

# **Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005**

Program Wojewódzki

**Sejmik Województwa Małopolskiego  
Kraków, październik 2001**

## Spis treści:

- I. Założenia koncepcji i konstrukcji Programu:
  1. Wprowadzenie
  2. Program a Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego
  3. Program a NPZ
  4. Program a dokumenty WHO i EU
  
- II. Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności:
  1. Zdrowie i jego uwarunkowania
  2. Główne zagrożenia zdrowia
  3. Główne problemy zdrowotne w Małopolsce
  4. Charakterystyka demograficzna i zarys diagnozy społecznej
  
- III. Cele strategiczne i operacyjne Programu:
  1. Zestawienie celów strategicznych i operacyjnych Programu
  2. Prezentacja celów operacyjnych Programu oraz metod i środków ich realizacji
  
- IV. Finansowanie Programu:
  1. Prognoza źródeł oraz wielkości dostępnych środków finansowych
  2. Budżetowanie zadań Programu
  
- V. Wdrażanie i ocena wyników Programu:
  1. Instytucje i organizacje realizujące Program
  2. Operacyjne zarządzanie Programem
  3. Zasady i wskaźniki monitorowania przebiegu oraz oceny wyników Programu

Załącznik: wykaz szpitali w Województwie Małopolskim

# **I. Założenia koncepcji i konstrukcji Programu**

## **1. Wprowadzenie**

**Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005** stanowi rozwinięcie w formie wieloletniego programu wojewódzkiego Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego uchwalonej przez Sejmik Województwa Małopolskiego 28 sierpnia 2000 roku, ściśle koresponduje z założeniami, celami i zadaniami Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996 – 2005, nawiązuje do Światowej Deklaracji Zdrowia oraz przyjętego przez Europejski Komitet Regionalny WHO dokumentu pn. Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, uwzględnia porozumienie podpisane w Brukseli 14 grudnia 2000 roku pomiędzy WHO i EU oraz zapisy art. 152 Traktatu Amsterdamskiego a wreszcie opiera się na opracowaniu eksperckim przygotowanym przez Fundację Zdrowia Publicznego w Krakowie ( pod tym samym tytułem ), opiniach konsultantów wojewódzkich w różnych dziedzinach medycyny, dokumentach Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, materiałach opracowanych w Departamencie Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego i w Małopolskiej Regionalnej Kasie Chorych a także na stanowiskach i opiniach wypracowanych przez komisje Sejmiku Województwa Małopolskiego, ze szczególnym uwzględnieniem Komisji Ochrony Zdrowia oraz Komisji Polityki Prorodzinnej i Społecznej.

## **2. Program a Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego**

Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego stanowi najwyższej rangi wojewódzki dokument planistyczny, który ma służyć trojakim celom:

- a. planowaniu własnych działań samorządu województwa,
- b. pozyskiwaniu wsparcia ze strony Rządu RP oraz Unii Europejskiej,
- c. organizowaniu wspólnego wysiłku wszystkich zaangażowanych w rozwój Małopolski, ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu terytorialnego.

Przy formułowaniu podstawowej struktury Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego przyjęto zintegrowane, nie zaś sektorowe, podejście do procesów rozwoju regionalnego oraz określono:

- a. cztery tzw. Pola Strategii – rozumiane jako zasadnicze dla pomyślnego rozwoju obszary aktywności,
- b. trzy tzw. Konteksty Strategii – rozumiane jako najważniejsze uwarunkowania i odniesienia oceny efektywności realizacji strategii.

Takie podejście jest szczególnie ważne i głęboko uzasadnione w odniesieniu do problematyki zdrowia, w której dominuje holistyczne ( całościowe, wieloaspektowe ) ujęcie zdrowia oparte o koncepcję pól zdrowia Lalonda.

Problematyka zdrowia znalazła swe miejsce w Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w:

- § Polu: Mieszkańcy – postawy, kwalifikacje, aktywność
- § Celu nadrzędnym A: Lepiej wykształceni, aktywni i przedsiębiorczy mieszkańcy,
- § Celu strategicznym:

### **A.3 – spójne, solidarne i bezpieczne społeczeństwo**

Rozwiązanie A.3.4 – przeciwdziałanie patologiom społecznym

Zadania:

Ograniczenie uzależnień zwłaszcza wśród młodzieży.

Priorytety:

Utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień

### **A.4 – Silna rodzina i zdrowy styl życia**

Rozwiązanie A.4.2 – skuteczna edukacja zdrowotna oraz promocja zdrowia

Zadania:

Poprawa stanu zdrowia Mieszkańców Małopolski.

Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za zdrowie.

Wykreowanie mody na sport i rekreację ruchową.

### **A.5 – Sprawny i przyjazny pacjentowi system ochrony zdrowia**

Rozwiązanie A.5.1 – rozwój regionalnego systemu ratownictwa medycznego

Zadania:

Zwiększenie skuteczności systemu ratownictwa medycznego poprzez skrócenie czasu dotarcia do szpitala oraz czasu wdrożenia leczenia specjalistycznego.

Zmniejszenie o połowę odsetka zgonów przedszpitalnych oraz umieralności okołourazowej bądź spowodowanej innymi nagłymi przyczynami.

Rozwiązanie A.5.2 – rozwój różnorodnych form wczesnej diagnostyki i terapii

Zadania:

Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznej diagnostyki i terapii.

Obniżenie umieralności chorych z chorobami układu krążenia.

Zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa wśród chorych z chorobami układu krążenia i płuc.

Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych.

Rozwiązanie A.5.3 – wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia

Zadania:

Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych.

Wzrost efektywności zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Dostosowanie struktur szpitalnych do potrzeb zdrowotnych.

Redukcja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

Rozwiązanie A.5.4 – system elastyczny, dostosowany do potrzeb społecznych

Zadania:

Zwiększenie dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Poprawa jakości i kompleksowości świadczeń.

Poprawa satysfakcji pacjentów.

Wzrost efektywności funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Zmiana struktury finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia, w tym zwiększenie finansowania i zadań podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, rehabilitacji, psychogeriatrici oraz profilaktyki i promocji zdrowia.

### 3. Program a NPZ

**Narodowy Program Zdrowia** w wersji aktualnie obowiązującej został przyjęty przez Radę Ministrów w 1996 roku jako dokument rządowy określający cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce do 2005 roku.

Nadrzędny cel strategiczny:

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.

Główne kierunki działania:

- Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych,
- kształtowanie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Realizacji celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia służy **18 celów operacyjnych**:

1. zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
2. poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności,
3. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
4. zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
5. ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,
6. zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia,
7. promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych,
8. zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy,
9. poprawa stanu sanitarnego kraju,
10. zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych,
11. zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia,
12. zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej,
13. zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała,
14. usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca,
15. usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka,
16. stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia,
17. zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym,
18. intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005 stanowić będzie główny instrument realizacji w województwie małopolskim takich celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia jak: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15. Pozostałe cele operacyjne NPZ, a zwłaszcza 9,10 i 16 osiągnane będą w Małopolsce w oparciu o inne, już wdrożone bądź przygotowywane, programy.

Realizacja 11 z 18 celów NPZ stanowi wyraz niezbędnej koncentracji działań ukierunkowanych na najważniejsze zagrożenia oraz potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa małopolskiego.

#### **4. Program a dokumenty WHO i EU**

Dla kształtowania regionalnej polityki zdrowotnej w Małopolsce szczególne znaczenie mają strategia i polityka wyznaczone przez Komitet i Biuro Regionu Europejskiego WHO z siedzibą w Kopenhadze.

Europejska strategia zdrowia nakreślona w 1980 roku koncentruje się wokół następujących celów głównych:

1. równość w zdrowiu i w dostępie do opieki zdrowotnej,
2. walka z chorobami, przedwczesną śmiercią i inwalidztwem,
3. walka z ryzykami środowiska ( zanieczyszczeniem wody, gleby, powietrza atmosferycznego, promieniowaniem jonizującym, zanieczyszczeniem środków i produktów spożywczych ),
4. promocja zachowań sprzyjających zdrowiu ( walka z paleniem tytoniu, narkomanią, alkoholizmem, rozwijanie edukacji zdrowotnej, poprawa warunków i sposobów żywienia ),
5. optymalizacja usług zdrowotnych i opieki zdrowotnej ( bardziej efektywne i racjonalne wykorzystanie dostępnych zasobów, lepsze zarządzanie opieką zdrowotną ).

Głównym dokumentem programowym Regionu Europejskiego WHO jest dokument pn. **Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku**<sup>1</sup>.

Polityka „Zdrowie 21” zawiera następujące główne elementy:

**Jednym** ze stałych zadań jest uzyskanie możliwie pełnego potencjału zdrowotnego dla wszystkich.

Istnieją **dwa** główne cele:

- § promocja i ochrona zdrowia ludzi na przestrzeni ich życia,
- § redukcja występowania głównych przyczyn chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu.

**Trzy** podstawowe wartości tworzą podstawę etyczną programu:

- § zdrowie jako podstawowe prawo człowieka,
- § równość w zdrowiu oraz solidarność w działaniu wewnątrz i pomiędzy krajami oraz ich mieszkańcami,
- § uczestnictwo i rozliczanie z efektów działalności jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych w zakresie dążenia do stałego rozwoju zdrowia.

---

<sup>1</sup> Dokument zatwierdzony we wrześniu 1998 roku przez Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia ( 51 krajów członkowskich, 870 milionów mieszkańców ).

Określono **cztery** podstawowe strategie działania dla zapewnienia zgodnego zrównoważonego przebiegu wdrażania programu:

- § strategię wielosektorową w celu ukierunkowania na uwarunkowania zdrowia, biorąc pod uwagę fizyczną, ekonomiczną, społeczną, kulturową i odpowiednią do płci perspektywę rozwoju oraz zapewnienie właściwej oceny oddziaływania na zdrowie,
- § programy nastawione na pozytywny wynik zdrowotny oraz inwestowanie w rozwój ochrony zdrowia i opiekę kliniczną,
- § zintegrowana i zorientowana na rodzinę oraz społeczność lokalną, podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny i odpowiedni system zapewnienia świadczeń szpitalnych,
- § uczestnictwo w procesie rozwoju zdrowia, angażujące odpowiednich partnerów dla zdrowia w domu, szkole i pracy oraz na poziomie społeczności lokalnej i kraju, promowanie wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania i rozliczania wyników podjętych działań.

Poniżej przedstawiono **21 zadań** jakie Region Europejski WHO wyznaczył sobie i krajom członkowskim na XXI wiek.

- Cel 1 – Solidarność dla zdrowia w Regionie Europejskim
- Cel 2 – Równość w zdrowiu
- Cel 3 – Zdrowy start do życia
- Cel 4 – Zdrowie ludzi młodych
- Cel 5 – Zdrowie ludzi starszych
- Cel 6 – Poprawa zdrowia psychicznego
- Cel 7 – Redukcja chorób zakaźnych
- Cel 8 – Redukcja chorób niezakaźnych
- Cel 9 – Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy
- Cel 10 – Zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne
- Cel 11 – Zdrowy tryb życia
- Cel 12 – Redukcja szkodliwych skutków spożywania alkoholu, narkotyków i tytoniu
- Cel 13 – Tworzenie siedlisk zdrowotnych
- Cel 14 – Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie
- Cel 15 – Zintegrowanie sektora zdrowia
- Cel 16 – Zarządzanie na rzecz jakości opieki zdrowotnej
- Cel 17 – Równość w finansowaniu świadczeń zdrowotnych i alokacji środków
- Cel 18 – Rozwijanie zasobów ludzkich dla zdrowia
- Cel 19 – Wiedza i badania naukowe na rzecz zdrowia
- Cel 20 – Zdobywanie partnerów dla spraw zdrowia
- Cel 21 – Polityki i strategie dla Zdrowia dla wszystkich.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005 skonstruowany został zgodnie z duchem i literą głównego dokumentu programowego Regionu Europejskiego WHO jakim jest dokument pn. Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. W sposób bezpośredni stanowi realizację celu 21 tego dokumentu a także zakłada osiągnięcie pozostałych celów, zwłaszcza 1, 2, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16 i 17.

Ze względu na zaawansowanie prac związanych z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej ważne jest skorelowanie treści Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia z priorytetami zawartymi w porozumieniu podpisanym w Brukseli 14 grudnia 2000 roku

między WHO i EU a także w takich dokumentach Unii Europejskiej jak Traktat Amsterdamski, który wszedł w życie w maju 1999 roku<sup>2</sup>.

Priorytety współpracy WHO i EU:

- § Rozwój wskaźników zdrowotności, zbieranie i rozpowszechnianie danych o stanie zdrowia populacji, politykach zdrowotnych i systemach; promowanie metod o udowodnionej skuteczności,
- § Stworzenie sieci kontroli zachorowań na choroby zakaźne i monitoringu zdrowia,
- § Rozwój metodologii i standardów analiz, raportowania i sposobów rozpowszechniania informacji,
- § Rozwój strategii i efektywnych systemów zapewniających harmonijną poprawę zdrowia zwłaszcza przez łagodzenie skutków ubóstwa i przeciwdziałanie głównym zagrożeniom zdrowia,
- § Opracowanie kryteriów i rekomendacji zwłaszcza w dziedzinie zabezpieczenia przed negatywnymi skutkami czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych,
- § Prowadzenie badań nad technologiami medycznymi,
- § Ograniczenie konsumpcji tytoniu.

Z kolei Traktat Amsterdamski przyniósł w art. 152 nowe zapisy dotyczące problematyki zdrowia publicznego. Zmodyfikowane zapisy tego artykułu stanowią podstawę do wdrażania bardziej efektywnej polityki zdrowotnej Unii Europejskiej i zezwalają Wspólnocie na wywieranie większego wpływu na politykę państw członkowskich w dziedzinie zdrowia. Utrzymana została obowiązująca dotychczas zasada, że sprawy zdrowia muszą być brane pod uwagę przy definiowaniu i wdrażaniu wszystkich polityk i działań Wspólnoty. Obecnie działania Wspólnoty mają być skierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom oraz eliminację źródeł zagrożenia dla zdrowia ludzkiego. Oznacza to potrzebę działań na rzecz poprawy czynników determinujących zdrowie, poprzez promocję zdrowia oraz zapobieganie chorobom. Promocja zdrowia obejmuje działania skierowane na umocnienie umiejętności i zdolności poszczególnych jednostek oraz działania mające na celu zmianę warunków społecznych, ekonomicznych i środowiskowych, które pozwoliłyby na poprawę stanu zdrowia. Ogólnie charakteryzując znowelizowany artykuł można stwierdzić, że zapewnia on wyższą rangę zdrowia publicznego w całości działalności podejmowanej przez Unię Europejską.

Realizacja art.152 Traktatu Amsterdamskiego oznaczać będzie, że:

- § Zdrowie publiczne jest nieodłączną częścią problematyki integracyjnej,
- § Zakres problematyki zdrowia publicznego w przyszłości będzie obejmował wszystkie kierunki polityki Wspólnoty, w tym również monitorowanie ogólnego bezpieczeństwa żywności,
- § Głównymi zadaniami dotyczącymi poprawy sytuacji w zakresie zdrowia publicznego nie będą już głównie, jak to było dotychczas, specjalistyczne programy zdrowotne, lecz promocja zdrowia i popularyzacja zdrowego stylu życia.

Takie podejście Unii Europejskiej oznacza potrzebę adekwatnego formułowania celów i zadań regionalnej polityki zdrowotnej w ramach Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005. Stąd w Programie na czołowym miejscu ulokowano problematykę promocji zdrowia oraz prewencji chorób, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. schorzeń cywilizacyjnych.

---

<sup>2</sup> Biuletyn Centrum Dokumentacji WHO nr 5-6, Warszawa, kwiecień 2001

## II. Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności

### 1. Zdrowie i jego uwarunkowania<sup>3</sup>

Zdrowie, według współczesnej definicji, to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Zdrowie to także zdolność i umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami.

Zdrowie jest:

- § wartością, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim,
- § zasobem ( bogactwem ) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny,
- § środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia.

Zdrowie nie jest stanem statycznym. We wszystkich okresach życia należy:

- § chronić je – czyli zapobiegać chorobom, urazom i zatruciom ( profilaktyka ),
- § doskonalić je, pomnażać, zwiększać jego potencjał ( promocja zdrowia ),
- § przywracać je gdy pojawi się choroba ( leczenie i rehabilitacja ).

Wśród czynników wpływających na zdrowie człowieka wyróżnia się cztery grupy:

- § styl życia ( model zachowań obejmujący m.in. odżywianie, aktywność fizyczną, uzależnienia, podatność na stres ), którego udział jest największy i wynosi ok. 55%,
- § środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy, którego udział wynosi ok. 20%,
- § system ochrony zdrowia, którego wpływ szacuje się na ok.15%,
- § osobnicze uwarunkowania biologiczne ( czynniki genetyczne ), których wpływ szacuje się na ok. 10%.

Z kolei na trzy pierwsze z wyżej wymienionych czynników ( odpowiedzialnych w 90% za indywidualny obszar zdrowia ) podstawowy wpływ ma poziom zamożności społeczności lokalnej, regionalnej czy kraju oraz poziom zróżnicowania indywidualnej pozycji materialnej, poziom wykształcenia i wiedzy ogólnej a także sytuacja społeczno-polityczna z takimi jej cechami jak poczucie uczestnictwa bądź wykluczenia, wpływu lub zdominowania i zagrożenia.

Analiza czynników warunkujących zdrowie prowadzi wprost do podkreślenia i uwydatnienia najwyższej rangi promocji zdrowia dla osiągnięcia poprawy zdrowia, a co za tym idzie, jakości życia w wymiarze indywidualnym i wspólnotowym.

Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom:

- § Zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem ( identyfikacja własnych problemów zdrowotnych ),
- § Poprawę zdrowia – poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększaniu potencjału zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:

- § Budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
- § Tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,

---

<sup>3</sup> Na podstawie dokumentu: Narodowy Program Zdrowia ( Państwowy Zakład Higieny: [www.medstat.waw.pl](http://www.medstat.waw.pl) )

- § Zachęcanie całej społeczności do działań na rzecz zdrowia,
- § Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- § Reorientację służby zdrowia.

Z kolei prewencja chorób obejmuje:

- § Profilaktykę pierwszego stopnia tj. oddalenie niebezpieczeństwa wystąpienia choroby lub dolegliwości ( np. szczepienia ),
- § Profilaktykę drugiego stopnia tj. wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie chorób o przewlekłym charakterze a także obserwacja osób z grup ryzyka,
- § Profilaktykę trzeciego stopnia tj. zapobieganie powikłaniom w momencie wystąpienia choroby i niedopuszczenie do nawrotu choroby.

Dopiero na końcu tego ciągu działań, biorąc pod uwagę ich znaczenie dla stanu zdrowotności populacji, lokuje się medycynę naprawczą a więc leczenie<sup>4</sup> i rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych bądź stacjonarnych.

## 2. Główne zagrożenia zdrowia

Główne zagrożenia zdrowia lokują się w trzech obszarach:

### § Wadliwy styl życia:

1. mała aktywność fizyczna ogółu ludności ( zaledwie 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia różne formy ruchu, którego rodzaj i intensywność zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu ),
2. nieprawidłowości w sposobie żywienia skutkujące z jednej strony nadwagą ( ok. 25% dorosłej ludności charakteryzuje się otyłością – BMI >30kg/m<sup>2</sup> a ok. 40 % nadwagą – BMI >25-30 kg/m<sup>2</sup> ) a z drugiej niedożywieniem i niedoborami mineralno-witaminowymi,
3. palenie tytoniu ( ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet pali codziennie papierosy, z tym, że obserwuje się trend spadkowy w populacji dorosłych, w odróżnieniu od populacji młodzieży, gdzie 22% chłopców i 14% dziewcząt w wieku 15 lat pali papierosy codziennie ),
4. nadmierne spożycie alkoholu ( szacuje się, że w skali kraju uzależnionych od alkoholu jest ok. 600 - 800 tysięcy osób, nadużywających – ok. 3 miliony, a wśród 15 - latków ok. 50% miało kontakt z alkoholem ),
5. używanie substancji psychoaktywnych ( ok. 3 – 4 tysiące uzależnionych w Małopolsce ).

### § Zagrożenia w środowisku społecznym:

1. ograniczenie dostępu do podstawowych zasobów ( praca – stopa bezrobocia<sup>5</sup> ok.12 %, mieszkanie – niedobór mieszkań na poziomie ok. 30% obecnych zasobów ),
2. uzależnienie od systemu pomocy społecznej ( ok.14% ludności ),
3. niski poziom wykształcenia ( wskaźniki skolaryzacji niższe o 1 – 10% w stosunku do wskaźników ogólnopolskich ),

<sup>4</sup> określane dzisiaj mianem medycyny interwencyjnej, w odróżnieniu od medycyny zapobiegawczej ( por. T. Popiela – wykład inauguracyjny kongresu z okazji 60 – lecia Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa 2001 )

<sup>5</sup> dane dla Małopolski w I półroczu 2001

4. bezradność w poruszaniu się w ramach nowego systemu społeczno-gospodarczego z syndromem wykluczenia i „opuszczonych rąk” ( ok. 15% ludności Małopolski korzysta ze wsparcia systemu pomocy społecznej ).

§ Zagrożenia w środowisku fizycznym:

1. zanieczyszczenie i degradacja środowiska naturalnego ( w tym głównie zanieczyszczenie powietrza i wody; szczególnie zagrożenie to dotyczy subregionu północno – zachodniego województwa, aglomeracji krakowskiej oraz rejonu Tarnowa<sup>6</sup> ),
2. zagrożenia w środowisku pracy ( w tym m.in. hałas, wibracje, substancje toksyczne i pyły ).

### 3. Główne problemy zdrowotne w Małopolsce

Analiza problemów zdrowotnych mieszkańców Małopolski musi być obecnie prowadzona w oparciu o niepełne i wybiórcze dane, ze względu na brak kompleksowego systemu gromadzenia, przetwarzania i udostępniania niezbędnych informacji w jednym regionalnym ośrodku<sup>7</sup>.

Współczynnik umieralności w Małopolsce wyniósł w 1999 roku 927 zgonów/100 tys. ludności ( 7 miejsce w kraju<sup>8</sup>, średnia dla Polski – 987 ). Mimo, iż obserwuje się tendencję spadkową, współczynnik ten dla obu płci jest wyższy niż w Unii Europejskiej ( średnio ok. 800 zgonów/100 tys. ludności w UE ).

Jeśli chodzi o przyczyny zgonów, to do najważniejszych należały:

- § choroby układu krążenia – 432 ( Polska – 380 )
- § nowotwory – 183,8 ( Polska – 174,4 )
- § zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu – 56,7 ( Polska – 65 )
- § choroby układu trawiennego – 25,2 ( Polska – 26,1 )
- § choroby układu oddechowego – 23,2 ( Polska – 29,6 )

Zgony niemowląt kształtowały się w 1999 roku na poziomie 7,81/1000 urodzeń żywych ( 3 miejsce w kraju<sup>9</sup>, średnia dla Polski – 8,85 ) w tym zgony noworodków na poziomie 5,79/1000 urodzeń żywych ( 4 miejsce w kraju, średnia dla Polski – 6,33 ). Wskaźniki umieralności niemowląt w krajach Unii Europejskiej kształtują się na poziomie 5 zgonów/1000 urodzeń żywych.

Przeciętne dalsze trwanie życia wg danych<sup>10</sup> za 1999 rok wyniosło dla mężczyzn 70,47 lat ( 2 miejsce w kraju<sup>11</sup>, średnia dla Polski – 68,83 ) a dla kobiet 78,16 lat ( 4 miejsce w kraju, średnia dla Polski – 77,49 ). Wskaźniki te uległy w ostatnich latach znaczącej poprawie, ale zwłaszcza dla mężczyzn odbiegają od poziomu osiągniętego w krajach Unii Europejskiej o ok. 4 – 5 lat.

Dla określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Małopolski należałoby poddać analizie przynajmniej negatywne mierniki zdrowia takie jak współczynniki chorobowości oraz zapadalności ( zachorowalności ) w najważniejszych grupach schorzeń ( układu krążenia, trawiennego, oddechowego, moczowo-płciowego, rozrodczego, nerwowego, krwiotwórczego,

---

<sup>6</sup> Diagnoza stanu województwa małopolskiego, UMWM, październik 2000

<sup>7</sup> mimo wysiłków podejmowanych przez Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

<sup>8</sup> biorąc pod uwagę kolejność od najniższego do najwyższego współczynnika

<sup>9</sup> jak wyżej

<sup>10</sup> Rocznik Statystyczny Województw, GUS 2000

<sup>11</sup> biorąc pod uwagę kolejność od najlepszego do najgorszego wskaźnika

metabolicznych w tym cukrzycy i dysfunkcji tarczycy, psychicznych ) w odniesieniu do dorosłych i dzieci, nie wspominając już o potrzebie badania i analizowania pozytywnych mierników zdrowia określających sprawność funkcji całego organizmu bądź poszczególnych układów lub narządów ( np. wydolność krążenia, wydolność wentylacyjna płuc, poziom hemoglobiny itp. ) w odniesieniu do odpowiednio dobranych grup populacji. Obecnie żadna instytucja w województwie nie dysponuje tego rodzaju danymi. Przewyciężenie tej sytuacji jest kluczowym wyzwaniem dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Według fragmentarycznych danych z 1999 roku zapadalność na niektóre schorzenia przedstawia się w Małopolsce następująco<sup>12</sup>:

- § choroby krążenia – ok. 1100/100 tys. ( dominuje choroba nadciśnieniowa oraz choroba niedokrwienna serca; ostrych zawałów serca było 1974 w skali roku ),
- § choroby psychiczne – 839/100 tys.,
- § udary mózgu – ok.370/100 tys.,
- § nowotwory – ok. 270/100 tys. dla mężczyzn ( dominuje rak płuc, żołądka, gruczołu krokowego, okrężnicy, pęcherza moczowego ) i 200/100 tys. dla kobiet ( dominuje rak piersi, szyjki macicy, jajnika, płuc, trzonu macicy ),
- § cukrzyca – 222/100 tys.
- § bakteryjne zatrucia pokarmowe – ok. 49/100 tys.,
- § gruźlica – ok. 22,3/100 tys.,
- § wirusowe zapalenia wątroby – ok.21/100 tys. ( w tym wzw B – 9,66 ).

Z kolei wśród wskaźników chorobowości zwraca uwagę reumatoidalne zapalenie stawów ( ok. 120/100 tys. ), astma oskrzelowa ( ok. 60/100 tys. ) oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc<sup>13</sup>.

W 2000 roku w województwie małopolskim stwierdzono 1 046 chorób zawodowych co plasuje województwo na 2 miejscu w kraju po województwie śląskim ( Polska – 7 339 chorób zawodowych ). Pod względem liczby chorób zawodowych na 100 tysięcy zatrudnionych województwo małopolskie zajmuje 1 miejsce w kraju z najwyższym wskaźnikiem zachorowalności wynoszącym 135,8 ( wskaźnik dla województwa opolskiego, które zajmuje ostatnie miejsce na tej liście wynosi 18,8 ). Wśród chorób zawodowych dominują: przewlekłe choroby narządu głosu ( 543 ), zawodowe uszkodzenia słuchu ( 124 ), przewlekłe nieżyty górnych dróg oddechowych (65), choroby skóry (61), pylice płuc (58), choroby zakaźne (47). W województwie małopolskim stwierdzono największą w kraju liczbę przypadków zawodowych nowotworów złośliwych tj. 27 na 83 zanotowane w Polsce<sup>14</sup>.

W zakładach pracy województwa małopolskiego pracuje<sup>15</sup>:

- w warunkach ponadnormatywnych stężeń substancji chemicznych 892 osoby,
- w nadmiernym zapyleniu 659 osób,
- w ponadnormatywnym hałasie 14 755 osób,
- w warunkach o ponadnormatywnej wibracji 1 390 osób,
- w niekorzystnym mikroklimacie 1 219 osób,
- w narażeniu na promieniowanie jonizujące ( radon w kopalniach ) 1 331 osób.

---

<sup>12</sup> większość danych na podstawie Biuletynu Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Małopolskiego za rok 1999, wyd. Małopolskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Krakowie, Kraków 2000

<sup>13</sup> na podstawie informacji specjalistów regionalnych w dziedzinie alergologii ( prof. dr hab. med. E. Nizankowska-Mogilnicka ) oraz reumatologii ( dr hab. med. P. Głuszko )

<sup>14</sup> cyt. za Oceną stanu sanitarnego i sytuacji epidemiologicznej w województwie małopolskim w 2000 roku opracowaną przez Małopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

<sup>15</sup> j.w.

Wypowiadając się z największą ostrożnością co do obserwowanych tendencji epidemiologicznych w ostatnich latach można zaryzykować uogólnienie dotyczące spadku zapadalności na choroby somatyczne ( wyjątek stanowią nowotwory, w przypadku chorób układu krążenia obserwuje się względną stabilizację ) oraz wzrostu zapadalności na choroby psychiczne.

Do pewnego stopnia o skali potrzeb zdrowotnych informują także dane o zgłaszalności pacjentów do jednostek leczenia otwartego ( proces zgłaszalności w odniesieniu do specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego jest systemowo ograniczany ) oraz dane o hospitalizacji na poszczególnych oddziałach szpitalnych ( wiarygodne, jeżeli uwzględnia się wieloletnie średnie ).

Reasumując, najważniejsze problemy zdrowotne mieszkańców Małopolski dotyczą schorzeń układu krążenia, nowotworów, udarów mózgu, cukrzycy, chorób reumatycznych, alergologicznych i psychicznych. Z kolei szczególnie duże zapotrzebowanie na porady obserwuje się w zakresie takich specjalności jak chirurgia, w tym urazowo-ortopedyczna, interna ze specjalnościami szczegółowymi typu kardiologia, diabetologia, reumatologia a także okulistyka.

Do obszarów o szczególnie niekorzystnym poziomie zdrowotności mieszkańców należą powiaty: olkuski, chrzanowski, oświęcimski, krakowski ( grodzki i ziemski – nowotwory złośliwe ) oraz nowosądecki ( grodzki i ziemski – choroby układu krążenia ).

#### **4. Charakterystyka demograficzna i zarys diagnozy społecznej**

Małopolska należy do najgęściej zaludnionych obszarów kraju ( 212 mieszkańców na km<sup>2</sup>, najgęściej zaludnione powiaty to oświęcimski, chrzanowski, wadowicki i wielicki; w kraju gęstość zaludnienia wynosi 124/km<sup>2</sup> ).

Udział ludności wiejskiej jest większy niż przeciętna w kraju i wynosi **49,6%**.

Spółeczeństwo Małopolski jest relatywnie stare; do powiatów, w których zjawisko to jest szczególnie widoczne należą:

- miechowski,
- proszowicki,
- krakowski grodzki
- krakowski ziemski.

Odwrotna sytuacja, z ponadprzeciętnym udziałem populacji w wieku przedprodukcyjnym, występuje w powiatach:

- nowosądeckim ziemskim,
- limanowskim,
- myślenickim,
- nowotarskim,
- tarnowskim ziemskim,
- bocheńskim,
- gorlickim,
- brzeskim,
- nowosądeckim grodzkim.

**Szczególnie wysoki wskaźnik urodzeń** występuje w powiatach:

- nowosądeckim ziemskim,
- limanowskim,
- nowotarskim,
- myślenickim,
- tarnowskim ziemskim,
- bocheńskim,
- brzeskim,
- suskim.

**Szczególnie wysokie wskaźniki zgonów** odnotowuje się w powiatach:

- miechowskim,
- proszowickim.

	Ludność <sup>16</sup>	Wiek przedprod.	Wiek prod.	Wiek poprod.	Urodzenia	Przyrost nat. <sup>17</sup>
<b>Polska</b>	38 653 600	9 613 800	23 423 500	5 616 300	382 002	0,0
<b>Małopolska</b>	3 222 525	835 202	1 915 967	471 356	35 074	1,67
Bocheński	98 000	28 374	55 920	13 715	1 214	2,98
Brzeski	89 610	25 985	51 006	12 619	1 111	2,75
Chrzanowski	131 308	31 089	80 785	19 434	1 175	-0,29
Dąbrowski	58 868	16 786	33 351	8 731	699	2,94
Gorlicki	108 147	30 878	61 828	15 441	1 298	3,14
Krakowski Grodzki	738 150	147 271	470 838	120 041	5 840	-1,73
Krakowski Ziemski	235 450	60 465	138 737	36 248	2 474	0,47
Limanowski	117 772	37 455	64 737	15 580	1 864	7,63
Miechowski	53 072	12 668	29 908	10 496	513	-5,18
Myślenicki	112 403	33 684	64 177	14 542	1 456	4,13
Nowosądecki Grodzki	83 911	23 581	50 360	9 970	866	2,11
Nowosądecki Ziemski	191 160	61 279	105 703	24 178	2 936	7,73
Nowotarski	178 649	53 185	103 083	22 381	2 353	5,63
Olkuski	123 888	29 819	75 502	18 867	1 184	-1,13
Oświęcimski	154 433	38 473	94 297	21 663	1 506	1,06
Proszowicki	44 782	11 018	26 044	7 720	486	-2,39
Suski	81 050	22 957	45 921	12 172	1 016	2,6
Tarnowski Grodzki	121 439	30 236	74 775	16 428	1 086	0,49
Tarnowski Ziemski	180 057	53 323	100 830	25 904	2 404	4,7
Tatrzanski	66 055	17 629	38 678	9 748	726	1,91
Wadowicki	154 511	42 442	91 027	21 042	1 825	3,29
Wielicki	99 801	26 605	58 460	14 736	1 042	0,24

<sup>16</sup> na dzień 31.XII. 1999 r. , Rocznik Statystyczny Województwa Małopolskiego, US w Krakowie, Kraków 2000

<sup>17</sup> Przyrost naturalny ogółem na 1000 mieszkańców

## Diagnoza społeczna<sup>18</sup>. Wybrane elementy sytuacji społecznej w województwie małopolskim ( wg. powiatów ).

W 1999 roku w województwie małopolskim ze świadczeń pomocy społecznej korzystało blisko 465 tysięcy osób. Stanowiło to 14,4% ogółu ludności województwa. Sytuacja pod tym względem wykazywała znaczne zróżnicowanie w poszczególnych powiatach województwa. Największy odsetek osób korzystających z pomocy społecznej odnotowano w powiatach: limanowskim (32,4%), nowosądeckim ziemskim (29,8%), dąbrowskim (24,4%) i tarnowskim ziemskim (23,9%). Są to w przeważającej większości najbiedniejsze powiaty regionu.

Najmniejszy odsetek mieszkańców danego obszaru korzystał ze wsparcia pomocy społecznej z reguły w powiatach najbogatszych: krakowskim grodzkim (6,8%), krakowskim ziemskim (8,9%), oświęcimskim (9,3%), wadowickim (9,3%) oraz chrzanowskim (9,4%).

### Osoby objęte pomocą\* według powiatów w 1999 r.

Wyszczególnienie	Ilość osób	Odsetek ogółu ludności
<b>Województwo</b>	<b>464717</b>	<b>14,4%</b>
<b>Powiaty</b>		
bocheński	14760	15,1%
brzeski	14830	16,6%
chrzanowski	12317	9,4%
dąbrowski	14340	24,4%
gorlicki	24311	22,5%
krakowski	20861	8,9%
limanowski	38123	32,4%
miechowski	7611	14,3%
myślenicki	25898	23,0%
nowosądecki	56966	29,8%
nowotarski	27994	15,7%
olkuski	12773	10,3%
oświęcimski	14409	9,3%
proszowicki	5799	13,0%
suski	13625	16,8%
tarnowski	43052	23,9%
tatrzański	6513	9,9%
wadowicki	14323	9,3%
wielicki	11747	11,8%
<b>Miasta na prawach powiatu</b>		
Kraków	50342	6,8%
Nowy Sącz	11513	13,7%
Tarnów	22612	18,6%

\* Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Ośrodków Pomocy Społecznej.  
Źródło: Warunki życia ludności w województwie małopolskim w 1999 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2000 r., tabl. 10/28, 11/29, s. 74, 75.

<sup>18</sup> Na podstawie opracowania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie pt. Wybrane elementy sytuacji społecznej województwa małopolskiego. Kraków, 2000r.

## PRZYCZYNY KORZYSTANIA Z POMOCY SPOŁECZNEJ

O pomoc społeczną mogą ubiegać się osoby, które spełniają kryteria określone w ustawie o pomocy społecznej. Pierwszym podstawowym warunkiem jest trudna sytuacja materialna, drugim – trudna sytuacja życiowa. Należy pamiętać, że oba wymienione warunki muszą być spełnione jednocześnie, niskie dochody towarzyszą zatem, wszystkim innym powodom przyznawania świadczeń, stanowiąc podstawową przyczynę ich udzielania.

**Ubóstwo** było w 1999 roku w województwie małopolskim najczęstszą przyczyną korzystania ze świadczeń pomocy społecznej. Stało się ono powodem przyznania wsparcia w przypadku 32,4% osób korzystających z pomocy. Największy odsetek osób, którym przyznano pomoc z powodu ubóstwa zanotowano w powiatach: limanowskim (40,5%), dąbrowskim (38,8%), proszowickim (38,6%) oraz nowosądeckim ziemskim (38,3%), a więc w powiatach najbiedniejszych. Najmniejszy odsetek ogółu klientów osoby korzystające z pomocy społecznej z powodu ubóstwa stanowiły w powiatach: miechowski (20,9%), olkuski (22,8%), krakowski grodzki (23,7%), chrzanowski (26,6%) oraz krakowski ziemski (27,8%), czyli (z wyjątkiem powiatu miechowskiego) w powiatach najbogatszych.

**Niepełnosprawność** lub długotrwała choroba była w analizowanym okresie przyczyną objęcia pomocą 23,2% ogółu osób korzystających ze wsparcia systemu pomocy społecznej. Do powiatów o największym odsetku osób korzystających z pomocy społecznej z tej właśnie przyczyny należały: krakowski grodzki (39,7%), oświęcimski (37,3%) oraz miechowski (35,7%). Najrzadziej ze wsparcia pomocy społecznej z tytułu niepełnosprawności korzystano w powiatach: limanowskim (12,6%), nowosądeckim ziemskim (15,1%) oraz tarnowskim ziemskim (16,8%). Niepełnosprawność lub długotrwała choroba to przyczyny korzystania z pomocy społecznej szczególnie często występujące w powiatach o dużym odsetku osób w wieku emerytalnym. Stosunkowo rzadziej były przyczyną przyznania pomocy społecznej w powiatach, w których znaczny odsetek ogółu mieszkańców stanowią dzieci i młodzież (do 18 roku życia).

**Bezradność w sprawach opiekuńczo wychowawczych** i prowadzeniu gospodarstwa domowego to kolejna przyczyna przyznawania pomocy. Problem ten dotyczył 20,2% klientów pomocy społecznej województwa małopolskiego. Stosunkowo najczęściej pomocy z powodu tej właśnie przyczyny udzielano w powiatach: nowotarskim (25,6%), tarnowskim grodzkim (25,3%) oraz brzeskim i chrzanowskim – po 24,2%. Najrzadziej bezradność była przyczyną udzielenia wsparcia w powiatach: nowosądeckim grodzkim (6,2%), oświęcimskim (12,0%) oraz wielickim (14,8%).

Z kolei **bezrobocie** było w województwie małopolskim w 1999 roku czwartą najczęstszą przyczyną korzystania z pomocy społecznej. Z tego powodu pomocy udzielono prawie 16% osób korzystających z pomocy społecznej. Największy odsetek bezrobotnych korzystających ze świadczeń pomocowych zanotowano w analizowanym okresie w powiecie olkuskim (28,0%), powiatach grodzkich: tarnowskim (20,7%) i nowosądeckim (20,0%) oraz w powiecie gorlickim (19,5%). Nie są to powiaty o najwyższej stopie bezrobocia i liczbie klientów pomocy społecznej, ale w tym przypadku inna z dysfunkcji mogła zostać uznana za dominującą. Najmniejszy udział bezrobotnych w stosunku do ogółu objętych pomocą społeczną charakteryzował powiaty: tatrzański (7,2%), proszowicki (9,9%) oraz nowotarski (11,1%).

5,6% klientów pomocy społecznej stanowiły osoby, którym udzielono wsparcia z powodu **ochrony macierzyństwa**. Największy odsetek pomoc taka stanowiła w powiatach:

nowosądeckim grodzkim (9,5%), myślenickim i nowotarskim – po 9,3% oraz w powiecie nowosądeckim ziemskim (7,4%). Najbardziej potrzebą ochrony macierzyństwa była przyczyną udzielenia pomocy społecznej w powiatach grodzkich: tarnowskim (2,0%) i krakowskim (2,2%) oraz w powiecie oświęcimskim (2,8%).

**Alkoholizm** to najbardziej występująca patologia społeczna, będąca przyczyną korzystania ze świadczeń pomocy społecznej. Osoby z tego rodzaju problemami stanowiły w 1999 roku 3% wszystkich korzystających z systemu pomocy społecznej. Omawiana przyczyna największy udział wśród ogółu powodów przyznania pomocy miała w powiatach: tatrzańskim (5,4%), krakowskim ziemskim (5,1%) oraz proszowickim (5,0%); najbardziej w powiatach: nowosądeckim ziemskim (1,1%), nowosądeckim grodzkim (1,4%), dąbrowskim (1,8%) oraz wielickim (1,9%).

#### Osoby objęte pomocą\* według powodów przyznania świadczeń i powiatów w 1999 r.

Wyszczególnienie	Ubóstwo		Bezrobocie		Niepełnosprawność lub długotrwała choroba	
	na 1000 ludności	% objętych pomocą	na 1000 ludności	% objętych pomocą	na 1000 ludności	% objętych pomocą
<b>Województwo</b>	<b>92,0</b>	<b>32,4%</b>	<b>44,4</b>	<b>15,7%</b>	<b>65,8</b>	<b>23,2%</b>
<b>Powiaty</b>						
bocheński	100,4	30,7%	40,0	12,2%	87,1	26,7%
brzeski	114,1	30,8%	47,0	12,7%	88,4	23,9%
chrzanowski	59,5	26,6%	37,3	16,7%	55,6	24,8%
dąbrowski	184,0	38,8%	76,7	16,2%	98,8	20,9%
gorlicki	170,2	33,3%	99,9	19,5%	99,4	19,4%
krakowski	43,9	27,8%	20,5	13,0%	49,9	31,6%
limanowski	263,2	40,5%	115,8	17,8%	81,8	12,6%
miechowski	50,9	20,9%	43,4	17,8%	86,8	35,7%
myślenicki	88,4	30,6%	37,5	13,0%	75,9	26,2%
nowosądecki	212,8	38,3%	82,0	14,8%	83,6	15,1%
nowotarski	95,5	31,0%	34,3	11,1%	61,8	20,1%
olkuski	45,9	22,8%	56,4	28,0%	45,1	22,4%
oświęcimski	70,0	27,6%	44,1	17,4%	94,6	37,3%
proszowicki	87,1	38,6%	22,3	9,9%	49,1	21,8%
suski	129,8	37,8%	55,6	16,2%	64,3	18,7%
tarnowski	161,1	37,7%	60,8	14,2%	71,9	16,8%
tatrzański	72,8	28,9%	18,2	7,2%	77,4	30,7%
wadowicki	67,4	34,2%	37,6	19,1%	37,0	18,8%
wielicki	58,4	27,6%	40,2	19,0%	66,4	31,4%
<b>Miasta na prawach powiatu</b>						
Kraków	29,9	23,7%	15,0	11,9%	50,1	39,7%
Nowy Sącz	84,7	33,8%	50,1	20,0%	72,8	29,1%
Tarnów	146,6	31,7%	95,6	20,7%	79,1	17,1%

\* Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Ośrodków Pomocy Społecznej.

Źródło: Warunki życia ludności w województwie małopolskim w 1999 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2000 r., tabl. 11/29, s. 75.

## Osoby objęte pomocą\* według powodów przyznania świadczeń i powiatów w 1999 r., c.d.

Wyszczególnienie	Ochrona macierzyństwa		Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych**		Alkoholizm	
	na 1000 ludności	% objętych pomocą	na 1000 ludności	% objętych pomocą	na 1000 ludności	% objętych pomocą
<b>Województwo</b>	<b>15,8</b>	<b>5,6%</b>	<b>57,2</b>	<b>20,2%</b>	<b>8,4</b>	<b>3,0%</b>
<b>Powiaty</b>						
bocheński	18,4	5,6%	71,7	21,9%	9,2	2,8%
brzeski	22,4	6,0%	89,5	24,2%	8,9	2,4%
chrzanowski	7,6	3,4%	54,1	24,2%	9,9	4,4%
dąbrowski	29,0	6,1%	76,7	16,2%	8,5	1,8%
gorlicki	35,2	6,9%	91,6	17,9%	14,8	2,9%
krakowski	8,9	5,6%	26,4	16,7%	8,1	5,1%
limanowski	38,3	5,9%	131,2	20,2%	19,6	3,0%
miechowski	9,4	3,9%	43,4	17,8%	9,4	3,9%
myślenicki	26,8	9,3%	49,1	17,0%	11,6	4,0%
nowosądecki	41,0	7,4%	129,3	23,3%	6,3	1,1%
nowotarski	28,7	9,3%	78,7	25,6%	9,0	2,9%
olkuski	11,3	5,6%	38,7	19,2%	4,0	2,0%
oświęcimski	7,1	2,8%	30,5	12,0%	7,1	2,8%
proszowicki	11,2	5,0%	44,6	19,8%	11,2	5,0%
suski	17,3	5,0%	60,6	17,6%	16,1	4,7%
tarnowski	26,8	6,3%	94,2	22,0%	12,8	3,0%
tatrzański	13,7	5,4%	56,1	22,3%	13,7	5,4%
wadowicki	7,8	4,0%	38,9	19,7%	8,4	4,3%
wielicki	11,1	5,3%	31,2	14,8%	4,0	1,9%
<b>Miasta na prawach powiatu</b>						
Kraków	2,8	2,2%	24,5	19,4%	3,8	3,0%
Nowy Sącz	23,9	9,5%	15,5	6,2%	3,6	1,4%
Tarnów	9,1	2,0%	117,0	25,3%	14,8	3,2%

\* Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie oraz Ośrodków Pomocy Społecznej.

\*\* oraz prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Źródło: Warunki życia ludności w województwie małopolskim w 1999 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2000 r., tabl. 11/29, s. 75.

### III. Cele strategiczne i operacyjne Programu

#### 1. Zestawienie celów strategicznych i operacyjnych Programu

Na podstawie zapisów zawartych w Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego dokonano wyodrębnienia 6 rozwiązań ( celów głównych ) oraz 19 zadań ( celów szczegółowych ).

Są to:

Rozwiązanie A.3.4 – przeciwdziałanie patologiom społecznym

Zadania:

Ograniczenie uzależnień zwłaszcza wśród młodzieży.

Priorytety:

Utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień

Rozwiązanie A.4.2 – skuteczna edukacja zdrowotna oraz promocja zdrowia

Zadania:

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Małopolski.

Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za zdrowie.

Wykreowanie mody na sport i rekreację ruchową.

Rozwiązanie A.5.1 – rozwój regionalnego systemu ratownictwa medycznego

Zadania:

Zwiększenie skuteczności systemu ratownictwa medycznego poprzez skrócenie czasu dotarcia do szpitala oraz czasu wdrożenia leczenia specjalistycznego.

Zmniejszenie o połowę odsetka zgonów przedszpitalnych oraz umieralności okołourazowej bądź spowodowanej innymi nagłymi przyczynami.

Rozwiązanie A.5.2 – rozwój różnorodnych form wczesnej diagnostyki i terapii

Zadania:

Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznej diagnostyki i terapii.

Obniżenie umieralności chorych z chorobami układu krążenia.

Zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa wśród chorych z chorobami układu krążenia i płuc.

Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych.

Rozwiązanie A.5.3 – wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia

Zadania:

Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych.

Wzrost efektywności zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Dostosowanie struktur szpitalnych do potrzeb zdrowotnych.

Redukcja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

Rozwiązanie A.5.4 – system elastyczny, dostosowany do potrzeb społecznych

Zadania:

Zwiększenie dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Poprawa jakości i kompleksowości świadczeń.

Poprawa satysfakcji pacjentów.

Wzrost efektywności funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Zmiana struktury finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia, w tym zwiększenie finansowania i zadań podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, rehabilitacji, psychogeriatry oraz profilaktyki i promocji zdrowia.

Dla potrzeb niniejszego Programu, w celu uzyskania niezbędnej koncentracji celów zdrowotnych<sup>19</sup> dokonano zagregowania 19 celów szczegółowych Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w **7 celów operacyjnych** Programu, które przedstawiono poniżej:

---

<sup>19</sup> Na potrzebę koncentracji celów wskazują doświadczenia brytyjskie z realizacji strategii Health of the Nation ( 1992 r. ) oraz kolejnej edycji tej strategii pn. Saving lives: our healthier nation ( 1999 r. ), doświadczenia Katalonii z trzeciej już edycji Health plan for Catalonia, doświadczenia niemieckie z North Rhine-Westphalia gdzie State Conference of NRW przyjęła 10 celów zdrowotnych, a wreszcie negatywne doświadczenia włoskie ( tamtejsi politycy zdrowotni borykają się z problemem implementacji w regionach przyjętych w 1998 roku 100 celów zdrowotnych ) – źródło EJPH, Vol.10,2000

- § Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień,
- § Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych,
- § Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego,
- § Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia,
- § Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych,
- § Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów,
- § Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

## 2. Prezentacja celów operacyjnych Programu oraz metod i środków ich realizacji

W ramach niniejszego Programu regionalny cel strategiczny formułuje się 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.*

### **Cel operacyjny 1. Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień**

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § zmniejszenie średniego spożycia alkoholu na głowę ludności o 10% w stosunku do spożycia w 2000 roku ( 6 – 7 litrów 100% alkoholu ),
- § zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych w ogólnej strukturze spożycia napojów alkoholowych o 10% w stosunku do 2000 roku,
- § zmniejszenie śmiertelności i uszkodzeń zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu,
- § zmniejszenie konsumpcji tytoniu w populacji dorosłych oraz zahamowanie tendencji wzrostowej w populacji dzieci i młodzieży,
- § zmniejszenie odsetka palących ciężarnych do 10% ( z obecnych 30% ),
- § zahamowanie tendencji wzrostowej w zakresie liczby osób uzależnionych od środków psychoaktywnych,
- § wczesne wykrywanie i odpowiednie leczenie depresji,
- § zmniejszenie liczby prób samobójczych i samobójstw,
- § rozwój docelowej sieci psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne:

- § zmniejszenie liczby zgonów oraz inwalidztwa związanego z alkoholem a będących skutkiem wypadków, samobójstw, zabójstw, zatruciu alkoholem, marskości wątroby, nowotworów, nadciśnienia tętniczego itp.,
- § zmniejszenie skali degradacji życia rodzinnego wynikającej z przemocy, zaniedbań wychowawczych, ubóstwa, zachowań kryminalnych,
- § zmniejszenie poziomu zaburzeń zdrowotnych ( schorzeń psychosomatycznych ) u członków rodzin osób uzależnionych,

- § zmniejszenie współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów,
- § zmniejszenie skali inwalidztwa spowodowanego schorzeniami odtytoniowymi,
- § zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych tj. zaburzeń psychicznych ( zespoły abstynencyjne, psychozy, depresje ) oraz chorób somatycznych ( AIDS, wzw B, gruźlica, wyniszczenie ).

Zadania:

- § ograniczanie dostępności do alkoholu ( zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży ) poprzez zmniejszanie liczby punktów sprzedaży i spożycia alkoholu oraz ich właściwą alokację,
- § ściśle egzekwowanie prawnych ograniczeń w sprzedaży i spożyciu alkoholu oraz wprowadzanie lokalnych rozwiązań w formie prawa miejscowego,
- § realizacja profilaktycznych programów edukacyjnych dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka uzależnienia od alkoholu,
- § wspieranie działalności środowisk wzajemnej pomocy i stowarzyszeń trzeźwościowych,
- § zwiększenie dostępności terapii osób uzależnionych poprzez rozwój sieci powiatowych ośrodków terapii uzależnień, utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień, zapewnienie możliwości stacjonarnego leczenia odwykowego w każdym z 5 subregionów województwa małopolskiego zgodnie ze wskaźnikiem 0,7 łóżka/10 000 mieszkańców ( w tym 30 łóżek detoksykacyjnych w zakresie zatruc alkoholem oraz środkami psychoaktywnymi ),
- § ograniczenie palenia w instytucjach i obiektach publicznych, wśród nauczycieli, personelu służby zdrowia oraz urzędników,
- § rozwój poradnictwa przeciwnikotynowego w ramach powiatowych ośrodków terapii uzależnień,
- § trwałe umieszczenie problematyki przeciwdziałania uzależnieniom ( w wymiarze edukacyjnym ) w zadaniach podstawowej opieki zdrowotnej,
- § realizacja profilaktycznych programów edukacyjnych dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka uzależnienia od środków psychoaktywnych,
- § wdrażanie programów detoksykacji, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz programów ograniczania szkód zdrowotnych np. metadonowy program leczenia substytucyjnego (z wiodącą rolą Ośrodka Toksykologii Klinicznej działającego w ramach WSS. im. L. Rydygiera w Krakowie),
- § utworzenie Małopolskiego Centrum Profilaktyki Narkomanii i Epidemii HIV ( np. afiliowanego przy WOTUW ),
- § organizacja lokalnych oraz regionalnych kampanii informacyjno-edukacyjnych z udziałem środków masowego przekazu oraz przedstawicieli środowisk opiniotwórczych,
- § wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego, szczególnie adresowanych do młodzieży, osób bezrobotnych, pracujących w warunkach stresu oraz osób starszych,
- § organizacja opieki psychiatrycznej według następujących zasad<sup>20</sup>:
  1. w zakresie psychiatrycznej opieki środowiskowej co najmniej 1 poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych na ok. 50 tysięcy ludności oraz co najmniej 1 poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży na ok. 150

---

<sup>20</sup> na podstawie projektu Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, lipiec 2000, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

- tysięcy ludności, co najmniej 1 w województwie psychiatryczna poradnia pomocy rodzinie,
2. w zakresie psychiatrycznych oddziałów dziennych co najmniej 1 łóżko na 10 tysięcy mieszkańców dla osób dorosłych oraz 0,5 łóżka na 10 tysięcy mieszkańców dla dzieci i młodzieży,
  3. w zakresie psychiatrycznej i psychogeriatrycznej opieki całodobowej zapewnienie równomiernej dostępności na poziomie ok. 4 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców przez tworzenie oddziałów w strukturach szpitali ogólnych.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § odsetek osób uzależnionych,
- § średnie spożycie alkoholu w wybranych populacjach, struktura i styl spożycia w różnych grupach wiekowych,
- § liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych ( porady, hospitalizacje, itp. ),
- § liczba przypadków schorzeń odalkoholowych, odytoniowych,
- § odsetek palaczy, byłych palaczy i nigdy niepalących w populacji,
- § ocena dostępności i efektywności działania poradni leczenia uzależnień,
- § dane o realizacji programów profilaktycznych oraz ich ocena,
- § ocena programów redukcji szkód.

Realizatorzy i partnerzy:

- § jednostki samorządu terytorialnego,
- § gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych,
- § Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,
- § placówki edukacyjne,
- § placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień,
- § Policja,
- § uczelnie wyższe,
- § organizacje pozarządowe,
- § samorządy zawodowe zawodów medycznych,
- § środki masowego przekazu.

Programy szczegółowe:

- § gminne i powiatowe programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- § wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- § Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2000 – 2005,
- § programy przeciwdziałania narkomanii ( krajowy i wojewódzki ),
- § program metadonowy realizowany przez WSS. Im. L. Rydygiera przy udziale finansowym MRKCh i Biura ds. Narkomanii,
- § Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999 – 2003.

## **Cel operacyjny 2. Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych**

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § poprawa populacyjnych mierników zdrowia oraz samooceny stanu zdrowia mieszkańców województwa w stosunku do poziomu roku 2000,
- § zwiększenie kompetencji w zakresie zdrowia własnego oraz umiejętności podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych,
- § zwiększenie aktywności fizycznej mieszkańców województwa, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dorosłych,
- § zmiana nawyków żywieniowych mieszkańców województwa w kierunku zmniejszenia wartości energetycznej posiłków osób dorosłych, znaczącego ograniczenia udziału tłuszczów zwierzęcych w diecie, zwiększenia spożycia mleka i przetworów mlecznych, przetworów zbożowych, warzyw i owoców, zmniejszenia spożycia soli kuchennej,
- § wyeliminowanie sytuacji niedożywienia wśród dzieci i młodzieży.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- § poprawa kondycji psychofizycznej mieszkańców województwa,
- § zmniejszenie rozpowszechnienia otyłości, schorzeń układu krążenia, chorób narządu ruchu, niektórych nowotworów, niektórych schorzeń metabolicznych,
- § ogólny wzrost odporności na stres i choroby.

Zadania:

- § upowszechnianie wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia oraz możliwościach oddziaływania na własne zdrowie,
- § zwiększenie puli zajęć sportowych ( także pozalekcyjnych ) w szkołach wszystkich poziomów edukacji,
- § wspieranie systemu współzawodnictwa sportowego dzieci i młodzieży oraz rekreacji dorosłych na wszystkich poziomach ( gminnym, powiatowym, wojewódzkim ),
- § rozwój bazy sportowo-rekreacyjnej w województwie,
- § wykreowanie mody na sport i aktywny tryb życia w wyniku działalności edukacyjno-informacyjnej i promocyjnej z udziałem środków masowego przekazu oraz przedstawicieli opiniotwórczych środowisk,
- § wspieranie stowarzyszeń kultury fizycznej w ich działalności na rzecz sportu dla wszystkich,
- § upowszechnianie zasad zdrowego żywienia poprzez działalność edukacyjno-informacyjną w przedszkolu, szkole oraz za pośrednictwem lokalnych i regionalnych środków masowego przekazu,
- § promocja zasad zdrowego żywienia jako element działalności podstawowej opieki zdrowotnej,
- § realizacja lokalnych programów wykrywania podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, podwyższonego poziomu cukru we krwi, badania poziomu lipidów osocza itp,
- § wspieranie organizacyjne i finansowe programów edukacji zdrowotnej oraz ukierunkowanych na zapobieganie tzw. schorzeniom cywilizacyjnym ( m.in. miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, nowotwory, cukrzyca,

choroby reumatyczne, choroby alergiczne, przewlekła obturacyjna choroba płuc, otyłość, osteoporoza, próchnica zębów itp. ) realizowanych przez jednostki służby zdrowia i organizacje pozarządowe,

- § utworzenie Regionalnego Laboratorium Diagnostyki Prątku Gruźlicy,
- § wspieranie i propagowanie lokalnych programów likwidacji niedożywienia wśród dzieci i młodzieży,
- § organizowanie konferencji i seminariów popularyzujących działania na rzecz promocji zdrowia, promowanie efektywnych programów promocji zdrowia, popularyzacja uzyskanych wyników,
- § upowszechnianie karmienia piersią noworodków i niemowląt,
- § rozwój sieci „Miast promujących zdrowie”, „Szkół promujących zdrowie” oraz „Szpitali promujących zdrowie”,
- § wdrażanie programów walki z nadwagą, zwłaszcza współistniejącą z innymi czynnikami zagrożenia zdrowia<sup>21</sup>,
- § rozwój powiatowej administracji ochrony zdrowia w kierunku powiatowych centrów promocji zdrowia działających we współpracy z powiatowym inspektorem sanitarnym,
- § upowszechnienie zasady planowania w budżetach jednostek samorządu terytorialnego wydatków bieżących przeznaczonych na promocję zdrowia ( docelowo 1,0 PLN/mieszkańca w gminach, 0,2 PLN/mieszkańca w powiatach, 0,1 PLN/mieszkańca w województwie ),
- § zwiększenie poziomu finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych ( docelowo do 1% kosztów świadczeń zdrowotnych ),

Zalecane do realizacji przez MRKCh wybrane programy profilaktyczne<sup>22</sup>:

1. program metadonowy dla osób uzależnionych od opiatów,
2. profilaktyka wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet – badania mammograficzne,
3. program prewencji chorób alergicznych dzieci i młodzieży,
4. profilaktyczne badania hemoglobiny glikowanej HbA<sub>1c</sub> w cukrzycy,
5. program profilaktyki i terapii zaburzeń lipidowych i otyłości,
6. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego,
7. program wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
8. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
9. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
10. program zapobiegania próchnicy u dzieci z wybranych roczników,
11. wczesne wykrywanie cukrzycy i innych hiperglikemii jako prewencja chorób sercowo-naczyniowych,
12. prewencja nikotynizmu,
13. program profilaktyki niewydolności krążenia poprzez interwencyjne leczenie świeżego zawału serca oraz niestabilnej dusznicy bolesnej.

---

<sup>21</sup> Badania dorosłych powyżej 40 r.ż. ( kohortowe, randomizowane ) w liczbie 5689 objętych Minnesota Health Plan wykazały, że w ciągu 18 miesięcy obserwacji koszty usług zdrowotnych dla osób ze współczynnikiem BMI ok. 25kg/m<sup>2</sup> , nie palących , aktywnych fizycznie w ciągu 3 dni w tygodniu były o 49% niższe niż palaczy, nieaktywnych fizycznie, o BMI > 27,5kg/m<sup>2</sup> – źródło JAMA 1999, nr 282

<sup>22</sup> każdy program winien uzyskać pozytywną opinię konsultanta wojewódzkiego

Proponuje się także realizację:

14. programu wczesnej diagnostyki raka tarczycy<sup>23</sup>,
15. programu wczesnego wykrywania raka płuc.

- § wdrożenie programu profilaktyki i leczenia schorzeń uwarunkowanych genetycznie oraz chorób immunologicznych w oparciu o zasoby Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego,
- § przejęcie przez samorząd województwa części zadań Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego i utworzenie regionalnego ośrodka wiodącego w zakresie promocji zdrowia, w tym szkolenia kadr dla potrzeb promocji zdrowia, monitoringu populacyjnych mierników zdrowia, analiz zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia, itd.,
- § zwiększenie wykorzystania regionalnych zasobów w zakresie leczenia uzdrowiskowego.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § odsetek aktywnych fizycznie wg. grup wiekowych,
- § liczba mieszkańców przypadających na obiekty sportowe,
- § dane na temat nawyków żywieniowych oraz struktury konsumpcji żywności,
- § indeks masy ciała,
- § odsetek szkół realizujących programy edukacji zdrowotnej,
- § liczba placówek służby zdrowia realizujących zadania w zakresie promocji zdrowia,
- § populacyjne wskaźniki poziomu ciśnienia tętniczego krwi, cukru we krwi, lipidów w osoczu,
- § dane o realizacji programów prozdrowotnych oraz ich ocena,
- § pozytywne i negatywne mierniki zdrowia.

Realizatorzy i partnerzy:

- § jednostki samorządu terytorialnego,
- § Małopolska Regionalna Kasa Chorych,
- § placówki służby zdrowia,
- § inspektorzy sanitarni, powiatowi i wojewódzki,
- § samorządy zawodowe zawodów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem Izb Pielęgniarek i Położnych,
- § placówki edukacyjne,
- § organizacje pozarządowe ( stowarzyszenia i fundacje ),
- § środki masowego przekazu.

Programy szczegółowe:

- § gminne, powiatowe i wojewódzkie programy rozwoju kultury fizycznej,
- § program rozwoju bazy sportowej w województwie małopolskim,
- § programy promocji zdrowia ( miejskie, powiatowe, wojewódzkie ),
- § programy profilaktyczne MRKCh,
- § programy resortowe związane z realizacją NPZ.

---

<sup>23</sup> uzupełnionego o stworzenie możliwości terapii jodem radioaktywnym w Klinice Endokrynologii CM UJ

### **Cel operacyjny 3. Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego**

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § liczba karetek reanimacyjnych nie mniejsza niż 1 na 30 km<sup>2</sup> w terenie miejskim i 1 na 300 km<sup>2</sup> w terenach wiejskich oraz 1 na 50 tysięcy mieszkańców,
- § rozwinięta będzie docelowa sieć centrów powiadamiania ratunkowego,
- § średni czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia w centrum powiadamiania ratunkowego będzie nie większy niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską,
- § rozwinięta będzie docelowa sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- § każdy poszkodowany dotrze do szpitalnego oddziału ratunkowego przed upływem godziny od chwili przyjęcia zgłoszenia,
- § wszystkie służby ratownicze będą działały w systemie zintegrowanym a informacja o zasadach działania tego systemu będzie powszechnie dostępna.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne:

- § zmniejszenie odsetka zgonów przedszpitalnych oraz umieralności okołourazowej bądź spowodowanej innymi nagłymi przyczynami,
- § zrównanie dostępu do opieki medycznej w stanach nagłych,
- § zwiększenie poczucia bezpieczeństwa mieszkańców.

Zadania:

- § prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej,
- § zorganizowanie sieci powiatowych/miejskich centrów powiadamiania ratunkowego,
- § zorganizowanie sprawnego systemu transportu sanitarnego w województwie w oparciu o docelową liczbę ambulansów reanimacyjnych jak w tabeli A,
- § zintegrowanie w układzie powiatowym transportu sanitarnego oraz działów pomocy doraźnej, a w wariantcie optymalnym, także szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- § zorganizowanie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych wg. propozycji przedstawionej poniżej<sup>24</sup> ( tabela B ):
- § zorganizowanie systemu ratownictwa z powietrza,
- § rozwój subregionalnych ( Tarnów, Nowy Sącz, Nowy Targ, Chrzanów, Kraków - WSS im. L. Rydygiera ) i regionalnych ( Szpital Uniwersytecki, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ) centrów urazów wielonarządowych,
- § wykształcenie kadry przygotowanej do prowadzenia medycznych działań ratowniczych.

---

<sup>24</sup> Organizacja i perspektywy rozwoju ratownictwa medycznego. Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej MUW, październik 2000r.

**Tabela A**

<b>L.p.</b>	<b>Powiat</b>	<b>Powierzchnia</b>	<b>Ludność<sup>25</sup></b>	<b>Ambulanse</b>
1	Kraków	327	738 150	15
2	Nowy Sącz	57	83 911	2
3	Tarnów	72	121 439	3
4	bocheński	631	98 009	2
5	brzeski	590	89 610	2
6	chrzanowski	371	131 308	3
7	dąbrowski	527	58 868	2
8	gorlicki	967	108 147	3
9	krakowski	1 230	235 450	5
10	limanowski	952	117 772	3
11	miechowski	677	53 072	2
12	myślenicki	673	112 403	3
13	nowosądecki	1 550	191 160	5
14	nowotarski	1 475	178 649	5
15	olkuski	659	123 888	3
16	oświęcimski	394	154 433	3
17	proszowicki	415	44 782	1
18	suski	686	81 050	2
19	tarnowski	1 334	180 057	4
20	tatrzański	472	66 055	2
21	wadowicki	658	154 511	3
22	wielicki	428	99 801	2
		<b>15 145</b>	<b>3 222 525</b>	<b>74</b>

**Tabela B**

<b>l.p.</b>	<b>szpitalny oddział ratunkowy</b>	<b>poziom</b>	<b>rok<sup>26</sup></b>
1	Szpital Rejonowy w Zakopanem	podstawowy	1999
2	Szpital Rejonowy w Limanowej	podstawowy	1999
3	SS. im. S. Żeromskiego w Krakowie	podstawowy	2000
4	Szpital Rejonowy w Gorlicach	podstawowy	2000
5	Szpital Rejonowy w Brzesku	podstawowy	2000
6	Szpital Rejonowy w Suchoj Beskidzkiej	podstawowy	2000
7	Szpital Rejonowy w Oświęcimiu	podstawowy	2001 i nast.
8	Szpital Rejonowy w Miechowie	podstawowy	2001 i nast.
9	Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie	podstawowy	2001 i nast.
10	WSS. im. G. Narutowicza w Krakowie	podstawowy	2001 i nast.
11	Szpital w Myślenicach	podstawowy	2001 i nast.
12	Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej	podstawowy	2001 i nast.
13	Szpital Kolejowy w Krakowie	podstawowy	2001 i nast.
14	Szpital w Olkuszu	podstawowy	2001 i nast.

<sup>25</sup> Rocznik Statystyczny Województw z 2000 r. ,GUS - Warszawa

<sup>26</sup> Data włączenia do Programu Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego realizowanego przez Ministra Zdrowia co wiąże się z uzyskaniem środków finansowych z budżetu Programu.

15	Szpital w Bochni	podstawowy	2001 i nast.
16	ZZOZ Wadowice	podstawowy	2001 i nast.
17	WSS. Im. L. Rydygiera w Krakowie	wojewódzki	1999
18	Szpital im. św. Łukasza w Tarnowie	wojewódzki	1999
19	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	wojewódzki	1999
20	SPZOZ im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu	wojewódzki	2000
21	SPZOZ w Nowym Targu	wojewódzki	2000
22	KSS im. Jana Pawła II w Krakowie	wojewódzki	2000
23	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	regionalny	2000
24	Dziecięcy Szpital Kliniczny w Krakowie	regionalny	2001 i nast.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § umieralność przedszpitalna,
- § umieralność w pierwszej dobie od wystąpienia nagłego stanu zagrożenia życia,
- § czasy dojazdu do miejsca zdarzenia,
- § liczba ambulansów reanimacyjnych,
- § liczba i stan zorganizowania centrów powiadamiania ratunkowego,
- § liczba, poziom organizacyjny oraz stan wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- § liczba wyszkolonych lekarzy i pielęgniarek ratunkowych oraz ratowników medycznych.

Realizatorzy i partnerzy:

- § administracja rządowa w województwie ( wiodąca rola wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa! ),
- § samorządy powiatowe (wiodąca rola starosty w powiatowym systemie zintegrowanego ratownictwa! ),
- § jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie,
- § Państwowa Straż Pożarna,
- § Policja,
- § CM UJ oraz Szpital Uniwersytecki i Dziecięcy Szpital Kliniczny,
- § organizacje pozarządowe,
- § środki masowego przekazu.

Programy szczegółowe:

- § wojewódzki plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych ( zadanie wojewody ),
- § wojewódzki program ratownictwa medycznego ( zadanie wojewody ),
- § powiatowe plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych ( zadanie starostów ),
- § organizacja systemu interwencji oraz wdrożenie procedury postępowania w urazach wielonarządowych w Małopolsce.

#### **Cel operacyjny 4. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia**

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § zmniejszenie odsetka osób nieświadomych czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- § podwyższenie wykrywalności nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii oraz innych schorzeń układu krążenia,
- § objęcie specjalistyczną opieką kardiologiczną wszystkich chorych ze schorzeniami układu krążenia,
- § objęcie wszystkich przypadków świeżych zawałów programem kardiologii interwencyjnej,
- § wykonywanie ok. 2500 angiografii wieńcowych na 1 milion mieszkańców oraz ok.800 - 1000 zabiegów angioplastyki wieńcowej na 1 milion mieszkańców,
- § obniżenie umieralności z powodu chorób układu krążenia o 10% w stosunku do 2000 roku,
- § osiągnięcie tendencji spadkowej w zakresie umieralności z powodu chorób naczyń mózgowych.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne:

- § zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa wśród chorych z chorobami układu krążenia a przez to kosztów, w wymiarze społecznym i ekonomicznym, tego zjawiska,
- § zmniejszenie ogólnej liczby chorych ze schorzeniami układu krążenia, chorych w zaawansowanych stadiach choroby, chorych z nie wyrównanym przebiegiem choroby,
- § podwyższenie jakości życia chorych ze schorzeniami układu krążenia,
- § zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa.

Zadania:

- § wdrożenie systemu prewencji schorzeń układu krążenia ( w oparciu o strategię ogólnopopulacyjną – koncentrującą się na edukacji zdrowotnej, propagowaniu zdrowego stylu życia a w tym właściwej diety i konieczności odstąpienia od palenia papierosów, stwarzającej dostępność do badań ciśnienia tętniczego krwi oraz lipidów osocza a także strategię wysokiego ryzyka – polegającą na wyszukiwaniu jednostek zagrożonych i objęcie ich opieką medyczną ),
- § wdrożenie specjalistycznego programu oceny czynników ryzyka i prewencji pierwotnej miażdżycy,
- § zwiększenie dostępności do poradnictwa ambulatoryjnego w zakresie kardiologii i diabetologii<sup>27</sup> ( poradnia kardiologiczna i diabetologiczna w każdym powiecie, osiągnięcie wskaźnika porad na 1000 mieszkańców odpowiednio: 90 – kardiologia, 40 – diabetologia )<sup>28</sup>,
- § zwiększenie dostępności do specjalistycznych ośrodków diagnostyki i terapii schorzeń układu krążenia ( przynajmniej jeden oddział kardiologiczny w każdym subregionie ze stanowiskami intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz liczbą łóżek 1,2/10 000, łóżka najwyższego poziomu referencyjnego w Krakowie gdzie nastąpi koncentracja

---

<sup>27</sup> ujęcie łączne ze względu na wpływ cukrzycy ( zwłaszcza nie wyrównanej ) na rozwój miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca

<sup>28</sup> w szczególnych przypadkach, uzasadnionych lokalnymi względami epidemiologicznymi, sugeruje się zwiększenie tych wskaźników o ok.10%

wysokospecjalistycznych zasobów oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych uwzględniających potrzeby mieszkańców całego województwa ):

subregion	populacja	liczba łóżek <sup>29</sup>	Liczba świadczeń ( hospitalizacji <sup>30</sup> )
Chrzanowski	564 140	56	2 500
Krakowski	1 283 658	128	5 720
Nowotarski	325 754	32	1 430
Sądecko-gorlicki	500 990	50	2 240
Tarnowski	547 983	55	2 460
Kraków – III poziom <sup>31</sup>		150	6 700
	3 222 525	<b>471</b>	<b>18 590</b>

- § organizacja Regionalnego Ośrodka Wczesnej Interwencji Kardiologicznej, Kardiologicznej i Torakochirurgicznej w oparciu o KSS im. Jana Pawła II,
- § wdrożenie w skali całego województwa programu kardiologii interwencyjnej w oparciu o zasoby KSS im. Jana Pawła II w Krakowie, Klinikę Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz system zintegrowanego ratownictwa medycznego,
- § uruchomienie sieci oddziałów udarowych w województwie poprzez organizację takich oddziałów w każdym subregionie w ramach puli łóżek neurologicznych, w szpitalach posiadających tomograf komputerowy, dobrze zorganizowany transport sanitarny oraz dogodny układ dróg dojazdowych,
- § doskonalenie wiedzy kadr medycznych w zakresie prewencji chorób układu krążenia oraz przyjętych w województwie rozwiązań organizacyjnych dotyczących opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia,
- § organizowanie badań przesiewowych oraz monitoringu realizowanych zadań.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § umieralność z powodu chorób układu krążenia,
- § zachorowalność na choroby układu krążenia,
- § liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym specjalistycznych procedur,
- § odsetek pacjentów z zawałem mięśnia sercowego objętych programem kardiologii interwencyjnej.

Realizatorzy i partnerzy:

- § placówki służby zdrowia,
- § jednostki samorządu terytorialnego,
- § MRKCh,
- § Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- § samorządy zawodów medycznych,
- § środki masowego przekazu.

<sup>29</sup> przy założeniu wskaźnika 1,0/10 tys.

<sup>30</sup> Obejmuje hospitalizacje w trybie całodobowym, do 3 dni i powyżej 3 dni

<sup>31</sup> Dotyczy Szpitala Uniwersyteckiego, KSS im. Jana Pawła II oraz Dziecięcego Szpitala Klinicznego

Programy szczegółowe:

- § Program wczesnych interwencji kardiologicznych w ostrych zespołach wieńcowych ( KSS im. Jana Pawła II ),
- § Narodowy program profilaktyki i leczenia udaru mózgu ( resortowy ).

### **Cel operacyjny 5. Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych**

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § poprawa znajomości problematyki onkologicznej wśród lekarzy poz,
- § rozszerzenie zakresu oddziaływania prewencji wysokiego ryzyka realizowanej przez poz,
- § poprawa dostępności do poradnictwa onkologicznego oraz podstawowej diagnostyki onkologicznej,
- § poprawa wyposażenia istniejących ośrodków onkologicznych, w tym w aparaturę radioterapeutyczną,
- § wzrost odsetka chorych leczonych napromienianiem do min. 30% ( z obecnego – ok. 20% ),
- § stworzenie specjalistycznego ośrodka onkologicznego w Tarnowie ( z możliwościami zintegrowanego specjalistycznego leczenia - chirurgia, radioterapia, chemioterapia ),
- § zwiększenie wczesnej wykrywalności chorób nowotworowych, ze szczególnym uwzględnieniem raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego i raka prostaty.

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

- § zwiększenie odsetka chorych leczonych w I i II stopniu zaawansowania procesu nowotworowego,
- § zwiększenie odsetka wyleczeń chorób nowotworowych przynajmniej o 10% w stosunku do obecnych wartości ( ok. 30% u mężczyzn, ok. 40% u kobiet ),
- § zmniejszenie skali inwalidztwa spowodowanego chorobą.

Zadania:

- § realizacja programów szkoleniowych dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej,
- § prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych, sposobach ograniczania ryzyka, metodach samobadania,
- § wykształcenie dodatkowych chirurgów onkologów oraz specjalistów radioterapii gł. dla potrzeb ośrodka tarnowskiego oraz innych szpitali o subregionalnym znaczeniu,
- § zorganizowanie przynajmniej jednej poradni onkologicznej w każdym subregionie przy uwzględnieniu w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych ( porad ) wiodącej roli ośrodka krakowskiego,
- § realizacja programów przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie m.in.: raka płuca ( TK ), raka piersi ( badania mammograficzne ), raka szyjki macicy ( badanie cytologiczne ), raka jelita grubego ( badanie w kierunku krwi utajonej, sigmoidoskopia, inne ), raka gruczołu krokowego ( oznaczanie poziomu PSA i badanie per rectum ),

- § badanie zagrożeń w środowisku pracy ( narażenie na azbest, chrom, nikiel, arsen, kauczuk itp. ), opracowanie i wdrożenie celowych programów ograniczania lub likwidacji zagrożeń w środowisku pracy,
- § realizacja programu zakupów aparatury diagnostycznej niezbędnej do wczesnego wykrywania nowotworów ( endoskopy, aparaty USG, aparaty RTG itp. ) ze szczególnym uwzględnieniem powiatowych ośrodków diagnostyki medycznej oraz subregionalnych ośrodków leczenia onkologicznego,
- § rozwój ośrodka radioterapii przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Krakowie ( w przyszłości także jako zaplecze dla Zespołu Klinik Zabiegowych CMUJ ),
- § rozwój Ośrodka Transplantacyjnego Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie,
- § opracowanie i wdrożenie koncepcji uruchomienia Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego ( wraz z ośrodkiem radioterapii z 2 aparatami megawoltowymi ) w oparciu o Szpital im. św. Łukasza w Tarnowie oraz Przychodnię Onkologiczną w Tarnowie ( ośrodek skojarzonego leczenia onkologicznego uzupełnionego opieką paliatywną i hospicyjną ),
- § rozpoczęcie realizacji budowy nowego bunkra Zakładu Radioterapii Centrum Onkologii w Krakowie wraz z modernizacją wyposażenia tego zakładu ( wymiana akceleratora ),
- § budowa Zakładu Radioterapii w strukturze KSS im. Jana Pawła II w Krakowie jako dopełnienie koncepcji tworzenia w oparciu o ten szpital regionalnego centrum torakokardio-chirurgicznego zorientowanego m.in. na skojarzone leczenie nowotworów płuc.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § umieralność z powodu nowotworów,
- § odsetek wyleczeń,
- § odsetek leczonych poszczególnymi metodami lub leczeniem skojarzonym,
- § liczba specjalistów,
- § liczba świadczeń zdrowotnych,
- § liczba aparatów do radioterapii,
- § czas oczekiwania na leczenie,
- § liczba objętych badaniami przesiewowymi.

Realizatorzy i partnerzy:

- § subregionalne i regionalne placówki leczenia onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w Krakowie,
- § jednostki samorządu terytorialnego,
- § MRKCh,
- § CM UJ,
- § Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy,
- § Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- § samorządy zawodów medycznych,
- § organizacje pozarządowe,
- § środki masowego przekazu

Programy szczegółowe:

- § programy profilaktyczne realizowane przez wybrane jednostki ochrony zdrowia a finansowane przez MZ, MRKCh i współfinansowane przez jednostki samorządu terytorialnego,
- § programy resortowe.

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

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych we wszystkich segmentach opieki zdrowotnej,
- § wzrost kompetencji i odpowiedzialności lekarzy poz,
- § zintegrowanie działań promujących zdrowie, prewencyjnych oraz procesu udzielania świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych na poziomie lokalnym, subregionalnym i regionalnym,
- § zapewnienie ciągłości opieki medycznej kobietom ciężarnym, dzieciom, chorym na choroby przewlekłe ( z uwzględnieniem działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych ),
- § poprawa skuteczności opieki zdrowotnej ( działań promocyjnych, prewencyjnych i leczniczych ) mierzona poziomem zdrowotności mieszkańców województwa,
- § równomierna alokacja zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia,
- § poprawa jakości świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej,
- § skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne,
- § wzrost odsetka zadowolonych z funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia powyżej 50%,
- § wzrost satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego oraz leczenia stacjonarnego.

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne:

- § poprawa poziomu zdrowotności mieszkańców województwa,
- § bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i materialnych regionalnego systemu ochrony zdrowia,
- § wzrost akceptacji dla sposobu zorganizowania służby zdrowia w województwie,
- § wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa.

Zadania:

- § zwiększanie kompetencji i odpowiedzialności lekarzy, pielęgniarek i położnych poz zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia oraz prewencji pierwotnej i wtórnej z równoczesnym zwiększaniem puli środków finansujących ten segment opieki zdrowotnej,
- § opracowanie i wdrożenie specjalistycznych programów opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem, programów opieki zdrowotnej dla chorych przewlekłe ( m.in.

choroby układu krążenia, cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby reumatyczne, choroby psychiczne itd. ),

- § organizacja sieci placówek podstawowej opieki zdrowotnej w formie praktyk medycyny rodzinnej ( indywidualnych lub grupowych ) oraz zakładów opieki zdrowotnej ( niepublicznych i publicznych ) łączących realizację świadczeń zdrowotnych z zakresu poz ze świadczeniami ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego ( w niektórych specjalnościach medycznych ), realizujących opiekę całodobową, przyjmujących rejestrację telefoniczną jako podstawowy sposób zgłaszania wizyty, tworzonych według zasady, iż na 1 lekarza poz przypada populacja ok. 2500 osób, lekarza stomatologa – ok. 3500 - 5000 mieszkańców, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną – ok. 2000 - 2500 osób, położną środowiskowo-rodzinną – ok. 5000 kobiet > 13r.ż., pielęgniarkę środowiskową w środowisku nauczania – ok. 1000 - 1200 uczniów,
- § opracowanie dla każdej gminy programu ochrony zdrowia obejmującego działania promujące zdrowie, działania prewencyjne w odniesieniu do najważniejszych lokalnych zagrożeń zdrowia oraz plan zabezpieczenia podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wskaźników przedstawionych powyżej i zasady, by odległość od miejsca zamieszkania chorego do najbliższej placówki poz mogła być pokonana środkami transportu publicznego w ciągu 15 minut – w terenie miejskim oraz w ciągu 30 minut – w terenie wiejskim,
- § opracowanie dla każdego powiatu i miast na prawach powiatu programu ochrony zdrowia obejmującego działania promujące zdrowie, działania prewencyjne w odniesieniu do najważniejszych lokalnych zagrożeń zdrowia oraz plan zabezpieczenia medycznego obejmujący podstawową opiekę zdrowotną, leczenie specjalistyczne, ratownictwo medyczne i opiekę stacjonarną w podstawowych specjalnościach medycznych,
- § rozmieszczenie poradni specjalistycznych na terenie województwa wg. propozycji przedstawionej poniżej:

Poradnie specjalistyczne dostępne w powiecie ziemskim:

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

### Poradnie specjalistyczne dostępne w subregionie<sup>32</sup>:

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

### Poradnie specjalistyczne poziomu wojewódzkiego – w Krakowie

- wojewódzkie poradnie wg. rodzaju określonego wyżej, oraz
- angiologiczna<sup>33</sup>,
- chirurgii naczyniowej<sup>34</sup>,
- chirurgii plastycznej,
- genetyczna,
- chorób metabolicznych,
- immunologiczna.

§ kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w oparciu o przeprowadzane przez MRKCh analizy potrzeb zdrowotnych i realizacji zawartych umów z uwzględnieniem założenia, że w wybranych specjalnościach liczba porad docelowo osiągnie wskaźniki nie niższe niż podane w tabeli poniżej:

<b>Poradnia<sup>35</sup></b>	<b>Liczba porad ogółem</b>	<b>Wskaźnik na 1000 mieszkańców<sup>36</sup></b>
Kardiologiczna	261 000	90
Diabetologiczna	116 000	40
Onkologiczna	116000	40

<sup>32</sup> Stosownie do koncepcji podziału województwa małopolskiego na 5 subregionów tj. krakowski, tarnowski, sądecko-gorlicki, nowotarski i chrzanowski.

**Subregion** definiuje się z jednej strony 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, w tym szpitala).

<sup>33</sup> Ew. także na poziomie subregionalnym

<sup>34</sup> j.w

<sup>35</sup> Wybrano ze względu na znaczenie epidemiologiczne,

<sup>36</sup> Przy uwzględnieniu założenia, że ok. 75% porad przypada na poradnie podstawowe a ok. 25% - na poradnie referencyjne (wojewódzkie); wskaźnik będzie podlegać modyfikacji gdy wymaga tego lokalna sytuacja epidemiologiczna.

Uzależnień	87 000	30
Pulmonologiczna <sup>37</sup>	174 000	60
Reumatologiczna	145 000	50
Okulistyczna	580 000	200
Neurologiczna	348 000	120
Zdrowia psychicznego	290 000	100

§ prowadzenie przez MRKCh regionalnej informacji o świadczeniach i świadczeniodawcach a także o listach oczekujących na wybrane świadczenia zdrowotne ( o szczególnym znaczeniu dla systemu opieki zdrowotnej ).

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § mierniki zdrowia ( pozytywne i negatywne ),
- § samoocena stanu zdrowia,
- § czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne,
- § średni czas pobytu w szpitalu,
- § poziom akceptacji mieszkańców i satysfakcji pacjentów,
- § terytorialny rozkład świadczeń zdrowotnych

Realizatorzy i partnerzy:

- § jednostki służby zdrowia,
- § jednostki samorządu terytorialnego,
- § MRKCh,
- § samorządy zawodów medycznych.

Programy szczegółowe:

- § Program oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa małopolskiego ( MUW i MCZP ).

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

Oczekiwane efekty do 2005 roku:

- § wzrost liczby i jakości świadczeń zdrowotnych przy utrzymanych na obecnym poziomie zasobach regionalnego systemu ochrony zdrowia,
- § skrócenie średniego czasu pobytu w szpitalu do 7 dni ( przeciętnie w województwie ) w szpitalach opieki krótkoterminowej,
- § racjonalna alokacja łóżek szpitalnych w układzie powiatowym, subregionalnym i regionalnym,
- § restrukturyzacja i optymalizacja zatrudnienia,
- § wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej oraz łóżek psychiatrycznych,
- § koncentracja zasobów, głównie w zakresie opieki stacjonarnej ( zmniejszenie liczby szpitali jako samodzielnych zakładów ),

<sup>37</sup> W tym leczenie gruźlicy.

- § koncentracja wysokospecjalistycznej aparatury diagnostycznej i terapeutycznej na poziomie subregionalnym i regionalnym,
- § zmodernizowanie kluczowych zasobów systemu opieki stacjonarnej ( bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, pracownie diagnostyczne itd.),
- § przeprowadzenie przekształceń własnościowych we wszystkich segmentach opieki zdrowotnej ( ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa otwartego, z udziałem wybranych jednostek lecznictwa stacjonarnego ), pozostających poza krajową siecią szpitali publicznych,
- § uruchomienie mechanizmów dodatkowego finansowania opieki zdrowotnej,
- § profesjonalizacja zarządzania szpitalami poprzez upowszechnienie kontraktów menedżerskich ( w tym kontraktów na zarządzanie zmianą ).

Oczekiwane korzyści zdrowotne i społeczne:

- § poprawa wskaźnika koszty/korzyści w regionalnym systemie opieki zdrowotnej,
- § większa racjonalność ponoszonych nakładów i wydatków,
- § możliwość alokacji środków finansowych na inne segmenty opieki zdrowotnej a zwłaszcza poz, opiekę długoterminową i rehabilitację,
- § zwiększenie dostępności do nowoczesnych i specjalistycznych technologii medycznych,
- § poprawa wskaźników zdrowotności mieszkańców województwa,
- § wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

Zadania:

- § zwiększenie liczby łóżek opieki długoterminowej do 12/10 000 mieszkańców ( z obecnych<sup>38</sup> 9,5/10 000 ) oraz łóżek psychiatrycznych do 5,5/10 000 ( z obecnych 4,6/10 000 ) przy jednoczesnym zachowaniu wskaźnika łóżek ogółem na poziomie 53/10 000 mieszkańców<sup>39</sup>,
- § ustalenie sieci szpitali<sup>40</sup> tzw. krótkoterminowych i psychiatrycznych o kluczowym znaczeniu dla regionalnego systemu ochrony zdrowia w Małopolsce,
- § restrukturyzacja łóżek szpitalnych w układzie powiatowym, subregionalnym i regionalnym wg następujących zasad:

1. w szpitalach powiatowych i miejskich organizuje się łóżka w podziale na zachowawcze i zabiegowe, ewentualnie wyodrębniając podstawowe oddziały tj. internistyczny, pediatryczny, chirurgiczny i ginekologiczno-położniczy, uzupełniając o oddział psychiatryczny z łózkami całodobowymi i dziennymi, tworzy się także szpitalny oddział ratunkowy; ze szpitalem może być strukturalnie lub funkcjonalnie powiązany zakład opiekuńczo-leczniczy lub pielęgnacyjno-opiekuńczy; na potrzeby szpitala działa zakład diagnostyczny, zakład opieki ambulatoryjnej oraz zakład rehabilitacji.

<sup>38</sup> Uwzględniono łóżka dla przewlekle chorych, geriatryczne, opieki paliatywnej, pulmonologiczne, rehabilitacyjne, reumatologiczne, obserwacyjno-zakaźne a także w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

<sup>39</sup> Przy wskaźniku 35,5 łóżek krótkoterminowych na 10 000 mieszkańców oraz przy średnim czasie hospitalizacji wynoszącym 7 dni i wykorzystaniu łóżka w 85% możliwe jest wykonanie nieco ponad 500 tysięcy hospitalizacji. Taka nadwyżka nad potrzebami ( ok. 400 – 420 tysięcy hospitalizacji ) pozwala na stopniowe dochodzenie do wyznaczonych wskaźników.

<sup>40</sup> Bez szpitali resortowych ( MON i MSWiA )

2. na poziomie subregionu organizuje się dodatkowo łóżka:

specjalność	wskaźnik na 10 000 mieszkańców
Kardiologia	1,2
Neurologia z pododdziałem udarowym	1,2
Chirurgia urazowo-ortopedyczna	2,0
Urologia	0,5
Laryngologia	0,5
OIOM	0,5
Okulistyka	0,5
Chirurgii onkologicznej	Zgodnie z lokalnymi uwarunkowaniami ( ok. 20 - 30 na subregion )

Na poziomie subregionu koncentruje się także łóżka w zakresie patologii ciąży oraz patologii noworodka.

3. na poziomie regionu organizuje się ok. 10% ogólnej puli łóżek krótkoterminowych w województwie na najwyższym poziomie referencyjnym ( ok. 1200 łóżek ),
4. około 5% potencjału łóżek krótkoterminowych powinno być przeznaczone dla tzw. chirurgii jednego dnia,
5. regionalny system opieki zdrowotnej powinien zapewniać możliwość udzielenia co najmniej 425 000 świadczeń zdrowotnych w postaci hospitalizacji, przy czym czas pobytu pacjenta w szpitalu powinien ulec skróceniu do średnio 7 dni w skali województwa ( dla szpitali opieki krótkoterminowej ) dzięki wyeliminowaniu oczekiwania na badania i konsultacje a co za tym idzie opóźnień w rozpoczęciu leczenia oraz intensywnej obserwacji stanu pacjenta jako podstawy do szybkiej diagnozy i właściwego leczenia<sup>41</sup>,

- § wdrożenie programu łączenia wybranych szpitali oraz likwidacji jako samodzielnych jednostek organizacyjnych,
- § przygotowanie i wdrożenie programu modernizacji głównych zasobów rzeczowych systemu opieki stacjonarnej ( bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, pracownie diagnostyczne itd.) w szpitalach o kluczowym znaczeniu dla regionalnego systemu ochrony zdrowia w Małopolsce,
- § dalsze rozwijanie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych , opiekuńczo-leczniczych i opieki paliatywnej ( m.in. w oparciu o inicjatywy pielęgniarstwa środowiska zawodowego oraz organizacji pozarządowych i Kościoła ),
- § standaryzacja świadczeń zdrowotnych oraz innych usług a także standaryzacja cen za świadczenia w oddziałach dla przewlekle chorych,
- § dekoncentracja łóżek psychiatrycznych i rozwijanie sieci oddziałów psychiatrycznych w ramach szpitali ogólnych,
- § rozwój formuły hospitalizacji domowej oraz domowej opieki pielęgniarstwa,
- § wdrożenie systemu akredytacji pracowni i zakładów diagnostycznych, w tym diagnostyki laboratoryjnej,
- § wdrożenie programu przekształceń własnościowych w opiece stacjonarnej, w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej,

<sup>41</sup> Na podstawie doświadczeń amerykańskich opisanych w : Journal of Cost and Quality, Dec.2000, Vol.6 nr 4

- § upowszechnienie nowego wzorca kontraktu menedżerskiego jako narzędzia profesjonalizacji zarządzania szpitalami w Małopolsce.
- § przygotowanie i wdrożenie w MRKCh nowej formuły kształtowania cen za świadczenia opieki stacjonarnej uwzględniającej zakres wykonywanych na poszczególnych oddziałach procedur medycznych, jakość udzielanych świadczeń, możliwą do wykonania ilość gwarantującą profesjonalną biegłość personelu medycznego, posiadane zaplecze diagnostyczne oraz standard posiadanej bazy łóżkowej.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- § liczba łóżek szpitalnych,
- § czas pobytu w szpitalu,
- § liczba hospitalizacji,
- § średnie koszty hospitalizacji,
- § wielkość nakładów inwestycyjnych,
- § liczba zawartych kontraktów menedżerskich,
- § liczba sprywatyzowanych jednostek.

Realizatorzy i partnerzy:

- § jednostki ochrony zdrowia,
- § MRKCh,
- § jednostki samorządu terytorialnego.

Programy szczegółowe:

- § Kontrakt wojewódzki

## **IV. Finansowanie Programu**

### **1. Prognoza źródeł oraz wielkości dostępnych środków finansowych**

Głównych źródeł finansowania zadań wynikających z niniejszego Programu upatruje się w:

- § Środkach finansowych pozostających w dyspozycji instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, gł. MRKCh,
- § Środkach budżetowych jednostek samorządu terytorialnego,
- § Własnych środkach finansowych zakładów opieki zdrowotnej,
- § Środkach finansowych w ramach kontraktu wojewódzkiego,
- § Środkach budżetu państwa, zwłaszcza na realizację NPZ i programów resortowych,
- § Środkach pomocowych, w tym Banku Światowego,
- § Podlegających zwrotowi kredytach i pożyczkach z instytucji finansowych ( bankowych i leasingowych ),

Prognoza źródeł finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia:

<b>Źródło finansowania</b>	<b>Główne przeznaczenie</b>
MRKCh (koszty świadczeń zdrowotnych)	Świadczenia zdrowotne, programy promocji zdrowia i prewencji chorób
Budżety jednostek samorządu terytorialnego (promocja zdrowia, dotacje inwestycyjne dla szpoc, wydatki na programy przeciwdziałania uzależnieniom)	Sprzęt i aparatura, inwestycje i modernizacje budynków, programy promocji i prewencji (w tym przeciwdziałanie uzależnieniom),
Środki własne zoz	Sprzęt i aparatura, modernizacje budynków,
Kontrakt wojewódzki	Inwestycje budowlane, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
Budżet państwa (programy resortowe, programy restrukturyzacyjne)	Inwestycje budowlane, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, restrukturyzacja zatrudnienia, ambulanse reanimacyjne
Środki pomocowe (Bank Światowy, inne)	Opieka długoterminowa
Instytucje finansowe (kredyty, pożyczki, leasing)	Modernizacja budynków i budowli, sprzęt i aparatura, tabor sanitarny

Prognoza wielkości środków finansowych dostępnych w latach 2001 – 2005 jako źródło finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia:

<b>Źródło finansowania</b>	<b>Wielkość środków finansowych w milionach PLN</b>					
	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>Ogółem</b>
MRKCh	2 000	2 100	2 200	2 300	2 400	11 000
Budżety jednostek samorządu terytorialnego <sup>42</sup>	60	60	65	70	75	330
Środki własne zoz <sup>43</sup>	50	55	60	65	70	300
Kontrakt wojewódzki	60	60	70	75	80	345
Budżet państwa <sup>44</sup>	20	5	5	2	2	34
Środki pomocowe	1	1	2	2	2	8
Instytucje finansowe	20	25	30	35	40	150
<b>Ogółem</b>	<b>2 211</b>	<b>2 306</b>	<b>2 432</b>	<b>2 549</b>	<b>2 669</b>	<b>12 167</b>

<sup>42</sup> uwzględniono środki finansowe przeznaczane przez jednostki samorządu terytorialnego na ochronę i promocję zdrowia oraz profilaktykę uzależnień,

<sup>43</sup> Uwzględniono wyłącznie skumulowaną nadwyżkę finansową

<sup>44</sup> bez zadania pn. budowa Zespołu Klinik Zabiegowych CM UJ w Krakowie

## 2. Budżetowanie zadań Programu

<b>l.p.</b>	<b>Zadanie</b>	<b>koszt<sup>45</sup></b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
1	rozwój sieci powiatowych ośrodków terapii uzależnień,	<b>12</b>	3	3	2	2	2
2	utworzenie wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnień i współuzależnień ( z ew. filiami ),	<b>1,5</b>	0,5	0,3	0,7	-	-
3	realizacja lokalnych programów wykrywania podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, podwyższonego poziomu cukru we krwi, badania poziomu lipidów osocza itp.	<b>6</b>	0,5	0,8	1,2	1,5	2
4	realizacja programów edukacji zdrowotnej oraz profilaktyki ukierunkowanych na zapobieganie tzw. schorzeniom cywilizacyjnym (m.in. miażdżyca, miażdżyca zarostowa kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, nowotwory, cukrzyca, choroby reumatyczne, choroby alergiczne, przewlekła obturacyjna choroba płuc, otyłość, osteoporoza, próchnica zębów itp.) przez jednostki służby zdrowia i organizacje pozarządowe,	<b>13</b>	2	2,5	2,5	3	3
5	organizowanie konferencji i seminariów popularyzujących działania na rzecz promocji zdrowia, publikacja ich wyników,	<b>0,95</b>	0,1	0,15	0,2	0,25	0,25
6	realizacja programów przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie niektórych nowotworów (m.in. płuca, sutka, szyjki macicy, jelita grubego, żołądka, tarczycy itd.)	<b>6</b>	0,5	0,8	1,2	1,5	2
7	opracowanie i wdrożenie specjalistycznych programów opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem, programów opieki zdrowotnej dla chorych przewlekle (m.in. cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby reumatyczne itd.),	<b>5</b>	-	0,5	1	1,5	2
8	zakupy ambulansów reanimacyjnych	<b>8</b>	1,5	2,5	1	1,5	1,5
9	utworzenie regionalnej sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych	<b>8</b>	2,5	3,5	1	1	-
10	utworzenie Regionalnego Ośrodka Wczesnej Interwencji Kardiologicznej, Kardiochirurgicznej i Torakochirurgicznej w oparciu o KSS im. Jana Pawła II	<b>15</b>	2	7	6	-	-
11	uruchomienie sieci oddziałów udarowych w województwie	<b>3</b>	0,5	1	1,5	-	-

<sup>45</sup> w milionach PLN

12	realizacja programu zakupów aparatury diagnostycznej niezbędnej do wczesnego wykrywania nowotworów (endoskopy, aparaty USG, aparaty RTG itp.)	<b>50</b>	5	6	8	10	21
13	wdrożenie programu modernizacji głównych zasobów rzeczowych systemu opieki stacjonarnej (bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, pracownie diagnostyczne itd.)	<b>52</b>	5	6	8	14	19
14	uruchomienie Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego (wraz z ośrodkiem radioterapii z 2 aparatami megawoltowymi)	<b>35</b>	-	1	16	18	-
15	budowa nowego Zakładu Radioterapii w KSS im. Jana Pawła II w Krakowie	<b>30</b>	-	1,5	13,5	15	-
16	budowa nowego bunkra w Zakładzie Radioterapii Centrum Onkologii w Krakowie oraz modernizacja części wyposażenia tego zakładu (wymiana akceleratora)	<b>15</b>	-	2	7	6	-
17	dokończenie budowy szpitali w Chrzanowie i Nowym Targu	<b>84,5</b>	34,5	40	10	-	-
18	budowa Zespołu Klinik Zabiegowych CM UJ w Krakowie <sup>46</sup>	<b>756</b> <b>(285)<sup>47</sup></b>	-	15	20	120	130
	<b>Ogółem<sup>48</sup></b>	<b>344,95</b>	<b>57,6</b>	<b>78,55</b>	<b>80,80</b>	<b>75,25</b>	<b>52,75</b>
	<b>Razem</b>	<b>1125,95</b> <b>(629,95)</b>	<b>57,6</b>	<b>93,55</b>	<b>100,80</b>	<b>195,25</b>	<b>182,75</b>

## V. Wdrażanie i ocena wyników Programu

### 1. Instytucje i organizacje realizujące Program

Główne instytucje i organizacje realizujące Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005 to:

- § Samorząd województwa,
- § Samorzady powiatowe i miast na prawach powiatów,
- § Samorzady gminne, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które pełnią funkcję organów założycielskich dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- § Małopolska Regionalna Kasa Chorych,
- § Administracja rządowa w województwie,
- § Konsultanci wojewódzcy,
- § Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- § Szpital Uniwersytecki i Dziecięcy Szpital Kliniczny,
- § Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- § Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy,

<sup>46</sup> Przewidywane finansowanie ze środków budżetu państwa jako inwestycji centralnej; harmonogram realizacji inwestycji ( 2002 – 2003 etap przygotowawczy, 2004 – 2008 etap realizacyjny ) przekracza ramy niniejszego Programu

<sup>47</sup> 285 milionów złotych w ramach niniejszego Programu

<sup>48</sup> bez zadania 18

- § Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- § Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- § Zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarskie.

Najważniejszymi partnerami w realizacji Programu będą:

- § Okręgowe Izby Lekarskie,
- § Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych,
- § Państwowa Straż Pożarna,
- § Policja,
- § Organizacje pozarządowe,
- § Środki masowego przekazu.

## 2. Operacyjne zarządzanie Programem

Odpowiedzialność a zatem także i nadzór nad realizacją Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005 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 powołana zostanie przez Marszałka Województwa Małopolskiego **Małopolska Rada Zdrowia Publicznego**<sup>49</sup>.

Do zadań Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego 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,
- § ocena corocznego raportu na temat sytuacji zdrowotnej w województwie wraz z zaleceniami.

W skład Małopolskiej Rady Zdrowia Publicznego wejdą:

- § przedstawiciel Marszałka Województwa Małopolskiego jako przewodniczący Rady,
- § przedstawiciel CM UJ,
- § dyrektor MRKCh,
- § dyrektor DPS UMWM,
- § dyrektor Wydz. Zdrowia i Polityki Społecznej MUW,
- § Małopolski Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- § dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ,
- § dyrektor Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy,

---

<sup>49</sup> Propozycja oparta o projekt ustawy o ochronie zdrowia publicznego i Narodowym Programie Zdrowia (wersja z 12 października 2000 r.)

- § dyrektor Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego,
- § przewodniczący Komisji Ochrony Zdrowia SWM,
- § konsultanci wojewódzcy ( m.in. kardiologia, onkologia; od 3 do 5 ),
- § przedstawiciel powiatów
- § przedstawiciel miast na prawach powiatu,
- § przedstawiciel gmin,
- § przedstawiciel związku pracodawców w ochronie zdrowia,
- § przedstawiciel regionalnej struktury stowarzyszenia dyrektorów szpitali,
- § przedstawiciel samorządu lekarskiego,
- § przedstawiciel samorządu pielęgniarek i położnych,
- § inne osoby w miarę potrzeby.

Personalny skład Rady oraz jej regulamin zostanie określony przez Marszałka Województwa Małopolskiego.

Małopolska Rada Zdrowia Publicznego będzie obradować przynajmniej raz na kwartał oraz organizować doroczną konferencję ok. 7 kwietnia ( Światowy Dzień Zdrowia ) podsumowującą realizację Programu za rok ubiegły i wytyczającą kierunki działania na rok następny. Do dnia 30 czerwca każdego roku Sejmik Województwa Małopolskiego przyjmował będzie sprawozdanie Zarządu Województwa Małopolskiego z realizacji Programu w roku poprzednim.

### **3. Zasady i wskaźniki monitorowania przebiegu oraz oceny wyników Programu**

Realizacja Programu będzie monitorowana nie rzadziej niż raz do roku i nie częściej niż raz na kwartał.

Przedmiotem monitorowania będą wybrane wskaźniki oceny efektów realizacji każdego z 7 celów operacyjnych programu:

#### Cel operacyjny 1

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Średnie spożycie alkoholu					
Odsetek palaczy					
Liczba uczestników programów edukacyjnych					
Liczba świadczeń zdrowotnych związanych z uzależnieniami					
Liczba ośrodków terapii uzależnień					
Liczba łóżek w stacjonarnym leczeniu odwykowym					

### Cel operacyjny 2

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Mierniki stanu zdrowia populacji					
Odsetek aktywnych fizycznie					
Liczba mieszkańców przypadających na obiekty sportowe					
Wdrożone programy prozdrowotne					

### Cel operacyjny 3

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Czasy dojazdu do miejsca zdarzenia					
Umieralność przedszpitalna					
Liczba ambulansów R					
Szpitalne oddziały ratunkowe					

### Cel operacyjny 4

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Zachorowalność na choroby układu krążenia					
Umieralność z powodu chorób układu krążenia					
Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych					
Liczba pacjentów objętych specjalistycznymi programami					

### Cel operacyjny 5

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Umieralność z powodu nowotworów					
Odsetek wyleczeń					
Czas oczekiwania na leczenie					

### Cel operacyjny 6

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Terytorialny rozkład świadczeń zdrowotnych					
Czasy oczekiwania na					

świadczenia zdrowotne					
Badania poziomów satysfakcji pacjentów					

#### Cel operacyjny 7

<b>Wskaźnik</b>	2001	2002	2003	2004	2005
Liczba łóżek szpitalnych					
Czas pobytu w szpitalu					
Liczba hospitalizacji					
Liczba sprywatyzowanych zoz					

Kompleksowy monitoring Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w Latach 2001 – 2005 prowadzony będzie przez Departament Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

## **VI. Podsumowanie**

**Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005** stanowi rozwinięcie w formie wieloletniego programu wojewódzkiego **Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego** uchwalonej przez Sejmik Województwa Małopolskiego 28 sierpnia 2000 roku, ściśle koresponduje z założeniami, celami i zadaniami Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996 – 2005, nawiązuje do Światowej Deklaracji Zdrowia oraz przyjętego przez Europejski Komitet Regionalny WHO dokumentu pn. Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, uwzględnia porozumienie podpisane w Brukseli 14 grudnia 2000 roku pomiędzy WHO i EU oraz zapisy art. 152 Traktatu Amsterdamskiego.

W Programie zdefiniowano główne zagrożenia zdrowia oraz główne problemy zdrowotne w Małopolsce a mając na uwadze uzyskanie niezbędnej koncentracji celów zdrowotnych dokonano zagregowania 19 celów szczegółowych Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w **7 celów operacyjnych Programu**.

I tak, dla osiągnięcia regionalnego celu strategicznego zdefiniowanego 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***, zaproponowano następujące cele operacyjne Programu:

- § Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień,
- § Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych,
- § Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego,
- § Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia,
- § Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych,
- § Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów,
- § Wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia oraz optymalizacja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.

Osiągnięcie celów operacyjnych Programu zapewni realizację przynajmniej 11 z 18 celów Narodowego Programu Zdrowia oraz 12 z 21 celów zawartych w głównym dokumencie programowym Regionu Europejskiego WHO jakim jest dokument pn. Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku.

W Programie uwzględniono oddziaływanie na główne czynniki wpływające na zdrowie człowieka a szczególnie nacisk położono na promocję zdrowia i prewencję chorób, głównie tzw. schorzeń cywilizacyjnych.

Dla osiągnięcia wymienionych wyżej 7 celów operacyjnych Programu sformułowano ok. 80 zadań ze sfery koncepcyjnej i organizacyjnej. Ich realizację ma koordynować **Małopolska Rada Zdrowia Publicznego**. Podkreślić trzeba, iż jedynie współdziałanie wszystkich instytucji, organizacji i osób, które na co dzień zajmują się problematyką ochrony zdrowia w Małopolsce, stwarza szanse realizacji Programu. W istocie, sam Program ma z założenia stanowić przede wszystkim właśnie główną płaszczyznę takiego współdziałania.

W Programie wskazano źródła jego finansowania oraz określono budżetowanie zadań Programu. Ogółem finansowanie zadań Programu ( bez budowy Zespołu Klinik Zabiegowych CM UJ w Krakowie ) według wstępnych szacunków zamknie się w kwocie ok.350 milionów złotych, przy rocznych nakładach od 60 do 80 milionów złotych.

Realizacja Programu będzie monitorowana nie rzadziej niż raz do roku. Przyjęto ok. 30 głównych wskaźników monitorujących realizację Programu. Małopolska Rada Zdrowia Publicznego będzie organizować doroczną konferencję ok. 7 kwietnia ( Światowy Dzień Zdrowia ) podsumowującą realizację Programu za rok ubiegły i wytyczającą kierunki działania na rok następny. Do dnia 30 czerwca każdego roku Sejmik Województwa Małopolskiego przyjmował będzie sprawozdanie Zarządu Województwa Małopolskiego z realizacji Programu w roku poprzednim.

Zakłada się, iż realizacja Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001 – 2005 przyniesie w perspektywie:

1. poprawę stanu zdrowia populacji regionu,
2. poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów a także,
3. wzrost efektywności wykorzystania zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Dzisiejsze wysokie miejsce Małopolski w rankingu województw ( pod względem wskaźników zdrowia populacji ) zostanie umocnione a obserwowane obecnie niedostatki w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia zostaną w znacznym stopniu wyeliminowane.

### Szpitale WOJEWÓDZKIE

1. Centrum Rehabilitacji - Zakopane
2. Ośrodek Profilaktyczno - Rehabilitacyjny dla Dzieci w Nowym Targu - Kowańcu - Nowy Targ
3. Dziecięcy Szpital Uzdrowskowo - Rehabilitacyjny Rodziny Kolejowej im.A. Piłsudskiej - Rabka
4. Zakład Długoterminowej Opieki Medycznej im. św. K.Sienieńskiej - Maków Podhalański
5. Krakowskie Centrum Rehabilitacji - Kraków
6. Krakowski Szpital Reumatologii i Rehabilitacji - Kraków
7. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II - Kraków
8. Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu - Krzeszowice
9. SPZOZ im.J.Śniadeckiego - Nowy Sącz
10. Szpital Ginekologiczno - Położniczy im. R. Czerwiakowskiego - Kraków
11. Szpital Specjalistyczny im.J.Babińskiego - Kraków
12. Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla - Kraków
13. Szpital Kolejowy w Krakowie - Kraków
14. Wojewódzki Szpital im.św. Łukasza w Tarnowie - Tarnów
15. Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci "Solidarność" - Radziszów
16. Wojewódzki Szpital Okulistyczny - Kraków
17. Wojewódzki Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy - Jaroszewiec
18. Wojewódzki Szpital im.św. Ludwika - Kraków
19. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.L.Rydygiera - Kraków
20. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny – Andrychów

### Szpitale POWIATOWE

1. SPZOZ Szpital Powiatowy w Bochni - Bochnia
2. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzesku - Brzesko
3. Szpital Powiatowy w Chrzanowie - Chrzanów
4. Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej - Dąbrowa Tarnowska
5. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Gorlicach - Gorlice
6. Szpital Specjalistyczny im.S.Żeromskiego - Kraków
7. Szpital Miejski Specjalistyczny im.G.Narutowicza - Kraków
8. Szpital Powiatowy w Limanowej - Limanowa
9. Szpital św. Anny w Miechowie - Miechów
10. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach - Myślenice
11. SP ZOZ Szpital im.J.Dietla w Krynicy - Krynica
12. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Rabce - Rabka
13. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu - Nowy Targ
14. Zakład Opieki Zdrowotnej w Olkusz - Olkusz
15. Zespół Zakładów Opieki zdrowotnej w Oświęcimiu - Oświęcim
16. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Proszowicach - Proszowice
17. Zakład Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej - Sucha Beskidzka
18. Zakład Opieki Zdrowotnej w Tuchowie - Tuchów
19. Szpital Specjalistyczny im.E.Szczeklika w Tarnowie - Tarnów
20. SP Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc - Zakopane
21. SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Zakopanem - Zakopane
22. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach – Wadowice

### Szpitale BRANŻOWE

1. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Kraków
2. Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Kraków
3. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy - Kraków
4. Szpital Kliniczny Nr 2 CMUJ - Zakopane
5. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSWiA - Kraków

6. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc im. J i I Rudników - Rabka - Zdrój
7. 20 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjny - Krynica
8. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej - Curie - Kraków