



Sprawozdanie z realizacji

Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 - 2005

**Departament Polityki Społecznej
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego**

Kraków, lipiec 2006 r.

Opracowano w Departamencie Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Małopolskiego

Urszula Sanak, Anna Młynarczyk, Danuta A. Woźniak

W pracy nad sprawozdaniem korzystano ponadto z życzliwego wsparcia m.in.:

- Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie,
- Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego,
- Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy,
- Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- członków Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego,
- konsultantów wojewódzkich,
- przedstawicieli administracji samorządowej,
- Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki
i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie.....	4
2. Ogólna ocena realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005.....	5
3. Realizacja celów operacyjnych Programu w latach 2001-2005.....	8
Cel 1 Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień.....	9
Cel 2 Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych.....	12
Cel 3 Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego....	17
Cel 4 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia	21
Cel 5 Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych	26
Cel 6 Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów.....	31
Cel 7 Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej	35
4. Podsumowanie	38

1. Wprowadzenie

Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2001 - 2005, będący rozwinięciem Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w obszarze regionalnej polityki zdrowotnej, wytyczał 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 dla wszystkich w XXI wieku. W zakresie wytycznych organizacyjnych Program nawiązuje do dorobku analitycznego i rekomendacji Departamentu Ekonomicznego OECD oraz European Observatory on Health Care Systems.

Realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia miała pozwolić na osiągnięcie 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.***

Dla osiągnięcia celu strategicznego Programu sformułowano 7 celów operacyjnych oraz wskazano około 80 zadań służących ich realizacji. Realizacja Programu była monitorowana nie rzadziej niż raz do roku. Podstawą oceny efektów realizacyjnych był m.in. zestaw 30 wskaźników służących do monitorowania Programu.

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. Spotkania Rady odbywały się cyklicznie. Rada debatowała nad najważniejszymi problemami systemu ochrony zdrowia w wymiarze regionalnym i krajowym. Rolę merytorycznego i administracyjnego zaplecza Rady pełnił **Departament Polityki Społecznej** Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

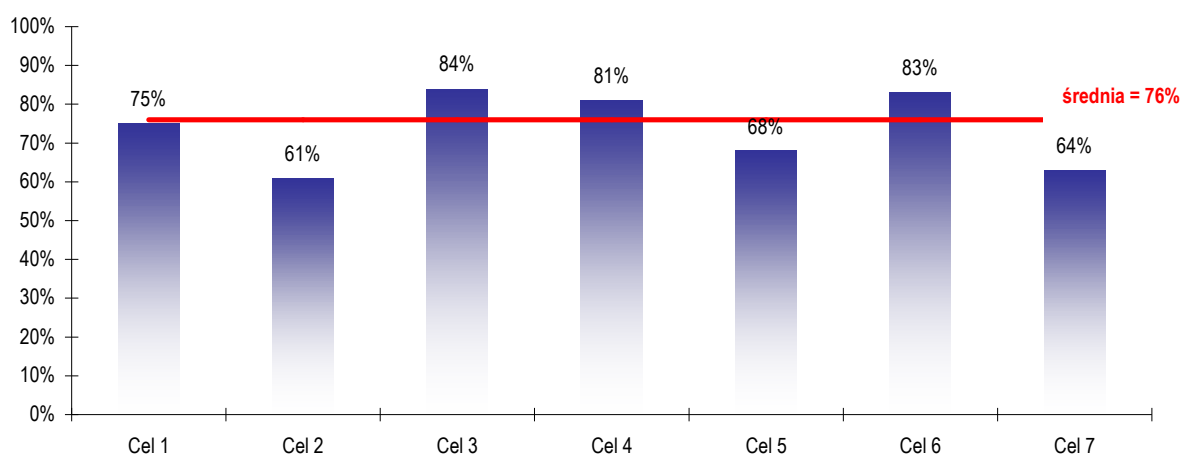
Stan realizacji Programu był na bieżąco monitorowany i każdego roku przedstawiany Sejmikowi Województwa Małopolskiego przez Zarząd Województwa Małopolskiego w formie sprawozdania. Niniejsze sprawozdanie w sposób syntetyczny ujmuje stan realizacji poszczególnych celów operacyjnych wg przyjętych w Programie wskaźników, precyzując najważniejsze osiągnięcia jak również napotykanne trudności. Natomiast szczegółowa analiza poszczególnych zadań w obrębie celów operacyjnych, z uwagi na obszerność materiału, dostępna jest w Departamencie Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

Przedstawiając Sejmikowi Województwa Małopolskiego oraz opinii publicznej niniejsze sprawozdanie, Zarząd Województwa Małopolskiego oraz Przewodniczący Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego **składają podziękowania** wszystkim, którzy

przyczynili się w analizowanym okresie do realizacji celów Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia i budowania szerokiego frontu wsparcia społecznego dla przedsięwzięć w zakresie ochrony zdrowia w Małopolsce. Jednocześnie można powiedzieć, że niniejsze sprawozdanie potwierdza słuszność przyjętych przez Województwo Małopolskie kierunków działań w zakresie ochrony zdrowia i potrzebę dalszej ich kontynuacji, w formie II edycji Programu, na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji mieszkańców województwa małopolskiego.

2. Ogólna ocena realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005

Szacunkową ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów operacyjnych oraz całego Programu przedstawia poniżej zamieszczony wykres.



Średnie, **zaawansowanie Programu na koniec roku 2005 osiągnęło ok. 76%**¹. Oszacowanie stopnia realizacji poszczególnych zadań i celów następowało na podstawie informacji eksperckich oraz danych instytucji współpracujących w realizacji Programu. Metodę szacunkowej oceny zastosowano po raz pierwszy w odniesieniu do stanu stopnia realizacji Programu w 2003 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 godne uwagi, ponieważ Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2001–2005 był realizowany **w wybitnie niesprzyjających** uwarunkowaniach systemowych.

W analizowanym okresie odnotowano istotne sukcesy w realizacji większości zadań stanowiących o osiągnięciu celów operacyjnych Programu, co omówiono w rozdziałach dotyczących poszczególnych celów operacyjnych. Potwierdzono

¹ w przypadku niektórych spośród ok. 80 zadań Programu, możliwa była jedynie szacunkowa ocena poziomu realizacji zadania, oparta o znajomość całości zagadnienia przez zespół autorski

dobrą współpracę wszystkich instytucji zaangażowanych w działania na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa małopolskiego.

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

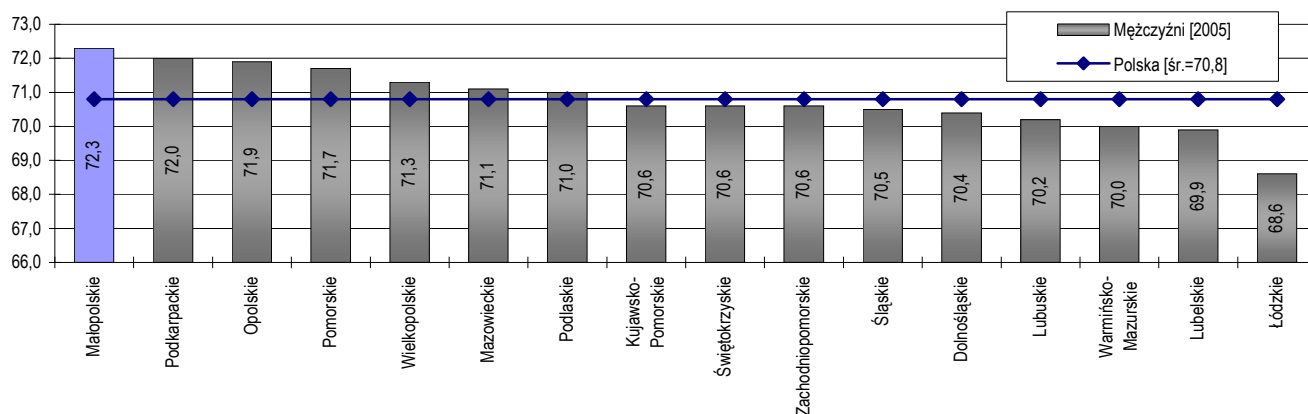
Stworzono podstawy programowe do wdrożenia w województwie nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej w oparciu o uchwalony w 2004 roku przez Sejmik Województwa Małopolskiego Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, jedyny tego rodzaju regionalny program w kraju. Przybliżono się do docelowych rozwiązań w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień. Zorganizowano Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień.

Bardzo zaawansowane stadium osiągnął regionalny system ratownictwa medycznego obecnie dysponujemy niemal pełną siecią szpitalnych oddziałów ratunkowych.

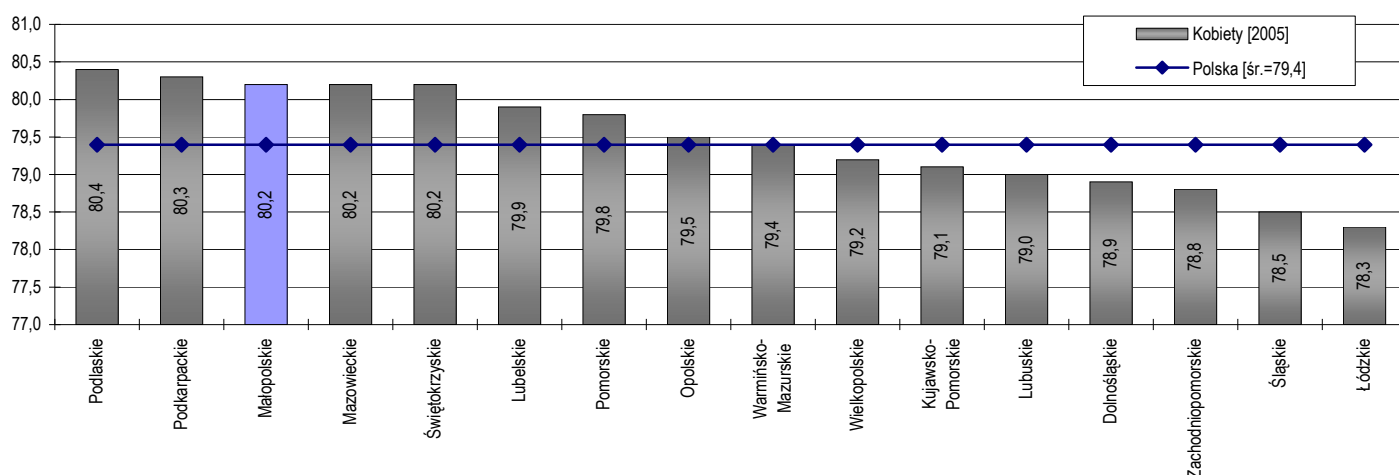
W celu efektywniejszego oddziaływania na główne zagrożenia epidemiologiczne w postaci chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych podjęto decyzję o wszczęciu prac nad specjalistycznymi programami tj.: **Małopolskim Programem Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia oraz Małopolskim Programem 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, rozpoczęto budowę i starania o zakup sprzętu. Wybitne efekty osiągnął krakowski ośrodek kardiologiczny i kardiochirurgiczny.

Województwo małopolskie osiągnęło zadowalające wskaźniki epidemiologiczne i demograficzne **w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia** (zaznaczyła się tendencja spadkowa wskaźnika umieralności na choroby układu krążenia) oraz **nastąpiło wydłużenie długości życia mieszkańców Małopolski**.

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 1. Przeciętne trwanie życia mężczyzn



Wykres 2. Przeciętne trwanie życia kobiet

źródło: opracowanie własne na podstawie danych www.stat.gov.pl

Odnotowano poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Wzrosła liczba świadczeniodawców i świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i stacjonarnej. Nadal jednak **odnotowuje się 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.

Nastąpił również wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej przy jednoczesnym spadku liczby łóżek opieki krótkoterminowej, przy czym zarówno liczba łóżek ogółem jak i liczba hospitalizacji wykazują trend wzrostowy. Jest to tendencja pozytywna zgodna zarówno z oczekiwaniami społecznymi jak również jest odpowiedzią na fakt starzenia się populacji.

Należy zwrócić uwagę na prawidłowość, iż poprawa wskaźników zdrowotnych w zakresie zdrowia dzięki realizowanym programom zdrowia publicznego, a takim programem jest Małopolski Program Ochrony Zdrowia, uwidoczniła 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 zdrowia.

Systemowych, ogólnokrajowych problemów nie da się rozwiązać wyłącznie wysiłkiem regionalnym. Pozostaje apelować do struktur państwowych o niezwłoczne rozwiązanie przynajmniej najpilniejszych problemów ochrony zdrowia. Postulat decentralizacji systemu ochrony zdrowia oraz regionalizacji polityki zdrowotnej przejawiał się niejednokrotnie w pracach Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego.

Największym problemem okazała się trudna sytuacja szpitali. Ujemny wynik finansowy, narastające zadłużenie oraz dekapitalizacja zasobów majątkowych to

podstawowe problemy szpitali. Brak zewnętrznych źródeł finansowania wpłynął na opóźnienia w modernizacji zasobów materialnych regionalnego systemu ochrony zdrowia. Nie mniej jednak wejście w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji umożliwiło pewną poprawę sytuacji. Szansą dla modernizacji systemu opieki szpitalnej stała się także możliwość korzystania z funduszy Unii Europejskiej. Dla poprawy stanu kluczowych zasobów niezbędne będzie wsparcie, w formie dotacji inwestycyjnych, ze strony organów założycielskich tj. przede wszystkim samorządów powiatowych i samorządu województwa. Szpitale powinny otrzymywać dotacje budżetowe na coroczne odtwarzanie infrastruktury szpitalnej oraz aparatury medycznej w wysokości około 8% kosztów całkowitych.

3. Realizacja celów operacyjnych Programu w latach 2001-2005

W programie założono **7 celów** operacyjnych tj.:

Cel 1 Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień.

Cel 2 Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych.

Cel 3 Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego.

Cel 4 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia.

Cel 5 Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych.

Cel 6 Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów.

Cel 7 Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

Poniżej omówiono bardziej szczegółowo **najistotniejsze wskaźniki** określone w Programie podlegające monitorowaniu wraz z rekomendacjami co do ich dalszej realizacji.

Cel 1 Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień

W latach 2001-2005 realizowano liczne programy edukacyjne i profilaktyczne, mające na celu przeciwdziałanie uzależnieniom jak również działania związane z poprawą dostępności do ośrodków leczenia uzależnień. Monitorowaniu podlegały przedstawione w tabeli poniżej wskaźniki.

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Średnie spożycie wyrobów alkoholowych (w przeliczeniu na 100% alkohol) ^{2 3} w l/mieszkańca	6,58	6,93	7,86	8,28	GUS dotychczas nie opublikował danych za 2005r.
w tym:					
wyroby spirytusowe	1,7	1,7	2,43	2,5	
wino i miody pitne	1,26	1,34	0,92	1,27	
piwo	3,62	3,89	4,11	4,51	
Liczba wypalanych papierosów ⁴	1 936 szt./osobę	2 010 szt./osobę	1920 szt./osobę	1927 szt./osobę	1959 szt./osobę
Świadczenia zdrowotne związane z uzależnieniami wskaźnik leczonych na 10 000 mieszkańców województwa ⁵	poradnie odwykowe 21,5 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji uzależnionych 4,2	poradnie odwykowe 24,4 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji uzależnionych 3,1	poradnie odwykowe 26,98 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji uzależnionych 3,93	poradnie odwykowe 25,99 poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji uzależnionych 4,35	dane niedostępne w okresie sprawozdawczym
Poradnie leczenia uzależnień	29	34	55	49	47
Liczba ośrodków terapii uzależnień	6	6	6	7	7
Liczba łóżek w stacjonarnym leczeniu odwykowym	215	251	262	333	349

Tabela 1. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 1 celu operacyjnego.

Jak wynika z powyższej tabeli średnie spożycie wyrobów alkoholowych w latach 2001-2004 wzrosło, jednakże zmieniała się jego struktura, największa zmiana dotyczy wzrostu spożycia piwa. Liczba wypalanych papierosów na osobę ma tendencję utrzymującą się. Podobnie jeśli chodzi o wskaźniki związane z poradniami odwykowymi i uzależnienia od narkotyków. Przybył 1 ośrodek terapii uzależnień. Znacznej poprawie uległa liczba łóżek w stacjonarnym leczeniu odwykowym, tj.

² GUS, Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2005, str. 64 - 65 (dane dla Polski)

³ www.parpa.pl

⁴ GUS, Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2005, str. 64-65 (dane dla Polski)

⁵ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

od 2001 roku wzrost o **134 łóżka**. Nadal jest to wskaźnik wymagający poprawy, także w zakresie rozmieszczenia terytorialnego w subregionach.

Do istotnych w realizacji tego celu osiągnięć należy **utworzenie** w strukturze Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie **Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień**. Ośrodek pełni funkcję koordynacyjną i szkoleniową a także terapeutyczną dla leczenia uzależnień w regionie. Poprawa dostępności w zakresie leczenia uzależnień nastąpiła również dzięki uruchomieniu Oddziału Odwykowego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień – Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza w **Tarnowie**. Na te zadania samorząd województwa przeznaczył do tej pory środki w wysokości ok. 8 mln.

Nie zrealizowano zakładanego ograniczenia dostępu do alkoholu. Potwierdzają to niektóre dane wynikające z analizy dostępności do alkoholu (ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), ponieważ liczba punktów sprzedaży alkoholu nie maleje. Różnica pomiędzy liczbą wydanych zezwoleń, a liczbą punktów sprzedaży oznacza niską skuteczność egzekwowania prawa miejscowego oraz prymat celów ekonomiczno-finansowych nad celami zdrowotnymi.

	2001	2002	2003	2004	2005
1 Liczba gmin, które przekazały informacje dot. sprzedaży napojów alkoholowych	143	162	173	181	181
2 Liczba wydanych przez gminy zezwoleń - ogółem	9 137	11 635	11 707	12 671	12 850
3 Liczba zezwoleń cofniętych przez gminy - ogółem	42	35	49	96	111
4 Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w woj.	11 379	22 993	15 828	18 506	19 021

Tabela 2. Informacje o zezwoleniach na sprzedaż napojów alkoholowych w Małopolsce w latach 2001-2005⁶.

W toku realizacji niniejszego celu operacyjnego, ze względu na jego rozległy obszar tematyczny, jak również dane epidemiologiczne opracowane zostały oraz realizowane były specjalistyczne programy tj.: **Wojewódzki Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004-2007**, realizowany przez Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom, przy ścisłej współpracy wszystkich środowisk zaangażowanych w problematykę uzależnień z udziałem członków Małopolskiej Rady Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom. Szczegółowe sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004-2007 stanowi odrębny dokument.

W 2004 roku powstał **Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004-2008**, który określa regionalny model opieki psychiatrycznej i definiuje cele programowe i plan operacyjny na lata 2004-2008. Program ten 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,

⁶ wg danych z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej oraz Biura Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom, *Roczne Sprawozdania z Działalności Samorządów Gminnych w Zakresie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Małopolsce*,

powołanej celem koordynowania działań. Szczegółowe sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2004 - 2008 stanowi odrębny dokument.

Ważnym dla realizacji tego celu zwłaszcza w ocenie redukcji szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych był realizowany w latach 2001-2005 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie program detoksykacji, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych poprzez realizację metadonowego programu leczenia substytucyjnego.

	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym w Małopolsce	65	80	80	94	96

Tabela 3. Liczba osób objętych metadonowym programem leczenia substytucyjnego w Małopolsce w latach 2001-2005⁷.

Natomiast w zakresie organizacji ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej wg założeń Programu osiągnięto wymaganą liczbę poradni psychiatrycznych zarówno dla dorosłych jak dla dzieci i młodzieży. Natomiast wskaźnik liczby łóżek na 10 000 mieszkańców Małopolski w 2005 roku wynosił 4,9 i pomimo wzrostu o 0,6 w stosunku do lat poprzednich, nie został osiągnięty wskaźnik docelowy (5,5). Warto jednak zwrócić uwagę na konieczność odpowiedniej dyslokacji zasobów lecznictwa psychiatrycznego na terenie całego województwa. Konieczne jest dalsze rozwijanie środowiskowej opieki psychiatrycznej oraz stacjonarnej dla dzieci i młodzieży.

Do działań edukacyjno – informacyjnych realizowanych od kilku lat w Małopolsce należała kampania pn. *Schizofrenia otwórzcie drzwi*. Jest to program Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego (WPA) realizowany w całej Polsce z inicjatywy Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod patronatem Ministerstwa Zdrowia. Bezpośrednim celem programu jest przeciwstawianie się stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię poprzez edukację wielu grup społecznych.

W realizację kampanii informacyjno-edukacyjnych w Małopolsce bardzo silnie zaangażowane było Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne oraz Pełnomocnik Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom. Najważniejsza tematyka kampanii dotyczyła zagadnień związanych z: ograniczeniem nałogu palenia tytoniu, zapobieganiem narkomanii, podniesieniem poziomu wiedzy o HIV/AIDS, przemocy, przeciwdziałaniem nadużywaniu alkoholu. W proces utrzymania zdrowia psychicznego bardzo aktywnie włączone są Szkoły Promujące Zdrowie, które realizują w swoich działaniach programy dla młodzieży z grup zwiększonego ryzyka.

Rekomendacje

Szacuje się, że średnia stanu realizacji zadań tego celu w latach 2001-2005 wynosi **75 %**, konieczne zatem są dalsze działania m.in.:

⁷ Biuro Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom

- Realizacja wieloletnich programów prewencyjnych mających na celu zapobieganie uzależnieniom.
- Rozwijanie środowiskowej opieki psychiatrycznej.
- Reorganizacja stacjonarnego leczenia psychiatrycznego i odwykowego
- Wyrównywanie dysproporcji w dostępie do leczenia psychiatrycznego, alokacja zasobów.
- Zwiększenie egzekwowania prawa miejscowego.

Cel 2 Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych

W realizację 2 celu operacyjnego Programu w latach 2001-2005 zaangażowanych było szereg instytucji, których działania koncentrowały się wokół ochrony zdrowia oraz edukacji i sportu.

Nie mniej jednak poprawa populacyjnych mierników zdrowia możliwa jest wyłącznie w dłuższej perspektywie czasowej. Co ważne **zmniejszeniu uległ wskaźnik umieralności na choroby układu krążenia**, uwidoczniło to w analizie wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu, mimo to choroby układu krążenia stanowią nadal główną przyczynę zgonów w województwie wymagającą działań redukujących modyfikowalne czynniki ryzyka zwłaszcza w obliczu faktu, że województwo małopolskie zajmuje **pierwsze** (w przypadku mężczyzn) i **trzecie** (w przypadku kobiet) miejsce pod względem długości życia w Polsce (średnia dla Polski -79,4; średnia dla Małopolski - 80,2)⁸.

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Mierniki stanu zdrowia populacji ⁹					
zgony ogółem	88,2	85,8	88,2	87,1*	dane dostępne z dwuletnim opóźnieniem
umieralność z powodu chorób układu krążenia	46,6	44,3	44,7	44,9*	dane dostępne z dwuletnim opóźnieniem
Odsetek aktywnych fizycznie: liczba ćwiczących w klubach sportowych województwa małopolskiego	73 096	80 205	brak danych	90 591*	dane dostępne z dwuletnim opóźnieniem
Liczba mieszkańców przypadających na przykładowe obiekty sportowe					
kryte pływalnie ¹⁰	125 113	125 113	125 113	120 748	116 435
hale sportowe ¹¹	125 113	107 907	92 941	90 561	90 561
małe hale sportowe ¹²	73 657	66 066	52 466	49 397	49 397
sale gimnastyczne ¹³	12 184	11 124	8 493	8 070	8 070
Wdrożone programy prozdrowotne (poniesione nakłady) przez:					
Województwo Małopolskie	-	192 251	370 986	332 112	244 494
Małopolską Regionalną Kasę Chorych (od dn. 1.04.2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia)	2 966 600	3 939 740	3 064 051	3 699 135	4 885 172
Powiaty i miasta na prawach powiatu ogółem	6 640 920	7 424 162	8 280 566	7 478 036	6 992 794
w tym Miasto Kraków**	1 832 891	2 892 080	2 892 080	2 588 500	2 392 000

* Urząd Statystyczny w Krakowie, Rocznik statystyczny województwa małopolskiego, Kraków, 2005, str. 101, 228.

** z danych nt. wydatków poniesionych przez Gminę Miejską Kraków w latach 2001-2005

Tabela 4. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 2 celu operacyjnego.

⁸ na podstawie danych www.stat.gov.pl

⁹ wskaźnik na 10 000 ludności na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

¹⁰ normy wskazane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej 1 kryta pływalnia na 50 000 mieszkańców, 25x12,5 m - wymiar areny sportowej

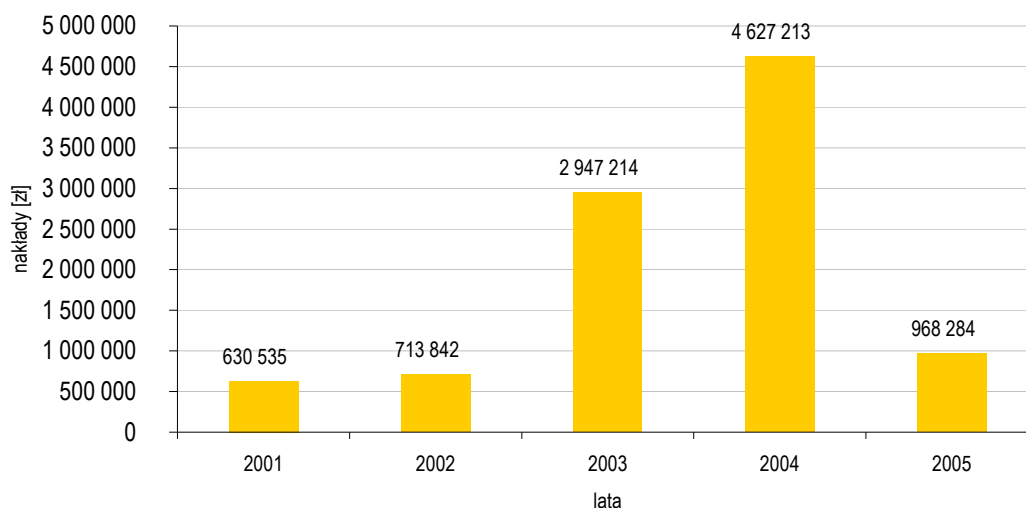
¹¹ normy wskazane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej 1 hala sportowa na 50 000 mieszkańców, 44x24 m - wymiar areny sportowej

¹² normy wskazane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej 1 mała hala sportowa na 30 000 mieszkańców, 36x18 m - wymiar areny sportowej

¹³ normy wskazane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej 1 sala gimnastyczna na 18 000 mieszkańców, 24x12,5 m - wymiar areny sportowej

Okazało się, iż duże znaczenie w upowszechnianiu wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia oraz możliwościach oddziaływania na własne zdrowie, mają placówki szkolne. Jak wynika z danych Kuratorium Oświaty w Krakowie, upowszechnianie wiedzy ma miejsce m.in. dzięki realizacji treści nauczania zawartych w podstawie programowej ścieżki edukacyjnej *edukacja prozdrowotna* począwszy od klasy IV szkoły podstawowej na zajęciach edukacyjnych prowadzonych przez nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, udziałowi uczniów wszystkich typów szkół w konkursach zewnętrznych o tematyce związanej z promowaniem zdrowego stylu i trybu życia. Ważną rolę miały tutaj działania Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie, która prowadziła każdego roku na terenie województwa liczne programy edukacyjne dotyczące m. in.: upowszechnienia przyjmowania kwasu foliowego przez dziewczęta i kobiety w wieku rozrodczym, kształtowania postaw odpowiedzialności za zdrowie własne i innych w odniesieniu do zapobiegania HIV/AIDS, Profilaktyka WZW A w przedszkolach, stres pod kontrolą i in.^{14, 15}. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, Państwowa Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna wraz z powiatowymi oddziałami były wiodącymi instytucjami w zakresie kreowania polityki edukacyjno-zdrowotnej. W trakcie realizacji Programu bardzo aktywnie działała Małopolska Sieć Szkół Promujących Zdrowie (około 190 placówek) oraz Małopolska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie (około 17 placówek).

W trakcie realizacji Programu nakłady ponoszone przez powiaty na kulturę fizyczną wykazywały tendencję wzrostową, jedynie spadek w 2005 roku związany był z brakiem wydatków inwestycyjnych. Ogółem wysokość poniesionych nakładów przez powiaty w Małopolsce w latach 2001-2005 wyniosła 9 887 088,00 zł.

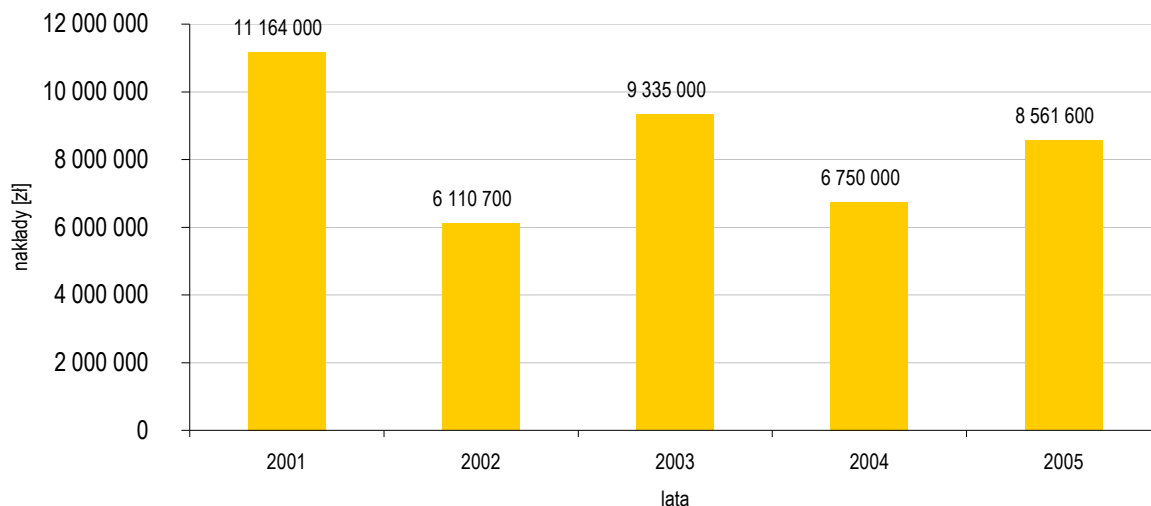


Wykres 3. Nakłady powiatów w Małopolsce na kulturę fizyczną w latach 2001-2005.

¹⁴ WSSE w Krakowie, *Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i zatruc w Województwie Małopolskim w 2004 r.*, Kraków 2005 r., str. 47,

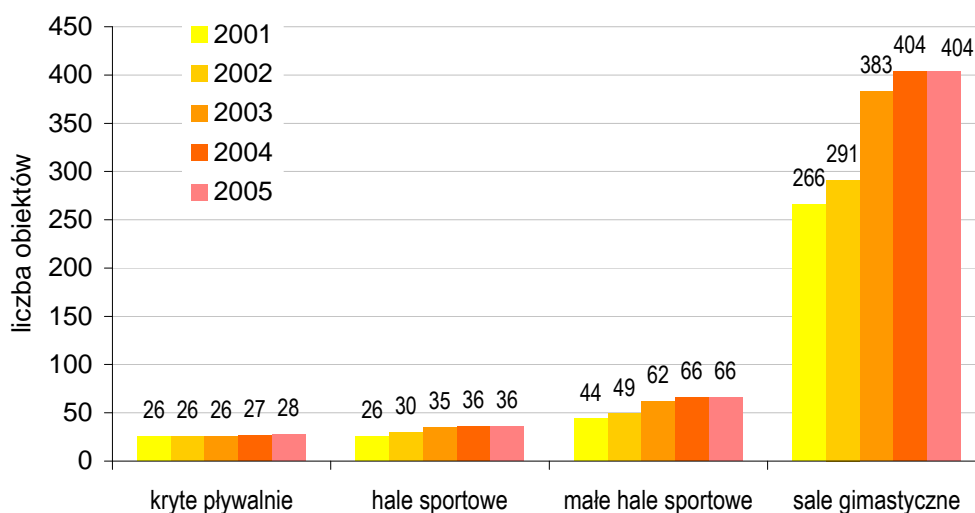
¹⁵ WSSE w Krakowie, *Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i zatruc w województwie Małopolskim w 2005 r.*, Kraków 2006 r., str. 66-75.

W latach 2001-2005 corocznie Województwo Małopolskie angażowało środki finansowe pochodzące z dopłat do stawek w grach liczbowych na wspieranie rozwoju bazy sportowo-rekreacyjnej, co pozwoliło na dofinansowanie budowy różnego rodzaju obiektów sportowych. Ogółem wysokość poniesionych nakładów przez Województwo Małopolskie w latach 2001-2005 wyniosła **41 921 300,00** zł dla nowych zadań.



Wykres 4. Nakłady Województwa Małopolskiego na wspieranie rozwoju bazy sportowo-rekreacyjnej w latach 2001-2005 (zadania nowe).

Podkreślić należy, że systematycznie zmniejszanie się liczby mieszkańców przypadających na poszczególne obiekty sportowe. W przypadku sal gimnastycznych osiągnięto już wynik lepszy od zalecanego, w pozostałych kategoriach wyniki zbliżają się do zalecanych, z wyjątkiem krytych pływalni.



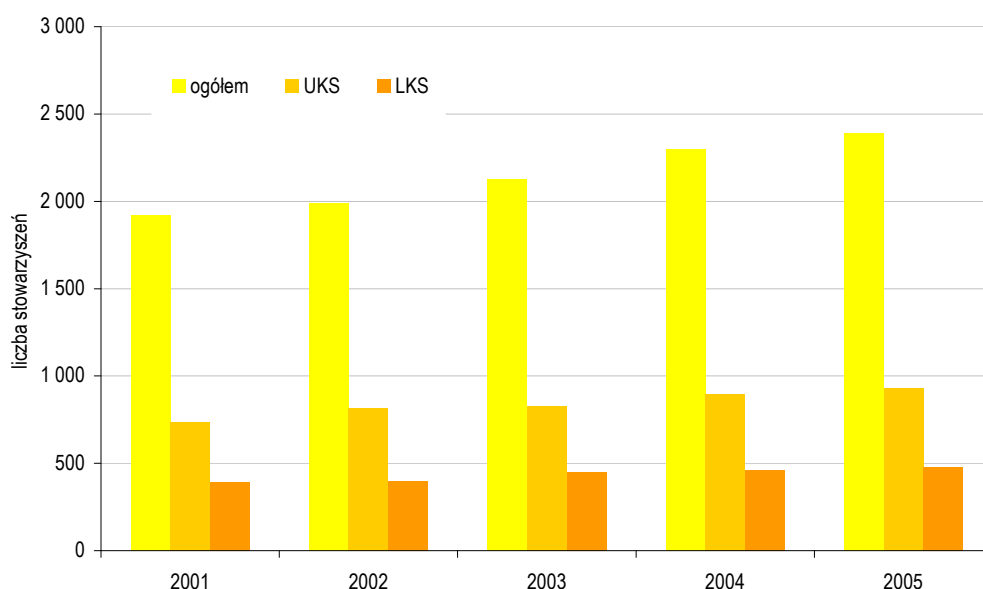
Wykres 5. Liczba przykładowych obiektów sportowych w województwie małopolskim w latach 2001-2005.

Województwo Małopolskie każdego roku dofinansowywało szereg prestiżowych imprez sportowych oraz włączało się w rozwój mody na aktywny tryb życia finansując lub współfinansując imprezy popularyzujące zdrowy styl życia.

Lata	Liczba imprez sportowo-rekreacyjnych	Liczba uczestników
2001	70	24 274
2002	69	23 012
2003	82	19 995
2004	103	42 822
2005	145	68 794
Ogółem	469	178 897

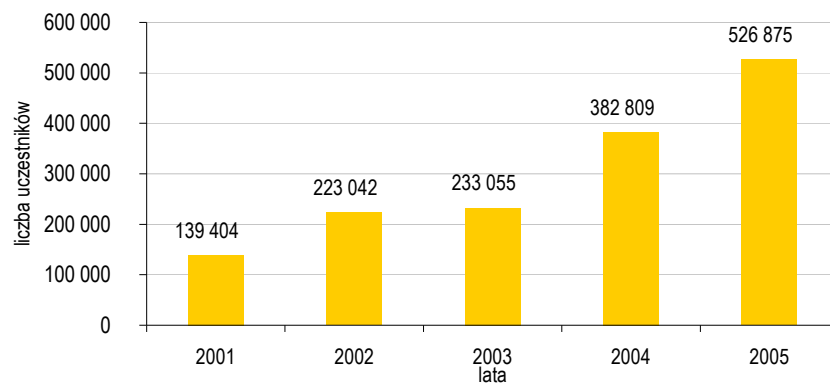
Tabela 5. Liczba imprez sportowo - rekreacyjnych dofinansowanych przez Województwo Małopolskie oraz liczba uczestników w latach 2001-2005.

W latach 2001-2005 dzięki wsparciu samorządów wszystkich szczebli systematycznie wzrastała liczba różnego rodzaju stowarzyszeń kultury fizycznej. Najliczniej reprezentowane były uczniowskie kluby sportowe i ludowe kluby sportowe.



Wykres 6. Stowarzyszenia kultury fizycznej ogółem i najliczniej reprezentowane działające na terenie Małopolski w latach 2001-2005.

W trakcie tworzenia Programu znaczący wysiłek został podjęty przez samorzady różnego szczebla dla realizacji lokalnych programów mających na celu wykrucie podstawowych czynników zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi. Na uwagę zasługuje **zaangażowanie Miasta Krakowa** oraz **niektórych powiatów** w organizowanie programów profilaktyki i promocji zdrowia. W latach 2001-2005 w programach profilaktyki i promocji zdrowia realizowanych przez gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, uczestniczyło ogółem **1 505 185** mieszkańców Małopolski, natomiast wysokość przeznaczonych środków finansowych wyniosła w latach 2001-2005 ogółem **36 816 478,00zł**.



Wykres 7. Liczba uczestników programów profilaktyki i promocji zdrowia finansowanych z budżetów gmin, powiatów i miast na prawach powiatu na terenie Małopolski w latach 2001-2005¹⁶.

	2001	2002	2003	2004*	2005**
Kraków	3 308 992 zł	3 602 505 zł	4 398 150 zł	2 588 500 zł	2 392 000 zł
Nowy Sącz	192 529 zł	353 099 zł	517 936 zł	180 000 zł	76 500 zł
Tarnów	161 908 zł	338 290 zł	392 044 zł	158 373 zł	156 174 zł
bocheński	67 964 zł	81 789 zł	37 639 zł	35 250 zł	6 664 zł
brzeski	194 232 zł	159 159 zł	217 277 zł	85 537 zł	15 777 zł
chrzanowski	122 588 zł	31 434 zł	150 026 zł	123 000 zł	263 349 zł
dąbrowski	54 966 zł	63 019 zł	43 768 zł	5 590 zł	0 zł
gorlicki	187 416 zł	236 060 zł	402 759 zł	523 620 zł	31 428 zł
krakowski	129 852 zł	115 642 zł	61 625 zł	415 139 zł	323 349 zł
limanowski	264 170 zł	286 956 zł	140 378 zł	307 152 zł	311 739 zł
miechowski	62 842 zł	35 707 zł	161 711 zł	0 zł	3 664 zł
myślenicki	133 830 zł	135 160 zł	108 262 zł	269 278 zł	651 298 zł
nowosądecki	337 611 zł	280 462 zł	397 822 zł	923 886 zł	207 582 zł
nowotarski	247 616 zł	315 765 zł	188 209 zł	4 800 zł	625 920 zł
olkuski	206 397 zł	132 825 zł	225 944 zł	18 033 zł	21 932 zł
oświęcimski	256 508 zł	252 862 zł	289 881 zł	317 436 zł	671 265 zł
proszowicki	51 135 zł	26 798 zł	17 110 zł	20 000 zł	25 942 zł
suski	133 649 zł	159 345 zł	165 946 zł	154 224 zł	87 047 zł
tarnowski	79 785 zł	192 870 zł	76 991 zł	177 564 zł	453 089 zł
łatrzański	78 616 zł	119 683 zł	56 011 zł	19 650 zł	0 zł
wadowicki	338 661 zł	455 615 zł	189 246 zł	581 256 zł	668 075 zł
wielicki	29 653 zł	49 117 zł	41 831 zł	569 748 zł	0 zł
razem	6 640 920 zł	7 424 162 zł	8 280 566 zł	7 478 036 zł	6 992 794 zł

* dane pochodzą z informacji przekazanych do DPS UMWM z 112 gmin, 18 powiatów oraz 3 miast na prawach powiatu

** dane pochodzą z informacji przekazanych do DPS UMWM z 129 gmin, 18 powiatów oraz 3 miast na prawach powiatu

Tabela 6. Środki finansowe z budżetów gmin, powiatów i miast na prawach powiatów przeznaczone na realizację programów profilaktyki i promocji zdrowia w województwie Małopolskim w latach 2001- 2005¹⁷.

¹⁶ Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r., str. 27-36 dla danych z lat 2001-2003 oraz dane z lat 2004-2005 uzyskane z przez Departament Polityki Społecznej UMWM z powiatów i gmin oraz miast na prawach powiatu województwa małopolskiego dla potrzeb monitorowania realizacji Programu

W realizacji programów zdrowotnych widoczne było zaangażowanie Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia, dzięki któremu dało się wdrożyć między innymi postulowany *Program badań prenatalnych*. Zaangażowanie Województwa Małopolskiego i współpracujących powiatów zaowocowało wdrożeniem unikalnych w skali kraju programów tj.: *Wczesna prewencja i profilaktyka choroby niedokrwiennej serca z zastosowaniem nowoczesnych metod diagnostycznych* i *Wczesna prewencja i profilaktyka nowotworów złośliwych sutka i jajnika u osób obciążonych genetycznie z zastosowaniem diagnostyki molekularnej*.

Wszystkie opisane powyżej działania potwierdzają iż **istnieje konieczność większej konsolidacji i koordynacji** działań w regionie dla poprawy efektywności i skuteczności na rzecz promocji zdrowia i prewencji schorzeń cywilizacyjnych.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 2 Programu wynosi **61%**, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Konsolidacja działań wszystkich zaangażowanych podmiotów na rzecz promocji zdrowia i prewencji schorzeń cywilizacyjnych.
- Realizacja długoletnich badań prospektywnych w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych.
- Upowszechnianie zasady planowania środków finansowych w budżetach jednostek samorządu terytorialnego.
- Rozwój i modernizacja bazy sportowej, zwłaszcza krytych pływalni.

Cel 3 Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego

Zastosowane rozwiązania organizacyjne w latach 2001-2005 jak również merytoryczne w zakresie ratownictwa medycznego decydują o tym, że **Małopolska jest regionem**, który zajmuje **wysoką pozycję w Polsce**, a wdrażanie systemu ratownictwa medycznego w Małopolsce przebiega prawidłowo.

Utrudnieniem dla dynamicznie rozwijającego się systemu ratownictwa medycznego w omawianym okresie było przesunięcie w czasie uruchomienia całego systemu oraz brak jasnych zasad jego finansowania.

¹⁷ Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r., str. 27-36 dla danych z lat 2001-2003 oraz dane z lat 2004-2005 uzyskane z przez Departament Polityki Społecznej UMWM z powiatów i gmin oraz miast na prawach powiatu województwa małopolskiego dla potrzeb monitorowania realizacji *Programu*

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Czasy dojazdu do miejsca zdarzenia	zespół R -11 minut zespół W-15 minut	zespół R - 9 minut, zespół W-12 minut	średni czas dojazdu w miejskich warunkach standardowych 3 -13 min. ¹⁸	średni czas dojazdu w miejskich warunkach standardowych 2-13 min	średni czas dojazdu w miejskich warunkach standardowych 2-13 min
Liczba ambulansów R	36	37	38	38	38
Szpitalne oddziały ratunkowe	9	10	21	20	20 (+1)*

* Szpitalny Oddział Ratunkowy na terenie SP ZOZ im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu został oddany do użytku 1.01.2006 r.

Tabela 7. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 3 celu operacyjnego.

W latach 2001-2005 zgodnie z zapisami ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, **zorganizowana została sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych**, w wyniku czego na terenie Małopolski działa 21 takich oddziałów (na 22 zaplanowane), co w porównaniu z ogólną liczbą ok. 191 w całym kraju, sytuuje Małopolskę wraz z województwami mazowieckim (23) i wielkopolskim (23) w krajowej czołówce.



Mapa 1. Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa małopolskiego (wg stanu na koniec 2005 r.).

Kolejnym elementem systemu ratownictwa medycznego, który rozwinął się w trakcie trwania Programu są centra powiadamiania ratunkowego, będące zintegrowanymi stanowiskami dyspozytorskimi służb ratowniczych. Uwzględniając możliwości finansowe, wskazane jest organizowanie jednego centrum dla dwóch lub trzech powiatów, których istniejąca sieć dróg pozwala na swobodne przemieszczanie się pomiędzy powiatami. W małopolsce uruchomiono **12 takich centrów** wymienionych poniżej.

¹⁸ wg danych Pełnomocnika Wojewody Małopolskiego ds. Ratownictwa Medycznego

- CPR w Krakowie*
- CPR w Nowym Targu*
- CPR w Nowym Sączu*
- CPR w Myślenicach
- CPR w Olkuszu*
- CPR w Suchej Beskidzkiej
- CPR w Limanowej*
- CPR w Wadowicach
- CPR w Tarnowie*
- CPR w Wieliczce
- CPR w Bochni
- CPR w Oświęcimiu

* CPR otrzymujące dofinansowanie ze środków Ministerstwa Finansów

W latach 2001-2005 liczba ambulansów była bliska założonej w planie (99 zakontraktowanych ambulansów, w tym 38 typu „R”, a docelowa liczba niezbędnych ambulansów oscyluje w granicach 107-110) ale obiektywna analiza wskazuje, iż realne potrzeby są większe. Jak wynika z praktycznej obserwacji, statystycznie zgodny rozkład nie zapewnia w pełni bezpieczeństwa zdrowotnego populacji województwa. W związku z tym nadal powinna być zwiększana liczba ambulansów.

Analizując integrację transportu sanitarnego w układzie powiatowym, można stwierdzić, że ma ona miejsce obecnie m.in. w Krakowie, Nowym Targu, Nowym Sączu, Limanowej, Miechowie, Myślenicach oraz Suchej Beskidzkiej. Natomiast w odrębnych strukturach funkcjonuje Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie. Szczegółowo stopień uzyskanej integracji przedstawiono poniżej.

Lp.	Powiaty i miasta na prawach powiatu	I grupa/całkowita integracja -SOR-u, pogotowia ratunkowego oraz transportu medycznego	II grupa/częściowa integracja SOR działa odrębnie, pogotowie ratunkowe oraz transport medyczny łącznie	III grupa całkowity brak integracji
1	Kraków	x		
2	Nowy Sącz		x	
3	Tarnów			x
4	bocheński		x	
5	brzeski	x		
6	chrzanowski	x		
7	dąbrowski			
8	gorlicki		x	
9	krakowski	x		
10	limanowski		x	
11	miechowski	x		
12	myślenicki	x		
13	nowosądecki		x	
14	nowotarski	x		
15	olkuski	x		
16	oświęcimski	x		
17	proszowicki		x	
18	suski	x		
19	tarnowski			x
20	tatrzański	x		
21	wadowicki		x	
22	wielicki		x	

Tabela 8. Stopień uzyskanej integracji szpitalnych oddziałów ratunkowych, pogotowia ratunkowego oraz transportu medycznego w układzie powiatowym na terenie Małopolski.

Dzięki uzupełnianiu i wzroście liczby zespołów wyjazdowych w ramach Programu Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego, **osiągnięto założone parametry** czasu dojazdów zespołów, co zamieszczono w analizie wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu.

Uruchomiono subregionalne centrum urazów wielonarządowych, które mieści się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera, gdzie funkcjonuje Oddział Urazów Wielonarządowych, Ortopedii i Neuroortopedii. Doskonałe zaplecze techniczne oraz wysokie kwalifikacje personelu sprawiają, że oddział ten należy do wiodących w kraju.

W zakresie szkoleń i edukacji prowadzona była działalność dotycząca udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej przez wiele podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń (Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, Państwowa Straż Pożarna, zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe). W ocenie specjalistów działania te są jeszcze nadal niewystarczające.

W trakcie trwania Programu wzrosła liczba specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej. W latach 2003-2005 **specjalizację** zdobyło **47 lekarzy** (na około 470 w całym kraju, którzy rozpoczęli kształcenie specjalizacyjne w nowym systemie od 1999 r.). Dalszych 5 lekarzy podjęło specjalizację po testach i rozmowach kwalifikacyjnych przeprowadzonych przez Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Małopolskim Centrum Zdrowia Publicznego¹⁹, a ponad 60 kontynuowało przygotowanie w trybach ustawowych. Dodać należy, że aż 11 (na 21 działających) oddziałów ratunkowych w Małopolsce posiada akredytację do prowadzenia specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej, co daje ogółem 70 miejsc (najwięcej w kraju). Liczba ta zapewnia pełny dostęp do specjalizacji wszystkim chętnym, spełniającym warunki do jej podjęcia.

Uruchomiona została specjalność **ratownictwo medyczne** (studia dzienne licencjackie) na Wydziale Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Instytut Ratownictwa Medycznego organizował i prowadził kursy i szkolenia, z udziałem najlepszych specjalistów, w zakresie ratownictwa, pomocy przedmedycznej, kursy doskonalące dla lekarzy, pielęgniarek, dyspozytorów i ratowników²⁰. Corocznie odbywały się Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym i Drogowym. W zawodach uczestniczyły zespoły ratownictwa medycznego.

Opisane powyżej działania wskazują na bezwzględną konieczność położenia większego nacisku na integrację systemu państwowego ratownictwa medycznego. Aktualna pozostaje również potrzeba podjęcia działań porządkujących system kształcenia przed i podyplomowego w zakresie ratownictwa medycznego.

¹⁹ Sprawozdanie z pracy konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej w roku 2005

²⁰ j.w.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 3 wynosi **84%**, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Uzyskanie pełnej integracji systemu państwowego ratownictwa medycznego.
- Podjęcie działań porządkujących system kształcenia przed i podyplomowego w zakresie ratownictwa medycznego.
- Uzupełnienie rozmieszczenia zasobów systemu państwowego ratownictwa medycznego.

Cel 4 Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia

Realizacja niniejszego celu dotyczącego największego problemu epidemiologicznego w Małopolsce, jakim są choroby układu krążenia, koncentrowała się na różnych aspektach mogących ograniczyć zapadalność i umieralność z powodu tych schorzeń. Poniżej przedstawiono analizowane w latach 2001-2005 wskaźniki.

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Zachorowalność na choroby układu krążenia	od 2001 r. zaprzestano sprawozdawczości w tym zakresie				
Umieralność z powodu chorób układu krążenia	15 108 ²¹	14 366 ²²	14 545 ²³	13 949 ²⁴	dane niedostępne w okresie sprawozdawczym
Liczba porad kardiologicznych	248 033	346 333 ²⁵	344 192 ²⁶	415 700 ²⁷	440 876
Liczba hospitalizacji kardiologicznych	24 727 ²⁸	20 011 ²⁹ 26 505 ³⁰	29 408 ³¹ 33 959 ³²	42 443 ³³	31308
Liczba osób objętych programami profil.	53 783	58 656	53 293	45 985	65 358

Tabela 9. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 4 celu operacyjnego.

²¹ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 69.

²² Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r. str. 15.

²³ www.stat.gov.pl

²⁴ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

²⁵ jw.

²⁶ jw.

²⁷ jw.

²⁸ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 139.

²⁹ wg Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych

³⁰ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 139.

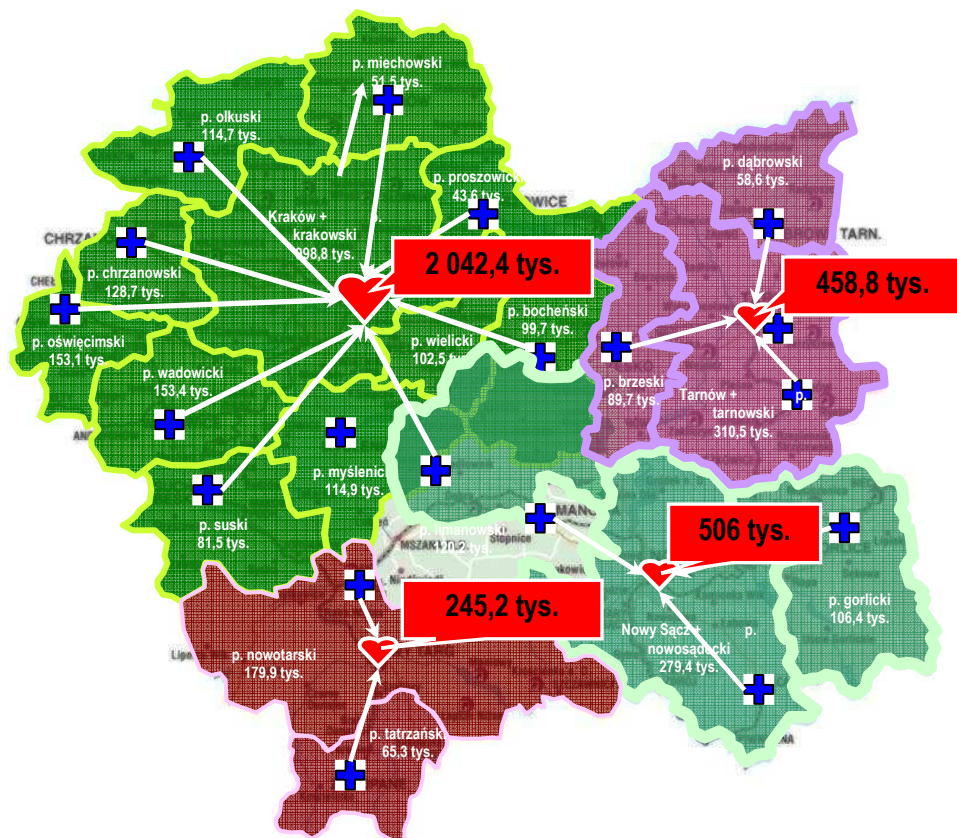
³¹ wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia, liczba zakontraktowanych hospitalizacji kardiologicznych, kardiologii interwencyjnej, kardiologii chirurgicznych w 2003 r.

³² wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, liczba hospitalizacji kardiologicznych, kardiologii interwencyjnej, kardiologii chirurgicznych i wszczepiania rozruszników w 2003r.

³³ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, liczba hospitalizacji kardiologicznych, kardiologii interwencyjnej, kardiologii chirurgicznych i wszczepiania rozruszników w 2003r.

Jak wynika z przedstawionej tabeli umieralność na choroby układu krążenia zmniejszyła się, chociaż nadal zajmuje pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów. Odnotować należy różnorodność podejmowanych przez wiele podmiotów inicjatyw edukacyjno – informacyjnych oraz profilaktycznych. Wiodącą placówką w wyżej wymienionym zakresie kardiologii i kardiochirurgii był Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, który oprócz działalności leczniczej prowadził na szeroką skalę różnorodną działalność profilaktyczną. Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc KSS im. Jana Pawła II przy współdziałaniu organizacyjnym Małopolskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie wraz z samorządami województwa małopolskiego (tj. Województwem Małopolskim, Starostwem Powiatowym w Krakowie, Starostwem Powiatowym w Myślenicach oraz gminami Powiatu Krakowskiego) realizował unikalny program profilaktyki schorzeń układu krążenia pn.: **Wczesna prewencja i profilaktyka choroby niedokrwiennej serca z zastosowaniem nowoczesnych metod diagnostycznych**. Począwszy od 2001 roku realizowany był program kardiologii interwencyjnej w oparciu o zasoby KSS im. Jana Pawła II w Krakowie, Klinikę Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz system zintegrowanego ratownictwa medycznego.

Istniejące ośrodki kardiologii inwazyjnej w ramach Instytutu Kardiologii w Krakowie **nie zapewniały równomiernej dystrybucji usług medycznych** dla chorych z całego województwa małopolskiego ze względu na położenie geograficzne. W Małopolskim Programie Interwencyjnego Leczenia Zawału Serca uczestniczyły 22 oddziały kardiologiczne i internistyczne lecz tylko 25% pacjentów leczonych było interwencyjnie. W wyniku prac konsultanta wojewódzkiego ds. kardiologii oraz współpracowników powstała koncepcja docelowej organizacji interwencyjnego leczenia zawału serca w Małopolsce. Jest ona oparta głównie na pracowniach hemodynamiki w Krakowie, Tarnowie, Nowym Sączu oraz Nowym Targu. Etapowe wdrażanie modelu przedstawionego na poniższej mapie zaplanowano w latach 2005-2007.



Mapa 2. Etapowe wdrażanie modelu docelowej organizacji interwencyjnego leczenia zawału serca w Małopolsce - plan na lata 2005-2007.

Krakowska Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, jako centralne ogniwo Regionalnego Ośrodka Wczesnej Interwencji Kardiologicznej, Kardiochirurgicznej i Torakochirurgicznej, w zakresie wykonywania zabiegów kardiochirurgicznych, obejmowała jako jedyna w regionie całe województwo małopolskie, a także w znaczącym procencie województwo świętokrzyskie i podkarpackie.

subregion	liczba łóżek MPOZ plan	liczba łóżek rzeczywistych				liczba hospitalizacji MPOZ plan	liczba hospitalizacji			
		2002	2003	2004	2005		2002	2003	2004	2005
chrzanowski	56	34	34	34	34	2 500	1 980	1 938	1 668	1 795
tarnowski	55	116	99	99	95	2 460	3 387	4 592	4 866	4 949
sądecko - gorlicki	50	77	77	77	90	2 240	3 561	3 407	3 753	3 941
nowotarski	32	95	96	96	96	1 430	3 380	3 285	3 473	3 459
krakowski	128	540	582	568	552	5 720	14 197	20 737	28 683	17 164
Kraków - III poziom	150	0	0	0	0	6 700				
razem	471	862	888	874	867	21 050	26 505	33 959	42 443	31 308

Tabela 10. Liczba łóżek kardiologicznych w układzie subregionalnym w Małopolsce w latach 2001-2005

Zgodnie z założeniami Programu w każdym subregionie działał przynajmniej jeden oddział kardiologiczny, a także dostępne były łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Dostępność liczona łózkami i hospitalizacjami **jest zgodna ze wskaźnikami** przyjętymi w MPOZ, należy jednak zaznaczyć że odnotowano znaczny spadek liczby łóżek w subregionie krakowskim oraz niewielki wzrost w subregionie chrzanowskim. W 2005 r. liczba hospitalizacji znacznie przekroczyła wskazania Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia.

W zakresie poprawy dostępności do świadczeń kardiologicznych na uwagę zasługuje fakt, iż specjalistycznym ośrodkiem diagnostyki i terapii schorzeń układu krążenia staje się Tarnów wraz z dwoma szpitalami: Specjalistycznym Szpitalem im. E. Szczeklika oraz Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Łukasza. Wkrótce będzie to także ważny ośrodek kardiologii interwencyjnej.

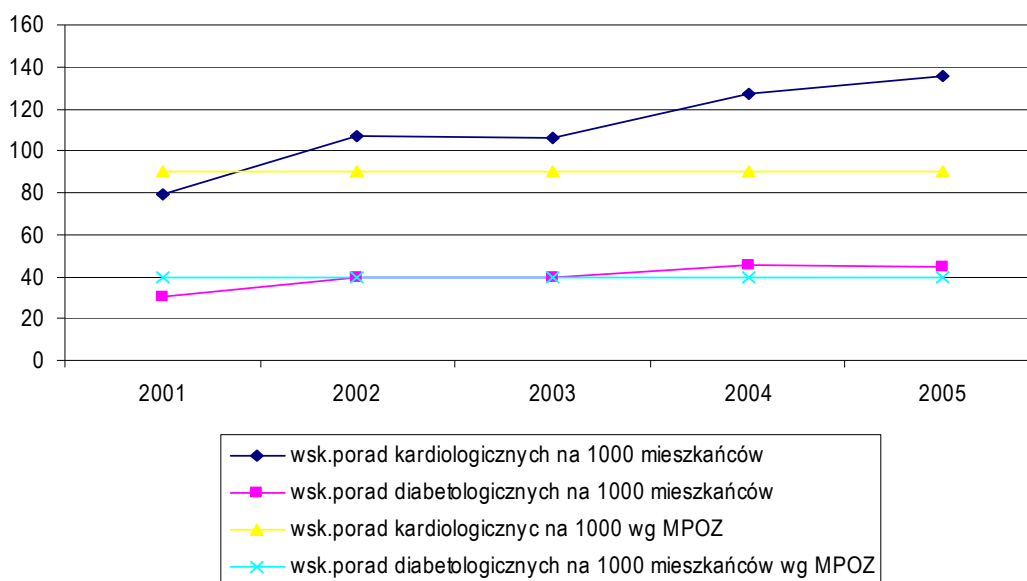
O 50% zwiększyła się liczba porad kardiologicznych oraz o 30% zmniejszyła się liczba hospitalizacji kardiologicznych. Problemem jest nierówny dostęp do ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych (dominuje subregion krakowski), ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii dziecięcej. Analiza liczby jednostek świadczących usługi z zakresu leczenia ambulatoryjnego pozwala stwierdzić, że dostępność terytorialna jest dobra, ponieważ w każdym powiecie, zgodnie z założeniami Programu, działała poradnia kardiologiczna. Duża liczba poradni skoncentrowana jest w największych miastach regionu: Kraków – 82, Nowy Sącz – 11 oraz Tarnów – 15. Aktualnie poradnie diabetologiczne działają we wszystkich powiatach. Ogólna liczba poradni kardiologicznych³⁴ wynosiła 174, w tym 3 poradnie kardiologiczne oraz 7 poradni kardiologii dziecięcej, a poradni diabetologicznych wynosiła 101. W latach 2001-2005 zaobserwowano wyraźny wzrost liczby poradni kardiologicznych jak również niewielki wzrost liczby poradni diabetologicznych.

Porady	MPOZ - plan	2001	2002	2003	2004	2005
Kardiologiczne	90	79	107	106	127,5	135,2
Diabetologiczne	40	30	39,7	40	45,2	45,0

Tabela 11. Porady kardiologiczne i diabetologiczne na 1 000 mieszkańców³⁵ w latach 2001-2005 w Małopolsce.

³⁴wg danych z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego, www.rejestrzoz.gov.pl

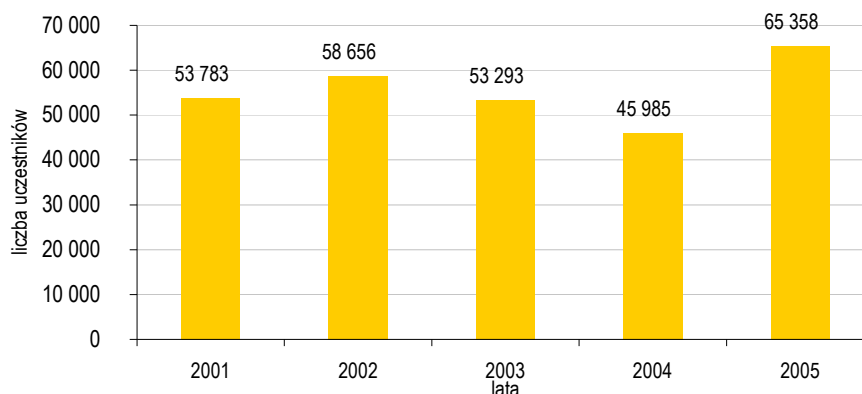
³⁵ wg danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego



Wykres 8. Porównanie wskaźników porad kardiologicznych i diabetologicznych na 1 000 mieszkańców Małopolski ze wskaźnikami zalecanymi w Programie w latach 2001-2005.

Korzystna tendencja w zakresie liczby porad kardiologicznych i diabetologicznych w latach 2002-2005 wskazuje, że wskaźniki zakładane w MPOZ zostały przekroczone o 50% w zakresie porad kardiologicznych i 13% w zakresie porad diabetologicznych. Na szczególną uwagę zasługuje wyraźny wzrost liczby porad w 2004 oraz 2005 roku. Mimo to nadal notowany jest czas oczekiwania do poradni kardiologicznej wynoszący ponad 1 miesiąc.

Problem stanowił nadal brak na terenie województwa dostatecznej liczby poradni o profilu kardiologicznym dla dzieci, które mogłyby poprawić dostępność konsultacji w podstawowym zakresie. Obecnie poza ośrodkiem klinicznym w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, tylko w Tarnowie istnieje, w strukturach Zespołu Poradni Specjalistycznych SP ZOZ, dziecięca poradnia kardiologiczna dysponująca bardzo dobrym przygotowaniem fachowym i wyposażeniem w odpowiedni sprzęt. Jak już uprzednio wspomniano przy omówieniu realizacji 2 celu operacyjnego na szczególną uwagę zasługują działania podejmowane przez Miasto Kraków oraz powiat myślenicki, chrzanowski i oświęcimski w zakresie organizowania programów profilaktyki chorób układu krążenia. W latach 2001-2005 w tego rodzaju programach organizowanych przez gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, uczestniczyło ogółem **277 075** mieszkańców Małopolski (co rocznie daje około 2% populacji).



Wykres 9. Liczba uczestników programów profilaktyki i promocji zdrowia dotyczących chorób układu krążenia, finansowanych z budżetów gmin, powiatów i miast na prawach powiatu na terenie Małopolski w latach 2001-2005³⁶.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 4 Programu wynosi **81%**, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Realizacja wieloletnich programów profilaktycznych ze szczególnym uwzględnieniem *Wczesnej prewencji i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca z zastosowaniem nowoczesnych metod diagnostycznych*.
- Pełne wdrożenie organizacji interwencyjnego leczenia zawału serca w województwie małopolskim.
- Wyrównywanie dysproporcji w dostępie do leczenia ambulatoryjnego w zakresie kardiologii i kardiologii dziecięcej oraz diabetologii.
- Wyrównywanie dysproporcji w dostępie do procedur kardiologii inwazyjnej.

Cel 5 Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych

W ramach realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 założono szereg zadań edukacyjno-informacyjnych, które poprawiły świadomość społeczną pozwalającą na zwiększenie odsetka chorych leczonych w I i II stopniu zaawansowania procesu nowotworowego. Poziom zorganizowania infrastruktury do kompleksowego leczenia onkologicznego i radioterapii **wymaga dalszego wsparcia pomimo iż w tym zakresie rozpoczęto konkretne przedsięwzięcia**. Poniżej przedstawiono analizowane wybrane wskaźniki i ważniejsze działania.

³⁶ Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r., str. 27-36 dla danych z lat 2001-2003 oraz dane z lat 2004-2005 uzyskane z przez Departament Polityki Społecznej UMWM z powiatów i gmin oraz miast na prawach powiatu województwa małopolskiego dla potrzeb monitorowania realizacji Programu

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Umieralność z powodu nowotworów	6 959 ³⁷	7 106 ³⁸	7 230 ³⁹	7 256 ⁴⁰	dane nie dostępne w danym okresie sprawozdawczym
Zachorowalność na nowotwory	6 348 ⁴¹	6 734 ⁴²	9 935 ⁴³	11 333 ⁴⁴	
Czas oczekiwania na leczenie - radioterapia	ok. 6 - 12 tygodni	ok. 6 -12 tygodni	ok. 8 tygodni	ok. 6 tygodni ⁴⁵	ok. 8 tygodni ⁴⁶
Czas oczekiwania - chirurgia onkologiczna	do 12 tygodni	do 12 tygodni	1,5 - 5 tygodni	ok. 2-3 tygodni	ok. 6 tygodni ⁴⁷

Tabela 12. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 5 celu operacyjnego.

Mankamentem ograniczającym wnioski z analizy jest dostępność danych z opóźnieniem w okresie po dwóch latach w zakresie umieralności i zachorowalności. Niemniej jednak 3-letnie przekrojowe dane w tych zakresach potwierdzają rosnące wskaźniki, zwłaszcza niepokojące w zakresie zachorowalności. Niezadowolające są również wskaźniki w zakresie dostępności do radioterapii i chirurgii onkologicznej.

Dla poprawy dostępu do skojarzonego leczenia onkologicznego samorząd województwa **podjął kluczową decyzję o utworzeniu w Tarnowie** w strukturach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Łukasza – Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego i rozpoczął budowę nowego w regionie ośrodka radioterapii. Będzie to kompleksowy nowoczesny ośrodek z pełną ofertą świadczeń również w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Do tej pory przeznaczono 20 mln zł, a do zakończenia inwestycji do 2007 roku przewiduje się kolejne 38 mln (dokończenie budowy i zakup sprzętu).

W zakresie poprawy rozmieszczenia poradni onkologicznych udało się osiągnąć zakładane wskaźniki (z uwzględnieniem poradni chirurgii onkologicznej oraz hematologicznych), poradnie znajdują się w każdym subregionie województwa małopolskiego. W tabeli poniżej przedstawiono liczbę porad onkologicznych w analizowanym okresie w układzie subregionalnym.

³⁷ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 69.

³⁸ Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r. str. 15.

³⁹ www.stat.gov.pl

⁴⁰ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

⁴¹ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 67.

⁴² jw.

⁴³ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2003*, Kraków 2004 r., str. 70-73.

⁴⁴ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

⁴⁵ wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia

⁴⁶ www.nfz.gov.pl

⁴⁷ www.nfz.gov.pl

Subregion	Liczba porad 2001	Liczba porad 2002	Liczba porad 2003 ⁴⁸	Liczba porad 2004	Liczba porad 2005
Krakowski	54 461	62 475	70 165	127 124	brak w okresie sprawozdawczym
Chrzanowski	7 280	8 913	9 915	9 505	
Tarnowski	23 954	24 999	17 691	13 455	
Sądecko - gorlicki	12 091	13 622	11 090	6 108	
Nowotarski	3 465	5 252	4 605	4 282	
razem	101 251	115 261	113 466	160 474	182 551

Tabela 13. Liczba porad onkologicznych w Małopolsce w latach 2001-2005.

Odnotowano wzrost liczby łóżek w zakresie chirurgii onkologicznej, chemioterapii oraz hematologii.

subregion		krakowski	chrzanowski	tarnowski	sądecko - gorlicki	nowotarski	razem
onkologia	2002	12			14		26
	2003	12			14		26
	2004	12			14		26
	2005	12			14		26
chirurgia onkologiczna	2002	62					62
	2003	62					62
	2004	57	37				94
	2005	62	37				99
onkologia ginekologiczna	2002	85					85
	2003	40					40
	2004	40					40
	2005	40					40
chemioterapia	2002	64		20			84
	2003	59		20			79
	2004	64	8	20			92
	2005	64	8	10			82
radioterapia	2002	94					94
	2003	94					94
	2004	94					94
	2005	94					94
hematologia	2002	129					129
	2003	132					132
	2004	152					152
	2005	152					152

Tabela 14. Łóżka całodobowe w oddziałach onkologicznych w Małopolsce w latach 2002-2005 (uwzględniono onkologię, chirurgię onkologiczną, onkologię ginekologiczną, chemioterapię, radioterapię i hematologię).

Istotne dla poprawy sytuacji zdrowotnej populacji w zakresie chorób onkologicznych są zakupy aparatury diagnostycznej i leczniczej, niezbędnej do wczesnego wykrywania nowotworów, realizowane niestety w ograniczonym zakresie. **Głównym problemem jest brak stałych źródeł finansowania** inwestycji w ochronie zdrowia w

⁴⁸ wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia, liczba porad zakontraktowanych w 2003 r.

związku z problemami finansowymi szpitali, organów założycielskich oraz budżetu państwa.

Nazwa urządzenia ⁴⁹	liczba urządzeń	w tym: liczba urządzeń zakupionych od 01.01.2002	liczba wykonanych badań (zabiegów)/ rok	średnia liczba badań wykonywana na 1 urządzeniu
Akcelerator liniowy	5	2	104 964	20 993
Analizatory chemii klinicznej	59	11	2 714 267	46 005
Analizatory hematologiczne	20	2	498 326	24 916
Aparaty rentgenowskie do radiografii - stacjonarne	31	0	213 609	6 891
Aparaty rentgenowskie do radiografii i fluoroskopii z torem wizyjnym - przewoźne	13	2	47 732	3 672
Aparaty rentgenowskie do radiografii i fluoroskopii z torem wizyjnym - stacjonarne	16	0	66 578	4 161
Bronchoskop/ bronchofiberoskop	30	5	1 939	65
Gamma kamera	7	0	4 977	711
Gastroskop/ gastrofiberoskop	67	6	17 307	258
Kolonoskop	37	4	5 514	149
Laparoskop	27	3	3 076	114
Specjalistyczne aparaty rentgenowskie do mammografii	11	1	41 655	3 787
System MRI	1	0	414	414
Tomograf komputerowy	10	1	36 040	3 604
Ultrasonografy - wszystkie rodzaje, łącznie z USG kardiologicznymi z funkcją „Doppler”	91	8	129 162	1 419
Urządzenia do brachyterapii	2	0	682	341
Urządzenia do terapii kobaltowej	1	0	16 939	16 939
razem	428	45	3 903 181	

Tabela 15. Aparatura diagnostyczna i lecznicza w stacjonarnych jednostkach leczenia onkologicznego w Małopolsce.

Jak wynika z powyższej tabeli ok. **90%** sprzętu jest użytkowanych powyżej **3 lat**, przy zalecany okresie użytkowania **od 6 do 8 lat**.

Podstawowe znaczenie dla poprawy wskaźników epidemiologicznych w zakresie chorób onkologicznych mają również wspierające kampanie informacyjno-edukacyjne prowadzone m.in. przez: Polski Komitet Zwalczenia Raka Oddział w Krakowie i inne organizacje przy współpracy z Centrum Onkologii Oddział w Krakowie oraz Szpitala Uniwersyteckiego i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego. Czynny udział w profilaktyce nowotworów brały wszystkie Państwowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, a także Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego i inne instytucje.

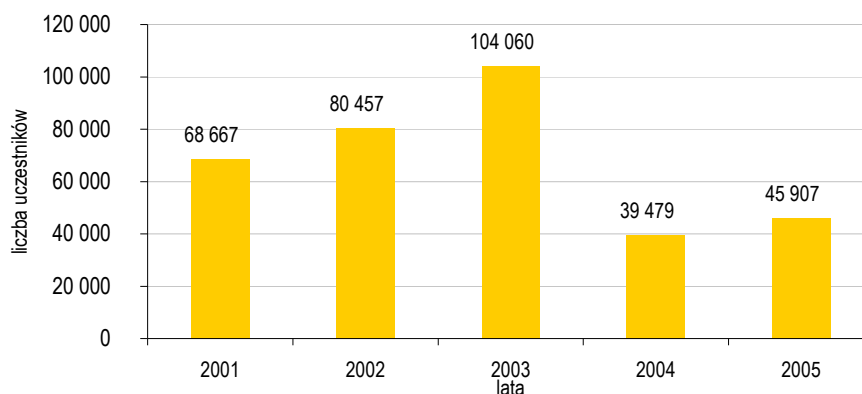
Od 2004 r. Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoczął realizację programu edukacyjnego pn. **Nadzieja nie umiera nigdy**⁵⁰. Kolejna edycja odbyła w się w roku 2005. Program przewidywał wykłady dla pacjentów prowadzone przez wybitnych specjalistów oraz publikację materiałów edukacyjnych w różnorodnej formie. Do rąk mieszkańców Małopolski trafiło ok. 450 000 sztuk materiałów edukacyjnych (brozury, ulotki), dzięki patronom medialnym: wyemitowano 260

⁴⁹ Dane opracowane na podstawie ankiet z 12 zakładów opieki zdrowotnej, w których strukturach funkcjonują stacjonarne jednostki leczenia onkologicznego przez Departament Polityki Społecznej UMWM w roku 2005

⁵⁰ www.nfz-krakow.pl

spotów radiowych dotyczących programu, 13 godzin audycji radiowych, kilka godzin programów telewizyjnych, ukazały się 84 informacyjne i merytoryczne artykuły prasowe.

Istotne znaczenie odgrywały programy profilaktyki chorób nowotworowych realizowane przez samorządy lokalne. W latach 2001-2005 w tego rodzaju programach organizowanych przez gminy, powiaty i miasta na prawach powiatu, uczestniczyło ogółem **338 570** mieszkańców Małopolski (co rocznie wahało się w granicach 1,2-3,2 populacji). Dzięki wsparciu Województwa Małopolskiego od 2003 roku realizowany jest nieprzerwanie program pn.: **Wczesna prewencja i profilaktyka nowotworów złośliwych sutka i jajnika u osób obciążonych genetycznie z zastosowaniem diagnostyki molekularnej** przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II poprzez wdrożenie postępowania profilaktycznego oraz obserwację prospektywną. W kolejnych latach realizacji programu odnotowano zainteresowanie samorządów lokalnych celem współfinansowania.



Wykres 10. Liczba uczestników programów profilaktyki i promocji zdrowia dotyczących chorób nowotworowych, finansowanych z budżetów gmin, powiatów i miast na prawach powiatu na terenie Małopolski w latach 2001-2005⁵¹.

W latach 2001-2005 ważne były szkolenia z zakresu problematyki onkologicznej dla m.in. dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, które realizowano głównie przez Centrum Onkologii Oddział w Krakowie, jak również przez Kliniki Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego, Polskie Towarzystwo Onkologii. Konsultanci z dziedzin onkologicznych zatrudnieni w Krakowskim Centrum Onkologii prowadzą szkolenia fachowych kadr onkologicznych w zakresie radioterapii, chirurgii onkologicznej i chemioterapii. W opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej najważniejsze są szkolenia w zakresie diagnostyki dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej⁵².

W dalszym ciągu istnieje pilna konieczność zwiększenia liczby specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej oraz radioterapii. Należy to wiązać m.in. z potrzebą wydzielenia pododdziału chirurgii onkologicznej w Tarnowie (co sugeruje konsultant wojewódzki) oraz budową zakładu radioterapii w Tarnowie. Od 2001 r. notuje się niewielki wzrost liczby lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii

⁵¹ Departament Polityki Społecznej UMWM, *Wojewódzki Plan Zdrowotny 2005*, Kraków, marzec 2004 r., str. 27-36 dla danych z lat 2001-2003 oraz dane z lat 2004-2005 uzyskane z przez Departament Polityki Społecznej UMWM z powiatów i gmin oraz miast na prawach powiatu województwa małopolskiego dla potrzeb monitorowania realizacji *Programu*

⁵² Informacja konsultanta wojewódzkiego ds. onkologii klinicznej

onkologicznej i radioterapii onkologicznej zatrudnionych podstawowo w jednostkach ochrony zdrowia w województwie. Według opinii konsultanta wojewódzkiego ds. chirurgii onkologicznej rozmieszczenie specjalistów na terenie województwa jest nierównomierne, a ich liczba niewystarczająca, dlatego też należałoby dążyć do zatrudnienia specjalisty chirurga-onkologa w każdym dużym szpitalu.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 5 Programu wynosi 68%, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Realizacja wieloletnich programów profilaktycznych ze szczególnym uwzględnieniem *Wczesnej prewencji i profilaktyki nowotworów złośliwych sutka i jajnika u osób obciążonych genetycznie z zastosowaniem diagnostyki molekularnej* oraz innych programów mających na celu zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób onkologicznych.
- Rozwój ośrodków onkologicznych w Małopolsce.
- Wyrównywanie dysproporcji w dostępie do leczenia onkologicznego
- Zwiększenie liczby specjalistów w zakresie chirurgii onkologicznej oraz radioterapii.

Cel 6 Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów

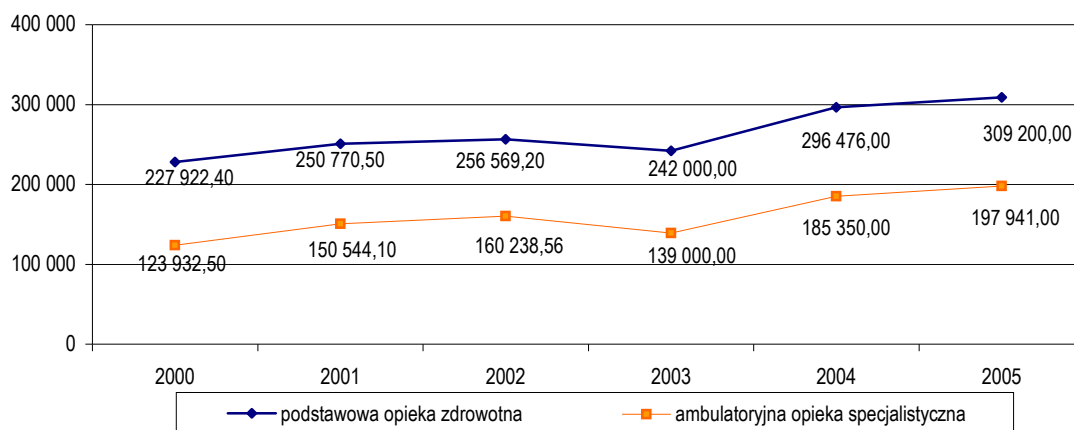
W latach 2001-2005 zostało podjętych wiele działań, w tym również ustawodawczych, zmierzających do poprawy sytuacji w zakresie poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej zostały określone ściśle kompetencje wyżej wymienionych zawodów. Natomiast zarządzenie nr 75/2005 z dnia 13 października 2005 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określiło warunki zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kompetencje, zadania i odpowiedzialność podmiotów realizujących podstawową opiekę zdrowotną.

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Terytorialny rozkład świadczeń zdrowotnych	szczegółowe dane dostępne są w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym 2004 ⁵³		patrz: www.nfz-krakow.pl	patrz: www.nfz-krakow.pl lub www.rejestrzoz.gov.pl	patrz: www.nfz-krakow.pl lub www.rejestrzoz.gov.pl
Czasy oczekiwania na świadczenia zdrowotne	najdłuższe - 9 miesięcy	6 miesięcy	ok. 6 miesięcy (protetyka ok. 16,5 miesięcy)	patrz: www.nfz-krakow.pl	patrz: www.nfz-krakow.pl
Badania poziomów satysfakcji pacjentów	badania satysfakcji pacjentów prowadzone na poziomie jednostek w wyniku indywidualnej decyzji zoz		w II poł. 2003 r. opracowano narzędzie badawcze dla zbadania tego wskaźnika w skali województwa	badania prowadziło 75% szpitali *	badania prowadziło 85% szpitali

*Kontrole jakości oraz badania satysfakcji pacjentów przeprowadza ok. 75% szpitali w województwie. Przedmiotem badań w tych jednostkach był poziom satysfakcji pacjentów z poziomu świadczonych usług. Zadowolenie pacjentów badano na ogół pod względem jakości opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, usług medycznych, sprawności załatwiania formalności, jakości pobytu, warunków socjalnych, wyżywienia, a także przestrzegania praw pacjenta. Wyniki badań wskazują na znaczną przewagę dobrych ocen wskazywanych przez pacjentów. Ewentualne uwagi dotyczyły zbyt długich terminów oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz warunków pobytu w jednostce. Miernikiem jakości udzielanych świadczeń są również wskaźniki dotyczące m.in. liczby skarg pacjentów (222), liczby pozwów i wyroków sądowych zarówno pacjentów jak i pracowników szpitali (2 139) oraz liczby procesów odszkodowawczych (29).

Tabela 16. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 6 celu operacyjnego.

Nastąpiły **korzystne zmiany** w zakresie wzrostu nakładów na podstawową tj. - **5%** i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną - **6%**.

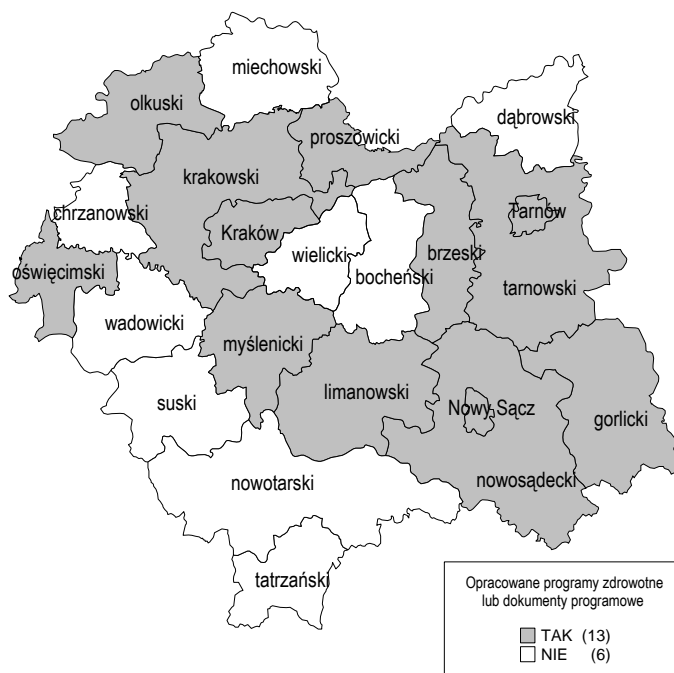


Wykres 11. Nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawową opiekę zdrowotną oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w Małopolsce w latach 2000-2005.

Ważnym czynnikiem poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej było opracowywanie i realizacja przez samorządy terytorialne różnego szczebla programów ochrony zdrowia uwzględniających, oprócz powszechnie znanych czynników ryzyka również zagrożenia zdrowotne występujące lokalnie. Jak wynika z danych uzyskanych za pomocą autorskich kwestionariuszy opracowanych w Departamencie Polityki Społecznej UMWM na koniec okresu programowania tylko **18%** gmin realizowało programy zdrowotne wynikające z przeprowadzonego rozeznania potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, natomiast **82%** gmin realizowało gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Dodać należy, że obydwie grupy programów zostały określone ustawowo. Wśród

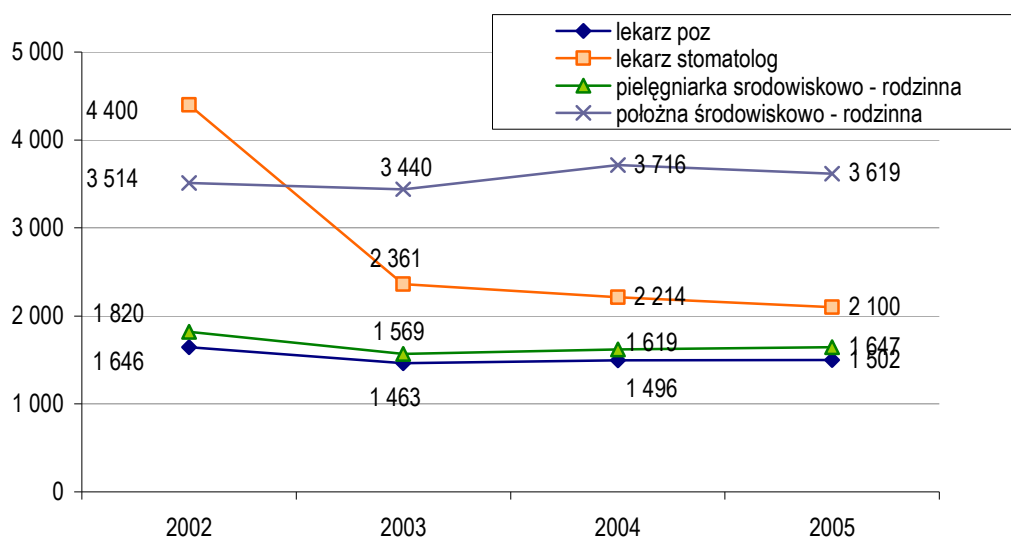
⁵³ www.malopolskie.pl

53% powiatów posiadających opracowane programy zdrowotne wynikające z wcześniejszego rozeznania potrzeb zdrowotnych połowa konsultowała je z właściwymi terytorialnie gminami.



Mapa 3. Powiaty w Małopolsce, które opracowały dokumenty dla realizacji zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia (wg stanu na 31.12.2005 r.).

Zostały opracowane i były realizowane do tej pory niektóre założone w Programie specjalistyczne programy dla chorych przewlekle (m.in. dotyczące chorób układu krążenia, cukrzycy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc). Nadal wymagają opracowania i wdrożenia specjalistyczne określone w Programie - programy w zakresie opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem oraz w zakresie chorób reumatycznych, których nie udało się do tej pory opracować. W trakcie trwania Programu osiągnięto założoną poprawę dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej.



Wykres 12. Liczba podopiecznych przypadająca na 1 osobę personelu medycznego w Małopolsce w latach 2002-2005.

W zakresie założeń dotyczących kontraktowania świadczeń zdrowotnych w większości **uzyskano** określone minimalne wskaźniki.

poradnia	wskaźnik wg MPOZ	2001	2002	2003	2004	2005
Kardiologiczna	90	88,3	106,9	105,8	127,5	135,2
Diabetologiczna	40	34,2	39,7	39,9	45,2	45,0
Onkologiczna	40	39,6	44,8	44,0	49,2	51,0
Uzależnień	30	4,5	4,1	4,2	22,4*	21,9*
Pulmonologiczna	60	nie prowadzi się sprawozdawczości			77,6*	36,5*
Reumatologiczna	50	w tym zakresie			71,7*	72,6*
Okulistyczna	200	228,9	247,0	257,2	258,5	257,3
Neurologiczna	120	136,1	161,2	153,5	167,3	163,6
Zdrowia psychicznego	100	119,8	134,8	131,5	164,9*	163,0*

* dane z MOW NFZ

Tabela 17. Porady na 1 000 mieszkańców w Małopolsce w latach 2001-2005⁵⁴.

W trakcie realizacji Programu uzyskano poprawę większości zakładanych wskaźników dotyczących alokacji zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jednakże obserwowano różnice w czasie oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 6 Programu wynosi 83%, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Opracowywanie i realizacji programów ochrony zdrowia wynikających z przeprowadzonego rozeznania potrzeb.
- Opracowywanie i wdrażanie specjalistycznych programów dotyczących opieki nad matką i dzieckiem i in.
- Wyrównywanie dysproporcji w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

⁵⁴ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego

- Skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie ambulatoryjnego specjalistycznego świadczenia zdrowotnego.

Cel 7 Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej

Kształtowanie zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia odbywało się na wszystkich jego poziomach lecz mimo to nadal pozostaje wyzwaniem aktualnym w przyszłości, co uwidoczniło w analizie wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu.

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba łóżek szpitalnych	17 924	17 852	18 246	18 313	17 843
Czas pobytu w szpitalu ⁵⁵	9,4 / 34,8*	8,8 / 31,7*	8,7 / 28,5*	7,9 / 30,3*	7,3 / 28,0*
Liczba hospitalizacji	472 398	503 454	490 767	548 461	544 888
Liczba niepublicznych zoz	927	953	1 010	1 074	1 064

* czas pobytu w szpitalach publicznych ogólnych / czas pobytu w szpitalach publicznych psychiatrycznych

Tabela 18. Analiza wskaźników monitorowania i oceny wyników realizacji Programu w zakresie 7 celu operacyjnego⁵⁶.

Nastąpił wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej przy jednoczesnym spadku liczby łóżek opieki krótkoterminowej, przy czym zarówno liczba łóżek ogółem jak i liczba hospitalizacji wykazują trend wzrostowy. Jest to tendencja pozytywna i oczekiwana społecznie. Problem starzenia się społeczeństwa oraz faktyczne zapotrzebowanie stawia ten obszar opieki w świetle dalszego rozwoju nie tylko w Małopolsce ale również w Polsce i krajach Unii Europejskiej.

łóżka	Liczba łóżek					Wskaźnik na 10 000 mieszk.				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
długoterminowe	3 884	3 990	4 523	4 687	4 690	12,0	12,3	14,0	14,4	14,4
krótkoterminowe	12 450	12 266	12 063	12 004	11 561	38,4	37,9	37,3	36,8	35,5
psychiatryczne	1 590	1 596	1 660	1 622	1 592	4,9	4,9	5,1	5,0	4,9
razem	17 924	17 852	18 246	18 313	17 843	55,3	55,1	56,4	56,2	54,7

Tabela 19. Liczba łóżek i wskaźniki na 10 000 mieszkańców w Małopolsce w latach 2001-2005⁵⁷.

W trakcie realizacji Programu **restrukturyzacja łóżek szpitalnych jako proces ciągły**, wiązała się przede wszystkim z procesami dostosowawczymi na poziomie poszczególnych szpitali do oczekiwań i możliwości finansowych płatnika oraz potrzebą wzrostu efektywności działania szpitala. Poniżej przedstawiono ilość łóżek w wybranych specjalnościach w Małopolsce.

⁵⁵ Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, *Biuletyn Statystyczno-Informacyjny Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 2002*, Kraków 2003 r., str. 118,131

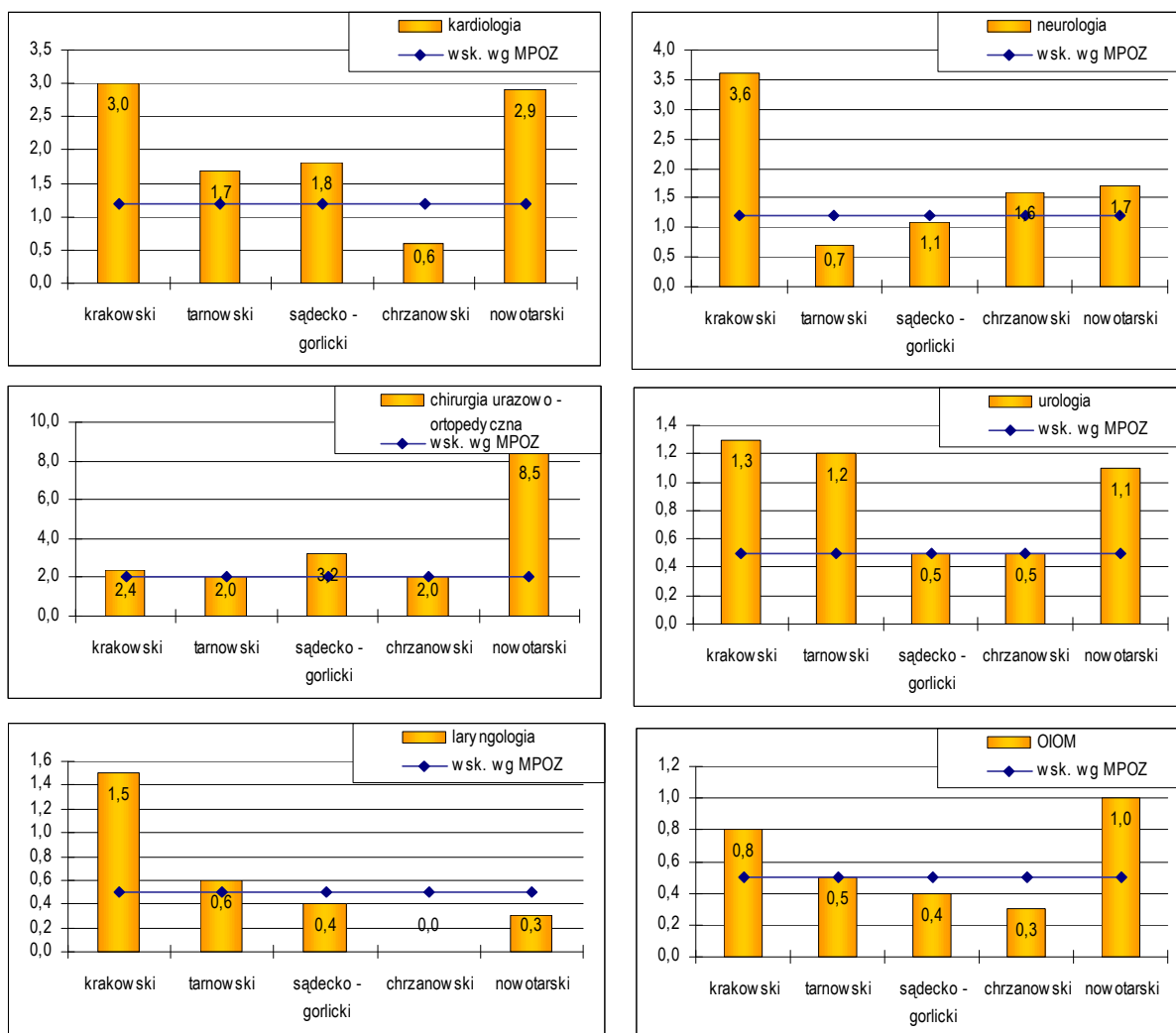
⁵⁶ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

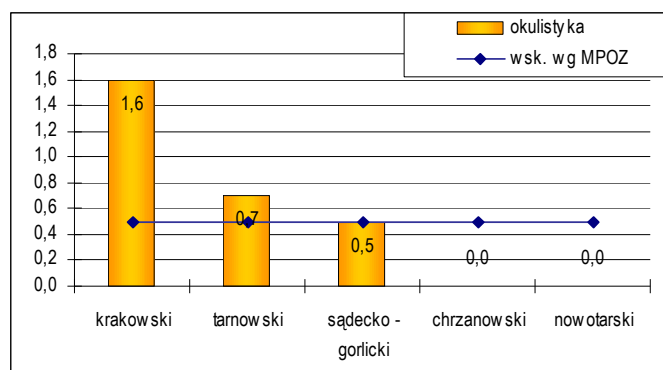
⁵⁷ wg danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego

oddziały	wskaźniki wg MPOZ	wskaźniki na 10 000 mieszkańców subregionu									
		krakowski		tarnowski		sądecko - gorlicki		chrzanowski		nowotarski	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
kardiologia	1,2	3,0	3,0	1,8	1,7	1,5	1,8	0,6	0,6	2,9	2,9
neurologia	1,2	3,6	3,6	0,7	0,7	1,1	1,1	1,6	1,6	1,7	1,7
chir. uraz - ortoped.	2,0	2,5	2,4	2,0	2,0	3,0	3,2	2,1	2,0	9,3	8,5
urologia	0,5	1,5	1,3	1,2	1,2	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1	1,1
laryngologia	0,5	1,5	1,5	0,6	0,6	0,7	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3
OIOM	0,5	0,8	0,8	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	1,1	1,0
okulistyka	0,5	1,7	1,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
chir. onkologiczna	20-30 łóżek	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,7	0,0	0,0

Tabela 20. Łóżka w wybranych specjalnościach w poszczególnych subregionach województwa małopolskiego - porównanie z lat 2004-2005.

Wykres 13. Wskaźniki łóżek w poszczególnych specjalnościach na 10 000 mieszkańców subregionów w Małopolsce w porównaniu do założeń Programu.





W latach 2001-2005 w ramach wdrożenia programu łączenia wybranych szpitali oraz likwidacji jako samodzielnych jednostek organizacyjnych miało miejsce kilka przekształceń. Do najważniejszych z nich należą: likwidacja Centrum Medycyny Profilaktycznej, Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. R. Czerwiakowskiego, Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych, Dziecięcego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny Rodziny Kolejowej w Rabce. Zadania wyżej wymienionych podmiotów przejęły niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Nadal trwa likwidacja Okręgowego Szpitala Kolejowego w Krakowie.

W zakresie połączeń wybranych jednostek dokonano połączenia Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego z Krakowskim Pogotowiem Ratunkowym, Krakowskiego Szpitala Reumatologii i Rehabilitacji ze Szpitalem Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie. Miało miejsce także połączenie szpitali w Nowym Targu i Rabce, dla których organem założycielskim jest powiat nowotarski.

W latach 2001-2005 w jednostkach ochrony zdrowia zrealizowanych zostało szereg inwestycji. Do najważniejszych inwestycji w wojewódzkich szpocz należy zaliczyć: budowę zakładu radioterapii przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Łukasza w Tarnowie, utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnień, modernizację Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego, modernizację Kliniki Torakochirurgii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, modernizację Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

Do ważnych przedsięwzięć zaliczyć można modernizację bloków operacyjnych i centralnych sterylizatori (m.in. SPZOZ w Brzesku, Szpital im. św. Anny w Miechowie, Szpital Powiatowy w Limanowej).

Z dostępnych danych wynika, że ze środków Województwa Małopolskiego i kontraktu wojewódzkiego wydano 116 250 mln zł oraz ze środków ZPORR 47 mln zł. Szczególnie korzystne w zakresie finansowania inwestycji okazały się lata 2003-2005.

W 2005 r. uruchomiona została pomoc publiczna dla zakładów opieki zdrowotnej. Należy zaznaczyć, że województwo małopolskie jako jedyne w kraju na koniec 2005 r. nie posiadało nieuregulowanych zobowiązań z tytułu tzw. ustawy 203. W ramach pomocy publicznej z terenu Małopolski dotacje otrzymało 30 zakładów na kwotę 15 004 874 zł, w tym 10 zakładów podległych Województwu Małopolskiemu, na kwotę 7 078 570 zł. Natomiast w ramach restrukturyzacji do Wojewody Małopolskiego jako organu restrukturyzacyjnego wpłynęło 31 wniosków na kwotę 118 843 037 zł, w tym 9 wniosków złożonych przez jednostki podległe Województwu

Małopolskiemu na kwotę 29 263 076 zł. Uzyskanie pomocy publicznej wiązało się z koniecznością opracowania Programów restrukturyzacji, co wiąże się z dalszymi działaniami naprawczymi w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Rekomendacje

Średnia dla stanu realizacji zadań w latach 2001-2005 w zakresie celu 7 Programu wynosi 64%, konieczne są zatem dalsze działania m.in.:

- Wyrównywanie dysproporcji pomiędzy możliwościami publicznego płatnika w zakresie nakładów na świadczenia zdrowotne, a potrzebami zdrowotnymi.
- Rozszerzanie bazy diagnostyczno-leczniczej.
- Modernizacja kluczowych zasobów systemu opieki stacjonarnej.

4. Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionego sprawozdania realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 przyczyniła się do 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.**

W trakcie realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 podejmowano działania ukierunkowane na osiągnięcie 7 celów operacyjnych i około 80 zadań, będących ich uszczegółowieniem. Stanowiły one wskazania dla wielu instytucji zaangażowanych w kształtowanie polityki zdrowotnej regionu, w szczególności dla podejmowania kluczowych decyzji systemowych. W sprawozdaniu została przedstawiona ogólna ocena realizacji Programu oraz najważniejsze osiągnięcia uzyskane w trakcie trwania Programu, a także do każdego celu przedstawiono rekomendacje co do kierunkowych działań w przyszłości.

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). Ponadto opracowano Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, będący nowatorskim programem zmierzającym do osiągnięcia nowoczesnych rozwiązań w zakresie leczenia psychiatrycznego.

Zaobserwowano korzystne zmiany w zakresie: poprawy stanu zdrowia populacji regionu, poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych i poziomu satysfakcji pacjentów oraz wzrostu efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Należy podkreślić, że realizacja Programu stworzyła płaszczyznę współpracy i współdziałania organizatorów opieki zdrowotnej, samorządów terytorialnych oraz wszystkich podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia, co uznać można za duży sukces pozwalający mieć nadzieję na dalszą owocną współpracę.

Z uwagi na interdyscyplinarny i wielosektorowy zasięg Programu oraz czas jego realizacji, znacznie wykraczający poza okres planowania, celowym jest wykorzystanie przedstawionych rekomendacji i jego kontynuowanie w kolejnej edycji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013.