osoby, uniemożliwiając realizowanie procedur diagnostyczno – leczniczych zgodnie z profilem oddziału.

Trudniejszy dostęp do opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID - 19 (utrudniony dostęp do lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów) spowodował znaczne pogorszenie stanu zdrowia seniorów, a w szczególności zaostrzenie dolegliwości związanych z licznymi chorobami przewlekłymi.

Rekomendacje:

- Podjęcie działań zmierzających do rozbudowy systemu pomocy medycznej osobom starszym poprzez wsparcie podmiotów w rozwijaniu działalności oraz powołaniu do funkcjonowania nowych podmiotów, w szczególności w Lublinie oraz rejonach województwa z wyraźnym brakiem placówek pomocy medycznej dla seniorów,
- Wzmocnienie działań wspomagających system opiekuńczo – leczniczy oraz diagnostyczny w kontekście konsekwencji obostrzeń (izolacje, kwarantanny osób starszych i ich opiekunów)
- Rozwój zasobów kadrowych, w tym podniesienie kompetencji personelu realizującego opiekę zdrowotną dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lokalnym,
- Wsparcie rozwoju form dziennej opieki medycznej dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- Wsparcie dostępu do opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych,
- Zwiększenie dostępu do usług z zakresu telemedycyny dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- Wsparcie rozwoju i kompetencji opiekunów nieformalnych osób starszych,
- Zwiększenie dostępu do kompleksowej informacji w zakresie wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów,
- Dostosowaniem do potrzeb zdrowotnych ilości zakładów opiekuńczo – leczniczych oraz ośrodków przewlekłej wentylacji pacjentów.

II. Organizacja ochrony zdrowia

2.1 Dostosowanie podmiotów leczniczych do nowych zagrożeń cywilizacyjnych

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Cel operacyjny 4.5. Bezpieczeństwo publiczne

Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest z jednej strony sprostanie problemom bezpośrednio związanym z pandemią, z drugiej zaś wprowadzenie rozwiązań systemowych, finansowych, jakościowych i organizacyjnych, które pozwolą na zwiększenie efektywności systemu w dłuższej perspektywie czasowej, co przyczyni się do wzmocnienia systemu ochrony zdrowia i przygotowania go na kolejne kryzysy.

W zakresie wyzwań długofalowych, wpływających na zwiększenie efektywności i odporności systemu ochrony zdrowia wskazać należy zapewnienie odpowiedniej efektywności, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych na wszystkich poziomach – od podstawowej opieki zdrowotnej po leczenie szpitalne.

Sytuacja związana z pandemią SARS – CoV – 2 uwiaryściła problem realizacji świadczeń w trybie pilnym na oddziałach zabiegowych polegający na konieczności właściwego zabezpieczenia epidemicznego pacjenta zarówno podczas zabiegu, jak również leczeniu pooperacyjnym. Przyjęcie pilne zdefiniowane jest jako konieczne leczenie szpitalne, którego zaniechanie spowoduje ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub zagrożenie życia.

Wraz z przyrostem liczby osób zakażonych SARS-CoV2 narasta problem postępowania zabiegowego. W szpitalach wielospecjalistycznych pacjenci zakażeni wirusem SARS-CoV-2 stanowią zagrożenie dla innych pacjentów oraz personelu szpitali.

W opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej Pana dr hab. n. med. Jacka Piłata brak wydzielonych odrębnych korytarzy, sal operacyjnych i miejsc hospitalizacji wpływa na rozprzestrzenianie się patogenów. Procedury medyczne realizowane w dobie rozprzestrzeniania się wirusa SARS – CoV - 2 powodują opóźnienie w zgłaszaniu się pacjentów, co skutkuje bardziej zaawansowanymi zmianami chorobowymi. W związku z powyższym kompleksowy układ funkcjonalno – użytkowy dla realizacji świadczeń

zabiegowych wymaga wydzielenia bezpiecznych stref dla leczenia celem zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS – CoV – 2. Wskazana jest koncentracja świadczeń zabiegowych z uwzględnieniem pacjentów z COVID - 19. Adaptacja i organizacja bloku operacyjnego oraz dróg transportu pacjenta jest niezbędna dla zachowania właściwych procedur przy wzmożonym reżimie sanitarnym.

Również System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wymaga wzmocnienia zarówno na etapie pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali (oddziałów) wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Rekomendacje:

- Poprawa organizacji udzielania świadczeń w sposób pozwalający na minimalizację czynników ryzyka zakażeń szpitalnych i występowania ognisk epidemicznych (bieżąca aktualizacja procedur, nadzór nad ich przestrzeganiem przez personel medyczny, stałe szkolenie personelu, poprawa warunków izolacji pacjentów).
- Zwiększenie specjalistycznej bazy łóżkowej w zakresie Oddziałów Chorób Zakaźnych, w tym tzw. łóżek buforowych, które w krótkim czasie mogą być użyte w przypadku wystąpienia epidemii
- Wzmocnienie infrastruktury wykorzystywanej w związku z przeciwdziałaniem chorobom zakaźnym (w tym laboratoria) oraz innych działań zwiększających reżim sanitarny podmiotów leczniczych (inwestycje, modernizacje, zakup sprzętu)
- Zwiększenie potencjału udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń zabiegowych oraz poprawa warunków bezpieczeństwa epidemicznego (w tym SARS – CoV – 2).
- Wzmocnienie systemów ratownictwa oraz podniesienie sprawności służb ratowniczych wpływających na poprawę bezpieczeństwa ludności województwa poprzez możliwość szybszej reakcji na zdarzenia będące skutkiem zagrożeń naturalnych.

2.2 Opieka koordynowana

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.1. Zrównoważony rozwój systemów infrastruktury technicznej
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Istotną rolę w procesie poprawy efektywności w ochronie zdrowia odgrywają planowane działania dotyczące wdrożenia opieki koordynowanej.

Głównym założeniem opieki koordynowanej jest taka optymalizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w wyniku której, droga pacjenta w systemie opieki zdrowotnej (w szczególności pomiędzy poszczególnymi etapami leczenia) jest odpowiednio ukierunkowana i nadzorowana.

Podstawą funkcjonowania systemu opieki koordynowanej jest wprowadzenie rozwiązań koncentrujących się nie na liczbie jednostkowych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia (POZ, AOS, SZP), ale koncentrujących się na instrumentach zapewniających kontynuację procesu leczenia i osiąganiu optymalnych efektów interwencji medycznych. Takie podejście w głównej mierze koncentruje zmiany w systemie ochrony zdrowia w kierunku stworzenia kompleksowego modelu opieki zorientowanego na pacjencie oraz pozwala zarówno na polepszenie efektów zdrowotnych, jak i zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia w sensie ilości zasobów (pracy, finansów) koniecznych do osiągnięcia określonych rezultatów.

Głównym narzędziem realizacji tego celu jest wypracowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Tak zaprojektowany system ma na celu zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej (głównie poprzez zmianę relacji pomiędzy świadczeniami udzielanymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej i szpitalnej – na rzecz tych pierwszych) oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń.

Rekomendacje:

- Koordynacja opieki medycznej nad pacjentem na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej z elementami profilaktyki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej,
- Ścisłe współdziałanie różnych specjalistów przy określaniu sposobu leczenia pacjenta,
- Koordynacja dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim czasie, monitorowanie ruchu pacjentów w systemie,
- Zastosowanie rozwiązań z zakresu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, e-zdrowia, w tym telemedycyny do konsultacji specjalistycznych i diagnostycznych.

2.3 Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.5. Bezpieczeństwo publiczne

Zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ambulatoryjna opieka zdrowotna oznacza udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowią ważne szczeble w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność procesu leczenia pacjenta i sprawność całego systemu opieki medycznej. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem pewnych sytuacji (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego), w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Lekarz pierwszego kontaktu powinien mieć szerokie kompetencje diagnostyczno - terapeutyczne i samodzielnie rozwiązywać większość problemów zdrowotnych swoich pacjentów i ich rodzin. Taka struktura ma chronić zarówno opiekę specjalistyczną i potem leczenie szpitalne przed nadmiernym popytem na droższe na tych poziomach usługi.

Autorzy publikacji pn. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” stwierdzają, że podstawowa opieka zdrowotna jest społecznie niedocenionym fundamentem polskiego systemu ochrony zdrowia. To postrzeganie wywodzi się zapewne po części z niedostatecznego zrozumienia jej roli; umieszczone w nazwie określenie „podstawowa” stawia ją w negatywnie wartościującej opozycji do pozostałych typów świadczeniodawców i nawiązuje tylko do funkcji diagnostyczno-leczniczej.

Paradoksalnie, dla całego systemu ochrony zdrowia równie ważne jak diagnostyka i leczenie szeroko rozpowszechnionych schorzeń są dwie pozostałe funkcje POZ: koordynacja procesu leczenia i profilaktyka chorób. POZ jest tym punktem systemu opieki zdrowotnej, z którym przeciętny pacjent ma najczęstszy kontakt i który powinien pełnić wobec niego rolę przewodnika po systemie. Według założeń legislacji, pełni rolę węzła łączącego wszystkie części systemu, umożliwiając holistyczną obserwację stanu zdrowia i terapii pacjenta w długim okresie. Jest też ważną częścią systemu, mającą wpływ na stan zdrowia pacjenta przed jego pogorszeniem, realizując programy profilaktyki chorób, wczesnego ich wykrywania, a także promocji zdrowia. Efektywna realizacja tych trzech funkcji prowadzi do:

- zmniejszania obciążenia pozostałych części systemu przez zapobieganie oraz wczesne wykrywanie chorób (funkcja profilaktyczna)
- zmniejszania obciążenia pracy i zwiększania efektywności pozostałych części systemu przez holistyczne spojrzenie w trakcie kolejnych kwalifikacji do leczenia, a także zmniejszania ryzyka niekorzystnych interakcji terapeutycznych (funkcja koordynacyjna)
- zmniejszania obciążenia pozostałych części systemu ochrony zdrowia przez diagnozę i leczenie w zakresie niewymagającym opieki specjalistycznej (funkcja diagnostyczno-lecznicza).

Należy zgodzić się ze stwierdzeniem, że wiele kosztochłonnych procedur medycznych ma swój początek w działaniach podjętych - lub nie podjętych - w POZ. Zatem efektywność zdrowotna i kosztowa całego systemu ochrony zdrowia ma swoje źródło w podstawowej opiece zdrowotnej, a jej właściwe funkcjonowanie, w szczególności realizacja funkcji profilaktycznej i koordynacyjnej, ma charakter inwestycji zwracającej się we wszystkich pozostałych obszarach systemu.

Osoby starsze stanowią jedną z największych grup pacjentów korzystających z usług podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z sytuacją demograficzną województwa lubelskiego oraz sytuacją epidemiczną SARS – CoV – 2, w tym symptomów postcovidowych, szczególnym wyzwaniem staje się opieka nad osobami starszymi z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej. Konieczny w tym temacie jest nacisk na podniesienie kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie tematyki związanej z odrębnością pacjenta geriatrycznego. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów w wieku senioralnym, model organizacyjny podstawowej opieki zdrowotnej oprócz zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej w POZ powinien zmierzać w kierunku wsparcia tzw. koordynatora administracyjnego, który pomoże pacjentowi

organizować zarówno proces leczenia, jak również poinformuje o możliwych zakresach pomocy i wsparcia materialnego, jak i socjalnego, w tym rehabilitacyjnego wyposażenia w ramach refundacji NFZ.

Rekomendacje:

- wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej poprzez działania przyczyniające do wzrostu jakości, ilości oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- przeniesienie ciężaru opieki zdrowotnej nad pacjentem z leczenia szpitalnego na rzecz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (POZ, AOS)
- koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia, polegająca na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji.
- Promowanie przez lekarzy rodzinnych dostępności do Poradni Geriatrycznych, oddziałów Geriatrii celem szybkiej diagnostyki w kierunku przeprowadzania Całościowej Oceny Geriatrycznej mającej na celu utrzymanie jakości życia pacjentów na jak najwyższym poziomie oraz zapobiegając instytucjonalizacji
- Zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej, w tym koordynacji administracyjnej opieki socjalnej.
- Intensyfikacja działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej (pierwszorzędowej), skierowanej do ogółu społeczeństwa i ukierunkowanej na zachowanie zdrowia populacji.

2.4 Deinstytucjonalizacja (opieka środowiskowa)

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

Deinstytucjonalizacja stanowi zestaw praktycznych działań, w jaki sposób dokonać trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań świadczonych na poziomie

społeczności lokalnych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, starszych, niesamodzielnych, osób chorych psychicznie.

Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze ludności według wieku, a z drugiej – potwierdzaną w licznych badaniach obserwację, iż w okresach późnej starości i następującej po niej długowieczności gwałtownie wzrasta odsetek osób niesamodzielnych, należy się spodziewać, że społeczeństwo polskie stoi przed pilną koniecznością organizacji systemu wszechstronnych świadczeń dla osób o ograniczonym stopniu samodzielności. Na system ten powinny się składać świadczenia opiekuńcze, związane z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz świadczenia opieki długoterminowej, mające przede wszystkim charakter medyczny.

Jednym z problemów o znaczeniu wręcz strategicznym dla zaspokojenia potrzeb osób niesamodzielnych jest więc rozbudowa zintegrowanego sektora opieki długoterminowej. Powinien on obejmować zarówno pomoc instytucjonalną, jak i środowiskową. Wymuszony sytuacją rodzinną i poziomem sprawności, zwłaszcza w późnej starości, popyt na miejsca w placówkach opiekuńczych będzie wzrastał. Jeszcze szybciej będzie się zwiększało zainteresowanie korzystaniem z pomocy udzielanej w miejscu zamieszkania. Zróżnicowany terytorialnie dostęp do usług opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej (różny na obszarach wiejskich i w miastach, obszarach peryferyjnych i centrach metropolitalnych) zostanie zaadresowany poprzez rozwój nowych modeli opieki zdrowotnej, koordynację usług zdrowotnych ze społecznymi, osadzenie usług opiekuńczych w środowisku lokalnym oraz wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej.

Wsparcie i rozwój usług opieki długoterminowej, dziennej, domowej, wytchnieniowej, psychiatrycznej i paliatywnej ułatwi funkcjonowanie sprawującym opiekę rodzinom osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi jest Dzienny Dom Opieki Medycznej. W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Ta forma opieki dedykowana jest osobom niesamodzielnym, w szczególności osobom powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgnarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

Celem ich funkcjonowania jest poprawa stanu zdrowia i usamodzielnienie osób starszych i niepełnosprawnych, a także przygotowanie podopiecznych i ich rodzin do samodzielnej opieki i funkcjonowania pacjenta.

W ramach RPO WL 2014-2020 Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne* powstały 2 DDOMy (Dęblin, Siedlce), z kolei w ramach POWER – 7 DDOMów (Lublin, Biała Podlaska, Międzyrzec Podlaski, Wisznice, Janów Lubelski, Tarnogród, Włodawa).

Rekomendacje:

- Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług medycznych,
- Modernizacja systemów zabezpieczenia społecznego, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej,
- Poprawa dostępności usług opieki długoterminowej, wsparcie deinstytucjonalizacji usług społecznych, w szczególności dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.
- Dalsze wdrażanie i rozwój dziennych domów opieki medycznej dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

2.5 Usługi sanatoryjne i uzdrowiskowe

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna

W Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku identyfikuje się szczególne potrzeby inwestycyjne miejscowości mających status uzdrowisk oraz podmiotów świadczących kompleksowe usługi sanatoryjne lub uzdrowiskowe. Uzdrowiska to miejsca o unikalnych warunkach naturalnych z właściwościami leczniczymi, źródłami wód mineralnych oraz mikroklimatem. Dla sprawności świadczenia usług leczniczych w uzdrowiskach niezbędna jest odpowiednia baza zabiegowa i noclegowa, surowce lecznicze, infrastruktura sanitarna, wydzielone tereny zielone. Konieczność wsparcia uzdrowisk jest uzasadniona m.in. wzrostem popytu na usługi zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, wzmocnionym w następstwie pandemii COVID-19. W 2017 r. było 808,1 tys. kuracjuszy, gdy w 2018 r. już 838,4 tysięcy co oznacza wzrost o 3,62%. Wzmocnienie funkcji uzdrowiskowej jest odpowiedzią na wyzwania wynikające z postępującego zasięgu chorób cywilizacyjnych, w tym pandemii COVID-19.

W ramach interwencji planowany jest rozwój infrastruktury i wyposażenia podmiotów świadczących kompleksowe usługi sanatoryjne, uzdrowiskowe. Wsparcie pozwoli na podniesienie standardów usług leczniczych i rehabilitacyjnych świadczonych na terenie miejscowości uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej. Powyższe przyczyni się do zwiększenia podaży wysokiej jakości usług leczniczych oraz do wzrostu konkurencyjności miejscowości uzdrowiskowych na tle podobnych miejscowości w kraju. Wsparcie wpłynie na tworzenie nowych miejsc pracy zarówno w podmiotach świadczących usługi uzdrowiskowe jak i w usługach powiązanych z działalnością uzdrowisk (gastronomia, hotelarstwo, handel).

Wykorzystanie potencjału sektora usług zdrowotnych może stanowić nowe spojrzenie na kwestie rozwoju regionalnego, a innowacyjność oraz konkurencyjność świadczeń medycznych może stanowić źródło potencjału rozwojowego. Wraz z wzmocnieniem bazy sanatoryjnej oraz uzdrowiskowej może nastąpić znaczący rozwój turystyki medycznej.

Globalizacja usług w ramach opieki zdrowotnej sprawia, że rynek turystyki medycznej w Polsce ma stałą tendencję wzrostową. Rozwój ten wynika głównie z postrzegania Polski jako kraju tanich i dobrej jakości usług zdrowotnych. Rozwojowi temu służy przynależność Polski do Unii Europejskiej, dostępność tanich połączeń lotniczych z głównymi miastami w Polsce, dostępność informacji na temat usług medycznych w Internecie, wysoka jakości usług uzdrowiskowych i spa w Polsce, ale przede wszystkim atrakcyjność turystyczna Lubelszczyzny.

Zaplanowana i konsekwentnie wdrażana polityka koordynacji i promocji turystyki na szczeblu europejskim jest w stanie wesprzeć proces naturalnego, dynamicznego rozwoju turystyki medycznej i stworzyć z niej odrębną silną gałąź polskiej gospodarki.

Rekomendacje:

- Rozwój funkcji i bazy lecznictwa uzdrowiskowego na obszarach występowania naturalnych warunków i czynników leczniczych
- Zwiększenie dostępności do rehabilitacji leczniczej i leczenia uzdrowiskowego.
- Wspieranie rozwoju turystyki zdrowotnej,
- Wspieranie wzrostu wykorzystania potencjału turystyki i uzdrowisk poprzez szeroką promocję lokalnej turystyki medycznej/sanatoryjnej na arenie krajowej i międzynarodowej.

III. Zasoby ochrony zdrowia

3.1 Infrastruktura lecznicza oraz sprzęt medyczny

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych

Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)

Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.1. Wykorzystanie potencjału badawczo-rozwojowego jednostek naukowych oraz wspieranie transferu wiedzy i technologii

Cel operacyjny 3.2. Wspieranie konkurencyjności i innowacyjności przedsiębiorstw

Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Epidemia COVID-19 spowodowała istotne obciążenie polskiego systemu ochrony zdrowia, w szczególności w obszarach chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej opieki medycznej. Wpływ pandemii będzie również widoczny w innych dziedzinach, jak np. psychiatria, onkologia, choroby układu oddechowego, czy kardiologia. Infrastruktura – zarówno budowlana, jak i sprzętowa – jest jednym z fundamentalnych czynników dla zapewniania efektywności, dostępności i wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Większość budynków, w których są zlokalizowane szpitale czy przychodnie liczy co najmniej kilkadziesiąt lat, a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej.

Jako przykład konieczności doposażenia podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt można wskazać analizy Europejskiego Komitetu Koordynacyjnego Przemysłu Radiologicznego, Elektromedycznego i Ochrony Zdrowia (COCIR) pt. "Medical Imaging Equipment Age Profile & Density" z 2019 r. – Polska znajdowała się poniżej średniej dla wybranych krajów europejskich jeśli chodzi o gęstość posiadanych tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, angiografów oraz aparatów PET. W raporcie wskazano, że dla tomografów komputerowych oraz angiografów Polska znajduje się na 14. miejscu wśród wymienionych krajów. Zdecydowanie gorzej sytuacja wygląda dla rezonansów magnetycznych oraz

aparatów PET – w tych przypadkach Polska znajduje się odpowiednio na 18 oraz 19 miejscu wśród krajów UE. Są to przykłady sprzętu diagnostycznego, który zapewnia wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Drugą ważną kwestią, którą należy uwzględnić przy analizie stanu infrastruktury sprzętowej, jest rozkład wieku danego sprzętu w kraju.

Wsparcie w zakresie poprawy infrastruktury podmiotów leczniczych przyczyni się do sprawniejszej diagnostyki i leczenia pacjentów. Wyremontowane podmioty lecznicze nie tylko spełniają wymogi techniczne, ale przede wszystkim gwarantują najwyższe standardy bezpieczeństwa dla pacjenta i personelu medycznego. Jednostki zaopatrzone w nowoczesny sprzęt i aparaturę pozwalają na przyspieszenie procesu leczenia i rekonwalescencji pacjenta, zwiększają liczbę wykonywanych procedur lub umożliwiają podmiotom wprowadzenie nowych procedur medycznych. Wszystko to przekłada się na zwiększenie jakości i skuteczności leczenia, ale również wpływa na skrócenie czasu leczenia, co z kolei zwiększa dostępność usług zdrowotnych. Ponadto, nowoczesny sprzęt diagnostyczny może przyczynić się do wcześniejszej diagnozy choroby, co pozwala na rozpoczęcie leczenia na wcześniejszym etapie choroby generuje korzyści zdrowotne dla pacjenta i finansowe dla systemu. Wczesna diagnostyka pozwala bowiem ograniczyć koszty leczenia pacjenta oraz skraca czas jego choroby.

Rekomendacje:

- Dążenie do optymalizacji wykorzystania obecnie użytkowanej infrastruktury medycznej i sprzętu medycznego w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych mieszkańców;
- Modernizacja infrastruktury jednostek ochrony zdrowia zapewniająca zwiększenie jakości i dostępności udzielanych świadczeń medycznych;
- Poprawa dostępności do wysokiej jakości procedur diagnostycznych umożliwiających wczesne wykrywanie chorób,
- Koordynacja rozmieszczenia wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego poprawiająca dostępność do wysokiej jakości świadczeń medycznych.
- Przebudowa/rozbudowa/budowa i wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną i niemedyczną umożliwiającą realizację specjalistycznych świadczeń w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentami m.in. z powikłaniami po zachorowaniu na COVID – 19.

3.2 Zasoby kadrowe

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:

Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu

Cel operacyjny 3.1. Wykorzystanie potencjału badawczo-rozwojowego jednostek naukowych oraz wspieranie transferu wiedzy i technologii

Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego

Cel operacyjny 4.1. Rozwijanie kapitału ludzkiego

Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych

Cel operacyjny 4.6. Wspieranie oddolnych inicjatyw i poprawa efektywności zarządzania

Niedostateczna liczba kształconych w zawodach medycznych oraz przede wszystkim niewłaściwe warunki zatrudnienia prowadzące do odejść z zawodu, a niejednokrotnie emigracji, powodowały narastanie problemu braków kadrowych w ochronie zdrowia. A to właśnie braki kadrowe są jedną z podstawowych przyczyn długich okresów oczekiwania na niektóre świadczenia zdrowotne. Obecnie obserwowana poprawa warunków pracy i płacy w ochronie zdrowia zahamowała liczbę odejść, a nawet wywołała nową falę zainteresowania wykonywaniem zawodów medycznych. Należy ten trend wzmocnić w kierunku właściwego nasycenia kadrowego.

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości i dostępności do usług zdrowotnych konieczne jest zwiększenie liczebności personelu medycznego w stopniu, który pozwala zapewnić dostęp do specjalistów na terenie województwa lubelskiego. Kadra medyczna powinna odpowiadać na potrzeby starzejącego się społeczeństwa, a także elastycznie reagować w przypadku pojawiających się sytuacji kryzysowych.

Odpowiedzią na zalecenie dotyczące potrzeby zwiększenia liczby lekarzy i pielęgniarek będzie wsparcie rozwoju potencjału uczelni medycznych w celu zwiększenia liczby kształconych studentów.

Rekomendacje:

- Uruchamianie większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych,
- Wprowadzanie programu zachęt dla młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach, gdzie liczba lekarzy jest mniejsza od rekomendacji konsultantów krajowych,
- Wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji w mniejszych ośrodkach, gdzie braki kadrowe są największe,
- utworzenie i wsparcie systemów kształcenia i rozwoju kwalifikacji zawodów medycznych w leczeniu COVID-19 i jego następstw,

3.3 Nowoczesne technologie cyfrowe w opiece zdrowotnej

Zgodność z celami strategicznymi i operacyjnymi SRWL 2030:	Cel strategiczny 2 – Wzmocnienie powiązań i układów funkcjonalnych
	Cel operacyjny 2.1. Zrównoważony rozwój systemów infrastruktury technicznej
	Cel operacyjny 2.2. Rozwój miejskich obszarów funkcjonalnych (LOM, ośrodków subregionalnych i lokalnych)
	Cel operacyjny 2.3. Wielofunkcyjny rozwój obszarów wiejskich
	Cel strategiczny 3 – Innowacyjny rozwój gospodarki oparty o zasoby i potencjały regionu
	Cel operacyjny 3.2. Wspieranie konkurencyjności i innowacyjności przedsiębiorstw
	Cel operacyjny 3.3. Promocja i rozwój usług prozdrowotnych, uzdrowiskowych oraz gospodarki senioralnej
	Cel strategiczny 4 – Wzmacnianie kapitału społecznego
	Cel operacyjny 4.2. Poprawa jakości świadczenia usług zdrowotnych
	Cel operacyjny 4.3. Włączenie i integracja społeczna
	Cel operacyjny 4.6. Wspieranie oddolnych inicjatyw i poprawa efektywności zarządzania

Wprowadzenie systemu informatycznego znacznie poprawiłoby transparentność procesów w systemie ochrony zdrowia. Umożliwiłoby również gromadzenie rzetelnych danych epidemiologicznych i danych dotyczących kosztów terapii na różnych poziomach systemu i w różnych obszarach terapeutycznych. Postępująca informatyzacja systemu pozytywnie wpłynie na wygodę, bezpieczeństwo, jakość i efektywność systemu ochrony zdrowia.

Pacjent nadal jest wykorzystywany jako jedyny nośnik informacji o swoim stanie zdrowia pomiędzy kolejnymi lekarzami, świadczeniodawcami.

Tylko zintegrowanie systemów e-zdrowia umożliwi każdemu świadczeniodawcy wgląd w kompleksowy stan zdrowia obywateli, począwszy od diagnostyki, poprzez leczenie i świadczenia wspierające. Obecna sytuacja wymusza wykorzystywanie wielu systemów informatycznych jednocześnie i nie zapewnia przepływu informacji pomiędzy tymi systemami, co wiąże się z koniecznością wprowadzania tych samych danych dotyczących tego samego pacjenta wielokrotnie.

Inwestycje na szczeblu krajowym powinny się koncentrować na stworzeniu jednego centralnego systemu lub połączeniu już istniejących, natomiast na szczeblu niższym na zapewnieniu odpowiedniej infrastruktury sprzętowo-informatycznej do realizacji tych działań.

Optymalne wykorzystanie systemu informatycznego znacznie poprawiłoby transparentność zjawisk w systemie ochrony zdrowia. Umożliwiłoby również gromadzenie rzetelnych danych epidemiologicznych i danych dotyczących kosztów terapii na różnych poziomach systemu

i w różnych obszarach terapeutycznych. Postępująca informatyzacja systemu pozytywnie wpłynie na wygodę, bezpieczeństwo, jakość i efektywność systemu ochrony zdrowia.

Rekomendacje:

- Modernizacja infrastruktury budowlanej oraz teleinformatycznej w celu zapewnienia dostępności, integracji oraz cyfryzacji nowych i poprawę funkcjonalności istniejących usług i świadczeń medycznych w AOS i POZ.
- Inteligentne i bezpieczne szpitale - ucyfrowienie procesów bezpieczeństwa, zarządzania informacją, komunikacji, logistyki oraz diagnostyki.
- Prowadzenie działań zmierzających do transformacji cyfrowej systemu ochrony zdrowia obejmująca m.in. rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, w tym m.in. stworzenie Centralnego Repozytorium Danych Medycznych, rozwój wymiany EDM, rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę lekarza, wytworzenie rozwiązań telemedycznych i ich integracja z dostępnymi usługami e-zdrowia, rozwój kompetencji cyfrowych kadr medycznych, cyfryzacja procesów ochrony epidemiologicznej, rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia.

4. Podsumowanie

Niewątpliwie jednym z najważniejszych zadań, który prowadzi samorząd jest polityka zdrowotna, która warunkuje następnie dalsze aktywności mieszkańców realizowane tylko wówczas, kiedy istnieje poczucie zdrowia. Odpowiedzialność Samorządu Województwa Lubelskiego za ochronę zdrowia w województwie polega również na podejmowaniu skutecznych działań gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne. Wyzwaniem dla polityki regionalnej jest łagodzenie niekorzystnych skutków procesów demograficznych, takich jak starzenie się ludności, niski poziom dzietności, negatywne trendy wynikające z migracji wewnętrznych i zewnętrznych.

Zgodnie z oceną „Sprawozdanie krajowe – Polska 2019” wyniki w obszarze zdrowia od kilku lat nadal się poprawiają, ale pozostają poniżej średniego poziomu UE. Pomimo wyraźnych pozytywnych zmian w ostatnich dziesięcioleciach średnie trwanie życia jest nadal o trzy lata krótsze niż średnio w UE. Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej przekracza średnią UE, co oznacza, że dużej ilości zgonów można by zapobiec dzięki lepszej kontroli nad szerzej pojętymi uwarunkowaniami zdrowia i lepszej jakości opieki. Dalsza poprawa promocji zdrowia, zapobieganie chorobom i środki diagnostyczne stanowią wyzwanie i wymagają inwestycji.

Priorytetami pozostają poprawa skuteczności i koordynacja opieki zdrowotnej. System charakteryzuje się niską efektywnością wydatkowania, dużą rolą opieki szpitalnej, a zbyt małą pozycją podstawowej opieki zdrowotnej, brakiem lekarzy o niektórych specjalizacjach, długimi listami oczekujących oraz niewydajnym systemem skierowań.

Czas oczekiwania i odległość od lekarza pozostają jednymi z najwyższych w UE, zwłaszcza w przypadku osób o niskich dochodach.

Niski poziom wydatków i niedobór wykwalifikowanej kadry medycznej mają negatywny wpływ na dostęp do systemu opieki zdrowotnej i jego skuteczność.

System opieki zdrowotnej w dalszym ciągu zbyt mocno opiera się na opiece szpitalnej, ale rozpoczęto wzmacnianie opieki podstawowej i ambulatoryjnej. Zasoby w dziedzinie opieki zdrowotnej rozkładają się nierównomiernie w poszczególnych regionach, w związku z czym konieczne są dalsze inwestycje.

Opieka długoterminowa jest słabo rozwinięta, brakuje standardowych usług i spójnego strategicznego podejścia. Odnotowano nierówności w dostępie do usług w poszczególnych regionach i długi czas oczekiwania w przypadku usług z zakresu opieki stacjonarnej. Właściwa diagnoza potrzeb, ujednolicenie usług i odpowiednie zasoby, w tym przeznaczane na inwestycje, mogłyby poprawić tę sytuację.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny podkreśla, iż istnieje potrzeba stałego, corocznego wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia, tak zaplanowanego, aby podnosić efektywność zdrowotną jego działania. Wskazuje, iż działania powinny być skierowane na:

- wprowadzenie koordynacji opieki nad pacjentami, w ramach systemu finansowanego publicznie i pomiędzy nim, a systemem finansowanym niepublicznie;
- radykalne zwiększenie roli opieki ambulatoryjnej, szczególnie Podstawowej Opieki

Zdrowotnej, ze zmienionym paradygmatem finansowania świadczeń zwiększającym udział opieki ambulatoryjnej w strukturze wydatków płatnika publicznego oraz motywowania do aktywnego nadzoru zdrowotnego nad populacją pozostającą pod opieką zespołu POZ;

- radykalne i szybkie zwiększanie efektywności opieki leczniczej, w tym pracy personelu medycznego, poprzez wdrażanie nowych technologii medycznych i informatycznych. Musi się to odbywać w sposób adresujący wyzwania etyczne, techniczne i kosztowe procesu;
- zwiększenie dostępu do ochrony zdrowia grup upośledzonych społeczno-ekonomicznie i osób narażonych na ciężkie choroby (rzadkie, wrodzone etc.);
- rozwój przyjaznych dla podmiotów systemów sprawozdawczych, a także systemów analitycznych i technologii informacyjnych w celu efektywnego używania danych do leczenia pojedynczych pacjentów i zarządzania poszczególnymi elementami systemu oraz jego całością, formułowania polityki zdrowotnej i planowania usług zdrowotnych, planowania, monitorowania i oceny programów zmierzających do poprawy zdrowia społeczeństwa;
- utrzymanie wysiłku finansowego i organizacyjnego w kierunku zwiększenia liczby personelu medycznego. Intensywna edukacja nowych i licznych pokoleń lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, diagnostów, farmaceutów, fizjoterapeutów, absolwentów zdrowia publicznego, asystentów medycznych jest podstawowym warunkiem sukcesu całego projektu.

Niniejszy dokument stanowi z jednej strony obecny obraz stanu opieki zdrowotnej na terenie Województwa Lubelskiego, zaś z drugiej strony będzie narzędziem wspierającym procesy decyzyjne zgodnie z zdiagnozowanymi potrzebami zdrowotnymi.

5. Bibliografia:

1. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych - <https://BASiW.mz.gov.pl/>, data dostępu: wrzesień – listopad 2020 r.
2. Baza Demografii Głównego Urzędu Statystycznego - <https://demografia.stat.gov.pl>, data dostępu wrzesień – listopad 2020 r.
3. Dokument Roboczy Służb Komisji Sprawozdanie Krajowe – Polska 2019 oraz towarzyszący dokumentowi komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Rady, Europejskiego Banku Centralnego i Eurogrupy
4. Dokument Roboczy Służb Komisji Sprawozdanie Krajowe – Polska 2020 oraz towarzyszący dokumentowi komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Rady, Europejskiego Banku Centralnego i Eurogrupy
5. European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry. https://www.cocir.org/fileadmin/Publications_2019/19076_COC_AGE_PROFILE_web.pdf.
6. Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2019 r. red. Maria Korzeniowska-Koseła, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2020
7. Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku, Ministerstwo Zdrowia, luty 2021
8. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, dostęp: 06.05.2021 r.
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.
10. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021, Minister Zdrowia, Warszawa 2017 r, (aktualizacja – IV 2020)
11. Raport Państwowej Inspekcji Sanitarnej „Stan sanitarny kraju w roku 2019” – Główny Inspektor Sanitarny 2020, Warszawa, wrzesień 2020 r.
12. Program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”, przyjęty Uchwałą nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r.
13. RAPORT – „Świat po pandemii. Mapa drogowa odmrażania systemu ochrony zdrowia wraz z rekomendacjami co do spodziewanych zmian” stanowiący streszczenie webinarium zorganizowanego w ramach działalności Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, które odbyło się 6 lipca 2020 r.
14. Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatry - Pani lek. med. Magdaleny Nai – Wiśniewskiej z dnia 12.10.2020 r.
15. Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej - Pani Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Starosławskiej z dnia 9.10.2020

16. Stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego - Pani dr n. med. Ewy Kulbaki z dnia 2.10.2020 r.
17. Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego do 2030 roku przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Lubelskiego Nr XXIV/406/2021 z dnia 29 marca 2021 r.
18. Strategia walki z pandemią COVID-19 – Ministerstwo Zdrowia - jesień 2020
19. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Gryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020 r.
20. Wojewódzki Rejestr Nowotworów – Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

6. Aneks statystyczny

Analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika YLL (wartości bezwzględne w 2019 r.) dla populacji kobiet i mężczyzn w województwie lubelskim - wszystkie grupy wiekowe

Choroby niezakaźne YLL														
Choroby niezakaźne	83,33						83,77	86,51						86,97
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
choroby niezakaźne														
Nowotwory	35,1						37,36	37,89						39,96
tchawicy, oskrzeli i płuc	-	0,31	16,19	33,09	23,95	27,6	26,78	-	0,34	14,49	32,92	23,43	27,63	26,77
jelita grubego i odbytnicy	-	0,85	8,54	10,09	16,38	12,25	12,08	-	0,71	9,22	12,18	16,66	13,4	12,99
sutka	-	-	8,94	6,07	4,99	6,05	6,71	-	-	9,19	5,46	5,65	5,81	6,33
trzustki	-	-	4,41	5,43	5,8	5,36	5,44	-	-	5,07	5,74	6,2	5,78	6,02
żołądka	-	-	5,77	5,37	6,2	5,64	6,31	-	-	5,12	4,47	5,81	4,69	5,4
gruczołu krokowego	-	-	0,35	2,44	7,94	3,9	3,49	-	-		3,08	7,37	4,38	4,02
mózgu i ośrodkowego układu nerwowego	33,07	34,83	8,73	3,45	2,02	3,97	3,82	35,24	38,43	9,62	3,42	1,88	3,81	3,59
pęcherza moczowego	-	-	1,05	2,54	4,6	2,98	2,99	-	-	1,05	2,65	4,63	3,08	3,25
nerki	4,64	2,57	2,43	3,15	2,88	2,97	2,87	4,81	2,64	2,48	3,34	3,12	3,16	3,05
jajnika	-	0,66	4,08	3,25	2,32	3,04	3,2	-	0,86	4,24	3,24	2,47	3,07	3,05
białaczka	29,3	28,41	6,7	2,6	3,39	3,64	3,14	24,92	23,68	6,08		2,98	3,25	2,95
szyjki macicy	-	-	5,04	2,3	1,43	2,37	2,71	-	-	4,17	1,74	1,29	1,81	2,06
przełyku	-	-	1,49	2,17	1,25	1,76	1,95	-	-	1,68	2,16	1,28	1,81	2
chłoniaki nieziarnicze	5,08	8,24	3,88	1,78	2,1	2,21	2	5,16	6,92	4,03	1,73	1,82	2,11	1,93
jamy ustnej i wargi	-	0,27	2,15	2,08	0,93	1,7	1,73	-	0,39	2,16	1,95	0,99	1,65	1,71
pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	-	-	0,75	1,32	2,17	1,51	1,82	-	-	0,74	1,24	2,16	1,37	1,69
krtani	-	-	1,65	2,54	1,16	1,96	1,95	-	-	1,52	2,08	1,04	1,64	1,68
czerniak skóry	1,78	0,35	3,28	1,2	1,15	1,44	1,41	2,21	0,48	3,65	1,18	1,15	1,45	1,45
macicy	-	-	0,62	1,12	1,4	1,13	1,2	-	-	0,61	1,22	1,16	1,27	1,32
szpiczak mnogi	-	-	0,73	1,14	1,52	1,2	1,14	-	-	0,89	1,3	1,63	1,36	1,27
wątroby	1,42	1,33	0,73	0,9	1,27	1	0,96	1,83	1,84	0,89	1,09	1,33	1,17	1,14
gardła	-	-	1,19	1,24	0,33	0,93	0,97	-	-	1,48	1,44	0,41	1,1	1,06
kości	1,1	5,17	1,82	0,38	0,31	0,58	0,55	1,1	4,62	1,57	0,36	0,29	0,49	0,47

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu krążenia	43,14						40,84	40,93						38,87
choroba niedokrwienna serca	-		39,13	49,83	55,84	52,54	54,9	-	-	36,87	48,45	54,85	51,6	54,02
udar	28,33	48,67	36,98	32,64	31,6	32,36	28,2	21,31	39,1	34,86	30,33	28,78	29,67	26,41
kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego	52,86	23,03	9,61	5,64	3,43	4,67	5,81	54,92	26,65	12	6,76	4,59	5,8	6,68
choroba nadciśnieniowa	-	10,1	3,4	4,15	3,77	3,85	3,98	-	16,55	4,41	5,51	5,06	5,15	4,74
tętniak aorty	-		2,34	1,81	0,81	1,25	1,57	-	-	2,78	2,23	0,95	1,47	1,78
migotanie i trzepotanie przedsionków	-		0,23	0,74	1,74	1,3	1,34	-	-	0,29	1,07	2,41	1,85	1,86
choroba reumatyczna z zajęciem serca	1,18	5,51	2,06	1,33	0,6	0,95	0,91	1,73	4,75	1,74	1,09	0,49	0,77	0,74
choroba tętnic obwodowych	-		0,13	0,43	0,45	0,42	44	-	-	0,19	0,66	0,84	0,74	0,62
zapalenie wsierdzia	4,43	2,81	1,05	0,3	0,07	0,23	0,29	5,13	3,95	1,31	0,35	0,09	0,26	0,31
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu trawiennego	6,65						7,09	6,18						6,62
marskość wątroby inne przewlekłe choroby wątroby	11,29	37,89	68,45	69,08	26,7	59,51	61,02	9,99	34,59	67,97	67,86	25,74	58,68	58,75
zapalenie trzustki	1,35	7,35	20,04	11,45	12,47	14,36	12,28	1,26	6,71	20,54	10,79	13,66	14,41	12,09
choroby górnego odcinka pokarmowego	1,22	6,74	5,54	7,72	15,56	8,68	9,96	1,05	5,77	5,39	8,03	16,3	8,96	10,56
naczyniowe zaburzenia jelit	1,06	2,88	1,05	3,55	15,25	5,25	4,94	0,99	2,79	1,06	3,78	11,84	4,66	5,33
niedrożność porażenna i niedrożność jelit	63,41	20,43	1,77	2,85	10,2	4,33	4,14	65,59	24,68	1,75	3,21	11,09	4,61	4,37
choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	0,36	1,2	0,53	1,55	9,17	2,86	2,47	0,35	1,13	0,54	1,89	9,47	3,09	2,93
nieswoiste zapalenie jelit	6,85	8,35	0,98	1,03	2	1,25	1,34	8,09	7,43	1,79	1,3	2,56	1,53	1,64
przepuklina pachwinowa, udowa i brzuszna	8,46	1,34	0,2	0,74	3,71	1,24	1,11	6,62	1,17	0,17	0,77	3,65	1,21	1,12
zapalenie wyrostka robaczkowego	1,8	8,35	0,3	0,35	0,86	0,47	0,47	1,45	6,8	0,24	0,34	0,8	0,42	0,43

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu nerwowego	3,85						3,69	4,74						4,51
choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	-	-	2,29	30,63	75,3	55,7	56,62	-	-	2,68	35,16	78,67	62,37	62,75
choroba Parkinsona	-	-	1,04	11,27	21,2	16,23	15,69	-	-	1,11	13,18	17,99	15,25	15,11
stany padaczkowe	20,94	50	51,89	21,59	0,95	12,32	11,99	21,67	48,97	51,91	17,79	0,97	9,42	9,14
stwardnienie rozsiane	-	0,89	20,79	18,95	0,85	6,91	6,98	-	0,77	21,48	15,67	0,7	5,48	5,41
choroby neuronu ruchowego	34,96	10,23	5,57	10,2	0,92	3,68	3,92	35,16	10,18	6,19	11,31	0,97	3,62	3,85
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Cukrzyca i choroby nerek	3,04						3,39	3,13						3,41
cukrzyca	3,97	11,14	52,32	58,64	49,86	53,15	56,13	6,27	14,55	60,61	70,43	62,52	65,27	65,03
przewlekła choroba nerek	95,81	87,81	47,34	41,26	50,08	46,74	43,71	93,21	83,49	38,91	29,43	37,39	34,57	34,73
ostre kłębuszkowe zapalenie nerek	0,22	1,04	-	-	-	-	-	0,51	1,96	-	-	-	-	-
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Przewlekłe choroby układu oddechowego	3,38						2,91	3,11						2,87
przewlekła obturacyjna choroba płuc	29,93	22,5	63,8	87,66	92,71	89,14	87,72	24,34	22,57	64,65	88,62	92,85	89,78	88,66
astma	18,32	37,09	15,04	6,42	4,32	5,74	6,24	27,76	27,89	10,97	4,84	3,62	4,47	4,95
śródmiażdżowa choroba płuc i sarkoidoza	31,47	25,65	15,74	4,77	2,45	4,08	4,52	32,46	31,37	18,99	5,62	3,08	4,86	5,18
pylica płuc	-	-	0,47	0,47	0,32	0,39	0,68	-	-	0,35	0,38	0,24	0,3	0,52

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	2,64						2,56	2,19						2,57
zaburzenia związane z piciem alkoholu	-	-	93,76	98,54	91,43	95,75	95,53	-	-	91,5	97,86	89,01	94	94,72
zaburzenia związane z używaniem leków	-	-	6,24	1,46	8,57	4,25	4,47	-	-	8,5	2,14	10,99	6	5,28
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby niezakaźne	1,95						1,9	1,54						1,52
wady wrodzone płodu	90,44	78,12	57,89	11,49	-	71,86	72	89,99	75,18	51,02	7,91	-	58,07	57,22
choroby przemiany materii, krwi i układu odpornościowego	2,66	16,07	26,69	36,85	21,14	10,75	10,77	3,83	20,26	31,18	33,3	16,49	14,62	14,61
choroby układu moczowego, niepłodność u mężczyzn	0,11	1,96	9,31	40,79	65,92	10,03	9,31	0,16	2,17	14,13	52,72	77,31	21,76	22,38
zespół nagłej śmierci łóżeczkowej	6,61	-	-	-	-	4,32	5,26	5,9	-	-	-	-	3,03	3,53
chemoglobulinopatie	0,17	3,84	5,91	10,64	12,75	2,98	2,58	0,13	2,39	3,54	5,95	6,1	2,47	2,2
niedokrwistości hemolityczne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby kobiecych narządów płciowych	-	-	0,2	0,23	0,2	-	0,07	-	-	0,14	0,11	0,1	0,05	0,06
Urazy														
Urazy	12,99						12,01	10,09						9,37
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Samookaleczenia i przemoc interpersonalna	39,52						39,22	40,87						40,63
samookaleczenia	-	79,65	93,77	93,76	93,63	93,5	90,77	-	79,27	94,14	94,3	94,37	94	91,19
przemoc interpersonalna	95,47	19,3	6,17	6,22	6,33	6,45	9,18	92,4	18,92	5,81	5,67	5,57	5,93	8,74

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Urazy nieumyślne	31,77						32,09	33,46						34,56
upadki	10,61	11,01	28,09	42,85	74,18	38,62	39,29	11,26	13,38	34,08	51,48	76,29	47,11	46,65
utonięcia	18,45	39,66	22,77	11,98	3,04	16,86	15,84	15,91	35,44	19,78	9,78	2,6	13,37	13,16
urazy spowodowane przez ciało obce	32,59	9,18	9,85	8,44	2,32	8,86	10,81	35,33	10,54	10,77	7,63	2,61	8,63	10,51
urazy termiczne	11,46	6,48	7,26	9,44	4,89	7,65	7,93	10,89	6,45	7,11	8,31	4,27	7,03	7,04
narażenie na gorące i zimne warunki klimatyczne	2,83	0,98	6,42	8,75	2,45	6,28	5,96	2,3	1,16	5,29	6,16	1,9	4,82	4,78
narażenia na siły mechaniczne	11,17	16,43	10,93	7,58	3,88	9	5,64	10,93	17,14	10,13	6,63	3,24	7,78	4,96
zatrucia	4,58	6,41	4,24	2,77	1,66	3,48	4,12	4,07	5,64	3,52	2,13	1,33	2,68	3,16
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Komunikacyjne	28,71						28,69	25,67						24,81
urazy w zdarzeniach drogowych	93,97	95,28	91,37	90,77	93,19	91,5	91,2	92,9	94,47	89,77	89,94	92,23	90,04	89,77
inne urazy komunikacyjne	6,03	4,72	8,63	9,23	6,81	8,5	8,8	7,1	5,53	10,23	10,16	7,77	9,96	10,23
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania														
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania	3,69						4,22	3,41						3,84
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
zakażenia dróg oddechowych i gruźlica	61,49						63,43	73,66						74,51
zakażenia dolnych dróg oddechowych	99,09	98,12	74,3	74,32	91,98	82,82	89,1	99,11	98,72	81,3	84,83	95,62	89,63	93,12
gruźlica	-	1,69	25,64	25,63	7,99	17,12	10,84	0,49	1,12	18,64	15,13	4,36	10,32	6,83
zakażenia górnych dróg oddechowych	-	0,18	0,06	0,05	0,03	0,06	0,06	0,04	0,06	0,06	0,04	0,02	0,05	0,04

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby zakaźne	5,73						4,94	4,92						4,23
zapalenie opon mózgowych	47,5	25,35	37,31	41,87	38,84	40,17	44,91	26,95	16,26	32,01	36,6	32,78	31,6	36,4
zapalenie mózgu	31,95	57,79	44,39	34,67	27,8	38,49	32,99	42,73	63	45,6	35,38	28,91	41,29	35,85
ostre zapalenie wątroby	1,68	0,87	2,29	2,89	3,15	2,26	2,71	1,67	0,69	0,69	3	3,02	2,46	2,85
ospa wietrzna i półpasiec	0,04	1,32	0,23	0,19	2,23	0,62	0,61	1,12	1,43	0,23	0,23	2,85	0,76	0,74
tęrzec	0,01	0,08	0,18	1,12	2,99	0,61	0,63	0,01	0,07	0,11	0,63	1,14	0,36	0,39
krztusiec	1,54	0,74	0,14	0,02	-	0,48	0,25	1,78	0,58	0,1	-	-	0,39	0,28
odra	0,03	0,21	0,03	-	-	0,03	0,03	0,02	0,12	0,03	-	-	0,02	0,02
blonica	0,01	0,05	0,02	-	-	0,01	0,02	0,01	0,07	0,02	-	-	0,01	0,02
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową	1,54						1,84	1,78						2,21
HIV/AIDS	99,31	94,2	97,45	87,11	-	95,39	95,78	99,7	93,59	98,18	92,41	-	96,73	97,2
zakażenia z wyłączeniem HIV	0,69	5,8	2,55	12,89	-	4,61	4,22	0,3	6,41	1,82	7,59	-	3,27	2,8

Analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika YLD (wartości bezwzględne w 2019 r.) dla populacji kobiet i mężczyzn w województwie lubelskim - wszystkie grupy wiekowe

Choroby niezakaźne														
Choroby niezakaźne	80,26						80,79	80,68						80,9
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
choroby niezakaźne														
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	20,9						21	21,13						21
ból dolnego odcinka kręgosłupa	-	93,72	79,09	64,35	62,23	69,99	69,07	-	98,93	78,69	63,12	61,8	68,8	67,89
zapalenie kości i stawów	-	-	3,17	17,35	24,94	13,22	12,97	-	-	3,51	4,05	25,79	14,64	14,47
ból odcinka szyjnego kręgosłupa	-	4,86	11,78	10,04	8,37	10,29	10,23	-	4,76	12,15	18,93	8,39	10,34	10,25
reumatoidalne zapalenie stawów	-	0,33	1,73	4,83	3,27	3,25	2,95	-	0,35	1,75	9,95	2,71	2,88	2,61
dna moczanowa	-	-	0,38	0,8	1,14	0,7	0,69	-	-	0,42	0,88	1,18	0,77	0,77
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Zaburzenia psychiczne	14,04						13,99	13,76						13,53
zaburzenia depresyjne	0,11	6,36	26,84	31,33	36,32	27,72	27,75	0,13	6,4	28,62	34,86	39,27	30,44	30,34
zaburzenia lękowe	6,6	27,13	23,5	24,2	28,57	24,3	24,24	7,1	27,18	22,19	23,28	26,99	23,22	23,17
schizofrenia	-	0,43	17,74	18,06	9,88	16,07	16,37	-	0,42	18,59	16,88	9,72	16,19	16,37
choroba afektywna dwubiegunowa	-	2,44	11,12	10,38	6,98	10,01	10,07	-	2,37	10,8	9,79	6,61	9,61	9,6
zaburzenia ze spektrum autyzmu	65,52	9,55	3,7	2,74	2,53	3,89	3,86	69,94	9,96	3,5	2,64	2,43	3,67	3,67
zaburzenia zachowania	-	43,05	2,53	-	-	3,82	3,59	-	43,33	1,78	-	-	3,06	3,05
zaburzenia odżywiania	-	1,62	3,83	-	-	2,29	2,5	-	1,75	4,05	-	-	2,29	2,51
idiopatyczna niepełnosprawność intelektualna	25,55	4,81	1,92	1,39	1,25	1,96	1,65	20,46	3,85	1,41	1,03	0,92	1,43	1,21
zespół nadpobudliwości psychoruchowej	2,22	4,31	0,89	0,16	-	0,8	0,78	2,37	4,45	0,76	0,13	-	0,68	0,68

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu nerwowego	10,68						10,54	10,77						10,55
zespoły bólu głowy	-	67,7	85,61	75,07	18,19	65,99	66,96	-	64,21	85,42	72,09	16,21	61,59	61,97
choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	-	-	0,1	6,74	66,7	17,52	16,19	-	-	0,11	8,35	69,43	21,59	20,44
stany padaczkowe	74,57	24,52	10,02	11,18	6,8	10,37	10,4	72,01	25,64	9,83	11,94	6,83	10,33	10,63
choroba Parkinsona	-	-	0,07	2,14	6,6	2,13	2,28	-	-	0,08	2,67	5,86	2,35	2,61
stwardnienie rozsiane	-	0,15	1,9	2,42	0,53	1,63	1,79	-	0,15	2,06	2,32	0,46	1,61	1,74
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby niezakaźne	11,18						11,21	9,7						9,76
zaburzenia w obrębi jamy ustnej	13,39	21,31	30,5	64,23	76,1	51,31	49,21	13,36	19,63	31,29	58,96	70,44	48,04	45,87
choroby kobiecych narządów płciowych	-	13,5	43,88	12,36	5,63	23,31	24,23	-	12,79	43,16	11,97	6,44	23,48	24,21
choroby układu wydzielania wewnętrznego i przemiany materii, krwi i układu odpornościowego	21,68	25,36	12,45	14,13	10,09	13	14,21	20,93	24,49	12,49	17,33	12,62	14,62	15,87
wady wrodzone płodu	52,75	30,33	6,98	3,13	1,21	5,83	5,71	54,89	34,4	7,51	3,82	1,59	6,65	6,55
choroby układu moczowego, niepłodność u mężczyzn	1,67	1,11	2,36	4,29	6,62	3,9	4,21	1,49	0,94	2,3	6,02	8,53	4,79	5,22
hemoglobinopatie i niedokrwistości hemolityczne	10,51	8,39	3,83	1,87	0,35	2,65	2,43	9,33	7,75	3,24	1,9	0,37	2,43	2,29

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby narządów zmysłów	9,37						8,98	10						9,6
choroba słuchu związana z wiekiem oraz z innymi przyczynami	59,3	74,77	80,92	72,25	71,22	73,38	73,39	57,88	73,58	80,56	71,97	70,98	72,88	72,8
ślepotą i upośledzenie wzroku	26,22	20,76	15,84	25,28	27,41	24,41	24,03	27,25	21,61	16,15	25,55	27,7	24,96	24,7
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Cukrzyca i choroby nerek	7,26						7,67	8,87						9,47
cukrzyca	4,54	20,61	79,56	89,63	87,23	86,65	87,49	6,49	25,55	83,21	91,76	88,88	89,23	90,03
przewlekła choroba nerek	94,64	79,03	20,42	10,37	12,77	13,35	12,5	92,59	74,03	16,77	8,23	11,22	10,76	9,96
ostre kłębuszkowe zapalenie nerek	0,83	-	-	-	-	-	-	0,93	-	-	-	-	-	-
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu krążenia	7,76						7,37	7,64						7,41
choroba niedokrwienna serca	-	-	10,58	20,82	24,37	21,58	22,84	-	-	9,9	20,65	24,23	21,39	22,43
udar	71,05	62,56	59,72	44,55	38,43	42,91	40,85	72,57	63,99	62,2	44,23	38,54	43,09	41,63
kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego	13,63	1,35	1,64	2,07	2,89	2,47	3,54	12,34	1,18	1,55	2,14	3,1	2,58	3,67
choroba nadciśnieniowa	-	-	1,17	2,76	5,56	4,08	3,75	-	-	1,12	2,99	5,82	4,26	3,9
migotanie i trzepotanie przedsionków	-	-	5,44	22,37	22,05	20,39	20,52	-	-	5,29	21,93	21,05	19,78	19,65
choroba reumatyczna z zajęciem serca	1,22	0,72	1,04	1,53	0,91	1,15	1,17	1,18	0,73	1,08	1,3	0,78	1,01	1,02
choroba tętnic obwodowych	-	-	-	0,99	1,99	1,42	1,37	-	-	-	1,12	2,04	1,49	1,44
zapalenie wsierdzia	0,61	0,08	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,39	0,06	0,04	0,03	0,04	0,03	0,05

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Przewlekłe choroby układu oddechowego	4,76						4,84	4,41						4,65
przewlekła obturacyjna choroba płuc	1,86	4,23	20,59	50,56	66,51	41,75	43,78	1,78	4,17	22,9	56,24	72,51	47,83	49,74
astma	94,88	90,49	73,96	45,41	31,21	54,19	51,84	94,78	89,78	70,32	39,39	24,99	47,61	45,5
śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza	0,77	0,29	1,53	1,76	1,03	1,38	1,48	0,64	0,22	1,88	2,06	1,23	1,63	1,69
pylica płuc	-	-	0,23	0,97	0,99	0,66	0,74	-	-	0,24	1,05	0,94	0,71	0,71
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	4,67						4,75	4,63						4,59
zaburzenia związane z piciem alkoholu	-	56,7	66,24	89,28	84,92	72,43	72,59	-	61,62	69,34	89,41	86,57	75,48	75,65
zaburzenia związane z używaniem leków	-	43,3	33,76	10,72	15,08	27,57	27,41	-	38,38	30,66	10,59	13,43	24,52	24,35
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby skóry i tkanki podskórnej	4,32						4,41	4,06						4,16
zapalenie skóry	40,06	29,24	21,43	23,46	19,57	24,08	24,51	40,21	29,68	22	23,49	19,03	24,2	24,65
pokrzywka	32,79	18,65	12,47	10,57	7,53	13,73	14,5	32,62	19,03	12,71	10,34	7,34	13,5	14,34
łuszczyca	0,69	4,14	12,8	18,95	9,54	11,74	12,55	0,66	3,81	12,95	17,75	8,7	11,51	12,21
zakażenie grzybiczne skóry	1,83	3,42	6,74	10,4	24,92	9,22	8,75	1,82	3,41	7,18	10,99	25,67	10,19	9,61
świerzb	5,75	7,47	11,62	6,22	5,45	8,57	8,26	5,76	7,42	11,55	6,06	5,52	8,26	7,88

zakażenie wirusowe skóry	14,05	21,44	5,38	2,87	1,87	7,04	6,74	14,16	21,95	5,25	2,83	1,81	6,77	6,61
trądzik	-	9,46	13,7	0,53	0,23	7,27	6,63	-	8,53	11,1	0,47	0,21	5,52	5,2
łysienie plackowate	0,28	0,58	2,77	1,83	1	1,85	1,81	0,29	0,57	2,97	1,77	0,97	1,86	1,79
odleżyna	0,03	0,06	0,2	0,79	3,51	0,75	0,77	0,03	0,06	0,21	0,88	4,52	1,02	1,07
zakażenie bakteryjne skóry	0,47	0,41	0,65	0,79	0,72	0,65	0,65	0,35	0,31	0,52	0,64	0,6	0,53	0,54
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu trawiennego	3,5						3,59	3,32						3,43
marskość wątroby inne przewlekłe choroby wątroby	4,53	8,24	2,91	4,02	2,6	3,37	3,54	4,38	8,97	3,01	4,14	3,23	3,57	3,79
zapalenie trzustki	0,3	1,14	1,47	1,96	2,1	1,75	1,82	0,3	1,53	1,61	2,06	2,21	1,89	1,92
choroby górnego odcinka pokarmowego	12,8	28,95	58,34	52,27	48,93	53,37	53,34	10,73	30,48	60,47	55,59	53,31	56,32	55,44
naczyniowe zaburzenia jelit	0,65	0,59	0,12	0,29	0,8	0,32	0,33	0,52	0,62	0,11	0,025	0,53	0,26	0,29
niedrożność porażenna i niedrożność jelit	11,41	0,91	0,24	0,4	0,76	0,53	0,54	12,83	0,81	0,18	0,34	0,66	0,48	0,48
choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	4,51	17,25	17,87	24,89	29,38	22,43	22,07	3,35	15,98	15,16	21,03	24,96	19,23	19,99
nieswoiste zapalenie jelit	-	3,51	12,12	7,84	5,62	9,06	9,14	-	4,4	12,91	8,54	6,1	9,65	9,3
przepuklina pachwinowa, udowa i brzuszna	56,31	27,98	5,27	6,79	6,35	6,98	7,01	58,26	22,8	4,88	6,32	5,37	6,3	6,41
zapalenie wyrostka robaczkowego	0,63	7,12	0,81	0,16	0,08	0,53	0,55	0,66	9,5	0,74	0,18	0,09	0,49	0,51
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Nowotwory	1,54						1,65	1,7						1,82
tchawicy, oskrzeli i płuc	-	0,06	4,26	12,81	10,9	10,64	9,71	-	0,09	3,12	11,25	9,69	9,61	8,95
jelita grubego i odbytnicy	-	0,87	7,63	12,73	16,06	13,02	12,71	-	0,69	7,89	14,18	16,64	14,15	13,59
sutka	-	-	23,39	18,04	11,74	16,5	17,96	-	-	23,76	16,42	12,75	15,98	17,24

trzustki	-	-	0,93	1,87	2,45	1,92	1,81	-	-	0,86	1,77	2,35	1,85	1,83
żołądka	-	-	1,62	2,27	3,18	2,47	2,06	-	-	1,17	1,71	2,36	1,86	2,04
gruczołu krokowego	-	-	0,62	8,27	13,99	9,05	8,45	-	-	0,74	10,56	13,88	10,4	9,71
mózgu i ośrodkowego układu nerwowego	12,99	14,83	4	1,61	1,17	1,92	1,79	9,49	14,71	3,57	1,42	1,02	1,62	1,51
pęcherza moczowego	-	-	2,39	5,3	6,17	5,13	5,32	-	-	2,39	5,82	6,44	5,56	5,9
nerki	4,89	3,61	2,74	3,36	2,42	2,95	2,84	4,15	3,72	2,69	3,39	2,46	2,98	2,85
jajnika	-	0,87	5,13	3,5	2,11	3,24	3,26	-	1,04	4,82	3,08	1,99	2,91	2,8
białaczką	22,33	21,12	4,52	4,48	6,12	5,2	4,64	18,16	20,16	4,87	4,91	6,28	5,46	5,12
szyjki macicy	-	-	5,65	2,03	0,87	2,14	2,37	-	-	4,38	1,43	0,73	1,56	1,69
przełyku	-	-	0,44	0,99	0,77	0,82	0,93	-	-	0,41	0,9	0,71	0,77	0,79
chłoniaki nieziarnicze	-	14,49	4,1	2,52	4,31	3,42	3,22	-	12,28	4,16	2,91	4,98	3,8	3,57
jamy ustnej i wargi	-	0,23	1,29	1,74	1,14	1,45	1,45	-	0,26	1,15	1,61	1,15	1,38	1,41
pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	-	-	0,18	0,54	1,2	0,71	0,79	-	-	0,15	0,45	0,95	0,58	0,67
krtani	-	-	1,63	3	1,37	2,21	2,24	-	-	1,46	2,51	1,14	1,89	1,96
czerniak skóry	2,94	0,64	4,09	1,44	1,12	1,71	1,79	3,41	1,04	4,98	1,69	1,41	2,02	2,1
macicy	-	-	2,7	5,46	3,59	4,36	4,81	-	-	2,71	5,97	4,13	4,89	5,17
szpiczak mnogi	-	-	0,48	1,19	1,24	1,09	1,01	-	-	0,41	1,08	1,23	1,04	0,94
wątroby	0,09	0,47	0,16	0,33	0,64	0,41	0,37	0,09	0,61	0,16	0,37	0,66	0,44	0,41
gardła	-	-	0,56	0,8	0,26	0,57	0,62	-	0,26	0,73	0,95	0,33	0,7	0,73
kości	-	7,45	1,91	0,65	1,03	1	0,91	-	6,4	1,47	0,6	0,98	0,86	0,81
Urazy														
Urazy	14,59						14,14	14,7						14,52
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Urazy nieumyślne	72,27						71,23	74,31						74,23
upadki	8,3	24,72	41,22	49,16	62,35	48,04	50,73	10,54	28,43	44,25	51,94	64,69	51,13	53,02
utonięcia	0,11	0,13	0,12	0,13	0,14	0,12	0,14	0,17	0,19	0,15	0,16	0,18	0,16	0,17

urazy spowodowane przez ciało obce	7,73	5,02	2,55	1,62	1,23	2,02	2,09	7,11	4,52	2,42	1,61	1,22	1,92	1,91
urazy termiczne	2,81	4,89	6,02	5,35	3,61	5,22	5,26	2,98	4,64	5,81	5,1	3,56	4,99	4,94
narażenie na gorące i zimne warunki klimatyczne	0,54	0,41	0,28	0,28	0,28	0,28	0,29	0,25	0,21	0,18	0,18	0,2	0,18	0,2
narażenia na siły mechaniczne	33,97	36,04	34,88	32,69	24,16	31,81	28,72	30,46	32,93	32,16	30,07	22,16	29,1	27,3
zatrucia	3,46	4,72	1,88	0,96	0,68	1,37	1,44	3,96	5,13	2,07	1,1	0,8	1,5	1,49
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Komunikacyjne	23,7						24,57	21,91						21,89
urazy w zdarzeniach drogowych	60,75	88,52	96,83	97,33	97,44	97,02	97,1	62,34	86,2	96,51	97,09	97,2	96,76	96,84
inne urazy komunikacyjne	39,25	11,48	3,17	2,67	2,56	2,98	2,9	37,66	13,8	3,49	2,91	2,8	3,24	3,16
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Samookaleczenia i przemoc interpersonalna	4,03						4,21	3,78						3,88
samookaleczenia	-	3,37	25,87	40,31	42,57	31,98	29,08	-	2,34	23,44	37,06	38,79	29,41	28,09
przemoc interpersonalna	100	96,54	74,08	59,67	57,41	67,98	70,87	100	97,6	76,5	62,9	61,18	70,54	71,85
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania														
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania	5,15						5,07	4,62						4,58
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						

	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania														
Niedobory żywieniowe	31,95						30,57	30,25						28,91
niedobory żelaza w diecie	83,42	82,07	80,65	87,65	59,28	82,46	81,49	84,37	81,26	78,9	83,52	48,29	80	79,13
niedożywienie białkowo-kaloryczne	10,5	10,17	11,86	7,9	27,84	10,85	11,63	10,76	11,78	13,46	10,85	37	13,04	13,73
niedobór jodu	0,03	0,56	1,53	1,01	3,43	1,15	1,18	0,03	0,57	1,52	1,14	3,58	1,22	1,22
niedobór witaminy A	5,66	4,55	-	-	-	1,21	1,04	4,4	3,49	-	-	-	0,89	0,81
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
zakażenia dróg oddechowych i gruźlica	17						16,75	16,93						16,57
zakażenia dolnych dróg oddechowych	6,08	3,36	1,22	4,46	14,34	3,52	4,01	4,98	3,32	1,45	6,02	18,02	4,55	5,38
gruźlica	1,74	1,16	8,13	12,48	13,95	8,32	6,92	1,3	0,96	6,07	9,23	10,69	6,37	5,26
zakażenia górnych dróg oddechowych	61,46	62,2	67,66	59,46	55,84	63,94	65,68	63,06	63,35	70,52	62,38	56,24	65,96	67,14
zapalenie uch środkowego	30,72	33,27	22,99	23,61	15,87	24,23	23,39	30,66	32,36	21,96	22,38	15,05	23,12	22,23
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby zakaźne	3,27						3,19	3,15						3,04
zapalenie opon mózgowych	5,26	13,34	19,24	15,91	17,84	16,49	16,72	5,17	15,15	21,55	19,64	21,85	18,9	18,38
zapalenie mózgu	0,97	2,28	3,74	3,47	3,56	3,26	2,86	0,27	0,6	1,27	1,75	2,21	1,27	1,14
ostre zapalenie wątroby	3,55	20,67	22,65	7,96	6,43	16,42	17,16	3,62	22,62	22,55	7,77	7,11	6,55	17,26
ospa wietrzna i półpasiec	3,72	3,99	9,67	24,05	57,14	14,79	15,23	3,38	2,96	8,35	22,68	51,16	13,25	13,57
krztusiec	17,8	0,72	0,08	0,05	-	1,56	1,3	26,62	1,22	0,12	0,08	-	2,5	2,2
odra	-	-	-	-	-	-	-	0,81	0,08	0,01	-	-	0,08	0,08

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową	1,81						2,05	1,98						2,21
HIV/AIDS	-	-	17,98	15,21	6,61	16,94	19,53	-	-	21,33	25,95	12,93	21,93	25,49
zakażenia z wyłączeniem HIV	-	-	82,02	84,79	93,39	83,06	80,47	-	-	78,67	74,05	87,07	78,07	74,51

Analiza struktury zgonów (wartości bezwzględne w 2019 r.) dla populacji kobiet i mężczyzn w województwie lubelskim - wszystkie grupy wiekowe

choroby niezakaźne															
Choroby niezakaźne	90,51							90,05	91,79						91,39
	2009							2019 r.							
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska	
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe							
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	
Choroby układu krążenia	52,1						48,62	50,33						47,06	
choroba niedokrwienna serca	-	-	40,26	49,89	56,94	55,28	56,3	-	-	37,82	48,57	56,15	54,56	55,62	
udar	28,3	49,19	36,61	32,7	30,84	31,31	27,74	21,13	39,22	34,57	30,39	27,92	28,45	25,81	
kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego	52,83	23,39	9,34	5,45	3,43	3,94	5,43	54,93	27,45	11,77	6,53	4,6	5,06	6,28	
choroba nadciśnieniowa	-	-	3,47	4,16	3,72	3,79	4,18	-	-	4,49	5,49	4,97	5,04	4,95	
tętniak aorty	-	-	2,26	1,82	0,68	0,92	1,21	-	-	2,7	2,25	0,75	1,03	1,31	
migotanie i trzepotanie przedsionków	-	-	0,24	0,78	1,85	1,62	1,72	-	-	0,3	1,12	2,55	2,28	2,34	
choroba reumatyczna z zajęciem serca	1,26	5,65	1,92	1,33	0,52	0,7	0,71	1,41	3,92	1,65	1,09	0,42	0,56	0,56	
choroba tętnic obwodowych	-	-	0,15	0,45	0,45	0,44	0,46	-	-	0,2	0,68	0,86	0,81	0,65	
zapalenie wsierdzia	4,4	2,42	0,96	0,29	0,06	0,13	0,17	5,63	3,92	1,21	0,33	0,07	0,14	0,17	
	2009							2019 r.							
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska	
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe							
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	
Nowotwory	29,14						32,01	30,52						32,88	
tchawicy, oskrzeli i płuc	-	0,3	17,45	33,24	22,33	26,5	25,83	-	0,35	15,42	33,11	21,48	26,13	25,56	
jelita grubego i odbytnicy	-	0,81	8,88	11,07	16,86	13,88	13,7	-	0,69	9,46	12,33	17,74	14,98	14,55	
sutka	-	-	9,18	5,92	5,34	5,81	6,43	-	-	9,39	5,31	5,8	5,76	6,2	
trzustki	-	-	4,61	5,45	5,81	5,57	5,59	-	-	5,26	5,77	6,15	5,93	6,1	
żołądka	-	-	5,93	5,34	6,28	5,85	6,59	-	-	5,24	4,47	5,07	4,81	5,55	

gruczołu krokowego	-	-	0,37	2,64	8,39	5,46	4,8	-	-	0,41	3,28	8,5	5,85	5,36
mózgu i ośrodkowego układu nerwowego	33,08	34,78	8,12	3,37	1,91	3	2,94	35,31	38,37	9,11	3,33	1,83	2,89	2,72
pęcherza moczowego	-	-	1,12	2,61	4,72	3,6	3,58	-	-	1,11	2,75	4,7	3,67	3,85
nerki	4,56	2,52	2,55	3,14	2,82	2,94	2,89	4,8	2,6	2,57	3,33	3,02	3,13	3,06
jajnika	-	0,71	4,18	3,22	2,29	2,79	2,95	-	0,87	4,33	3,18	2,36	2,81	2,8
białaczką	29,28	28,53	5,94	2,64	3,42	3,32	2,93	24,86	23,78	5,5	2,56	3,21	3,07	2,83
szyjki macicy	-	-	5,14	2,21	1,46	2,01	2,27	-	-	4,22	1,66	1,18	1,54	1,73
przelyku	-	-	1,59	2,11	1,25	1,63	1,8	-	-	1,78	2,11	1,27	1,65	1,83
chłoniaki nieziarnicze	5,13	8,27	3,52	1,78	2,06	2,05	1,85	5,08	6,94	3,73	1,83	2,01	1,98	1,81
jamy ustnej i wargi	-	0,3	2,27	1,97	0,96	1,47	1,49	-	0,35	2,25	1,85	1,06	1,46	1,48
pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	-	-	0,79	1,35	2,28	1,79	2,11	-	-	0,77	1,26	1,06	1,57	1,89
krtani	-	-	1,78	2,46	1,06	1,69	1,7	-	-	1,63	2,03	0,88	1,41	1,46
czerniak skóry	1,71	0,3	3,18	1,16	1,13	1,28	1,25	2,26	0,52	3,54	1,14	1,31	1,35	1,32
macicy	-	-	0,65	1,16	1,4	1,25	1,33	-	-	0,63	1,24	1,62	1,4	1,45
szpiczak mnogi	-	-	0,76	1,17	1,48	1,3	1,23	-	-	0,93	1,32	1,58	1,43	1,33
wątroby	1,33	1,31	0,73	0,92	1,27	1,09	1,03	1,69	1,91	0,9	1,1	1,38	1,24	1,19
gardła	-	-	1,28	1,18	0,31	0,73	0,77	-	-	1,57	1,37	0,36	0,85	0,83
kości	1,14	5,24	1,52	0,38	0,32	0,43	0,41	1,13	4,69	1,37	0,35	0,3	0,38	0,37
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu nerwowego	5,09						5,07	6,58						6,45
choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	-	-	2,76	33,22	78,93	71,61	72,5	-	-	3,15	37,4	82,56	76,78	77,12
choroba Parkinsona	-	-	1,23	12,31	18,5	17,22	16,32	-	-	1,27	14,18	15,13	14,69	14,34
stany padaczkowe	21,02	49,75	51,86	19,46	0,76	4,51	4,44	21,62	48,76	51,72	15,98	0,73	3,29	3,19
stwardnienie rozsiane	-	1,02	22,34	17,74	0,59	2,98	3,02	-	0,83	22,65	14,61	0,46	2,16	2,15
choroby neuronu ruchowego	35,03	10,15	5,6	10,16	0,62	1,75	1,88	35,14	9,92	6,27	11,25	0,6	1,65	1,77

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu trawiennego	4,84						5,34	4,33						4,89
marskość wątroby inne przewlekłe choroby wątroby	11,43	37,5	69,44	68,15	23,64	48,9	50,94	10	34,48	68,74	66,66	21,45	47,1	47,2
zapalenie trzustki	0,95	7,81	19,27	11,36	12,16	13,08	11,34	1,67	6,9	19,91	10,66	13,38	13,34	11,04
choroby górnego odcinka pokarmowego	0,95	6,25	5,53	7,94	16,44	11,22	12,59	1,67	6,9	5,4	8,25	17,6	11,92	13,67
naczyniowe zaburzenia jelit	0,95	3,12	1,05	3,81	15,89	8,59	7,87	1,67	3,45	1,07	4,02	12,48	7,28	8,32
niedrożność porażenna i niedrożność jelit	63,81	20,31	1,67	3,04	10,73	6,23	5,96	63,33	24,14	1,68	3,39	11,86	6,91	6,45
choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	-	1,56	0,53	1,69	10	5,11	4,3	-	-	0,54	2,04	10,59	5,58	5,16
nieswoiste zapalenie jelit	6,67	6,25	0,92	1,08	2	1,46	1,57	8,33	6,9	1,03	1,36	2,61	1,86	1,99
przepuklina pachwinowa, udowa i brzuszna	8,57	1,56	0,2	0,81	4,1	2,14	1,89	6,67	-	0,17	0,83	4,16	2,2	1,94
zapalenie wyrostka robaczkowego	1,9	7,81	0,28	0,37	0,88	0,58	0,57	1,67	6,9	0,23	0,35	0,81	0,54	0,54
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Cukrzyca i choroby nerek	3						3,52	3,04						3,46
cukrzyca	3,74	11,76	53,55	58,34	49,07	51,6	54,95	6,25	14,29	61,64	70,37	60,75	63,29	63,24
przewlekła choroba nerek	96,26	86,27	46,15	41,57	50,87	48,31	44,95	93,75	85,71	37,91	29,49	39,15	36,59	36,56
ostre kłębuszkowe zapalenie nerek	-	1,96	0,3	-	-	-		-	-	0,45	0,13	-	-	0,17

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Przewlekłe choroby układu oddechowego	3,62						3,21	3,25						3,06
przewlekła obturacyjna choroba płuc	22,22	21,74	65,76	88,16	92,67	91,02	89,78	20	27,27	66,24	89,01	92,88	91,48	90,4
astma	22,22	39,13	14,07	6,2	4,46	5,08	5,55	20	27,27	10,37	4,72	3,79	4,13	4,61
śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza	33,33	26,09	15,09	4,6	2,35	3,15	3,54	40	27,27	18,29	5,43	2,86	3,76	4,08
pylica płuc	-	-	0,47	0,46	0,31	0,35	0,61	-	-	0,36	0,37	0,22	0,26	0,46
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	1,29						1,32	1						1,24
zaburzenia związane z piciem alkoholu	-	-	94,71	98,52	89,6	96,42	96,2	-	-	92,57	97,83	86,01	94,75	95,4
zaburzenia związane z używaniem leków	-	-	5,29	1,48	10,4	3,58	3,8	-	-	7,43	2,17	13,99	5,25	4,6
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby niezakaźne	0,72						0,71	0,74						0,75
wady wrodzone płodu	90,43	77,97	55,13	10,65	-	45,04	46,85	89,98	75,08	48,2	7,26	-	26,36	25,93
choroby przemiany materii, krwi i układu odpornościowego	2,69	16,2	28,07	36,41	19,79	16,4	17,13	3,87	20,33	32,39	32,73	14,89	17,51	17,54
choroby układu moczowego, niepłodność u mężczyzn	0,12	1,88	10,6	41,81	67,65	29,46	26,89	0,15	2,3	15,74	53,85	79,21	50,44	51,13

zespół nagłej śmierci łóżeczkowej	6,59	-	-	-	-	2,51	3,18	5,88	-	-	-	-	1,24	1,44
chemoglobulinopatie	0,17	3,95	5,98	10,89	12,32	6,46	5,79	0,12	2,3	3,54	6,06	5,77	4,35	3,85
choroby kobiecych narządów płciowych	-	-	0,23	0,24	0,24	0,13	0,16	-	-	0,13	0,11	0,13	0,1	0,1
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	0,17						0,16	0,18						0,17
reumatoidalne zapalenie stawów	-	33,33	22,77	55,52	75,35	60,38	53,57	-	33,33	22,93	55,61	73,25	60,06	53,87
inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	-	66,67	77,23	44,48	24,65	39,62	46,43	-	66,67	77,07	44,39	26,75	39,94	46,13
Urazy														
Urazy	6,82						6,68	5,25						5,18
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Urazy nieumyślne	39,95						40,02	43,95						45,43
upadki	10,65	11,03	28,87	43,55	77,18	51,8	51,83	11,26	13,5	34,91	52,19	79,62	60,32	60,45
utonięcia	18,64	39,77	21,56	11,73	2,47	11,32	10,81	16,23	35,4	18,87	9,53	1,99	8,41	8,2
urazy spowodowane przez ciało obce	32,28	9,14	10,02	8,23	2	6,55	7,95	35,1	10,58	10,85	7,43	2,21	6,01	7,12
urazy termiczne	11,48	6,68	7,5	9,34	4,4	6,86	7,04	10,93	6,57	7,28	8,2	3,75	5,96	5,8
narażenie na gorące i zimne warunki klimatyczne	2,83	1,02	6,87	8,56	2,13	5,42	5,1	2,32	1,09	5,53	6	1,57	3,82	3,67
narażenia na siły mechaniczne	11,15	16,4	10,91	7,48	3,51	7,05	4,28	10,93	17,15	10,04	6,51	2,87	5,74	3,44
zatrucia	4,66	6,39	4,13	2,74	1,53	2,73	3,23	3,97	5,47	3,42	2,09	1,22	2,03	2,33

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Samookaleczenia i przemoc interpersonalna	35,51						35,34	34,76						34,2
samookaleczenia	-	80,17	93,67	93,75	93,78	93,57	90,94	-	80	94,08	94,3	94,48	94,11	91,38
przemoc interpersonalna	95,65	18,99	6,3	6,22	6,18	6,39	9,02	91,67	18,18	5,88	5,66	5,45	5,84	8,57
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Komunikacyjne	24,54						24,64	21,29						20,37
urazy w zdarzeniach drogowych	93,81	95,28	91,23	90,85	93,19	91,49	91,21	92,86	94,39	89,66	89,94	92,15	90,19	89,88
inne urazy komunikacyjne	6,19	4,72	8,77	9,15	6,81	8,51	8,79	7,14	5,61	10,34	10,06	7,85	9,81	10,12
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania														
Choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania	2,67						3,27	2,96						3,43
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
zakażenia dróg oddechowych i gruźlica	83,68						84,91	89,37						89,5
zakażenia dolnych dróg oddechowych	99,18	98,3	72,9	75,32	92,85	87,16	92,21	99,07	98,85	80,53	85,54	96,24	93,09	95,49
gruźlica	0,55	1,7	27,04	24,64	7,11	12,8	7,75	0,62	1,15	19,42	14,42	3,74	6,88	4,48
zakażenia górnych dróg oddechowych	0,27	-	-	-	0,03	-	0,04	0,31	-	-	-	0,02	0,03	0,03

	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
Inne choroby zakaźne	4,02						3,39	2,97						2,59
zapalenie opon mózgowych	47,48	25	38,28	41,74	37,44	39,73	44,32	26,95	26,95	32,99	36,54	30,78	32,62	37,49
zapalenie mózgu	32,01	57,61	43,42	44,41	27,12	35,55	30,56	42,95	42,55	44,47	35,13	28,44	36,57	31,68
ostre zapalenie wątroby	1,8	1,09	2,42	2,86	3,08	2,58	2,95	1,42	1,42	2,66	2,97	2,81	2,71	3,04
ospa wietrzna i półpasiec	0,72	1,09	0,15	0,25	2,93	1,01	0,95	1,42	1,42	0,2	0,28	3,91	1,48	1,37
krztusiec	1,44	1,09	0,15	-	-	0,24	0,12	2,13	2,13	-	-	-	0,15	0,11
odra	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	-	-	-	-	0,01
	2009							2019 r.						
	województwo lubelskie						Polska	województwo lubelskie						Polska
	przedziały wiekowe							przedziały wiekowe						
	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska	<5	5-14	15-49	50-69	70>	razem	razem Polska
HIV/AIDS i zakażenia przenoszone drogą płciową	0,9						1,04	0,8						1,01
HIV/AIDS	100	91,67	97,32	86,14	15	92,45	93,29	100	87,5	98,24	92,04	20	94,69	95,5
zakażenia z wyłączeniem HIV	-	8,33	2,68	13,86	85	7,55	6,71	-	12,5	1,76	7,96	80	5,31	4,5