Załącznik do zarządzenia Wojewody Małopolskiego

z dnia 2 marca 2018 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 15 grup chorób – Moduł B –

luty 2018 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. Ekspercka 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
2. Diagnoza stanu aktualnego……………………………………………………. 4
3. Stan docelowy…………………………………………………………………. 8
4. Różnice pomiędzy stanem docelowym a aktualnym………………………. 13
5. Przyczyny różnic pomiędzy stanem docelowym a aktualnym
i ich istotność…………………………………………………………………. 22
6. Strategia i wdrażanie
7. Priorytety zdrowotne………………………………………………………. 27
8. Proponowane przekierowanie strumienia finansowego płatnika
publicznego…………………………………………………………..………. 63

Spis załączników………………………………………………………………….... 68

Bibliografia……………………………………………………………… ...………. 68

1. **ANALIZA I DIAGNOZA**
2. **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 km², 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 km²), 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 km² oraz chrzanowskim 341 osób na km². Najmniejsze zagęszczenie na km² 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 wewnętrznie 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 nieznane 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 lecznictwa 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 diabetologii 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.**

1. **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%.”1 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 lecznictwa 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. rozszerzenia zakresu tematycznego oraz poziomu finansowania działań profilaktycznych, służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych umożliwiających wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowychstanowiących główne problemy epidemiologiczne w województwie  *(choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego i moczowo - płciowego)*,
	2. zwiększenia skuteczności wieloletnich programów przesiewowych wczesnego wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego,
	3. wdrożenia w województwie badań przesiewowych, obejmujących całą populacje o największym ryzyku, w kierunku wczesnej wykrywalności raka płuca prowadzonych metodą nisko dawkowej tomografii komputerowej,
	4. zwiększenia liczby programów prewencyjnych zapobiegania urazom oraz leczenia ich skutków ukierunkowanych w szczególności na dzieci,
	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,
	6. wdrożenie programów badań przesiewowych wykrywania chorób rzadkich oraz wdrożenie nowych programów diagnostyki i leczenia z oceną jakości i efektywności tych schorzeń,
	7. wprowadzenia systemu długookresowego monitorowania efektów programów z obszaru zdrowia publicznego oraz z zakresu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych,
	8. wprowadzenia systemowego charakteru działań profilaktycznych podejmowanych przez samorządy i spójności merytorycznej oraz organizacyjnej z programami realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia,
	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).*
1. **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:

* 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. równomiernego rozmieszczenia na obszarze województwa oddziałów szpitalnych wykonujących świadczenia zdrowotne (*angiologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, hematologia, onkologia, otolaryngologia, reumatologia),*
	3. podwyższenia jakości usług zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, chorób płuc (chorych na astmę, gruźlicę, mukowiscydozę),
	4. zwiększenia kontraktów na wysokospecjalistyczne zabiegi kompleksowe i procedury hybrydowe w szczególności z zakresie kardiologii, angiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej,
	5. stworzenia oddziałów chemioterapii w trybie dziennym,
	6. utworzenia referencyjnego regionalnego ośrodka leczenia wentylacyjnego
	7. stworzenia ośrodka wykonującego kompleksowe zabiegi chirurgiczne w obrębie pola trzustkowo-dwunastniczego,
	8. zwiększenia dostępu do diagnostyki: endoskopowej ultrasonografii, endoskopii dwubalonowej, enterografii rezonansu magnetycznego, kolonoskopii,
	9. utworzenia oddziału chorych na astmę ciężką,
	10. zwiększenia efektywności oraz integracji leczenia szpitalnego z ambulatoryjną specjalistyczną opieką zdrowotną w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz zmniejszenia kosztów leczenia
	11. podniesienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości i efektywności leczenia szpitalnego w szczególności w zakresie wczesnej diagnostyki chorób cywilizacyjnych,
1. **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:

* 1. stworzenia kompleksowego zaopatrywania chorych z urazami części twarzowej czaszki i innymi współistniejącymi obrażeniami w ramach centrów urazowych
	2. koncentracji usług medycznych w dobrze wyposażonych placówkach dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą specjalistyczną,
	3. stworzenia centrów urazowych dla dzieci które zaspokajałyby wzrastające w tym zakresie potrzeby zdrowotne,
	4. utworzenia „ostrego dyżuru replantacyjnego” na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, w celu skutecznego i szybkiego leczenia chirurgicznego oraz zmniejszenia następstw urazów,
	5. otwarcia Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej zwiększenia bazy łóżkowej w dziedzinie chirurgii plastycznej,
1. **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:

* 1. utworzenia sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego w celu kompleksowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, łączącej profilaktykę, leczenie i rehabilitację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania,
	2. włączenia w tworzone centra zdrowia psychicznego elementów rehabilitacyjnych,
1. **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 sytuacja 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 oun, wad naczyniowych mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo-mózgowych,

5.5. zapewnienia koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach, lub dla przewlekłej respiratoroterapi 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)

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

Dotyczy to zwłaszcza:

* 1. poprawy dostępności do świadczeń szpitalnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu chirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, pediatrii, urologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej,
	2. zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w zakresie świadczeń szpitalnych z chirurgii dziecięcej-utworzenie ośrodka chirurgii bariatrycznej
	3. spadku odsetka cięć cesarskich w województwie,
	4. dalszego spadku wskaźników umieralności okołoporodowej,
	5. wzrostu liczby porodów w znieczuleniu zewnątrzoponowym,
	6. wzrostu wykrywalności wad wrodzonych u dzieci przez kontynuowanie programu badań prenatalnych
	7. utworzenia centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt’,
	8. utworzenia poradni laktacyjnych i banków pokarmu naturalnego,
	9. utworzenia przyszpitalnych specjalistycznych poradni w dziedzinie „pediatria ogólna”,
	10. zwiększenia liczby stanowisk na oddziałach pediatrycznych o typie „matka z dzieckiem”
	11. utworzenia oddziału okulistyki dziecięcej, oddziału opieki paliatywnej dla dzieci oraz oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży,
	12. zwiększenia liczby łóżek w oddziale urologii dziecięcej,
	13. rozwoju ośrodków położniczych na II stopniu referencyjności zaspokajających wysokospecjalistyczną opiekę nad kobietą w ciąży zwłaszcza patologicznej oraz z choroba nowotworową,
	14. podjęcia działań wspierających kształcenie kadry pielęgniarskiej oraz działań promocyjnych zachęcających do pracy w oddziałach pediatrycznych,
	15. poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pediatrycznej (dotyczy różnych specjalności w tym gastroenterologii dziecięcej),
	16. wzmocnienie roli pielęgniarki rodzinnej.
1. **Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawę dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.**

Dotyczy to zwłaszcza:

* 1. poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych z zakresu chirurgii, geriatrii, neurologii,
	2. zwiększenia liczby łóżek w zakładach długoterminowej opieki medycznej
	3. zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych poprzez reorganizację oddziałów chorób wewnętrznych
	4. zwiększenia dostępności oddziałów neurologicznych , zwiększenia liczby łóżek o 30%.
	5. zwiększenia o ok.30% liczby oddziałów neurologicznych, które będą uczestniczyć w programie leczenia stwardnienia rozsianego (głównie poza Krakowem),
	6. wzmocnienia istniejących już placówek hospicjów domowych dla dorosłych (wzrost nakładów, w placówkach),
	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)
1. **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.

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

Dotyczy to zwłaszcza:

* 1. tworzenia w regionie oddziałów o charakterze *„post intensive care unit”,*
	2. zwiększenia odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych, w tym zabiegów hybrydowych i regeneracyjnych dotyczących schorzeń układu krążenia z udziałem wielodyscyplinarnych zespołów,
	3. wyposażenia oddziałów świadczących usługi z zakresu kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej w wysokospecjalistyczny sprzęt wykorzystujący innowacyjne technologie
	4. zakupu nowego angiokardiografu do pracowni hemodynamicznej
	5. zakupu aparatury do badań elektrofizjologicznych i zabiegów krioablacji,
	6. poprawy wyposażenia aparaturowego (np. pozytronowa tomografia komputerowa dla potrzeb diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia w tym chorób rzadkich, akcelerator),
	7. wprowadzenie najnowocześniejszych metod redioterapii tzn. radioterapii jonowej i radioterapii protonowej,
1. **Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych**

Dotyczy to zwłaszcza:

* 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;
	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;
	3. stałego kształcenia doskonalącego umiejętności w chirurgii onkologicznej, otolaryngologii,
	4. promocji medycyny nuklearnej jako podejmowanego kierunku specjalizacji,
	5. zwiększenia metodami promocji publicznej atrakcyjności pracy w dziedzinach deficytowych gdzie brakuje specjalistów, celem przyciągnięcia młodej kadry zawodowej do regionu,
	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,
	7. zachęcenia lekarzy specjalistów np. onkologii klinicznej z ościennych województw do podejmowania pracy w woj. małopolskim przez proponowanie konkurencyjnych wynagrodzeń
	8. zwiększenia liczby pielęgniarek. Krótki pobyt pacjenta w wysokospecjalistycznych ośrodkach, nie wymagających długotrwałej hospitalizacji, wymusza rozwój współpracy z pielęgniarką rodzinną będącą najbliżej pacjenta w jego miejscu zamieszkania.
1. **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. nieadekwatnego do skali głównych problemów epidemiologicznych w województwie zakresu tematycznego oraz poziomu finansowania działań profilaktycznych mających na celu zapobieganie [chorobom](https://pl.wikipedia.org/wiki/Choroba), poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie *(wskaźniki chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego i moczowo - płciowego)*,
	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,
	3. braku realizacji w województwie badań przesiewowych w kierunku wczesnej wykrywalności raka płuca prowadzonych metodą niskodawkowej tomografii komputerowej,
	4. nieadekwatnego do potrzeb zakresu szeroko pojętych programów prewencyjnych ukierunkowanych na zapobieganie urazom, skuteczną reakcję służb ratowniczych oraz leczenie skutków urazów w szczególności u dzieci,
	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,
	6. braku odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów
	z obszaru zdrowia publicznego,
	7. brak programów przesiewowych wykrywania chorób rzadkich oraz nowych programów diagnostyki i leczenia z oceną jakości i efektywności tych schorzeń,
	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,
	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).*
1. **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:

* 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. 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,
	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 operacja onkologiczne przeprowadzane aktualnie poza województwem, *onkologii* – niedostateczna liczba oddziałów chemioterapii w trybie dziennym, urologii – niedostateczna liczba oddziałów
	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),
	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.,
	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.
1. **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.

1. **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:

* 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,
	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.
1. **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:

* 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,
	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,
	3. niedostosowanej do liczby i struktury potrzeb zdrowotnych pacjentów okulistycznych (aktualnych i prognozowanych) organizacji i efektywności funkcjonujących aktualnie oddziałów szpitalnych, w tym w zakresie leczenie dzieci oraz wykonywania świadczeń zabiegowych,
	4. braku specjalistycznej Izby Przyjęć lub SOR zabezpieczającej całodobowe zapotrzebowanie na świadczenia okulistyczne w sytuacjach nagłych,
	5. ograniczonej dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń neurochirurgicznych, w tym zabiegów kompleksowych w przypadkach schorzeń onkologicznych oun, wad naczyniowych mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo – mózgowych,
	6. niezapewnienia adekwatnej do potrzeb koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach lub dla przewlekłej respiratoterapii dla pacjentów po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych,
1. **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 geriatrii

**- 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. 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,
	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,
	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,
	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 geriatrii, neurologii oraz lecznictwa długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego oraz holistycznemu podejściu do opieki medycznej nad osobami starszymi,
	5. braku aktualnie możliwości kontraktowania szpitalnego zespołu wspierającego opieki paliatywnej 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. niedostatecznego rozwoju ośrodków terapii endowaskularnej i poradni leczenia ran przewlekłych, co nie sprzyja wykorzystaniu innowacyjnych technik terapii wewnątrznaczyniowej,
	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,
	3. niedostatecznego wyposażenia oddziałów wykonujących świadczenia zdrowotne z zakresu chirurgii dla dzieci w aparaty USG, sprzęt do chirurgii małoinwazyjnej, endoskopy,
	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,
	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 intensywistycznym
	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,
	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,
	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. 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.
	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,
	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,
	4. zbyt małej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny chirurgii dziecięcej oraz niesymetrycznej ich alokacji pomiędzy rejonami i ośrodkami w województwie,
	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 problemuzdrowotnego 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.
1. **STRATEGIA I WDRAŻANIE**
2. **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 | Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych angiologicznych poprzez ich równomierne alokowanie na obszarze województwaPoprawa długofalowej skuteczności leczenia angiologicznego poprzez kompleksową opiekę nad pacjentami oraz wykorzystanie innowacyjnych technik terapii wewnątrznaczyniowej. | Do 2020 roku | 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 województwaZapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem naczyniowym, koordynowanej w warunkach ambulatoryjnych - obejmującej opiekę angiologiczną i diabetologiczną w leczeniu niedokrwiennej stopy cukrzycowej.Poprawa dostępności w ośrodkach endowaskularnych poradni leczenia ran przewlekłychRozwój współpracy z pielęgniarką POZ/ rodzinną w celu kontynuacji zabiegów w warunkach domowychKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014r. Liczba pacjentów leczonych metodą endowaskularną w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku  | 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 zapewniałoby łańcuch opieki. Po zmianie tego stanu poprawiłaby się dostępność racjonalnej diagnostyki, pozwoliłoby to szybciej podejmować leczenie zachowawcze, wcześniej kierować pacjentów zagrożonych na zabiegi wewnątrznaczyniowe i lepiej prowadzić pacjentów po zabiegach. Drugą słabością obecnej opieki angiologicznego 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 szalenie 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.  |
| 2 | Chirurgia naczyniowa | Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej | Do 2020 roku | Zwiększenie wykorzystania oddziałów chirurgii naczyniowej poza Krakowem.Zwiększenie odsetka świadczeń zabiegowych we wszystkich oddziałach. Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 rokuOdsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku | 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 | Kontynuacja wdrażania programu mechanicznego wspomagania pracy sercaRozwój kardiologicznej bazy rehabilitacyjnejUtworzenie na bazie istniejącego potencjału zespołów wielospecjalistycznych Poprawa zabezpieczenia w zakresie kompleksowych zabiegów hybrydowych | 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. Przestarzałe 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 | Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologiiPoprawa dostępności do ambulatoryjnych oraz wysokospecjalistycznych, hybrydowych i innowacyjnych metod diagnostyczno- terapeutycznychWdrożenie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej  | długoterminowy | Poprawa dostępności do nieinwazyjnych ambulatoryjnych badań diagnostycznych w tym echokardiografii, kardiologicznego rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, scyntygrafii serca. Poprawa dostępności do nowych leków między innymi: przeciwpłytkowych, przeciwzakrzepowych, nowych leków w leczeniu niewydolnościWdrożenie kompleksowej opieki nad pacjentami kardiologicznymi szczególnie po ostrych zespołach wieńcowych i innych zabiegach z zakresu kardiologii interwencyjnej.Zabezpieczenie dostępności i finansowania kompleksowych zabiegów hybrydowych i innowacyjnych w zakresie chorób układu krążeniaZapewnienie dostępności poprzez zwiększenie finansowania diagnostyki i leczenia niewydolności serca omdleń, chorób rzadkich chorób układu krążenia, (hiperlipidemii rodzinnej, nadciśnienia płucnego etc.)Rozwój podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz do lekarza POZ.Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami  | Czas oczekiwania na poradę, badania diagnostyczne i zabieg Liczba zabiegów w stosunku do 2014 roku | Posiadana baza oddziałów kardiologicznych włącznie z kilkunastoma pracowniami 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. Z przedstawionych założeń mapy potrzeb wynika, że należy rozważyć zasadność istnienia oddziałów 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. Dotychczasowy podział kompetencji kardiologów, chirurgów naczyniowych, angiologów i kardiochirurgów jest nieaktualny.Konieczne jest wprowadzenie umiejętności i tworzenie wielospecjalistycznych zespołów. Istnieje konieczność utworzenia na bazie klinik Instytutu Kardiologii UJ CM interdyscyplinarnych zespołów specjalistów w zakresie diagnostyki i kompleksowego leczenia wszystkich chorób sercowo-naczyniowych – m.in. wrodzonych wad serca, omdleń, ciężkiej niewydolności serca, chorób rzadkich układu krążenia, schorzeń kardioonkologicznych etc.  |
| 5 | Neurologia | Poprawa jakości usług w zakresie neurologii | długoterminowy | Utworzenie na bazie istniejącego potencjału regionalnego ośrodka terapii endowaskularnej ostrego udaru mózgu Rozwój podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz do lekarza POZ.Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | 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 zasobów ludzkich i sprzętowych. W ramach działalności CITO wykonano 80 nowatorskich zabiegów usunięcia zakrzepów bezpośrednio z naczynia 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 |
| 6 | choroby wewnętrzne (choroby metaboliczne) | Poprawa dostępnoścido świadczeńambulatoryjnych dla pacjentów z otyłością jako profilaktyka i przeciwdziałanie rozwojowi chorób układu krążenia. | długoterminowy | Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z otyłością poprzez objęcie diagnostyką chorób metabolicznych, wspartych opieką psychologiczną, dietetyka i fizjoterapeuty - świadczenia w trybie ambulatoryjnym. | Liczba pacjentów leczonych z powodu otyłości.  | Otyłość jest jedną z podstawowych przyczyn chorób układu krążenia, podłożem chorób metabolicznych i powikłaniem innych chorób. |
| 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. *high-volume Centre* Stworzenie warunków do rozwoju chirurgii minimalnie inwazyjnej Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąRozwój profilaktyki - wdrożenie programu badań przesiewowych w kierunku raka płuca | Liczba świadczeń w stosunku do 2014 rokuCzas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 rokuLiczba 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, ze 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, ze rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów prowadzenie takich badań jest w pełni uzasadnione. |
| 2 | Chirurgia ogólna | Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia onkologicznegoPoprawa jakości leczenia poprzez wykonywanie zabiegów operowanych laparoskopowo. | Do 2020rokdługoterminowy | Utworzenie na bazie istniejącego potencjału ośrodka zajmującego się problematyką schorzeń pola trzustkowo-dwunastniczegoZwiększenie odsetka świadczeń zabiegowych zwłaszcza kompleksowych na oddziałach chirurgicznychKoncentracja i równomierne rozłożenie dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznychRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąStosowanie laparoskopii w ostrych zabiegach chirurgicznych  | Czas oczekiwania na świadczenia Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuOdsetek zabiegów wysokospecjalistycznych w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym rokuOdsetek zabiegów laparoskopii w stosunku do 2014 r. | Najczęstszą przyczyną hospitalizacji są nowotwory oraz choroby przewodu pokarmowego. W województwie brak ośrodków zajmujących się nowotworami pola trzustkowo-dwunastniczego, w efekcie czego chorzy często trafiają na leczenie w stadium rozsiewu lub z nowotworem nieoperacyjnym. Słaby dostęp do świadczeń wysokospecjalistycznych wymusza migrację pacjenta między powiatami, często daleko od miejsca zamieszkania. Obecnie łóżka wykorzystywane są nieefektywnie , szczególnie w dużych miastach obłożenie nie przekracza 50%. Istnieje również dysproporcja lokalizacji ośrodków (duże nagromadzenie oddziałów chirurgicznych w jednym regionie) przy jednoczesnym ograniczeniu dostępu do zabiegów kompleksowych. Brak ośrodka leczenia onkologicznego zabezpieczającego powiat nowotarski, tatrzański oraz suski. Zwiększenie obłożenia łóżek w szpitalach wykonujących kompleksowe zabiegi w obrębie jamy brzusznej poprawi dostęp do leczenia onkologicznego. Obecnie opieka ambulatoryjna jest zmarginalizowana, zarówno w okresie przed jak i pooperacyjnym.Aktualnie chirurgia małoinwazyjna zyskuje coraz więcej zwolenników.  |
| 3 | Chirurgia onkologiczna | Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej | Do 2020rok | Utworzenie na bazie istniejącego potencjału wysokospecjalistycznych oddziałów w zakresie chirurgii onkologicznejKoncentracja 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 laparoskopowychPoprawa 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 ginekologicznychUtworzenie referencyjnego ośrodka leczenia raka jajnika | Mając na uwadze dużą liczbę specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej  i liczbę zachorowań na  nowotwory narządu rodnego, należy dążyć aby leczeniem operacyjnym  raka szyjki macicy, raka trzonu macicy i raka sromu  zajmowali się ginekolodzy onkologiczni. Złe wynikli 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 hematologicznymLokalizacja 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.Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentamiAdekwatne do celów leczenia i możliwości budżetu finansowanie kompleksowej opieki nad pacjentem hematologicznym. | 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. |
| 7 | Onkologia | Poprawa dostępności do świadczeń w zakresie onkologii | Do 2020 roku | Stworzenie oddziałów chemioterapii w trybie dziennym, głównie w powiatach proszowickim, miechowskim i tatrzańskimZwiększenie kompleksowej realizacji świadczeń onkologicznychNowelizacja przepisów dotyczących pakietu onkologicznegoKoordynowanie 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 dziecięcejUtworzenie poradni specjalistycznych o profilu hematologicznym dla dzieci w każdym powiecieUtworzenie 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-leczniczego 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 piersi  | do 2020 roku | Zwiększenie dostępności do badań profilaktycznych | Liczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi w stosunku do 2014 rokuLiczba kobiet objętych badaniami profilaktycznymi w stosunku do liczby kobiet mogących przystąpić do badania w danym roku | Niska zgłaszalność na realizowane programy profilaktyczne dotyczące wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i piersi uzasadnia konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy ich efektywności |
| 10 | Urologia | Poprawa dostępności do diagnostyki i wydłużenie czasu przeżycia z chorobą nowotworową układu moczowo płciowego | do 2020 roku | Zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych w oddziałach urologicznychKoncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych Utworzenie na bazie istniejącego potencjału oddziałów urologicznych do hospitalizacji około 2 tys. pacjentów rocznieRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąRozwój profilaktyki nowotworowejKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Odsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuOdsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 rokuLiczba 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 dla dorosłych chorych na mukowiscydozę  | do 2020 roku | Utworzenie na bazie istniejącego potencjału Ośrodka, tam gdzie może być zapewniona opieka interdyscyplinarna tj. psychologa, transplantologa, gastrologa i pulmunologa. | Utworzenie ośrodka | Leczenie powinno odbywać się w strukturach oddziału o profilu chorób płuc wraz z kontynuacją leczenia w poradni chorób płuc lub poradni leczenia mukowiscydozy. Warunki, jakie docelowo powinien spełniać ośrodek leczenia mukowiscydozy i jakie należy rozważyć planując objęcie opieką tej grupy chorych to przede wszystkim: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 intensywna terapia lub łóżka intensywnej opieki medycznej (wzmożonego 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 ciężkąPoprawa jakości i skuteczności leczenia chorych na ciężką astmę oskrzelową poprzez wprowadzenie do leczenia metody termoplastyki oskrzeli. | do 2020 rokudługoterminowy | Utworzenie Ośrodka Leczenia Ciężkiej Astmy na bazie oddziałów Pulmonologicznego i AlergicznegoZwiększenie dostępności leków biologicznych dla chorych na ciężką astmę alergicznąRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej-kwalifikacja chorych z ciężką astmą do leczenia biologicznegoRozwój podstawowej opieki zdrowotnej-rozpoznawanie ciężkich postaci astmy oskrzelowej i kierowanie do ośrodków specjalistycznychZwiększenie dostępności do metody bronchotemoplastyki wykonywanej w warunkach szpitalnychRozpoczęcie starań o wpisanie metody bronchotermoplastyki do listy procedur JGP finansowanych przez NFZ | Utworzenie oddziału chorych na astmę ciężkąLiczba 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 niealergicznej. 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 | Zwiększenie dostępności do badania spirometrycznego.Poprawa wykrywalności przewlekłej niewydolności oddychania. Utworzenie samodzielnych ddziałów nieinwazyjnej wentylacji finansowanych przez NFZZwiększenie dostępności do koncentratorów tlenu w poradniach DLTZwiększenie dostępności do leczenia metodą wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowychZwiększenie liczby transplantacji płuca POChPObjęcie opieką chorych w fazie terminalnej chorobyRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej– przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną | Czas oczekiwania na badanie spirometryczne w stosunku do 2014 rokuLiczba chorych leczonych tlenem w domu w stosunku do 2014 rokuLiczba chorych leczonych metodą wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych w stosunku do 2014 roku Liczba transplantacji w stosunku do 2014 rokuLiczba chorych objętych opieką w fazie terminalnej choroby w stosunku do 2014 roku | 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 |
| 5 | Choroby płuc | Poprawa rozpoznawalności i opieki nad chorymi z zaburzeniami oddychania w czasie snu (OBS- obturacyjny bezdech senny) | do 2020 roku | Rozpowszechnienie dostępności do badania polisomnograficznego.Zwiększenie liczby chorych leczonych metodą CPAP | Liczba osób objętych badaniem polisomnograficznym w stosunku do 2014 rokuLiczba chorych leczonych metodą CPAP w stosunku do 2014 roku | 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. |
| 6 | Choroby płuc | Poprawa jakości opieki nad dziećmi chorymi na gruźlicę | do 2020 roku | Utworzenie na bazie istniejącego potencjału specjalistycznego oddziału dla dzieci chorych na gruźlicę | Liczba dzieci chorych na gruźlicę objętych specjalistyczną opieką szpitalną w stosunku do 2014 roku | Brak ośrodka w Małopolsce dla dzieci chorych na gruźlicę. Konieczność izolowania tych dzieci i stworzenia im opieki długoterminowej. |
| 7 | Choroby płuc | Poprawa jakości opieki nad dziećmi chorymi na 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 otolaryngologiiKoncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych.Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 rokuOdsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuOdsetek 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 świadczeńZwiększenie liczby świadczeń zabiegowych szczególnie endoprotezoplastyk stawówRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną | czas oczekiwania na zabiegi w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznejOdsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku | W oparciu o mapowanie zasobów - większość oddziałów urazowo-ortopedycznych w publicznych jednostkach nie wykorzystuje swojego potencjału bazowego tj. łóżek szpitalnych, bloku operacyjnego i sprzętu oraz zasobów kadrowych. Jest to spowodowane głównie niedoszacowaniem wielkości kontraktów z NFZ. Obserwuje się rozdrobnienie środków finansowych na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które wykonują wyselekcjonowane przez siebie (opłacalne) procedury i nie świadczą kompleksowej opieki medycznej w dziedzinie zaopatrywania obrażeń narządu ruchu. W większości oddziałów zatrudniona jest wystarczająca kadra medyczna. Istotnym problemem jest poprawa dostępności dla pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, należy poprawić warunki bazowe i kadrowe w poradniach ortopedycznych. |
| 2 | Reumatologia  | Poprawa dostępności do świadczeń dla pacjentów z wczesnym stadium zapalnych chorób stawów | Do 2020 roku | Utworzenie (1-2) ośrodków wczesnego wykrywania i leczenia zapalenia stawówPoprawa dostępności leczenia szpitalnego dla chorych poza KrakowemRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku | Niski odsetek pacjentów z ustalonym rozpoznaniem we wczesnym stadium zapalnej choroby stawów. Wdrożenie szybkiej diagnostyki reumatologicznej w trybie ambulatoryjnym przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału reumatologii i przełoży ciężar z diagnostyki z lecznictwa szpitalnego do otwartego, powodując obniżenie kosztów dla płatnika. Wczesne rozpoznanie i leczenie zapalnych chorób stawów pozwoli na uniknięcie hospitalizacji związanych z leczeniem powikłań (ortopedyczne zabiegi naprawcze, osteoporoza i inne). |
| 3. | Rehabilitacja narządu ruchu | Poprawa dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne po zabiegach operacyjnych układu ruchuOgraniczenie liczby trwałych powikłań po urazach oraz z powodu chorób cywilizacyjnych tj. układu ruchu | długoterminowy | Optymalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej-tworzenie zaplecza do świadczeń rehabilitacyjnych/fizjoterapii ambulatoryjnej.Koordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych% osób rehabilitowanych w stosunku osób rehabilitowanych w 2014 rŚredni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne | 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 w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym | 1 | Chirurgia dziecięca | zmniejszenie niesprawności oraz poprawa jakości życia dzieci po urazach | długoterminowy | Stworzenie centrów urazowych dla dzieciWdrożenie programów prewencyjnych zapobiegania urazom oraz leczenia ich skutków  | Stworzenie centrów urazowych dla dzieci | Urazy są przyczyną większej liczby zgonów dzieci niż wszystkie inne przyczyny zgonów łącznie.  |
| 2 | Chirurgia plastyczna | Kompleksowe leczenie chorych wymagających leczenia plastyczno-rekonstrukcyjnego | Do 2020rok | Zwiększenie dostępności leczenia poprzez zwiększenie bazy łóżkowej | Liczba łóżek na oddziałach chirurgii plastycznej w stosunku do roku 2014  | Podana w mapie potrzeb liczba łóżek 0,48 na 100 tys. mieszkańców uwzględnia także tzw. oparzeniowe, w rzeczywistości oddział chirurgii plastycznej posiada tylko 7 łóżek. Liczba łóżek powinna być zbliżona do średniej krajowej, a przynajmniej 2-3 krotnie wyższa od obecnej. Nierozwiązanym problemem jest leczenie skutków operacji bariatrycznych, rozległych zmian nowotworów skóry, odleżyn i wielu innych. |
| 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 UrazowychKoncentracja 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 skutkowała 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 zinstytucjonalizowanego „ostrego dyżuru replantacyjnego” | Duży problem stanowi wysoki odsetek urazów ręki oraz amputacji w zakresie kończyn, które wymagają kompleksowego zaopatrzenia. Tylko niektóre oddziały posiadają zaplecze i przeszkoloną kadrę, która może zaopatrywać w/w urazy. "Ostry dyżur replantacyjny" nie ma dotychczas umocowania prawno-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-twarzonej |
| 6 | Balneologia i medycyna fizykalna | Poprawa dostępności do leczenia uzdrowiskowego zgodnie z profilami uzdrowiskZmniejszenie 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 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. |
| 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 leczenie środowiskowego, łatwy dostęp do leczenie stacjonarnego) we wszystkich powiatach Województwa.Włączenie w tworzone centra zdrowia psychicznego elementów rehabilitacyjnych poprzez współpracę z takimi instytucjami pomocy społecznej jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, mieszkania chronione, miejsca pracy chronionej etc. | Czas oczekiwania na świadczenia w stosunku do 2014 rokuLiczba 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 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 | Utworzenie 20- łóżkowego stacjonarnego oddziału terapeutycznegoUtworzenie 20-łóżkowego stacjonarnego oddziału podwójnych diagnozPoprawa dostępności opieki ambulatoryjnej i środowiskowej Stworzenie kompleksowego modelu profilaktyki zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego Dostępność psychiatrów wieku rozwojowego w izbach przyjęć szpitali ogólnych i pediatrycznych | Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku Czas oczekiwania na wizytę w stosunku do 2014 roku | 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 społecznego. |
| Dla priorytetu nr 6 przewiduje się jako preferowane sposoby realizacji tworzenie, rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz wyposażenie w wyroby medyczne  oddziałów szpitalnych, innych jednostek organizacyjnych szpitali w tym: regionalnych, subregionalnych i ponadregionalnych a także AOS i POZ, oraz wszystkie działania przewidziane w projektach konkursowych i pozakonkursowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. |
| 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 | Wprowadzenie centralnego rejestru chorych na cukrzycęPoprawa dostępności do leków nowej generacji oraz osobistych pomp insulinowych Poprawa dostępności do elektrod do ciągłego monitorowania glikemii w cukrzycy typu IRozwój telemedycynyRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gabinetów stopy cukrzycowej– przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąZwiększenie liczby podmiotów realizujących świadczenia kompleksowej opieki specjalistycznej w zakresie KAOS cukrzyca. | Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku.Liczba deklaracji złożonych do KAOS cukrzyca | 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. Cukrzyca jest schorzeniem wymagającym kompleksowego i wielospecjalistycznego postępowania, przesunięcie pacjentów już zdiagnozowanych do opieki kompleksowej (KAOS cukrzyca) zapewni pacjentom optymalne podejście do schorzenia, a osobom jeszcze nie zdiagnozowanym ułatwi dostęp do poradni diabetologicznych. |
| 2 | Okulistyka | Poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń okulistycznych, w tym w zakresie pozaszpitalnych form opieki Poprawa dostępności do świadczeń okulistycznych dla dzieci  | do 2020 roku | 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.Utworzenie specjalistycznej Izby Przyjęć lub SOR zabezpieczających całodobowe zapotrzebowanie na świadczenia okulistyczne w sytuacjach nagłych Utworzenie oddziału okulistyki dziecięcej Wprowadzenie procedur nielimitowanych dla jednostek chorobowych grożących nieodwracalną utratą wzrokuRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podniesienie standardu wyposażenia w okulistyczny sprzęt diagnostyczny gabinetów AOS | Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2014 rokuOdsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuLiczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku | 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 obłożeń wykazała ponadto, że w latach 2016 - 2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 25,3%.Należy racjonalnie wykorzystać potencjał poradni specjalistycznych i kwalifikacje lekarzy specjalistów jak również POZ. |
| 3 | Neurochirurgia | Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń neurochirurg. w szczególności w przypadkach schorzeń onkologicznych oun, wad naczyniowych mózgu, ciężkich obrażeń czaszkowo – mózgowych, a w przypadku dzieci także wad wrodzonych | do 2020 roku | 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.Zapewnienie koordynowanej opieki w oddziałach paliatywnych, hospicjach lub dla przewlekłej respiratoterapii dla osób po zakończeniu leczenia w wysokospecjalistycznych oddziałach neurochirurgicznych Zwiększenie liczby takich oddziałów.  | Czasu oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2015r. Liczba pacjentów ze schorzeniami OUN w stosunku do 2015r | Rozmieszczenia ośrodków neurochirurgicznych zabezpiecza dostępność świadczeń dla województwa. Chorym w zakresie stanów nagłych świadczenia neurochirurgiczna 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 kadrą i sprzętem wysokospecjalistycznym.  |
| 4 | Neurochirurgia | Poprawa skuteczności świadczeń z zakresu neurochirurgii poprzez stworzenie możliwości wczesnej diagnostyki | do 2020 roku | 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. Preferowanie ośrodków neurochirurgicznych wykonujących znaczącą liczbę operacji kompleksowych, mających możliwość leczenia endowaskularnego oraz zaplecze wielospecjalistyczne. Modyfikacja i standaryzacja aktualnej sprawozdawczości w zakresie liczby i rodzaju wykazywanych zabiegów operacyjnych | Odsetek świadczeń zabiegowych kompleksowych do wszystkich zabiegowych w danym roku  | Wzrasta liczba chorych z: rozsianym 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. 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 zabezpieczenie potrzeb onkologii, wad naczyniowych mózgu i ciężkich obrażeń czaszkowo-mózgowych. |
| Dla priorytetu nr 7 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. |
| 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 zabiegowychKoncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych  | Liczba nowo zakupionego sprzętuOdsetek świadczeń zabiegowych do hospitalizacji zachowawczych na oddziałach w stosunku do 2014 rokuOdsetek 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 specjalistycznąModernizacja 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 byś 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 oddziałach intensywnej terapii na poziomie III stopnia referencyjnościModernizacja sprzętu medycznego oraz wprowadzanie mniej inwazyjnych form terapii i diagnostykiUtworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt | Liczba nowo zakupionego sprzętuUtworzenie centrum wielospecjalistycznego dla noworodków i niemowląt | W ciągu ostatnich 5 lat gwałtownie wzrosła liczba pacjentów, wymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii noworodka. Wobec wyraźnego postępu w neonatologii i położnictwie, ponad 80% dzieci urodzonych z ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała ma szansę na względnie prawidłowy rozwój, pod warunkiem adekwatnej opieki neonatologicznej po urodzeniu. Jednakże czas hospitalizacji takich pacjentów wydłuża się do kilku miesięcy, często przekraczając okres półroczny. To powoduje wysycenie miejsc neonatologicznych w oddziałach o najwyższym poziomie referencyjnym (III stopień) i zmusza do poszukiwania wciąż nowych możliwości w tym zakresie. Ponadto, utworzenie centrum wielospecjalistycznego dla opieki na wcześniakiem, poprawiłoby system opieki zdrowotnej w tym zakresie i ułatwiło rodzicom tych pacjentów wykorzystanie zasobów medycznych w procesie rehabilitacji. Konieczne jest poszerzenie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych poprzez stałe uzupełnianie niedoborów sprzętu oraz wprowadzanie mniej inwazyjnych form terapii i diagnostyki. Konieczne jest utworzenie centrum wielospecjalistycznego, obejmującego opieką wszystkie noworodki i niemowlęta wymagające kontynuacji nadzoru lekarskiego oraz stosowania w sposób przewlekły zintegrowanych form rehabilitacji i postępowania profilaktycznego |
| 5 | Neonatologia | Polepszenie opieki nad noworodkiem poprzez popularyzację karmienia naturalnego | 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 | Zmiana organizacji oddziałów pediatrycznych poprzez tworzenie oddziałów o typie „matka z dzieckiem”Utworzenie przyszpitalnych specjalistycznych poradni w dziedzinie „pediatria ogólna”Utworzenie oddziału opieki paliatywnej dla dzieciUtworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieżyZapewnienie opieki pediatrycznej w opiece całodobowej i świątecznejRozwój ambulatoryjnej oraz podstawowej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz lekarza POZ | Liczba stanowisk „matka z dzieckiem” w stosunku do roku 2014Utworzenie oddziału medycyny paliatywnej dla dzieciUtworzenie oddziału lub poradni toksykologicznej dla dzieci i młodzieży | 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 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 referencyjnościKoncentracja 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 niezadowalających wyników 5- letnich przeżyć chorych leczonych z powodu nowotworów narządu rodnego i piersi. Zmniejszenie liczby oddziałów spowoduje przekierowanie strumienia finansowego płątnika publicznego do scentralizowanych 3-5 ośrodków zajmujących się głównie patologią ciąży i onkologią ginekologiczna. |
| 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 2014Liczby 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 stanPopularyzacja znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu | Odsetek cięć cesarskich w porównaniu do roku 2014Odsetek 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 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 ciążach 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 dziecięcejRozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznaKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Liczba łóżek w stosunku do 2014 rokuLiczba 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 DziecięcejPoprawa zabezpieczenia w zakresie badań i konsultacji neurochirurgicznych.Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w celu leczenia farmakologicznegoKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Utworzenie Centrum Epileptologii | Obecnie największe trudności sprawia padaczka lekooporna, która niekiedy okazuje się być napadami rzekomo padaczkowymi. Powinno nastąpić wcześniejsze kwalifikowanie do leczenia operacyjnego w przypadkach napadów dewastujących. |
| 14 | Rehabilitacjalecznicza | 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 specjalistycznąKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych% osób rehabilitowanych w stosunku do osób hospitalizowanych na oddzialeŚredni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne | 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 obłożenia 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 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. |
| 9. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych,  | 1 | Geriatria | Rozwój diagnostyki i medycyny naprawczej poprzez rozwój opieki nad osobami starszymi.. | do 2020 roku | Zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych poprzez reorganizację oddziałów chorób wewnętrznych w regionach, gdzie występuje ich brak.Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistycznąKoordynowanie przez lekarza POZ opieki nad pacjentami | Liczba łóżek geriatrycznych w stosunku do 2014 rokuLiczba łóżek i ich obłożenie, wskaźnik liczby łóżek na 10 tys.mieszkańców.Liczba pacjentów objętych opieką w AOS w stosunku do liczby pacjentów objętych opieką w Szpitalu w danym roku | Istnieją znaczne różnice w docelowej liczbie łóżek geriatrycznych w poszczególnych subregionach. Krakowski obszar metropolitarny 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 geriatrii 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 starszymizmniejszenie 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 rehabilitacyjne | długoterminowy | Zwiększenie dostępności w ramach stacjonarnego leczenia szpitalnego ośrodków lub oddziałów rehabilitacji dziennej.Rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – przesunięcie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną | Wskaźnik obłożenia łóżek rehabilitacyjnych% osób rehabilitowanych w stosunku do osób rehabilitowanych w 2014 rŚredni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne ambulatoryjne | Wydzielenie niektórych rodzajów świadczeń, w szczególności rehabilitacji geriatrycznej, jako osobnych rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych w ramach leczenia w oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej, umożliwiłoby z jednej strony skrócenie kolejek poprzez stworzenie osobnych list oczekujących dla pacjentów z powyższej grupy a z drugiej strony przy założeniu zwiększonej wyceny 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 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. |
| 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,ośrodku dziennym | Poprawa dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacjiZapewnienie optymalnego i równomiernego dostępu do rehabilitacjiPrzywracanie 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 dziennejPoprawa 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-przesuniecie ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną | % osób rehabilitowanych w stosunku do osób rehabilitowanych w 2014 r.Liczba łóżek rehabilitacyjnychLiczba 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 starszymiRozwój opieki medycznej nad osobami z nieuleczalnymi schorzeniami | do 2020 roku | Modernizacja bazy lokalowej oraz uzupełnienie sprzętu medycznegoPoprawa dostępności do opieki domowejPoprawa dostępności do Poradni Medycyny PaliatywnejUtworzenie Poradni Leczenia Wspomagającego w placówkach onkologicznychWprowadzenie do konsylium lekarskiego w ramach pakietu onkologicznego specjalisty medycyny paliatywnej | Liczba nowo zakupionego sprzętuUtworzenie 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 jakiejkolwiek formy świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej). Większość placówek deklaruje wyższe potrzeby pacjentów w zakresie świadczeń paliatywnych o ok. 20-30 %. |
| 3 | gastroenterologia | Zapewnienie wysokospecjalistycznej i interdyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej dla pacjentów z Nieswoistymi Chorobami Zapalnymi Jelit | krótkoterminowy - utworzenie wysokospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej dla chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit;długoterminowy - utworzenie oddzielnej bazy łóżek dla chorych wymagających hospitalizacji z powodu ciężkich zaostrzeń jak również powikłań, dostęp do specjalistycznego leczenia operacyjnego, jak również leczenia endoskopowego | Utworzenie w województwie ośrodka kompleksowego Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit. Zapewnienie wysokospecjalistycznej interdyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej: lekarze specjaliści: ( gastroenterologii, chirurgii ogólnej z doświadczeniem w chirurgii kolorektalnej, radiologii z doświadczeniem w zakresie diagnostyki przewodu pokarmowego), dietetyk, psycholog klinicznyPrzygotowanie planu z zakresu udzielanych świadczeń – w oparciu o przygotowany „ Model opieki koordynowanej nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”. Zorganizowanie szkoleń dla lekarzy POZ z całego województwa małopolskiego.Rozpowszechnianie informacji o specjalistycznym ośrodku dla chorych z chorobą Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. | Utworzenie ośrodka kompleksowego Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit.Liczba konsultowanych pacjentów w ośrodku. | Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów opracował w październiku 2017 „Model opieki koordynowanej nad pacjentami z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”. Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii we współpracy z Fundacją Eksperci dla Zdrowia. Celem jest stworzenie takiego modelu opieki dla chorych z niespoistymi chorobami zapalnymi jelit ( wrzodziejące zapalenie jelita grubego, Choroba Leśniowskiego-Crohna) na terenie województwa małopolskiego. |
| 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. |
| 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 intensywistycznego | 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 *„post intensive care units”* lub *„step down units”* celem optymalizacji leczenia chorych po zakończonym leczeniu intensywistycznym.  | 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 *„post intensive care units”* lub *„step down units”* celem optymalizacji leczenia chorych po zakończonym leczeniu intensywistycznym. 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 bezpieczeństwa wykonywanych świadczeń medycznych | Wprowadzenie raportowania w formie elektronicznejLiczba 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. |
| 3 | Anestezjologia i intensywna terapia | Poprawa koordynacji pracy systemu opieki zdrowotnej w obszarze intensywnej terapii | Do 2020 rok | Zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii do minimum 5% ogólnej liczby łóżek szpitalnych, czyli do min. 600Optymalizacja organizacyjna posiadanych oddziałów intensywnej terapii do min. 6 stanowisk na oddział, przy optymalnej 8-10 stanowisk, lub ewentualnej likwidacji mniejszych oddziałów ITWprowadzenie do systemu świadczeń zdrowotnych stanowiska *„Advanced Critical Care Practitioner”*Opracowanie strategii rozwoju centrów specjalistycznych o wysokim progu referencyjności (min 3 w województwie) przy zwiększonym potencjale ośrodków o podstawowym progu referencyjności  | Liczba stanowisk intensywnej terapiiStosunek liczby stanowisk o wyższym progu referencyjności do standardowych | Liczba łóżek w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w stosunku do ogólnej liczby łóżek szpitalnych wynosi zaledwie 2,53% co jest wynikiem zdecydowanie zbyt niskim. Większość oddziałów w województwie (23 z 31) posiada mniej niż 10 stanowisk intensywnej terapii a aż 10 z 31 poniżej 6. Wzrastający popyt na świadczenia wynikający ze starzenia się społeczeństwa zwiększającej się liczby chorych leczonych przewlekle, 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.  |
| 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 | Modernizacja i rozbudowa istniejących bloków operacyjnych Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego | Liczba nowo zakupionego sprzętu | Rozmieszczenie oddziałów chirurgii onkologicznej w województwie powinno być takie, aby odległość od miejsca zamieszkania pacjenta nie przekraczało 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.  |
| 6 | Chirurgia urazowo-ortopedyczna | Zwiększenie efektywności leczenia operacyjnego | długoterminowy | Modernizacja i rozbudowa bloków operacyjnych | Liczba zmodernizowanych bloków operacyjnych | Z mapy wynika, że należy zastanowić się nad zasadnością istnienia obserwowanej liczby oddziałów. Samo ograniczenie bazy oddziałów lub lóżek 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 wrzodziejące zapalenie jelita grubego w ostatnich latach wzrasta na całym świecie, są to schorzenia przewlekłe i dotyczą głównie ludzi młodych pomiędzy 20-40 rokiem życia. Dostęp pacjentów do specjalistycznego leczenia przełoży się na aktywizację zawodową oraz zapobiegnie ich wykluczeniu społecznemu, a także poprawi komfort pacjentów i ich rodzin. Wyposażenie oddziału gastrologicznego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający szybką diagnostykę w województwie jest niewystarczające. ,Brak w Małopolsce dostępu do endoskopowej ultrasonografii, endoskopii dwubalonowej, enterografii, rezonansu magnetycznego, pH-metru |
| 8 | Kardiologia dziecięca | Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia | długoterminowy | Zakup angiokardiografu do pracowni hemodynamicznej Zakup rezonansu magnetycznego z oprogramowaniem kardiologicznymZakup 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 elekrofizjologicznych, 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 bezpieczne wykorzystanie radioizotopów w diagnostyce medycznej i terapii. | do 2020 roku | Doposażenie działających pracowni medycyny nuklearnej w aparaturę diagnostyczno - leczniczą oraz zapewnienie możliwości odnowienia używanej aparatury odpowiednio do standardów technicznych i bezpieczeństwa Wspieranie działań mających na celu zwiększenie liczby łóżek na oddziałach medycyny nuklearnej w związku ze wzrostem liczby chorób onkologicznych leczonych za pomocą radioizotopów | Czas oczekiwania na realizację świadczenia w stosunku do 2015r. Liczba łóżek w stosunku do 2015r.Liczba badań scyntygrafii perfuzyjnej mięśnia serca w stosunku do 2015r. | 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 w jedynym oddziale szpitalnym w Małopolsce jest wg konsultanta wojewódzkiego zbyt mała (4) w stosunku do zapotrzebowania, zwłaszcza w świetle rosnącej liczby przypadków raka tarczycy i nowotworów neuroendokrynnych wymagających leczenia radioizotopami. Inwestycje w tej dziedzinie medycyny winny zatem być ukierunkowane na zakup lub odnowienie sprzętu diagnostyczno – leczniczego zwiększającego efektywność leczenia.  |
| 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 terapieZwiększenie liczby oddziałów neurologii uczestniczących w programie stwardnienia rozsianegoZwiększenie dostępu do badań rezonansu magnetycznego | Liczba oddziałów uczestnicząca w programie SM w stosunku do 2014 rokuCzas 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 zaawansowaniaZwiększenie odsetka wykonywanych nowoczesnych technik terapeutycznych Modernizacja i rozbudowa istniejących pomieszczeń, zwiększenie liczby sal chorych i łóżek w oddziale onkologicznym i hematologicznymModernizacja zużytego sprzętu komputerowego Modernizacja zużytej bazy i sprzętu medycznego, doposażenie w sprzęt wysokiej klasyStandaryzacja dokumentacji medycznej | Liczba pacjentów objętych nowoczesnymi technikami terapeutycznymi w stosunku do roku 2014Liczba nowo zakupionego sprzętu | Konieczna jest poprawa wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania i zwiększenie wyleczalności w nowotworach wieku dziecięcego. Konieczne jest zmniejszenie odsetka bliskich i odległych powikłań związanych z chorobami nowotworowymi i ich leczeniem. Należy podnieść jakość świadczonych usług zdrowotnych poprzez wspieranie rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia Złośliwe guzy lite i chłoniaki zbyt często rozpoznawane są w zaawansowanych stadiach. Wzrost liczby wykrywanych nowotworów we wczesnym stadium zaawansowania poprawi skuteczność stosowanych terapii.Z uwagi na eksploatację sprzętu niezbędne będzie uzupełnianie niektórych urządzeń (m.in.: aparat do MRI, z możliwością badania dzieci najmłodszych, chromatograf cieczowy /HPLC/, kardiomonitory, pulsoksymetry, ultrasonografy, scyntygrafy) oraz zakup nowych, jak PET-MRI, PET-CT. Standaryzacja procedur medycznych i ich ujednolicenie poprawi ergonomię pracy personelu medycznego. |
| 12 | Położnictwo i ginekologia | Polepszenie opieki w zakresie leczenia schorzeń ginekologicznych | 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 2014Liczba 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 radioterapiiPoprawa skuteczności radioterapii poprzez wykorzystanie najnowszych metod jej stosowania | długoterminowy | Systematyczne zakupy nowych akceleratorów w liczbie adekwatnej do wytycznych 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 rokuCzas 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 szanse 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 zużytej 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 pielęgniarki anestezjologicznej przekracza 22 lata, co w odniesieniu do potencjału regionu w powiązaniu z niewielkim odsetkiem lekarzy i pielęgniarek 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 ogólnejOrganizowanie 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 | zwiększenie liczby jednostek i miejsc szkoleniowych uprawionych do prowadzenia stażu specjalizacyjnego i ich równomierna alokacja w województwiezwiększenie liczby specjalistów o odpowiednich kwalifikacjach, którzy w ośrodkach terenowych zapewniają warunki dalszej opieki nad pacjentami hematologicznymi zamieszkałymi w dużej odległości od ośrodków klinicznych | Liczba jednostek i miejsc szkoleniowych, uprawionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w porównaniu do 2015r.Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny związanych z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów hematologicznych w stosunku do 2015r.  | 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 | Geriatria | Zwiększenie liczby specjalistów w dziedzinie geriatrii | do 2020 roku | Zwiększenie liczby osób szkolących się w zakresie geriatrii | 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 geriatrii, 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 | Zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinie okulistykiUdział lekarzy i rezydentów w ustawicznym szkoleniu podnoszącym kwalifikacje adekwatnie do rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia. | 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 nowoczesnych technologii | do 2020 roku | Zwiększenie liczby osób szkolących się w onkologii klinicznejZachęcanie lekarzy specjalistów onkologii klinicznej z ościennych województw do podejmowania pracy w woj. małopolskim przez proponowanie konkurencyjnych wynagrodzeń | 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 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 dziecięcejWzrost liczby personelu pielęgniarskiego i jakości kształcenia specjalistycznegoWzrost liczby psychoonkologówWzrost 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 ginekologiiSzkolenia 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 radioterapiiWzmocnienie 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 rokuLiczba jednostek uprawionych 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 prowadza 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.. |

1. **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.1 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.1 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.2 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.1 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 intensywna terapia** - 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 rozdrobnione w finansowaniu dużej liczby podmiotów niepublicznych, które nie stwarzają możliwości pełnego kompleksowego zaopatrywania 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 rzeczywistej 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.

**Geriatria** - 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 ,kadrę, 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 niezmienne!).

**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 (jedyny 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, monitorowanie 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 ginekologiczna.

**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 utrzymywaniem 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 intensywna promocja 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:**

Gujski M., Kalbarczyk W. P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, 2013.

Solecka M., *Długi Szpitali: tykająca bomba*, „Służba Zdrowia” 2016, nr 43-50.