

Załącznik do Zarządzania Wojewody Małopolskiego  
z 28 lutego 2017 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie  
ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej  
województwa małopolskiego

Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie

**PRIORYTETY**  
**DLA REGIONALNEJ POLITYKI**  
**ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA**  
**MAŁOPOLSKIEGO**  
**- ocena potrzeb zdrowotnych**

na okres

od 30 czerwca 2016 do 31 grudnia 2018r.

(aktualizacja priorytetów w związku z publikacją Map Potrzeb  
Zdrowotnych dla 30 grup chorób-21 lutego 2017 r.)

## WSTĘP

Opracowanie priorytetów polityki zdrowotnej województwa małopolskiego powstało na bazie danych zawartych w „Mapie potrzeb zdrowotnych lecznictwa szpitalnego dla województwa małopolskiego”, sprawozdania MZ-29 – o działalności szpitala ogólnego, sprawozdań Konsultantów wojewódzkich oraz materiału opracowanego przez Konsultantów wojewódzkich w dziedzinach lekarskich przesłanego do Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie. Ekspertka wiedza Konsultantów w tym obszarze pomogła opisać diagnozę stanu aktualnego; stanu docelowego; różnicę między stanem docelowym a aktualnym; przyczynę różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność; propozycję priorytetów zdrowotnych w danej dziedzinie; propozycję kryteriów i uzasadnienie; preferowane sposoby realizacji; proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika. Opracowanie składa się z dwóch głównych części: 1. Analiza i diagnoza oraz 2. Strategia i wdrażanie.

W części pierwszej dokumentu: Analiza i diagnoza w podrozdziale diagnoza stanu aktualnego przedstawiono w skrócie sytuację demograficzną województwa, sytuację w opiece stacjonarnej, epidemiologiczną, oraz kadrową dotyczącą lekarzy specjalistów. W części tej zawarte zostały także informacje o błędnych informacjach umieszczonych w „Mapie potrzeb zdrowotnych lecznictwa szpitalnego dla województwa małopolskiego” mówiących o braku w województwie małopolskim oddziałów: diabetologicznego, diabetologicznego dla dzieci oraz immunologii klinicznej. W podrozdziałach zawierających opis stanu docelowego, różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym, przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnych i ich istotność oparto się na celach operacyjnych i przyjętych dla ich realizacji kierunkach interwencji, określonych w krajowych ramach strategicznych „Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020”.

Główna część opracowania zawarta jest w formie tabeli w części drugiej: Strategia i wdrażanie, w podrozdziale „Priorytety zdrowotne”. W podrozdziale „Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego” umieszczono informacje Konsultantów wojewódzkich.

## SPIS TREŚCI

1. Analiza i diagnoza	
a. Diagnoza stanu aktualnego.....	4
b. Stan docelowy.....	8
c. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym.....	13
d. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność.....	22
2. Strategia i wdrażanie	
a. Priorytety zdrowotne.....	27
b. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego.....	61
Spis załączników.....	67
Bibliografia.....	67

# 1. ANALIZA I DIAGNOZA

## a. Diagnoza stanu aktualnego

### Analiza demograficzna województwa małopolskiego

W 2014 roku w województwie małopolskim liczba ludności (stan na 31 grudnia) wynosiła 3 368 336 osób czyli 8,8% ludności kraju. W województwie mieszkało 1 634 266 mężczyzn co stanowi 48,5% ludności województwa i 1 734 070 kobiet tj. 51,5% ludności województwa. Pod względem liczby ludności Małopolska jest czwartym województwem w Polsce.

W 2014 r. średnia gęstość zaludnienia w Polsce wynosiła 123 osoby na km<sup>2</sup>, zaś w województwie małopolskim wyniosła 222 osoby co sytuowało Małopolskę na drugim miejscu w kraju. Województwo jest silnie zróżnicowane pod względem wartości tego wskaźnika w poszczególnych powiatach. Największym zagęszczeniem charakteryzowały się miasta na prawach powiatu: m. Kraków (2 331 osób na km<sup>2</sup>), a następnie m. Tarnów (1 539 osób), m. Nowy Sącz (1 456 osób). Oprócz miast największa gęstość zaludnienia występuje w powiatach: oświęcimskim 382 osoby na km<sup>2</sup> oraz chrzanowskim 341 osób na km<sup>2</sup>. Najmniejsze zagęszczenie na km<sup>2</sup> wystąpiło w powiatach: miechowskim (74), proszowickim (106) i dąbrowskim (112). Ludność miejska stanowiła 48,6% ogółu ludności (1 637 619 osób), a ludność wiejska 51,4% ogółu ludności (1 730 717 osób).

Populacja województwa małopolskiego jest nieco młodsza (w sensie demograficznym) niż populacja Polski ogółem. Województwo małopolskie w 2014 r. zamieszkiwało 501 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat, co stanowiło 14,9% ludności ogółem. W Polsce udział ludności w tej grupie wiekowej wynosił 15,3%. Osób do 19 r. życia było w Małopolsce ok. 720 tys. Udział osób najmłodszych wyniósł 21,4%. Ludność w wieku 20-64 lata wyniosła 2,15 mln osób, co stanowiło 63,7% ogółu populacji.

Na korzystną dynamikę zmian stanu ludności w Małopolsce pozytywnie wpływa przede wszystkim dodatni przyrost naturalny. W Małopolsce przyrost naturalny w 2014 r. wyniósł 1,4/1000 ludności i jest jednym z wyższych w Polsce.

Korzystne charakterystyki przeżycia przyczynią się do szybszego wzrostu liczby osób starszych, w tym osób sędziwych, co prowadzi do rosnącego zapotrzebowania także na specyficzne usługi zdrowotne. Liczba ludności zwiększy się do 2029 roku o 35 tys. osób (o 1,1 proc) w przeciwieństwie do ludności Polski, która zmniejszy się. Małopolska jest regionem wewnątrznie silnie zróżnicowanym ze względu na przewidywane zmiany liczby ludności w powiatach oraz przebieg starzenia się ludności. Choć proces starzenia się ludności będzie przebiegać nieco wolniej niż w skali kraju, zapotrzebowanie na usługi zdrowotne będzie rosło, w tym na usługi dla coraz liczniejszej grupy osób sędziwych.

### Stacjonarna opieka zdrowotna

W Małopolsce wg stanu na 31 grudnia 2014 r. działalność leczniczą w zakresie opieki stacjonarnej prowadziły szpitale oraz zakłady opieki długoterminowej:

szpitale publiczne - 39 w tym: zakłady ogólne - 37, zakłady psychiatryczne - 2;

szpitale niepubliczne - 49, w tym zakłady ogólne - 46, zakłady psychiatryczne - 3;

opieka długoterminowa publiczna i niepubliczna - 57 komórek organizacyjnych.

Dla 39 szpitali publicznych podmiotem tworzącym są: województwo - 13, powiat - 19, publiczna uczelnia medyczna - 3, MON - 2, Rada Ministrów - 2.

Na koniec 2014 roku wg sprawozdawczości MZ-29 w Małopolsce w zakładach publicznej i niepublicznej opieki stacjonarnej funkcjonowało łącznie 19 196 łóżek w tym: w szpitalach ogólnych - 14 797, w szpitalach psychiatrycznych 1 161, opiece długoterminowej - 3 238.

W odniesieniu do 2013 r., łączna liczba łóżek wzrosła o 1%, (spadek obserwujemy w szpitalach ogólnych o 0,4% , natomiast wzrost w szpitalach psychiatrycznych o 2,9% i w opiece długoterminowej o 7,1%). Porównując liczbę łóżek w latach 2014 i 2015 nadal odnotowujemy tendencję wzrostu ogólnej liczby łóżek w opiece stacjonarnej do 19 313 tj. o 0,6% (w szpitalach ogólnych nastąpił spadek o 0,4%, w szpitalach psychiatrycznych wzrost o 0,4% i wzrost w opiece długoterminowej o 4,9%).

W 2014 r. w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności województwa małopolskiego przypadało 43,9 łóżek, średni okres pobytu pacjenta w szpitalu wynosił 6,3 dni a na 1 łóżko w szpitalach ogólnych przypadało 40,5 leczonych. W publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych w 2014 r. było 278 stołów operacyjnych, na których wykonano 188 090 zabiegów w trybie stacjonarnym i dziennym tj. 677 zabiegów na 1 stół.

Na terenie województwa małopolskiego w podmiotach prowadzących stacjonarną działalność leczniczą na dzień 31 grudnia 2014 r. znajdował się następujący sprzęt będący własnością jednostki: akceleratory liniowe – według mapy potrzeb 15 szt. (według sprawozdania MZ-29 za 2014 r. – 12 szt.); pozytonowy tomograf PET-CT - 2szt.; analizatory biochemiczne wieloparametrowe - 76 szt.; aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową – 20 szt.; aparaty RTG z torem wizyjnym według mapy potrzeb – 91 szt. (według sprawozdania MZ-29 - 90 szt.); echokardiografy - 124 szt.; gammakamery - 8 szt.; litotryptor według mapy potrzeb – 11 szt.(według sprawozdania MZ-29 – 10 szt.); mammografy - 21szt.; urządzenia rezonansu magnetycznego -11 szt., tomografy komputerowe - 43 szt.; urządzenia angiograficzne - 27szt.; brak jest aparatów do naświetleń.

## Chorobowość szpitalna

W województwie współczynnik chorobowości szpitalnej wyniósł 11 121 osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności. Był to najniższy wynik w kraju. Po standaryzacji wartość współczynnika wzrosła (wynosiła 12 448 osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności). Również pozycja województwa uległa zmianie. Był to 9 najwyższy wynik w kraju. Należy więc przypuszczać, że struktura wieku i płci dobrze tłumaczy różnice w chorobowości i hospitalizacjach.

Dla 6 specjalności komórek organizacyjnych (oddziałów) występujących w województwie małopolskim wartość standaryzowanego współczynnika chorobowości szpitalnej była najwyższa wśród oddziałów tych specjalności w kraju. Dotyczyło to oddziałów: chorób metabolicznych, endokrynologicznego dla dzieci, immunologii klinicznej dla dzieci, chorób płuc dla dzieci, okulistycznego dla dzieci, urologicznego dla dzieci. Dla 1 specjalności komórek organizacyjnych (oddziałów) występujących w województwie małopolskim wartość standaryzowanego współczynnika chorobowości szpitalnej była najniższa wśród oddziałów tych specjalności w całym kraju. Dotyczyło to oddziału neurochirurgicznego.

## Kadry medyczne

Sytuacja polskich pacjentów pogarsza się ponieważ lekarzy w Polsce ubywa lawinowo. Lekarzy w Polsce jest najmniej w Unii Europejskiej, a pracują niemal najdłużej. Po przystąpieniu Polski do UE z racji otwarcia wspólnego rynku pracy część lekarzy i dentystów migruje. Według OECD przeciętny polski lekarz odbywa w ciągu roku ponad 3 tys. konsultacji z pacjentami - to trzeci wynik w Europie. Średnia europejska to ok. 2 tys. konsultacji. Najbardziej brakuje wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej w wysokospecjalistycznych placówkach medycznych. W Polsce w przeliczeniu

na 100 tys. mieszkańców jest mniej niż 5 pielęgniarek. W Niemczech jest 11 pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców. Zbyt mało specjalistów jest jedną z przyczyn długiego czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyczne. Dotyczy to zarówno kosztownych świadczeń specjalistycznych jak i znacznie tańszych badań podstawowych.

W bazie Naczelnej Izby Lekarskiej w 2014 r. w województwie małopolskim zarejestrowanych było 14 052 lekarzy specjalistów. Wśród specjalistów najliczniejszą grupę stanowią specjaliści chorób wewnętrznych, pediatrii, i medycyny rodzinnej, natomiast z 13 analizowanych dziedzin medycyny liczba specjalistów w województwie wynosi poniżej 20. Wśród nich znajduje się onkologia i hematologia dziecięca, którą włączono w poczet dziedzin priorytetowych. Na terenie województwa w 22 z analizowanych specjalizacji wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosi mniej niż 1.

W województwie małopolskim w porównaniu do innych województw najniższą wartość wskaźnika liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności osiągnęły neonatologia i chirurgia naczyniowa. W 2014 r. w województwie małopolskim wśród specjalistów mediana wieku wynosiła 54 lata, czyli tyle samo co mediana wieku w Polsce. Wśród analizowanych dziedzin istnieje konieczność szybkiego "odmłodzenia" kadry z zakresu zdrowia publicznego, stomatologii dziecięcej, protetyki stomatologicznej, seksuologii, mikrobiologii lekarskiej, medycyny pracy, medycyny lotniczej, farmakologii klinicznej, epidemiologii, diagnostyki laboratoryjnej oraz balneologii i medycyny fizykalnej. Spośród tych specjalizacji, najmniej liczną grupę (relatywnie do liczby ludności) względem innych województw stanowią epidemiolodzy i specjaliści zdrowia publicznego. Z kolei, dziedziny takie jak neonatologia i transfuzjologia kliniczna również stanowią najmniej liczne grupy (relatywnie do liczby ludności) względem innych województw.

Wśród dziedzin z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym są dziedziny priorytetowe: neonatologia i stomatologia dziecięca. Niedobór w zakresie lekarzy specjalistów zauważyć można również w dziedzinach takich jak: chirurgia naczyniowa (biorąc pod uwagę wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 100 tys. ludności w porównaniu do innych województw), lub seksuologia i mikrobiologia lekarska (biorąc pod uwagę najstarszych lekarzy w województwie).

## Zgony w województwie

W latach 2011-2013 w województwie małopolskim zanotowano ok. 91 tys. zgonów (ok. 43 tys. wśród kobiet, 47 tys. wśród mężczyzn). Najczęstsze przyczyny zgonów to: choroby układu krążenia (47,9% wszystkich zgonów, 53% u kobiet; 43,2% u mężczyzn) nowotwory złośliwe (odpowiednio: 24,8%: 22,5%; 26,9%) przyczyny zewnętrzne (odpowiednio: 5,6%; 2,9%; 8,2%) i choroby układu oddechowego (odpowiednio: 4,4%; 3,6%; 5,1%). Województwo małopolskie cechowało się ogólnym, standaryzowanym wskaźnikiem umieralności (SMR) na poziomie 0,93 co oznacza, iż po uwzględnieniu struktury wieku umieralność była niższa o 7% niż ogółem dla Polski.

Najwyższym standaryzowanym wskaźnikiem umieralności cechowały się choroby układu moczowo-płciowego. Wartość SMR na poziomie 1,14 oznacza, że standaryzowany względem wieku poziom umieralności z powodu chorób z tej grupy był o 14% wyższy niż w Polsce (1,68 - najwyższy wynik w kraju). Województwo małopolskie było piątym województwem z najwyższą wartością SMR dla chorób układu moczowo-płciowego.

Dla wszystkich pozostałych grup chorób wartości SMR były niższe niż ogółem w Polsce. Najniższą wartością SMR w województwie małopolskim cechowały się cukrzyca (0,59 - drugi najniższy w kraju) oraz nie w pełni zdiagnozowane stany chorobowe i nieznanne przyczyny zgonu (0,62 - czwarty najniższy w kraju). W powiatach województwa małopolskiego najwyższe wartości

standaryzowanego wskaźnika umieralności notowano: ogółem w powiatach miechowskim (1,8), proszowickim (1,05), suskim (1,05), chrzanowskim (1,01), wadowickim (0,99). W przypadku chorób układu moczowo-płciowego w Nowym Sączu (1,89), powiatach: nowotarskim (1,72), limanowskim (1,67), suskim (1,64). W przypadku chorób układu krążenia w powiecie miechowskim (1,22), wadowickim (1,16) krakowskim (1,11), brzeskim (1,11).

### Uwagi dotyczące informacji zawartych w „Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa małopolskiego” dotyczące braku oddziałów w województwie.

Brak oddziału diabetologicznego – „w województwie małopolskim nie występował ani jeden oddział diabetologiczny, a największa część pacjentów z tego województwa, lecząca się na danych oddziałach, wyjeżdżała do województwa mazowieckiego”. Informacja ta winna być zweryfikowana. W województwie małopolskim brak jest oddziału o podanym kodzie resortowym 4020, ponieważ świadczenia dla pacjentów udzielane są na oddziale chorób metabolicznych. Pacjenci, dorośli chorzy z cukrzycą korzystają z około 1500 hospitalizacji specjalistycznych na terenie własnego województwa w Klinice Chorób Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Klinika Chorób Metabolicznych realizuje największy szpitalny kontrakt diabetologiczny w kraju (54 260 pkt., około 10% kontraktacji szpitalnej z diabetologią w Polsce).

Brak oddziału diabetologicznego dla dzieci – „100% hospitalizacji realizowanych jest poza województwem, a 7 pacjentów z tego województwa leczonych było w województwie mazowieckim”. W Krakowie działa od 1984 roku Klinika Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Katedry Pediatrii Wydziału Lekarskiego Instytutu Pediatrii UJ CM, która jest jednym z największych w Polsce ośrodków endokrynologicznych i diabetologicznych dla dzieci (do 18 r.ż.), o najwyższym III stopniu referencyjności, w którym zatrudnionych jest 6 lekarzy ze specjalizacją z diabetologii, 2 lekarzy kończących specjalizację z diabetologii dziecięcej oraz 6 lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie. W Oddziale Kliniki hospitalizowane są wszystkie dzieci z cukrzycą z województwa małopolskiego. Jest to średnio około 400 pacjentów rocznie, w tym około 160 z nową rozpoznaną cukrzycą, u których brak hospitalizacji w każdym przypadku skutkowałby zgonem dziecka. W Poradni Cukrzycowej Kliniki w stałym leczeniu pozostaje około 1300 pacjentów z cukrzycą. W samym tylko roku 2015 w ramach realizacji kontraktu diabetologicznego hospitalizowano 385 dzieci z problemami cukrzycowymi, w tym 170 dzieci ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 1. Kilkadziesiąt hospitalizacji wykonano dla innych województw oraz dla chorych na cukrzycę dzieci z Ukrainy. Ponadto w Poradni Cukrzycowej Kliniki udzielono ponad 4 187 ambulatoryjnych porad diabetologicznych. Liczby te w ostatnich latach ulegają zwiększeniu. Z opublikowanych badań wynika, że częstość cukrzycy typu 1 zwiększyła się w Małopolsce w ostatnim 25-leciu prawie 5-krotnie, średni wiek zachorowania pacjentów obniżył się do 4-8 lat, a około 25% pacjentów ze świeżo rozpoznaną cukrzycą przyjmowanych jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Działają w nim zespoły diabetologiczne składające się z diabetologa, pielęgniarki diabetologicznej oraz dietetyczki diabetologicznej. Stosowane są najnowocześniejsze metody leczenia, ok. 70% pacjentów leczonych jest w ramach kontraktu z NFZ „Leczenie Cukrzycy z Zastosowaniem Pompy Insulinowej”.

Brak oddziału immunologii klinicznej – informacja winna być zweryfikowana. W ramach Szpitala Uniwersyteckiego działa Oddział Kliniczny Alergii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego (36 łóżek) realizujący duży kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu immunologii klinicznej dorosłych. Oddział w pełni pokrywa zapotrzebowanie na hospitalizacje oraz usługi ambulatoryjne w ramach województwa małopolskiego.

Szczegółowa diagnoza stanu aktualnego dotyczącego działalności oddziałów szpitalnych oparta na danych z Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa dla województwa małopolskiego oraz danych ze sprawozdania MZ-29 za rok 2014 zawarta jest w **załączniku nr 1**.

Szczegółowa analiza stanu aktualnego opracowana na podstawie danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia stan na 30 kwietnia 2016 r. zawarta jest w **załączniku nr 2**.

## **b. Stan docelowy**

Impulsem do zmiany w służbie zdrowia są prognozy demograficzne. „Do 2035 r. populacja Polski spadnie o 5,5% a popyt na świadczenia wzrośnie o 9,4%.”<sup>1</sup> Większość wskaźników dotyczących stanu zdrowia Polaków jest znacznie gorsza od średnich w UE. Polacy nie tylko żyją krócej, ale żyją krócej w dobrym zdrowiu.

Efektywność szpitalnictwa (rozumiana m. in. jako wykorzystanie łóżek, średni czas pobytu w oddziale, liczba pacjentów na 1 łóżko) w województwie małopolskim poprawia się ale mimo to konieczne jest zwiększenie obłożenia łóżek w szpitalach wykonujących kompleksowe zabiegi. Należy zmniejszać udział wydatków na opiekę stacjonarną w wyniku przesunięcia mniej poważnych przypadków do bardziej efektywnej kosztowo opieki ambulatoryjnej. Ciężar leczenia pacjentów powinien zostać przesunięty w kierunku specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej. W województwie małopolskim podobnie jak w całej Polsce jest zbyt dużo hospitalizacji. W wielu przypadkach pacjenci mogliby być leczeni w ramach POZ lub ambulatoryjnie. Należy zwiększyć liczbę poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki pooperacyjnej świadczonej w trybie ambulatoryjnym. Należy także rozważyć potrzebę zweryfikowania obecnej liczby łóżek na oddziałach (np. chirurgicznych) o słabej wydajności lub w miejscach gdzie nagromadzenie oddziałów jest zbyt duże w stosunku do potrzeb.

Dostępność sprzętu medycznego w szpitalach jest różna w zależności od rodzajów urządzeń, natomiast proces komputeryzacji oraz informatyzacji jest nadal niedostateczny. Konieczne jest innowacyjne podejście do opieki medycznej i postęp w medycynie tak aby zapewnić pacjentom dostęp do nowych technologii, nowoczesnego sprzętu i aparatury. Należy jednak uwzględnić fakt, że samo posiadanie przez oddziały szpitalne sprzętu specjalistycznego i aparatury medycznej nie przesądzi jeszcze o poprawie dostępu do świadczeń. Sprzęt specjalistyczny musi być efektywnie wykorzystywany, a do tego celu potrzebna jest wykwalifikowana kadra uprawniona do jego obsługi.

System kształcenia kadr medycznych nie gwarantuje dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych. Ponadto brak jest rozwiązań w zakresie administracyjnie warunkowanego i walidowanego finansowo wymogu szkolenia lekarzy w celu podnoszenia ich kwalifikacji, w tym w zakresie nowoczesnych technik medycznych i postępów medycyny.

Wnioski dotyczące wizji stanu docelowego, różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym jak również przyczyn tych różnic w systemie ochrony zdrowia województwa małopolskiego zostały sformułowane w oparciu o „Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa małopolskiego” oraz wzbogacone o wiedzę z innych źródeł, w szczególności wiedzę ekspercką Konsultantów wojewódzkich będących członkami Małopolskiej Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych.



## **1. Wdrożenie nowych programów ochrony zdrowia oraz zwiększenie skuteczności istniejących programów, w tym działań profilaktycznych, rehabilitacyjnych i edukacyjnych.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 1.1 rozszerzenia zakresu tematycznego oraz poziomu finansowania działań profilaktycznych, służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych umożliwiających wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych stanowiących główne problemy epidemiologiczne w województwie (*choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego i moczowo - płciowego*),
- 1.2 zwiększenia skuteczności wieloletnich programów przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego,
- 1.3 wdrożenia w województwie badań przesiewowych, obejmujących całą populację o największym ryzyku, w kierunku wczesnej wykrywalności raka płuca prowadzonych metodą nisko dawkowej tomografii komputerowej,
- 1.4 zwiększenia liczby programów prewencyjnych zapobiegania urazom oraz leczenia ich skutków ukierunkowanych w szczególności na dzieci,
- 1.5 zwiększenia liczby programów ukierunkowanych na opiekę zdrowotną nad kobietą w ciąży, w okresie połogu oraz programów związanych z opieką nad noworodkiem i dzieckiem do 3 roku życia,
- 1.6 wdrożenia programów badań przesiewowych wykrywania chorób rzadkich oraz wdrożenia nowych programów diagnostyki i leczenia z oceną jakości i efektywności tych schorzeń,
- 1.7 wprowadzenia systemu długookresowego monitorowania efektów programów z obszaru zdrowia publicznego oraz z zakresu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych,
- 1.8 wprowadzenia systemowego charakteru działań profilaktycznych podejmowanych przez samorządy i spójności merytorycznej oraz organizacyjnej z programami realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 1.9 koncentracji na działaniach profilaktycznych zorientowanych na ograniczanie naruszeń stanu zdrowia warunkujących pozostawanie bez pracy, czyli grupach chorób będących najczęstszymi przyczynami orzekania o niezdolności do pracy (*choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno – stawowego i mięśniowego, urazy kości, stawów i tkanek miękkich oraz choroby neurologiczne*).

## **2. Rozszerzenie zakresu działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na diagnostykę i medycynę naprawczą w dziedzinie chorób układu krążenia, nowotworowych oraz przewlekłych chorób układu oddechowego oraz kostno – stawowego i mięśniowego.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 2.1 zwiększenia dostępności do szpitalnych, w tym wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, z zakresu kardiologii, angiologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii szczękowo – twarzowej, hematologii, onkologii, ginekologii, urologii, przewlekłych chorób układu oddechowego, otolaryngologii, chirurgii urazowo – ortopedycznej, reumatologii,
- 2.2 równomiernego rozmieszczenia na obszarze województwa oddziałów szpitalnych wykonujących świadczenia zdrowotne (*angiologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, hematologia, onkologia, otolaryngologia, reumatologia*),

- 2.3 podwyższenia jakości usług zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, chorób płuc (chorych na astmę, gruźlicę, mukowiscydozę),
- 2.4 zwiększenia kontraktów na wysokospecjalistyczne zabiegi kompleksowe i procedury hybrydowe w szczególności z zakresie kardiologii, angiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej,
- 2.5 stworzenia oddziałów chemioterapii w trybie dziennym,
- 2.6 utworzenia referencyjnego regionalnego ośrodka leczenia wentylacyjnego
- 2.7 stworzenia ośrodka wykonującego kompleksowe zabiegi chirurgiczne w obrębie pola trzustkowo-dwunastniczego,
- 2.8 zwiększenia dostępu do diagnostyki: endoskopowej ultrasonografii, endoskopii dwubalonowej, enterografii rezonansu magnetycznego, kolonoskopii,
- 2.9 utworzenia oddziału chorych na astmę ciężką,
- 2.10 zwiększenia efektywności oraz integracji leczenia szpitalnego z ambulatoryjną specjalistyczną opieką zdrowotną w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz zmniejszenia kosztów leczenia
- 2.11 podniesienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości i efektywności leczenia szpitalnego w szczególności w zakresie wczesnej diagnostyki chorób cywilizacyjnych,

**3. Rozszerzenie zakresu działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na profilaktykę, diagnostykę i leczenie negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 3.1 stworzenia kompleksowego zaopatrywania chorych z urazami części twarzowej czaszki i innymi współistniejącymi obrażeniami w ramach centrów urazowych
- 3.2 koncentracji usług medycznych w dobrze wyposażonych placówkach dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą specjalistyczną,
- 3.3 stworzenia centrów urazowych dla dzieci które zaspokajałyby wzrastające w tym zakresie potrzeby zdrowotne,
- 3.4 utworzenia „ostrego dyżuru replantacyjnego” na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, w celu skutecznego i szybkiego leczenia chirurgicznego oraz zmniejszenia następstw urazów,
- 3.5 otwarcia Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej zwiększenia bazy łóżkowej w dziedzinie chirurgii plastycznej,

**4. Rozszerzenie zakresu działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i z zaburzeniami zachowania kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 4.1. utworzenia sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego w celu kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, łączącej profilaktykę, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 4.2. włączenia w tworzone centra zdrowia psychicznego elementów rehabilitacyjnych,

**5. Rozszerzenie zakresu działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na profilaktykę, diagnostykę i leczenie innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych w szczególności w ramach okulistyki, diabetologii, neurochirurgii.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 5.1. utworzenia specjalistycznej Izby Przyjęć lub SOR zabezpieczających całodobowe zapotrzebowanie na świadczenia okulistyczne w sytuacjach nagłych,
- 5.2. zwiększenia dostępu do leków nowej generacji dla pacjentów diabetologicznych, dostępu do osobistych pomp insulinowych oraz elektrod do ciągłego monitorowania glikemii,
- 5.3. integracji leczenia szpitalnego z ambulatoryjną opieką specjalistyczną świadczoną w gabinetach stopy cukrzycowej,
- 5.4. zwiększenia dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń neurochirurgicznych, w tym zabiegów kompleksowych w przypadkach schorzeń onkologicznych i wad naczyniowych mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo-mózgowych,
- 5.5. zapewnienia koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach, lub dla przewlekłej respiratoroterapii dla pacjentów po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych,
- 5.6. stworzenia regionalnego ośrodka terapii endowaskularnej ostrego udaru mózgu w oparciu o już funkcjonującą strukturę organizacyjną - Centrum Terapii Interwencyjnych Ostrego Udaru Mózgu (CITO)

**6. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 6.1. poprawy dostępności do świadczeń szpitalnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, pediatrii, urologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej,
- 6.2. zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w zakresie świadczeń szpitalnych z chirurgii dziecięcej-utworzenie ośrodka chirurgii bariatrycznej
- 6.3. spadku odsetka cięć cesarskich w województwie,
- 6.4. dalszego spadku wskaźników umieralności okołoporodowej,
- 6.5. wzrostu liczby porodów w znieczuleniu zewnątrzoponowym,
- 6.6. wzrostu wykrywalności wad wrodzonych u dzieci przez kontynuowanie programu badań prenatalnych
- 6.7. utworzenia centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt,
- 6.8. utworzenia poradni laktacyjnych i banków pokarmu naturalnego,
- 6.9. utworzenia przyszpitalnych specjalistycznych poradni w dziedzinie „pediatria ogólna”,
- 6.10. zwiększenia liczby stanowisk na oddziałach pediatrycznych o typie „matka z dzieckiem”
- 6.11. utworzenia oddziału okulistyki dziecięcej, oddziału opieki paliatywnej dla dzieci oraz oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży,
- 6.12. zwiększenia liczby łóżek w oddziale urologii dziecięcej,
- 6.13. rozwoju ośrodków położniczych na II stopniu referencyjności zaspokajających wysokospecjalistyczną opiekę nad kobietą w ciąży zwłaszcza patologicznej oraz z chorobą nowotworową,
- 6.14. podjęcia działań wspierających kształcenie kadry pielęgniarskiej oraz działań promocyjnych zachęcających do pracy w oddziałach pediatrycznych,

- 6.15. poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pediatrycznej (dotyczy różnych specjalności w tym gastroenterologii dziecięcej),
- 6.16. wzmocnienie roli pielęgniarstwa rodzinnego.

## **7. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawę dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 7.1. poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu chirurgii, geriatricy, neurologii,
- 7.2. zwiększenia liczby łóżek w zakładach długoterminowej opieki medycznej
- 7.3. zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych poprzez reorganizację oddziałów chorób wewnętrznych
- 7.4. zwiększenia dostępności oddziałów neurologicznych, zwiększenia liczby łóżek o 30%.
- 7.5. zwiększenia o ok.30% liczby oddziałów neurologicznych, które będą uczestniczyć w programie leczenia stwardnienia rozsianego (głównie poza Krakowem),
- 7.6. wzmocnienia istniejących już placówek hospicjów domowych dla dorosłych (wzrost nakładów, w placówkach),
- 7.7. wprowadzenia kryteriów opieki nad pacjentami opartych na aktualnej definicji opieki paliatywnej WHO oraz Europejską Akademię Opieki Paliatywnej (EAPC), zmianę załącznika zawierającego listę schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną (Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej Dz.U.2013, poz.1347)

## **8. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie rehabilitacji oraz opieki długoterminowej z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie chorób układu ruchu, układu nerwowego, układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 8.1. objęcia opieką koordynowaną z uwzględnieniem leczenia rehabilitacyjnego przedoperacyjnego i pooperacyjnego z planowanych do alloplastyki stawów, a w dalszej perspektywie wszystkich pacjentów leczonych operacyjnie z powodu chorób układu ruchu w trybie planowym,
- 8.2. objęcia opieką koordynowaną z uwzględnieniem leczenia rehabilitacyjnego pooperacyjnego i poszpitalnego pacjentów po zabiegach operacyjnych układu ruchu w trybie pilnym oraz pacjentów po leczeniu szpitalnym chorób układu ruchu, urazów, chorób układu nerwowego, oddechowego, krążenia i chorób onkologicznych w przypadkach wymagających intensywnej rehabilitacji poszpitalnej;
- 8.3. skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację poszpitalną/pooperacyjną;
- 8.4. zwiększenia dostępności do specjalistycznych form opieki długoterminowej poprzez rozwój ZOL, hospicjów domowych i stacjonarnych, domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej, opieki paliatywno-hospicyjnej.

## **9. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 9.1. tworzenia w regionie oddziałów o charakterze „*post intensive care unit*”,
- 9.2. zwiększenia odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych, w tym zabiegów hybrydowych i regeneracyjnych dotyczących schorzeń układu krążenia z udziałem wielodyscyplinarnych zespołów,
- 9.3. wyposażenia oddziałów świadczących usługi z zakresu kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej w wysokospecjalistyczny sprzęt wykorzystujący innowacyjne technologie
- 9.4. zakupu nowego angiokardiografu do pracowni hemodynamicznej
- 9.5. zakupu aparatury do badań elektrofizjologicznych i zabiegów krioablacji,
- 9.6. poprawy wyposażenia aparaturowego (np. pozytronowa tomografia komputerowa dla potrzeb diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia w tym chorób rzadkich, akcelerator),
- 9.7. wprowadzenie najnowocześniejszych metod radioterapii tzn. radioterapii jonowej i radioterapii protonowej,

## **10. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 10.1. zwiększenia liczby miejsc szkoleniowych ze względu na brak specjalistów w następujących dziedzinach: okulistyka, onkologia, onkologia i hematologia dziecięca, pediatria, położnictwo i ginekologia, radioterapia, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, gastroenterologia, epidemiologia, chirurgia plastyczna, transfuzjologia kliniczna, zdrowie publiczne, kardiologia Dziecięca, stomatologii dziecięcej, protetyki stomatologicznej;
- 10.2. zwiększenia liczby specjalistów: fizyków medycznych, techników radioterapii, pielęgniarek ze specjalizacją onkologiczną specjalistów onkologii klinicznej w onkologii i hematologii dziecięcej powinien nastąpić wzrost liczby personelu pielęgniarskiego, psychoonkologów, sekretarek medycznych, dokumentalistów, statystów i informatyków;
- 10.3. stałego kształcenia doskonalącego umiejętności w chirurgii onkologicznej, otolaryngologii,
- 10.4. promocji medycyny nuklearnej jako podejmowanego kierunku specjalizacji,
- 10.5. zwiększenia metodami promocji publicznej atrakcyjności pracy w dziedzinach deficytowych gdzie brakuje specjalistów, celem przyciągnięcia młodej kadry zawodowej do regionu,
- 10.6. optymalizacji wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionego personelu w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii poprzez zmianę systemu pracy części lekarzy specjalistów w obszarze intensywnej terapii z „obecność na oddziale” na „dostępność w określonym czasie” zwłaszcza w odniesieniu do oddziałów wielostanowiskowych,
- 10.7. zachęcenia lekarzy specjalistów np. onkologii klinicznej z ościennych województw do podejmowania pracy w woj. małopolskim przez proponowanie konkurencyjnych wynagrodzeń
- 10.8. zwiększenia liczby pielęgniarek. Krótki pobyt pacjenta w wysokospecjalistycznych ośrodkach, nie wymagających długotrwałej hospitalizacji, wymusza rozwój współpracy z pielęgniarką rodzinną będącą najbliższą pacjentowi w jego miejscu zamieszkania.

### **c. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym**

Potrzeby zdrowotne definiowane zgodnie z obowiązującym przepisami jako liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które winny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa, ustalone w oparciu o rozpoznane istotne

i specyficzne dla regionu problemy zdrowotne, prognozy demograficzno – epidemiologiczne determinujące popyt na określone usługi zdrowotne oraz efektywne interwencje są podstawą do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej i alokacji zasobów, w sytuacji ich niedoborów, nadwyżki lub niewłaściwego adresowania usług zdrowotnych, których celem jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa oraz zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia.

**Niezaspokojone potrzeby zostały zidentyfikowane w następujących obszarach:**

**- profilaktyka zdrowotna, diagnostyka i medycyna naprawcza ukierunkowane na główne problemy epidemiologiczne:**

**1 Niewystarczający zakres realizowanych w województwie programów ochrony zdrowia, w tym działań profilaktycznych, rehabilitacyjnych i edukacyjnych tak w aspekcie ilościowym, jak i tematycznym połączony z niedostatecznym poziomem ich finansowania.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 1.1 nieadekwatnego do skali głównych problemów epidemiologicznych w województwie zakresu tematycznego oraz poziomu finansowania działań profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie (*wskaźniki chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego i moczowo - płciowego*),
- 1.2 niskiej skuteczności wieloletnich programów przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego, mierzonej wskaźnikami: zachorowalności, wczesnej wykrywalności, umieralności, wyleczenia (*pięcioletnich przeżyć*), zgłaszalności na badania,
- 1.3 braku realizacji w województwie badań przesiewowych w kierunku wczesnej wykrywalności raka płuca prowadzonych metodą niskodawkowej tomografii komputerowej,
- 1.4 nieadekwatnego do potrzeb zakresu szeroko pojętych programów prewencyjnych ukierunkowanych na zapobieganie urazom, skuteczną reakcją służb ratowniczych oraz leczenie skutków urazów w szczególności u dzieci,
- 1.5 nieadekwatnej do potrzeb liczby programów profilaktycznych i edukacyjnych ukierunkowanych na opiekę zdrowotną nad kobietą w ciąży, w okresie połogu, noworodkiem oraz dzieckiem w szczególności w wieku do lat 3,
- 1.6 braku odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów z obszaru zdrowia publicznego,
- 1.7 brak programów przesiewowych wykrywania chorób rzadkich oraz nowych programów diagnostyki i leczenia z oceną jakości i efektywności tych schorzeń,
- 1.8 braku systemowego charakteru działań profilaktycznych podejmowanych przez samorządy i ich spójności merytorycznej oraz organizacyjnej z programami realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 1.9 nieadekwatnej do skali problemów koncentracji na działaniach profilaktycznych ukierunkowanych na redukcję czynników generujących pozostawanie bez pracy z powodu chorób będących najczęstszymi przyczynami orzekania o niezdolności do pracy i bierności zawodowej (*choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno – stawowego i mięśniowego, urazy kości, stawów i tkanek miękkich oraz choroby neurologiczne*).

**2. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na diagnostykę i leczenie chorób układu krążenia, nowotworowych, chorób układu oddechowego oraz kostno – stawowego i mięśniowego.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 2.1 nieadekwatnej do skali potrzeb wynikających ze wskaźników epidemiologicznych dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu kompleksowego leczenia chorób układu krążenia w zakresie kardiologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii szczękowo – twarzowej, onkologii, hematologii, ginekologii, urologii, przewlekłych chorób układu oddechowego, otolaryngologii, chirurgii urazowo – ortopedycznej, reumatologii (długi okres oczekiwania na ich realizację),
  - 2.2 nierównomiernego rozmieszczenia na obszarze województwa i koncentracji w metropolii krakowskiej oddziałów szpitalnych wykonujących świadczenia zdrowotne, w tym wysokospecjalistyczne w dziedzinie chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, hematologii, onkologii (*w szczególności w trybie dziennym*), otolaryngologii, reumatologii,
  - 2.3 nieprzystającego do wymagań standardów współczesnej medycyny zapewnienia kompleksowego, w tym zespołowego wielospecjalistycznego i interdyscyplinarnego leczenia i kompleksowej opieki nad pacjentami w szczególności kardiochirurgicznymi i kardiologicznymi (*brak systemowych rozwiązań w zakresie organizacji współpracy wielospecjalistycznej*) niedostatecznego rozwoju na bazie istniejącego potencjału nowych struktur lub ośrodków podnoszących jakość i efektywność leczenia i odpowiadających na nowe potrzeby i standardy jakościowe zaspokajania potrzeb zdrowotnych w zakresie świadczeń szpitalnych z: *chirurgii ogólnej* – brak ośrodka zajmującego się problematyką schorzeń pola trzustkowo – dwunastniczego, *chirurgii szczękowo – twarzowej* – zasadność utworzenia nowej kliniki chirurgii szczękowo-twarzowej ze względu na wzrost zachorowań na raka jamy ustnej, *chirurgii onkologicznej* – brak wysokospecjalistycznego oddziału, który przejąłby najtrudniejsze operacje onkologiczne przeprowadzane aktualnie poza województwem, *onkologii* – niedostateczna liczba oddziałów chemioterapii w trybie dziennym, urologii – niedostateczna liczba oddziałów
  - 2.4 nieadekwatnej do celów leczenia i jego efektywności, w tym ekonomicznej, integracji leczenia szpitalnego z ambulatoryjną opieką specjalistyczną w szczególności w zakresie angiologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, przewlekłych chorób płuc, reumatologii (potrzeba utworzenia ośrodków wczesnego wykrywania i leczenia zapalenia stawów),
  - 2.5 niewystarczającej do zapewnienia ciągłości i efektywności leczenia szpitalnego roli podstawowej opieki zdrowotnej w regionalnym systemie ochrony zdrowia w szczególności w zakresie wczesnej diagnostyki chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworowych, układu krążenia i oddechowego itp.,
  - 2.6 niedostatecznego związku liczby i struktury kontraktowanych świadczeń szpitalnych, w tym uwzględniających wysokospecjalistyczne zabiegi kompleksowe i procedury hybrydowe z potrzebami zdrowotnymi lokalnej populacji, w szczególności w zakresie chirurgii naczyniowej, kardiochirurgii, kardiologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, hematologii, okulistyki, chirurgii urazowo – ortopedycznej, urologii, otolaryngologii, chirurgii plastycznej.
- 3. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 3.1. centrów urazowych dla dzieci zaspokajających wzrastające w tym zakresie potrzeby zdrowotne co nie sprzyja, podniesieniu jakości i skuteczności leczenia chirurgicznego (trzeci najwyższy standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej w Polsce),
  - 3.2. braku w opinii konsultanta wojewódzkiego oferty świadczenia zdrowotnego „ostrego dyżuru replantacyjnego” na oddziałach chirurgii urazowo – ortopedycznej, co nie sprzyja skuteczności leczenia chirurgicznego i zmniejszeniu następstw urazów, w tym finansowych (renty),
  - 3.3. nieadekwatnej do potrzeb wynikających ze wzrastającej liczby urazów możliwości zaspokajania dostępności do kompleksowych świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo – twarzowej i plastycznej, leczenia rekonstrukcyjnego w wysokospecjalistycznych oddziałach szpitalnych, w tym centrach urazowych, co nie sprzyja skuteczności leczenia chirurgicznego.
- 4. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 4.1 braku w opinii konsultanta wojewódzkiego systemowych podstaw do tworzenia i rozwoju kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej łączącej długofalową profilaktykę, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania,
  - 4.2 rozproszonego, nierównomiernie rozmieszczonego na obszarze województwa i niedostatecznego w stosunku do potrzeb dostępu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego.
- 5. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na diagnostykę i leczenie innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych, szczególnie w ramach diabetologii, okulistyki i neurochirurgii.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 5.1 ograniczonego dostępu pacjentów diabetologicznych do leków nowej generacji, osobistych pomp insulinowych oraz elektrod do ciągłego monitorowania glikemii co nie sprzyja podnoszeniu jakości i efektywności leczenia,
- 5.2 nieadekwatnej do celów leczenia i jego efektywności, w tym ekonomicznej integracji leczenia szpitalnego z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, w tym świadczoną w ramach gabinetów stopy cukrzycowej, ukierunkowaną na profilaktykę, diagnostykę i leczenie pacjenta diabetologicznego,
- 5.3 niedostosowanej do liczby i struktury potrzeb zdrowotnych pacjentów okulistycznych (aktualnych i prognozowanych) organizacji i efektywności funkcjonujących aktualnie oddziałów szpitalnych, w tym w zakresie leczenia dzieci oraz wykonywania świadczeń zabiegowych,
- 5.4 braku specjalistycznej Izby Przyjęć lub SOR zabezpieczającej całodobowe zapotrzebowanie na świadczenia okulistyczne w sytuacjach nagłych,
- 5.5 ograniczonej dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń neurochirurgicznych, w tym zabiegów kompleksowych w przypadkach schorzeń onkologicznych i wad naczyń mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo – mózgowych,



5.6 niezapewnienia adekwatnej do potrzeb koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach lub dla przewlekłej respiratoterapii dla pacjentów po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych,

## **6. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji oraz opieki długoterminowej**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 6.1. wzrostu liczby osób w wieku podeszłym wiążący się z występowaniem chorób, prowadzących do niepełnosprawności i niesamodzielności
- 6.2. niedofinansowaniem leczenia rehabilitacyjnego oraz opieki długoterminowej w skali kraju i województwa
- 6.3. rysującym się niedoborem specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz geriatrici

### **- opieka nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi**

#### **1. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia ukierunkowanych na poprawę opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem oraz nad osobami starszymi.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 1.1 nieadekwatnej do skali potrzeb wynikających ze wskaźników epidemiologicznych dostępności do zdrowotnych świadczeń szpitalnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu chirurgii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, pediatrii, urologii dziecięcej,
- 1.2 niedostatecznego rozwoju na bazie istniejącego potencjału nowych struktur lub ośrodków podnoszących jakość i efektywność leczenia i odpowiadających na nowe potrzeby i standardy jakościowe zaspokajania potrzeb zdrowotnych dzieci w zakresie świadczeń szpitalnych z: *chirurgii dziecięcej* – brak ośrodka chirurgii bariatrycznej, *neonatologii* – brak wielospecjalistycznego centrum dla noworodków i niemowląt, nieadekwatna do potrzeb liczba poradni laktacyjnych i banków pokarmu naturalnego, *pediatrii* – wg konsultanta wojewódzkiego zasadność przekształcania oddziałów pediatrycznych w oddziały o typie „matka z dzieckiem”, utworzenia oddziału opieki paliatywnej oraz oddziału toksykologicznego dla dzieci i młodzieży,
- 1.3 niedostatecznego rozwoju ośrodków położniczych na II stopniu referencyjności, zapewniających wysokospecjalistyczną opiekę nad kobietą w ciąży, w szczególności patologicznej oraz z chorobą nowotworową ułatwiających dostępność do kompleksowych badań prenatalnych i podejmowanie skutecznych interwencji leczniczych,
- 1.4 niedostosowanej do potrzeb zdrowotnych wynikających z trendów demograficznych liczby i struktury łóżek oraz oddziałów szpitalnych ukierunkowanych na leczenie osób starszych, w tym poradni leczenia wspomagającego w placówkach onkologicznych, co nie sprzyja dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrici, neurologii oraz leczenia długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego oraz holistycznemu podejściu do opieki medycznej nad osobami starszymi,
- 1.5 braku aktualnie możliwości kontraktowania szpitalnego zespołu wspierającego opiekę paliatywną i dziennego ośrodka opieki paliatywnej oraz braku wprowadzenia kryteriów opieki nad pacjentami opartych na aktualnej definicji opieki paliatywnej WHO oraz EAPC.

**- organizacja systemu opieki zdrowotnej, badania naukowe, rozwój technologiczny i innowacje w ochronie zdrowia**

**1. Niewystarczający zakres działań podejmowanych w regionalnym systemie ochrony zdrowia wspierających tworzenie i rozwój innowacyjnych rozwiązań zwiększających jego jakość i efektywność.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 1.1 niedostatecznego rozwoju ośrodków terapii endowaskularnej i poradni leczenia ran przewlekłych, co nie sprzyja wykorzystaniu innowacyjnych technik terapii wewnątrznaczyniowej,
- 1.2 niedostatecznego rozwoju sieci lokalnych ośrodków specjalizujących się w leczeniu opartym o zaawansowane technologie diabetologiczne, takie jak osobiste pompy insulinowe czy systemy ciągłego monitorowania glikemii, co nie sprzyja rozwojowi usług zdrowotnych o charakterze telemedycyny mogących obniżyć koszty leczenia i poprawić komfort terapii dla pacjenta,
- 1.3 niedostatecznego wyposażenia oddziałów wykonujących świadczenia zdrowotne z zakresu chirurgii dla dzieci w aparaty USG, sprzęt do chirurgii małoinwazyjnej, endoskopy,
- 1.4 zbyt małej liczby stanowisk intensywnej terapii wykorzystujących nowoczesne techniki terapeutyczne i oddziałów przewlekłej wentylacji zastępczej w szpitalach oraz braku referencyjnego regionalnego ośrodka leczenia wentylacyjnego,
- 1.5 mało racjonalnej organizacji i struktury oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz niedostatecznej liczby oddziałów o charakterze „*post intensive care units*” lub „*step down units*”, co nie sprzyja optymalizacji leczenia chorych po zakończonym leczeniu intensywnym
- 1.6 niespójnych standardów gromadzenia i udostępniania informacji zdrowotnej oraz dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i braku odpowiednich procedur wymiany zużytego sprzętu komputerowego w szczególności na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii,
- 1.7 nieadekwatnej do potrzeb ilości bloków operacyjnych, wymagających rozbudowy, modernizacji i/lub doposażenia w sprzęt specjalistyczny uwzględniający rozwój nowych technologii i metod operacyjnych, w szczególności na oddziałach chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, gastroenterologii, medycyny nuklearnej, położnictwa i ginekologii, radioterapii urologii,
- 1.8 nieadekwatnego do wymagań standardów bezpieczeństwa i jakości leczenia wyposażenia oddziałów świadczących usługi z zakresu kardiologii dziecięcej i radioterapii w wysokospecjalistyczny sprzęt wykorzystujący innowacyjne technologie, co nie sprzyja skuteczności leczenia. Braki dotyczą niewystarczającego wyposażenia tych oddziałów w angiokardiograf, rezonans magnetyczny z oprogramowaniem kardiologicznym, aparaturę do badań elektrofizjologicznych 3D i zabiegów karioablacji, akceleratorów, sprzętu do radioterapii jonowej i protonowej.

**- system kształcenia kadr medycznych**

**1. Niewystarczające zabezpieczenie kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych w województwie.**

Dotyczy to zwłaszcza:

- 1.1 niedostosowanej do potrzeb wynikających ze zmieniających się trendów demograficznych i epidemiologicznych liczby lekarzy specjalistów w takich dziedzinach medycyny jak: hematologia, geriatria, neurologia, okulistyka, radioterapia, chirurgia ogólna, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, onkologia, chirurgia szczękowo – twarzowa, gastroenterologia, medycyna paliatywna, położnictwo i ginekologia, onkologia i hematologia dziecięca, pediatria, kardiologia dziecięca.
- 1.2 nieadekwatnej do potrzeb liczby miejsc i jednostek szkoleniowych uprawnionych do szkolenia, w tym w ramach stażu specjalizacyjnego w większości dziedzin wymienionych w pkt 1.1 oraz ich nierównomiernej alokacji w województwie,
- 1.3 braku systemowych rozwiązań w zakresie administracyjnie warunkowanego i walidowanego finansowo wymogu szkolenia lekarzy w celu podnoszenia ich kwalifikacji, w tym w zakresie nowoczesnych technik medycznych i postępów medycyny,
- 1.4 zbyt małej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny chirurgii dziecięcej oraz niesymetrycznej ich alokacji pomiędzy rejonami i ośrodkami w województwie,
- 1.5 niewystarczającej do potrzeb wynikających ze zmieniających się trendów demograficznych i epidemiologicznych oraz zmian w metodach i standardach leczenia przez kadry specjalistów medycznych: fizyków medycznych, techników radioterapii, pielęgniarek ze specjalnością onkologiczną, psychoonkologów, sekretarek medycznych.

Obszary niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych zostały zidentyfikowane poprzez wykorzystanie listy 57 oddziałów szpitalnych funkcjonujących w województwie, odpowiadających resortowym kodom identyfikacyjnym, scharakteryzowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa małopolskiego oraz dla Polski.

Dla określenia obszarów zastosowano

1) cele operacyjne i przyjęte dla ich realizacji kierunki interwencji, określone w krajowych ramach strategicznych „Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020”, które w następnej części dokumentu określają schemat wyznaczania obszarów dla priorytetów,

2) listę rankingową oddziałów szpitalnych, scharakteryzowanych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa małopolskiego, uporządkowaną wg przyjętych kryteriów:

1. **wpływ na zdrowie** definiowany jako skala (wielkość) problemu zdrowotnego i jego **rozpowszechnienie** mierzony w oparciu o następujące mierniki: a) wskaźnik liczby pacjentów w tys. na 10 tys. ludności, b) standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej, c) miejsce oddziału w Polsce pod względem standaryzowanego współczynnika chorobowości,
2. **wpływ na zdrowie** definiowany jako **dotkliwość** problemu zdrowotnego (*rozumiana jako ryzyko powikłań lub zgonu czy stan chorobowy związany z występowaniem innych stanów chorobowych jako ich determinanta*) mierzony w oparciu o następujące mierniki: a) odsetek pacjentów ze współczynnikiem wielochorobowości =0, b) udział pacjentów w wieku 65+, c) udział pacjentów w wieku 80+,
3. **modyfikowalność** definiowana jako możliwość skutecznej interwencji i modyfikacji problemu zdrowotnego poprzez czynniki determinujące jego rozwiązywanie, mierzona w oparciu o następujące mierniki: a) odsetek pacjentów przyjętych do czasu wyznaczonego przez medianę

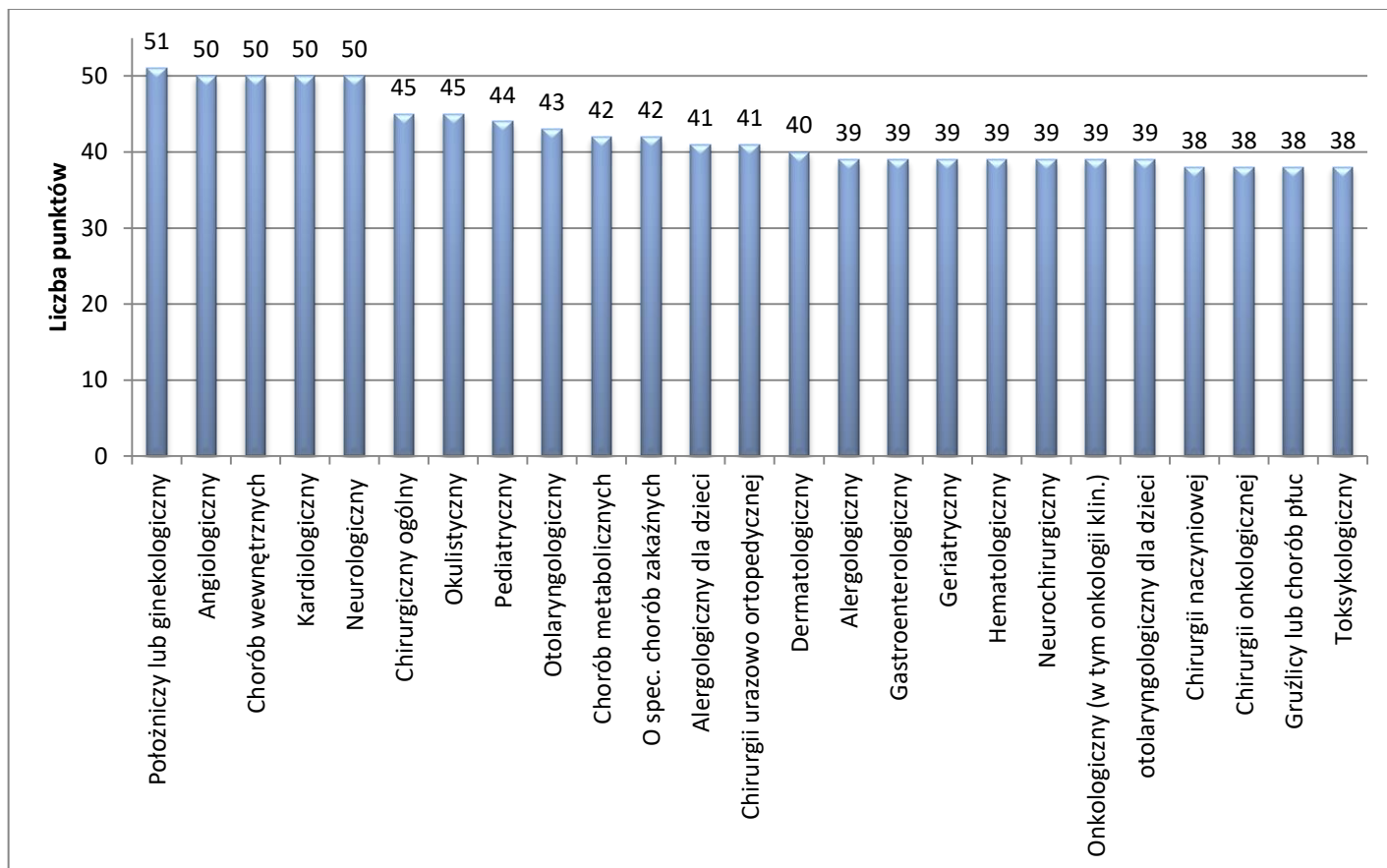
PL, b) czas w jakim realizowane jest 75% przyjęć (w dniach), c) odsetek przyjęć do 30 dnia od daty wystawienia skierowania,

4. **stopień wykonalności** w odniesieniu do istniejących zasobów definiowany jako ocena możliwości wykorzystania istniejących zasobów w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, mierzony jednym z podstawowych wskaźników wykorzystania łóżek szpitalnych w trakcie roku tzw. wskaźnikiem obłożenia.

Każdemu z kryteriów przyporządkowano skalę ocen – dwu, trzy, cztero lub pięciostopniową, adekwatnie do charakteru skalowanego parametru, której przypisano odpowiednie wartości numeryczne: 0 – 2 pkt, 0 – 3 pkt, 0 – 4 pkt, 0 – 5 pkt oraz wagi 1 – 3. Maksymalna suma punktów, którą każdy z oddziałów szpitalnych mógł uzyskać wynosiła 75, przy czym należy podkreślić, iż oddziały były reprezentowane przez różną liczbę podmiotów leczniczych (od 1 do 32), stąd uzyskana przez każdy oddział szpitalny suma punktów odzwierciedla odpowiednio punktację uzyskaną przez jeden lub więcej podmiotów leczniczych.

Najistotniejsze dla województwa małopolskiego problemy zdrowotne w których zidentyfikowano, za pomocą przyjętej powyżej metody, niezaspokojone potrzeby zdrowotne obrazuje poniższy wykres (wykres 1). Przedstawia on te oddziały szpitalne, w których stwierdzono największe nagromadzenie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych (uzyskały co najmniej 50 % możliwych do uzyskania punktów).

**Wykres 1. Oddziały szpitalne w województwie małopolskim o najwyższym poziomie niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych w 2014 r.**

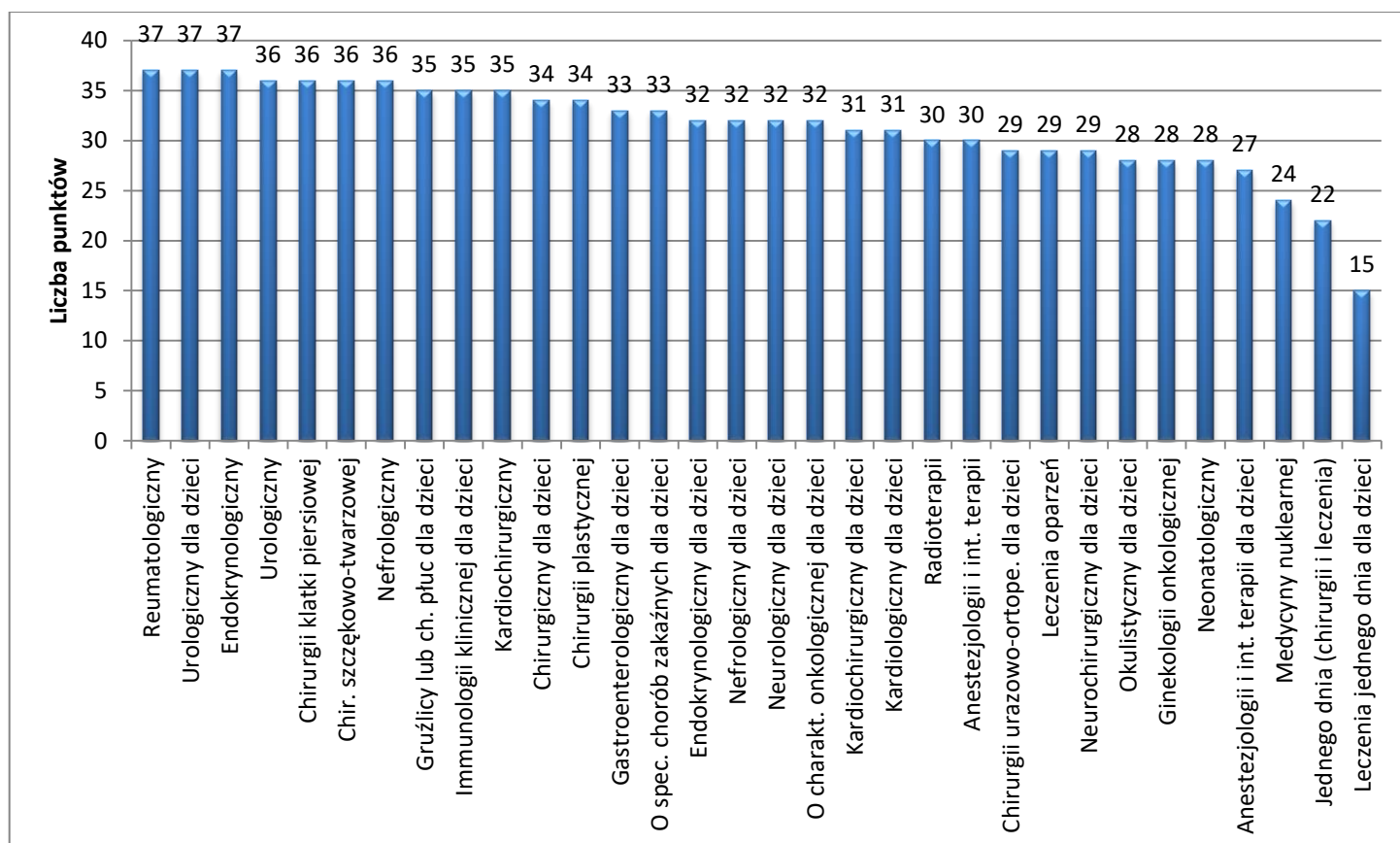


Źródło: opracowanie własne

Z analizy powyższych danych wynika, iż najwyższy stopień niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych został zidentyfikowany w 25 oddziałach szpitalnych spośród 57 funkcjonujących w 2014r. w województwie małopolskim, które zostały uwzględnione w regionalnej mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa. Oddziały te należy w pierwszej kolejności wziąć pod uwagę przy ustaleniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres od 30 czerwca 2016r. do 31 grudnia 2018r.

W pozostałych 32 oddziałach (wykres 2), które uzyskały mniej niż 50% możliwych do uzyskania punktów, stopień niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych mierzony za pomocą przyjętej metody był znacznie niższy. Skłania to do wniosku, iż ewentualne uwzględnienie tych oddziałów w priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej należy oprzeć na innych kryteriach, niż zaprezentowane powyżej, w szczególności na wiedzy eksperckiej członków Małopolskiej Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych oraz ich doświadczeniu w kreowaniu regionalnej polityki zdrowotnej.

**Wykres 2. Oddziały szpitalne w województwie małopolskim o najniższym poziomie niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych w 2014 r.**



Źródło: opracowanie własne

#### **d. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym i ich istotność**

Podstawowymi źródłami identyfikacji przyczyn różnic pomiędzy projektowanym w perspektywie do 2020 roku stanem docelowym w zakresie lecznictwa szpitalnego w województwie małopolskim, a aktualnym były:

1. wnioski sformułowane w oparciu o zaprezentowaną w krajowych ramach strategicznych „Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020 diagnozę i analizę sytuacji zdrowotnej w Polsce,
2. wnioski z analizy danych zawartych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa małopolskiego oraz w innych wiarygodnych i dostępnych źródłach, w tym corocznych sprawozdaniach wojewódzkich konsultantów w dziedzinach medycznych uwzględnionych w mapie,
3. konsultacje z członkami Małopolskiej Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych uczestniczącymi w ustalaniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, w tym odnoszące się do aktualnych zasobów (baza, kadry), stopnia ich wykorzystania, popytu na świadczenia zdrowotne, poziomu kontraktowania itp.

Stwierdzone na tej podstawie przyczyny zostały ujęte w wyszczególnionych poniżej kategoriach, z których większość została szczegółowo scharakteryzowana w poprzednim rozdziale, stąd w tej części dokumentu zostaną zaprezentowane w sposób syntetyczny:

#### **- przyczyny o charakterze demograficznym**

- ✓ zmiany w strukturze demograficznej populacji województwa – postępujące starzenie się społeczeństwa, wzrastający udział kobiet w grupie wieku powyżej 60 roku życia, wzrost współczynnika obciążenia demograficznego, co generuje wzrastający popyt na specyficzne świadczenia zdrowotne adresowane do osób starszych,
- ✓ zwiększony popyt na usługi podmiotów leczniczych w związku z narastającą wraz z wiekiem pacjentów wielochorobowością,
- ✓ duże zróżnicowanie regionu ze względu na parametry istotne dla ustalania popytu na świadczenia zdrowotne obejmujące w szczególności: liczbę ludności w powiatach (aktualną i prognozowaną), gęstość zaludnienia, przebieg procesu starzenia się ludności i wartości współczynnika płodności,
- ✓ relatywnie wyższa, od poziomu w kraju, wartość współczynnika płodności, najniższy w Polsce współczynnik zgonu niemowląt oraz zjawisko coraz późniejszego wieku, w którym kobiety podejmują decyzję o urodzeniu pierwszego dziecka, co generuje wzrastający popyt na specyficzne świadczenia zdrowotne adresowane do matki i dziecka,

#### **- przyczyny o charakterze epidemiologicznym**

- ✓ wysokie wskaźniki zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu tzw. chorób cywilizacyjnych tj. chorób układu krążenia, nowotworowych, zaburzeń psychicznych, przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego i mięśniowego, przewlekłych chorób układu oddechowego, urazów, chorób zakaźnych i zakażeń, zróżnicowane między powiatami,
- ✓ rozpowszechnienie zjawiska dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych i wysoki udział chorób układu kostno – stawowego, krążenia, oddechowego oraz chorób i zaburzeń psychicznych wśród przyczyn orzekania o niezdolności do pracy,
- ✓ nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii (narastająca lekooporność wirusów i bakterii),
- ✓ jedna z najwyższych wartości oczekiwanego trwania życia w Polsce, zarówno noworodka, jak i osoby w wieku 60 ukończonych lat,
- ✓ brak skutecznych metod diagnostyki i terapii nowych lub rzadkich chorób,
- ✓ relatywnie wyższa, w stosunku do pozostałych województw, wartość współczynnika zakażeń wewnątrzszpitalnych (druga wartość najwyższa w Polsce) oraz najwyższa nadwyżka (ważona ryzykiem) śmiertelności pooperacyjnej w przypadku kompleksowych zabiegów w grupie chorób układu krążenia,

#### **- w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia**

- ✓ niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie,
- ✓ niedofinansowanie działań profilaktycznych, służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych oraz mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia,
- ✓ rozdrobnienie, ograniczona koordynacja oraz integracja programów zdrowotnych oraz brak wystarczającego powiązania działań profilaktycznych z potrzebami lokalnych społeczności,

### **- w zakresie organizacji i finansowania świadczeń szpitalnych**

- ✓ zbyt niska efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wynikająca m.in. ze zjawiska fragmentacji - brak integracji lecznictwa szpitalnego z ambulatoryjną opieką specjalistyczną i podstawową opieką zdrowotną,
- ✓ niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa szpitalnego ze zróżnicowanymi potrzebami populacji w regionie, a także potrzebami infrastrukturalnymi,
- ✓ relatywnie długi, zróżnicowany pomiędzy powiatami, oddziałami szpitalnymi, a także podmiotami leczniczymi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych szpitalnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- ✓ niewystarczające różnicowanie finansowania świadczeń odpowiednio do poziomu referencyjnego ośrodka, stanu zdrowia pacjenta, stopnia zaawansowania stosowanych technik innowacyjnych oraz ocenianej jakości leczenia,

### **- w obszarze zasobów kadrowych i infrastrukturalnych**

- ✓ niedobory kadrowe wielu specjalizacji lekarskich, w szczególności w dziedzinach medycznych, w których popyt jest konsekwencją zmieniających się trendów demograficznych i epidemiologicznych: hematologia, geriatria, neurologia, okulistyka, radioterapia, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, onkologia, chirurgia szczękowo – twarzowa, gastroenterologia, medycyna paliatywna, anestezjologia i intensywna terapia, neonatologia,
- ✓ nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej – koncentracja w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne,
- ✓ podnoszenie się średniej wieku kadry medycznej w województwie (*w 2014r. wśród specjalistów mediana wieku wynosiła 54 lata*), w szczególności w dziedzinach medycyny: zdrowie publiczne, stomatologia dziecięca, seksuologia, mikrobiologia lekarska, medycyna pracy, medycyna lotnicza, farmakologia kliniczna, epidemiologia, diagnostyka laboratoryjna oraz balneologia i medycyna fizykalna,
- ✓ niewystarczająco rozwinięte kształcenie podyplomowe, w tym specjalizacyjne oraz umożliwiające podnoszenie kompetencji lekarzy specjalistów, adekwatnie do rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia,
- ✓ niedostosowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów istotnych dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie do zmieniających się potrzeb epidemiologiczno – demograficznych,
- ✓ niedostosowana do potrzeb struktura łóżek szpitalnych (np. niedobór łóżek neurologicznych, geriatrycznych, urologicznych, lecznictwa długoterminowego itp.)
- ✓ niewystarczająca podaż oraz nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne wysokospecjalistycznej aparatury medycznej,
- ✓ brak spójnego systemu informatycznego umożliwiającego działania analityczne i strategiczne oraz niewystarczający poziom finansowania ICT w ochronie zdrowia.



## **7. STRATEGIA I WDRAŻANIE**

### **a. Priorytety zdrowotne**

**Członkowie Małopolskiej Wojewódzkiej Rady do spraw potrzeb zdrowotnych pozytywnie zaopiniowali 13 następujących priorytetów zdrowotnych dla województwa małopolskiego:**

1. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.
2. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.
3. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie chorób układu oddechowego.
4. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie schorzeń układu kostno-stawowego.
5. Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym.
6. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb.
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.
8. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.
9. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.
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.
11. Zwiększenie dostępności i jakości usług dla osób przewlekle chorych oraz wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej.
12. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów
13. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

W opracowaniu priorytetów uwzględniono następujące cele:

1. Zapewnienie opieki dostosowanej do potrzeb zdrowotnych, m.in. dostęp do właściwej opieki zdrowotnej, w odpowiednim miejscu i czasie (wzmocnienie opieki zdrowotnej na poziomie powiatu w zakresie podstawowym, usprawnienie drogi pacjenta do leczenia specjalistycznego na poziomie wyższym niż wojewódzki).
2. Wysoka jakość świadczonych usług, skuteczność oraz bezpieczeństwo (powoduje potrzebę koncentracji bardziej specjalistycznych świadczeń).
3. Kompleksowość opieki zdrowotnej (w zakresie leczenia choroby będącej przyczyną przyjęcia lub/oraz uwzględnianie konieczności prowadzenia leczenia w przypadku wielochorobowości).

4. Adekwatność opieki zdrowotnej (leczenie, a zwłaszcza hospitalizacja dotyczy tylko wymagających tego stanów chorobowych).
5. Promowanie usług najbardziej efektywnych w kontekście zmniejszania ryzyka zgonu przed 70 rokiem życia, poprawy jakości życia w wieku podeszłym, wpływu na zdrowie osób młodych
6. Przyjęcie podejścia „continuum” opartego na zapobieganiu wystąpienia choroby (identyfikacja i zwalczanie czynników ryzyka), skutecznego leczenia chorób i rehabilitacji. Np. wzmacnianie zadań z zakresu prewencji.

**Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie małopolskim**

Priorytet	L.p.	Dziedzina medycyny	Cel	Horyzont – czas realizacji	Preferowane sposoby realizacji	Proponowane mierniki i czas oceny	Uzasadnienie
1. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia	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>	Do 2020 roku	<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 niedokrwiennej stopy cukrzycowej.</p> <p>Poprawa dostępności w ośrodkach endowaskularnych poradni leczenia ran przewlekłych</p> <p>Rozwój współpracy z pielęgniarką POZ/ rodzinną w celu kontynuacji zabiegów w warunkach domowych</p> <p>Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014r.</p> <p>Liczba pacjentów leczonych metodą endowaskularną w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku</p>	<p>Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w Polsce funkcjonują tylko 4 oddziały, z tego jeden w Małopolsce. Liczba ta jest wyraźnie zbyt mała w stosunku do potrzeb w większości województw; szczęśliwie 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. Podstawową słabością jest brak poza Krakowem poradni angiologicznych co zapewniałyby 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. Drugą słabością obecnej opieki angiologicznej jest brak ambulatoryjnego leczenia ran przewlekłych, co bardzo często niweczy sukcesy leczenia wewnątrznaczyniowego i prowadzi do niepotrzebnych amputacji. Powołanie i powierzenie powiatowym poradniom angiologicznym zadania leczenia ran przewlekłych pozwoliłoby rozwiązywać oba w/w problemy i w konsekwencji istotnie ograniczyć szalanie wysoką obecnie częstość niepotrzebnych amputacji w województwie. Leczenie schorzeń zapalnych naczyń w Małopolsce w przejął oddział immunologii. Dalsza dobra współpraca oddziałów angiologii i immunologii zapewni optymalne leczenie tej grupy chorych. 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>

2	Chirurgia naczyniowa	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej	Do 2020 roku	<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 specjalistyczną</p> <p>Koordinowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami</p>	<p>Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 roku</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku</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.
3	Kardiochirurgia	Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii	długoterminowy	<p>Kontynuacja wdrażania programu mechanicznego wspomaganie pracy serca</p> <p>Rozwój kardiologicznej bazy rehabilitacyjnej</p> <p>Utworzenie na bazie istniejącego potencjału zespołów wielospecjalistycznych</p> <p>Poprawa zabezpieczenia w zakresie kompleksowych zabiegów hybrydowych</p>	Liczba zabiegów w stosunku do 2014 roku	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. Przeszarżane 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.
4	Kardiologia	<p>Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologii</p> <p>Poprawa dostępności do ambulatoryjnych oraz wysokospecjalistycznych, hybrydowych i innowacyjnych metod diagnostyczno-terapeutycznych</p> <p>Wdrożenie</p>	długoterminowy	<p>Poprawa dostępności do nieinwazyjnych ambulatoryjnych badań diagnostycznych w tym echokardiografii, kardiologicznego rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, scyntygrafii serca.</p> <p>Poprawa dostępności do nowych leków między innymi: przeciwplatek, przeciwzakrzepowych, nowych leków w leczeniu</p>	<p>Czas oczekiwania na poradę, badania diagnostyczne i zabieg</p> <p>Liczba zabiegów w stosunku do 2014 roku</p>	<p>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.</p> <p>Z przedstawionych założeń mapy potrzeb wynika, że należy rozważyć zasadność istnienia oddziałów</p>

			kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej		<p>niewydolności</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>kardiologicznych, gdzie nie wykonuje się procedur zabiegowych – inwazyjnych a leczenie kardiologiczne mogłoby odbywać się na oddziałach chorób wewnętrznych. Istnieje konieczność utrzymania i funkcjonowania oddziałów kardiologicznych bez kardiologii inwazyjnej. Leczenie większości chorób kardiologicznych np. migotania i trzepotania przedsionków, niewydolności serca oraz innych chorób układu krążenia, nie wymaga diagnostyki inwazyjnej. Oba wymienione schorzenia należą do najczęstszych przyczyn zgonów. Ważnym argumentem za istnieniem oddziałów kardiologicznych we wszystkich szpitalach wielospecjalistycznych jest konieczność prowadzenia diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia wymagającymi wielodyscyplinarnych zespołów.</p> <p>Dotychczasowy podział kompetencji kardiologów, chirurgów naczyniowych, angiologów i kardiochirurgów jest nieaktualny.</p> <p>Konieczne jest wprowadzenie umiejętności i tworzenie wielospecjalistycznych zespołów.</p> <p>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 kardiologicznych etc.</p>
5	Neurologia	Poprawa jakości usług w zakresie neurologii	długoterminowy	<p>Utworzenie na bazie istniejącego potencjału regionalnego ośrodka terapii endowaskularnej ostrego udaru mózgu</p> <p>Rozwój podstawowej oraz</p>	Liczba zabiegów w stosunku do 2014 roku	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	

					ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz do lekarza POZ.  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami		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
Dla priorytetu nr 1 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.							
2. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych	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 w stosunku do 2014 roku  Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 roku  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.
	2	Chirurgia ogólna	Poprawa dostępności do diagnostyki i	Do 2020rok	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału	Czas oczekiwania na świadczenia	Najczęstszą przyczyną hospitalizacji są nowotwory oraz choroby przewodu pokarmowego. W województwie

		leczenia onkologicznego		ośrodka zajmującego się problematyką schorzeń pola trzustkowo-dwunastniczego	Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 roku	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. Obecnie opieka ambulatoryjna jest zmarginalizowana, zarówno w okresie przed jak i pooperacyjnym.
		Poprawa jakości leczenia poprzez wykonywanie zabiegów operowanych laparoskopowo.	długoterminowy	Zwiększenie odsetka świadczeń zabiegowych zwłaszcza kompleksowych na oddziałach chirurgicznych  Koncentracja i równomierne rozłożenie dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną  Stosowanie laparoskopii w ostrych zabiegach chirurgicznych	Odsetek zabiegów wysokospecjalistycznych w stosunku do 2014 roku  Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku  Odsetek zabiegów laparoskopii w stosunku do 2014 r.	Aktualnie chirurgia małoinwazyjna zyskuje coraz więcej zwolenników.
3	Chirurgia onkologiczna	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej	Do 2020rok	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.
4	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi operacyjne w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej	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 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. Złe 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.
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  Lokalizacja ośrodków hematologicznych w miejscach zapewniających równomierny dostęp do świadczeń hematologicznych mieszkańcom województwa.  Dostosowanie infrastruktury diagnostyczno – leczniczej oddziałów hematologicznych, szczególnie usytuowanych poza ośrodkami uniwersyteckimi do standardów zapewniających wysoką efektywność i jakość wykonywanych świadczeń.	Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014r.  Liczby łóżek przeszczepowych oraz miejsc przeznaczonych na opiekę nad pacjentami z powikłaniami/odrzutem po przeszczepieniu szpiku kostnego. w stosunku do 2014r.		Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w województwie małopolskim znajdują się 3 spośród 38 oddziałów hematologicznych w Polsce, które w 2014r. sprawozdawały świadczenia do NFZ. We wszystkich trzech udział pacjentów spoza swojego powiatu jest wysoki (najniższy 47,3%), ale tylko jeden oddział ma charakter ponad powiatowy (powyżej 60% pacjentów spoza swojego powiatu), - Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu. W jednym z nich jest ponadto relatywnie znaczny odsetek pacjentów spoza województwa (15,1%). 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 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.



					Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami		
					Adekwatne do celów leczenia i możliwości budżetu finansowanie kompleksowej opieki nad pacjentem hematologicznym.		
	7	Onkologia	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie onkologii	Do 2020 roku	Stworzenie oddziałów chemioterapii w trybie dziennym, głównie w powiatach proszowickim, miechowskim i tatrzańskim  Zwiększenie kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznych  Nowelizacja przepisów dotyczących pakietu onkologicznego  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Liczba łóżek do chemioterapii w stosunku do roku 2014  Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku 2014 roku	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.
	8	Onkologia i hematologia dziecięca	Poprawa dostępności do diagnostyki i wysokiej jakości leczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	Do 2020 roku	Utrzymanie centralizacji w strukturze organizacyjnej świadczeń z onkologii i hematologii dziecięcej  Utworzenie poradni specjalistycznych o profilu hematologicznym dla dzieci w każdym powiecie  Utworzenie poradni monitorowania późnych następstw leczenia chorób nowotworowych  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Utworzenie poradni o profilu hematologicznym dla dzieci  Utworzenie poradni monitorowania późnych następstw leczenia chorób nowotworowych	Proces diagnostyczno-leczniczy powinien być zlokalizowany w ośrodku centralnym dla województwa o wielospecjalistycznym profilu zapewniającym kompleksowość diagnostyki i leczenia. Przy stosunkowo małej liczbie, ale dużej różnorodności nowych rozpoznań 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.
	9	Położnictwo i ginekologia	Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy i	do 2020 roku	Zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych	Liczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi	Niska zgłaszalność na realizowane programy profilaktyczne dotyczące wczesnego wykrywania raka

			piersi			w stosunku do 2014 roku  Liczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi w stosunku do liczby kobiet mogących przystąpić do badania w danym roku	szyjki macicy i piersi uzasadnia konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy ich efektywności
	10	Urologia	Poprawa dostępności do diagnostyki i wydłużenie czasu przeżycia z chorobą nowotworową układu moczowo płciowego	do 2020 roku	Zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych w oddziałach urologicznych  Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych  Utworzenie na bazie istniejącego potencjału oddziałów urologicznych do hospitalizacji około 2 tys. pacjentów rocznie  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną  Rozwój profilaktyki nowotworowej  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 roku  Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku  Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 roku  Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku	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). 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 lekarza rejonowego pozwoli na szybsze wdrożenie leczenia chirurgicznego.
Dla priorytetu nr 2 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.							
3. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie chorób układu oddechowego	1	Choroby płuc	Poprawa pozaszpitalnych form rehabilitacji szczególnie chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc po zaostrzeniach	do 2020 roku	Utworzenie na bazie już istniejących form opieki.  Tworzenie oddziałów dziennych, zespołów opieki środowiskowej.	Liczba pacjentów z POChP objętych opieką w stosunku do roku 2014	Realizacja zaleceń zawartych w najnowszych wytycznych GOLD 2015 na 2016 rok dotyczących postępowania w POChP. Odciążenie opieki szpitalnej, skrócenie czasu hospitalizacji.
	2	Choroby płuc	Stworzenie lecznictwa szpitalnego i otwartego	do 2020 roku	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału	Utworzenie ośrodka	Leczenie powinno odbywać się w strukturach oddziału o profilu chorób płuc wraz z kontynuacją leczenia w

			dla dorosłych chorych na mukowiscydozę		Ośrodka, tam gdzie może być zapewniona opieka interdyscyplinarna tj. psychologa, transplantologa, gastrologa i pulmonologa.		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: 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 leczenie 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 dostępności i jakości opieki dla chorych na astmę ciężką	Poprawa jakości i skuteczności leczenia chorych na ciężką astmę oskrzelową poprzez wprowadzenie do leczenia metody termoplastyki oskrzeli.	do 2020 roku  długoterminowy	Utworzenie Ośrodka Leczenia Ciężkiej Astmy na bazie oddziałów Pulmonologicznego i Alergicznego  Zwiększenie dostępności leków biologicznych dla chorych na ciężką astmę alergiczną  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej- kwalifikacja chorych z ciężką astmą do leczenia biologicznego  Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej-rozpoznawanie ciężkich postaci astmy oskrzelowej i kierowanie do ośrodków specjalistycznych  Zwiększenie dostępności do metody bronchotermoplastyki wykonywanej w warunkach szpitalnych  Rozpoczęcie starań o wpisanie metody	Utworzenie oddziału chorych na astmę ciężką  Liczba pacjentów z ciężką astmą objętych leczeniem biologicznym  Liczba pacjentów objętych leczeniem metodą bronchotermoplastyki	Realizacja zaleceń zawartych w najnowszych wytycznych GINA 2015 na 2016 rok dotyczących postępowania w astmie ciężkiej. 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.  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. 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.  Metoda bronchotermoplastyki zalecana jest (GINA 2014) w świecie w leczeniu ciężkich postaci astmy

					bronchotermoplastyki do listy procedur JGP finansowanych przez NFZ		niealergiczej. Długoletnie obserwacje wskazują, że metoda jest skuteczna i bezpieczna i powinna być wprowadzona również w Polsce.
4	Choroby płuc	Kompleksowa opieka nad chorymi z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP)	do 2020 roku	<p>Zwiększenie dostępności do badania spirometrycznego.</p> <p>Poprawa wykrywalności przewlekłej niewydolności oddychania.</p> <p>Utworzenie samodzielnych działów 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 Objęcie opieką chorych w fazie terminalnej choroby</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną</p>	<p>Czas oczekiwania na badanie spirometryczne w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba chorych leczonych tlenem w domu w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba chorych leczonych metodą wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba transplantacji w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba chorych objętych opieką w fazie terminalnej choroby w stosunku do 2014 roku</p>	<p>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 prowadzi 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 oddychania. 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>	
5	Choroby płuc	Poprawa rozpoznawalności i opieki nad chorymi z zaburzeniami oddychania w czasie snu (OBS- obturacyjny bezdech senny)	do 2020 roku	<p>Rozpowszechnienie dostępności do badania polisomnograficznego.</p> <p>Zwiększenie liczby chorych leczonych metodą CPAP</p>	<p>Liczba osób objętych badaniem polisomnograficznym w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba chorych leczonych metodą CPAP w stosunku do 2014 roku</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. 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	do 2020 roku	Utworzenie na bazie	Liczba dzieci chorych na	Brak ośrodka w Małopolsce dla dzieci chorych na	

			nad dziećmi chorymi na gruźlicę		istniejącego potencjału specjalistycznego oddziału dla dzieci chorych na gruźlicę	gruźlicę objętych specjalistyczną opieką szpitalną w stosunku do 2014 roku	gruźlicę. Konieczność izolowania tych dzieci i stworzenia im opieki długoterminowej.
	7	Choroby płuc	Poprawa jakości opieki nad dziećmi chorymi na mukowiscydozę	długoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału lecznictwa szpitalnego i otwartego dla dzieci chorych na mukowiscydozę	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	Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania, szczególnie na proste zabiegi operacyjne w zakresie otolaryngologii	Do 2020 rok	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 w stosunku do 2014 roku  Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 roku  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.							
4. Zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia w zakresie schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego	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 w stosunku do 2014 roku  Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów	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.

						objętych opieką w Szpitalu w danym roku	
	2	Reumatologia	Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów z wczesnym stadium zapalnych chorób stawów	Do 2020 roku	<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 stosunku do 2014 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 przełóży 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>Optymalizacja 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 obciążenia łóżek rehabilitacyjnych</p> <p>% osób rehabilitowanych w stosunku osób rehabilitowanych w 2014 r</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 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.							
5. Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie zmniejszenia negatywnych skutków urazów i wad powodujących istotne ograniczenia	1	Chirurgia dziecięca	zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia dzieci po urazach	długoterminowy	<p>Stworzenie centrów urazowych dla dzieci</p> <p>Wdrożenie programów prewencyjnych zapobiegania urazom oraz leczenia ich skutków</p>	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	Do 2020rok	Zwiększenie dostępności leczenia poprzez zwiększenie	Liczba łóżek na oddziałach chirurgii plastycznej w	Podana w mapie potrzeb liczba łóżek 0,48 na 100 tys. mieszkańców uwzględnia także tzw. oparzeniowe, w

w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym			leczenia plastyczno-rekonstrukcyjnego		bazy łóżkowej	stosunku do roku 2014	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.
	3	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Kompleksowe leczenie chorych z urazami części twarzowej czaszki współistniejącymi z obrażeniami wielonarządowymi	Do 2020rok	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 placówkach dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą specjalistyczną	Liczba pacjentów, u których wykonano wysokospecjalistyczne zabiegi w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej w stosunku do 2014 roku	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.
	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 „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	Balneologia i medycyna fizykalna	Poprawa dostępności do leczenia uzdrowiskowego zgodnie z profilami uzdrowisk  Zmniejszenie progresji chorób, ograniczenie niepełnosprawności i absencji chorobowej	długoterminowy	Racjonalne wykorzystanie zasobów i potencjału zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej i dziennej.  Poprawa dostępności do leczenia uzdrowiskowego dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi, neurologicznymi, chorobami płuc i innych jednostek chorobowych wymagających leczenia uzdrowiskowego.	Liczba pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego.	Wzrost zapotrzebowania na świadczenia związane z negatywnymi skutkami urazów i wad powodujących istotne ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym.
Dla priorytetu nr 5 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.							
6. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej oraz wsparcia społecznego i zawodowego dostosowanego do ich potrzeb	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	Do 2020 roku	Utworzenie sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego zajmujących się profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją zaburzeń psychicznych.  Zwiększenie dostępu do kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej (poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego, łatwy dostęp do leczenia stacjonarnego) we wszystkich powiatach Województwa. Włączenie w tworzone centra zdrowia psychicznego elementów rehabilitacyjnych	Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 roku  Liczba pacjentów objętych kompleksową opieką psychiatryczną	Obecny system opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii ma rozproszony charakter. W wielu miejscach województwa dostępność do różnorodnych form terapii jest niewielka, bądź nie ma jej w ogóle. Brakuje odpowiedzialności terytorialnej, tzn. wiedzy, gdzie mieszkaniec 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 przewlekle. Aby zdrowieli lub przynajmniej aby ich stan zdrowia nie ulegał pogorszeniu wymagają szeroko rozumianej rehabilitacji (społecznej, zawodowej). W wielu sytuacjach systemy



					poprzez współpracę z takimi instytucjami pomocy społecznej jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, mieszkania chronione, miejsca pracy chronionej etc.		opieki zdrowotnej i instytucji rehabilitacyjnych finansowanych przez pomoc społeczną nie podejmują efektywnej współpracy. Ten stan wymaga zmiany.
	2	Psychiatria dzieci i młodzieży	Poprawa parametrów opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym	Do 2020 roku	<p>Utworzenie 20-łóżkowego stacjonarnego oddziału terapeutycznego</p> <p>Utworzenie 20-łóżkowego stacjonarnego oddziału podwójnych diagnoz</p> <p>Poprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej</p> <p>Stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego</p> <p>Dostępność psychiatrów 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 stosunku do 2014 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. 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. 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 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.							
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	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>Rozwój telemedycyny</p>	<p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku</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>

					Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gabinetów stopy cukrzycowej– przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną		
2	Okulistyka	<p>Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń okulistycznych, w tym w zakresie pozaszpitalnych form opieki</p> <p>Poprawa dostępności do świadczeń okulistycznych dla dzieci</p>	do 2020 roku	<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 grożących nieodwracalną utratą wzroku</p> <p>Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podniesienie standardu wyposażenia w okulistyczny sprzęt diagnostyczny</p>	<p>Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 roku</p> <p>Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 roku</p> <p>Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku</p>	<p>Wg mapy potrzeb zdrowotnych w wojew. małopolskim w 2014 r. mediana liczby hospitalizacji w 10 (na 11) oddziałach, które sprawozdawały świadczenia w NFZ wynosiła 1275 i była to piąta, najniższa wartość w Polsce. Także wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców był w Małopolsce znacznie niższy niż w kraju, odpowiednio 6,09 i 8,83 Analiza funkcjonowania oddziałów w województwie wykazała, że należy dążyć do zwiększenia udziału świadczeń zabiegowych na oddziałach wobec obecnych wskaźników. Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obciążeń wykazała ponadto, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 25,3%.</p> <p>Należy racjonalnie wykorzystać potencjał poradni specjalistycznych i kwalifikacje lekarzy specjalistów jak również POZ.</p>	

					gabinetów AOS		
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	do 2020 roku	<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 respiratoterapii dla osób po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych</p> <p>Zwiększenie liczby takich oddziałów.</p>	<p>Czasu oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2015r.</p> <p>Liczba pacjentów ze schorzeniami OUN w stosunku do 2015r</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 respiratoro-terapii. 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 kadra i sprzętem wysokospecjalistycznym.</p>	
4	Neurochirurgia	Poprawa skuteczności świadczeń z zakresu neurochirurgii poprzez stworzenie możliwości wczesnej diagnostyki	do 2020 roku	<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, mających możliwość leczenia endowaskularnego oraz zaplecze wielospecjalistyczne.</p> <p>Modyfikacja i standaryzacja aktualnej sprawozdawczości w zakresie liczby i rodzaju wykazywanych zabiegów operacyjnych</p>	<p>Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku</p>	<p>Wzrasta liczba chorych z: rozszanym 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. 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>	

	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.						
8. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem	1	Chirurgia dziecięca	Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń w zakresie chirurgii dziecięcej	Do 2020 roku	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 w stosunku do 2014 roku  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 Zakopanego. 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.
	2	Gastroenterologia dziecięca	Poprawa dostępności i jakości świadczeń w zakresie gastroenterologii dziecięcej, w tym w warunkach ambulatoryjnych lub jednodniowych	Do 2020 roku	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	długoterminowy	Utworzenie na bazie istniejącego potencjału ośrodka zajmującego się leczeniem kobiet w ciąży z chorobą nowotworową	Liczba kobiet w ciąży objętych opieką i leczeniem nowotworowym w porównaniu do roku 2014	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 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	Do 2020 roku	Zwiększenie powierzchni przeznaczonej do realizacji opieki neonatologicznej w	Liczba nowo zakupionego sprzętu	W ciągu ostatnich 5 lat gwałtownie wzrosła liczba pacjentów, wymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii noworodka. Wobec wyraźnego

				<p>oddziałach intensywnej terapii na poziomie III stopnia referencyjności</p> <p>Modernizacja sprzętu medycznego oraz wprowadzanie mniej inwazyjnych form terapii i diagnostyki</p> <p>Utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt</p>	Utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt	<p>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</p>
5	Neonatologia	Polepszenie opieki nad noworodkiem poprzez popularyzację karmienia naturalnego	Do 2020 roku	Utworzenie poradni laktacyjnych oraz banków pokarmu naturalnego	Liczba poradni laktacyjnych w stosunku do roku 2014	Aktualnie w regionie powstał jeden bank pokarmu naturalnego co nie zaspakaja potrzeb społecznych. W regionie coraz większa liczba położnych szkoli się w zakresie poradnictwa laktacyjnego jednakże liczba poradni laktacyjnych jest niewystarczająca.
6	Pediatria	Poprawa dostępności do świadczeń i jakości opieki w zakresie pediatrii	Do 2020 roku	<p>Zmiana organizacji oddziałów pediatrycznych poprzez tworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem”</p> <p>Utworzenie przyszpitalnych specjalistycznych poradni w dziedzinie „pediatria ogólna”</p> <p>Utworzenie oddziału opieki paliatywnej dla dzieci</p> <p>Utworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży</p>	<p>Liczba stanowisk „matka z dzieckiem” w stosunku do roku 2014</p> <p>Utworzenie oddziału medycyny paliatywnej dla dzieci</p> <p>Utworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży</p>	<p>Z mapy potrzeb wynika, że należy zracjonalizować 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</p>

					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		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	do 2020 roku	Rozwój ośrodków na II stopniu referencyjności  Koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.	wskaźnik umieralności okołoporodowej w stosunku do 2014 roku	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 rodowego 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	do 2020 roku	Zwiększenie dostępności do badań prenatalnych poprzez zwiększenie liczby ośrodków przeprowadzających takie badania w sposób kompleksowy	Liczba kobiet w ciąży objętych badaniami prenatalnymi w stosunku do roku 2014  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	do 2020 roku	Poprawa współpracy między ośrodkami na I i II stopniu referencyjności w przekierowywaniu pacjentek wymagających tego ze względu na ich stan	Odsetek cięć cesarskich w porównaniu do roku 2014  Odsetek porodów w znieczuleniu zewnątrzoponowym	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	

					Popularyzacja znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu		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 zakresie monitorowania dobrostanu płodu	do 2020 roku	Wyposażenie wszystkich oddziałów w regionie w system komputerowej analizy KTG	Liczba nowo zakupionego sprzętu do komputerowej analizy KTG	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.
	11	Urologia dziecięca	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie urologii dziecięcej	do 2020 roku	Zwiększenie liczby łóżek w oddziale urologii dziecięcej  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Liczba łóżek w stosunku do 2014 roku  Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku	Konieczne jest zwiększenie liczby łóżek gdzie leczone są najcięższe wady wrodzone układu moczowego oraz poprawa możliwości diagnostycznych. Konieczne jest również zwiększenie liczby poradni urologii dziecięcej. Powinny być ponadto prowadzone badania przesiewowe dzieci do lat 2.
	12	Kardiologia dziecięca	Poprawa jakości i skuteczności leczenia poprzez upowszechnienie zabiegów krioablacji (3D)	do 2020 roku	Zwiększenie dostępności do krioablacji z przestrzennym (3D) obrazowaniem anatomii układu przewodzącego dla dzieci i młodzieży w celu leczenia zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca.  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Liczba wykonanych zabiegów w stosunku do 2014 r	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.
	13	Neurologia dziecięca	Poprawa skuteczności leczenia padaczki lekoopornej	długoterminowy	Utworzenie Centrum Epileptologii Dziecięcej  Poprawa zabezpieczenia w zakresie badań i konsultacji neurochirurgicznych.  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej –	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.

					przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w celu leczenia farmakologicznego  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami		
	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 ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną  Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami	Wskaźnik obciążenia łóżek rehabilitacyjnych  % osób rehabilitowanych w stosunku do osób hospitalizowanych na oddziale  Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne	Analiza map potrzeb zdrowotnych wskazuje na niską dostępność leczenia rehabilitacyjnego
	15	Otolaryngologia dziecięca	Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie otolaryngologii dziecięcej w szczególności do świadczeń operacyjnych	długoterminowy	Stworzenie łóżek intensywnej terapii dla dzieci z chorobami narządów laryngologicznych (w szczególności operacji ucha środkowego, nowotworów oczodołu, jamy nosowej, gardła szyi)	Wskaźnik obciążenia łóżek intensywnej terapii dla dzieci z chorobami narządów laryngologicznych	Największa liczba dzieci z województwa małopolskiego kierowana 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 .
	16	Diabetologia dziecięca	Poprawa dostępności dla dzieci w zakresie diabetologii dziecięcej	długoterminowy	Stworzenie Poradni Diabetologii Dziecięcej  Zwiększenie dostępu do pomp insulinowych dla małych dzieci z nowo rozpoznaną cukrzycą	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.
	Dla priorytetu nr 8 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.						
9. Zwiększenie dostępności i	1	Geriatra	Rozwój diagnostyki i medycyny naprawczej	do 2020 roku	Zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych poprzez	Liczba łóżek geriatrycznych w stosunku do 2014 roku	Istnieją znaczne różnice w docelowej liczbie łóżek geriatrycznych w poszczególnych subregionach.



jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych,			poprzez rozwój opieki nad osobami starszymi.		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 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	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 tyś. 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 ich stały kontakt z pacjentami w miejscu zamieszkania.
	3	Neurologia	Rozwój opieki medycznej nad osobami starszymi  zmniejszenie niesprawności poudarowej oraz poprawa jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami neurologicznymi	do 2020 roku	Zwiększenie o 30% liczby łóżek w oddziałach neurologicznych	Liczba łóżek w stosunku do 2014 roku	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.
	4.	Rehabilitacja geriatryczna	Poprawa jakości życia chorych w podeszłym wieku poprzez kompleksową opiekę uwzględniającą leczenie	długoterminowy	Zwiększenie dostępności w ramach stacjonarnego leczenia szpitalnego ośrodków lub oddziałów rehabilitacji dziennej.	Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych  % osób rehabilitowanych w stosunku do osób	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

			rehabilitacyjne		Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną	rehabilitowanych w 2014 r Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne	stworzenie osobnych list oczekujących dla pacjentów z powyższej grupy a z drugiej strony przy założeniu zwiększonej wyceny osobodnia w tej grupie, poprawiłoby finansowanie ośrodków decydujących się na hospitalizację bardziej skomplikowanych przypadków medycznych.
Dla priorytetu nr 9 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.							
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	1.	Rehabilitacja lecznicza w warunkach: ambulatoryjnych, stacjonarnych, domowych, ośrodka dziennym	Poprawa dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji  Zapewnienie optymalnego i równomiernego dostępu do rehabilitacji  Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego środowiska, zachowania maksymalnej sprawności i samodzielności do prowadzenia niezależnego życia.	długoterminowy	Przyjęcie podejścia „continuum” opartego na zapobieganiu wystąpienia choroby oraz skutecznego leczenia chorób i rehabilitacji.  Poprawa dostępności do leczenia rehabilitacyjnego w ramach oddziałów stacjonarnych oraz ośrodków lub oddziałów dziennych Rehabilitacji  Poprawa dostępności do leczenia rehabilitacyjnego dla pacjentów po leczeniu szpitalnym (w szczególności po alloplastyce stawu biodrowego i po zawale serca)  Wykonywanie świadczeń kompleksowo (leczenie szpitalne, opieka ambulatoryjna i rehabilitacyjna)  Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej- przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną	% osób rehabilitowanych w stosunku do osób rehabilitowanych w 2014 r  Liczba łóżek rehabilitacyjnych  Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku	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. Leczenie rehabilitacyjne zarówno w skali kraju jak i województwa jest niedofinansowane.

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.							
11.Zwiększenie dostępności i jakości usług dla osób przewlekle chorych oraz wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej.	1	Opieka długoterminowa realizowana w : warunkach stacjonarnych, warunkach domowych, w zespołach długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej	Poprawa dostępności do opieki długoterminowej	długoterminowy	Zwiększenie dostępności do specjalistycznych form opieki długoterminowej poprzez rozwój ZOL, hospicjów domowych i stacjonarnych, domowej opieki długoterminowej, rehabilitacji domowej, opieki paliatywno-hospicyjnej.  Zapewnienie profesjonalnej opieki dla osób przewlekle chorych	Czas oczekiwania na świadczenia opieki długoterminowej	Proponowane działania są zgodne z trendami demograficznymi oraz wzrastającym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową
	2	Medycyna paliatywna	Rozwój opieki medycznej nad osobami starszymi  Rozwój opieki medycznej nad osobami z nieuleczalnymi schorzeniami	do 2020 roku	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	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). „Białe plamy w województwie dotyczą świadczeń z zakresu opieki domowej (2 powiaty krakowski i proszowicki brak jakiegokolwiek formy świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej). Większość placówek deklaruje wyższe potrzeby pacjentów w zakresie świadczeń paliatywnych o ok. 20-30 %.

					pakiety onkologicznego specjalisty medycyny paliatywnej		
Dla priorytetu nr 10 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.							
12. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań, zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego, rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów	1	Anestezjologia i intensywna terapia	Zmniejszenie odsetka chorych przebywających w oddziałach intensywnej terapii pomimo zakończenia leczenia intensywno-wystycznego	do 2020 roku	Zwiększenie odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych (ciągłe techniki nerkozastępcze, wentylacja mechaniczna nieinwazyjna)  Utworzenie referencyjnego regionalnego ośrodka leczenia wentylacyjnego i leczenia pozaustrojowego (w trakcie planowania)  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 intensywno-wystycznym.	Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w porównaniu do roku 2014	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 intensywno-wystycznym. 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 w obszarze anestezjologii jak i intensywnej terapii ze szczególnym naciskiem położonym na cyfryzację zapisów	Do 2020 rok	Ujednolicenie raportowania stanu dziedziny ochrony zdrowia z podkreśleniem obligatoryjności raportowania w formie elektronicznej i modernizacja zużytego sprzętu komputerowego  Standaryzowanie jak największej liczby procedur medycznych w kierunku ujednolicenia sposobów i metod leczenia z obligatoryjną oceną jakości i	Wprowadzenie raportowania w formie elektronicznej  Liczba nowo zakupionego sprzętu	Dokumentacja: elektroniczna 1 oddział z 31, mieszana 23 oddziały z 32, wyłącznie papierowa 7 oddziałów z 31. Standaryzacja procedur medycznych i ich ujednolicenie poprawi ergonomię pracy personelu medycznego.

					bezpieczeństwa wykonywanych świadczeń medycznych		
3	Anestezjologia i intensywna terapia	Poprawa koordynacji pracy systemu opieki zdrowotnej w obszarze intensywnej terapii	Do 2020 rok	<p>Zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii do minimum 5% ogólnej liczby łóżek szpitalnych, czyli do min. 600</p> <p>Optymalizacja organizacyjna posiadanych oddziałów intensywnej terapii do min. 6 stanowisk na oddział, przy optymalnej 8-10 stanowisk, lub ewentualnej likwidacji mniejszych oddziałów IT</p> <p>Wprowadzenie do systemu świadczeń zdrowotnych stanowiska „Advanced Critical Care Practitioner”</p> <p>Opracowanie strategii rozwoju centrów specjalistycznych o wysokim progu referencyjności (min 3 w województwie) przy zwiększonym potencjale ośrodków o podstawowym progu referencyjności</p>	<p>Liczba stanowisk intensywnej terapii</p> <p>Stosunek liczby stanowisk o wyższym progu referencyjności do standardowych</p>	<p>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.</p> <p>Wzrastający popyt na świadczenia wynikający ze starzenia się społeczeństwa zwiększającej się liczby chorych leczonych przewlekłe, wzrastającej 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.</p>	
4	Chirurgia ogólna	Zwiększenie dostępności do diagnostyki (m.in. nowotworów) i leczenia chirurgicznego	Do 2020rok	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 poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia	Do 2020 roku	<p>Modernizacja i rozbudowa istniejących bloków operacyjnych</p> <p>Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego</p>	Liczba nowo zakupionego sprzętu	<p>Rozmieszczenie oddziałów chirurgii onkologicznej w województwie powinno być takie, aby odległość od miejsca zamieszkania pacjenta nie przekraczała 50 km (tj. 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.</p>	
6	Chirurgia urazowo-	Zwiększenie efektywności leczenia	długoterminowy	Modernizacja i rozbudowa bloków operacyjnych	Liczba zmodernizowanych bloków operacyjnych	Z mapy wynika, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów.	

		ortopedyczna	operacyjnego				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	Do 2020rok	Wyposażenie oddziałów gastrologicznych w specjalistyczny sprzęt	Liczba nowo zakupionego sprzętu		Zapadalność na chorobę Leśniewskiego-Crohna i wrzodzące 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  Zakup rezonansu magnetycznego z oprogramowaniem kardiologicznym  Zakup aparatury do badań elektrofizjologicznych 3D i zabiegów krioablacji	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	Zwiększenie dostępności do leczenia chorób onkologicznych za pomocą radioizotopów.  Poprawa skuteczności leczenia poprzez	do 2020 roku	Doposażenie działających pracowni medycyny nuklearnej w aparaturę diagnostyczno - leczniczą oraz zapewnienie możliwości odnowienia używanej aparatury odpowiednio do standardów technicznych i	Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2015r.  Liczba łóżek w stosunku do 2015r.  Liczba badań scyntygrafii		Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych do NFZ sprawozdawało w Polsce 7 oddziałów medycyny nuklearnej, w tym jeden z woj. małopolskiego. Zakres terapii izotopowej sprawozdawany był także w ramach oddziałów endokrynologicznych (40%). Świadczenia z podobnego zakresu kontraktowane są także w pracowniach medycyny nuklearnej. Liczba łóżek

		bezpieczne wykorzystanie radioizotopów w diagnostyce medycznej i terapii.		bezpieczeństwa  Wspieranie działań mających na celu zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny nuklearnej w związku ze wzrostem liczby chorób onkologicznych leczonych za pomocą radioizotopów	perfuzyjnej mięśnia serca w stosunku do 2015r.	w jednym oddziale szpitalnym w Małopolsce jest wg konsultanta wojewódzkiego zbyt mało (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 diagnostycznego – leczniczego zwiększającego efektywność leczenia.
10	Neurologia	zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami neurologicznymi oraz neuroimmunologicznymi	do 2020 roku	Wyodrębnienie w województwie ośrodka referencyjnego stosującego najnowocześniejsze terapie  Zwiększenie liczby oddziałów neurologii uczestniczących w programie stwardnienia rozsianego  Zwiększenie dostępu do badań rezonansu magnetycznego	Liczba oddziałów uczestnicząca w programie SM w stosunku do 2014 roku  Czas oczekiwania na badanie rezonansu magnetycznego	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 ok. 30%) oddziałów neurologicznych poza Krakowem, które uczestniczą w programie leczenia stwardnienia rozsianego. 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	do 2020 roku	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 użytego sprzętu komputerowego  Modernizacja użytej bazy i sprzętu medycznego, doposażenie w sprzęt	Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w stosunku do roku 2014  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 łone 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/, kardiomonitor, pulsoksymetry, ultrasonografy, scyntygrafy) oraz zakup nowych, jak PET-MRI, PET-CT. Standaryzacja procedur medycznych i ich ujednoczenie poprawi ergonomię pracy personelu medycznego.

				wysokiej klasy Standaryzacja dokumentacji medycznej		
12	Położnictwo i ginekologia	Polepszenie opieki w zakresie leczenia schorzeń ginekologicznych	do 2020 roku	Doposażenie oddziałów w sprzęt endoskopowy oraz szkolenie kadry medycznej w wykonywaniu tego typu zabiegów.	Liczba wykonywanych zabiegów endoskopowych w stosunku do roku 2014  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  Poprawa skuteczności radioterapii poprzez wykorzystanie najnowszych metod jej stosowania	długoterminowy	Systematyczne zakupy nowych akceleratorów w liczbie adekwatnej do wytucznych Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO) i Międzynarodowej Agencji Atomowej (IAEA).  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	Liczby akceleratorów w stosunku do 2014 roku  Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 roku  Liczba chorych objętych nowymi metodami leczenia	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 Tarnowie a także w Nowym Sączu pozwoli na wyrównanie pełnej dostępności chorych do najnowszych procedur. Czas oczekiwania na świadczenia 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. 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	Do 2020 rok	Modernizacja użytej bazy i sprzętu medycznego	Liczba nowo zakupionego sprzętu	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	Do 2020 rok	Modernizacja sprzętu medycznego poprzez zakup aparatu EEG i PSG	Liczba wykonanych badań w stosunku do 2014 r	Konieczna szczegółowa ocena WideoEEG/Polisomnograficzna do leczenia padaczki lekoopornej. Ustalenie wskazań do leczenia operacyjnego.



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.							
13. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych	1	Anestezjologia i intensywna terapia	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie anestezjologii w regionie, a szczególnie w ośrodkach referencyjnych	do 2020 roku	Zwiększenie metodami promocji publicznej atrakcyjności pracy w sektorze, celem przyciągnięcia młodej kadry zawodowej do regionu.  Administracyjnie warunkowany, walidowany finansowo wymóg szkolenia lekarzy specjalistów w zakresie nowoczesnych technik medycznych i postępów medycyny intensywnej i okołooperacyjnej.  Optymalizacja wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionego personelu poprzez zmianę systemu pracy części lekarzy specjalistów w obszarze intensywnej terapii z „obecność na oddziale” na „dostępność w określonym czasie” zwłaszcza w odniesieniu do oddziałów wielostanowiskowych	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Liczba lekarzy specjalistów jest wysoce niewystarczająca w stosunku do potrzeb systemu. Średni staż pracy lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w regionie przekracza 23,3 lata a pielęgniarce anestezjologicznej przekracza 22 lata, co w odniesieniu do potencjału regionu w powiązaniu z niewielkim odsetkiem lekarzy i pielęgniarzek z doświadczeniem poniżej 5 lat pracy (zaledwie ok. 5% zatrudnionych) istotnie zwiększa ryzyko najbliższych 5 - 7 lat związane z adekwatną obsadą miejsc pracy.
	2	Chirurgia ogólna	Zwiększenie liczby specjalistów świadczących usługi wysokospecjalistyczne	do 2020 roku	Szkolenia lekarzy specjalistów w zakresie operacji na trzustce i drogach żółciowych	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Brak chirurgów wykonujących kompleksowe zabiegi w obrębie trzustki i dróg żółciowych – potrzeba dodatkowego wyszkolenia.
	3	Chirurgia onkologiczna	Zwiększenie liczby specjalistów oraz zwiększenie wiedzy personelu w zakresie nowoczesnych technologii	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w chirurgii onkologicznej w trybie po specjalizacji z chirurgii ogólnej  Organizowanie kształcenia doskonalącego umiejętności i wiedzę lekarzy posiadających już specjalizację	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Szkolenie specjalizacyjne w trybie po specjalizacji z chirurgii ogólnej powoduje krótsze zajmowanie miejsca szkoleniowego i optymalizację wykorzystania miejsc szkoleniowych w chirurgii onkologicznej. Zbyt mało specjalistów w powiatach górskich, co ma podstawowe znaczenie w zimowych warunkach pogodowych. Liczba specjalistów operatorów jest zbyt mała.

4	Hematologia	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie hematologii	do 2020 roku	<p>zwiększenie liczby jednostek i miejsc szkoleniowych uprawionych do prowadzenia stażu specjalizacyjnego i ich równomierna alokacja w województwie</p> <p>zwiększenie liczby specjalistów o odpowiednich kwalifikacjach, którzy w ośrodkach terenowych zapewniają warunki dalszej opieki nad pacjentami hematologicznymi zamieszkałymi w dużej odległości od ośrodków klinicznych</p>	<p>Liczba jednostek i miejsc szkoleniowych, uprawionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w porównaniu do 2015r.</p> <p>Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny związanych z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów hematologicznych w stosunku do 2015r.</p>	Hematologia to dziedzina stawiająca lekarzom wysokie wymagania, gdyż obok szerokiej wiedzy klinicznej niezbędna jest dogłębna znajomość diagnostyki laboratoryjnej, a także dobra znajomość zagadnień biologii molekularnej i komórkowej. W związku z rosnącą potrzebą realizacji procedur przeszczepiania szpiku kostnego wskazanym jest zwiększenie liczby specjalistów w zakresie transplantologii klinicznej posiadających doświadczenie w opiece nad pacjentami onkohematologicznymi.
5	Geriatrya	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie geriatryi	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w zakresie geriatryi	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Liczba specjalistów w województwie jest niewystarczająca. Brak większej liczby oddziałów geriatrycznych uniemożliwia zwiększenie liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia specjalizacji z geriatryi, co spowalnia proces zwiększenia liczby specjalistów w rejonie.
6	Medycyna nuklearna	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie medycyny nuklearnej	do 2020 roku	Promocja medycyny nuklearnej jako podejmowanego kierunku specjalizacji.	Liczba lekarzy specjalistów z zakresu medycyny nuklearnej w stosunku do 2015r.	Liczba specjalistów na terenie województwa jest niewystarczająca. Optymalna liczba specjalistów to 20-25.
7	Neurologia	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie neurologii	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w zakresie neurologii	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Liczba lekarzy specjalistów jest wysoce niewystarczająca ponadto średni wiek specjalistów neurologii to ok. 60 lat.
8	Okulistyka	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie okulistyki	do 2020 roku	<p>Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinie okulistyki</p> <p>Udział lekarzy i rezydentów w ustawicznym szkoleniu podnoszącym kwalifikacje adekwatnie do rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.</p>	Liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki w stosunku do 2014 roku	Liczba specjalistów na terenie województwa jest niewystarczająca.
9	Onkologia	Zwiększenie liczby specjalistów oraz zwiększenie wiedzy personelu w zakresie	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w onkologii klinicznej	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Obecnie największym problemem jest brak specjalistów onkologii klinicznej – brakuje ok. 10 specjalistów. System kształcenia nie zachęca młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji. Powstaje luka

			nowoczesnych technologii		Zachęcanie lekarzy specjalistów onkologii klinicznej z ościennych województw do podejmowania pracy w woj. małopolskim przez proponowanie konkurencyjnych wynagrodzeń		pokoleniowa, która może się pogłębiać.
10	Onkologia i hematologia dziecięca	Zwiększenie liczby specjalistów oraz zwiększenie wiedzy personelu w zakresie nowoczesnych technologii	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w onkologii i hematologii dziecięcej  Wzrost liczby personelu pielęgniarskiego i jakości kształcenia specjalistycznego  Wzrost liczby psychoonkologów  Wzrost liczby sekretarek medycznych, dokumentalistów, statystów i informatyków	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Onkologia i hematologia dziecięca to bardzo wąska specjalizacja wymagająca zwiększenia liczby specjalistów i możliwości dostępu w celu odmłodzenia i uzupełnienia zespołów w Oddziale Onkologicznym i Hematologicznym w USD w Krakowie oraz zatrudnienia w nowopowstałych poradniach hematologicznych. Od wielu lat w oddziałach onkologii i hematologii dziecięcej rażąco niska obsada pielęgniarstwa, zwiększenie liczby pielęgniarek zapewni lepszą opiekę nad dziećmi z chorobą nowotworową. Konieczne jest zwiększenie obsady psychoonkologów i zapewnienie dzieciom i ich rodzinom odpowiedniego wsparcia psychicznego. Biorąc pod uwagę intensywność leczenia chorych na nowotwory, niezmiernie ważne jest dokładne prowadzenie na bieżąco dokumentacji, co jest bardzo czasochłonne. Ponadto istnieje konieczność prowadzenia rozbudowanej dokumentacji do rozliczeń finansowych i świadczeń, a także wykonywania analiz statystycznych. Nie powinno się wykorzystywać czasu pracy lekarza i pielęgniarki do przygotowywania tej dokumentacji, która powinna być prowadzona w porozumieniu i pod kierunkiem lekarza, ale wykonywana przez sekretarkę medyczną lub dokumentalistę. Poprawi to jakość prowadzonej dokumentacji medycznej oraz przeprowadzanych analiz dotyczących oceny uzyskanych wyników leczenia, występujących toksyczności, rzeczywistych kosztów diagnostyki i leczenia oraz wyników ekonomicznych.	
11	Otolaryngologia	Zwiększenie liczby specjalistów oraz zwiększenie wiedzy personelu w zakresie nowoczesnych technologii	Do 2020 roku	Organizowanie kształcenia doskonalącego umiejętności i wiedzę lekarzy posiadających już specjalizację	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Zbyt mało specjalistów w powiatach górskich, co ma podstawowe znaczenie w zimowych warunkach pogodowych. Liczba specjalistów operatorów jest zbyt mała.	
12	Pediatria	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie pediatrii	Do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w zakresie pediatrii	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Jednym z najistotniejszych problemów polskiej pediatrii jest zmniejszająca się wykwalifikowana kadra lekarska. Największym problemem braku kadr medycznych jest	

							w szpitalach rejonowych. Dużym problemem jest przede wszystkim brak specjalistów do pełnienia dyżurów medycznych. W niektórych szpitalach łączy się funkcje lekarza dyżurnego oddziału pediatrycznego, noworodkowego i izby przyjęć. Większość poradni specjalistycznych jest zlokalizowana w Krakowie
	13	Położnictwo i ginekologia	Zwiększenie liczby specjalistów oraz zwiększenie wiedzy personelu w zakresie nowoczesnych technologii	do 2020 roku	Zwiększenie liczby osób szkolących się w zakresie położnictwa i ginekologii  Szkolenia lekarzy specjalistów w zakresie patologii ciąży oraz nowoczesnych technologii (np. zabiegi endoskopowe)	Liczba specjalistów w porównaniu do roku 2014	Podniesienie jakości udzielanych świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii.
	14	Radioterapia	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie radioterapii	do 2020 roku	Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych oraz naboru na specjalizacje lekarskie w dziedzinie radioterapii  Wzmocnienie kadry fizyków medycznych, techników radioterapii, oraz pielęgniarek ze specjalizacją onkologiczną  Zwiększenie liczby jednostek szkolących, uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarskich o 2 podmioty	Liczba specjalistów w dziedzinie radioterapii w stosunku do 2014 roku  Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w stosunku do 2014 roku	Liczba lekarzy specjalistów radioterapii onkologicznej jest niewystarczająca (dla pełnego wykorzystania posiadanej przez ośrodki aparatury - brakuje ok. 10-15 lekarzy. Aktualnie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest 25 lekarzy. Niewystarczająca jest także liczba jednostek szkolących, uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, którą należałoby zwiększyć o 2 jednostki: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy i Specjalistyczny Szpital im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.
	15	Stomatologia dziecięca i protetyka stomatologiczna	Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej	długoterminowy	Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych oraz naboru na specjalizacje stomatologiczne w szczególności: stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej	Liczba specjalistów w dziedzinie stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej w stosunku do 2014 r	Gwałtownie zmniejszająca się liczba specjalistów protetyki stomatologicznej. W województwie małopolskim tylko 3 jednostki prowadzi szkolenie specjalizacyjne z tego 1 posiada miejsca specjalizacyjne wyłącznie na potrzeby MON. Rekomendowana liczba to 1 lekarz specjalista protetyki na 20 000 mieszkańców. W województwie małopolskim potrzeba 169 lekarzy specjalistów protetyki stomatologicznej. Aktywnych zawodowo jest 132 lekarzy z tego 34 osoby powyżej 70 r. życia. Podobna sytuacja ma miejsce w stomatologii dziecięcej. W Polsce 90% dzieci ma próchnicę zębów..

## **b. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego wg opinii konsultantów wojewódzkich**

Przewiduje się, że w wyniku zmian demograficznych niezbędne będzie podniesienie nakładów na zdrowie o 52% do 2035 roku. Pozwoli to jednak jedynie na utrzymanie poziomu zaspokojenia świadczeń zdrowotnych na obecnym poziomie.<sup>1</sup> Jeśli chodzi o wydatki na zdrowie w europejskich krajach w stosunku do PKB Polska zdecydowanie odstaje od czołówki. W Holandii, Niemczech i Francji wydatki na służbę zdrowia wynoszą ok. 12% PKB.<sup>1</sup> Natomiast Minister Finansów przewiduje, że za 3 lata w Polsce na ochronę zdrowia będziemy wydawać 4,5% PKB, o 0,1 p.p. mniej niż w 2014 roku.<sup>2</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia nie koncentruje się na rozliczaniu efektów leczenia, finansuje produkcje świadczeń. Bardzo wysokie są pośrednie wydatki na leczenie związane z utratą produktywności pracowników, zwolnień lekarskich i wcześniejszych emerytur.<sup>1</sup> Konieczna jest wiedza ile rzeczywiście kosztuje ochrona zdrowia oraz systemy informatyczne zbierające dane o wszystkich pacjentach i rejestrujące wszystkie wykonane usługi. W wielu krajach sprawdziła się karta elektroniczna dla obywateli na której zapisuje się wszystkie czynności medyczne, jakim podlegają.

Z informacji przesyłanych przez Konsultantów wojewódzkich wynika, że największą barierą poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz podniesienie poziomu satysfakcji pacjenta z systemu wydaje się być ograniczone finansowanie.

### Propozycje Konsultantów wojewódzkich:

**Alergologia** - Zwiększenie wysokości kontraktu na świadczenia opieki szpitalnej dla dorosłych i dla dzieci oraz liczby łóżek szpitalnych w dotychczasowych oddziałach szpitalnych dla dorosłych i dzieci dla specjalistycznych badań diagnostycznych i terapeutycznych oraz świadczeń ambulatoryjnych w zakresie alergologii dla dorosłych i dzieci.

**Anestezjologia i intensywne terapie** - Zmiana systemu rozliczania świadczeń zdrowotnych w obszarze anestezjologii i intensywnej terapii. Wprowadzenie do systemu świadczeń zdrowotnych stanowiska „Advanced Critical Care Practitioner”. Zwiększenie różnicowania finansowania świadczeń w zakresie intensywnej terapii w odniesieniu do poziomu referencyjnego ośrodka. Zwiększenie różnicowania finansowania świadczeń w zakresie anestezjologii w zależności od stanu zdrowia chorego, stopnia zaawansowania stosowanych technik anestezjologicznych oraz ocenianej jakości leczenia. Stworzenie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w oparciu o koszty leczenia chorego a nie o koszt wdrożonych procedur medycznych.

**Angiologia** - Przeniesienie finansowania z oddziału angiologii i kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego na centrum angiologiczne.

**Chirurgia ogólna** - Zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia z budżetu państwa. Redukcja liczby łóżek chirurgicznych pozwoli na zaoszczędzenie funduszy koniecznych na realizację przedstawionych celów.

**Chirurgia klatki piersiowej** - Optymalizacja świadczeń ambulatoryjnych, stworzenie warunków do rozwoju zabiegów minimalnie inwazyjnych i badań przesiewowych, zależy przede wszystkim od odpowiedniego finansowania i zasad kontraktowania. We wszystkich tych trzech obszarach zasoby

ośrodków w Małopolsce są wystarczające do ich wdrożenia – brak finansowania i rozproszenie świadczeń są jedyną przeszkodą.

**Chirurgia naczyniowa** - realizacja wymaga zwiększonych nakładów finansowych. Część można pozyskać likwidując finansowanie oddziałów chirurgii naczyniowej planowej, które realizują wyłącznie procedury z zakresu chirurgii ogólnej

**Chirurgia onkologiczna** - Radykalne zmniejszenie biurokracji dla NFZ zabierające czas specjalistom. Weryfikacja wyceny procedur onkologicznych uwzględniająca faktyczne koszty leczenia chorych obciążonych chorobami współistniejącymi. Zniesienie limitów na badania diagnostyczne i niezwłoczne opłacanie wykonanych procedur onkologicznych umożliwi likwidację tzw. szybkiej ścieżki leczenia onkologicznego (likwidacja kart DILO z wyjątkiem zaplanowania leczenia, czyli konsylium).

**Chirurgia szczękowo-twarzowa** - Poprawa wyceny niedofinansowanych procedur chirurgicznych (operacje onkologiczne, rekonstrukcje mikrochirurgiczne po rozległych zabiegach onkologicznych, operacje gruczołów ślinowych, osteosynteza w złamaniach wielomiejscowych trzewioczaszki).

**Chirurgia urazowo-ortopedyczna** - Dotychczasowe spostrzeżenia i obserwacje jednoznacznie wskazują na konieczność priorytetu właściwego finansowania podmiotów publicznych. Środki finansowe w ramach kontraktów NFZ zostały rozdrobione w finansowaniu dużej liczby podmiotów niepublicznych, które nie stwarzają możliwości pełnego kompleksowego zaopatrzenia i leczenia chorych ortopedyczno-urazowych.

**Choroby płuc** – Zwiększyć nakłady finansowe na profilaktykę i leczenie gruźlicy lekoopornej.

**Oddział chorób wewnętrznych** - Zwiększenie finansowania procedur internistycznych - generalnie, ale szczególnie w przypadku wielochorobowości i u osób po 60 r. ż.

**Dermatologia** - Wobec wynikających z kontroli placówek przez Konsultanta licznych przypadków raczej estetycznych problemów skórnych zaopatrywanych przez lekarzy pracujących w poradniach rejonowych i proporcjonalnie ciężkich dermatoz zaopatrywanych przez poradnie przyoddziałowe (szpitalne) oraz faktu że pacjenci dużo chętniej chcą korzystać z poradni przyszpitalnych zarówno zatrudnienie dermatologów powinno się zwiększyć w tych poradniach jak i środki finansowe (bardziej skomplikowane porady diagnostyczne) powinny być przesunięte do tych poradni, konsultant postuluje wprowadzenie rzeczowej referencyjności placówek .

**Diabetologia** - Stopniowe wprowadzanie refundacji dla nowoczesnych leków/technologii w diabetologii.

**Endokrynologia** - Zwiększenie finansowania procedur diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych zwłaszcza w ośrodkach wysokospecjalistycznych.

**Gastroenterologia** - Zwiększenie limitów na leczenie biologiczne w Małopolsce w ramach Programów Lekowych.

**Gastroenterologia dziecięca** - Poprawa wyceny świadczeń pediatrycznych w katalogu JGP między innymi :w celu poszerzenia możliwości leczenia biologicznego dla dzieci (programy lekowe) w tym możliwość prowadzenia terapii biologicznej w warunkach ambulatoryjnych.

**Geriatryka** - Dofinansowanie procedur geriatrycznych oraz zwiększenie finansowania leczenia chorych geriatrycznych przez zastosowanie przelicznika w zależności od stopnia wielochorobowości lub wieku powyżej 80 lat;

**Ginekologia onkologiczna** - Finansowanie opieki ambulatoryjnej prowadzącej badania profilaktyczne i wczesne wykrywanie nowotworu. Dofinansowanie ośrodków kompleksowego leczenia posiadających odpowiednią bazę ,kadre, sprzęt oraz spełniające kryteria jakości. Finansowanie nowoczesnych form leczenia.

**Hipertensjologia** - Zwiększenie nakładów finansowych na zabiegi ablacji częstoskurczów komorowych spowodowanych organiczną chorobą serca. To ostry stan kardiologiczny wymagający pilnego leczenia inwazyjnego zabiegiem ablacji. Pozostawiony bez interwencji chory umrze, stąd są to zabiegi ratujące życie, które jako takie powinny być finansowane bez limitów. Dodatkowe środki finansowe są niezbędne również w odniesieniu do procedur, które nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach diagnostyki omdleń.

**Hematologia** - Premiowanie przez płatnika kompleksowej opieki nad pacjentem hematologicznym wymagającym wykonania procedury przeszczepienia szpiku i zwiększenie finansowania w zakresie opieki nad pacjentami z odrzutem szpiku kostnego i powikłaniami po przeszczepie szpiku.

**Kardiochirurgia** - Konieczne jest zrewidowanie finansowania procedur kardiochirurgicznych i wielospecjalistycznych, tak, aby odzwierciedlały rzeczywisty koszt opieki nad pacjentem (ryczałtowe finansowanie nie uwzględnia możliwości wystąpienia powikłań i nie zaspokaja potrzeb leczenia hybrydowego). Problem stanowi wycena świadczeń przez NFZ – świadczenia ryczałtowe na poziomie niezmiennym od dłuższego czasu nie znajdują odbicia w realnym świecie (pacjenci są coraz starsi, ryzyko powikłań i tym samym zwiększonych nakładów pieniężnych jest coraz większe, a finansowanie pozostaje niezmiennie!).

**Kardiologia** - Większość procedur kardiologicznych jest zdecydowanie niedoszacowana – w wycenie bierze się pod uwagę koszty zabiegów bez kosztów pośrednich i diagnostyki. Ze względu na starzejące się społeczeństwo i wielochorobowość powinna istnieć możliwość łącznego rozliczania kilku procedur wykonanych podczas jednej hospitalizacji (np. ostry zespół wieńcowy + zapalenie płuc + dializoterapia). Krajowy budżet kardiologiczny wynosi ok 3 mld zł (ok. 11% całkowitego budżetu na hospitalizacje) i nie jest wystarczający dla zaspokojenia potrzeb w pełnym zakresie. Choroby układu krążenia zajmują nadal pierwszą pozycję jako przyczyna zgonów w Polsce (prawie 50%). Dlatego też konieczne jest zwiększenie budżetu na kardiologię poprzez zwiększenie całkowitych nakładów na opiekę zdrowotną w naszym kraju.

**Medycyna paliatywna** - Finansowanie świadczeń w oparciu o realne koszty (zgodnie z wyceną AOTM kosztu osobodnia) bez zróżnicowanie stawek w poszczególnych regionach PL pozwoli na: 1. zagwarantowanie zindywidualizowanej opieki specjalistycznej zgodnie ze standardami 2. dobrą jakość

opieki 3. ograniczenie zadłużania placówek 4. uzupełnienie bazy lokalowej, modernizacje, remonty oraz sprzęt 5. wykonywanie procedur [leczenie farmakologiczne bólu z użyciem dostępnych opioidów, zabiegowe procedury bólowe, nowoczesna antybiotykoterapia, diagnostyka i pełnoprofilowe leczenie stanów nagłych, bisfosfoniany, przetaczanie krwi, żywienie pozajelitowe (jedyne obowiązujący wskaźnik korygujący), paliatywna radioterapia, PEG, wymiana rurki tracheostomijnej, nakłucie jamy otrzewnej, opłucnej, opatrunki odleżynowe, zaopatrzenie ortopedyczne] 6. Kształcenie kadr (referencyjność placówek, jakość kształcenia, specjalizacja deficytowa)

**Neurochirurgia** - Tworzenie dużych ośrodków neurochirurgicznych mogących kompleksowo leczyć chorych od obrażeń czaszkowo-mózgowych do neurochirurgii funkcjonalnej. Spowoduje to racjonalne wykorzystanie często bardzo drogiego sprzętu nie tylko w operacjach sporadycznych ale w operacjach codziennych. Umożliwi to tworzenie ośrodków szkolących o wysokim poziomie doświadczenia jak i umożliwiające szkolącym się uczestniczenie w szerokim aspekcie leczenia neurochirurgicznego. Zwiększenie środków na tworzenie oddziałów dla chorych wymagających przewlekłego leczenia co automatycznie przy niskich kosztach tworzenia takich ośrodków spowoduje odblokowanie wysokonakładowych łóżek neurochirurgicznych. Preferowanie kontraktowe ośrodków mających znaczącą liczbę operacji kompleksowych, możliwość leczenia endowaskularnego oraz mających w strukturze szpitala zaplecze wielospecjalistyczne.

**Onkologia w tym onkologia kliniczna** - Przekierowanie środków do stworzonych ośrodków referencyjnych - w Krakowie trzy ośrodki Centrum Onkologii, Szpital Uniwersytecki, Szpital Rydygiera. Ponadto poza Krakowem: Szpital w Tarnowie i Nowym Sączu. Stworzenie preferencyjnych warunków finansowania świadczeń w ramach referencyjności ośrodków gdzie najwyższy stopień referencyjności będzie dotyczył ośrodków kompleksowo realizujących świadczenia np. onkologiczne. Konieczne jest zaplanowanie odpowiedniego kontraktowania świadczeń i właściwej wyceny procedur

**Onkologia i hematologia dziecięca** - Konieczne zwiększenie finansowania onkologii i hematologii dziecięcej zarówno dla potrzeb przeprowadzenia niezbędnej diagnostyki (z uwzględnieniem wszystkich potrzebnych form obrazowania, badań genetycznych), optymalnego i innowacyjnego leczenia, monitorowania odpowiedzi na leczenie (w tym oznaczania minimalnej choroby resztkowej), obserwacji i kontrolowania po zakończeniu leczenia. Konieczne umożliwienia finansowania według rzeczywistych kosztów.

**Okulistyka dziecięca** - Bardziej korzystna wycena procedur w okulistyce dziecięcej.

**Otolaryngologia** - Komentując kontrakt nie został on przygotowany kompetentnie, w oderwaniu od moich sugestii. Należy właściwie wycenić procedury otolaryngologiczne.

**Pediatria** - Umożliwienie finansowania pobytów matki z dzieckiem. Umożliwienie finansowania diagnostyki specjalistycznej w oddziałach ogólnopediatrycznych. Umożliwienie kontraktowania usług specjalistycznych poradni ogólnopediatrycznych. Poprawa wyceny procedur pediatrycznych zarówno w zakresie leczenia szpitalnego jak i opieki ambulatoryjnej.



**Położnictwo i ginekologia** - zmniejszenie liczby oddziałów spowoduje przekierowanie strumienia finansowego płatnika publicznego do scentralizowanych 3-5 ośrodków zajmujących się głównie patologią ciąży i onkologią ginekologiczną.

**Psychiatria** – Za wskazane uważa się przeznaczenie dodatkowych środków na dofinansowanie świadczeń w zakresie psychiatrii. Psychiatria jest dziedziną medycyny, na którą przez wiele lat przeznaczano zbyt mało środków (wyraźnie poniżej średniej europejskiej), co niekorzystnie wpływało na warunki w jakich świadczone były usługi medyczne i terapeutyczne. Jest potrzebą chwili, aby odwrócić to zjawisko i zapewnić osobom chorującym psychicznie godne warunki zarówno w zakresie dostępności leczenia - poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego jak i warunków w jakich przebiega terapia. Warunki te w istotny sposób wpływają na samopoczucie pacjentów i szanse uzyskania przez nich poprawy stanu psychicznego.

**Radioterapia** - Sprawą szczególnej wagi jest obecnie zapewnienie finansowania najnowocześniejszej metody radioterapii, a więc radioterapii protonowej. W Krakowie powstał jeden z 4 najnowocześniejszych ośrodków tej radioterapii na świecie. Dotychczas chorzy wymagający tego leczenia kierowani byli do ośrodków zagranicznych, głównie w Niemczech i Francji. W drugiej połowie bieżącego roku rozpocznie się radioterapia protonowa pierwszych chorych, prowadzona przez Centrum Onkologii w Krakowie, w oparciu o wiązkę protonów dostarczoną przez Centrum Protonowe w Bronowicach. Przewidywana liczba w roku 2016 to ok. 50 chorych; liczba ta może wzrosnąć do ok. 200 chorych w 2017 roku i będzie wzrastać w latach kolejnych. Konieczne jest zapewnienie finansowe tego leczenia przez małopolski NFZ.

**Rehabilitacja** - Wycena świadczeń związanych z rehabilitacją leczniczą, szczególnie w oddziałach stacjonarnych rehabilitacji ogólnoustrojowej, od początku kontraktowania była zbyt niska. Taka sytuacja w skali kraju i w skali województwa prowadziła do istotnego niedofinansowania, sięgającego według wyliczeń niektórych szpitali 60%. Sytuacja uległa zmianie ponieważ od dnia 01.01.2017 r. w stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej obowiązuje rozliczenie na podstawie osobodnia z uwzględnieniem jednorodnych grup pacjentów (JGP). Warunkiem zaliczenia do lepiej finansowanej grupy jest jednak rozpoczęcie leczenia rehabilitacyjnego w okresie do pół roku.

**Toksykologia** - Zarówno telefoniczna konsultacja toksykologiczna jak i wykonywanie oznaczeń toksykologicznych powinno mieć niezależne źródło finansowania (np. kontraktowanie z NFZ) z uwagi na występujące trudności z utrzymaniem funkcjonowania zarówno Ośrodków Informacji Toksykologicznej jak i Pracowni Analiz Toksykologicznych przez szpitale. Problem dotyczy całego kraju.

**Urologia** - Zwiększenie środków dla oddziałów wykonujących zabiegi kompleksowe, dla jednostek szkolących. Zniesienie bariery nadwykonań dla tych oddziałów i pełna płatność NFZ za wykonane, sprawozdanie i sprawdzone procedury.

**Urologia dziecięca** - możliwość finansowania projektów profilaktyki i diagnostyki w okresie wczesnodziecięcym.

Jednym z elementów naprawy systemu ochrony zdrowia jest zwiększenie nacisku oraz ilości środków przeznaczonych na edukację, powinna ona rozpocząć się już od szkoły podstawowej i polegać na tworzeniu dobrych nawyków żywieniowych wśród dzieci. Należy zająć się intensywną promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób cywilizacyjnych.

Podsumowując, można stwierdzić, że zwiększenie nakładów na służbę zdrowia nie musi oznaczać rozwiązania problemów w służbie zdrowia. Niezbędne jest ich rozmieszczenie w ramach systemu.

## **Spis załączników:**

- Zał. 1. Analiza i diagnoza stanu aktualnego na podstawie Mapy potrzeb zdrowotnych lecznictwa szpitalnego województwa małopolskiego oraz sprawozdania MZ-29 stan na 31 grudnia 2014
- Zał. 2. Analiza i diagnoza stanu aktualnego stan na 30 kwietnia 2016 – opracowanie na podstawie danych małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

## **Bibliografia:**

1. Gujski M., Kalbarczyk W. P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, 2013.
2. Solecka M., *Długi Szpitali: tykająca bomba*, „Służba Zdrowia” 2016, nr 43-50.