

załącznik nr 1  
do uchwały nr LI/651/06  
Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 27 października 2006 r.



# ***Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006 - 2013***

---

---

***Kraków, lipiec 2006  
Departament Polityki Społecznej  
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego***

## **Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006 - 2013**

Opracował zespół:

Urszula Sanak – Dyrektor Departamentu Polityki Społecznej  
Anna Młynarczyk – Kierownik Zespołu ds. Ochrony i Promocji Zdrowia  
Danuta Woźniak  
Anna Hajduk  
Sylwia Grzesiak  
Piotr Wójcik

W pracach nad niniejszym Programem korzystano z życzliwego wsparcia m.in.

Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie  
Członków Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego  
Konsultantów wojewódzkich  
Przedstawicieli administracji samorządowej

Wydawca:

Departament Polityki Społecznej  
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego  
31-156 Kraków, ul. Basztowa 22  
[www.malopolskie.pl](http://www.malopolskie.pl)

Realizacja wydawnicza:

.....

Opracowanie edytorskie i projekt okładki

.....

Wydawnictwo sfinansowane ze środków  
Samorządu Województwa Małopolskiego

Kraków, lipiec 2006

Przy publikowaniu treści zawartych w niniejszym  
opracowaniu prosimy o podanie źródła danych

## Spis treści

1.	Wprowadzenie .....	4
2.	Realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005 .....	6
3.	Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności województwa małopolskiego .....	11
3.1.	Sytuacja demograficzno-społeczna .....	11
3.2.	Zachorowania .....	15
3.3.	Choroby zawodowe .....	17
3.4.	Niepełnosprawność .....	18
4.	Zasoby systemu ochrony zdrowia w województwie małopolskim - lecznictwo stacjonarne .....	21
4.1.	Lecznictwo stacjonarne .....	21
4.2.	Lecznictwo ambulatoryjne .....	24
4.3.	Zasoby kadrowe w województwie małopolskim .....	25
5.	Podstawowe założenia Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013 .....	27
6.	Cel strategiczny i cele operacyjne Programu .....	29
6.1.	Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych .....	31
6.2.	Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego .....	37
6.3.	Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia .....	43
6.4.	Poprawa, jakości, dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów .....	49
6.5.	Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej .....	56
7.	Organizacja i przebieg prac nad Programem .....	59
8.	Wdrażanie i ocena wyników Programu .....	60
8.1.	Instytucje i organizacje realizujące Program .....	60
8.2.	Operacyjne zarządzanie Programem .....	61
8.3.	Monitorowanie przebiegu oraz oceny wyników Programu .....	63
9.	Finansowanie programu .....	64
10.	Podsumowanie .....	67
11.	Zestawienie celów operacyjnych MPOZ na lata 2006 – 2013 .....	69

## 1. Wprowadzenie

W październiku 2001 roku Sejmik Województwa Małopolskiego przyjął pierwszą edycję Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 – programu wojewódzkiego. Program ten stanowił rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego i wytyczył kierunki działania na rzecz promocji zdrowia, profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych oraz organizacji ochrony zdrowia w województwie małopolskim, stanowiąc zarazem główną płaszczyznę współdziałania wszystkich instytucji zajmujących się ochroną zdrowia w województwie. Założenia tego Programu zostały ściśle powiązane z zadaniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 oraz dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia, a zwłaszcza z programem Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. W zakresie wytycznych organizacyjnych Program nawiązywał do dorobku analitycznego i rekomendacji Departamentu Ekonomicznego OECD oraz European Observatory on Health Care Systems. Realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia, pozwoliła na przybliżenie w znacznym stopniu osiągnięcia celu strategicznego, jakim jest *poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia*

Aktualnie prezentujemy Państwu drugą edycję Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013, stanowiącą rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007-2013, przyjętej przez Sejmik Województwa Małopolskiego w styczniu 2006 roku. Charakter niniejszego Programu sprawia, że nawiązuje on do dokumentów będących podstawą opracowania poprzedniej edycji, jak również do strategii działań w zakresie zdrowia i ochrony konsumentów, zaplanowanych w Programie Ochrony Zdrowia i Praw Konsumenta na lata 2007 - 2013 ustanowionego w 2005 roku przez Komisję Europejską. Jednocześnie należy nadmienić, że aktualny Program powstał w oparciu o analizę doświadczeń z realizacji poprzedniej edycji, rezultaty szerokich konsultacji społecznych oraz przy współudziale wszystkich podmiotów zaangażowanych w kształtowanie systemu ochrony zdrowia, którym Zarząd Województwa Małopolskiego składa serdeczne podziękowanie za współpracę.

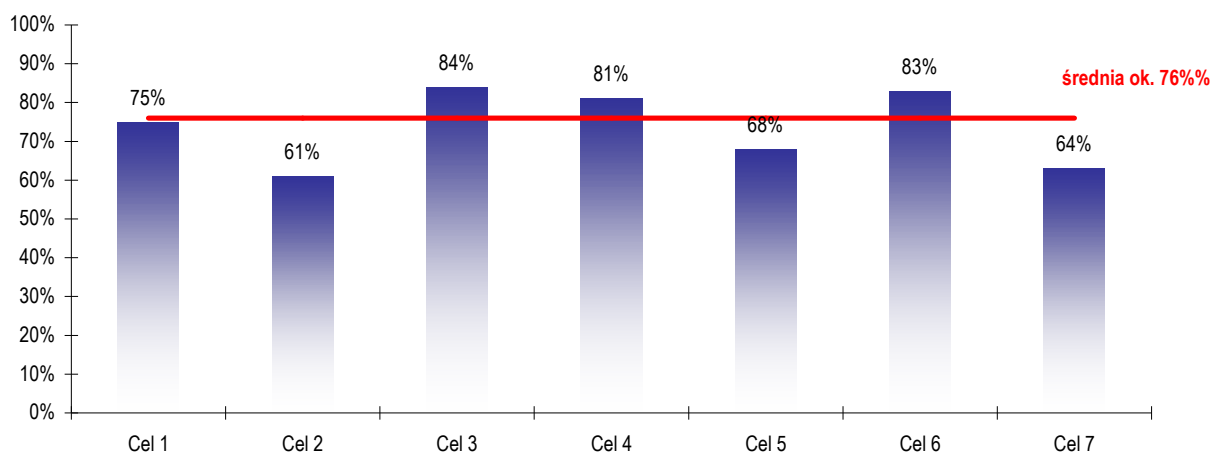
Zarówno poprzednia jak i bieżąca edycja Programu jest odzwierciedleniem **intencji samorządu** Województwa, którego pragnieniem jest **zapewnienie wszystkim** mieszkańcom regionu dostępu do opieki medycznej o najwyższym standardzie usług, podlegającej ciągłej poprawie zgodnie z oczekiwaniami społecznymi.

## 2. Realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005

Należy stwierdzić, że pierwsza edycja Programu przyczyniła się do skonsolidowania wysiłków wszystkich zaangażowanych instytucji i organizacji na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa małopolskiego.

Dla osiągnięcia wymienionego we wstępie celu strategicznego *Programu* sformułowanych było 7 celów operacyjnych oraz około 80 zadań służących ich realizacji (obecnie 5 celów i 31 głównych zadań). Realizacja Programu była dorocznie monitorowana, czego wyrazem było sporządzanie stosownych sprawozdań<sup>1</sup> przyjmowanych każdego roku przez Sejmik Województwa Małopolskiego. Podstawę oceny efektów realizacyjnych stanowił zestaw 30 wskaźników służących do monitorowania Programu.

Szacunkową ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów operacyjnych oraz całego Programu przedstawiono na wykresie poniżej.



Średnio, zaawansowanie Programu oszacowane zostało na ok. 76%<sup>2</sup>. Oszacowanie stopnia realizacji poszczególnych zadań i celów następowało na podstawie informacji eksperckich oraz różnych instytucji. Metodę szacunkowej

<sup>1</sup> Departament Polityki Społecznej UMWM, *Sprawozdanie z realizacji w 2002 r. Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001 - 2005*, Kraków, czerwiec 2003 r.

Departament Polityki Społecznej UMWM, *Sprawozdanie z realizacji w latach 2001 – 2003 Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001 - 2005*, Kraków, czerwiec 2004 r.

Departament Polityki Społecznej UMWM, *Sprawozdanie z realizacji w latach 2001 – 2004 Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001 - 2005*, Kraków, czerwiec 2005 r.

Departament Polityki Społecznej UMWM, *Sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005*, Kraków, lipiec, 2006 r.

<sup>2</sup> W przypadku niektórych spośród ok. 80 zadań Programu, możliwa była jedynie szacunkowa ocena poziomu realizacji zadania, oparta o znajomość całości zagadnienia przez zespół autorski.

oceny zastosowano po raz pierwszy w odniesieniu do stanu stopnia realizacji Programu w 2003 r., następnie w 2004 r.

Szczególnie korzystnie przebiegała realizacja celu 3 (Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego), celu 4 (Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia) oraz celu 6 (Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów). Jest to ze wszech miar godne uwagi, ponieważ Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2001 - 2005 był realizowany w wybitnie niesprzyjających uwarunkowaniach systemowych. Uwaga ta dotyczy całokształtu krajowej polityki zdrowotnej, zwłaszcza zaś takich jej aspektów jak zasady i poziom finansowania, niedostatek funkcji koordynacyjnych, zaniedbania w sferze regulacji prawnej zdrowia publicznego. Tym bardziej wart jest zauważenia wysiłek podmiotów regionalnej polityki zdrowotnej oraz wszystkich publicznych i społecznych partnerów prowadzący do osiągnięcia, w wymiarze regionalnym, ponadprzeciętnych wyników. Szczegółowa ocena i analiza przebiegu I edycji Programu zawarta jest w Sprawozdaniu z *Realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005* przedłożonym Sejmikowi Województwa Małopolskiego w sierpniu 2006 roku (wersja elektroniczna dostępna pod adresem [www.malopolskie.pl](http://www.malopolskie.pl) w zakładce 'zdrowie').

W analizowanym okresie odnotowano istotne sukcesy w realizacji większości zadań stanowiących o osiągnięciu celów operacyjnych Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005. Potwierdzono dobrą współpracę wszystkich zaangażowanych instytucji i organizacji na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa małopolskiego. O poprawie stanu zdrowia populacji oraz poziomu opieki zdrowotnej informują nas obiektywne wskaźniki takie jak: przeciętne dalsze trwanie życia, umieralność niemowląt, współczynnik zgonów ogółem, który z roku na rok się obniża choć nadal zbyt wiele osób umiera przed 65 rokiem życia (tzw. nadumieralność, zwłaszcza mężczyzn).

Bardzo dobrze rozwijały się lokalne programy edukacyjne i profilaktyczne, w znacznej mierze finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Na uwagę zasługuje ponadprzeciętne zaangażowanie miasta Krakowa i miast na prawach powiatów.

Stworzono podstawy programowe do wdrożenia w województwie nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej w oparciu o uchwalony w 2004 roku przez Sejmik

Województwa Małopolskiego Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jedyny tego rodzaju regionalny program w kraju. Przybliżono się do docelowych rozwiązań w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień. Zorganizowano Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień, rozpoczęto realizację Ośrodka Terapii Uzależnień w Tarnowie, aktywnie działa, w oparciu o program wojewódzki, Pełnomocnik Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki Uzależnień.

Pod względem organizacyjnym stadium zaawansowane osiągnął regionalny system ratownictwa medycznego; jego pełne wdrożenie bez wątpienia będzie możliwe w niedalekim horyzoncie czasowym. Już obecnie dysponujemy niemal pełną siecią szpitalnych oddziałów ratunkowych. Wzrasta liczba zakontraktowanych zespołów wyjazdowych. Poważnym wyzwaniem jest natomiast modernizacja taboru samochodowego obsługującego system ratownictwa medycznego.

W celu efektywniejszego oddziaływania na główne zagrożenia epidemiologiczne w postaci chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych podjęto decyzję o wszczęciu prac nad specjalistycznymi programami tj. Małopolskim Programem Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia oraz Małopolskim Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Wśród zadań inwestycyjnych Województwa wysoko usytuowano realizację Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego, a w jego ramach Zakładu Radioterapii, dla którego opracowano projekt architektoniczny i dokumentację techniczną oraz wskazano źródła finansowania części budowlanej. Wybitne efekty osiąga krakowski ośrodek kardiologiczny i kardiochirurgiczny.

Odnotowano poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Wzrastała liczba świadczeniodawców i świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wzrosła liczba hospitalizowanych. Nadal jednak występowały bariery w postaci stosunkowo długiego czasu oczekiwania na takie świadczenia jak: rehabilitacja narządu ruchu, terapia uzależnień, opieka długoterminowa, rehabilitacja neurologiczna, chirurgia urazowo-ortopedyczna, okulistyka oraz wszczepianie rozruszników. W poradniach powyżej jednego miesiąca oczekiwano na porady w zakresie: alergologii, alergologii dla dzieci, chirurgii ręki, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób naczyń, endokrynologii, kardiologii, nadciśnienia tętniczego, profilaktyki chorób piersi, urologii dla dzieci, scyntygrafii; powyżej dwóch miesięcy oczekiwano na porady z zakresu: endokrynologii dla dzieci, schorzeń tarczycy. Należy zaznaczyć, że troska o poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych winna wyrażać się nie tylko liczbą osób oczekujących na dane świadczenie

i średnim czasem oczekiwania, lecz budową systemu organizacyjnego i infrastruktury wpływającej na poprawę dostępności zarówno w wymiarze czasowym jak też przestrzennym. Niemniej w przypadku zasobów stacjonarnych opieki zdrowotnej pewna koncentracja będzie zawsze występowała w związku z dostępem do szpitali wysokospecjalistycznych i klinicznych w dużych ośrodkach akademickich, co ma swoje głębokie uzasadnienie merytoryczne. Aktualna sytuacja związana z dostępem do świadczeń zdrowotnych wymaga dalszego ciągłego monitorowania i pilnej realizacji postulatów związanych ze zwiększeniem wartości kontraktów, co umożliwi uzyskanie wymaganego poziomu bezpieczeństwa przez pacjentów oczekujących zwłaszcza na świadczenia ratujące życie.

Największym problemem, a zarazem wyzwaniem okazała się trudna sytuacja szpitali charakteryzująca się ujemnym wynikiem finansowym tego segmentu opieki zdrowotnej, narastającym zadłużeniem oraz dekapitalizacją zasobów majątkowych. W efekcie można było się spodziewać załamania zdolności do właściwego sprawowania opieki szpitalnej, przynajmniej przez niektóre placówki. Brak zewnętrznych źródeł finansowania wpłynął na opóźnienia w modernizacji zasobów materialnych regionalnego systemu ochrony zdrowia. Pewne nadzieje na modernizację systemu opieki szpitalnej wiązano z uruchomieniem na ten cel funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Dla poprawy stanu kluczowych zasobów niezbędne będzie dalsze wsparcie, w formie dotacji inwestycyjnych, ze strony organów założycielskich tzn. przede wszystkim samorządów powiatowych i samorządu województwa. Wybrane szpitale po ich konsolidacji i wewnętrznej restrukturyzacji, powinny otrzymywać dotacje budżetowe na coroczne odtwarzanie infrastruktury szpitalnej oraz aparatury medycznej w wysokości około 8% kosztów całkowitych.

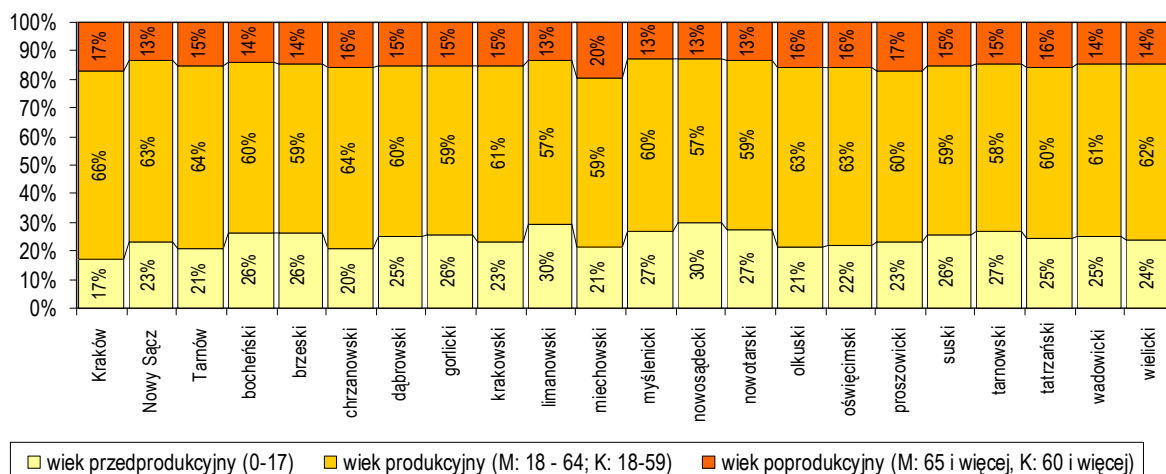
Poważnym mankamentem okazała się centralizacja systemu finansowania ochrony zdrowia. Nie wyeliminowała uprzednio obserwowanych problemów, zrodziła natomiast wiele nowych. Brak dobrych mechanizmów podziału środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia pomiędzy województwa skutkował i skutkuje niekorzystnymi relacjami nakładów w województwie małopolskim. Wdrożenie przez publicznego płatnika nowego systemu rozliczeniowego opartego na wycenionych punktowo procedurach doprowadziło w 2004 roku, obok skokowego wzrostu liczby hospitalizowanych (o 13% w stosunku do 2003 roku) także m.in. do załamania, wcześniej z sukcesem prowadzonego i rozwijającego się, Małopolskiego Programu

Interwencyjnego Leczenia Zawału Serca. Zaprzestanie, decyzją Ministerstwa Zdrowia, finansowania programów restrukturyzacyjnych skutkowało spowolnieniem tych procesów.

Funkcję koordynacyjną w zakresie realizacji Programu przypisano Małopolskiej Radzie Zdrowia Publicznego, kilkudziesięcioosobowemu gremium powołanemu przez Marszałka Województwa Małopolskiego spośród osób cieszących się szczególnym autorytetem w dziedzinie ochrony zdrowia oraz będących przedstawicielami instytucji zajmujących się ochroną zdrowia w województwie. W centrum zainteresowań Rady były najważniejsze problemy systemu ochrony zdrowia w wymiarze regionalnym i krajowym. Rada również była organizatorem corocznych konferencji mających na celu popularyzowanie działań na rzecz promocji zdrowia oraz przedstawienie dorobku zespołów problemowych realizujących cele operacyjne Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005. Rolę merytorycznego i administracyjnego zaplecza Rady pełnił Departament Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

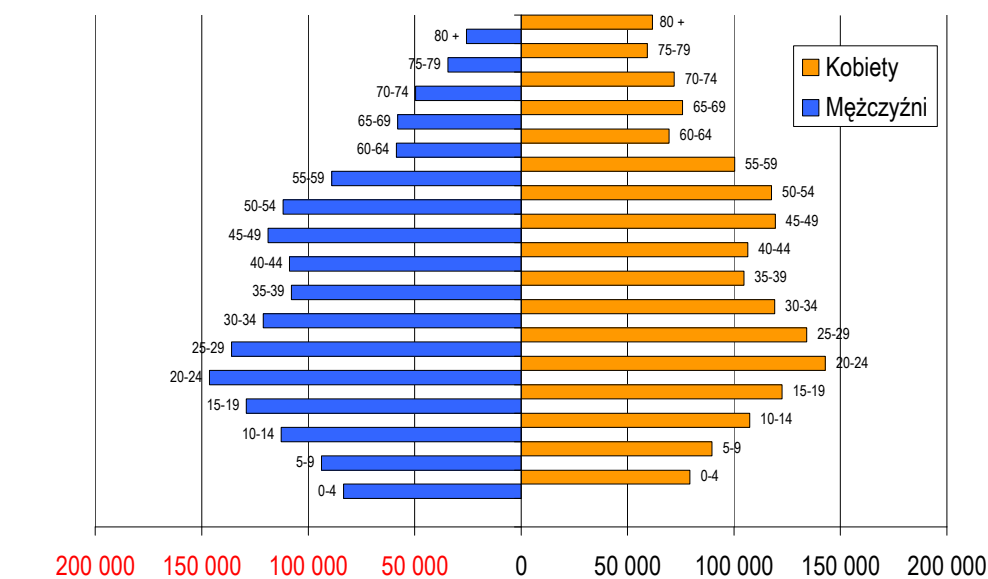


Wykres 1. Struktura ludności w podziale na wiek przedprodukcyjny, produkcyjny i poprodukcyjny (2004 rok)



Mężczyźni stanowili 48,5% ogółu ludności, natomiast kobiety 51,5%.

Wykres 2. Struktura ludności w województwie wg wieku i płci (stan na 30.06.2004)



źródło: opracowanie własne na podstawie danych [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

Liczba i struktura ludności w podziale na ludzi w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Tabela 1. Liczba i struktura ludności (stan na 30.06.2004)

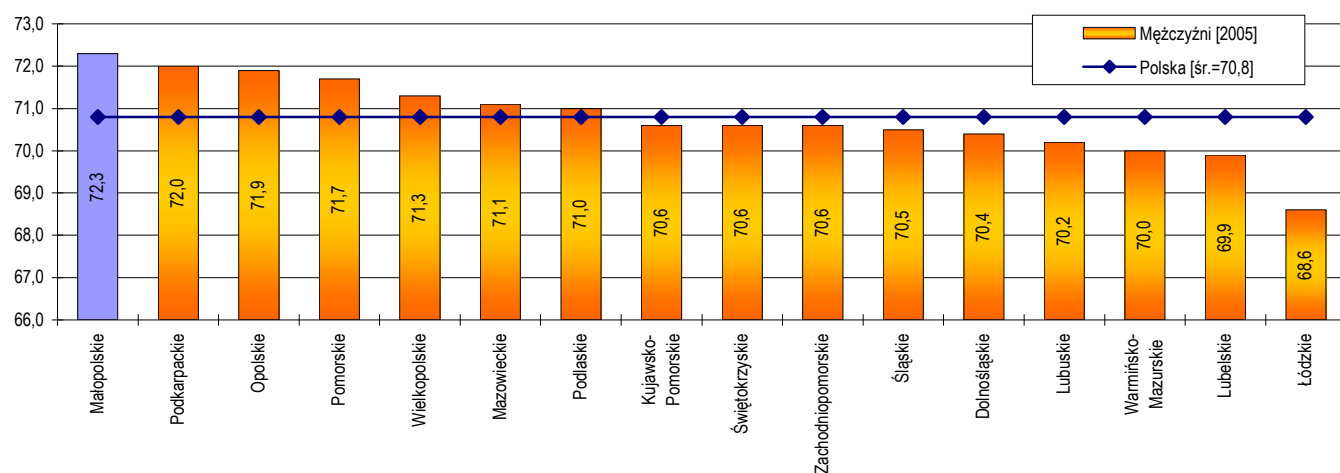
	M	K	Mężczyźni	%	Kobiety	%
wiek przedprodukcyjny	0-17	0-17	379 647	24%	361 570	21%
wiek produkcyjny	18-64	18-59	1 037 039	66%	981 345	59%
wiek poprodukcyjny	65+	60+	163 448	10%	333 122	20%
			1 580 134	100%	1 676 037	100%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

Według danych Narodowego Spisu Powszechnego (2002) województwo małopolskie cechuje wyższy udział ludności z wykształceniem ponadpodstawowym tj. 66,4% (Polska - 64,6%), w tym z wykształceniem wyższym tj. 10,1% (Polska – 9,9%). Poziom wykształcenia jest ściśle związany z miejscem zamieszkania. Wśród mieszkańców miast odnotowuje się większy odsetek osób z wyższym wykształceniem tj. 15,5% (wieś – 4,2%).

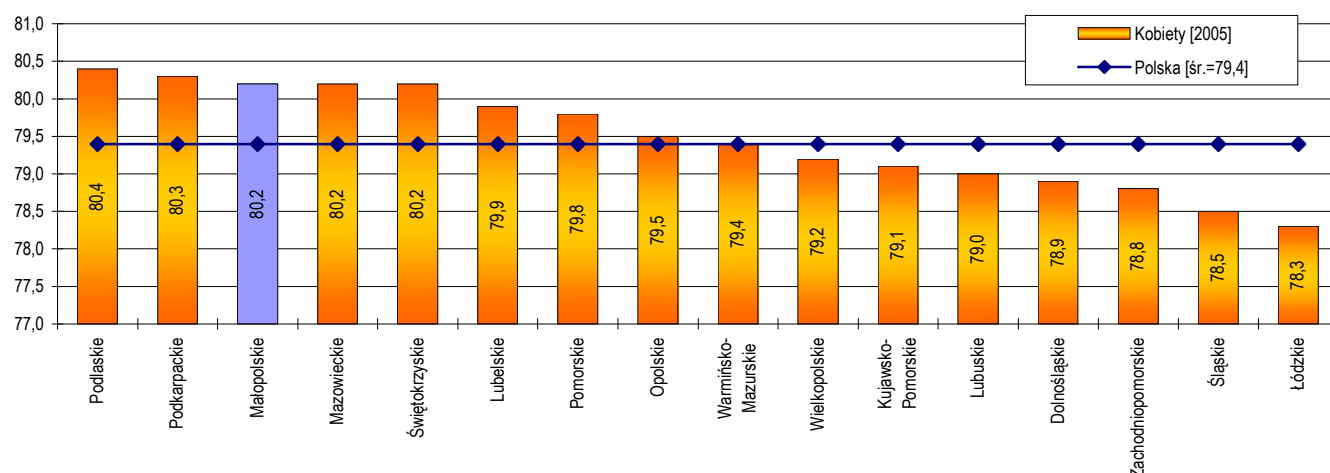
**Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet** w Województwie Małopolskim wynosi **80,2** i jest **dłuższe** niż średnia dla Polski **79,4**. Podobnie jest w przypadku **przeciętnego dalszego trwania życia dla mężczyzn** w wojewódzkie Małopolskim tj. **72,3** natomiast średnia dla Polski wynosi 70,8. Województwo Małopolskie zajmuje **pierwsze** (w przypadku mężczyzn) i **trzecie** (w przypadku kobiet) miejsce pod względem długości życia. Poniższe wykresy pokazują przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na województwa.

Wykres 3. Przeciętne trwanie życia mężczyzn



źródło: opracowanie własne na podstawie danych [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

Wykres 4. Przeciętne trwanie życia kobiet



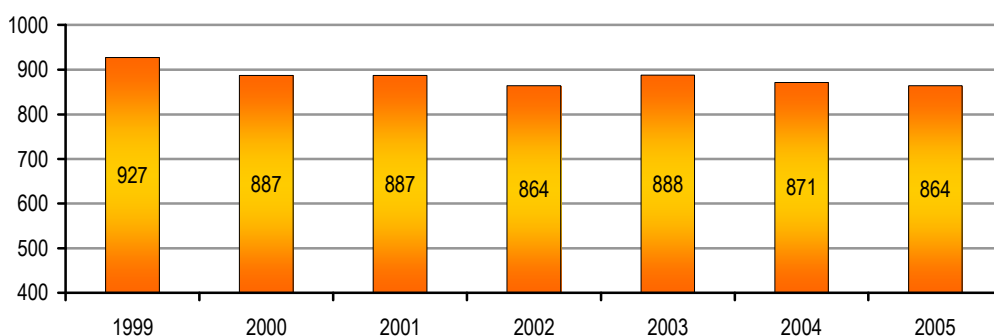
źródło: opracowanie własne na podstawie danych [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

W roku 2005 przyrost naturalny wynosił 1,0/1 000 i w porównaniu do lat poprzednich nie uległ zasadniczym zmianom (w 2004 r. - 1,2/1 000, w 2003 r. - 1,0/1 000). Najwyższy przyrost naturalny zanotowano w powiecie nowosądeckim oraz limanowskim, natomiast najniższy w Krakowie powiecie miechowskim, olkuskim i chrzanowskim.

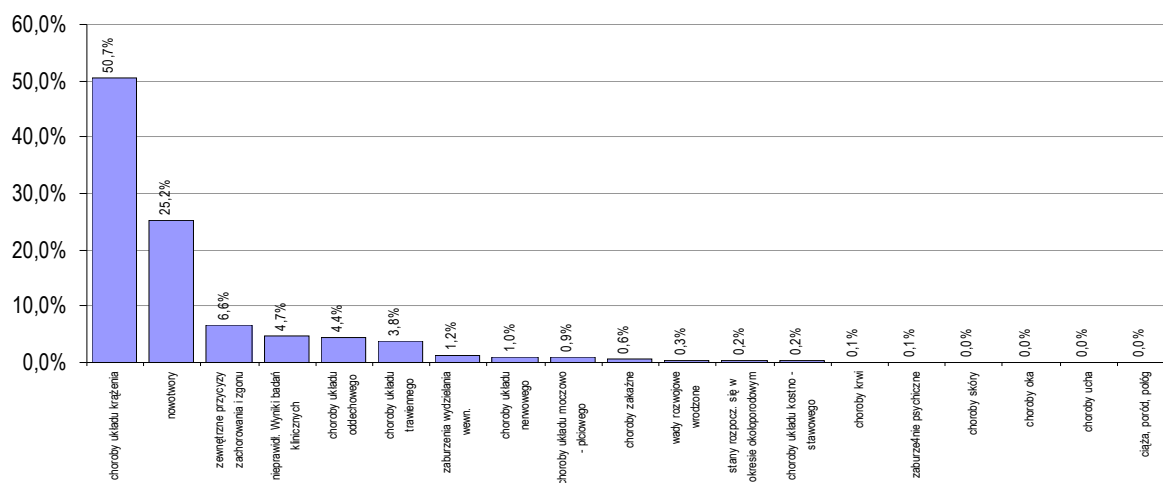
W Województwie Małopolskim w 2004 roku odnotowano 31 978 urodzeń żywych (9,87/1 000 ludności) oraz 28 223 zgonów (8,71/1 000 ludności).

Współczynnik umieralności w Małopolsce w roku 2005 wynosił 864 na 100 000 ludności (średnia dla Polski wynosiła 965/100 000 mieszkańców Polski).

Wykres 5. Wskaźnik umieralności na 100 000 mieszkańców w Województwie Małopolskim w latach 1999 – 2005



Wykres 6. Struktura przyczyn zgonów w województwie małopolskim



W roku 2005 zanotowano liczbę zgonów 28 223. **Najwyższy** wskaźnik zgonów ogółem na 1 000 ludności Małopolski w 2004 roku zanotowano w powiatach: **miechowskim** (13,99), **proszowickim** (11,55), natomiast **najniższe** wskaźniki zanotowano w powiatach **nowotarskim** (7,26) oraz w **Nowym Sączu** (7,4). Głównymi przyczynami zgonów zarówno w Polsce jak i w Województwie Małopolskim były **choroby układu krążenia** (51%) oraz **choroby nowotworowe** (24%), natomiast w pozostałych przyczynach zgonów największy udział miały **wypadki i nieszczęśliwe następstwa wypadków** (7%), oraz **choroby płuc** – zapalenie płuc, zapalenia oskrzeli, rozedma i astma (4%).

### 3.2. Zachorowania

W Województwie Małopolskim poza chorobami układu krążenia, najczęściej występują, zachorowania na nowotwory<sup>3</sup>: układu trawiennego (24,5% zachorowań na choroby nowotworowe), narządów moczowo – płciowych (21,7%), układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (20,6%), kości, tkanek miękkich, skóry, sutka (19,9%). Najczęstszą przyczyną zachorowań wśród kobiet są: nowotwory kości, tkanek miękkich, skóry, sutka natomiast wśród mężczyzn nowotwory układu oddechowego i narządów klatki piersiowej.

Warto zwrócić uwagę na rosnącą tendencję w zakresie liczby hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych w roku 2004 - w stosunku do

<sup>3</sup> Weryfikacja zachorowań na nowotwory złośliwe występuje zawsze z 2 letnim opóźnieniem, w związku z tym najnowsze dostępne dane czyli zgony wg przyczyn za 2004 rok dostępne będą w II połowie br.

roku 1999 liczba leczonych na tych oddziałach wzrosła o 24%. Podobna tendencja ma miejsce w przypadku osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego.

W poradniach zdrowia psychicznego na terenie Małopolski w 2005 roku leczone były 129 234 osoby, co stanowi 3,96% ludności województwa i **sygnalizuje wzrost** w stosunku do roku 2004, w którym leczone były 122 364 osoby tj. 3,75% mieszkańców województwa. Liczba leczonych w **poradniach zdrowia psychicznego** w Małopolsce wykazuje **tendencję wzrostową** od końca lat dziewięćdziesiątych (wzrost około 23% w porównaniu do 1999 r.). Wskaźnik leczonych w poradniach odwykowych na 100 000 osób w Polsce w roku 2004 wynosił 426, dla Małopolski wskaźnik ten wynosi 259 na 100 000 mieszkańców Województwa Małopolskiego.

W Województwie Małopolskim jest jeden z **najniższych wskaźników zachorowań na gruźlicę**, wskaźnik ten dla Województwa Małopolskiego wynosi 18,4/100 000 ludności i jest znacznie niższy niż wykazany dla Polski (24,8/100 000) w 2004 roku.

Najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w Małopolsce jest **grypa i infekcje grypopodobne**. W 2003 roku wskaźnik zapadalności grypę na 100 000 mieszkańców wykazany dla Małopolski wynosił 3 596,1 i był wyższy niż wskaźnik wykazany dla Polski 3 184,4/100 000 mieszkańców Polski, natomiast w 2004 roku **znacząco spadł** i wyniósł 954,8 na 100 000 ludności Małopolski<sup>4</sup>. Równocześnie warto odnotować systematyczny spadek zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Z 6,6 w 2000 roku na 100 000 ludności do 2,6 w 2005 roku<sup>5</sup>. Ospa wietrzna jest po grypie i infekcjach grypopochodnych najczęstszą chorobą zakaźną występującą w województwie małopolskim. Cechuje się występującymi okresowo wzrostami zachorowań. W 2005 roku liczba zgłoszonych zachorowań utrzymała się na dość wysokim poziomie (11 049 zarejestrowanych przypadków) lecz o 13% mniejszym niż w 2004 roku. Duże znaczenie epidemiologiczne w województwie małopolskim mają również bakteryjne zatrucia pokarmowe. W 2005 roku odnotowano 1 127 zachorowań. Obserwowana ogólna zapadalność na przestrzeni ostatnich sześciu lat, pomimo wahań zaczyna wykazywać tendencję spadkową<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Urząd Statystyczny w Krakowie, *Rocznik statystyczny województwa małopolskiego 2005*, Kraków 2005, str. 214.

<sup>5</sup> j.w.

<sup>6</sup> z danych Małopolskiego Centrum Promocji Zdrowia

Począwszy od końca lat dziewięćdziesiątych, **wskaźnik liczby leczonych** na 10 000 ludności **systematycznie rośnie** (z wyjątkiem 2003 r.). Podobną tendencję można zaobserwować w zakresie przeciętnego wykorzystania łóżka w dniach. Przeciętny okres pobytu leczonego w dniach systematycznie skraca się - w roku 1999 wynosił on 10,3 natomiast w 2005 roku 7,5. Szczegółowe wskaźniki obrazuje poniższa tabela.

Tabela 2. Wskaźniki działalności szpitali ogólnych

wskaźnik	Woj. Małopolskie*						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba leczonych na 10 000 ludności	1 272	1 321	1 377	1 450	1 402	1 483	1 499
Przelotowość – liczba chorych na 1 łóżko	25,7	28,7	30,8	32,7	32,5	35,2	36,3
Przeciętny okres pobytu leczonego (w dniach)	10,3	9,9	9,5	9,0	8,7	7,9	7,5
Przeciętne wykorzystanie łóżka (w dniach)	264,7	285,3	292,1	293,8	284	276,2	272,7

\*\* dot. publicznych szpitali ogólnych

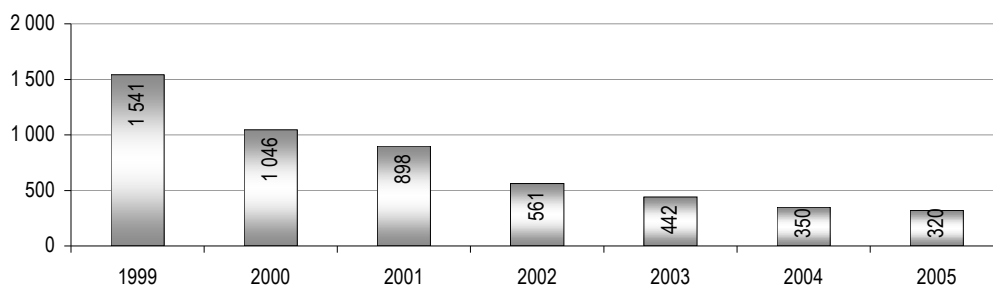
źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego oraz CSIOZ Biuletyn Statystyczny MZ

### 3.3. Choroby zawodowe

Województwo Małopolskie należy do województw, gdzie występuje jeden z najwyższych wskaźników zachorowań na choroby zawodowe. Wskaźnik dla Polski w roku 2003 wynosił 1,1/10 000 mieszkańców Polski, w 2004 roku wynosił 0,99/10 000 mieszkańców Polski, natomiast w roku 2005 w Województwie Małopolskim wskaźnik ten wynosił 0,98/10 000 mieszkańców województwa. Należy tutaj zaznaczyć, że liczba chorób zawodowych systematycznie spada z 1 541 w 1999 roku do 320 w roku 2005. Z informacji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego<sup>7</sup> wynika, że w roku 2005 stwierdzono ogółem 320 przypadków chorób zawodowych (tj. o 9% mniej niż w roku 2004), w tym 26% to przewlekłe choroby narządu głosu, 14% stanowią pylice płuc, 13% nowotwory złośliwe powstałe w wyniku oddziaływania czynników rakotwórczych, 8% to uszkodzenia słuchu wywołane hałasem. Ogólna liczba chorób zawodowych systematycznie spada w kolejnych latach, co przedstawia poniższy wykres.

<sup>7</sup> WSSE w Krakowie Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i zatruc w województwie małopolskim w roku 2005, Kraków 2005, str. 36-40

Wykres 7. Liczba chorób zawodowych w województwie małopolskim w latach 1999 - 2005



### 3.4. Niepełnosprawność

Niepełnosprawność jest problemem społecznym wymagającym zarówno działań mających na celu udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym, jak i działań zapobiegających niepełnosprawności w przyszłości. Jedynym badaniem pełnym, którego wyniki pozwalają ustalić liczbę osób niepełnosprawnych jest spis powszechny ludności. Ostatni taki spis został przeprowadzony w 2002 roku i on jest główną podstawą do przyjęcia wielkości danych opisujących stan tej części populacji. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, dla osób w wieku 16 lat i więcej ustalono 3 stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności z 2002 r. w województwie małopolskim liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 589,1 tys., co stanowiło 18,2% ludności województwa. Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosiła 5456,7 tys., co stanowi 14,3 % ludności kraju. W związku z powyższym prawie co piąty mieszkaniec Małopolski jest osobą niepełnosprawną. Udział Małopolski w ogólnej liczbie niepełnosprawnych w Polsce wynosi 11%.

W podziale populacji niepełnosprawnych ze względu na miejsce zamieszkania - miasto i wieś, występuje niewielka przewaga wsi. W miastach zamieszkiwało 291,1 tys. osób niepełnosprawnych, co stanowi 49,4% omawianej populacji. Liczba niepełnosprawnych mieszkańców wsi wyniosła 298,0 tys., czyli 50,6% ogółu niepełnosprawnych.

Wśród osób niepełnosprawnych w województwie małopolskim najliczniejszą grupę stanowią osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (30,0% zbiorowości) oraz osoby z orzeczeniem o znacznym

stopniu niepełnosprawności (27,3% zbiorowości). W pełnej zbiorowości osób niepełnosprawnych w Małopolsce przeważają kobiety. Jest ich 323 tys., tj. 54,8% z ogólnej liczby niepełnosprawnych. Również w Polsce niepełnosprawne kobiety stanowią większość, tj. 52,9%. Porównując liczbę niepełnosprawnych w miastach i na wsi województwa małopolskiego można stwierdzić, że wielkości te są prawie identyczne (miasta 291,1 tys., wieś 298 tys.).

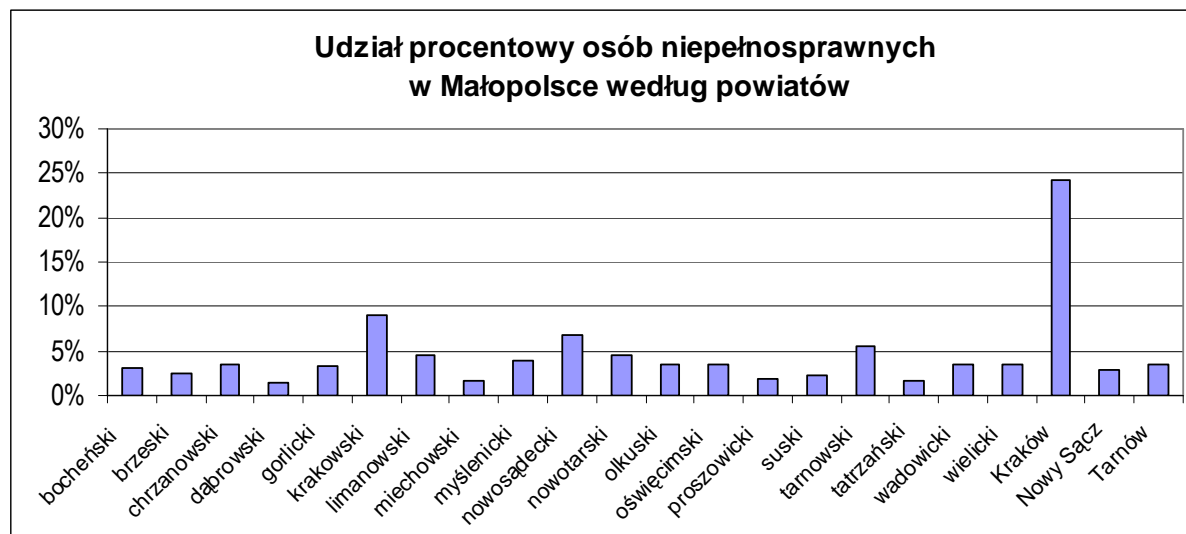
Ogółem liczba osób niepełnosprawnych na 1 000 mieszkańców Małopolski w 2002 r. wynosiła 182 osoby (w Polsce 143), co daje drugie miejsce w Polsce, po województwie lubelskim. Dla porównania w województwie opolskim, które zajmuje ostatnią pozycję, na 1 000 mieszkańców przypada 100 niepełnosprawnych. W rozkładzie procentowym osób niepełnosprawnych Małopolska usytuowana jest na pierwszym miejscu w kraju.

Wykres 8. Udział procentowy osób niepełnosprawnych według województw w skali kraju



Źródło: PFRON - podstawa do Podział środków PFRON dla samorządów wojewódzkich w 2006 r.

Wykres 9. Udział procentowy osób niepełnosprawnych w Małopolsce wg powiatów



Źródło: PFRON - podstawa do Podział środków PFRON dla samorządów powiatowych w 2006 r.

Pomimo wielu korzystnych zmian w zakresie przepisów warunki życia osób niepełnosprawnych są trudne, a jakość życia niska. Obecny stan placówek integracyjnych i specjalnych w Małopolsce zaspokaja w sposób ciągły potrzeby osób niepełnosprawnych głównie w dużych miastach (Kraków, Nowy Sącz, Tarnów). O wiele trudniejsza jest sytuacja osób niepełnosprawnych w małych miasteczkach i na obszarach wiejskich - zwłaszcza jeśli chodzi o dzieci i młodzież – mają utrudniony dostęp do edukacji, od najniższego szczebla, aż do uczelni wyższych. Niski poziom wykształcenia osób niepełnosprawnych jest przyczyną problemów związanych z bezrobociem, co prowadzi do zubożenia rodzin z osobą niepełnosprawną i do korzystania ze wsparcia ze strony ośrodków pomocy społecznej. Sytuację niepełnosprawnych pogarsza brak spójnego programu opieki, który obejmowałby wszystkie etapy życia osoby niepełnosprawnej i wszystkie jego aspekty<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Program Dotyczący Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy w Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim na rok 2006*, Kraków, kwiecień 2006 r.

## 4. Zasoby systemu ochrony zdrowia w województwie małopolskim - lecznictwo stacjonarne

### 4.1. Lecznictwo stacjonarne

W 2005 roku w województwie małopolskim w ramach stacjonarnej opieki medycznej funkcjonowały 42 szpitale publiczne o charakterze ogólnym (w tym: 13 szpitali wojewódzkich, 21 szpitali powiatowych oraz 8 szpitali resortowych), 2 szpitale publiczne psychiatryczne, 21 niepublicznych ogólnych zakładów opieki stacjonarnej, 3 niepubliczne psychiatryczne zakłady opieki stacjonarnej, 25 jednostek publicznych i niepublicznych świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej. Jednostki opieki stacjonarnej dysponowały ogółem 17 843 łózkami.

Liczba łóżek ogółem w roku 2005 w porównaniu do roku poprzedniego **zmniejszyła się o 470 łózek**. Aktualnie **89%** łózek znajduje się w **jednostkach publicznych**, a **11%** w **jednostkach niepublicznych**. Liczba łózek w Małopolsce stanowi ok. **8% wszystkich łózek w Polsce**. Łóżka w jednostkach publicznych w Polsce stanowią 96%, natomiast jednostki niepubliczne absorbują 4% wszystkich łózek w Polsce. Największy procent liczby łózek jest w województwie śląskim (15%), mazowieckim (13%), wielkopolskim (9%), małopolskim (8%), natomiast najmniejszy udział łózek w strukturze mają województwa: opolskie (2%), lubuskie (3%), podlaskie (3%), świętokrzyskie (3%) i warmińsko – mazurskie (3%),

Poniższa tabela przedstawia liczbę łózek w województwie małopolskim w latach 1999 – 2005

Tabela 3. Liczba łózek w opiece stacjonarnej

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% udział w strukt. łózek	ZMIANA % (2005/04)
<b>Ogółem liczba łózek (A + B)</b>	<b>18 044</b>	<b>17 397</b>	<b>17 924</b>	<b>17 852</b>	<b>18 229</b>	<b>18 313</b>	<b>17 843</b>	<b>100%</b>	<b>100,5%</b>
<b>A. jednostki publiczne</b>	<b>17 759</b>	<b>17 004</b>	<b>16 599</b>	<b>16 431</b>	<b>16 534</b>	<b>16 365</b>	<b>15 868</b>	<b>89%</b>	<b>97,0%</b>
wojewódzkie	5 602	5 429	5 387	5 272	5 152	5 132	4 764	28%	92,8%
powiatowe	8 428	7 960	7 896	7 772	7 944	7 810	7 727	43%	98,9%
resortowe	3 729	3 615	3 316	3 387	3 438	3 423	3 377	19%	98,7%
w tym: podległe MZ	2 823	2 713	2 533	2 535	2 535	2 563	2 704		105,5%
podległe MON	723	719	600	669	669	664	477		71,8%
podległe MSWiA	183	183	183	183	236	196	196		100,0%

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	% udział w strukt. łóżek	ZMIANA % (2005/04)
<b>B. jednostki niepubliczne</b>	<b>285</b>	<b>393</b>	<b>1 325</b>	<b>1 421</b>	<b>1 695</b>	<b>1 948</b>	<b>1 975</b>	<b>11%</b>	<b>101,4%</b>
szpitale niepubliczne	285	393	455	511	548	706	709	4%	100,4%
ZOL, ZPO, Hospicja			870	910	1 147	1 242	1 266	7%	101,9%

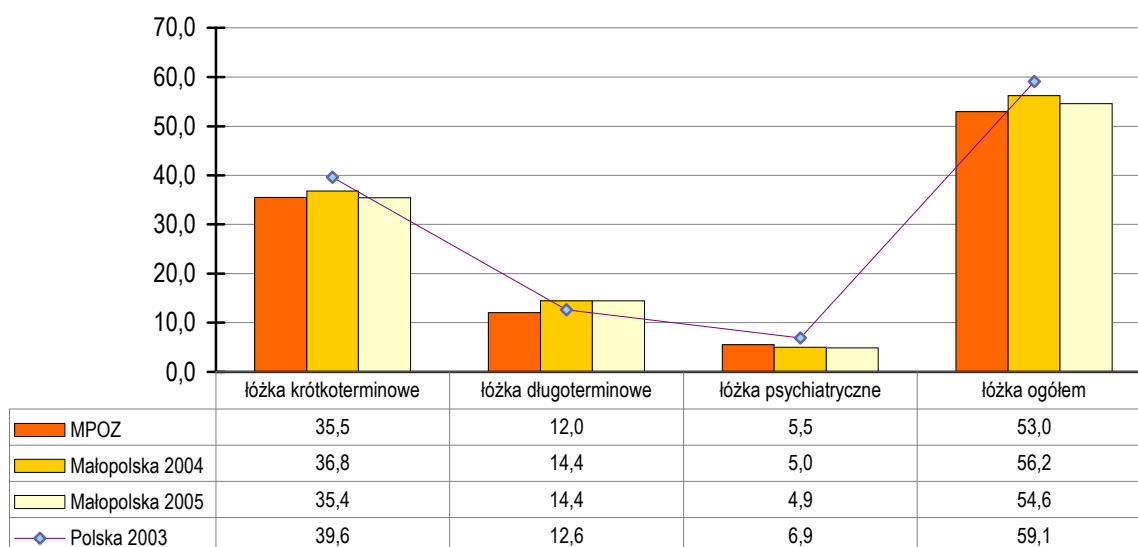
Źródło: MCZP w Krakowie, SPZOZ, rejestr zoz

Tabela 4. Rozmieszczenie łóżek w poszczególnych powiatach i miastach na prawach powiatu (2005 r.)

2005 rok	liczba łóżek ogółem w powiatach	łóżka w szpitalach ogólnych				łóżka w szpitalach psychiatrycznych				ZOL, ZPO, hospicja			
		publiczne				publiczne				publiczne			
		woj.	pow.	res.	nzoz	woj.	pow.	res.	nzoz	woj.	pow.	res.	nzoz
Kraków	8 025	1 934	1 171	2 808	288	826			123		350		525
Tarnów	1 018	624	394										
Nowy Sącz	543	493			35								15
bocheński	230		230										
brzeski	391		391										
chrzanowski	593		510										83
dąbrowski	309		255							37			17
gorlicki	512		512										
krakowski	336	236			46								54
limanowski	361		314		47								
miechowski	340		324										16
myślenicki	325		325										
nowosądecki	505		189	192	30								94
nowotarski	738		443	193	70								32
olkuski	652	135	372										145
oświęcimski	791		485		21								285
proszowicki	274		274										
suski	614		464							150			
tarnowski	92		48		44								
tatrzański	684	140	360	184									
wadowicki	505		279			226							
wielicki	5				5								
	17 843	3 562	7 340	3 377	586	1 052	0	0	123	150	387	0	1 266
			14 279		586	1 052			123		537		1 266
			14 865			1 175					1 803		
						17 843							

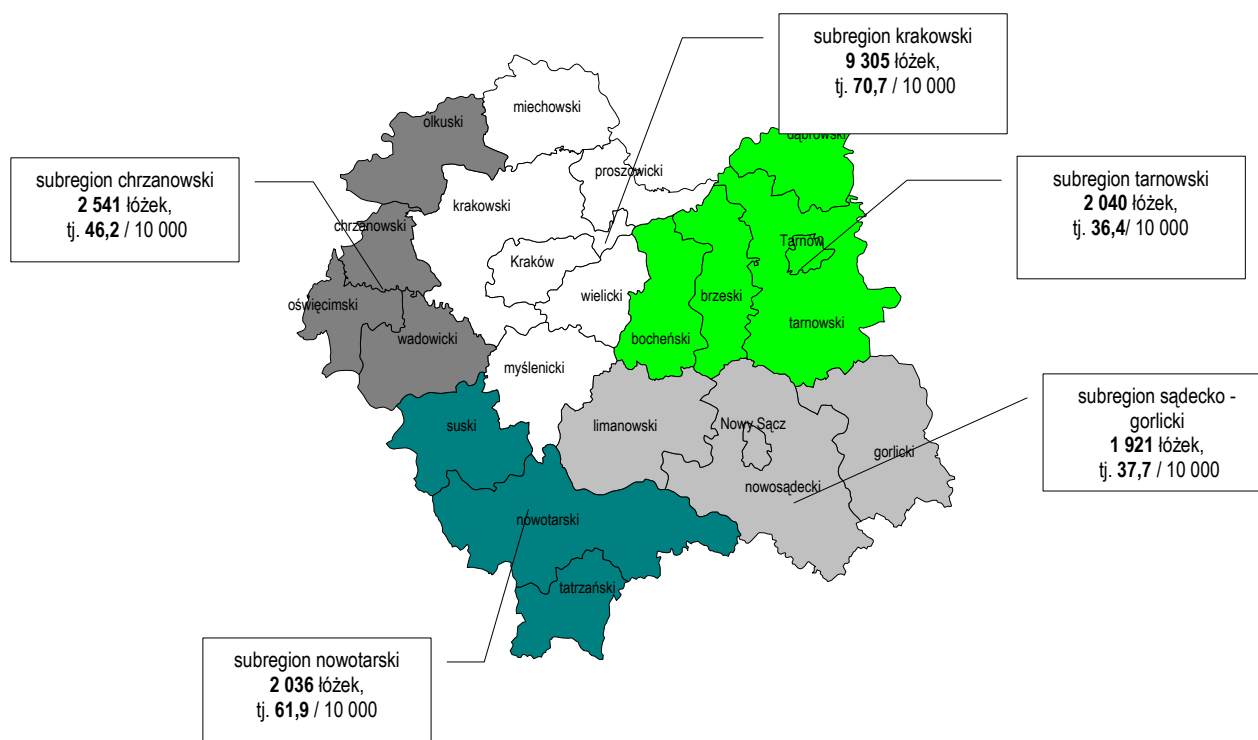
Wskaźniki liczby łóżek na 10 000 mieszkańców województwa w roku 2004 w porównaniu z zakładanymi wielkościami wskaźników w MPOZ przedstawia poniższy wykres.

Wykres 10. Wskaźniki liczby łóżek na 10 000 mieszkańców



Wskaźniki liczby łóżek na 10 000 mieszkańców subregionu w 2005 roku (dane dotyczą publicznych i niepublicznych zoz)

Mapa 1. Wskaźniki liczby łóżek na 10 000 mieszkańców subregionów



## 4.2. Lecznictwo ambulatoryjne

W roku 2005 na terenie województwa małopolskiego ambulatoryjną opiekę zdrowotną dla ogółu ludności, w służbie medycyny pracy i w rehabilitacyjnych spółdzielniach inwalidów, zapewniały publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ogółem działało **1 168 przychodni i ośrodków zdrowia**, w tym **284** w zakładach **publicznych** i **884** w zakładach **niepublicznych**. Liczba przychodni dla ogółu ludności łącznie z ośrodkami zdrowia wynosiła na koniec 2005 roku 1 108. Zmniejszyła się (o 16) w stosunku do roku poprzedniego liczba przychodni w służbie **medycyny pracy** i wynosiła **60**. Ponadto działało **390 praktyk lekarskich**, tj. o 5 mniej niż w roku 2004.

W 2005 roku ogółem w zakładach opieki zdrowotnej i praktykach lekarskich w ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej (dla ogółu ludności, przy zakładach pracy) lekarze udzielili 2 073 140 porady o 1 072 334 porady (5,5%) więcej niż w roku 2004. W podstawowej opiece zdrowotnej województwa małopolskiego w poradniach ogólnych lekarze udzielili 8 586 580 porad, w tym 243 761 wizyt domowych (odsetek wizyt domowych wynosi 2,8%). W porównaniu z rokiem 2004, w którym udzielono 8 215 650 porad, nastąpił wzrost liczby porad o 370 930.

W poradniach dla dzieci udzielono w 2005 r. 360 3739 porad, z czego 73 127 stanowiły wizyty domowe (2,0%). Dla porównania w roku 2004 udzielonych zostało 351 4495 porad, w tym wizyt domowych było 77 200 (2,2%).

W specjalistycznej opiece zdrowotnej dla ogółu ludności i służbie medycyny pracy lekarze specjaliści udzielili 8 066 575 porad, tj. o 437 653 porady więcej niż w roku 2004. Liczba porad udzielonych przez lekarzy stomatologów zwiększyła się o 138 754, tj. z poziomu 2 496 863 do 2 635 617 porad.

Tabela 5. Porady udzielone w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich.

rok	liczba udzielonych porad			z tego w			
	razem	w tym:		podstawowej opiece zdrowotnej	specjalistycznej opiece zdrowotnej		
		lekarskie	stomatologiczne		razem	lekarskie	stomatologiczne
2002	21 952 751	19 202 185	2 750 566	11 488 008	10 464 743	7 714 177	2 750 566
2003	22 137 810	19 442 975	2 694 835	11 752 350	10 385 460	7 690 625	2 694 835
2004	22 155 930	19 659 067	2 496 863	11 730 145	10 425 785	7 928 922	2 496 863
2005	23 205 003	20 731 401	2 473 602	12 190 319	10 702 192	8 066 575	2 635 617

źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

### 4.3. Zasoby kadrowe w województwie małopolskim

Personel medyczny ze średnim i wyższym wykształceniem zatrudniony podstawowo w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej w latach 1999 - 2004 przedstawiają tabele.

Tabela 6. Personel medyczny z wyższym wykształceniem

Grupa zawodowa	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Lekarze	7 737	6 874	7 233	7 516	7 567	7 693
Lekarze stomatolodzy	1 214	1 194	1 249	1 342	1 381	1 259
Mgr rehabilitacji	511	462	472	523	467	435
Mgr pielęgniarstwa	383	335	381	412	489	524
Psycholodzy	331	301	297	322	332	356
Farmaceuci	470	337	309	284	277	201
Analitycy medyczni	289	264	252	275	287	294
Ogółem	10 935	9 767	10 193	10 674	10 800	10 762

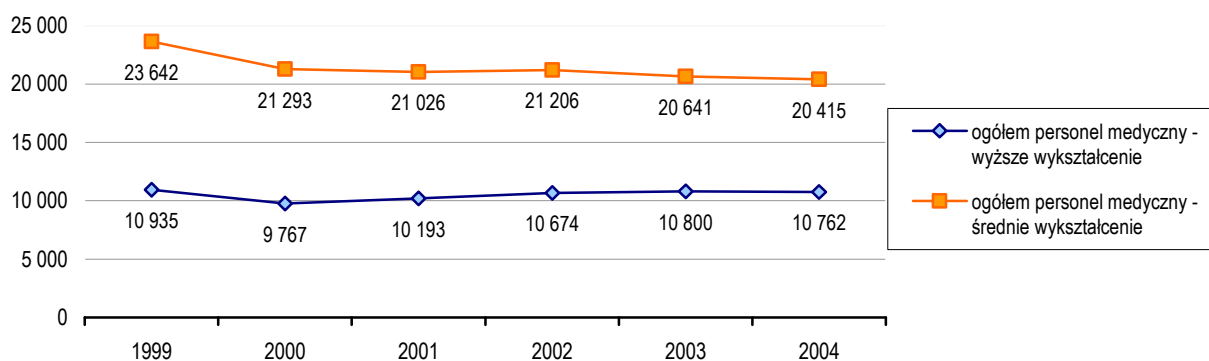
źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Tabela 7. Personel medyczny ze średnim wykształceniem

Grupa zawodowa	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pielęgniarki	17 027	15 469	15 400	15 670	15 368	15 271
Położne	2 024	1 960	1 957	1 938	1 845	1 824
Technicy dentystyczni	250	157	113	112	111	122
Technicy farmaceutyczni	276	255	249	209	178	131
Technicy analityki medycznej	1 498	1 163	1 090	1 028	962	887
Technicy elektroradiologii	907	873	842	845	808	797
Technicy fizjoterapii	927	782	771	786	787	815
Technicy masażyści	213	185	196	220	223	209
Dietetycy	520	449	408	398	359	359
Ogółem	23 642	21 293	21 026	21 206	20 641	20 415

źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Wykres 11. Zatrudnienie ogółem personelu medycznego w latach 1999 – 2004



W stacjonarnej opiece medycznej zatrudnienie przedstawia się następująco:

Tabela 8. Zatrudnienie ogółem (etaty) w szpitalach wojewódzkich, powiatowych i resortowych w latach 1999 – 2005

szpitale	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
powiatowe	18 250,54	16 021,38	15 497,15	14 859,06	14 067,47	13 718,64	13 312,40
wojewódzkie	10 502,66	9 902,11	9 641,25	9 649,02	9 290,10	9 193,50	8 642,82
ogółem	28 753,20	25 923,29	25 138,40	24 508,08	23 357,57	22 912,14	21 955,22

szpitale	1999	2000	2001	2002	2003	2004
resortowe	bd	bd	bd	ok. 6 500*	6 023,81*	6 030,82*

\* dotyczy 5 szpitali resortowych

## 5. Podstawowe założenia Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013

Jak wspomniano we wstępie w przygotowaniu bieżącej edycji Programu uwzględniono również nowe dokumenty w zakresie ochrony zdrowia m. in.: Program Ochrony Zdrowia i Praw Konsumenta na lata 2007-2013, kładący nacisk na dotychczas obowiązujące aspekty Programu Zdrowia Publicznego tj.: informacja, zagrożenia, uwarunkowania zdrowotne oraz wprowadzający trzy nowe tj.: reagowanie na zagrożenie, zapobieganie chorobom, współpraca między systemami ochrony zdrowia oraz wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2015, który wskazuje na konieczność kontynuowania działań pomimo pozytywnych rezultatów oraz wprowadzania zmian modyfikujących cele z powodu zmieniającej się sytuacji demograficzno-społecznej. Ponadto uwzględniono zapisy Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a także komplet dostępnych opracowań analitycznych.

Nowa edycja Programu wynika z założeń i zapisów Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013. Jednocześnie jest jednym z podstawowych czynników rozwoju w zakresie obszaru V – Spójność wewnątrzregionalna i wyraża się przez zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom województwa poprzez rozwój regionalnego systemu ochrony zdrowia, osiągnąony wraz z poprawą jakości i dostępności usług medycznych, w szczególności specjalistycznych.

W programie określono cel strategiczny, 5 celów operacyjnych oraz w ramach celów operacyjnych główne zadania do zrealizowania w najbliższych latach. Dla potrzeb monitorowania Programu określono również mierniki wynikające z jego założeń oraz dostępnego zakresu statystyki publicznej. W założeniach organizacyjnych, a także w późniejszym okresie monitorowania wskaźników i ich ocenie nadal podtrzymuje się określone w poprzednim Programie m.in. subregiony<sup>9</sup> oraz wskaźniki ilościowe (np. liczba łóżek na 10 000 mieszkańców). Takie podejście umożliwi ocenę porównawczą

---

<sup>9</sup> subregion definiuje się jako pulę świadczeń zdrowotnych w poszczególnych segmentach opieki zdrowotnej o gwarantowanej dostępności dla mieszkańców (ubezpieczonych), a z drugiej strony – jako terytorialnie wyodrębniony obwód profilaktyczno-leczniczy obejmujący kilka powiatów i dysponujący wieloprofilowym szpitalem o wysokich możliwościach diagnostyczno-leczniczych (z zachowaniem ustawowego prawa wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy, a w tym szpitala); dla potrzeb Programu w Małopolsce wyróżnia się subregiony: chrzanowski, tarnowski, sądecko-gorlicki, nowotarski, krakowski.

na przestrzeni powyżej 10 lat. Część wytyczonych zadań stanowi kontynuację dotychczas niezrealizowanych lub nie w pełni zrealizowanych w latach poprzednich. Jednocześnie określone zostały nowe zadania zgodnie z kierunkami przemian obserwowanych w zakresie stanu zdrowia populacji mieszkańców województwa małopolskiego, będące wynikiem dogłębnej analizy sytuacji społecznej i epidemiologicznej oraz wynikami konsultacji społecznych z wszystkimi zainteresowanymi podmiotami działającymi na rzecz ochrony zdrowia.

Ponadto w realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006–2013 dużą uwagę przywiązuje się również do wymiany doświadczeń międzynarodowych w ramach podjętej współpracy z różnymi partnerami:

- z Hrabstwem Kopenhagi w zakresie m. in.: współdziałania pomiędzy szpitalami mającej szczególne znaczenie dla pozyskiwania funduszy UE,
- z Badenią - Wirtembergią w zakresie tworzenia europejskiej sieci ośrodków psychiatrycznych, adaptacji na terenie województwa małopolskiego europejskich standardów opieki psychiatrycznej,
- z 12 organizacjami partnerskimi w ramach Health Cluster NET będącego trzyletnim projektem polegającym w szczególności na wymianie doświadczeń i najlepszych rozwiązań w zakresie oddziaływania sektora zdrowia na spójność społeczno – gospodarczą oraz zrównoważony rozwój ekonomiczny,
- z partnerami Stowarzyszenia Regionów Europy Działających na Rzecz Zdrowia Obywateli (ENRICH).

## 6. Cel strategiczny i cele operacyjne Programu

### Cel strategiczny

Jedną z podstawowych przesłanek przy opracowaniu Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013 było kontynuowanie dobrych praktyk wdrożonych w trakcie realizacji pierwszej edycji. Z uwagi na charakter Programu i konieczność kontynuowania i wdrażania nowych długoterminowych zadań pozostaje w mocy dotychczasowy cel strategiczny określony przy I edycji, który brzmi następująco:

***Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia.***

Szczególnie istotne jest zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych w poszczególnych subregionach.

Jak już wcześniej wspomniano obecna edycja Programu skupia się na dotychczas niezrealizowanych lub nie w pełni zrealizowanych w latach poprzednich celach (2, 3, 6 i 7 poprzedniej edycji) oraz nowych zadaniach wytyczonych zgodnie z odnotowanymi zmianami, dlatego dużo uwagi poświęcono opracowaniu i realizacji wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych oraz upowszechnianiu zasad zdrowego stylu życia. Ponadto niektóre cele operacyjne I edycji Programu (cel 1, 4 i 5) z uwagi na wagę problemów jakich dotyczą zostały wyodrębnione do dalszej realizacji w formie wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych, co szczegółowo omówiono w rozdziale 7.1.

## **Cele operacyjne Programu**

1. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych.
2. Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego.
3. Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia.
4. Poprawa jakości, dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów.
5. Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

## **Oczekiwane efekty realizacji Programu:**

- utrzymanie dobrej tendencji związanej ze wskaźnikami zdrowotnymi,
- poprawa wskaźników zdrowotnych w zakresach, w których dotychczas ich nie uzyskano,
- zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów,
- wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia,
- poprawa zasobów infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej.

## 6.1. **Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych**

Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia stało się obecnie jednym z priorytetów rządów wielu krajów, lokalnej administracji i samej populacji zamieszkałej na danym terenie. Pomimo poprawiającego się dostępu do możliwości jakie stwarzają systemy opieki zdrowotnej, wzrostu poziomu świadomości obywateli również w obszarze zdrowia, istnieją pilne potrzeby opracowania i wdrażania wieloletnich strategii zdrowotnych w wybranych zakresach tematycznych w formie specjalistycznych programów zdrowotnych. Wychodząc naprzeciw tego rodzaju potrzebom, po dogłębnej analizie epidemiologicznej i demograficzno-społecznej, konsultacjach w gronie specjalistów, w latach 2001-2005 opracowano wieloletnie specjalistyczne programy zdrowotne oraz przygotowano podstawy pod przyszłe programy planowane do opracowania. Tego rodzaju programy stanowią rozwinięcie w zakresie dotyczącym zdrowia dokumentów strategicznych dla danego obszaru terytorialnego i są instrumentem stymulującym rozwój działań na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji, angażując tym samym wiele środowisk w ich opracowanie i realizację, ponieważ współdziałanie na rzecz poprawy stanu zdrowia ma zdecydowanie interdyscyplinarny charakter.

Do wieloletnich programów specjalistycznych, będących rozwinięciem Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego i tym samym stwarzających wieloletnią możliwość kreowania pozytywnych zmian w obszarze zdrowia należą:

- Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w latach 2004-2008,
- Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004 – 2007,
- Małopolski Program Polityki Prorodzinnej na lata 2004-2007

**Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** na lata 2004-2008 powstał w wyniku realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 jako rozwinięcie 1 celu operacyjnego tego Programu pn. *Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja skutków uzależnień*. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego koresponduje z rekomendacjami zawartymi w kluczowym dla tej

problematyki Raporcie WHO z 2001 roku pn. *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja* oraz w Rezolucji Komitetu Wykonawczego WHO z 17 sierpnia 2002 roku pt. *Umocnienie zdrowia psychicznego*.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zawiera omówienie podstaw prawnych ochrony zdrowia psychicznego w Polsce (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. oraz rozporządzenia wykonawcze), omówienie ogólnopolskich podstaw programowych przygotowanych przez zespół konsultanta krajowego i współpracowników z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Analizuje sytuację epidemiologiczną oraz stan zasobów opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie w Małopolsce. Program określa regionalny model opieki psychiatrycznej oraz definiuje cele programowe i plan operacyjny na lata 2004-2008. Zawarte w programie wskaźniki służą monitorowaniu i ocenie jego wyników. Program realizowany jest w ścisłej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jednostkami psychiatrycznymi na terenie Małopolski, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach psychiatrii z udziałem członków Małopolskiej Rady Zdrowia Psychicznego, powołanej celem koordynowania działań. Szczegółowe sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2004 - 2008 stanowi odrębny dokument.

**Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004 - 2007** podobnie jak poprzedni rozwija 1 cel operacyjny Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia pn. *Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja skutków uzależnień*. Przy konstruowaniu Programu położono szczególny nacisk na kwestie leczenia, profilaktyki i rehabilitacji. W Programie tym wyodrębniony został również oddzielny obszar budowania systemu informacji dotyczącej uzależnień. Program składa się z pięciu zasadniczych części, w których m.in.: przedstawiono uwarunkowania prawne programu i jego kontekst międzynarodowy, dokonano diagnozy w obszarze uzależnień, określono cel strategiczny oraz cele operacyjne programu, wskaźniki monitorowania ich realizacji, a także przedstawiono informację dotyczącą finansowania Programu. Program realizowany jest przy ścisłej współpracy wszystkich środowisk zaangażowanych w problematykę uzależnień z udziałem członków Małopolskiej Rady Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom, powołanej celem wspierania i monitorowania realizacji Programu. Szczegółowe sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004 - 2007 stanowi odrębny dokument.

**Małopolski Program Polityki Prorodzinnej na lata 2004 - 2007** podobnie jak Małopolski Program Ochrony Zdrowia, jest programem w pełni interdyscyplinarnym i koncentruje się na wszelkich aspektach egzystencji człowieka zmierzających do poprawy jego szans życiowych. W Programie, omówione zostało obowiązujące prawodawstwo, szczególnie miejsce znalazł obszar dotyczący funkcjonowania rodziny. Przedstawiono sytuację rodzin w tym sytuację rodzin związaną z niepełnosprawnością, ubóstwem oraz bezrobociem. Określono cele nadrzędne i operacyjne Programu oraz wskaźniki realizacji tych celów. Program zawiera szereg zadań podejmowanych i inicjowanych bezpośrednio przez samorząd województwa siłami Regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz zakłada inspirowanie działań w odniesieniu do samorządów lokalnych, rozmaitych instytucji oraz organizacji pozarządowych w celu wspierania rodziny zarówno w zdrowym, silnym i aktywnym funkcjonowaniu, jak i w przypadku występujących dysfunkcji. Niewątpliwie przyczyni się także do promocji rodzin zdrowych społecznie. Organem opiniująco-doradczym i koordynującym realizację Programu jest Małopolska Rada Polityki Prorodzinnej. Jednocześnie jak wspomniano wyżej, przygotowane zostały podstawy pod przyszłe wieloletnie programy specjalistyczne.

Inspiracją do przygotowania tych Programów są treści programowe zawarte w Strategii Województwa oraz Małopolskim Programie Ochrony Zdrowia wynikające z realizowania przez samorząd województwa roli kreatora polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym. W przygotowaniu są kolejne tego typu programy opisane poniżej.

**Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia** został pomyślany jako rozwinięcie 4 celu operacyjnego Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 pn. *Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia*. Należy przypomnieć, że pomimo iż w zakresie realizacji tego celu uzyskano znaczące wyniki<sup>10</sup>, to należy dążyć do zastosowania na coraz większą skalę tych osiągnięć np. interwencyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego. Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiochirurgii zwraca uwagę na wzrastające zapotrzebowanie na operacje pomostowania tętnic wieńcowych i wydłużający się czas oczekiwania z 3 m-cy do 6 m-cy z powodu zbyt małej wysokości kontraktów. Realizacja tego Programu powinna w długiej perspektywie czasowej przyczynić się do poprawy wskaźników epidemiologicznych dotyczących zapadalności

---

<sup>10</sup> Szczegóły w *Sprawozdaniu z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001–2005*, Kraków, lipiec 2006 r.

i umieralności na choroby układu krążenia oraz do wdrożenia koncepcji docelowej organizacji leczenia w zakresie kardiologii inwazyjnej w Małopolsce.

**Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych** będzie stanowił rozwinięcie 5 celu operacyjnego Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 pn. *Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych* i będzie realizowany ramach *Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych*. W Małopolsce, w opinii konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, pomimo odnotowania pewnego postępu w zakresie modernizacji placówek onkologicznych oraz budowy pełnoprofilowego nowoczesnie zorganizowanego i wyposażonego ośrodka radioterapii w Tarnowie, w dalszym ciągu istnieje potrzeba kontynuowania zapoczątkowanych działań. Natomiast konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej, zwraca uwagę na niepokojącą sytuację panującą w zakresie chemioterapii i na konieczność utworzenia ośrodka chemioterapii na południu województwa. Realizacja omawianego *Programu* powinna w długiej perspektywie czasowej przyczynić się do poprawy wskaźników epidemiologicznych dotyczących zapadalności i umieralności na choroby nowotworowe jak również wyleczalności nowotworów złośliwych.

Ponadto w przyszłości planowane jest również opracowanie i wdrażanie innych programów wynikających z potrzeb, kształtowanych przez sytuację epidemiologiczną i możliwości zasobów systemu ochrony zdrowia, mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji mieszkańców województwa małopolskiego tj: Małopolski Program Prewencji i Leczenia Chorób Cywilizacyjnych Układu Oddechowego, Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Schorzeń Naczyń Obwodowych i inne programy związane z chorobami przewlekłymi (np.: choroby reumatologiczne, cukrzyca) oraz związane z opieką długoterminową jak również opieką nad matką i dzieckiem itp. W przygotowaniu i realizacji tego rodzaju programów pomocne mogą okazać się doświadczenia w ramach współpracy zagranicznej realizowanej przez Województwo Małopolskie z różnymi partnerami.

Jako autorów i jednocześnie realizatorów szczegółowych programów specjalistycznych przewiduje się:

- środowiska powołane do kreowania rozwoju poszczególnych dziedzin medycyny (np. konsultanci wojewódzcy, grupy ekspertów, towarzystwa

naukowe, zarządzający zakładami opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitali, itp.),

- samorządy różnego szczebla, dla których programy mają być podstawą do podejmowania decyzji organizacyjnych, finansowych i inwestycyjnych w zakresie ochrony zdrowia, których kompetencje w tym zakresie wynikają z zapisów ustawowych,
- publiczny płatnik, dla którego programy mają stanowić jedną z wytycznych w procesie kontraktowania usług zdrowotnych,
- stowarzyszenia fundacje i inne organizacje działające na rzecz promocji zdrowia oraz prewencji chorób cywilizacyjnych,

Jednocześnie wskazana jest współpraca ze środkami masowego przekazu, które mają szeroki wpływ na opinię publiczną. Wskazany jest również wzajemny przepływ informacji o podejmowanych inicjatywach na rzecz zdrowia, szczególnie w zakresie opracowywanych / realizowanych programów szczegółowych - specjalistycznych.

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<b>Cele operacyjne</b>			
<b>1. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych</b>			
Realizacja specjalistycznych programów zdrowotnych:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoring realizacji Programu</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki lecznictwa specjalistycznego, sp zozy, konsultanci wojewódzcy, eksperci, publiczny płatnik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wskaźniki określone w Programie</li> </ul>
1. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2004 – 2008*			
2. Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom 2004 – 2007*			
3. Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (2007 - 2013)			
4. Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia (2007 - 2013)			
5. Małopolski Program Prewencji i Leczenia Chorób <b>Cywilizacyjnych</b> Układu Oddechowego			
6. Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Schorzeń Naczyń Obwodowych (2007 - 2013)			
7. Inne szczegółowe programy specjalistyczne (np.: w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, chorób przewlekłych tj. cukrzyca, choroby reumatyczne, opieki długoterminowej itp.)			

\* programy będą wymagały aktualizacji do 2013 roku, zgodnie z nowym okresem programowania

## **6.2. Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego**

Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego stanowiło jeden z celów Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005, dla osiągnięcia tego celu założono realizację ośmiu zadań, głównie ze sfery organizacyjnej, w mniejszym zakresie ze sfery inwestycyjnej. Zastosowane rozwiązania organizacyjne i merytoryczne w tym zakresie decydują o tym, że Małopolska jest regionem, który zajmuje wysoką pozycję w skali całego kraju. Za szczególnie istotne, w opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej, należy uznać osiągnięcie przez województwo małopolskie zadowalających wskaźników w zakresie wdrażania systemu ratownictwa medycznego. Rozwijana jest sieć centrów powiadamiania ratunkowego oraz uruchamiane są kolejne szpitalne oddziały ratunkowe, poprawia się również średni czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia. Z drugiej jednak strony system regionalnego ratownictwa medycznego nadal nie jest kompletny, ponadto konieczne jest utworzenie brakującego szpitalnego oddziału ratunkowego w Wadowicach oraz uzupełnienie bazy sprzętowej. Dynamiczny rozwój ratownictwa medycznego wymaga również przygotowania odpowiedniej liczby specjalistów oraz ich bieżącego dokształcania. W obliczu integracji w ramach Unii Europejskiej system regionalnego ratownictwa medycznego stanął przed szansą oraz wyzwaniem, jakim jest możliwość nawiązania współpracy zagranicznej. W ramach tej współpracy może odbywać się wzajemna wymiana doświadczeń poprzez organizację szkoleń, konferencji oraz praktyk zawodowych dla specjalistów.

Nadal brakuje ośrodków referencyjnych dla leczenia głównych stanów zagrożenia życia i zdrowia takich jak obrażenia mózgu, obrażenia ręki, udary mózgu, oparzenia oraz obrażenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego.

Sprawność i skuteczność regionalnego systemu ratownictwa medycznego w znacznej mierze warunkuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Podstawowym parametrem charakteryzującym działanie każdego systemu ratownictwa medycznego jest jego zdolność do reakcji w każdym przypadku jednostkowego i masowego zagrożenia życia i zdrowia. Dlatego w perspektywie

kolejnych lat niezbędne jest podjęcie działań zmierzających do dalszego rozwoju oraz integracji regionalnego systemu ratownictwa medycznego.

Próba integracji służb na wypadek zdarzeń losowych jest powołanie przez Wojewodę Małopolskiego – Wojewódzkiego Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego, działającego na bazie Wojewódzkiej Komendy Straży Pożarnej w Krakowie. W opracowaniu ogólnej koncepcji sprawnego funkcjonowania miał swój wkład również Samorząd Województwa Małopolskiego. Dla sprawnego funkcjonowania WCKRM niezbędne jest współdziałanie służb i instytucji oraz konieczność szkoleń i doskonalenia umiejętności ratowniczych wszystkich uczestników systemu oraz uwzględnienie związanych z tym niezbędnych nakładów finansowych. Należy zaznaczyć również ważną rolę jaką odgrywają organizacje pozarządowe tj.: GOPR, TOPR i WOPR przy wspieraniu systemu ratownictwa medycznego. Ponadto niezbędny jest rozwój infrastruktury dla potrzeb systemu w tym również obiektów specjalnego przeznaczenia na wypadek zdarzeń masowych (izolatki, prosektoria). Należy zauważyć, że w projekcie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym uwzględniono realizację zajęć przez nauczycieli w zakresie edukacji przedszkolnej oraz w szkołach podstawowych, finansowaną w ramach części oświatowej subwencji ogólnej dla organów prowadzących szkoły, co może niewątpliwie znacząco przyczynić się do poprawy świadomości i umiejętności zachowania się w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia.

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<b>Cele operacyjne</b>			
<b>2. Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego</b>			
1. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja działań podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podjęcie inicjatywy w celu nawiązania współpracy z jednostkami ochrony zdrowia realizującymi zadania związane z ratownictwem medycznym oraz NFZ,</li> <li>• organizacja spotkań służących wypracowaniu wspólnej strategii</li> </ul>	administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, straż pożarna, policja, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej, organizacje pozarządowe tj.: GOPR, TOPR, WOPR	• liczba spotkań oraz inicjatyw podejmowanych na rzecz realizacji celu

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<p>2. Uzupełnienie oraz optymalizacja rozmieszczenia zasobów systemu państwowego ratownictwa medycznego na terenie województwa małopolskiego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostosowanie rozmieszczenia oraz liczby zasobów (w tym ambulansów) do rzeczywistych potrzeb,</li> <li>• poprawa stanu technicznego ambulansów oraz sprzętu ratunkowego,</li> <li>• uruchomienie przewidzianego w systemie szpitalnego oddziału ratunkowego w Wadowicach,</li> <li>• dalsza instytucjonalizacja ośrodków referencyjnych dla leczenia głównych zagrożeń życia i zdrowia</li> </ul>	<p>jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwo Zdrowia, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie, organizacje pozarządowe tj.: GOPR, TOPR, WOPR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba oraz rozmieszczenie ambulansów oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych,</li> <li>• liczba i stan zorganizowania centrów powiadamiania ratunkowego,</li> <li>• liczba oraz stan techniczny karetek, oraz jednostek Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,</li> <li>• czas dojazdu do miejsca zdarzenia</li> <li>• liczba miejsc szczególnego przeznaczenia izolatki, miejsca w prosektoriach, itp.)</li> </ul>

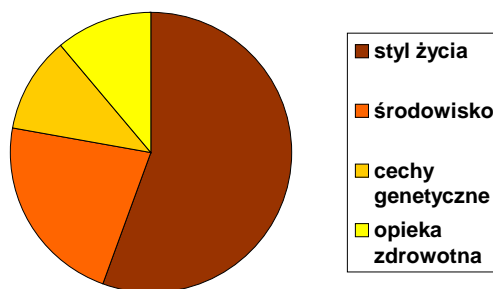
Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
3. Wdrożenie oraz doskonalenie systemu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych (w tym specyficznych dla Małopolski np.: lawiny, powódzie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontynuacja prac związanych z tworzeniem planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych m.in. opracowanie oraz wdrożenie odpowiednich procedur medycznych przez jednostki,</li> <li>• utworzenie sieci telemedycznej łączącej wszystkie jednostki systemu</li> </ul>	administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, straż pożarna, policja, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba jednostek, które mają opracowane i wdrożone procedury na wypadek zdarzeń masowych,</li> <li>• liczba jednostek włączonych do sieci telemedycznej,</li> <li>• liczba oraz wyniki ćwiczeń przeprowadzonych na wypadek zdarzeń masowych</li> </ul>
4. Zwiększenie oraz dostosowanie środków finansowych do rzeczywistych potrzeb systemu ratownictwa medycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostosowanie sposobu kontraktowania do rzeczywistych potrzeb</li> </ul>	NFZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ilość środków finansowych przekazywanych przez NFZ na kontraktowanie świadczeń, zmiana zasad kontraktowania świadczeń</li> </ul>
5. Intensyfikacja szkolenia zasobów kadrowych regionalnego systemu ratownictwa medycznego oraz wolontariuszy, pracowników służb drogowych, policji, innych służb publicznych. Edukacja dzieci i młodzieży w ramach systemu przedszkolnego i szkolnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja i udział w szkoleniach</li> </ul>	placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba szkoleń,</li> <li>• liczba konferencji,</li> <li>• liczba lekarzy, pielęgniarek posiadających specjalizację z zakresu medycyny ratunkowej oraz ratowników medycznych</li> </ul>
6. Zwiększenie dostępu opinii publicznej do informacji na temat funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego oraz podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizowanie kampanii informacyjnych,</li> <li>• przygotowanie materiałów informacyjnych</li> </ul>	NFZ, administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba akcji informacyjnych o zasięgu lokalnym oraz regionalnym,</li> <li>• liczba materiałów informacyjnych</li> </ul>

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
7. Wymiana doświadczeń w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego z partnerami zagranicznymi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zawieranie umów o wzajemnej współpracy z regionami partnerskimi województwa małopolskiego</li> </ul>	NFZ, administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba umów o wzajemnej współpracy,</li> <li>• liczba spotkań służących wymianie doświadczeń</li> </ul>

### 6.3. Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia

Zdecydowane znaczenie dla utrzymania zdrowia człowieka ma styl życia definiowany przez WHO jako sposób bycia, będący wynikiem wzajemnego oddziaływania człowieka, warunków życiowych i indywidualnych wzorców zachowania, wynikających z czynników społeczno-kulturowych i osobistych cech charakteru. Wśród<sup>11</sup> przyczyn chorób o znaczeniu społecznym (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego itp.) można wyróżnić szereg czynników związanych ze stylem życia prowadzących do powstania destrukcyjnych zmian w organizmie człowieka (odżywianie, aktywność fizyczna, nałogi itp.), a więc modyfikowalnych czynników ryzyka np. poprzez programy zdrowotne. Modyfikowanie czynników ryzyka jest sprawą niezwykle trudną i kosztowną, a pozytywne wyniki możliwe są do uzyskania w dłuższej perspektywie czasowej, jednakże mogącą powodować trwałą poprawę wskaźników epidemiologicznych, a tym samym zmniejszyć koszty absencji chorobowej i nakłady na leczenie chorób podstawowych i ich powikłań.

Podstawowymi czynnikami wpływającymi na zdrowie człowieka są: styl życia, na który przypada około 50-60% wszystkich wpływów, środowisko – około 20%, cechy genetyczne – około 20%, opieka zdrowotna – około 15%.



Istotne znaczenie dla podejmowania efektywnej prewencji ma monitorowanie stanu zdrowia populacji. Podstawowe dane epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia mieszkańców województwa małopolskiego omówione w rozdz. 3 niniejszego dokumentu wskazują na potrzebę kontynuowania już istniejących i opracowywania nowych długofalowych programów profilaktycznych w zakresie m. in.: chorób układu krążenia, chorób nowotworowych i in. Oprócz wskazań epidemiologicznych niezwykle istotnego znaczenia nabiera fakt, że wymienione zagrożenia posiadają

<sup>11</sup> Narodowy Program Zdrowia 1996-2005

dobrze opisane czynniki ryzyka i rozpoznane metody ich modyfikacji, które pozwalają na uzyskanie maksymalnych korzyści zdrowotnych (zmniejszenie chorobowości i umieralności).

Oznaczenie czynników ryzyka prowadzone w ramach planowych badań profilaktycznych jest technicznie proste do przeprowadzenia z zachowaniem standardów medycznych i etycznych, a objęcie wyłonionej w wyniku badań, zagrożonej chorobą populacji i wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego oraz edukacyjnego pozwala na zmniejszenie ilości epizodów chorobowych w przyszłości.

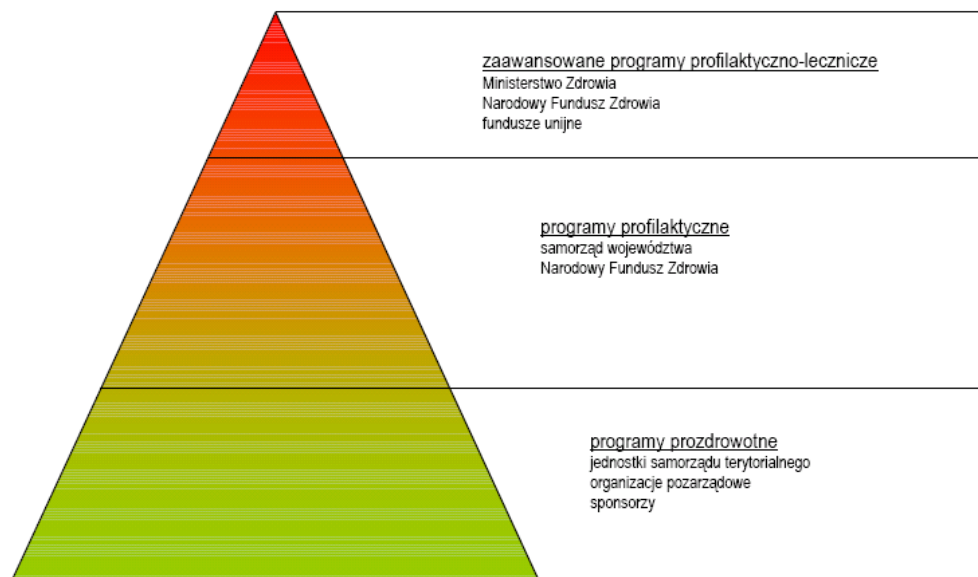
Doświadczenia z realizacji *Programu* w latach 2001-2005 pozwalają na stwierdzenie iż jednocześnie należy przygotowywać i wdrażać programy zmierzające do kształtowania postaw prozdrowotnych dla różnych grup wiekowych zwłaszcza dla dzieci i młodzieży, jak również skierować uwagę na promowanie zdrowia w okresie koncepcyjnym oraz rozwijać promowanie zdrowia w miejscu pracy jako części zintegrowanych działań na rzecz zdrowia, bezpieczeństwa i środowiska.

Przygotowanie i realizowanie tak rozumianych programów profilaktycznych i programów promocji zdrowia wymaga rozwiązań zarówno systemowych podejmowanych przez stosowne struktury Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również przez poszczególne szczeble administracji publicznej i współdziałanie w tym zakresie ze wszystkimi instytucjami zaangażowanymi w działania na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji. Dlatego też celowe wydaje się podejmowanie wysiłków na rzecz realizacji programów zdrowotnych w oparciu o strukturę zaproponowaną w *Wojewódzkim Planie Zdrowotnym 2005*<sup>12</sup>, gdzie rozkład programów w zależności od stopnia ich zaawansowania, powinien zależeć od poziomów obserwowanych wskaźników zdrowotnych w danym regionie / subregionie i być wprowadzany w co najmniej kilkuletniej perspektywie czasowej.

---

<sup>12</sup> Dokument przygotowywany w latach poprzednich na podstawie aktualnie nie obowiązującego aktu prawnego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków, jakim powinien odpowiadać wojewódzki plan zdrowotny oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego Dz. U. z 2003 r. Nr 115, poz. 1087)

Rysunek 1. Struktura programów promocji zdrowia i ich finansowanie – propozycja do realizacji



Koncentrując się na upowszechnianiu zasad zdrowego stylu życia należy zauważyć, że równolegle wraz z realizacją programów profilaktycznych i programów promocji zdrowia powinny ulegać poprawie warunki służące ich wdrażaniu np.: ciągle pozostaje aktualny postulat planowania środków finansowych przez jednostki samorządu terytorialnego z przeznaczeniem na promocję zdrowia (szczegóły na temat finansowego zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego zamieszczono w kolejnych Sprawozdaniach z Realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005). Kreowanie polityki zdrowotnej przez poszczególne szczeble samorządu lokalnego, wynika z realizacji zadań własnych określonych ustawowo, jak również szczegółowo zostało to sprecyzowane przez ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych. Zagadnienie to było jednym z elementów monitorowania dla potrzeb I edycji *Programu* za pomocą autorskiego kwestionariusza, co pozwoliło na uzyskanie informacji, że 53% powiatów w Małopolsce opracowało programy zdrowotne poprzedzone rozeznaniem potrzeb zdrowotnych ich mieszkańców, natomiast w przypadku gmin odsetek ten nie przekraczał 30%. Liczba gmin i powiatów podejmujących działania związane z programami powinna ulegać sukcesywnemu zwiększeniu z uwagi na zapisy cytowanej wyżej ustawy. Ponadto niezbędny jest dalszy rozwój bazy sportowej ze

szczególnym uwzględnieniem dostępu do krytych pływalni, zakupy inwestycyjne dla jednostek ochrony zdrowia zwłaszcza w zakresie sprzętu wykorzystywanego do badań profilaktycznych, profesjonalne szkolenie fachowej kadry medycznej i przedstawicieli innych profesji mających wpływ na kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Należy podkreślić fakt, że na terenie województwa małopolskiego znajdują się ośrodki medyczne dysponujące ogromnym potencjałem twórczym, co potwierdzają działania przez nie podejmowane podczas pierwszej edycji *Programu*, predysponującym je do dalszej kontynuacji dobrych praktyk i realizacji nowatorskich zadań z zakresu upowszechniania zasad zdrowego stylu życia.

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<b>Cele operacyjne</b>			
<b>3. Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia</b>			
<p>1. Opracowanie i wdrożenie, długofalowych, wieloletnich programów zdrowotnych profilaktycznych i edukacji zdrowotnej upowszechniających zdrowy styl życia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• realizowanie wieloletnich programów populacyjnych (z dającymi się oszacować rezultatami) w zakresie schorzeń cywilizacyjnych, np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, itp.,</li> <li>• współpraca z NFZ oraz gminami, starostwami i miastami na prawach powiatów w zakresie finansowania programów,</li> <li>• zwiększanie nakładów finansowych na programy zdrowotne</li> <li>• realizacja programów edukacji zdrowotnej dla różnych grup wiekowych, mających na celu upowszechnianie wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, policja, straż pożarna, organizacje pozarządowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba programów,</li> <li>• populacja objęta programem,</li> <li>• wysokość środków przekazanych na programy,</li> <li>• liczba wykrytych zmian i ciągłość opieki,</li> <li>• liczba zgonów ogółem,</li> <li>• umieralność szczegółowa np. z powodu chorób układu krążenia, itp.,</li> <li>• liczba instytucji wdrażających programy edukacji zdrowotnej</li> </ul>

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
2. Popularyzacja osiągnięć na rzecz promocji zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizowanie konferencji, seminariów upowszechniających działania na rzecz promocji zdrowia,</li> <li>• przygotowywanie materiałów informacyjnych</li> </ul>	MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, policja, straż pożarna, organizacje pozarządowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba uczestników seminariów, konferencji,</li> <li>• rodzaj i ilość materiałów pomocniczych (ulotki, foldery, wydawnictwa, pomoce dydaktyczne)</li> </ul>
3. Poprawa dostępu do bazy sportowo-rekreacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwój bazy sportowo – rekreacyjnej w województwie,</li> <li>• kreowanie mody na sport,</li> <li>• wspieranie stowarzyszeń kultury fizycznej</li> </ul>	MEN, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba kluczowych obiektów sportowych,</li> <li>• liczba mieszkańców przypadających na obiekty sportowe,</li> <li>• liczba imprez sportowo – rekreacyjnych,</li> <li>• wydatki na kulturę fizyczną,</li> <li>• liczba klubów sportowych</li> </ul>
4. Dalsze rozwijanie idei instytucji promujących zdrowie (szpitale, szkoły, miasta, zakłady pracy) na terenie województwa małopolskiego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwój sieci szkół, szpitali, zakładów pracy, miast i innych podmiotów promujących zdrowie,</li> <li>• wspieranie instytucji promujących zdrowie</li> </ul>	MZ, MEN, szpitale, szkoły, zakłady pracy, miasta, jednostki samorządu terytorialnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba instytucji promujących zdrowie zrzeszonych w stosownych sieciach</li> <li>• liczba i rodzaj podejmowanych przedsięwzięć (konferencje, seminaria, warsztaty)</li> </ul>

#### **6.4. Poprawa, jakości, dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów**

Jednostki opieki zdrowotnej, zarówno szczebla wojewódzkiego, specjalistycznego, jaki i powiatowego, gminnego, podstawowej opieki zdrowotnej powinny dążyć do poprawienia jakości świadczeń zdrowotnych. W podejmowanych działaniach jednostki powinny dążyć do wdrożenia mechanizmów zarządzania jakością proponowanych przez standardy akredytacyjne opracowywane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia lub System Zarządzania Jakością zgodnie z normami ISO. Dążenia te powinny być oparte na budowaniu zespołów jakości, wspartych zaangażowaniem specjalistów z tej dziedziny.

Do tej pory stosowano do monitorowania sytuacji SP ZOZ karty kontrolne, w szczególności arkusz dotyczący jakości, dostarczający informacji, w jakim stopniu jednostki zaangażowane są we wdrażanie elementów zarządzania jakością. W pierwszym kwartale 2005 roku przebadanych zostało 26 sp zoz-ów z terenu małopolski. Wyniki ankiet obrazują tendencję wdrażania procesów zarządzania jakością.

W roku 2005 aż 85% ankietowanych sp zoz-ów prowadziło kontrolę jakości. Wśród ankietowanych zoz-ów jedynie 23% (tj. 5 jednostek) posiada certyfikat jakości, w tym 2 jednostki akredytację, a 3 certyfikat jakości ISO. W związku z niskim odsetkiem jednostek posiadającym certyfikat jakości, kierunkowym działaniem jednostek powinno być dążenie do ich uzyskania, poprzez stopniowe wdrażanie standardów.

W tym celu rekomenduje się tworzenie zespołów ds. jakości. Zaobserwowano tendencję zatrudniania w sp zoz-ach z terenu Małopolski absolwentów CMUJ kierunku zdrowie publiczne, wykształconych w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, w których upatruje się sił twórczych w kierunku organizowania działań jakościowych.

Jednym z narzędzi bezwzględnie wymaganych w ramach zarządzania jakością jest systematyczne przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów, potencjalnych klientów jednostek opieki zdrowotnej. Uzyskana w ten sposób opinia powinna podlegać ocenie okresowej, a wnioski oparte na podstawie niniejszej analizy, powinny być wdrażane do działań praktycznych organizacji. Już 90% ankietowanych

zakładów opieki zdrowotnej wdrożyło badania satysfakcji pacjentów do swych praktycznych działań.

Badanie opinii na temat dostępności do świadczeń i satysfakcji pacjentów jest miernikiem subiektywnym jednakże niezwykle pomocnym w ocenie jakości opieki zdrowotnej, szczególnie w realiach związanych ze zmianami systemowymi jakie obserwujemy. Częstość korzystania z różnych form opieki zdrowotnej wynika z potrzeby zdrowotnej ale również z uwarunkowań demograficzno - społecznych i nieuchronnie wiąże się z próbami urynkowienia usług medycznych, zatem może być poważną przyczyną ograniczającą dostępność świadczeń zdrowotnych i tego rodzaju zależności powinny pozostawać w centrum zainteresowań samorządów terytorialnych różnego szczebla, kreujących politykę zdrowotną na danym obszarze.

Jednym z mierników obrazujących poziom zadowolenia pacjentów z usług świadczonych przez jednostki opieki zdrowotnej są również skargi pacjentów. Skargi związane z usługami zdrowotnymi napływają zarówno do samych jednostek, jak również do organów władzy różnych szczebli, w zależności od kompetencji. Do praktyki uważanej za pożądaną należy zarówno prowadzenie rejestracji skarg i wniosków pacjentów, jak również monitorowanie ich rozstrzygnięcia. Istotnym wskaźnikiem jest skala postępowań toczących się w sądach oraz ich rozstrzygnięcia. Obraz kształtuje liczba pozwów w sprawach o odszkodowanie, skierowanych przeciwko zakładom opieki zdrowotnej, zasądzonych prawomocnych wyroków sądowych oraz wypłaconych odszkodowań dla pacjentów.

Istotnym elementem działań związanych z poprawą jakości świadczeń zdrowotnych jest poziom inwestowania w infrastrukturę zakładu opieki zdrowotnej. Kierunki tychże zmian wyznacza znowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Jednostki powinny opracować plany strategiczne i operacyjne wraz z harmonogramami działań, mające na celu dostosowanie posiadanych warunków infrastrukturalnych do wymagań rozporządzenia. Priorytety inwestycyjne wynikają również z zapotrzebowania epidemiologicznego oraz poprawy dostępu do wybranych obszarów opieki zdrowotnej i znajdują one także odzwierciedlenie w Wieloletnich Programach Inwestycyjnych, Regionalnym Programie Operacyjnym, wieloletnich specjalistycznych programach zdrowotnych. W ocenie ważności inwestycji z różnych źródeł finansowania (publiczny płatnik, środki finansowe pozostające w dyspozycji

jednostek samorządu terytorialnego, programy resortowe, środki pomocowe, partnerstwo publiczno-prywatne) powinny być brane pod uwagę ww. kryteria. W poprawie dostępności do diagnostyki oraz terapii istotnym elementem będzie osiąganie wskaźników kierunkowych na populację w dostępie do sprzętu i aparatury medycznej oraz dostosowanie obowiązującego prawa (wymogi Prawa atomowego). W związku z powyższym jednostki powinny poszukiwać źródeł finansowania dokonywanych modernizacji np. w funduszach strukturalnych Unii Europejskiej, dotacjach czy dążyć do zaplanowania inwestycji w zapisach Kontraktu Wojewódzkiego. Przykładem mogą być powstałe cenne inicjatywy realizowane poprzez tworzenie funkcjonalnych centrów prewencji np.: Małopolskiego Centrum Prewencji i Leczenia Cywilizacyjnych Chorób Układu Oddechowego, którego utworzenie ma na celu poprawę skuteczności diagnostyki i terapii pulmonologicznej, a także możliwości udzielania kompleksowej opieki diagnostyczno-terapeutycznej pacjentom na liście oczekujących, Klinicznego Centrum Alergologii dla Dorosłych i Dzieci, na bazie Szpitala Uniwersyteckiego oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Ludwika w celu umożliwienia kompleksowego leczenia jak również prawidłowej wczesnej diagnostyki w zakresie alergii.

W celu zapewnienia kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych należy dążyć do wypracowania systemu dostarczania pełnych danych o zdrowiu każdego pacjenta, poprzez zapewnienie dostępu do serii specjalistycznych i wysokospecjalistycznych badań czy konsultacji lekarskich. Świadczeniodawcy we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinni zmierzać do stworzenia sieci powiązań pomiędzy jednostkami o różnych profilach leczniczych, różnych stopniach referencyjnych, w szczególności poprzez wypracowanie procedur czy umów dotyczących przekazywania pacjenta wraz z kompleksową informacją o jego zdrowiu do specjalistycznych ośrodków.

Kolejnym miernikiem wskazującym na dążenie do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych powinno być ustawiczne angażowanie i kształcenie personelu, w kierunku wdrażania dobrych praktyk zarządczych. Współpraca ze specjalistycznymi ośrodkami związanymi z wdrażaniem systemów jakości, oraz przenoszenie teorii na grunt praktyki stosowanej w zakładach opieki zdrowotnej, przyczyni się do upowszechnienia wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych stosowanych w organizacjach. Istotnym czynnikiem wpływającym na realizację omawianej problematyki są również opracowywane programy naprawcze oraz

restrukturyzacyjne w ochronie zdrowia, które uwzględniają aspekty poprawy dostępności do świadczeń. Przykładem nowych mechanizmów zarządzania jest zawieranie kontraktów menedżerskich z kierownikami zakładów opieki zdrowotnej.

Istotnym problemem w poprawie jakości, dostępności i ciągłości świadczeń zdrowotnych jest kwestia profesjonalnej kadry, zarówno pod kątem ilościowym jak również jakościowym. Duże zagrożenie obecnie stanowi migracja zarobkowa oraz odchodzenie personelu medycznego do innych lepiej płatnych zawodów. Należy podjąć zdecydowane działania związane z systemami motywacyjnymi oraz wzrostem wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia.

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<b>Cele operacyjne</b>			
<b>4. Poprawa jakości , dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów.</b>			
1. Dążenie jednostek ochrony zdrowia do uzyskania certyfikatu jakości świadczonych usług zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzenie w jednostkach ochrony zdrowia zespołów zajmujących się jakością usług medycznych,</li> <li>• angażowanie specjalistów</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia, instytucje związane z wdrażaniem systemów zarządzania jakością	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba placówek posiadających lub starających się o certyfikat jakości świadczonych usług na terenie województwa małopolskiego</li> </ul>
2. Wprowadzenie do praktyk zarządczych jednostek ochrony zdrowia: badań satysfakcji pacjentów, analiz wyników oraz wdrażanie zaleceń z nich wynikających	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów przez jednostki ochrony zdrowia,</li> <li>• przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów przez niezależne instytucje</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba placówek, które przeprowadzają badanie satysfakcji pacjentów, analizują wyniki oraz podejmują stosowne działania,</li> <li>• liczba skarg pacjentów,</li> <li>• liczba pozwów sądowych,</li> <li>• liczba i wartość zasądzonych odszkodowań,</li> <li>• liczba programów naprawczych i restrukturyzacyjnych obejmujących jakość i dostępność do świadczeń</li> </ul>
3. Dążenie do podwyższania wynagrodzenia pracowników sektora ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenie systemów motywacyjnych opartych o wartościowanie pracy</li> <li>• zmiana formuły zatrudnienia na umowy cywilno-prawne</li> <li>• zwiększenie środków na wynagrodzenia</li> </ul>	MZ, jednostki ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regulaminy wynagrodzeń</li> <li>• średnia płaca</li> <li>• struktura zatrudnionego personelu</li> </ul>

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
<p>4. Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie przez jednostki ochrony zdrowia analiz przedstawiających zakresy niniejszych prac,</li> <li>• harmonogramy prac,</li> <li>• poszukiwanie źródeł ich realizacji (np. fundusze strukturalne UE, Kontrakt Wojewódzki, dotacje, partnerstwo publiczno-prywatne i in.),</li> <li>• uwzględnienie zadań inwestycyjnych w Wojewódzkim Planie Inwestycyjnym (WPI)</li> </ul>	<p>jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba placówek, podejmujących działania (plany dostosowania, kosztorysy, wskazanie działań mających na celu zdobywanie środków na ten cel) w kierunku wdrożenia wymagań zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej,</li> <li>• liczba zakładów spełniających wymogi ww. rozporządzenia,</li> <li>• sposób realizacji WPI</li> </ul>
<p>5. Stworzenie sieci powiązań pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uzgodnienie procedur przemieszczania się pacjentów pomiędzy jednostkami: podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej i świadczeniami wysokospecjalistycznymi,</li> <li>• zawieranie umów, porozumień pomiędzy jednostkami o wzajemnej współpracy w zakresie tworzenia funkcjonalnych centrów opieki</li> </ul>	<p>Narodowy Fundusz Zdrowia, stosowne ministerstwa, jednostki ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba opracowanych procedur przekazywania pacjentów pomiędzy jednostkami, w szczególności do ośrodków o wyższym poziomie referencyjnym</li> </ul>

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
6. Upowszechnianie wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych, w szczególności praktyk związanych z zarządzaniem jakością	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uczestnictwo pracowników ochrony zdrowia w szkoleniach specjalistycznych,</li> <li>• organizowanie przez właściwe organizacje szkoleń z podanego zakresu</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, instytucje związane z wdrażaniem systemów zarządzania jakością, stosowne ministerstwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba zorganizowanych szkoleń,</li> <li>• liczba szkoleń w których uczestniczą pracownicy zakładów opieki zdrowotnej, z zakresu zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej</li> </ul>
7. Tworzenie rozwiązań umożliwiających świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów Unii Europejskiej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wdrażanie mechanizmów finansowania świadczeń udzielanych pacjentom UE, podwyższanie standardów infrastruktury sp zoz, opracowywanie stosownych procedur</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki lecznictwa specjalistycznego, sp zozy, organizacje pozarządowe, towarzystwa naukowe, NFZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba pacjentów UE leczonych przez świadczeniodawców z Małopolski</li> <li>• liczba zakładów w województwie małopolskim podejmujących współpracę z krajami UE</li> </ul>
8. Wdrożenie nowych mechanizmów zarządzania w sp zoz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zawieranie kontraktów menadżerskich z kierownikami zakładów opieki zdrowotnej</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki ochrony zdrowia, organy założycielskie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba podpisanych kontraktów menadżerskich w województwie małopolskim</li> </ul>

## **6.5. Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej**

W ramach założonych w celu 5 zadań poprawa dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej w subregionach, w wybranych specjalnościach jest jednym z najważniejszych zadań stojących przed organizatorami opieki zdrowotnej w Województwie Małopolskim. Zadanie to wynika z dokonanych analiz m. in.: dotyczących terytorialnego rozmieszczenia oraz wskaźników liczby łóżek w poszczególnych specjalnościach w subregionach. Istnieje konieczność opracowania specjalistycznych programów wskazujących model opieki w wybranych dziedzinach medycyny, szczególnie należy uwzględnić aktualne znaczne zróżnicowanie w dostępności do poszczególnych specjalności w subregionach. Opracowanie specjalistycznych programów uwzględniających optymalne docelowe wskaźniki łóżek na 10 000 mieszkańców subregionu ma m.in. uzasadnienie w sytuacji epidemiologicznej. Najwyższe wskaźniki zgonów zarówno w Małopolsce jak i w Polsce notowane są z powodu chorób układu krążenia oraz z powodu chorób nowotworowych, tak jak opisano szczegółowo w rozdziale 3. Kolejnym zadaniem określonym w tym celu jest wprowadzenie ciągłego monitorowania ewolucji zmian w zakresie osiągniętych optymalnych wskaźników liczby łóżek w województwie. Monitorowanie osiągniętych wskaźników m.in. w zakresie liczby łóżek oraz efektywności ich wykorzystania pozwoli na podjęcie stosownych działań, odpowiednią alokację zasobów w celu zoptymalizowania ich wykorzystania

Cel ten zakłada również modernizację głównych zasobów rzeczowych systemu opieki zdrowotnej oraz wsparcie finansowe jednostek ochrony zdrowia. Konieczność modernizacji zakładów opieki zdrowotnej wynika z zapisów uprzednio wspomnianego znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Kolejnym ważnym zadaniem jest monitorowanie i dalsza restrukturyzacja zasobów ochrony zdrowia. Dotychczasowy system monitorowania jednostek ochrony zdrowia wprowadzony w 1999 roku należy dostosować w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zapisy tej ustawy umożliwiły jednostkom

ochrony zdrowia zaciągnięcie pożyczki z budżetu państwa lub otrzymanie dotacji. Zgodnie z założeniami ww. ustawy jednostki składając stosowny wniosek były zobowiązane przedstawić efekty ekonomiczne możliwe do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego. W związku z powyższym istnieje potrzeba uzupełnienia systemu monitoringu o dane dotyczące poziomu osiągnięcia założonych celów oraz wpływu tych działań na finanse zakładu.

## 5. Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej

<p>1. Poprawa dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej w subregionach w wybranych specjalnościach: kardiologia, psychiatria, onkologia, geriatrycja (włącznie z określeniem modelu opieki geriatrycznej na poziomie subregionów)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowywanie i realizowanie specjalistycznych programów obejmujących model opieki w danej dziedzinie medycyny</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodów medycznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba łóżek w Małopolsce,</li> <li>• wskaźnik liczby łóżek na 10 000 mieszkańców Małopolski</li> <li>• czas oczekiwania,</li> <li>• liczba hospitalizowanych,</li> <li>• liczba personelu</li> </ul>
<p>2. Monitorowanie zmian w zakresie osiągniętych wskaźników liczby łóżek w województwie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie bazy danych w zakresie posiadania i wykorzystania przez zoz-y zasobów</li> </ul>	<p>organy założycielskie, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba łóżek krótkoterminowych, długoterminowych, psychiatrycznych</li> <li>• efektywność wykorzystania łóżek</li> </ul>
<p>3. Modernizacja głównych zasobów rzeczowych systemu opieki zdrowotnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poszukiwanie przez jednostki ochrony zdrowia źródeł finansowania inwestycji (np. fundusze strukturalne UE, Kontrakt Wojewódzki, dotacje, itp.)</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, organizacje pozarządowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zrealizowane inwestycje,</li> <li>• wysokość nakładów inwestycyjnych,</li> <li>• zakupy sprzętu i aparatury medycznej,</li> <li>• liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych</li> </ul>
<p>4. Monitorowanie i dalsza restrukturyzacja zasobów ochrony zdrowia w województwie małopolskim</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie narzędzi i prowadzenie działań związanych z monitoringiem,</li> <li>• sprawne i efektywne wdrażanie programów restrukturyzacji przez jednostki</li> </ul>	<p>zoz-y, organy założycielskie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba wdrożonych programów restrukturyzacji,</li> <li>• zmiany w zasobach</li> </ul>
<p>5. Wsparcie finansowe jednostek ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaplanowanie w budżecie priorytetów inwestycyjnych i zadań do dofinansowania,</li> <li>• dotacje WPI</li> </ul>	<p>organy założycielskie, organizacje, fundacje, NFZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procent udzielonego wsparcia finansowego w stosunku do budżetu rocznego,</li> <li>• lista rankingowa jednostek z uwzględnieniem wsparcia finansowego zgodnie z ustalonymi priorytetami</li> </ul>

## 7. Organizacja i przebieg prac nad Programem

Przebieg dotychczasowej realizacji Programu i jego monitorowanie wraz z analizą osiągniętych wyników, były jednymi z czynników pozwalających na definiowanie potrzeb i wyznaczanie kierunków dalszego rozwoju ochrony zdrowia w województwie małopolskim i zdecydowały o podjęciu prac nad przygotowaniem kolejnej edycji. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę na prawidłowość zgodnie, z którą korzystne efekty w zakresie stanu zdrowia populacji w wyniku oddziaływania wszelkich programów zdrowia publicznego, a takim programem była pierwsza edycja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia, ujawniają się zwykle najwcześniej po kilku, a nawet kilkunastu latach. Dlatego niezmiernie ważna jest konsekwencja w realizacji celów programowych, koncentracja na wybranych celach, powszechna skala oddziaływania na najważniejsze czynniki zagrożenia, wzmacnianie tendencji pozytywnych i eliminowanie tendencji negatywnych. Te ostatnie ujawniają się w toku właściwie przeprowadzanego procesu monitorowania. Do prac związanych z przygotowaniem bieżącej edycji Programu przystąpiono w II kwartale 2005 roku. Zwrócono się o uwagi i propozycje do starostw powiatowych, miast na prawach powiatu, gmin, konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządów zawodów medycznych oraz innych instytucji związanych z ochroną zdrowia. Analiza uzyskanego materiału pozwoliła na poznanie problemów zdrowotnych różnych społeczności lokalnych województwa małopolskiego, co okazało się zbieżne z obserwowanymi wskaźnikami demograficzno-społecznymi, epidemiologicznymi i innymi statystycznymi danymi mającymi zastosowanie w ochronie zdrowia omówionymi w rozdziale 3. Do najczęściej poruszanych problemów przez respondentów należały dostępność do świadczeń zdrowotnych szczególnie w zakresie kardiologii, onkologii, rehabilitacji. Zwracano również uwagę na konieczność realizacji na szeroką skalę programów profilaktycznych. Odtwarzanie infrastruktury było kolejną dużą grupą problemów wymienianych przez przedstawicieli różnych środowisk. W III kwartale 2005 roku założenia programowe przedstawiono Zarządowi Województwa Małopolskiego, celem zatwierdzenia i udostępniono do konsultacji społecznych, natomiast w czerwcu 2006 roku zakończono prace nad przygotowaniem niniejszego Programu.

## **8. Wdrażanie i ocena wyników Programu**

### **8.1. Instytucje i organizacje realizujące Program**

Główne instytucje i organizacje realizujące Małopolski Program Ochrony Zdrowia w kolejnych latach to:

- Samorząd województwa,
- Samorządy powiatowe i miast na prawach powiatów,
- Samorządy gminne, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które pełnią funkcję organów założycielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- Środowiska powołane do kreowania rozwoju poszczególnych dziedzin medycyny (grupy ekspertów, towarzystwa naukowe, zarządzający zakładami opieki zdrowotnej, zwłaszcza szpitali, itp.)
- Samorządy zawodów medycznych,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Wojewoda Małopolski,
- Konsultanci wojewódzcy,
- Uczelnie medyczne,
- Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy,
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- Zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarские.

Najważniejszymi partnerami w realizacji Programu będą:

- Państwowa Straż Pożarna,
- Policja,
- Organizacje pozarządowe (PCK, WOPR, GOPR, OSP, STOMOZ, TOPR, MZPZOZ i inne),
- Środki masowego przekazu.

## 8.2. Operacyjne zarządzanie Programem

Odpowiedzialność, a zatem także i nadzór nad realizacją Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2006 - 2013 jako programu wojewódzkiego uchwalonego przez Sejmik Województwa Małopolskiego, spoczywa na Zarządzie Województwa Małopolskiego.

Osiągnięcie założonych w Programie celów operacyjnych wymagać będzie współdziałania licznych realizatorów oraz partnerów.

W celu skoordynowania realizacji poszczególnych celów operacyjnych Programu stosownym zarządzeniem zostanie powołana przez Marszałka Województwa Małopolskiego - **Małopolska Rada Zdrowia Publicznego**.

Do zadań Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego dotychczas należało i w dalszym ciągu należeć będzie:

- analiza sytuacji zdrowotnej oraz ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa małopolskiego, wyrażanie stanowiska oraz przedstawianie rekomendacji w tych sprawach,
- opiniowanie metod i środków służących realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia,
- opiniowanie programów ochrony zdrowia, szczególnie powiatowych i miejskich,
- opiniowanie programów promocji zdrowia oraz prewencji chorób o znaczeniu subregionalnym i regionalnym,
- wyrażanie stanowiska w sprawie kierunków planowania sieci świadczeniodawców na terenie województwa,
- przygotowanie dorocznego sprawozdania z realizacji poszczególnych celów operacyjnych Programu.

W skład Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego wejdą:

- przedstawiciel Marszałka Województwa Małopolskiego jako przewodniczący Rady,
- pełnomocnik Rektora UJ ds. klinicznych CM,
- dyrektor Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
- dyrektor Departamentu Polityki Społecznej UMWM,

- dyrektor Wydziału Polityki Społecznej MUW,
- Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- pełnomocnik Wojewody ds. ratownictwa medycznego,
- dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ,
- dyrektor Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy,
- dyrektor Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego,
- przewodniczący Komisji Ochrony Zdrowia SWM,
- konsultanci wojewódzcy (m.in.: w dziedzinie kardiologii, onkologii; od 3 do 5 osób),
- przewodniczący związku powiatów,
- przedstawiciele miast na prawach powiatu,
- przedstawiciel związku gmin,
- prezes małopolskiego związku pracodawców zoz,
- przedstawiciel regionalnej struktury stowarzyszenia dyrektorów szpitali,
- przedstawiciel samorządu lekarskiego,
- przedstawiciel samorządu pielęgniarek i położnych,
- przedstawiciele innych instytucji - w miarę potrzeb.

Tematyka cyklicznych posiedzeń Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego skoncentrowana była dotychczas i nadal będzie wokół najistotniejszych problemów dotyczących ochrony zdrowia w województwie małopolskim.

Zadaniem realizowanym dotychczas, jak również w przyszłości będzie organizacja dorocznej konferencji związanej ze Światowym Dniem Zdrowia, który przypada na dzień 7 kwietnia, rozwijającej hasło proponowane na dany rok przez Światową Organizację Zdrowia oraz podsumowującej realizację Programu za rok poprzedni i wytyczającej kierunki działania na rok następny.

### **8.3. Monitorowanie przebiegu oraz oceny wyników Programu**

Realizacja Programu będzie monitorowana nie rzadziej niż raz do roku. Przedmiotem monitorowania będą wybrane mierniki oceny efektów realizacji określone dla każdego z 5 celów operacyjnych Programu.

Jeden raz w każdym roku Sejmik Województwa Małopolskiego będzie przyjmował sprawozdanie Zarządu Województwa Małopolskiego z realizacji Programu w roku poprzednim.

## 9. Finansowanie programu

Podstawowe źródła finansowania zadań niniejszego Programu to:

- środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pozostające w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia,
- środki budżetowe jednostek samorządu terytorialnego,
- własne środki finansowe zakładów opieki zdrowotnej,
- środki finansowe w ramach kontraktu wojewódzkiego,
- środki budżetu państwa przeznaczane na realizację NPZ i programów resortowych,
- środki podlegające zwrotowi pochodzące z kredytów, umów leasingowych,
- środki wynikające z powstania partnerstwa publiczno-prywatnego,

ponadto w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej powstały możliwości starania się o środki finansowe w ramach:

- Europejskiego Funduszu Społecznego,
- Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego,
- Mechanizmów Finansowych EOG,
- Norweskich Mechanizmów Finansowych NMF
- Małopolskiego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

W celu oszacowania kosztów realizacji Programu, do autorskiego kwestionariusza służącego do corocznej oceny planuje się wprowadzić parametry umożliwiające szacowanie poniesionych nakładów finansowych.

### Finansowanie poszczególnych celów programu.

lp.	Cele programu	prognozowana kwota 2006-2013 ogółem (mln pln)	prognozowana kwota 2007 (mln pln)	prognozowana kwota 2008 (mln pln)	prognozowana kwota 2009 (mln pln)	prognozowana kwota 2010 (mln pln)	prognozowana kwota 2011 (mln pln)	prognozowana kwota 2012 (mln pln)	prognozowana kwota 2013 (mln pln)
1.	Cel 1 Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych	301	40	41	42	43	44	45	46
2.	Cel 2 Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego	455	66	67	68	65	64	63	62
3.	Cel 3 Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia	284	36	38	40	41	42	43	44
4.	Cel 4 Poprawa jakości, dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów	438	60	61	62	63	64	64	64
5.	Cel 5 Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej	312	40	42	44	45	46	47	48
6.	Ogółem	1 790	242	249	256	257	260	262	264

**Rozkład środków finansowych w ramach Małopolskiego RPO na poszczególne lata w Priorytecie 6. Spójność wewnątrzregionalna w mln euro**

1.	6.3. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców, w tym socjalnego i zdrowotnego.	40*	5,78*	5,8*	5,81*	5,62*	5,64*	5,66*	5,69*
----	--	-----	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------

\* kwoty w mln euro

Tabela 9. Prognoza źródeł finansowania Programu<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Prognozy dokonano w oparciu o szacunkowe koszty poniesione przy realizacji I edycji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005.. Planowane środki finansowe pochodzą z budżetu z Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, projektów Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego, Wojewódzkiego Planu Inwestycyjnego, środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych możliwych źródeł finansowych w tym budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Precyzyjne nakłady finansowe (w układzie rocznym będą znane po zatwierdzeniu budżetu jednostek samorządów terytorialnych na rok 2007 i kolejne lata, przyznaniu dotacji z budżetu państwa lub pomocy ze źródeł U).

## 10. Podsumowanie

Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006 - 2013 jest kontynuacją Programu realizowanego w latach 2001 - 2005 i stanowi rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego, ściśle koresponduje z koncepcjami zawartymi we wstępnym ramowym projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 - 2015 oraz obowiązującymi dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej. Przygotowanie drugiej edycji Programu zostało poprzedzone wnikliwą analizą wyników osiągniętych w toku realizacji pierwszej edycji, analizą sytuacji epidemiologicznej i demograficzno-społecznej, konsultacjami w gronie specjalistów – członków Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego i konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz weryfikacją postulatów zgłaszanych w toku konsultacji społecznych przez wszystkie zainteresowane środowiska.

Uznano, że obecna edycja Programu będzie w dalszym ciągu koncentrować się na osiągnięciu celu strategicznego jakim jest:

***Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia***

oraz sformułowano 5 celów operacyjnych dla realizacji zadań, które zostały zapoczątkowane w I edycji oraz zadań nowych związanych ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi mieszkańców Małopolski. W *Programie* w dalszym ciągu utrzymano główny nacisk na zadania z zakresu promocji zdrowia i prewencji schorzeń cywilizacyjnych, niwelowanie nierówności w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, budowanie partnerstwa pomiędzy wszystkimi podmiotami związanymi z ochroną zdrowia w oparciu o współodpowiedzialność za stan zdrowia populacji mieszkańców województwa małopolskiego oraz uwzględniono kontynuację zadań zapoczątkowanych w I edycji Programu.

W *Programie* określono możliwości jego finansowania. Utrzymano dotychczasową formułę zarządzania operacyjnego Programem. Nad koordynacją realizacji

poszczególnych celów będzie czuwała Małopolska Rada Zdrowia Publicznego. Zachowano dotychczasową częstotliwość monitorowania Programu – raz w roku. Realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006 – 2013 powinna przyczynić się m. in. do:

- utrzymania dobrej tendencji związanej z poprawą wskaźników zdrowotnych,
- poprawy wskaźników zdrowotnych w zakresach, w których dotychczas jej nie uzyskano,
- poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów,
- wzrostu efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia,
- poprawy zasobów infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej.

Przedstawiając obecną wersję Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia, Zarząd Województwa Małopolskiego oraz Przewodniczący Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego składają podziękowania wszystkim, którzy przyczynili się do pomyślnego przebiegu dotychczasowej realizacji Programu oraz wytyczenia nowych kierunków na lata 2006 – 2013 i budowania szerokiego frontu wsparcia społecznego dla przedsięwzięć w zakresie ochrony zdrowia w Małopolsce oraz wyrażają głęboką nadzieję na dalsze owocne współdziałania na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji mieszkańców województwa małopolskiego.

## 11. Zestawienie celów operacyjnych MPOZ na lata 2006 – 2013

<b>Cel nadrzędny</b>			
<b>Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnoszenie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia.</b>			
<b>Zadania</b>	<b>Sposób realizacji zadania</b>	<b>Realizatorzy</b>	<b>Mierniki</b>
<b>Cele operacyjne</b>			
<b>1. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców poprzez opracowywanie i realizację wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych</b>			
Realizacja specjalistycznych programów zdrowotnych:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoring realizacji Programu</li> <li>• opracowanie i przygotowanie podstaw do wdrożenia specjalistycznych programów zdrowotnych</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki leczenia specjalistycznego, sp zozy, konsultanci wojewódzcy, eksperci, publiczny płatnik pełnomocnik ZWM ds. uzależnień organizacje pozarządowe, towarzystwa naukowe,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wskaźniki określone w Programie</li> <li>• wskaźniki opracowane przy poszczególnych programach szczegółowych - specjalistycznych.</li> </ul>
1. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2004 – 2008*			
2. Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom 2004 – 2007*			
3. Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (2007 - 2013)			

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
4. Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia (2007 - 2013)		Regionalne Centrum Chorób Naczyń	
5. Małopolski Program Prewencji i Leczenia Chorób Cywilizacyjnych Układu Oddechowego			
6. Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Schorzeń Naczyń Obwodowych (2007 - 2013)			
7. Inne szczegółowe programy specjalistyczne (np.: w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, chorób przewlekłych tj. cukrzyca, choroby reumatyczne, opieki długoterminowej itp.)			
<b>2. Rozwój oraz integracja regionalnego systemu ratownictwa medycznego</b>			
1. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja działań podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podjęcie inicjatywy w celu nawiązania współpracy z jednostkami ochrony zdrowia realizującymi zadania związane z ratownictwem medycznym oraz NFZ,</li> <li>• organizacja spotkań służących wypracowaniu wspólnej strategii</li> </ul>	administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, straż pożarna, policja, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej	•liczba spotkań oraz inicjatyw podejmowanych na rzecz realizacji celu

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
2. Uzupełnienie oraz optymalizacja rozmieszczenia zasobów systemu państwowego ratownictwa medycznego na terenie województwa małopolskiego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostosowanie rozmieszczenia oraz liczby zasobów (w tym ambulansów) do rzeczywistych potrzeb,</li> <li>• poprawa stanu technicznego ambulansów oraz sprzętu ratunkowego,</li> <li>• uruchomienie przewidzianego w systemie szpitalnego oddziału ratunkowego w Wadowicach,</li> <li>• dalsza instytucjonalizacja ośrodków referencyjnych dla leczenia głównych zagrożeń życia i zdrowia</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwo Zdrowia, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie, organizacje pozarządowe tj.: GOPR, TOPR, WOPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•liczba oraz rozmieszczenie ambulansów oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych,</li> <li>•liczba i stan zorganizowania centrów powiadamiania ratunkowego,</li> <li>•liczba oraz stan techniczny karetek, oraz jednostek Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,</li> <li>•czas dojazdu do miejsca zdarzenia</li> <li>•liczba miejsc szczególnego przeznaczenia izolatki, miejsca w prosektorjach, itp.)</li> </ul>
3. Wdrożenie oraz doskonalenie systemu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych (w tym specyficznych dla Małopolski np.: lawiny, powódzie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontynuacja prac związanych z tworzeniem planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych m.in. opracowanie oraz wdrożenie odpowiednich procedur medycznych przez jednostki,</li> <li>• utworzenie sieci telemedycznej łączącej wszystkie jednostki systemu</li> </ul>	administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, straż pożarna, policja, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki	<ul style="list-style-type: none"> <li>•liczba jednostek, które mają opracowane i wdrożone procedury na wypadek zdarzeń masowych,</li> <li>•liczba jednostek włączonych do sieci telemedycznej,</li> <li>•liczba oraz wyniki ćwiczeń przeprowadzonych na wypadek zdarzeń masowych</li> </ul>
4. Zwiększenie oraz dostosowanie środków finansowych do rzeczywistych potrzeb systemu ratownictwa medycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostosowanie sposobu kontraktowania do rzeczywistych potrzeb</li> </ul>	NFZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ilość środków finansowych przekazywanych przez NFZ na kontraktowanie świadczeń, zmiana zasad kontraktowania świadczeń</li> </ul>

Zadania	Sposób realizacji zadania	Realizatorzy	Mierniki
5. Intensyfikacja szkolenia zasobów kadrowych regionalnego systemu ratownictwa medycznego oraz wolontariuszy, pracowników służb drogowych, policji, innych służb publicznych. Edukacja dzieci i młodzieży w ramach systemu przedszkolnego i szkolnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizacja i udział w szkoleniach</li> </ul>	placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie, konsultant wojewódzki	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba szkoleń,</li> <li>• liczba konferencji,</li> <li>• liczba lekarzy, pielęgniarek posiadających specjalizację z zakresu medycyny ratunkowej oraz ratowników medycznych</li> </ul>
6. Zwiększenie dostępu opinii publicznej do informacji na temat funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego oraz podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• organizowanie kampanii informacyjnych,</li> <li>• przygotowanie materiałów informacyjnych</li> </ul>	NFZ, administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki ochrony zdrowia uczestniczące w systemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba akcji informacyjnych o zasięgu lokalnym oraz regionalnym,</li> <li>• liczba materiałów informacyjnych</li> </ul>
7. Wymiana doświadczeń w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego z partnerami zagranicznymi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zawieranie umów o wzajemnej współpracy z regionami partnerskimi województwa małopolskiego</li> </ul>	NFZ, administracja rządowa w województwie, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki służby zdrowia uczestniczące w systemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba umów o wzajemnej współpracy,</li> <li>• liczba spotkań służących wymianie doświadczeń</li> </ul>

### 3. Upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia

<p>1. Opracowanie i wdrożenie, długofalowych, wieloletnich programów zdrowotnych profilaktycznych i edukacji zdrowotnej upowszechniających zdrowy styl życia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizowanie wieloletnich programów populacyjnych (z dającymi się oszacować rezultatami) w zakresie schorzeń cywilizacyjnych, np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, itp.,</li> <li>współpraca z NFZ oraz gminami, starostwami i miastami na prawach powiatów w zakresie finansowania programów,</li> <li>zwiększanie nakładów finansowych na programy zdrowotne</li> <li>realizacja programów edukacji zdrowotnej dla różnych grup wiekowych, mających na celu upowszechnianie wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, policja, straż pożarna, organizacje pozarządowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba programów,</li> <li>populacja objęta programem,</li> <li>wysokość środków przekazanych na programy,</li> <li>liczba wykrytych zmian i ciągłość opieki,</li> <li>liczba zgonów ogółem,</li> <li>umieralność szczegółowa np. z powodu chorób układu krążenia, itp.,</li> <li>liczba instytucji wdrażających programy edukacji zdrowotnej</li> </ul>
<p>2. Popularyzacja osiągnięć na rzecz promocji zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>organizowanie konferencji, seminariów upowszechniających działania na rzecz promocji zdrowia,</li> <li>przygotowywanie materiałów informacyjnych</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, policja, straż pożarna, organizacje pozarządowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba uczestników seminariów, konferencji,</li> <li>rodzaj i ilość materiałów pomocniczych (ulotki, foldery, wydawnictwa, pomoce dydaktyczne)</li> </ul>

3. Poprawa dostępu do bazy sportowo-rekreacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwój bazy sportowo – rekreacyjnej w województwie,</li> <li>• kreowanie mody na sport,</li> <li>• wspieranie stowarzyszeń kultury fizycznej</li> </ul>	MEN, jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba kluczowych obiektów sportowych,</li> <li>• liczba mieszkańców przypadających na obiekty sportowe,</li> <li>• liczba imprez sportowo – rekreacyjnych,</li> <li>• wydatki na kulturę fizyczną,</li> <li>• liczba klubów sportowych</li> </ul>
4. Dalsze rozwijanie idei instytucji promujących zdrowie (szpitale, szkoły, miasta, zakłady pracy) na terenie województwa małopolskiego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwój sieci szkół, szpitali, zakładów pracy, miast i innych podmiotów promujących zdrowie,</li> <li>• wspieranie instytucji promujących zdrowie</li> </ul>	MZ, MEN, szpitale, szkoły, zakłady pracy, miasta, jednostki samorządu terytorialnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba instytucji promujących zdrowie zrzeszonych w stosownych sieciach</li> <li>• liczba i rodzaj podejmowanych przedsięwzięć (konferencje, seminaria, warsztaty)</li> </ul>
<b>4. Poprawa jakości , dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów</b>			
1. Dążenie jednostek ochrony zdrowia do uzyskania certyfikatu jakości świadczonych usług zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tworzenie w jednostkach ochrony zdrowia zespołów zajmujących się jakością usług medycznych,</li> <li>• angażowanie specjalistów</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia, instytucje związane z wdrażaniem systemów zarządzania jakością	• liczba placówek posiadających lub starających się o certyfikat jakości świadczonych usług na terenie województwa małopolskiego
2. Wprowadzenie do praktyk zarządczych jednostek ochrony zdrowia: badań satysfakcji pacjentów, analiz wyników oraz wdrażanie zaleceń z nich wynikających	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów przez jednostki ochrony zdrowia,</li> <li>• przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów przez niezależne instytucje</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba placówek, które przeprowadzają badanie satysfakcji pacjentów, analizują wyniki oraz podejmują stosowne działania,</li> <li>• liczba skarg pacjentów,</li> <li>• liczba pozwów sądowych,</li> <li>• liczba i wartość zasądzonych odszkodowań,</li> <li>• liczba programów naprawczych i restrukturyzacyjnych obejmujących jakość i dostępność do świadczeń</li> </ul>

<p>3. Dążenie do podwyższania wynagrodzenia pracowników sektora ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenie systemów motywacyjnych opartych o wartościowanie pracy</li> <li>• zmiana formuły zatrudnienia na umowy cywilno-prawne</li> <li>• zwiększenie środków na wynagrodzenia</li> </ul>	<p>MZ, jednostki ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regulaminy wynagrodzeń</li> <li>• średnia płaca</li> <li>• struktura zatrudnionego personelu</li> </ul>
<p>4. Dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie przez jednostki ochrony zdrowia analiz przedstawiających zakresy niniejszych prac,</li> <li>• harmonogramy prac,</li> <li>• poszukiwanie źródeł ich realizacji (np. fundusze strukturalne UE, Kontrakt Wojewódzki, dotacje, partnerstwo publiczno-prywatne i in.),</li> <li>• uwzględnienie zadań inwestycyjnych w Wojewódzkim Planie Inwestycyjnym (WPI)</li> </ul>	<p>jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba placówek, podejmujących działania (plany dostosowania, kosztorysy, wskazanie działań mających na celu zdobywanie środków na ten cel) w kierunku wdrożenia wymagań zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej,</li> <li>• liczba zakładów spełniających wymogi ww. rozporządzenia,</li> <li>• sposób realizacji WPI</li> </ul>
<p>5. Stworzenie sieci powiązań pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uzgodnienie procedur przemieszczania się pacjentów pomiędzy jednostkami: podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej i świadczeniami wysokospecjalistycznymi,</li> <li>• zawieranie umów, porozumień pomiędzy jednostkami o wzajemnej współpracy w zakresie tworzenia funkcjonalnych centrów opieki</li> </ul>	<p>Narodowy Fundusz Zdrowia, stosowne ministerstwa, jednostki ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba opracowanych procedur przekazywania pacjentów pomiędzy jednostkami, w szczególności do ośrodków o wyższym poziomie referencyjnym</li> </ul>

6. Upowszechnianie wiedzy dotyczącej praktyk zarządczych, w szczególności praktyk związanych z zarządzaniem jakością	<ul style="list-style-type: none"> <li>uczestnictwo pracowników ochrony zdrowia w szkoleniach specjalistycznych,</li> <li>organizowanie przez właściwe organizacje szkoleń z podanego zakresu</li> </ul>	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, instytucje związane z wdrażaniem systemów zarządzania jakością, stosowne ministerstwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba zorganizowanych szkoleń,</li> <li>liczba szkoleń w których uczestniczą pracownicy zakładów opieki zdrowotnej, z zakresu zarządzania, w szczególności zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej</li> </ul>
7. Tworzenie rozwiązań umożliwiających świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów Unii Europejskiej	<ul style="list-style-type: none"> <li>wdrażanie mechanizmów finansowania świadczeń udzielanych pacjentom UE, podwyższanie standardów infrastruktury sp zoz, opracowywanie stosownych procedur</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki lecznictwa specjalistycznego, sp zozy, organizacje pozarządowe, towarzystwa naukowe, NFZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba pacjentów UE leczonych przez świadczeniodawców z Małopolski</li> <li>liczba zakładów w województwie małopolskim podejmujących współpracę z krajami UE</li> </ul>
8. Wdrożenie nowych mechanizmów zarządzania w sp zoz	<ul style="list-style-type: none"> <li>zawieranie kontraktów menadżerskich z kierownikami zakładów opieki zdrowotnej</li> </ul>	jednostki samorządu terytorialnego, jednostki ochrony zdrowia, organy założycielskie	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba podpisanych kontraktów menadżerskich w województwie małopolskim</li> </ul>
<b>5. Optymalizacja wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia i globalnych kosztów opieki stacjonarnej</b>			
1. Poprawa dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej w subregionach w wybranych specjalnościach: kardiologia, psychiatria, onkologia, geriatria (włącznie z określeniem modelu opieki geriatrycznej na poziomie subregionów)	<ul style="list-style-type: none"> <li>opracowywanie i realizowanie specjalistycznych programów obejmujących model opieki w danej dziedzinie medycyny</li> </ul>	MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodów medycznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba łóżek w Małopolsce,</li> <li>wskaźnik liczby łóżek na 10 000 mieszkańców Małopolski</li> <li>czas oczekiwania,</li> <li>liczba hospitalizowanych,</li> <li>liczba personelu</li> </ul>
2. Monitorowanie zmian w zakresie osiągniętych wskaźników liczby łóżek w województwie	<ul style="list-style-type: none"> <li>prowadzenie bazy danych w zakresie posiadania i wykorzystania przez zoz-y zasobów</li> </ul>	organy założycielskie, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>liczba łóżek krótkoterminowych, długoterminowych, psychiatrycznych</li> <li>efektywność wykorzystania łóżek</li> </ul>

<p>3. Modernizacja głównych zasobów rzeczowych systemu opieki zdrowotnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poszukiwanie przez jednostki ochrony zdrowia źródeł finansowania inwestycji (np. fundusze strukturalne UE, Kontrakt Wojewódzki, dotacje, itp.)</li> </ul>	<p>MZ, NFZ, zoz-y, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodów medycznych, środki masowego przekazu, organizacje pozarządowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zrealizowane inwestycje,</li> <li>• wysokość nakładów inwestycyjnych,</li> <li>• zakupy sprzętu i aparatury medycznej,</li> <li>• liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych</li> </ul>
<p>4. Monitorowanie i dalsza restrukturyzacja zasobów ochrony zdrowia w województwie małopolskim</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowanie narzędzi i prowadzenie działań związanych z monitoringiem,</li> <li>• sprawne i efektywne wdrażanie programów restrukturyzacji przez jednostki</li> </ul>	<p>zoz-y, organy założycielskie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba wdrożonych programów restrukturyzacji,</li> <li>• zmiany w zasobach</li> </ul>
<p>5. Wsparcie finansowe jednostek ochrony zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaplanowanie w budżecie priorytetów inwestycyjnych i zadań do dofinansowania,</li> <li>• dotacje WPI</li> </ul>	<p>organy założycielskie, organizacje, fundacje, NFZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procent udzielonego wsparcia finansowego w stosunku do budżetu rocznego,</li> <li>• lista rankingowa jednostek z uwzględnieniem wsparcia finansowego zgodnie z ustalonymi priorytetami</li> </ul>

\* programy będą wymagały aktualizacji do 2013 roku, zgodnie z nowym okresem programowania

Założenia obecnej edycji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013 korespondują z założeniami pierwszej edycji m. in. w zakresie rozmieszczenia poradni specjalistycznych oraz osiągnięcia optymalnych wskaźników liczby łóżek na 10 tysięcy mieszkańców województwa małopolskiego, wg propozycji:

poradnie specjalistyczne dostępne w powiecie ziemskim:

- chirurgii ogólnej,
- chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- położniczo-ginekologiczna,
- okulistyczna,
- otolaryngologiczna,
- dermatologiczna,
- diabetologiczna,
- neurologiczna,
- kardiologiczna,
- zdrowia psychicznego,
- terapii uzależnień,
- rehabilitacyjna,
- pulmonologiczna,
- ortodontyczna.

poradnie specjalistyczne dostępne w subregionie:

- alergologiczna,
- endokrynologiczna,
- reumatologiczna,
- urologiczna,
- onkologiczna,
- patologii ciąży,
- gastroenterologiczna,
- nefrologiczna,
- hematologiczna,
- neonatologiczna,
- leczenia bólu,
- hepatologiczna,
- proktologiczna,
- specjalistyczne poradnie dziecięce,
- chirurgii stomatologicznej.

poradnie specjalistyczne poziomu wojewódzkiego zlokalizowane w Krakowie  
- wojewódzkie poradnie wg rodzaju określonego wyżej, oraz dodatkowo poradnie

- angiologiczna,
- chirurgii naczyniowej,
- chirurgii plastycznej,
- genetyczna,
- chorób metabolicznych,
- immunologiczna.

Osiągnięcie liczby łóżek opieki długoterminowej 12/10 000 mieszkańców, łóżek psychiatrycznych 5,5/10 000 mieszkańców przy jednoczesnym zachowaniu wskaźnika łóżek ogółem na poziomie 53/10 000 mieszkańców.