

Załącznik do zarządzenia Wojewody Małopolskiego
z dnia w sprawie aktualizacji
Priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej
województwa małopolskiego.

Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie

PRIORYTETY
DLA REGIONALNEJ POLITYKI
ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

na okres

od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

PRIORYTETY ZDROWOTNE

Członkowie Małopolskiej Wojewódzkiej Rady do spraw potrzeb zdrowotnych pozytywnie zaopiniowali na lata 2019-2021 następujące priorytety zdrowotne dla województwa małopolskiego:

1. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
2. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
3. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie chorób układu oddechowego oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
4. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
5. Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
6. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
7. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie w ramach diabetologii, okulistyki i neurochirurgii oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
8. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
9. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
10. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie kompleksowej rehabilitacji z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie chorób układu ruchu, układu nerwowego, układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
11. Zwiększenie dostępności i jakości usług dla osób przewlekle chorych, wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
12. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.
13. Poprawa kompleksowej, wszechstronnej i ciągłej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczonej przez wybranego lekarza, niezależnie od wieku pacjenta i rodzaju problemu zdrowotnego.
14. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.

Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa małopolskiego.

Priorytet (zwięzłe i hasłowe określenie działania lub celu o szczególnie istotnym znaczeniu dla opieki zdrowotnej)	L.p.	Dziedzina medycyny	Cel (uszczegółowienie priorytetu przez wskazanie jednego lub więcej celów, działań do zrealizowania w ramach danego priorytetu)	Horyzont – czas realizacji (określenie perspektywy wdrażania priorytetu, jako krótkoterminowego - do 2021 lub długoterminowego - po 2021)	Preferowane sposoby realizacji (wskazanie sposobów i metod jakimi wdrażany będzie określony priorytet, także preferowane formy organizacyjne lub instytucjonalne opieki zdrowotnej)	Proponowane mierniki i czas oceny (propozycja parametrów, na podstawie których oceniany będzie postęp wdrażania priorytetu)	Uzasadnienie (zwięzłe-ograniczone do około 300 znaków)
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Angiologia	<p>Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych angiologicznych poprzez ich równomierne alokowanie na obszarze województwa.</p> <p>Poprawa długofalowej skuteczności leczenia angiologicznego poprzez kompleksową opiekę nad pacjentami oraz wykorzystanie innowacyjnych technik terapii wewnątrznaczyniowej.</p>	krótkoterminowy	<p>Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych z zakresu angiologii, w tym w warunkach ambulatoryjnych powiązanych z leczeniem ran przewlekłych o charakterze niedokrwiennym i żylnym lub jednodniowych poprzez ich alokowanie na obszarze województwa.</p> <p>Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem naczyniowym, koordynowanej w warunkach ambulatoryjnych - obejmującej opiekę angiologiczną i diabetologiczną w leczeniu niedokrwienną stopy cukrzycowej.</p> <p>Poprawa dostępności w ośrodkach endowaskularnych poradni leczenia ran przewlekłych.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia.</p> <p>Liczba pacjentów leczonych metodą endowaskularną.</p>	<p>Wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych leczenia szpitalnego w roku 2016 w Polsce 11 świadczeniodawców sprawozdawało hospitalizacje realizowane na oddziale lub na zakresie jednoimiennym do analizowanego oddziału, ale w ramach innego oddziału (innej specjalności komórki).</p> <p>W Małopolsce funkcjonował jeden świadczeniodawca z analizowanym typem oddziału/zakresu, który sprawozdwał świadczenia do NFZ.</p> <p>Małopolska posiada oddział wykonujący bardzo dużą liczbę zabiegów wewnątrznaczyniowych. Z uwagi na niezbędne wysoce specjalistyczne kompetencje przeprowadzających takie zabiegi ich wykonawstwo należy koncentrować, co oznacza potrzebę rozwoju regionalnego ośrodka angiologicznego, nie rozpraszanie wykonywania tych zabiegów co groziłoby pogorszeniem jakości.</p> <p>Podstawową słabością jest brak poza Krakowem poradni angiologicznych co zapewniałoby łańcuch opieki. Po zmianie tego stanu poprawiłaby się dostępność racjonalnej diagnostyki, pozwoliłoby to szybciej podejmować leczenie zachowawcze, wcześniej kierować pacjentów zagrożonych na zabiegi wewnątrznaczyniowe i lepiej prowadzić pacjentów po zabiegach.</p> <p>Od stycznia 2018 w woj. małopolskim świadczeń z zakresu leczenia ran przewlekłych udziela jedna placówka. Powołanie i powierzenie powiatowym poradniom angiologicznym zadania leczenia ran przewlekłych pozwoliłoby rozwiązywać oba w/w problemy i w konsekwencji istotnie ograniczyć szalenie wysoką obecnie częstość niepotrzebnych amputacji w województwie.</p>

			<p>Poprawa dostępności świadczeń z powodu chorób aorty, naczyń obwodowych oraz nadciśnienia tętniczego.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>Rozwój współpracy z pielęgniarką POZ/ rodzinną w celu kontynuacji zabiegów w warunkach domowych.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	<p>Leczenie schorzeń zapalnych naczyń w Małopolsce w przejęt oddział immunologii. Dalsza dobra współpraca oddziałów angiologii i immunologii zapewni optymalne leczenie tej grupy chorych.</p> <p>Krótki pobyt pacjenta w szpitalu przynosi wymierne efekty finansowe dla płatnika, poprawia dostępność dla kolejnych oczekujących pacjentów na przyjęcie. Pomimo korzyści dla pacjenta z faktu krótkotrwałego pobytu w szpitalu występują liczne niebezpieczeństwa wynikające z powikłań w wyniku niewłaściwej pielęgnacji.</p> <p>Choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego – zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zagrożenie życia z powodu tych chorób było o 72,4% wyższe niż przeciętne w kraju – 1 pozycja na 16 województw. W 20 spośród 22 powiatów województwa małopolskiego umieralność była wyższa od ogólnopolskiej.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale angiologii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe od wartości 6,74 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 8,55 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 15 – 20 łóżek, względna (%) 93,8 - 125,0).</p>
2	Chirurgia naczyniowa	<p>Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej.</p>	<p>krótkoterminowy</p>	<p>Zwiększenie wykorzystania oddziałów chirurgii naczyniowej poza Krakowem.</p> <p>Zwiększenie odsetka świadczeń zabiegowych we wszystkich oddziałach.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia.</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów</p>	<p>Rozwój oddziału w Nowym Sączu pozwoli na prawie pełne zabezpieczenie całego województwa. Rozwój AOS poprawi diagnostykę, a w dalszej perspektywie powinien zmniejszyć liczbę amputacji.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii naczyniowej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe od wartości 6,64 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 8,70 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych</p>	

					specjalistyczną. Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.	objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	lecnictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 20-91 łóżek, względna (%) 18,3 - 83,5).
3	Kardiochirurgia	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii.	długoterminowy	Kontynuacja wdrażania programu mechanicznego wspomaganie pracy serca. Rozwój kardiologicznej bazy rehabilitacyjnej. Utworzenie na bazie istniejącego potencjału zespołów wielospecjalistycznych. Poprawa zabezpieczenia w zakresie kompleksowych zabiegów hybrydowych.	Liczba kompleksowych zabiegów hybrydowych.	Konieczne jest zapewnienie na poziomie systemowym organizacji współpracy wielospecjalistycznej i wielozespołowej (np. koordynacja zabiegów TAVI w Małopolsce. Konieczne jest krzyżowe szkolenie lekarzy w zakresie kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii. Przeszarżałe i nieuzasadnione wydaje się być rozgraniczenie kardiochirurgii od chirurgii naczyniowej. Ze względu na rosnące zapotrzebowanie na procedury hybrydowe może okazać się niezbędne utworzenie następnych sal hybrydowych. Sale takie powinny znajdować się w jednostkach o najwyższym stopniu referencyjności. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale kardiochirurgii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 2,71 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 3,46 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecnictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 10-25 łóżek, względna (%) 12,5-31,2.)	
4	Kardiologia	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologii. Poprawa dostępności do ambulatoryjnych	długoterminowy	Poprawa dostępności do nieinwazyjnych ambulatoryjnych badań diagnostycznych w tym echokardiografii, kardiologicznego rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, scyntygrafii serca. Poprawa dostępności do nowych leków między innymi: przeciwplatek, przeciwzakrzepowych, nowych leków w leczeniu niewydolności	Czas oczekiwania na poradę, badania diagnostyczne i zabieg.	Posiadana baza oddziałów kardiologicznych włącznie z kilkunastoma pracownikami hemodynamicznymi oraz dobrze wyszkolona kadra kardiologów skutecznie zabezpiecza leczenie pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. Konieczne jest uwzględnienie wszystkich stanów zagrażających życiu (w tym również ostrych zespołów wieńcowych – zawałów serca) do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Konieczna jest stała modernizacja zarówno bazy szpitalnej jak i diagnostycznej oraz zapewnienie odpowiedniego finansowania wszystkich wysokospecjalistycznych procedur. Istnieje konieczność utrzymania i funkcjonowania	

		<p>oraz wysokospecjalistycznych, hybrydowych i innowacyjnych metod diagnostyczno-terapeutycznych.</p> <p>Wdrożenie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.</p>		<p>serca oraz chorób rzadkich.</p> <p>Skrócenie czasu rozpoznania i wdrożenia leczenia wszystkich chorób układu krążenia w tym również udaru mózgu i chorób rzadkich.</p> <p>Utworzenie kompleksowego Centrum Diagnostyki, Leczenia i rehabilitacji Chorób rzadkich u Młodocianych i Dorosłych.</p> <p>Wdrożenie kompleksowej opieki nad pacjentami kardiologicznymi szczególnie po ostrych zespołach wieńcowych i innych zabiegach z zakresu kardiologii interwencyjnej.</p> <p>Zabezpieczenie dostępności i finansowania kompleksowych zabiegów hybrydowych i innowacyjnych w zakresie chorób układu krążenia.</p> <p>Zapewnienie dostępności poprzez zwiększenie finansowania diagnostyki i leczenia niewydolności serca omdleń, chorób rzadkich chorób układu krążenia, (hiperlipidemii rodzinnej, nadciśnienia płucnego etc.).</p> <p>Rozwój podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz do lekarza POZ.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Liczba zabiegów hybrydowych i innowacyjnych w zakresie chorób układu krążenia.</p> <p>Obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu krążenia w tym również udaru mózgu i chorób rzadkich.</p>	<p>oddziałów kardiologicznych bez kardiologii inwazyjnej ze względu na epidemiologię chorób układu krążenia. Leczenie większości chorób kardiologicznych np. migotania i trzepotania przedsionków, a zwłaszcza niewydolności serca-ponad 1,5 mln pacjentów oraz wprowadzenie w 2019 r. pilotażowego programu „Kompleksowe Leczenie Niewydolności Serca wymaga dobrze działających oddziałów kardiologicznych. Oba wymienione schorzenia należą do najczęstszych przyczyn zgonów. Dotychczasowy podział kompetencji kardiologów, chirurgów naczyniowych, angiologów i kardiochirurgów jest nieaktualny. Konieczne jest wprowadzenie umiejętności i tworzenie wielospecjalistycznych zespołów. Istnieje konieczność utworzenia na bazie klinik Instytutu Kardiologii UJ CM interdyscyplinarnych zespołów specjalistów w zakresie diagnostyki i kompleksowego leczenia wszystkich chorób sercowo-naczyniowych – m.in. wrodzonych wad serca, omdleń, ciężkiej niewydolności serca, chorób rzadkich układu krążenia, schorzeń kardioonkologicznych etc. Obecnie istotnym wyzwaniem jest wdrożenie kolejnego programu dotyczącego leczenia udaru mózgu przy pomocy trombektomii (program pilotażowy ruszył pod koniec 2018 roku). Zgodnie z założeniami programu leczenia udaru mózgu przygotowanego przez Ministra Zdrowia konieczne jest utworzenie sieci oddziałów udarowych także z wykorzystaniem istniejącej bazy pracowni hemodynamicznych i angiologicznych wraz z zespołami kardiologów, angiologów, radiologów i neurologów. Jest to najtańszy i najbardziej efektywny sposób tworzenia tej sieci.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale kardiologii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 38,14 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 49,84 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna:</p>
--	--	--	--	---	---	--

							232 – 733 łózek, względna (%) 34,9 - 110,2)
5	Neurologia	<p>Poprawa jakości usług w zakresie neurologii.</p> <p>Skrócenie czasu do podania fibrynolizy u pacjentów z udarem i umożliwienie nowoczesnego leczenia w tzw. "okienku terapeutycznym" u większej liczby pacjentów.</p>	<p>długoterminowy</p> <p>długoterminowy</p>	<p>Wzmocnienie roli Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu.</p> <p>Utworzenie drugiego ośrodka o tym samym charakterze na terenie południowej części województwa małopolskiego.</p> <p>Konieczność powołania Oddziału Neurologii i Udarów Mózgu na odcinku pomiędzy Tarnowem a Krakowem.</p> <p>Zwiększenie liczby podmiotów na terenie województwa stosujących leczenie fibrynolityczne udaru mózgu.</p> <p>Rozwój podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz do lekarza POZ.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ</p>	<p>Liczba zabiegów usunięcia zakrzepów z naczyńia mózgowego w ostrym okresie udaru.</p> <p>Liczba pacjentów leczonych fibrynolitycznie.</p>	<p>Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu jest nowatorską strukturą organizacyjną, która powstała w 2013 r. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie na bazie Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof z wykorzystaniem istniejących zasobów ludzkich i sprzętowych. W ramach działalności CITO wykonano 80 nowatorskich zabiegów usunięcia zakrzepów bezpośrednio z naczyńia mózgowego w ostrym okresie udaru. Centrum wykonuje zabiegi dla mieszkańców Krakowa i Małopolski. Ma ustaloną sieć współpracy z oddziałami udarowymi na terenie województwa, ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz pogotowiem ratunkowym</p> <p>Utworzenie drugiego ośrodka w części południowej Małopolski istotnie skróci czas od zachorowania do rozpoczęcia leczenia endowaskularnego ostrego udaru mózgu. Pozwoli to na objęcie skutecznym leczeniem znacznie większej pacjentów z rejonu południowej części małopolski.</p> <p>Powołanie Oddziału Neurologii i Udarów Mózgu na odcinku pomiędzy Tarnowem a Krakowem pozwoli na szybszy dostęp do leczenia trombolitycznego pacjentów z udarami mózgu z południowej części województwa świętokrzyskiego.</p> <p>Niewielu chorych trafia do szpitala w tzw. oknie terapeutycznym, czyli w sześć godzin od wystąpienia objawów udaru, kiedy terapia przynosi najlepsze efekty. Nowoczesne leczenie fibrynolityczne udaru mózgu zwiększa szanse na przeżycie i uniknięcie powikłań. „Okienko terapeutyczne” wymusza dostępność do procedury w jak najkrótszym czasie.</p>	

					opieki nad pacjentami.		
6	choroby wewnętrzne (choroby metaboliczne)	Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych dla pacjentów z otyłością jako profilaktyka i przeciwdziałanie rozwojowi chorób układu krążenia.	długoterminowy	Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z otyłością poprzez objęcie diagnostyką chorób metabolicznych, wspartych opieką psychologiczną, dietetyką i fizjoterapeutą - świadczenia w trybie ambulatoryjnym.	Liczba pacjentów leczonych z powodu otyłości.	Otyłość jest jedną z podstawowych przyczyn chorób układu krążenia, podłożem chorób metabolicznych i powikłaniem innych chorób. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chorób wewnętrznych oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 82,06 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 92,90 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 319 – 819 łóżek, względna (%) 17,3 – 44).	
7	Hipertensjologia	Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych hipertensjologicznych. Zapewnienie kontynuacji opieki specjalistycznej nad pacjentami pediatrycznymi z nadciśnieniem tętniczym po osiągnięciu wieku dorosłego. Poprawa opieki hipertensjologicznej nad kobietą z nadciśnieniem w ciąży.	długoterminowy długoterminowy długoterminowy	Wypracowanie schematu kierowania pacjentów przez lekarzy POZ: grupy pacjentów wymagających konsultacji, zasady wypisywania pacjenta zdiagnozowanego i z uzyskaną kontrolą ciśnienia do dalszego leczenia pod opieką lekarza POZ. Opracowanie modelu współpracy między ośrodkami hipertensjologicznymi dla dzieci i dorosłych. Opracowanie modelu współpracy między ośrodkami hipertensjologicznymi a	Czas oczekiwania na wizytę specjalistyczną. Liczba pacjentów wypisanych do dalszej opieki w ramach POZ. Liczba pacjentów przekazanych po osiągnięciu wieku dorosłego z poradni pediatrycznych do poradni hipertensjologicznych dla osób dorosłych. Liczba pacjentek w ciąży konsultowanych w poradniach hipertensjologicznych.	Ze względu na rozpowszechnienie, długoterminowe leczenie nadciśnienia powinno pozostawać w gestii lekarza POZ, natomiast poradnie specjalistyczne powinny prowadzić diagnostykę ewentualnych powikłań, wtórnych przyczyn nadciśnienia, ewentualnie ustalać leczenie, gdy lekarz POZ stwierdzi problemy z uzyskaniem kontroli ciśnienia u danego pacjenta. Częstość nadciśnienia tętniczego u dzieci narasta wraz z narastaniem problemu otyłości. W Polsce brakuje modelu opieki nad pacjentem z nadciśnieniem w wieku dojrzewania i osiągnięciem wieku dorosłego. Nadciśnienie w ciąży grozi poważnymi konsekwencjami dla matki i dziecka, jest również czynnikiem ryzyka przyszłych chorób układu krążenia dla matki, jak i chorób przewlekłych dziecka w wieku dorosłym. Obecnie brak jest standaryzowanego schematu opieki hipertensjologicznej nad kobietą w ciąży oraz planowania	

					specjalistami ginekologii i położnictwa.		kontroli pacjentek z nadciśnieniem ciążowym po rozwiązaniu ciąży w celu prewencji i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia.
	8	Medycyna sportowa	Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu medycyny sportowej	długoterminowy	Zapewnienie kompleksowej opieki sportowo-lekarskiej dla trenujących dzieci i młodzieży, dla dorosłych i starszych osób trenujących rekreacyjnie, a także dla osób podejmujących trening zdrowotny w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej schorzeń układu sercowo-naczyniowego, a także chorób metabolicznych (otyłość, cukrzyca) - świadczenia w trybie ambulatoryjnym	Czas oczekiwania na realizację świadczenia	Medycyna sportowa, szerzej medycyna aktywności ruchowej jest dziedziną profilaktyczną, której celem jest ochrona zdrowia osób biorących udział w aktywności fizycznej począwszy od zajęć wychowania fizycznego do sportu wyczynowego, od rekreacji do treningu zdrowotnego i od profilaktyki chorób do ich leczenia i rehabilitacji.
Dla priorytetu nr 1 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyrobki medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania.							
2. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Chirurgia klatki piersiowej	Wydłużenie czasu przeżycia z chorobą nowotworową poprzez zwiększenie dostępności i kompleksowego leczenia zabiegowego w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej.	długoterminowy	Koncentracja świadczeń w ośrodku referencyjnym, spełniającym określone w odpowiednich wytycznych wymogi dla tzw. <i>high-volume Centre</i> . Stworzenie warunków do rozwoju chirurgii minimalnie inwazyjnej. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Rozwój profilaktyki - wdrożenie programu badań przesiewowych w kierunku raka płuca.	Liczba świadczeń wykonanych w ośrodku referencyjnym. Czas oczekiwania na realizację świadczenia w chirurgii małoinwazyjnej. Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	Zgodnie z prognozami liczba chorych wymagających świadczeń z dziedziny chirurgii klatki piersiowej będzie się zwiększać. Z mapy potrzeb wynika iż należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów. Koncentracja świadczeń w ośrodku referencyjnym wymaga odpowiednich uzgodnień między organami założycielskimi poszczególnych szpitali. Optymalizacja świadczeń ambulatoryjnych, stworzenie warunków do rozwoju chirurgii minimalnie inwazyjnej i badań przesiewowych zależy przede wszystkim od odpowiedniego finansowania i zasad kontraktowania. Zabiegi chirurgii minimalnie inwazyjnej mimo większego kosztu wynikającego z konieczności użycia jednorazowego sprzętu (staplery) wiążą się z mniejszym odsetkiem powikłań, krótszym czasem hospitalizacji i szybszym powrotem do normalnej aktywności. Oznacza to, że mimo większego kosztu samego zabiegu społeczne koszty wynikające z leczenia powikłań, hospitalizacji oraz czasu i trwałej niezdolności do pracy są mniejsze. Badania przesiewowe, które powinny obejmować całą populację o największym ryzyku, zdefiniowaną w badaniu NLST nie są w ogóle w Małopolsce prowadzone. Znaczna część diagnostyki przedoperacyjnej mogłaby być prowadzona w trybie ambulatoryjnym. Jak wykazało badanie NLST badania przesiewowe w kierunku raka płuca prowadzone metodą nisko dawkowej tomografii komputerowej powodują zmniejszenie umieralności o 20 %. Biorąc pod

							uwagę, że rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów prowadzenie takich badań jest w pełni uzasadnione. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii klatki piersiowej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 6,15 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 7,50 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych leczenia szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 24 – 47 , względna (%) 26,4 - 51,6).
2	Chirurgia ogólna	Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia onkologicznego.	krótkoterminowy	<p>Utworzenie na bazie istniejącego potencjału ośrodka zajmującego się problematyką schorzeń pola trzustkowo-dwunastniczego.</p> <p>Zwiększenie odsetka świadczeń zabiegowych zwłaszcza kompleksowych na oddziałach chirurgicznych.</p> <p>Koncentracja usług medycznych w dobrze wyposażonych placówkach dysponujących wykwalifikowaną kadrą medyczną.</p> <p>Równomierne rozłożenie dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia w danym roku.</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach.</p> <p>Odsetek zabiegów wysokospecjalistycznych do wszystkich zabiegów w danym roku.</p> <p>Liczba poradni gastroenterologii i/lub pracowni endoskopowych.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu</p>	<p>Najczęstszą przyczyną hospitalizacji są nowotwory oraz choroby przewodu pokarmowego. W województwie brak ośrodków zajmujących się nowotworami pola trzustkowo-dwunastniczego, w efekcie czego chorzy często trafiają na leczenie w stadium rozsiewu lub z nowotworem nieoperacyjnym. Słaby dostęp do świadczeń wysokospecjalistycznych wymusza migrację pacjenta między powiatami, często daleko od miejsca zamieszkania. Obecnie łóżka wykorzystywane są nieefektywnie , szczególnie w dużych miastach obłożenie nie przekracza 50%. Istnieje również dysproporcja lokalizacji ośrodków (duże nagromadzenie oddziałów chirurgicznych w jednym regionie) przy jednoczesnym ograniczeniu dostępu do zabiegów kompleksowych. Brak ośrodka leczenia onkologicznego zabezpieczającego powiat nowotarski, tatrzański oraz suski. Zwiększenie obłożenia łóżek w szpitalach wykonujących kompleksowe zabiegi w obrębie jamy brzusznej poprawi dostęp do leczenia onkologicznego.</p> <p>Dane urzędu statystycznego wskazują na wzrost w województwie małopolskim, liczby zgonów z powodu nowotworów przewodu pokarmowego (nowotwory złośliwe żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu). W 2015 r. zmarło z powodu tych chorób 1,5 tys. osób tj. o 7,4% więcej w porównaniu z 2010 r. Stąd konieczność zwiększenia dostępu do diagnostyki i leczenia, szczególnie stanów przednowotworowych. Analiza stanu sanitarnego woj. Małopolskiego wskazuje</p>	

			Poprawa jakości leczenia poprzez wykonywanie zabiegów operowanych laparoskopowo.	długoterminowy	Stosowanie laparoskopii w ostrych zabiegach chirurgicznych.	w danym roku. Odsetek zabiegów laparoskopii do wszystkich zabiegów w danym roku.	na trend wzrostowy liczby zachorowań na zakażenia jelitowe wywołane przez Campylobacter. Obecnie opieka ambulatoryjna jest zmarginalizowana, zarówno w okresie przed jak i pooperacyjnym. Aktualnie chirurgia małoinwazyjna zyskuje coraz więcej zwolenników.
3	Chirurgia onkologiczna	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej.	Poprawa jakości świadczeń chirurgii onkologicznej.	krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału wysokospecjalistycznych oddziałów w zakresie chirurgii onkologicznej. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.	Utworzenie wysokospecjalistycznego oddziału . Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku.	Od wielu lat najbardziej skomplikowane operacje onkologiczne są przeprowadzane w Warszawie, Gliwicach, Katowicach. W wysokospecjalistycznym oddziale mogliby być operowani chorzy u których najtrudniejsze operacje onkologiczne (w terenie głowy i szyi, chirurgia wątroby i trzustki, mięsaków tkanek miękkich oraz kości, transplantologia) przeprowadzane są poza województwem. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii onkologicznej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 10,33 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 12,51 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 11-32 , względna (%) 9,1-26,4). Unowocześnienie i poprawa jakości diagnostyki i operacji onkologicznych. Poszerzenie możliwości diagnostyki biopsyjnej. Skrócenie hospitalizacji i zmniejszenie odsetka powikłań. Konieczne jest wdrożenie procedur minimalnie inwazyjnych do diagnostyki i operacji onkologicznych, które są powszechnie przyjęte na świecie dla procedur onkologicznych.
4	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi operacyjne w zakresie chirurgii		długoterminowy	Utworzenie Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej.	Utworzenie kliniki.	Powstanie nowej kliniki umożliwi zrównanie liczby łóżek w województwie ze średnią krajową z zachowaniem wysokospecjalistycznego profilu usług medycznych obu placówek (Szpital Rydygiera i nowo powstała placówka). W Polsce obserwuje się stały wzrost zachorowań na raka jamy ustnej wśród mężczyzn i kobiet. Ponadto

			szczękowo-twarzowej.				prognozowany wzrost osób starszych w naszym województwie będzie skutkował wzrostem liczby zachorowań na nowotwory złośliwe głowy i szyi. Szybka diagnostyka i kompleksowe skojarzone leczenie chorych na nowotwory głowy, szyi i jamy ustnej ze szczególnym uwzględnieniem wysokospecjalistycznego leczenia rekonstrukcyjnego zapewni wysoką jakość życia chorych i zapobiegnie ich wykluczeniu społecznemu.
5	Ginekologia onkologiczna	Poprawa jakości leczenia operacyjnego i wprowadzenie nowych technik operacyjnych w tym laparoskopowych Poprawa wyników leczenia raka jajnika.		długoterminowy	Utworzenie ośrodków nowoczesnego leczenia operacyjnego nowotworów ginekologicznych. Utworzenie referencyjnego ośrodka leczenia raka jajnika spełniającego kryteria aktualnych wytycznych w oparciu wyspecjalizowaną kadrę ginekologów onkologicznych i personelu średniego oraz nowoczesny sprzęt.	Utworzenie ośrodków leczenia operacyjnego nowotworów ginekologicznych. Utworzenie referencyjnego ośrodka leczenia raka jajnika.	Mając na uwadze dużą liczbę specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej i liczbę zachorowań na nowotwory narządu rodowego, należy dążyć aby leczeniem operacyjnym raka szyjki macicy, raka trzonu macicy i raka sromu zajmowali się ginekolodzy onkologiczni. Ze wyniki leczenia raka jajnika ,oprócz zaawansowanego stanu choroby w chwili rozpoznania, wynikają z nieadekwatnego leczenia pierwotnego. Rozproszenie powoduje, że doświadczenie w leczeniu tego nowotworu jest niestety nazbyt małe-szczególnie dotyczy to zabiegów operacyjnych dodatkowo uniemożliwia wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia pierwotnego i uzupełniającego ginekologii onkologicznej. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii onkologicznej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 2,92 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 3,47 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, co oznacza, że zapotrzebowanie na infrastrukturę, będzie mniejsze niż obecnie (prognozowana zmiana liczby łóżek na rok 2031-bezwzględna 7-11 łóżek, względna 14,6 - 22,9).
6	Hematologia	Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie hematologii.		długoterminowy	Rozbudowa ośrodków hematologicznych o dodatkowe miejsca umożliwiające wykonywanie procedur przeszczepiania szpiku kostnego oraz kompleksową opiekę nad pacjentem hematologicznym.	Czas oczekiwania na realizację świadczenia. Liczby łóżek przeszczepowych oraz miejsc przeznaczonych na opiekę nad pacjentami z powikłaniami/odrzutem po przeszczepieniu szpiku	Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w województwie małopolskim znajdują się 3 spośród 42 oddziałów hematologicznych w Polsce, które w 2016 r. sprawozdawały świadczenia do NFZ, w tym hospitalizacje spoza województwa 8,5%. Dane z mapy, zarówno ogólnopolskiej jak i regionalnej są podstawą sformułowania rekomendacji o zwiększeniu dostępności do realizowanych na tych oddziałach świadczeń ze względu na długi czas oczekiwania na

				<p>Lokalizacja ośrodków hematologicznych w miejscach zapewniających równomierny dostęp do świadczeń hematologicznych mieszkańcom województwa.</p> <p>Dostosowanie infrastruktury diagnostyczno – leczniczej oddziałów hematologicznych, szczególnie usytuowanych poza ośrodkami uniwersyteckimi do standardów zapewniających wysoką efektywność i jakość wykonywanych świadczeń.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami Adekwatne do celów leczenia i możliwości budżetu finansowanie kompleksowej opieki nad pacjentem hematologicznym.</p>	<p>kostnego.</p>	<p>przyjęcie przy jednocześnie wysokich wartościach obłożenia (nawet powyżej 100%) . Ponadto ta dziedzina medycyny została uznana przez Ministra Zdrowia za priorytetową dziedzinę medycyny wynikającą z uwarunkowań epidemiologicznych.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale hematologii (w tym nowotworów krwi oraz transplantacji szpiku) oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 11,47 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 14,30 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 154-322 , względna (%) 145,3-303,8).</p>
7	Onkologia	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie onkologii.	krótkoterminowy	<p>Stworzenie oddziałów chemioterapii w trybie dziennym, głównie w powiatach proszowickim, miechowskim i tatrzańskim.</p> <p>Zwiększenie kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznych.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Liczba łóżek do chemioterapii.</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia.</p>	<p>Stworzenie referencyjności ośrodków poprawi sytuację tych placówek, które realnie leczą 70% wszystkich nowotworów w województwie. Najwyższy stopień referencyjności powinien dotyczyć ośrodków kompleksowo realizujących świadczenia onkologiczne. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia chemioterapii pozwoli na pojawienie się 3 nowych ośrodków realizujących świadczenia chemioterapii.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale onkologii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 38,84 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 48,35 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 63 - 252, względna (%) 34,6 - 138,5).</p>

8	Onkologia i hematologia dziecięca	Poprawa dostępności do diagnostyki i wysokiej jakości leczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej.	krótkoterminowy	<p>Utrzymanie centralizacji w strukturze organizacyjnej świadczeń z onkologii i hematologii dziecięcej.</p> <p>Utworzenie poradni specjalistycznych o profilu hematologicznym dla dzieci w każdym powiecie.</p> <p>Utworzenie poradni monitorowania późnych następstw leczenia chorób nowotworowych.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Utworzenie poradni o profilu hematologicznym dla dzieci.</p> <p>Utworzenie poradni monitorowania późnych następstw leczenia chorób nowotworowych.</p>	<p>Proces diagnostyczno-lecniczego powinien być zlokalizowany w ośrodku centralnym dla województwa o wielospecjalistycznym profilu zapewniającym kompleksowość diagnostyki i leczenia. Przy stosunkowo małej liczbie, ale dużej różnorodności nowych rozpoznawanych nowotworów u dzieci konieczny jest doświadczony zespół osób dysponujący pełnym zapleczem diagnostycznym i leczniczym w celu zabezpieczenia właściwej jakości usług. Wstępna diagnostyka hematologiczna i onkologiczna oraz leczenie wielu nienowotworowych chorób układu krwiotwórczego i limfatycznego może odbywać się w rejonowych ośrodkach. Konieczne jest zapewnienie dzieciom po przebytej chorobie nowotworowej dostępu do monitorowania późnych powikłań związanych z przebytą chorobą i jej leczeniem.</p>
9	Położnictwo i ginekologia	Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy i piersi.	krótkoterminowy	Zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych.	<p>Liczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi.</p> <p>Liczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi w stosunku do liczby kobiet mogących przystąpić do badania w danym roku.</p>	Niska zgłaszalność na realizowane programy profilaktyczne dotyczące wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i piersi uzasadnia konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy ich efektywności.
10	Urologia	Poprawa dostępności do diagnostyki poprzez skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie badań dodatkowych i ich opis co przyczyni się do wdrożenia szybszego leczenia a przez to i wydłużenie czasu przeżycia z chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego.	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych w oddziałach urologicznych.</p> <p>Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.</p> <p>Utworzenie na bazie istniejącego potencjału oddziałów urologicznych do hospitalizacji około 2 tys. pacjentów rocznie.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie</p>	<p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach.</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku.</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia w danym roku.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów</p>	<p>Stosunkowo niska liczba hospitalizacji na oddziałach urologicznych (7 najniższa wartość w Polsce). Wykonanie kontraktu we wszystkich oddziałach przekracza 100%, pomimo to obserwuje się długi okres oczekiwania na hospitalizację planową (4 do 90 dni).). Lepsze wykorzystanie istniejącej bazy łóżek urologicznych poprzez zwiększoną ilość zabiegów w połączeniu z większą dostępnością do sal operacyjnych. Przewidywane wydłużenie życia populacji zwiększy liczbę chorych z nowotworami. Zapadalność na raka stercza, nerki, pęcherza w populacji męskiej (po raku płuc i jelita grubego) są największe. Zwiększenie dostępności do świadczeń to szansa na przedłużenie życia, krótszy okres hospitalizacji, zmniejszenie liczby powikłań, krótszą i przez to tańszą rehabilitację, co może przełożyć się na aktywizację zawodową i zapobieganie wykluczeniu społecznemu. Zwiększenie możliwości diagnostyki w POZ – obecnie niewystarczająca liczba poradni urologicznych, mających kontrakt z NFZ. Przyspieszenie rozpoznania u</p>

					<p>ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p> <p>Rozwój profilaktyki nowotworowej.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	<p>lekarza rejonowego pozwoli na szybsze wdrożenie leczenia chirurgicznego.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale urologicznym oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 56,20 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 69,58 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych leczenia szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 7-31, względna (%) 3,0-13,3) .</p>
	11	Transplantologia a kliniczna	Rozwój medycyny transplantologicznej ze szczególnym uwzględnieniem dawstwa od osób żywych.	krótkoterminowy	Zwiększenie liczby przeszczepów wątroby poprzez uruchomienie programu przeszczepiania w województwie małopolskim	Liczba transplantacji wątroby w danym roku	W województwie małopolskim nie działa żaden program przeszczepiania wątroby. Jego uruchomienie jest istotne z punktu widzenia rozwoju medycznego i jest uzupełnieniem możliwości terapeutycznych w hepatologii, chorobach zakaźnych, gastroenterologii.
<p>Dla priorytetu nr 2 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyrobki medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania.</p>							
3. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie chorób układu oddechowego oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Choroby płuc Alergologia	Poprawa dostępności i jakości opieki dla chorych na alergiczny nieżyt nosa, alergiczną astmę oskrzelową z uwzględnieniem astmy ciężkiej.	krótkoterminowy	<p>Utworzenie Ośrodka Szybkiej Diagnostyki i Leczenia Ciężkiej Astmy na bazie oddziałów Pulmonologicznego i Alergicznego dla Małopolski.</p> <p>Zwiększenie dostępności leków biologicznych dla chorych na ciężką astmę alergiczną.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - kwalifikacja chorych, z ciężką astmą do leczenia biologicznego.</p> <p>Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej - rozpoznawanie ciężkich postaci astmy oskrzelowej i kierowanie do</p>	<p>Utworzenie oddziału i poradni chorych na astmę ciężką z nowoczesną Pracownią Badań Czynnościowych Płuc i Pracownią Bronchoskopii.</p> <p>Liczba chorych z astmą ciężką objętych leczeniem biologicznym.</p> <p>Liczba pacjentów leczonych z powodu chorób alergicznych układu oddechowego</p>	<p>Realizacja zaleceń zawartych w najnowszych wytycznychGINA 2018. dotyczących postępowania w astmie ciężkiej, alergii i pulmonologii. Astma ciężka to poważny problem diagnostyczny i leczniczy. Na całym świecie powstają ośrodki zajmujące się tylko chorymi na astmę ciężką, trudną do leczenia. Astma ciężka powinna być leczona zarówno w szpitalu jak i poza szpitalem przez lekarzy specjalistów. Specjalistyczna opieka skróci czas hospitalizacji chorych, a co za tym idzie obniży koszty leczenia. Potrzebna jest diagnostyka alergologiczno-pulmonologiczna w ciągu 3 najdłużej 5-ciu dni. Szybka diagnostyka tych chorób jest standardem na całym świecie.</p> <p>Narastające rozpowszechnienie chorób alergicznych o znaczeniu cywilizacyjnym, takich jak alergiczny nieżyt nosa, który jest najczęstszą chorobą alergiczną i astma oskrzelowa alergiczna to poważne wyzwanie dla współczesnych systemów opieki zdrowotnej. Zaniechanie leczenia alergicznego nieżytu nosa prowadzi do rozwoju</p>

					ośrodków specjalistycznych.		<p>astmy oskrzelowej a nieoptymalne prowadzenie terapii skutkuje rozwojem powikłań, z następowym pogorszeniem jakości życia pacjentów oraz finalnie większymi kosztami leczenia wynikającymi m.in. ze zwiększenia ilości hospitalizacji</p> <p>U ok. 5-10% chorych na astmę pomimo stosowanego maksymalnie dostępnego leczenia farmakologicznego nie udaje się kontrolować choroby. Dla chorych z ciężką astmą alergiczną i eozynofilową zalecane jest leczenie biologiczne.</p> <p>Długoletnie obserwacje wskazują, że leki biologiczne są skuteczne w leczeniu tej grupy chorych i powinny być powszechniej wprowadzone do leczenia ciężkiej astmy również w Polsce.</p>
2	Choroby płuc	Stworzenie leczenia szpitalnego i otwartego dla dorosłych chorych na mukowiscydozę.	krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału Ośrodka, tam gdzie może być zapewniona opieka interdyscyplinarna tj. psychologa, transplantologa, gastrologa i pulmonologa.	Utworzenie ośrodka.	<p>Leczenie powinno odbywać się w strukturach oddziału o profilu chorób płuc wraz z kontynuacją leczenia w poradni chorób płuc lub poradni leczenia mukowiscydozy. Warunki, jakie docelowo powinien spełniać ośrodek leczenia mukowiscydozy i jakie należy rozważyć planując objęcie opieką tej grupy chorych to przede wszystkim:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zapewnienie możliwości leczenia pacjentów w warunkach izolacyjnych (ośrodek powinien mieć opracowane i wdrożone zasady zapobiegania i kontroli zakażeń), 2) dostęp do oddziału szpitalnego o profilu anestezjologia i intensywne terapię lub łóżka intensywnej opieki medycznej (wzmoczonego nadzoru) w miejscu udzielania świadczeń, 3) zapewnienie w zespole prowadzącym leczenie fizjoterapeuty, psychologa, osoby planującej dietę. 	
3	Choroby płuc	Poprawa pozaszpitalnych form rehabilitacji szczególnie chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc po zaostrzeniach.		<p>Utworzenie na bazie już istniejących form opieki.</p> <p>Tworzenie oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej.</p>	Liczba pacjentów z POChP objętych opieką.	Realizacja zaleceń zawartych w najnowszych wytycznych GOLD 2015 na 2016 rok dotyczących postępowania w POChP. Odciążenie opieki szpitalnej, skrócenie czasu hospitalizacji.	
4	Choroby płuc	Kompleksowa opieka nad chorymi z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie dostępności do badania spirometrycznego.</p> <p>Poprawa wykrywalności przewlekłej niewydolności</p>	Czas oczekiwania na badanie spirometryczne.	POChP jest 3. przyczyną zgonów w świecie i stale wzrasta zapadalność i śmiertelność na tę chorobę. Ocenia się, że w Polsce ponad 10% osób, które ukończyły 40 lat cierpi na POChP. Nie więcej jak co druga osoba w Polsce ma tę chorobę rozpoznaną. Choroba nieuchronnie postępuje i	

		(POChP).		<p>oddychania.</p> <p>Utworzenie samodzielnych oddziałów nieinwazyjnej wentylacji finansowanych przez NFZ.</p> <p>Zwiększenie dostępności do koncentratorów tlenu w poradniach DLT.</p> <p>Zwiększenie dostępności do leczenia metodą wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych.</p> <p>Zwiększenie liczby transplantacji płuca POChP.</p> <p>Objęcie opieką chorych w fazie terminalnej choroby.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p>	<p>Liczba chorych leczonych tlenem w domu.</p> <p>Liczba chorych leczonych metodą wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych.</p> <p>Liczba transplantacji płuca POChP.</p> <p>Liczba chorych objętych opieką w fazie terminalnej choroby.</p>	<p>prowodzi do rozwoju inwalidztwa. Wskaźniki częstości leczenia metodą tlenoterapii i wentylacji nieinwazyjnej daleko odbiegają od danych znanych z krajów o wysokim standardzie opieki medycznej. Wiele innych powszechnych chorób innych niż POChP prowadzi do przewlekłej niewydolności oddechania. Należy szczególnie wymienić: zespół hipowentylacji otyłych, deformacje klatki piersiowej, choroby śródmiąższowe płuc, choroby nerwowo-mięśniowe. Późne i niewłaściwe leczenie chorych przyczynia się do szybszego rozwoju powikłań i zwiększa śmiertelność. Właściwe postępowanie medyczne (tlenoterapia, wentylacja nieinwazyjna) pozwala poprawić jakość życia.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale gruźlicy i chorób płuc oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 19,37 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 24,37 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 54-97, względna (%) 9,0 - 16,2).</p>
5	Choroby płuc	Poprawa rozpoznawalności i opieki nad chorymi z zaburzeniami oddechania w czasie snu (OBS-obturacyjny bezdech senny).	krótkoterminowy	<p>Rozpowszechnienie dostępności do badania polisomnograficznego.</p> <p>Zwiększenie liczby chorych leczonych metodą CPAP.</p>	<p>Liczba osób objętych badaniem polisomnograficznym.</p> <p>Liczba chorych leczonych metodą CPAP.</p>	<p>OBS jest chorobą społeczną. Na OBS choruje co najmniej 2-4% dorosłych Polaków. Epidemia otyłości pogłębia skalę problemu z roku na rok. Nieleczony OBS jest powodem wielu powszechnych powikłań jak udar mózgu, zawał mięśnia sercowego.</p> <p>Powoduje nadciśnienie tętnicze, zaburzenia depresyjne, zaburzenia koncentracji uwagi etc. Jest też ważnym powodem wypadków komunikacyjnych- ocenia się, że co trzeci wypadek komunikacyjny związany z zaśnięciem za kierownicą ma związek z nieleczonym OBS.</p>
6	Choroby płuc	Poprawa jakości opieki nad dziećmi chorymi na gruźlicę.	krótkoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału specjalistycznego oddziału dla dzieci chorych na gruźlicę.	Liczba dzieci chorych na gruźlicę objętych specjalistyczną opieką szpitalną.	Brak ośrodka w Małopolsce dla dzieci chorych na gruźlicę. Konieczność izolowania tych dzieci i stworzenia im opieki długoterminowej.
7	Choroby płuc	Poprawa jakości opieki nad dziećmi chorymi na	długoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału lecznictwa szpitalnego i otwartego dla dzieci chorych na	Utworzenie ośrodka dla dzieci chorych na mukowiscydozę.	Konieczne jest utworzenie ośrodka, gdzie może być zapewniona opieka interdyscyplinarna tj. psychologa, transplantologa, gastrologa i pulmonologa.

	8	Otolaryngologia	mukowiscydozę. Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania, szczególnie na proste zabiegi operacyjne w zakresie otolaryngologii.	krótkoterminowy	mukowiscydozę. Dostosowanie infrastruktury poprzez równomierne rozmieszczenie, umożliwiające zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych. Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.	Czas oczekiwania na świadczenia. Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach. Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku.	Dawniej oddziały otolaryngologiczne (obecnie zlikwidowane) wykonywały podstawowe proste operacje jak usuwanie migdałków, nastawianie złamanych nosów, operacje skrzywionych przegród nosowych, nacinanie ropni, usuwanie ciał obcych. Teraz chorzy są kierowani do Krakowa i wiele miesięcy wyczekują na podstawowe i proste operacje. Okres wyczekiwania na operacje proste to od 1 roku do 2 lat, natomiast na najtrudniejsze operacje onkologiczne, wady rozwojowe, nowotwory niezłośliwe a wykonywane tylko w Oddziale Klinicznym Kliniki Otolaryngologii SU to od 2 tygodni do miesiąca.
Dla priorytetu nr 3 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .							
4. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Chirurgia urazowo-ortopedyczna	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej.	długoterminowy	Zwiększenie wykorzystania istniejącego potencjału bazowego i redukcja kolejek do świadczeń. Zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych szczególnie endoprotezoplastyk stawów. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.	czas oczekiwania na zabiegi w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej. Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach. Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	W oparciu o mapowanie zasobów - większość oddziałów urazowo-ortopedycznych w publicznych jednostkach nie wykorzystuje swojego potencjału bazowego tj. łóżek szpitalnych, bloku operacyjnego i sprzętu oraz zasobów kadrowych. Jest to spowodowane głównie niedoszacowaniem wielkości kontraktów z NFZ. Obserwuje się rozdrobnienie środków finansowych na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które wykonują wyselekcjonowane przez siebie (opłacalne) procedury i nie świadczą kompleksowej opieki medycznej w dziedzinie zaopatrywania obrażeń narządu ruchu. W większości oddziałów zatrudniona jest wystarczająca kadra medyczna. Istotnym problemem jest poprawa dostępności dla pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, należy poprawić warunki bazowe i kadrowe w poradniach ortopedycznych. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 39,38 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 43,38 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych

							lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, co oznacza, że zapotrzebowanie na infrastrukturę, będzie mniejsze niż obecnie (prognozowana zmiana liczby łóżek na rok 2031-bezwzględna 138-227 łóżek, względna 14,6-24,0).
2	Reumatologia	Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów z wczesnym stadium zapalnych chorób stawów.	krótkoterminowy	<p>Utworzenie (1-2) ośrodków wczesnego wykrywania i leczenia zapalenia stawów.</p> <p>Poprawa dostępności leczenia szpitalnego dla chorych poza Krakowem.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia w danym roku.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	Niski odsetek pacjentów z ustalonym rozpoznaniem we wczesnym stadium zapalnej choroby stawów. Wdrożenie szybkiej diagnostyki reumatologicznej w trybie ambulatoryjnym przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału reumatologii i przełoży ciężar z diagnostyki z lecznictwa szpitalnego do otwartego, powodując obniżenie kosztów dla płatnika. Wczesne rozpoznanie i leczenie zapalnych chorób stawów pozwoli na uniknięcie hospitalizacji związanych z leczeniem powikłań (ortopedyczne zabiegi naprawcze, osteoporoza i inne).	
3.	Rehabilitacja narządu ruchu	<p>Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne po zabiegach operacyjnych układu ruchu.</p> <p>Ograniczenie liczby trwałych powikłań po urazach oraz z powodu chorób cywilizacyjnych tj. układu ruchu.</p>	długoterminowy	<p>Optimalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - tworzenie zaplecza do świadczeń rehabilitacyjnych/fizjoterapii ambulatoryjnej.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych.</p> <p>% osób rehabilitowanych w stosunku osób rehabilitowanych w danym roku.</p> <p>Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne.</p>	Wzrasta zapotrzebowanie na szpitalne łóżka rehabilitacyjne dla pacjentów wymagających wczesnej rehabilitacji pourazowej oraz pooperacyjnej. Analiza map potrzeb zdrowotnych wskazuje na niską dostępność leczenia rehabilitacyjnego.	

Dla priorytetu nr 4 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyrobki medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .

5. Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego	1	Chirurgia dziecięca	Zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia dzieci po urazach.	długoterminowy	Stworzenie centrów urazowych dla dzieci. Wdrożenie programów prewencyjnych zapobiegania urazom oraz leczenia ich skutków.	Stworzenie centrów urazowych dla dzieci.	Urazy są przyczyną większej liczby zgonów dzieci niż wszystkie inne przyczyny zgonów łącznie.
	2	Chirurgia plastyczna	Kompleksowe leczenie chorych wymagających leczenia plastyczno-rekonstrukcyjnego.	krótkoterminowy	Zwiększenie dostępności leczenia poprzez zwiększenie bazy łóżkowej.	Liczba łóżek na oddziałach chirurgii plastycznej.	Podana w mapie potrzeb liczba łóżek 0,48 na 100 tys. mieszkańców uwzględni także tzw. oparzeniowe, w rzeczywistości oddział chirurgii plastycznej posiada tylko 7 łóżek. Liczba łóżek powinna być zbliżona do średniej krajowej, a przynajmniej 2-3 krotnie wyższa od obecnej. Nierozwiązanym problemem jest leczenie skutków operacji bariatrycznych, rozległych zmian nowotworów skóry, odleżyn i wielu innych. W roku 2016 w województwie małopolskim 2 świadczeniodawców sprawozdawało hospitalizacje realizowane na oddziale lub na zakresach jednoimiennych do analizowanego oddziału, ale w ramach innego oddziału (innej specjalności komórki), z łączną liczbą łóżek 15 (0,4 % na 100 tys. mieszkańców, przy średniej krajowej 0,8 % na 100 tys. Mieszkańców). Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii plastycznej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 1,05(tys.) w 2016 r. do przewidywanej 1,11 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 1-5, względna (%) 6,7 - 33,3).
	3	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Kompleksowe leczenie chorych z urazami części twarzowej czaszki współistniejącymi z obrażeniami wielonarządowymi.	krótkoterminowy	Działania zmierzające do kompleksowego zaopatrywania chorych z urazami części twarzowej czaszki i innymi współistniejącymi obrażeniami w ramach Centrów Urazowych. Koncentracja usług medycznych w dobrze wyposażonych	Liczba pacjentów, u których wykonano wysokospecjalistyczne zabiegi w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej.	Obserwuje się wzrostu liczby chorych urazowych, wzrost liczby ofiar wypadków komunikacyjnych i pobić. Kompleksowa opieka w Centrach Urazowych będzie skutkowałą skróceniem okresu absencji chorobowej, zmniejszeniem liczby świadczeń rentowych. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje

				placówkach dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą specjalistyczną.		wzrostowe, od wartości 1,68 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 1,81 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych leczenia szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, co oznacza, że zapotrzebowanie na infrastrukturę, będzie mniejsze niż obecnie (prognozowana zmiana liczby łóżek na rok 2031-bezwzględna 0-3 łóżek, względna 9,4).
4	Chirurgia urazowo-ortopedyczna	Zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia chorych po urazach i amputacjach.	długoterminowy	Utworzenie „ostrego dyżuru replantacyjnego” na bazie istniejącego potencjału.	Utworzenie zinstytucjonalizowanego „ostrego dyżuru replantacyjnego”.	Duży problem stanowi wysoki odsetek urazów ręki oraz amputacji w zakresie kończyn, które wymagają kompleksowego zaopatrzenia. Tylko niektóre oddziały posiadają zaplecze i przeszkoloną kadrę, która może zaopatrywać w/w urazy. "Ostry dyżur replantacyjny" nie ma dotychczas umocowania prawnego-finansowego. Stan ten wymaga zinstytucjonalizowania tego problemu celem zmniejszenia następstw (kalectwa) i konsekwencji zwłaszcza finansowych (renty). Kolejnym problemem jest nadużywanie pewnych procedur np. artroskopii diagnostycznych, które budzą krytyczne uwagi w dobie dostępności do diagnostyki obrazowej. Tego typu opłacalne procedury ograniczają dostępność do innych np. urazowych. W wielu oddziałach zabiegi urazowe wykonywane są w dniach następnych jako planowe, co budzi poważne konsekwencje medyczno-ekonomiczne.
5	Oddziały: chirurgii plastycznej, chirurgii twarzowo-szczękowej	Poprawa dostępności do kompleksowego i wielospecjalistycznego leczenia rozszczepów twarzowej części czaszki.	długoterminowy	Stworzenie ośrodka wielospecjalistycznego dla Małopolski (lub w połączeniu i współpracy z innym województwem) zajmującego się leczeniem rozszczepów twarzowej części czaszki.	Stworzenie ośrodka wielospecjalistycznego.	Ośrodek taki powinien skupiać specjalistów którzy rozpoczną terapię od opieki prenatalnej, następnie poprowadzą leczenie w ramach chirurgii plastycznej, ortodoncji, chirurgii twarzowo-szczękowej, logopedii, protetyki. Ze względu na specyfikę wad jakimi są rozszczepy twarzowej części czaszki należy rozważyć stworzenie zespołów specjalistów skupionych w ośrodkach leczniczych w ilości zależnej od potrzeb w Polsce (2 lub 3 ośrodki), które w oparciu o odpowiednią bazę szpitalną i ambulatoryjną zapewnią chorym kompleksową terapię. W Małopolsce wpisuje się to w rozwój np.: chirurgii plastycznej i szczękowo-twarzowej.
6	Otorynolaryngologia dziecięca	Poprawa dostępności do leczenia skutków urazów i wad wrodzonych u dzieci w obrębie głowy i szyi oraz dróg oddechowych.	długoterminowy	Stworzenie, na bazie istniejącego potencjału, pełnoprofilowego ośrodka otorynolaryngologii dziecięcej dobrze wyposażonego w sprzęt, dysponującego wysoko wykwalifikowaną kadrą specjalistyczną.	Stworzenie pełnoprofilowego ośrodka otorynolaryngologii dziecięcej.	Ośrodek winien skupiać specjalistów z dziedziny logopedii, ściśle współpracujących z zespołem laryngologicznym, prowadzącym rehabilitację w zakresie narządu słuchu, mowy, głosu oraz połykania.

			Zwiększenie liczby zabiegów operacyjnych.				
	7	Balneologia i medycyna fizykalna	<p>Poprawa dostępności do leczenia uzdrowiskowego zgodnie z profilami uzdrowisk.</p> <p>Zmniejszenie progresji chorób, ograniczenie niepełnosprawności i absencji chorobowej.</p>	długoterminowy	<p>Racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej i dziennej.</p> <p>Poprawa dostępności do leczenia uzdrowiskowego dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi, neurologicznymi, chorobami płuc i innych jednostek chorobowych wymagających leczenia uzdrowiskowego.</p>	<p>Liczba pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego w danym roku.</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia w danym roku.</p>	<p>Wzrost zapotrzebowania na kompleksową rehabilitację, w tym również na leczenie uzdrowiskowe oraz racjonalne wykorzystanie potencjału balneologii i medycyny fizykalnej wraz ze zwiększeniem dostępności do świadczeń pozwoli na poprawę jakości życia poprzez eliminację dolegliwości, podniesienie sprawności, a także zmniejszy ryzyko wykluczenia społecznego.</p>
<p>Dla priorytetu nr 5 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .</p>							
6. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej, wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Psychiatria	Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.	krótkoterminowy	<p>Dalszy rozwój sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego zajmujących się profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją zaburzeń psychicznych.</p> <p>Zwiększenie dostępu do kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, łatwy dostęp do leczenia stacjonarnego) we wszystkich powiatach Województwa.</p> <p>Włączenie w utworzone centra zdrowia psychicznego elementów rehabilitacyjnych poprzez współpracę z takimi instytucjami pomocy społecznej jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, mieszkania chronione, miejsca pracy chronionej etc.</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia.</p> <p>Liczba pacjentów objętych kompleksową opieką psychiatryczną.</p>	<p>Od października 2018 r. realizowany jest program pilotażowy w 3 Centrach Zdrowia Psychicznego. Obecny system opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii w większości ma rozproszony charakter. W wielu miejscach województwa dostępność do różnorodnych form terapii jest niewielka, bądź nie ma jej w ogóle, co jest wynikiem braku specjalistycznej kadry medycznej.</p> <p>Brakuje odpowiedzialności terytorialnej, tzn. wiedzy, gdzie mieszkaniowiec danego rejonu ma się zgłosić, jeśli wystąpią u niego zaburzenia psychiczne. Często pacjenci są odsyłani od poradni do poradni lub też otrzymują odległe terminy wizyt w sytuacjach, które wymagają szybkiej interwencji. Dość powszechne są zjawiska, że osoba kończąca dany etap terapii nie ma zapewnionej ciągłości leczenia za względu na brak dostępności potrzebnej mu formy leczenia w danej lokalizacji. Skutkuje to często większym ryzykiem kolejnych epizodów chorobowych i/lub przewlekłym przebiegiem choroby. Wielu z pacjentów psychiatrycznych choruje przewlekłe. Aby zdrowieli lub przynajmniej aby ich stan zdrowia nie ulegał pogorszeniu wymagają szeroko rozumianej rehabilitacji (społecznej, zawodowej). W wielu sytuacjach systemy opieki zdrowotnej i instytucji rehabilitacyjnych finansowanych przez pomoc społeczną nie podejmują efektywnej współpracy. Ten stan wymaga</p>

							zmiany.
	2	Psychiatria dzieci i młodzieży	Poprawa parametrów opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym.	krótkoterminowy	<p>Utworzenie 20-lóżkowego stacjonarnego oddziału terapeutycznego.</p> <p>Utworzenie 20-lóżkowego stacjonarnego oddziału podwójnych diagnoz.</p> <p>Poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej</p> <p>Stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego poprzez utworzenie lokalnych środowiskowych centrów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oferujących pomoc ambulatoryjną oraz dzienną osobom, dla których pomoc psychologiczna jest niewystarczająca, bazujących na sieci środowiskowych rejonowych poradni psychologicznych.</p> <p>Dostępność psychiatrów oraz innej kardy medycznej (terapeuci, psychoterapeuci, psychologzy, pielęgniarki) dla wieku rozwojowego w izbach przyjęć szpitali ogólnych i pediatrycznych.</p>	<p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p> <p>Czas oczekiwania na wizytę w danym roku.</p>	<p>W Małopolsce brakuje od 40 do 80 łóżek psychiatrii rozwojowej. Brak jest łóżek specjalistycznych. Problemem jest zbyt mała liczba placówek opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Na uwagę zwraca długi czas oczekiwania na wizytę i terapię oraz duże odległości które muszą w poszukiwaniu pomocy pokonywać pacjenci i ich rodziny.</p> <p>Brak jest systemu opieki nad osobami z myślami i tendencjami samobójczymi czy w innych stanach nagłych. W izbach przyjęć szpitali pediatrycznych brak jest miejsc do izolacji pacjentów, personel nie jest przeszkolony do pracy z osobami w ryzyku suicydalnym, zachowań agresywnych, ostrej psychozy.</p> <p>System wczesnej profilaktyki obejmuje jedynie całościowe zaburzenia rozwoju a nie np. więzi czy niedostosowania społeczne.</p>

Dla priorytetu nr 6 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .

7. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie w ramach diabetologii, okulistyki,	1	Diabetologia	Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych z zakresu diabetologii.	długoterminowy	<p>Wprowadzenie centralnego rejestru chorych na cukrzycę.</p> <p>Poprawa dostępności do leków nowej generacji oraz osobistych pomp insulinowych.</p> <p>Poprawa dostępności do elektrod do ciągłego monitorowania glikemii w cukrzycy typu I.</p>		<p>Wskazane jest otwarcie nowych (poza Krakowem) specjalistycznych gabinetów stopy cukrzycowej. Wskazane jest rozwijanie lokalnych ośrodków specjalizujących się w leczeniu opartym o zaawansowane technologie diabetologiczne takie jak osobiste pompy insulinowe czy systemy ciągłego monitorowania glikemii. W odniesieniu do chorych stosujących wymienione zaawansowane technologie medyczne wskazany byłby rozwój usług o charakterze telemedycyny, co obniżyłoby koszty leczenia, poprawiło komfort terapii dla pacjenta.</p>
---	---	--------------	---	----------------	---	--	--

neurochirurgii i chorób rzadkich oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.					<p>Rozwój telemedycyny.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gabinetów stopy cukrzycowej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p> <p>Zwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia kompleksowej opieki specjalistycznej w zakresie KAOS cukrzyca.</p>	<p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	<p>Cukrzyca jest schorzeniem wymagającym kompleksowego i wielospecjalistycznego postępowania, przesunięcie pacjentów już zdiagnozowanych do opieki kompleksowej (KAOS cukrzyca) zapewni pacjentom optymalne podejście do schorzenia, a osobom jeszcze nie zdiagnozowanym ułatwi dostęp do poradni diabetologicznych.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale diabetologii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 1,15 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 1,18 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Brak jest prognoz dotyczących zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury.</p>
	2	Okulistyka	<p>Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń okulistycznych, w tym w zakresie poza szpitalnych form opieki.</p> <p>Poprawa dostępności do świadczeń okulistycznych.</p>	krótkoterminowy	<p>Optymalizacja organizacji i efektywności funkcjonujących aktualnie oddziałów, w tym w zakresie wykonywania świadczeń zabiegowych odpowiednio do oceny wykorzystania posiadanych zasobów oraz prognozowanego wzrostu hospitalizacji opartego na trendach demograficznych i epidemiologicznych na lata 2016 – 2029.</p> <p>Utworzenie specjalistycznej Izby Przyjęć lub SOR zabezpieczających całodobowe zapotrzebowanie na świadczenia okulistyczne w sytuacjach nagłych.</p> <p>Utworzenie oddziału okulistyki dziecięcej.</p> <p>Wprowadzenie procedur nielimitowanych dla jednostek chorobowych groźących nieodwracalną utratą wzroku.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę</p>	<p>Czas oczekiwania na realizację świadczenia.</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów</p>	<p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale okulistyki oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 30,12 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 38,17 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, co oznacza, że zapotrzebowanie na infrastrukturę, będzie mniejsze niż obecnie (prognozowana zmiana liczby łóżek na rok 2031-bezwzględna 51-85 łóżek, względna 26,2 - 43,6).</p> <p>Należy racjonalnie wykorzystać potencjał poradni specjalistycznych i kwalifikacje lekarzy specjalistów jak</p>

					specjalistyczną oraz podniesienie standardu wyposażenia w okulistyczny sprzęt diagnostyczny gabinetów AOS.	objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	również POZ.
	3	Neurochirurgia	Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń neurochirurg. w szczególności w przypadkach schorzeń onkologicznych oun, wad naczyniowych mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo – mózgowych, a w przypadku dzieci także wad wrodzonych.	krótkoterminowy	<p>Optymalizacja i racjonalizacja liczby oddziałów i łóżek w województwie odpowiednio do oceny wykorzystania aktualnych zasobów oraz prognozowanego wzrostu hospitalizacji opartego na trendach demograficznych i epidemiologicznych na lata 2016 – 2029.</p> <p>Zapewnienie koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach lub dla przewlekłej respiratoroterapii dla osób po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych</p> <p>Zwiększenie liczby takich oddziałów.</p>	<p>Czasu oczekiwania na realizację świadczenia.</p> <p>Liczba pacjentów ze schorzeniami OUN.</p>	<p>Rozmieszczenia ośrodków neurochirurgicznych zabezpiecza dostępność świadczeń dla województwa. Chorym w zakresie stanów nagłych świadczenia neurochirurgiczne są udzielane bez zwłoki. Dalsza poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń w oddziałach neurochirurgicznych uzależniona jest od efektywnej współpracy z ośrodkami leczenia przewlekłego, paliatywnego i przewlekłej respiratoroterapii. Aktualnie ok.20 %-30% pacjentów ma wydłużony czas hospitalizacji z powodu ograniczonej dostępności do ww. ośrodków . Efektywniejsze wykorzystanie obłożenia aktualnej liczby łóżek pozwoli na racjonalne gospodarowanie zasobami finansowymi, przyczyni się do płynniejszego dysponowania kadrą i sprzętem wysokospecjalistycznym.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale neurochirurgii oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 5,76 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 6,42 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 38-63, względna (%) 35,2 - 58,3).</p>
	4	Neurochirurgia	Poprawa skuteczności świadczeń z zakresu neurochirurgii poprzez stworzenie możliwości wczesnej diagnostyki.	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie dostępności do diagnostyki w oparciu o CT, RM w celu wczesnej wykrywalności i diagnozy m.in. poprzez przekazanie uprawnień w tym zakresie lekarzom rodzinnym.</p> <p>Preferowanie ośrodków neurochirurgicznych wykonujących znaczącą liczbę operacji kompleksowych,</p>	<p>Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku.</p>	<p>Wzrasta liczba chorych z: rozsiałym procesem nowotworowym w tym przerzutami do OUN, z chłoniakami oraz nietypowymi guzami OUN, a także z rozpoznanymi tzw. tętniakami niemymi w zakresie OUN w związku ze wzrastającą liczbą chorych poddających się badaniom z użyciem CT czy RM. Aktualny standard postępowania wymusza kwalifikowanie takich chorych do operacji neurochirurgicznej lub endowaskularnej.</p> <p>Aktualnie wykazywane w sprawozdawczości dane dotyczące liczby i rodzaju zabiegów operacyjnych (np.</p>

					<p>mających możliwość leczenia endowaskularnego oraz zaplecze wielospecjalistyczne.</p> <p>Modyfikacja i standaryzacja aktualnej sprawozdawczości w zakresie liczby i rodzaju wykazywanych zabiegów operacyjnych.</p>		<p>jednodniowych, dużych, kompleksowych) nie w pełni odzwierciedlają strukturę realizowanych świadczeń, głównie z zakresu dużej neurochirurgii, która jest podstawą dla zabezpieczenia potrzeb onkologii, wad naczyniowych mózgu i ciężkich obrażeń czaszkowo-mózgowych.</p>
	5	Chirurgia ogólna	Poprawa skuteczności świadczeń w zakresie leczenia ostrego, martwiczo-krwotocznego zapalenia trzustki.	krótkoterminowy	Stworzenie dwóch do trzech ośrodków martwiczo-krwotocznego zapalenia trzustki, co pozwoli na zdecydowane obniżenie kosztów leczenia, a zarazem poprawi jego wyniki.	Utworzenie ośrodka leczenia zapalenia trzustki.	<p>Ostre martwiczo-krwotoczne zapalenie trzustki jest nadal bardzo ciężką i częstą, śmiertelną chorobą, a śmiertelność wynosi pow. 50% i dotyczy zwłaszcza osób młodych. Centralizacja leczenia spowoduje możliwość nowoczesnego i innowacyjnego postępowania do którego te 2-3 ośrodki mogą być przygotowane. Powstanie takich ośrodków w sposób zdecydowany wpłynie na wyniki leczenia i w sposób znaczący, tak jak to jest w krajach europejskich, obniży śmiertelność.</p> <p>W chwili obecnej można bez problemu wskazać gdzie utworzyć taki ośrodek (konsultant wojewódzki) wykorzystując europejskie standardy postępowania leczniczego.</p>
	6	Alergologia	<p>Zwiększenie dostępności do wyskospecjalistycznej diagnostyki alergii na leki, pokarmy, jady owadów oraz anafilaksji.</p> <p>Optymalizacja farmakoterapii u poszczególnych pacjentów.</p>	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie liczby wykonywanych procedur diagnostycznych obejmujących cel priorytetu.</p> <p>Utworzenie referencyjnych ośrodków specjalizujących się w alergii na leki, pokarmy, jady owadów anafilaksji (w tym okołooperacyjnej).</p>	<p>Liczba utworzonych ośrodków referencyjnych specjalizujących się w alergii na leki, pokarmy, jady owadów i anafilaksji.</p> <p>Liczba pacjentów objętych diagnostyką alergii na leki z dobranym optymalnym lekiem bezpiecznym w stosunku rocznym.</p> <p>Liczba pacjentów objętych immunoterapią swoistą (odczulaniem) na jady owadów w stosunku rocznym.</p>	<p>Anafilaksja to ciężka układowa reakcja alergiczna będąca poważnym zagrożeniem dla życia. Powstanie ośrodka referencyjnego specjalizującego się w szybkiej diagnostyce i leczeniu (identyfikacja czynnika wywołującego anafilaksję, dobór leku alternatywnego w przypadku anafilaksji spowodowanej alergią na leki, wczesne wdrożenie immunoterapii swoistej w przypadku alergii na jady owadów, opracowanie diety eliminacyjnej w alergii pokarmowej) pozwoli objąć specjalistyczną opieką większą liczbę chorych z tymi schorzeniami</p> <p>Optymalizacja farmakoterapii u poszczególnych pacjentów (dobór bezpiecznego leku alternatywnego wobec leku uczulającego, szybka weryfikacja występowania alergii na lek potrzebny w terapii u danego pacjenta).</p>
	7	Ze względu na specyfikę choroby rzadkie dotyczą wielu	Poprawa dostępności pacjentów z chorobami rzadkimi	długoterminowy	Utworzenie interdyscyplinarnego „Centrum Diagnostyki, Leczenia i Rehabilitacji Chorób Rzadkich” wraz z zespołem poradni	Utworzenie ośrodka „Centrum Chorób Rzadkich”	<p>Liczbę różnych chorób rzadkich szacuje się na 6 000 do 8 000; w Małopolsce choruje ok.200 000 osób. Choroby rzadkie mają charakter przewlekły, postępujący i często zagrażają życiu. Obniżają jakość życia pacjentów, są</p>

		dziedzin np: genetyki klinicznej, angiologii, endokrynologii, kardiologii, pediatrii, pulmonologii, rehabilitacji	do kompleksowej diagnostyki oraz wysokiej jakości świadczeń specjalistów w wielu dziedzinach		dedykowanych chorobom rzadkim.		przyczyną niepełnosprawności a pacjenci na nie cierpiący często wymagają pomocy osób trzecich. Ich diagnostyka i leczenie zwykle wymaga zaangażowania specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Od 2009 r., opieka nad pacjentami z chorobami rzadkimi (około 6-8% populacji w Małopolsce) staje się priorytetem opieki zdrowia. Inwestycja w Centrum Chorób Rzadkich wyrównywałaby dostęp do specjalistycznej opieki medycznej dla pacjentów z chorobami rzadkimi oraz odpowiadałaby na niezaspokojone potrzeby tej grupy chorych. Obecnie pacjenci z chorobami rzadkimi są diagnozowani w ramach standardowych poradni specjalistycznych. Z danych brytyjskich wynika, że takie postępowanie jest przyczyną opóźnienia postawienia prawidłowej diagnozy o 12 miesięcy u 46% chorych, co powoduje zbyt późne rozpoczynanie właściwego leczenia a także nieprawidłowe wydatkowanie środków na leczenie nieprawidłowo rozpoznanych chorób.
Dla priorytetu nr 7 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyrobki medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .							
8. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Chirurgia dziecięca	Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń w zakresie chirurgii dziecięcej.	krótkoterminowy	Stworzenie na bazie istniejącego potencjału ośrodka chirurgii bariatrycznej. Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego. Zwiększenie udziału świadczeń zabiegowych. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.	Liczba nowo zakupionego sprzętu. Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach. Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku.	Epidemia otyłości wśród dzieci na świecie w krajach wysokorozwiniętych i doświadczenia ośrodków chirurgii dziecięcej w chirurgicznym leczeniu otyłości pozwala oszacować zapotrzebowanie na powstanie ośrodka chirurgii bariatrycznej. Operacje bariatryczne u niektórych pacjentów są jedynym realnym sposobem powrotu do zdrowia, polepszenia jakości życia i możliwości zdobycia wykształcenia i założenia rodziny. Zapobiega wykluczeniu społecznemu w dorosłym życiu. Stwierdza się braki sprzętowe w zakresie aparatów USG, sprzętu do chirurgii małoinwazyjnej endoskopów. Brak oddziału chirurgii dziecięcej w rejonie Nowego Targu i Zakopanem. Brak chirurga dziecięcego w szpitalu w Zakopanem. Jeden chirurg dziecięcy w szpitalu w Nowym Targu. Większość dzieci z okolic Zakopanego i Nowego Targu kierowanych jest do USD. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale chirurgii dziecięcej oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, od wartości 11,76 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 10,35 (tys.) w 2031 r. Prognozy na 2031 r. nie przewidują zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury.

2	Gastroenterologia dziecięca	Poprawa dostępności i jakości świadczeń w zakresie gastroenterologii dziecięcej, w tym w warunkach ambulatoryjnych lub jednodniowych	krótkoterminowy	Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Modernizacja metod diagnostycznych (szczególnie endoskopii) i leczniczych (terapii biologicznej).	Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	Konieczna jest poprawa i wzmocnienie opieki ambulatoryjnej z możliwością rozliczania droższych procedur w ambulatorium. Możliwość monitorowania i częściowego leczenia żywieniowego i terapii biologicznej w ambulatorium.
3	Ginekologia onkologiczna	Objęcie specjalistyczną opieką i leczeniem kobiet w ciąży z chorobami nowotworowymi, w tym w celu zachowania płodności (onkofertylity)	długoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału ośrodka zajmującego się leczeniem kobiet w ciąży z chorobą nowotworową, w tym z zachowaniem płodności.	Liczba kobiet w ciąży objętych opieką i leczeniem nowotworowym w tym z zachowaniem płodności w danym roku.	Obecnie w województwie brak ośrodka zajmującego się specjalistyczną opieką nad kobietami w ciąży z chorobą nowotworową. Z uwagi na coraz późniejszy wiek kobiet zachodzących w ciążę występowanie nowotworów u kobiet ciężarnych będzie coraz częstszym zjawiskiem. Ponadto pojawia się również problem młodych kobiet po zakończeniu leczenia choroby nowotworowej podejmujących decyzję o urodzeniu dziecka. Diagnozowanie i leczenie pacjentek onkologicznych będących w ciąży jest utrudnione, ponieważ dotyczy dwóch osób: matki i płodu. Leczenie przeciwnowotworowe kobiet w ciąży powinno być prowadzone przez wielodyscyplinarne zespoły specjalistów.
4	Neonatologia	Poprawa jakości opieki nad noworodkami i niemowlętami.	krótkoterminowy	Zwiększenie powierzchni przeznaczonej do realizacji opieki neonatologicznej w oddziałach intensywnej terapii na poziomie III stopnia referencyjności. Modernizacja sprzętu medycznego oraz wprowadzanie mniej inwazyjnych form terapii i diagnostyki. Utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt.	Liczba nowo zakupionego sprzętu. Utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt.	W ciągu ostatnich 5 lat gwałtownie wzrosła liczba pacjentów, wymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii noworodka. Wobec wyraźnego postępu w neonatologii i położnictwie, ponad 80% dzieci urodzonych z ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała ma szansę na względnie prawidłowy rozwój, pod warunkiem adekwatnej opieki neonatologicznej po urodzeniu. Jednakże czas hospitalizacji takich pacjentów wydłuża się do kilku miesięcy, często przekraczając okres półroczny. To powoduje wysycenie miejsc neonatologicznych w oddziałach o najwyższym poziomie referencyjnym (III stopień) i zmusza do poszukiwania wciąż nowych możliwości w tym zakresie. Ponadto, utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla opieki na wcześniakiem, poprawiłoby system opieki zdrowotnej w tym zakresie i ułatwiło rodzicom tych pacjentów wykorzystanie zasobów medycznych w procesie rehabilitacji. Konieczne jest poszerzenie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych poprzez stałe uzupełnianie niedoborów sprzętu oraz wprowadzanie

							mniej inwazyjnych form terapii i diagnostyki. Konieczne jest utworzenie centrum wielospecjalistycznego, obejmującego opieką wszystkie noworodki i niemowlęta wymagające kontynuacji nadzoru lekarskiego oraz stosowania w sposób przewlekły zintegrowanych form rehabilitacji i postępowania profilaktycznego.
5	Neonatologia	Polepszenie opieki nad noworodkiem poprzez popularyzację karmienia naturalnego.	krótkoterminowy	Utworzenie poradni laktacyjnych oraz banków pokarmu naturalnego.	Liczba poradni laktacyjnych.	Aktualnie w regionie powstał jeden bank pokarmu naturalnego co nie zaspakaja potrzeb społecznych. W regionie coraz większa liczba potężnych szkoli się w zakresie poradnictwa laktacyjnego jednakże liczba poradni laktacyjnych jest niewystarczająca.	
6	Pediatria	Poprawa dostępności do świadczeń i jakości opieki w zakresie pediatrii.	krótkoterminowy	Zmiana organizacji oddziałów pediatrycznych poprzez tworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem”. Utworzenie przyszpitalnych specjalistycznych poradni w dziedzinie „pediatria ogólna”. Utworzenie oddziału opieki paliatywnej dla dzieci. Utworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży. Zapewnienie opieki pediatrycznej w opiece całodobowej i świątecznej. Rozwój ambulatoryjnej oraz podstawowej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz lekarza POZ.	Liczba stanowisk „matka z dzieckiem”. Utworzenie oddziału medycyny paliatywnej dla dzieci. Utworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży.	Z mapy potrzeb wynika, że należy zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach oraz zbadać zasadność długiego czasu hospitalizacji. Zgodnie z opinią konsultanta nie ma żadnych podstaw do redukcji liczby łóżek pediatrycznych w województwie. Wykorzystanie łóżek jest związane z sezonowością zachorowań – w miesiącach letnich może być nawet 30% natomiast w miesiącach jesienno zimowych jest wysokie. Umożliwienie powstania poradni przyszpitalnych mogłoby zmniejszyć nie tylko liczbę porad specjalistycznych, ale również ograniczyć liczbę wizyt w szpitalnych izbach przyjęć czy SORach. Utworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem” przełoży się na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin. W województwie brak jest oddziału paliatywnego dla dzieci, który zabezpieczałby pomoc dzieciom niepodlegającym opiece hospicyjnej w regionie. Dzieci te często wymagają respiratoterapii, odpowiedniego podejścia żywieniowego, stałej opieki pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej i ochrony przed infekcjami. Przebywanie ich w oddziałach intensywnej opieki lub w innych oddziałach specjalistycznych (pulmonologia, neurologia, neurochirurgia, rehabilitacja) jest postępowaniem niewłaściwym i dla innych potrzebujących, co świadczy o złej organizacji systemowej. Ogromnym problemem jest również wzrost liczby dzieci zatrutych (alkoholem, lekami, narkotykami, dopalaczami), w województwie brak jest wyodrębnionego pododdziału toksykologicznego.	
7	Położnictwo i ginekologia	Podniesienie jakości opieki położniczej.	krótkoterminowy	Rozwój ośrodków na II stopniu referencyjności. Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.	Wskaźnik umieralności okołoporodowej.	Aktualnie w Małopolsce jest 1 ośrodek położniczy na III stopniu referencyjności, który zajmuje się praktycznie całą patologią ciąży w regionie. Rozwój ośrodków na II stopniu referencyjności pozwoli na wzrost jakości opieki położniczej. Należy dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów	

							kompleksowych, należy zastanowić się nad utrzymaniem dotychczasowej liczby oddziałów. Decentralizacja i liberalizacja wykonywania leczenia onkologicznego jest jedną z przyczyn niezadowolających wyników 5- letnich przeżyć chorych leczonych z powodu nowotworów narządu rodnego i piersi. Zmniejszenie liczby oddziałów spowoduje przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego do scentralizowanych 3-5 ośrodków zajmujących się głównie patologią ciąży i onkologią ginekologiczną.
8	Położnictwo i ginekologia	Wczesne wykrywanie patologii ciąży i wad wrodzonych.	krótkoterminowy	Zwiększenie dostępności do badań prenatalnych poprzez zwiększenie liczby ośrodków przeprowadzających takie badania w sposób kompleksowy.	Liczba kobiet w ciąży objętych badaniami prenatalnymi. Liczby ośrodków wykonujących diagnostykę prenatalną.	Wczesne wykrywanie patologii ciąży daje potencjalne możliwości ich leczenia (również wewnątrzmacicznego) a ponadto pozwala na urodzenie dziecka w jak najlepszym stanie urodzeniowym. Aktualnie w regionie są tylko 4 ośrodki przeprowadzające badania prenatalne w sposób kompleksowy. Istniejące ośrodki nie są w stanie zaspokoić potrzeb społecznych wykonywania diagnostyki prenatalnej.	
9	Położnictwo i ginekologia	Spadek odsetka cięć cesarskich w województwie, szczególnie w ośrodkach na I stopniu referencyjności.	krótkoterminowy	Poprawa współpracy między ośrodkami na I i II stopniu referencyjności w przekierowywaniu pacjentek wymagających tego ze względu na ich stan. Popularyzacja znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu.	Odsetek cięć cesarskich w stosunku do wszystkich porodów w danym roku. Odsetek porodów w znieczuleniu zewnątrzoponowym w stosunku do wszystkich porodów w danym roku.	W regionie odsetek cięć cesarskich jest ponad normę. Bardzo dużą część cięć cesarskich wykonuje się z powodu wskazań poza położniczych, co nierzadko wiąże się z lękiem kobiet przed porodem fizjologicznym. Aktualnie w ośrodkach na I stopniu referencyjności wykonywana jest zbyt duża liczba cięć cesarskich przy braku patologii ciąży co świadczy o niewłaściwym funkcjonowaniu opieki położniczej. W województwie w 19 oddziałach położniczych nie odnotowano porodów w znieczuleniu. Porody takie dają komfort rodzącej poprzez zmniejszenie odczuwania bólu, ponadto możliwość znieczulenia redukuje chęć pacjentek do szukania poza położniczych wskazań do cięcia cesarskiego.	
10	Położnictwo i ginekologia	Polepszenie opieki okołoporodowej w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. standardu organizacyjnego w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie	krótkoterminowy	Wyposażenie wszystkich oddziałów w regionie w system komputerowej analizy KTG. Kontrole wdrożenia Standardu poprzez zespół w skład którego wejdzie: Małopolski konsultant ds. Ginekologii i Położnictwa, Małopolski Konsultant ds. Neonatologii, Małopolski konsultant ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.	Liczba nowo zakupionego sprzętu do komputerowej analizy KTG. Liczba przeprowadzonych kontroli w danym roku	Komputerowa analiza zapisu KTG pozwala na bardziej obiektywne monitorowanie płodu niż dotychczas stosowane metody. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9.11.2015 r. w ciążyach patologicznych interpretacji zapisu KTG dokonuje się w oparciu o jego cyfrową analizę. Nowy standard opieki okołoporodowej wpłynie na dalsze obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej w Małopolsce. Zapewni także polepszenie opieki zarówno przed jak i poporodowej Małopolanek. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych.	

			cięży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem.				
11	Urologia dziecięca	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie urologii dziecięcej.	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie liczby łóżek w oddziale urologii dziecięcej.</p> <p>Zwiększenie udziału zabiegów małoinwazyjnych, mikrochirurgicznych.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.</p>	<p>Liczba łóżek na oddziale urologii dziecięcej w danym roku.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	<p>Konieczne jest zwiększenie liczby łóżek gdzie leczone są najcięższe wady wrodzone układu moczowego oraz poprawa możliwości diagnostycznych. Kompleksowe leczenie pacjentów z wieloma wadami, którzy coraz częściej trafiają do leczenia.</p> <p>Konieczne jest również zwiększenie liczby poradni urologii dziecięcej. Powinny być ponadto prowadzone badania przesiewowe dzieci do lat 2.</p>	
12	Kardiologia dziecięca	<p>Poprawa jakości i skuteczności leczenia poprzez upowszechnienie zabiegów krioablacji (3D).</p> <p>Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych z użyciem Rezonansu Magnetycznego u dzieci z wadami wrodzonymi.</p>	<p>krótkoterminowy</p> <p>krótkoterminowy</p>	<p>Zwiększenie dostępności do krioablacji z przestrzennym (3D) obrazowaniem anatomii układu przewodzącego dla dzieci i młodzieży w celu leczenia zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca.</p> <p>Szkolenia specjalistyczne wytypowanych osób z zespołu lekarskiego, w celu rozpoczęcia badań RM u dzieci z wadami wrodzonymi przed i po operacjach kardiochirurgicznych oraz po zabiegach interwencyjnych a także w stanach chorobowych mięśnia sercowego (zapalenia mięśnia sercowego i kardiomiopatie).</p>	<p>Liczba wykonanych zabiegów w danym roku.</p> <p>Liczba badań z zastosowaniem RM w danym roku.</p>	<p>Aktualnie u dzieci często jest stosowana podstawowa aparatura do termoablacji bez 3D to jest bez przestrzennego obrazowania anatomii układu przewodzącego, która obarczona jest dużym ryzykiem nieodwracalnego uszkodzenia naturalnych dróg przewodzenia.</p> <p>Konieczne jest skrócenie czasu oczekiwania na pierwszorazową konsultację w zakresie kardiologii dziecięcej, w tym poprawy dostępności do badań specjalistycznych (echokardiografia, EKG metodą Holtera, inne specjalistyczne, obecnie niedostępne dla dzieci w naszym województwie np. badania z zastosowaniem rezonansu magnetycznego).</p> <p>Konieczne jest skrócenie czasu oczekiwania na pierwszorazową konsultację w zakresie kardiologii dziecięcej, w tym poprawy dostępności do badań specjalistycznych (echokardiografia, EKG metodą Holtera ,inne specjalistyczne, obecnie niedostępne dla dzieci w naszym województwie np. badania z zastosowaniem rezonansu magnetycznego. Jest dostępność do RM, ale nie ma specjalistów w zakresie diagnostyki wad i chorób serca u dzieci.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale kardiologii dla</p>	

			Poprawa dostępności do konsultacji ambulatoryjnej pacjentów z podejrzeniem wady/choroby serca, skrócenie czasu oczekiwania.	długoterminowy	Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.		dzieci oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, od wartości 0,72 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 0,61 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 9-17, względna (%) 42,9 - 81,0).
13	Neurologia dziecięca	Poprawa skuteczności leczenia padaczki lekoopornej.	długoterminowy	Utworzenie Centrum Epileptologii Dziecięcej. Poprawa zabezpieczenia w zakresie badań i konsultacji neurochirurgicznych. Zwiększenie liczby diagnozowanych dzieci z padaczką. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w celu leczenia farmakologicznego. Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.	Utworzenie Centrum Epileptologii.	Obecnie największe trudności sprawia padaczka lekooporna, która niekiedy okazuje się być napadami rzekomo padaczkowymi. Powinno nastąpić wcześniejsze kwalifikowanie do leczenia operacyjnego w przypadkach napadów dewastujących. Konieczne jest ustalenie wskazań do leczenia operacyjnego oraz szczegółowa ocena VideoEEG/Polisomnograficzna do leczenia padaczki lekoopornej. Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale neurologii dla dzieci oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, od wartości 2,61 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 2,32 (tys.) w 2031 r. Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 8-26, względna (%) 21,6 - 70,3) .	
14	Rehabilitacja lecznicza	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami wieku rozwojowego.	długoterminowy	Zwiększenie dostępności w ramach stacjonarnego leczenia szpitalnego oraz ośrodków lub oddziałów rehabilitacji dziennej. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie	Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych. % osób rehabilitowanych w stosunku do osób hospitalizowanych na oddziale.	Analiza map potrzeb zdrowotnych wskazuje na niską dostępność leczenia rehabilitacyjnego.	

					ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.	Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne.	
					Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.		
15	Otarynolaryngologia dziecięca	<p>Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie otolaryngologii dziecięcej w szczególności do świadczeń operacyjnych.</p> <p>Poprawa dostępności do świadczeń najczęściej wykonywanych w otarynolaryngologii dziecięcej w tym w szczególności operacji drenażu usznego.</p>	<p>długoterminowy</p> <p>krótkoterminowy</p>	<p>Stworzenie łóżek intensywnej terapii dla dzieci z chorobami narządów laryngologicznych (w szczególności operacji ucha środkowego, nowotworów oczodołu, jamy nosowej, gardła szyi).</p> <p>Zwiększenie wykorzystania istniejącego potencjału bazowego i skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi w tym zakresie.</p>	<p>Wskaźnik obłożenia łóżek intensywnej terapii dla dzieci z chorobami narządów laryngologicznych.</p> <p>Czas oczekiwania na świadczenia w danym roku.</p>	<p>Największa liczba dzieci z województwa małopolskiego kierowana jest do innych województw na operacje narządów laryngologicznych. Sytuacja gwałtownie się pogorszyła od 2015 r. w wyniku decyzji MZ, że w lokalizacji szpitala muszą być łóżka intensywnej terapii dla dzieci .</p> <p>W chwili obecnej odnotowuje się wyraźny spadek liczby wykonywanych zabiegów operacyjnych w dziedzinie otarynolaryngologii dziecięcej, skutkuje to 3-letnimi terminami oczekiwania na zabiegi np. usunięcia migdałków. Wg Mapy Potrzeb w woj. małopolskim istnieje tylko jeden oddział specjalizujący się w otarynolaryngologii dziecięcej. Liczba ta jest wyraźnie zbyt mała w stosunku do potrzeb. Widoczna jest wyraźna migracja pacjentów z Województwa Małopolskiego do innych województw celem leczenia schorzeń górnych dróg oddechowych u dzieci.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale otarynolaryngologii dla dzieci oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje spadkowe, od wartości 1,63 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 1,42 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych leczenia szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 3-30, względna (%) 17,6 - 176,5).</p>	
16	Diabetologia dziecięca	Poprawa dostępności do świadczeń dla dzieci w zakresie diabetologii dziecięcej.	długoterminowy	<p>Stworzenie Poradni Diabetologii Dziecięcej .</p> <p>Zwiększenie dostępu do pomp insulinowych dla małych dzieci z nowo rozpoznaną cukrzycą.</p>	Liczba poradni diabetologicznych dla dzieci.	Problemy są istotne społecznie z uwagi na pięciokrotny wzrost w województwie małopolskim zachorowań na cukrzycę typu 1 w ostatnim 20-leciu, co powoduje, że w stałej opiece w jedynej jednostce realizującej świadczenia diabetologiczne dla dzieci w Małopolsce, tj. w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w Klinice	

							Endokrynologii Dzieci i Młodzieży hospitalizowanych jest około 600 dzieci rocznie a w stałym leczeniu w Poradni Diabetologicznej tej Kliniki znajduje się 1300 pacjentów z cukrzycą typu 1.
	17	Okulistyka dziecięca	Zapewnienie dostępności do przesiewowych badań wzroku noworodków i dzieci w wieku przedszkolnym.	długoterminowy	Wdrożenie wzroku noworodków oraz dzieci w wieku przedszkolnym.	Liczba badań przesiewowych wzroku u noworodków. Liczba badań przesiewowych wzroku u dzieci w wieku przedszkolnym.	Brak finansowanych przesiewowych badań wzroku w połączeniu z długim czasem oczekiwania na wizytę specjalistyczna skutkuje dużą liczbą niezdiagnozowanych i utrwalonych w wieku szkolnym niedowidzeń. Tylko wczesna diagnostyka wad wzroku daje możliwość uzyskania prawidłowej ostrości wzroku w wieku szkolnym.
Dla priorytetu nr 8 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .							
9. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych, oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.	1	Geriatrya	Rozwój diagnostyki i medycyny naprawczej poprzez rozwój opieki nad osobami starszymi.	krótkoterminowy	Zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych poprzez reorganizację oddziałów chorób wewnętrznych w regionach, gdzie występuje ich brak. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami.	Liczba łóżek geriatrycznych w danym roku. Liczba łóżek i ich obłożenie, wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców. Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.	Istnieją znaczne różnice w docelowej liczbie łóżek geriatrycznych w poszczególnych subregionach. Krakowski obszar metropolitalny ma w Krakowie 2 oddziały geriatryczne i 2 internistyczno-geriatryczne (ok.87 łóżek) – brak 50 łóżek, w Małopolsce Zachodniej jest 1 oddział (Wadowice-22)-brak 90 łóżek, w subregionie tarnowskim 1 (Brzesko- 10 łóżek)-brak 82, w subregionie sądeckim 1 oddział (Gorlice-48 łóżek)-brak 112, w subregionie podhalańskim – brak oddziału – brak 70 łóżek. Zgodnie ze standardami WHO na 100-120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych ok. 20-25 łóżek geriatrycznych na oddziałach stacjonarnych, 15-25 miejsc na oddziałach geriatrycznych dziennych oraz 1 poradnia. Oddziały powinny znajdować się w promieniu 30 km. Z mapy potrzeb wynika, że potrzeby w zakresie łóżek geriatrycznych powinny zostać zaspokojone poprzez zwiększenie liczby łóżek nie tylko w ramach oddziałów geriatrycznych, ale przede wszystkim chorób wewnętrznych (co powinno iść w parze z zatrudnieniem lekarzy geriatrów na tych oddziałach) a także z tworzeniem stanowiska konsultanta w dziedzinie geriatry w oddziałach neurologii i kardiologii. Niedostateczny jest także dostęp do specjalistycznych porad geriatrycznych. Wzrosła liczba poradni na terenie miasta Krakowa, gdzie aktualnie jest 9 tego typu Poradni. Natomiast na pozostałym terenie są tylko 4 takie poradnie. Poza tym poradnie powinny być zlokalizowane stosunkowo blisko miejsca zamieszkania chorego. Ważny jest rozwój współpracy z pielęgniarkami rodzinnymi ze względu na

							<p>ich stały kontakt z pacjentami w miejscu zamieszkania.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale geriatryi oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 5,11 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 7,21 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Brak jest prognoz dotyczących zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury.</p>
2	Neurologia	<p>Rozwój opieki medycznej nad osobami starszymi.</p> <p>Zmniejszenie niesprawności poudarowej oraz poprawa jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami neurologicznymi.</p>	krótkoterminowy	Zwiększenie o 30% liczby łóżek w oddziałach neurologicznych.	Liczba łóżek neurologicznych w danym roku.	<p>Konieczne jest niezwłoczne zwiększenie dostępności oddziałów neurologicznych ze względu na długie kolejki i wysokie obłożenie. Prognozy demograficzne przewidują wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu neurologii w grupie wiekowej 85+, co przełoży się na wzrost zapotrzebowania na łóżka w oddziałach neurologicznych. Ze względu na odrębność kliniczną i diagnostyczną należy unikać leczenia chorób neurologicznych w oddziałach internistycznych.</p> <p>Prognozy liczby hospitalizacji na oddziale neurologicznym (w tym udarowy) oraz dedykowanych mu zakresach jednoimiennych na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, od wartości 21,38 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej 26,06 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 234-491 łóżek, względna (%) 37,9 – 79,6).</p>	
3.	Rehabilitacja geriatryczna	Poprawa jakości życia chorych w podeszłym wieku poprzez kompleksową opiekę uwzględniającą leczenie rehabilitacyjne.	długoterminowy	<p>Zwiększenie dostępności w ramach stacjonarnego leczenia szpitalnego ośrodków lub oddziałów rehabilitacji dziennej.</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.</p>	<p>Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych.</p> <p>% osób rehabilitowanych w stosunku do osób rehabilitowanych w danym roku.</p> <p>Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne.</p>	<p>Wydzielenie niektórych rodzajów świadczeń, w szczególności rehabilitacji geriatrycznej, jako osobnych rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych w ramach leczenia w oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej, umożliwiłoby z jednej strony skrócenie kolejek poprzez stworzenie osobnych list oczekujących dla pacjentów z powyższej grupy a z drugiej strony przy założeniu zwiększonej wyceny osobodni w tej grupie, poprawiłoby finansowanie ośrodków decydujących się na hospitalizację bardziej skomplikowanych przypadków medycznych.</p>	
Dla priorytetu nr 9 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych							

szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .

<p>10. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie kompleksowej rehabilitacji z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie chorób układu ruchu, układu nerwowego, układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.</p>	<p>1.</p>	<p>Rehabilitacja lecznicza w warunkach: ambulatoryjnych, stacjonarnych domowych, ośrodka dziennym.</p>	<p>Poprawa dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji.</p> <p>Zapewnienie optymalnego i równomiernego dostępu do rehabilitacji.</p> <p>Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego środowiska, zachowania maksymalnej sprawności i samodzielności do prowadzenia niezależnego życia.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>Przyjęcie podejścia „continuum” opartego na zapobieganiu wystąpienia choroby oraz skutecznego leczenia chorób i rehabilitacji.</p> <p>Poprawa dostępności do leczenia rehabilitacyjnego w ramach oddziałów stacjonarnych oraz ośrodków lub oddziałów dziennych Rehabilitacji dziennej.</p> <p>Poprawa dostępności do leczenia rehabilitacyjnego dla pacjentów po leczeniu szpitalnym (w szczególności po alloplastyce stawu biodrowego i po zawale serca).</p> <p>Wykonywanie świadczeń kompleksowo (leczenie szpitalne, opieka ambulatoryjna i rehabilitacyjna).</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną</p>	<p>% osób rehabilitowanych w stosunku do osób rehabilitowanych w danym roku.</p> <p>Liczba łóżek rehabilitacyjnych.</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.</p>	<p>Systematycznie następuje wzrost liczby osób w wieku podeszłym wiążący się z występowaniem chorób prowadzących do niepełnosprawności. Powoduje to wydłużanie się czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne szczególnie dla pacjentów po leczeniu szpitalnym. Poddanie pacjenta wczesnej rehabilitacji zmniejszy również śmiertelność. Przywrócenie osobie pełnej sprawności fizycznej lub samodzielności przyczyni się do zmniejszenia wykluczenia społecznego i umożliwi powrót na rynek pracy.</p> <p>Leczenie rehabilitacyjne zarówno w skali kraju jak i województwa jest niedofinansowane.</p>
--	-----------	--	---	-----------------------	--	---	--

Dla priorytetu nr 10 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .

<p>11. Zwiększenie dostępności i jakości usług dla osób przewlekle chorych oraz wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na</p>	<p>1</p>	<p>Opieka długoterminowa realizowana w warunkach stacjonarnych, warunkach domowych, w zespołach długoterminowej opieki</p>	<p>Poprawa dostępności do opieki długoterminowej.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>Zwiększenie dostępności do specjalistycznych form opieki długoterminowej poprzez rozwój ZOL, hospicjów domowych i stacjonarnych, domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej, opieki paliatywno-hospicyjnej.</p> <p>Zapewnienie profesjonalnej</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia opieki długoterminowej.</p>	<p>Proponowane działania są zgodne z trendami demograficznymi oraz wzrastającym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową.</p>
--	----------	--	---	-----------------------	---	--	--

obszarze województwa małopolskiego.		domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej.			opieki dla osób przewlekle chorych.		
	2	Medycyna paliatywna	Rozwój opieki medycznej nad osobami starszymi Rozwój opieki medycznej nad osobami z nieuleczalnymi schorzeniami.	krótkoterminowy	Modernizacja bazy lokalowej oraz uzupełnienie sprzętu medycznego. Poprawa dostępności do opieki domowej. Poprawa dostępności do Poradni Medycyny Paliatywnej. Utworzenie Poradni Leczenia Wspomagającego w placówkach onkologicznych. Wprowadzenie do konsylium lekarskiego w ramach pakietu onkologicznego specjalisty medycyny paliatywnej.	Liczba nowo zakupionego sprzętu. Utworzenie Poradni Leczenia Wspomagającego.	Zapotrzebowanie na medycynę paliatywną wykazuje stałą tendencję wzrostową co jest wynikiem zmian demograficzno-epidemiologicznych (wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, starzenie się społeczeństwa i wzrost zachorowań na schorzenie nienowotworowe). Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna we wszystkich zakresach świadczeń kontraktowane są na grupy powiatów, za wyjątkiem poradni medycyny paliatywnej, która kontraktowana jest na obszarze całego województwa.
	3	Gastroenterologia	Zapewnienie wyskospecjalistycznej i interdyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej dla pacjentów z Nieswoistymi Chorobami Zapalnymi Jelit.	krótkoterminowy - utworzenie wyskospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej dla chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit; długoterminowy - utworzenie oddzielnej bazy łóżek dla chorych wymagających	Utworzenie w województwie ośrodka kompleksowego Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit. Zapewnienie wyskospecjalistycznej interdyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej: lekarze specjaliści (gastroenterologii, chirurgii ogólnej z doświadczeniem w chirurgii kolorektalnej, radiologii z doświadczeniem w zakresie	Utworzenie ośrodka kompleksowego Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit. Liczba konsultowanych pacjentów w ośrodku.	Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów opracował w październiku 2017 „Model opieki koordynowanej nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”. Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii we współpracy z Fundacją Eksperti dla Zdrowia. Celem jest stworzenie takiego modelu opieki dla chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, Choroba Leśniowskiego - Crohna) na terenie województwa małopolskiego.

				<p>hospitalizacji z powodu ciężkich zaostrzeń jak również powikłań, dostęp do specjalistycznego leczenia operacyjnego, jak również leczenia endoskopowego</p>	<p>diagnostyki przewodu pokarmowego), diety, psycholog kliniczny.</p> <p>Przygotowanie planu z zakresu udzielanych świadczeń – w oparciu o przygotowany „ Model opieki koordynowanej nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”.</p> <p>Zorganizowanie szkoleń dla lekarzy POZ z całego województwa małopolskiego.</p> <p>Rozpowszechnianie informacji o specjalistycznym ośrodku dla chorych z chorobą Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.</p>		
--	--	--	--	---	---	--	--

Dla priorytetu nr 11 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyrobry medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .

<p>12. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego.</p>	1	Anestezjologia i intensywna terapia	Zmniejszenie odsetka chorych przebywających w oddziałach intensywnej terapii pomimo zakończenia leczenia intensywnego.	krótkoterminowy	<p>Zwiększenie odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych (ciągłe techniki nerkozastępcze, wentylacja mechaniczna nieinwazyjna).</p> <p>Utworzenie referencyjnego regionalnego ośrodka leczenia wentylacyjnego i leczenia pozaustrojowego (w trakcie planowania).</p> <p>Tworzenie w regionie oddziałów o charakterze „<i>post intensive care units</i>” lub „<i>step down units</i>” celem optymalizacji leczenia chorych po zakończonym leczeniu intensywnym.</p>	Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w danym roku.	Dobra dostępność lecz stosunkowo niski odsetek wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych. Brak oddziałów rehabilitacji neurologicznej, odpowiedniej liczby oddziałów przewlekłej wentylacji zastępczej. Zbyt mała liczba stanowisk intensywnej terapii w szpitalach regionu położonych przy najbardziej uczęszczanych szlakach komunikacyjnych lub w miejscowościach turystycznych. Tworzenie w regionie oddziałów o charakterze „ <i>post intensive care units</i> ” lub „ <i>step down units</i> ” celem optymalizacji leczenia chorych po zakończonym leczeniu intensywnym. Szczególnie dotyczy to oddziałów prowadzących terapię przewlekłą chorych z deficytami neurologicznymi, chorych w wieku podeszłym, oraz chorych z zaawansowanymi chorobami nowotworowymi.
	2	Anestezjologia i intensywna terapia	Standaryzacja dokumentacji medycznej zarówno	krótkoterminowy	Ujednolicenie raportowania stanu dziedziny ochrony zdrowia z podkreśleniem obligatoryjności	Wprowadzenie raportowania w formie elektronicznej.	Dokumentacja: elektroniczna 1 oddział z 31, mieszana 23 oddziały z 32, wyłącznie papierowa 7 oddziałów z 31. Standaryzacja procedur medycznych i ich ujednolicenie

			w obszarze anestezjologii jak i intensywnej terapii ze szczególnym naciskiem położonym na cyfryzację zapisów.		raportowania w formie elektronicznej i modernizacja zużytego sprzętu komputerowego. Standaryzowanie jak największej liczby procedur medycznych w kierunku ujednoczenia sposobów i metod leczenia z obowiązkową oceną jakości i bezpieczeństwa wykonywanych świadczeń medycznych.	Liczba nowo zakupionego sprzętu.	poprawi ergonomię pracy personelu medycznego.
3	Anestezjologia i intensywna terapia	Poprawa koordynacji pracy systemu opieki zdrowotnej w obszarze intensywnej terapii	krótkoterminowy	Zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii do minimum 5% ogólnej liczby łóżek szpitalnych, czyli do min. 600. Optymalizacja organizacyjna posiadanych oddziałów intensywnej terapii do min. 6 stanowisk na oddział, przy optymalnej 8-10 stanowisk, lub ewentualnej likwidacji mniejszych oddziałów IT. Wprowadzenie do systemu świadczeń zdrowotnych stanowiska „Advanced Critical Care Practitioner” Opracowanie strategii rozwoju centrów specjalistycznych o wysokim progu referencyjności (min 3 w województwie) przy zwiększonym potencjale ośrodków o podstawowym progu referencyjności.	Liczba stanowisk intensywnej terapii. Stosunek liczby stanowisk o wyższym progu referencyjności do standardowych.	Liczba łóżek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w stosunku do ogólnej liczby łóżek szpitalnych wynosi zaledwie 2,53% co jest wynikiem zdecydowanie zbyt niskim. Większość oddziałów w województwie (23 z 31) posiada mniej niż 10 stanowisk intensywnej terapii a aż 10 z 31 poniżej 6. Wzrastający popyt na świadczenia wynikający ze starzenia się społeczeństwa zwiększającej się liczby chorych leczonych skutecznie na choroby dotąd nieuleczalne wymusza na systemie ochrony zdrowia w regionie konieczność zmiany strategii organizacyjnej w tworzeniu ośrodków terapeutycznych w kierunku ich postępującej centralizacji.	
4	Chirurgia ogólna	Zwiększenie dostępności do diagnostyki (m.in. nowotworów) i leczenia chirurgicznego.	krótkoterminowy	Doposażenie oddziałów chirurgicznych w sprzęt wysokiej klasy.	Liczba nowo zakupionego sprzętu.	Konieczny jest wzrost liczby wykrywanych nowotworów we wczesnym stadium zaawansowania poprzez skrócenie kolejek do badań endoskopowych (np. czas oczekiwania na badanie kolonoskopowe 4-8 miesięcy).	
5	Chirurgia onkologiczna	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych	krótkoterminowy	Modernizacja i rozbudowa istniejących bloków operacyjnych.	Liczba nowo zakupionego sprzętu.	Rozmieszczenie oddziałów chirurgii onkologicznej w województwie powinno być takie, aby odległość od miejsca zamieszkania pacjenta nie przekraczała 50 km (tj.	

			poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.		Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego.		odległość między oddziałami mniejsza niż 100 km). Zniweluje to różnice w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa. Należy uwzględnić zużywanie sprzętu i rozwój nowych technologii i metod operacyjnych – zwłaszcza laparoskopowych.
6	Chirurgia urazowo-ortopedyczna	Zwiększenie efektywności leczenia operacyjnego.		długoterminowy	Modernizacja i rozbudowa bloków operacyjnych.	Liczba zmodernizowanych bloków operacyjnych.	Z mapy wynika, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów. Samo ograniczenie bazy oddziałów lub łóżek nie da efektu w poprawie funkcjonowania tej dziedziny medycyny. Istotną rzeczą jest modernizacja i poprawa wykorzystania bloków operacyjnych, co może przełożyć się na poprawę ergonomii pracy personelu medycznego.
7	Gastroenterologia	Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia dla chorych ze schorzeniami gastrologicznymi.		krótkoterminowy	Wyposażenie oddziałów gastrologicznych w specjalistyczny sprzęt.	Liczba nowo zakupionego sprzętu.	Zapadalność na chorobę Leśniewskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego w ostatnich latach wzrasta na całym świecie, są to schorzenia przewlekłe i dotyczą głównie ludzi młodych pomiędzy 20-40 rokiem życia. Dostęp pacjentów do specjalistycznego leczenia przełoży się na aktywizację zawodową oraz zapobiegnie ich wykluczeniu społecznemu, a także poprawi komfort pacjentów i ich rodzin. Wyposażenie oddziału gastrologicznego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający szybką diagnostykę w województwie jest niewystarczające. „Brak w Małopolsce dostępu do endoskopowej ultrasonografii, endoskopii dwubalonowej, enterografii, rezonansu magnetycznego, pH-metru.
8	Kardiologia dziecięca	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.		długoterminowy	Zakup angiokardiografu do pracowni hemodynamicznej. Uruchomienie rezonansu magnetycznego z oprogramowaniem kardiologicznym. Zakup nowego wyposażenia diagnostycznego i terapeutycznego do pracowni elektrofizjologicznej a) zestaw do krioablacji b) zestaw do przestrzennego obrazowania układu bodźco-przewodzącego serca u dzieci (system Navi lub Carto).	Liczba nowo zakupionego sprzętu.	Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pozostają wady rozwojowe serca. Wzrósł odsetek przyjęć dzieci i młodocianych z powodu zaburzeń rytmu i przewodzenia, także wskutek podjęcia od końca 2013 roku diagnostycznych zabiegów elektrofizjologicznych, w tym ablacji, wszczepiania rozruszników serca u dzieci. Zwiększeniu uległ odsetek hospitalizacji z powodu zapalenia mięśnia serca i osierdzia. W Poradni kardiologicznej liczba wizyt wynosi około 12 000/rok. Poza Krakowem, gdzie są czynne 3 poradnie kardiologiczne dla dzieci istnieją jeszcze poradnie w Tarnowie - 1 i N Sączu - 1, z pojedynczą obsadą, co w razie urlopów i zdarzeń losowych uniemożliwia dostęp do świadczeń. Obecnie badania elektrofizjologiczne i zabiegi krioablacji wykonywane są na sprzęcie podstawowym bez 3D i z użyciem termoablacji, u dzieci zwiększające znacznie ryzyko powikłań.

9	Medycyna nuklearna	<p>Zwiększenie dostępności do leczenia chorób onkologicznych za pomocą radioizotopów.</p> <p>Poprawa skuteczności leczenia poprzez bezpieczne wykorzystanie radioizotopów w diagnostyce medycznej i terapii.</p> <p>Zwiększenie dostępności nowych technologii</p>	<p>krótkoterminowy</p> <p>Krótkoterminowy</p> <p>krótkoterminowy</p>	<p>Doposażenie działających pracowni medycyny nuklearnej w aparaturę diagnostyczno - leczniczą oraz zapewnienie możliwości odnowienia używanej aparatury odpowiednio do standardów technicznych i bezpieczeństwa.</p> <p>Zwiększenie liczby pracowni medycyny nuklearnej (np. zapewnienie działania takiej pracowni w byłych miastach wojewódzkich, w których istnieją ośrodki onkologiczne).</p> <p>Wspieranie działań mających na celu zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny nuklearnej w związku ze wzrostem liczby chorób onkologicznych leczonych za pomocą radioizotopów.</p> <p>Rozszerzenie wskazań do refundowanych badań PET/CT (np. raki trzustki, zaawansowane przypadki raka endometrium, choroby zapalne: głównie ocena pacjenta z gorączką nieznanego pochodzenia oraz ocena aktywności zapaleń dużych naczyń).</p> <p>Zwiększenie dostępu do różnych radiofarmaceutyków do badania PET/CT</p>	<p>Czas oczekiwania na realizację świadczenia.</p> <p>Liczba badań scyntygrafii perfuzyjnej mięśnia serca.</p> <p>Liczba łóżek na oddziale medycyny nuklearnej w danym roku.</p>	<p>Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na lata 2019-2021 do NFZ sprawozdawało w Polsce 6 świadczeniodawców, w tym jeden z woj. małopolskiego.</p> <p>Zakres terapii izotopowej sprawozdawany był także w ramach oddziałów endokrynologicznych (40%). Świadczenia z podobnego zakresu kontraktowane są także w pracowniach medycyny nuklearnej. Liczba łóżek w jednym oddziale szpitalnym w Małopolsce jest wg konsultanta wojewódzkiego zbyt mała (4) w stosunku do zapotrzebowania, zwłaszcza w świetle rosnącej liczby przypadków raka tarczycy i nowotworów neuroendokrynnych wymagających leczenia radioizotopami. Inwestycje w tej dziedzinie medycyny winny zatem być ukierunkowane na zakup lub odnowienie sprzętu diagnostyczno – leczniczego zwiększającego efektywność leczenia.</p> <p>Prognoza liczby hospitalizacji na oddziale medycyny nuklearnej oraz dedykowanych mu zakresach na innych oddziałach, wg Mapy Potrzeb lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021 wykazują niewielkie tendencje wzrostowe od wartości 0,28 (tys.) w 2016 r. do przewidywanej; 0,29 (tys.) w 2031 r.</p> <p>Prognozowane zmiany liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury, wg Mapy Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na okres 2019-2021, wykazują tendencje wzrostowe, co oznacza, że prognozuje się zwiększone zapotrzebowanie na infrastrukturę, wynikające z rosnącej liczby osobodni (prognozowana zmiana liczby łóżek potrzebna na rok 2031 – bezwzględna: 4-89 łóżek, względna (%) 100,0 - 2 225,0).</p>
10	Neurologia	Zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami neurologicznymi oraz	krótkoterminowy długoterminowy	<p>Wyodrębnienie w województwie ośrodka referencyjnego stosującego najnowocześniejsze terapie.</p> <p>Zwiększenie liczby oddziałów neurologii uczestniczących w programie stwardnienia</p>	Liczba oddziałów uczestnicząca w programie SM.	Brak ośrodka referencyjnego, który dysponuje możliwościami zastosowania najnowocześniejszych terapii (głęboka stymulacja mózgu, trombektomia mechaniczna) oraz ma możliwości diagnostyki i leczenia rzadkich chorób neurologicznych oraz chorób neuroimmunologicznych. Specjalistyczna opieka nad chorymi przełoży się na aktywizację zawodową chorych i zapobiegnie ich wykluczeniu społecznemu. Zbyt mało (o

		neuroimmunologicznymi.		rozszianego. Zwiększenie dostępu do badań rezonansu magnetycznego.	Czas oczekiwania na badanie rezonansu magnetycznego.	ok. 30%) oddziałów neurologicznych poza Krakowem, które uczestniczą w programie leczenia stwardnienia rozszianego. Zbyt mały jest również dostęp do badań rezonansu magnetycznego.
11	Onkologia i hematologia dziecięca	Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej.	krótkoterminowy	Wzrost liczby wykrywanych nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania. Zwiększenie odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych. Modernizacja i rozbudowa istniejących pomieszczeń, zwiększenie liczby sal chorych i łóżek w oddziale onkologicznym i hematologicznym. Modernizacja zużytego sprzętu komputerowego. Modernizacja użytej bazy i sprzętu medycznego, doposażenie w sprzęt wysokiej klasy. Standaryzacja dokumentacji medycznej.	Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi. Liczba nowo zakupionego sprzętu.	Konieczna jest poprawa wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania i zwiększenie wyleczalności w nowotworach wieku dziecięcego. Konieczne jest zmniejszenie odsetka bliskich i odległych powikłań związanych z chorobami nowotworowymi i ich leczeniem. Należy podnieść jakość świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia. Złośliwe guzy lite i chłoniaki zbyt często rozpoznawane są w zaawansowanych stadiach. Wzrost liczby wykrywanych nowotworów we wczesnym stadium zaawansowania poprawi skuteczność stosowanych terapii. Z uwagi na eksploatację sprzętu niezbędne będzie uzupełnianie niektórych urządzeń (m.in.: aparat do MRI, z możliwością badania dzieci najmłodszych, chromatograf ciekłowy /HPLC/, kardiomonitory, pulsoksymetry, ultrasonografy, scyntygrafy) oraz zakup nowych, jak PET-MRI, PET-CT. Standaryzacja procedur medycznych i ich ujednolicenie poprawi ergonomię pracy personelu medycznego.
12	Położnictwo i ginekologia	Polepszenie opieki w zakresie leczenia schorzeń ginekologicznych.	krótkoterminowy	Doposażenie oddziałów w sprzęt endoskopowy oraz szkolenie kadry medycznej w wykonywaniu tego typu zabiegów.	Liczba wykonywanych zabiegów endoskopowych w danym roku. Liczba nowo zakupionego sprzętu do zabiegów endoskopowych.	Zabiegi endoskopowe dają szansę na szybszy powrót do zdrowia pacjentki oraz powrót do aktywności zawodowej.
13	Radioterapia	Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii.	długoterminowy	Systematyczne zakupy nowych akceleratorów w liczbie adekwatnej do wytycznych Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO) i Międzynarodowej Agencji Atomowej (IAEA).	Liczby zakupionych akceleratorów. Czas oczekiwania na realizację świadczenia w danym roku.	Radioterapia onkologiczna została uznana przez Ministra Zdrowia za priorytetową dziedzinę medycyny wynikającą z uwarunkowań epidemiologicznych. Liczba oddziałów jest w pełni wystarczająca dla zabezpieczenia potrzeb chorych na nowotwory złośliwe na terenie małopolski. Dalszy rozwój ośrodka w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym a także w Tarnowie i w Nowym Sączu pozwoli na wyrównanie pełnej dostępności chorych do najnowszych procedur. Czas oczekiwania na świadczenia

		Poprawa skuteczności radioterapii poprzez wykorzystanie najnowszych metod jej stosowania.		Systematyczna wymiana zużytych akceleratorów odpowiednio do standardów technicznych i bezpieczeństwa (średnio co 12 lat) Wdrożenie najnowocześniejszych metod radioterapii tzn. radioterapii jonowej i radioterapii protonowej i uzyskanie dla tych świadczeń źródeł finansowania.	Liczba chorych objętych nowymi metodami leczenia w danym roku.	zgodny z normami i wymaganiami międzynarodowymi. Wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe i podniesienie norm zgodnie z najnowszym raportem ESTRO wymusza zwiększenie liczby akceleratorów do 19 (minimalny wskaźnik – 1 akcelerator na 200 000 mieszkańców) wymusza zwiększenie liczby akceleratorów w Małopolsce z obecnie używanych 14 do co najmniej 16. W chwili obecnej stosowana jest na terenie województwa małopolskiego radioterapia protonowa, w ścisłej współpracy Centrum Onkologii w Krakowie i Instytutu Fizyki Jądrowej w Bronowicach; jest to jedyny ośrodek w Polsce stosujący tę najnowocześniejszą formę radioterapii. Do chwili obecnej leczono ponad 100 chorych. Istnieją pełne możliwości leczenia 250-300 chorych, ograniczeniem są jednak restrykcyjne wskazania do tego leczenia określone przez AOTM. Konieczne jest rozszerzenie wskazań do radioterapii protonowej o chorych na oponiaki mózgu, nowotwory terenu głowy i szyi oraz wybrane raki piersi, płuc, prostaty. Planowane rozpoczęcie stosowania na terenie województwa w 2016 r. radioterapii protonowej, najnowocześniejszej formy radioterapii, daje szansę na zwiększenie skuteczności leczenia onkologicznego bez konieczności leczenia zagranicznego.
14	Urologia	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.	krótkoterminowy	Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego.	Liczba zakupionego sprzętu w danym roku.	Istnieje duża rozbieżność pomiędzy wyposażeniem w instrumentarium specjalistyczne poszczególnych ośrodków, dotyczy to oddziałów w Krakowie, a zwłaszcza oddziału klinicznego w porównaniu do pozostałych.
15	Neurologia dziecięca	Poprawa skuteczności leczenia padaczki lekoopornej poprzez zwiększenie dostępności do diagnostyki.	krótkoterminowy	Modernizacja sprzętu medycznego poprzez zakup aparatu EEG i PSG.	Liczba wykonanych badań w danym roku.	Konieczna szczegółowa ocena VideoEEG/Polisomnograficzna do leczenia padaczki lekoopornej. Ustalenie wskazań do leczenia operacyjnego.
16	Otorynolaryngologia dziecięca	Poprawa skuteczności leczenia dzieci ze schorzeniami dróg oddechowych z wadami wrodzonymi	krótkoterminowy	Doposażenie oddziału Laryngologii dziecięcej w sprzęt endoskopowy i laser celem wykonywania mniej inwazyjnych zabiegów operacyjnych. Modernizacja istniejącej bazy	Liczba zakupionego sprzętu w danym roku.	Należy podnieść jakość świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.

			poprzez zwiększenie dostępności do nowoczesnego sprzętu medycznego.		sprzętowej. Doposażenie w sprzęt do wykonywania polisomnografii u dzieci.		Konieczna jest poprawa diagnostyki leczenia bezdechów sennych u dzieci.
13. Poprawa kompleksowej, wszechstronnej i ciągłej podstawowej opieki zdrowotnej, świadczonej przez wybranego lekarza, niezależnie od wieku pacjenta i rodzaju problemu zdrowotnego	1	Medycyna rodzinna	Poprawa jakości podstawowej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem holistycznego podejścia do problemów pacjenta	długoterminowy	Rozwój pracy zespołowej w POZ Zwiększenie koordynacji świadczeń medycznych Wdrażanie zewnętrznych metod monitorowania jakości POZ Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarzy POZ	Liczba praktyk/podmiotów, które uzyskały akredytację/certyfikat jakości w programie CMJ w danym roku	Na początku 2018 roku weszła w życie USTAWA z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Określa ona cele i organizację POZ. Duży nacisk, w tym akcie prawnym, położono na zagadnienia koordynacji świadczeń, pracy zespołowej, poprawy jakości opieki, kwalifikacji personelu, nowych metod opłacania świadczeń. Zasadne jest uwzględnienie tych zagadnień i podejmowanie działań na terenie województwa w celu zapewnienia obywatelom dostępnej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki podstawowej. Liczba badań wykonywanych przez lekarzy POZ (zarówno jako badanie zlecane jak i jako badanie wykonywane przez lekarza przy pacjencie jest znikoma w stosunku do potrzeb zdrowotnych. Zwraca na to uwagę NIK w ocenie stanu diagnostyki laboratoryjnej w Polsce (NIK, Informacja o wynikach kontroli: Dostępność diagnostyki laboratoryjnej KZD.430.001.2017.
Dla priorytetu nr 13 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa małopolskiego na lata 2014-2020 i na kolejne perspektywy finansowania .							

	<p>Dziedziny wskazane przez konsultantów wojewódzkich z terenu województwa małopolskiego, poza dziedzinami priorytetowymi oraz wymienionymi w Mapie Potrzeb Zdrowotnych lecznictwa szpitalnego na lata 2019-2021.</p>	<p>w sytuacji braków kadrowych.</p> <p>Zwiększenie liczby lekarzy w dziedzinach wskazanych przez konsultantów.</p> <p>Zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych.</p>	<p>krótkoterminowy</p> <p>długoterminowy</p> <p>długoterminowy</p>	<p>Dodatkowe zatrudnienie sekretarek medycznych, na które zostaną przeniesione ze specjalistów obowiązki dotyczące sprawozdawczości związane z finansowaniem świadczeń medycznych oraz statystykami.</p> <p>Promocja zawodu pielęgniarki i położnej wśród młodzieży szkolnej.</p>	<p>Liczba zatrudnionych sekretarek medycznych.</p> <p>Liczba pielęgniarek i położnych .</p>	<p>Neuropatologia, Otorynolaryngologia dziecięca, Pediatria metaboliczna, Perinatologia, Seksuologia, Toksykologia kliniczna oraz Urologia dziecięca.</p> <p>Mediana wieku lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w województwie wyniosła 47 lat. W przypadku specjalistów wykonujących zawód było to 52 lata. Liczba lekarzy i lekarzy dentyistów powyżej 65. roku życia, którzy wykonują zawód wyniosła 2 tys., co stanowi 11,11% wszystkich lekarzy wykonujących zawód w województwie. Natomiast liczba lekarzy i lekarzy dentyistów specjalistów powyżej 65. roku życia, którzy wykonują zawód wyniosła 1 tys., co stanowi 14,23% wszystkich lekarzy specjalistów wykonujących zawód w województwie.</p> <p>Wg konsultantów wojewódzkich liczba lekarzy specjalistów w wymienionych przez nich dziedzinach medycyny (poza dziedzinami priorytetowymi oraz wymienionymi w Mapie Potrzeb zdrowotnych) jest wysoce niewystarczająca w stosunku do potrzeb systemu tj. Neurologia, Okulistyka, Otorynolaryngologia, Położnictwo i ginekologia, Protetyka stomatologiczna, Gastroenterologia.</p> <p>Wg Mapy potrzeb lecznictwa szpitalnego w 2016 roku na terenie województwa małopolskiego było 23,39 tys. pielęgniarek i położnych wykonujących zawód, z czego 20,34 tys. pielęgniarek i 3,25 tys. położnych. Liczba wykonujących zawód pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. populacji wyniosła 602 osób, zaś liczba położnych wykonujących zawód w przeliczeniu na 100 tys. kobiet w wieku rozrodczym wyniosła 190 osób. Mediana wieku pielęgniarek wykonujących zawód w województwie małopolskim wynosi 47 lat. Liczba pielęgniarek wykonujących zawód powyżej 50. roku życia wynosi 8 tys., co stanowi 37,59% pielęgniarek wykonujących zawód w województwie. Natomiast liczba pielęgniarek wykonujących zawód powyżej 60. roku życia wynosi 1 tys., co stanowi 6,77% pielęgniarek wykonujących zawód w województwie.</p>
--	---	--	--	---	---	--

			<p>Zwiększenie liczby farmaceutów zatrudnionych w szpitalach posiadających więcej niż 100 łóżek.</p>	<p>długoterminowy</p>	<p>Modernizacja aptek szpitalnych i dostosowanie ich do współczesnych wymogów, co podniesie prestiż pracy w aptece szpitalnej.</p>	<p>Liczba farmaceutów zatrudnionych w aptekach w szpitalach.</p>	<p>Mediana wieku położnych wykonujących zawód w województwie wynosi 48. Liczba położnych wykonujących zawód powyżej 50. roku życia wynosi 1 tys., co stanowi 38,14% położnych w województwie. Natomiast liczba położnych wykonujących zawód powyżej 60. roku życia wynosi 185, co stanowi 5,70% położnych w województwie.</p> <p>Sumaryczna liczba pielęgniarek i położnych, które nabyły lub nabydą w latach 2016-2022 uprawnienia emerytalne to 6 tys. osób, co stanowi 27,01% liczby pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w województwie w 2016 roku.</p> <p>Zgodnie z raportem Sytuacji Kadrowej Farmaceutów na dzień 31.12.2016 w sektorze publicznym, wiec głównie w szpitalach, zatrudnionych jest zaledwie 4,4% (poniżej 100 osób) ogółu farmaceutów pracujących na terenie województwa. Problem zatrudnienia dotyczy głównie szpitali powiatowych gdzie często zatrudniony jest tylko 1 lub 2 mgr farmacji. Przy tak niskim współczynniku zatrudnienia Apteki szpitalne spełniają tylko jeden z powierzonych im obowiązków – zaopatrywanie szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne. Wykonywanie innych usług farmaceutycznych wyznaczonych przez Ustawę Prawo Farmaceutyczne jest bardzo często niemożliwe.</p>
--	--	--	--	-----------------------	--	--	---

