



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

---

Kraków, dnia 31 grudnia 2024 r.

Poz. 8895

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY MAŁOPOLSKIEGO

z dnia 31 grudnia 2024 r.

#### **w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa małopolskiego na lata 2022-2026**

§ 1. Na podstawie art. 95c ust. 13 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), w związku z art. 13 pkt. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się aktualizację Wojewódzkiego Planu Transformacji województwa małopolskiego na lata 2022-2026, w formie załącznika do niniejszego obwieszczenia.

§ 2. Obwieszczenie podlega publikacji w Dzienniku Urzędowym Województwa Małopolskiego.

Wojewoda Małopolski

**Krzysztof Jan Klęczar**

**Załącznik do Obwieszczenia Wojewody Małopolskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.****"WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI****WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO**

na lata 2022 -2026

**AKTUALIZACJA**

Kraków 2024"

**"1. Wprowadzenie**

Niniejsze opracowanie stanowi realizację obowiązku wynikającego z art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zgodnie z którym wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, uwzględniający krajowy plan transformacji i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

"

**"1.1. Czynniki ryzyka i profilaktyka**

Największa różnica w województwie małopolskim w wartościach na 100 tys. ludności dla wskaźnika chorobowość i zapadalność w 2034 w odniesieniu do 2019 roku dla poszczególnych problemów zdrowotnych jest prognozowana dla zaburzeń depresyjnych, cukrzycy i nowotworów, natomiast w zakresie przyczyn zgonów największy wzrost jest prognozowany dla chorób układu nerwowego (choroba Alzheimera i inne choroby otępienne), nowotworów i chorób układu krążenia. Największy wzrost wartości chorobowości szacuje się dla cukrzycy (37,36%), wartości zapadalności dla zaburzeń depresyjnych (40,68%), a liczby zgonów dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych (40,87%).

Udział czynników behawioralnych w utracie DALY wynosił 10,44 tys. na 100 tys. ludności. Wpływ na zgony wyniósł 419,7 na 100 tys. ludności. Dla grupy czynników metabolicznych wartości te wynosiły odpowiednio 8,19 oraz 404,2. Udział tytoniu w DALY w przypadku mężczyzn wyniósł 6,87 tys. na 100 tys. ludności, a w przypadku zgonów 261,5 na 100 tys. ludności. Dla porównania, w przypadku kobiet, wartości te wynosiły odpowiednio 3,05 tys. na 100 tys. ludności oraz 113,9 na 100 tys. ludności. Wg danych przez ostatnie dziesięciolecie tytoń zajmował pierwsze miejsce wśród czynników ryzyka i na przestrzeni lat nieznacznie malał lub wzrastał, natomiast od 2017 r. w przypadku obserwuje się tendencje wzrostową. Udział ryzyk żywieniowych w DALY dla kobiet i mężczyzn łącznie wyniósł 3,85 tys. na 100 tys. ludności. Od 2017 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa. Kolejnymi czynnikami, w przypadku mężczyzn, mającymi wysoki udział w DALY i w przeliczeniu na 100 tys. ludności było wysokie ciśnienie krwi oraz wysoki indeks BMI. Na piątym miejscu (udział w DALY) znajdowało się

spożywanie alkoholu, gdzie od 2014 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa zarówno dla wskaźnika DALY jak i zgony.

W przypadku kobiet wg wskaźnika DALY na 100 tys. ludności na pierwszym miejscu uplasował się wysoki indeks BMI, następnie tytoń (udział tego czynnika wzrósł od 2017 r. o 3%), wysokie ciśnienie krwi oraz ryzyka żywieniowe. Jeżeli chodzi o spożywanie alkoholu to u kobiet czynnik ten zajmował 11 miejsce. Na zgony najwyższy wpływ miało wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe, wysoki poziom cholesterolu LDL i wysoki BMI. Tytoń uplasował się na szóstym miejscu - udział wzrósł o ok. 4,5% od 2017 r., natomiast spożywanie alkoholu znalazło się dopiero na 17 miejscu.

Występują braki w zakresie programów profilaktycznych, finansowanych przez NFZ, dotyczących zdrowia psychicznego. Społeczeństwo traktuje leczenie psychiatryczne jako stygmatyzujące, czego konsekwencją jest lęk przed wszelką dostępną formą pomocy, zarówno w leczeniu w poradniach zdrowia psychicznego, jak również w poradniach leczenia uzależnień oraz leczenia uzależnień i współuzależnienia. Z uwagi na coraz to nowsze zagrożenia związane z rozwojem technologii, dostępem do Internetu i komputera należy mieć na uwadze szczególnie dzieci i młodzież.

Z analizy danych z zakresu zadań ze zdrowia publicznego realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego wynika, że większość programów profilaktyki zdrowotnej realizują duże jednostki samorządu terytorialnego. Programy te z reguły mają charakter długofalowy i są kontynuowane w kolejnych latach. Natomiast mniejsze miejscowości np. gminy wiejskie nie wykazują działań z zakresu zdrowia publicznego lub wykazują działania, które mają charakter akcyjny/jednorazowy.

Jednostki samorządu terytorialnego wśród głównych problemów w realizacji i sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego wskazują na ograniczone środki finansowe na ww. działania, ograniczone, często zmieniające się zasoby ludzkie odpowiedzialne za realizację zadań ze zdrowia publicznego, brak doświadczenia w realizacji tego typu działań i niejasne przepisy prawne, brak szkoleń dla pracowników jednostek samorządowych w celu nabycia kompetencji w zakresie realizacji i sprawozdawczości zadań z wyżej wymienionego zakresu, brak łatwego i szybkiego dostępu do rzetelnych i kompletnych danych potrzebnych do dokonania oceny potrzeb zdrowotnych/problemów zdrowotnych małych społeczności lokalnych.

Na przestrzeni lat 2017 - 2019 2018-2022 obserwowany jest spadek odsetka przebadanych kobiet (na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) w zakresie wykonania badań cytologii i mammografii.

Obserwując zgłaszalność na badania w kierunku raka szyjki macicy i raka piersi, występuje duże zróżnicowanie pomiędzy powiatami. Wg danych MOW NFZ objęcie populacji badaniami cytologicznymi w powiecie o najniższym stopniu zgłaszalności wynosi 6,67% (powiat proszowski), a w najlepiej przebadanym powiecie 27,80% (powiat suski). W programie profilaktyki raka piersi różnice w objęciu populacji badaniami wynoszą od 27,39% (Miasto Tarnów) do 43,55% (powiat miechowski).

Rekomendowane kierunki działań:

1. Należy podejmować działania przyczyniające się do poprawy stylu życia.
2. Część działań z zakresu profilaktyki tytoniu powinna być ukierunkowana na mężczyzn.
3. Należy prowadzić działania obejmujące promowanie prawidłowego sposobu odżywiania oraz zapobiegania nadwadze i otyłości.
4. Rekomendowane są działania promujące zdrowy styl życia, także profilaktyka spożywania alkoholu wśród mężczyzn.

5. Należy promować zdrowy styl życia, w tym prawidłowe odżywianie wśród kobiet. Część działań z zakresy profilaktyki tytoniu powinna być dedykowana kobietom, gdzie problem narasta.

6. Podejmowanie działań, w szczególności długofalowych, w zakresie zdrowia psychicznego w szczególności w mniejszych miejscowościach. Profilaktyka powinna dotyczyć również takich obszarów, jak radzenie sobie ze stresem.

7. Podejmowanie działań, w szczególności długofalowych, w zakresie zdrowia publicznego przez jest województwa małopolskiego. Istotna jest konieczność koordynacji działań w zakresie zadań ze zdrowia publicznego na poziomie województwa, realizowanych przez różne podmioty (podmioty lecznicze, JST, inspekcja sanitarna, szkoły itd.).

Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na profilaktyczne badania przesiewowe, nowotworów stanowiących główne przyczyny zachorowalności."

### **"1.2. Podstawowa opieka zdrowotna**

Najmniej lekarzy pracujących w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności znajdowało się w powiatach wielickim, nowosądeckim, wadowickim, brzeskim oraz suskim, a najwięcej w powiecie oświęcimskim, Krakowie, powiecie miechowskim oraz Tarnowie. Najwięcej pielęgniarek zatrudnionych w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności było w Tarnowie, wysokie wartości występowały ponadto w Krakowie, powiecie chrzanowskim, powiecie bocheńskim, powiecie oświęcimskim, Nowym Sączu, powiecie miechowskim, natomiast najmniej w powiecie wielickim oraz tatrzańskim.

W przypadku liczby położnych największe wartości w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano dla powiatu dąbrowskiego, krakowskiego oraz gorlickiego, a najmniejsze dla Nowego Sącza, powiatu tatrzańskiego oraz oświęcimskiego.

W 2019 r. najczęstsze przyczyny wizyt w POZ w województwie były podobne do tych zaobserwowanych w Polsce ogółem. Tendencja ta utrzymywała się także w kolejnych latach podlegających analizie (do 2023 r. włącznie). Udział pacjentów korzystających ze świadczeń POZ ze względu na wiek nie odbiegał znacząco od obserwacji dla całej Polski, poza grupami [18,30] i (30,40], dla których odnotowano o kilka punktów procentowych niższe wartości dla obu płci. W kolejnych latach dane obserwowane dla Małopolski zbliżyły się jeszcze bardziej do danych dla całego kraju, gdzie różnice w danych odnotowanych w 2023 r. dla województwa małopolskiego i całego kraju w grupach wiekowych [60,70] i 90+ wynosiły ok 1%.

W 2019 r. na terenie województwa funkcjonowało 81 jednostek (ośrodków kształcenia) uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, która jest podstawową specjalizacją dla POZ. Istniało w nich 430 miejsc dla lekarzy chcących specjalizować się w tej dziedzinie. Od 2019 r. nastąpił wyraźny wzrost zarówno liczby jednostek akredytowanych jak i miejsc specjalizacyjnych. Wg danych z roku 2024 w województwie małopolskim funkcjonowało 131 jednostek oraz 686 miejsc szkoleniowych. W innych specjalizacjach lekarskich (choroby wewnętrzne, pediatria) szkolenie prowadzone jest głównie w lecznictwie zamkniętym.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Dążenie do wyrównania dostępności do kadry pracującej POZ pomiędzy powiatami.
2. Ustalenie przyczyn dysproporcji i podjęcie odpowiednich działań."

### "1.3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W 2023 r. świadczeń w ramach AOS udzielały 1768 poradni. Liczba porad świadczonych w ramach AOS w przeliczeniu na 1 tys. ludności była zróżnicowana. Największe wartości odnotowano w poradniach w Tarnowie, Krakowie, Nowym Sączu, Krakowie, powiecie miechowskim oraz powiecie chrzanowskim, natomiast najmniejsze w poradniach powiecie: tarnowskim, nowosądeckim, krakowskim i wielickim.

W przypadku nowotworów zaobserwowano zwiększającą się liczbę udzielanych porad co spowodowane jest tendencją wzrostową, na przestrzeni lat, zapadalności na nowotwory.

Najwyższa liczba porad udzielana była w grupie wiekowej 65+ i od 2015 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa porad udzielanych w tej grupie. Zgodnie z prognozami demograficznymi, w kolejnych latach wzrastała będzie liczba osób starszych i niesamodzielnych wymagających kompleksowych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie ze statystykami od 2015 r. obserwuje się tendencję spadkową liczby porad. Jest to m.in. związane ze spadkiem liczby świadczeniodawców oraz do 2017 r. ze spadkiem liczby poradni (w 2018 r. nastąpił nieznaczny wzrost liczby poradni, w 2019 r. znowu nastąpił spadek). Może to świadczyć o tym, że świadczenia są udzielane w ramach leczenia stacjonarnego (liczba hospitalizacji wykazuje w ostatnich latach tendencję wzrostową, większe są również nakłady NFZ na leczenie szpitalne).

W grudniu 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych odnotowano do poradni chirurgii naczyniowej (331 dni; 2882 osoby oczekujące), poradni neurochirurgicznej dla dzieci (327 dni; 283 osoby oczekujące), poradni genetycznej (322 dni; 2667 osoby oczekujące), poradni neurochirurgicznej (301 dni; 3810 osoby oczekujące). Natomiast największa liczba osób oczekujących w kolejce na świadczenie wykazana została dla poradni okulistycznej poradni stomatologicznej (53 473 osoby) w przypadku stabilnym. Druga z kolei najwyższa liczba osób oczekujących na świadczenie wykazana została dla poradni kardiologicznej poradni okulistycznej (47 981 osoby) dla przypadków stabilnych.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Podejmowanie działań ukierunkowanych na rozwój oraz zwiększenie i wyrównanie dostępności i jakości usług AOS, w zakresie diagnostyki i leczenia dla chorób stanowiących główne przyczyny zgonów w województwie oraz innych istotnych dla regionu jednostek chorobowych."

### "1.4. Lecznictwo szpitalne

W 2019 r. nastąpił znaczący spadek liczby łóżek szpitalnych (bez łóżek psychiatrycznych i łóżek opieki długoterminowej o kodach resortowych 5 160 – 5 360). Najwięcej łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności znajdowało się w powiecie tatrzańskim, Krakowie, Tarnowie, Nowym Sączu, natomiast najmniej w powiecie: tarnowskim, krakowskim, nowosądeckim, oraz bocheńskim. Ponadto w województwie znajduje się jeden powiat (wielicki), w którym nie funkcjonuje żaden szpital.

Największą liczbę osób leczonych w szpitalach w ramach świadczeń rozliczanych przez NFZ odnotowano na oddziałach: położniczo-ginekologicznym, chorób wewnętrznych, chirurgicznym ogólnym, chirurgii urazowo-ortopedycznej, pediatrycznym, kardiologicznym. Na wspomnianych oddziałach obłożenie łóżek mieściło się w przedziale 53-86%.

Rozpatrując dostępność świadczeń w ujęciu kolejek do oddziałów, dla przypadków stabilnych, najdłuższe średnie czasy oczekiwania w grudniu 2023 r. występowały na oddziałach: otorynolaryngologicznych – 297 dni (Polska 164 dni), neurochirurgicznych – 255 dni (Polska 133 dni), chirurgii plastycznej - 255 dni (Polska 157 dni). Kolejki do oddziałów w przypadkach pilnych były najdłuższe do oddziałów: endokrynologicznych dla dzieci – 103 dni (Polska 40 dni), chirurgii plastycznej 87 dni (Polska 19 dni), otorynolaryngologicznych dla dzieci – 75 dni (Polska 102 dni).

Najdłuższe kolejki do zabiegów w leczeniu szpitalnym dla przypadków stabilnych w grudniu 2023 r. występowały dla: zabiegów na przegrodzie nosowej – 424 dni (Polska 241 dni), operacje palucha koślawego 322 dni (Polska 219 dni), endoprotezoplastyki stawu biodrowego - 251 dni (Polska 370 dni). Kolejki do zabiegów w przypadkach pilnych w grudniu 2023 były najdłuższe dla: endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 89 dni (Polska 144 dni), zabiegów na przegrodzie nosowej – 84 dni (Polska 38 dni), endoprotezoplastyki stawu biodrowego – 74 dni (Polska 105 dni).

Pod względem wskaźnika liczby zakażeń szpitalnych leczonych stacjonarnie na 100 tys. ludności województwo zajmowało 7. miejsce w kraju, powyżej wartości średniej dla Polski (251,25 vs 235,6). Współczynnik zgonów spowodowanych zakażeniem szpitalnym na 100 tys. ludności. w województwie był niższy niż średnia dla kraju (3,08 vs 4,05).

Rekomendowane kierunki działań:

1. Uwzględniając poziom obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach w poszczególnych powiatach, należy dążyć do racjonalizacji liczby dostępnych łóżek, mając na uwadze również podejmowanie działań umożliwiających zrównoważony rozwój podmiotów leczniczych.
2. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie leczenia szpitalnego, szczególnie w przypadku tych jednostek chorobowych, dla których odnotowuje się długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz z uwzględnieniem grup wymagających szczególnej opieki tj. osób starszych, matek, noworodków i dzieci, a także zapewnienie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób rzadkich.
3. Należy dążyć do poprawy jakości usług świadczonych w ramach leczenia szpitalnego."

#### **"1.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**

W 2023 r. w przypadku dzieci i młodzieży obserwowany jest wysoki wskaźnik pacjentów zamieszkałych i leczonych na tym samym obszarze dla województwa (96,1%) przy jednocześnie dużej różnorodności tego wskaźnika w odniesieniu do powiatów (od 26,59% do 89,79%).

W 2023 r. najwięcej form leczenia dzieci i młodzieży skupione było w Krakowie (4 formy: poradnia psychologiczna, poradnia psychiatryczna, oddział szpitalny, oddział dzienny) oraz w powiatach: limanowskim, nowotarskim, wadowickim, Tarnowie, Nowym Sączu (3 formy: poradnia psychologiczna, poradnia psychiatryczna, oddział dzienny). Po 2 formy leczenia w powiatach: bocheńskim, myślenickim, oświęcimskim, olkuskim, wielickim. W pozostałych powiatach funkcjonowała jedynie poradnia psychologiczna.

W podziale na powiaty najniższy procent pacjentów zamieszkałych i leczonych w tym samym obszarze wykazany został dla powiatu tarnowskiego, nowosądeckiego oraz krakowskiego, natomiast wysoki procent wykazano dla miast na prawach powiatu: Krakowa, Tarnowa oraz dla powiatów: gorlicki, nowotarski. Oznacza to, że te powiaty posiadają lepsze specjalistyczne zasoby w zakresie opieki psychiatrycznej, co przekłada się na migrację pacjentów z ww. powiatów.

Jeśli chodzi o podstawowe formy leczenia psychiatrycznego, poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dorosłych znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, zespoły leczenia środowiskowego w prawie wszystkich (poza powiatem dąbrowskim), oddziałów dziennych nie było w 7. powiatach, oddziały szpitalne znajdowały się w 9. powiatach.

Oddziały psychogeriatryczne funkcjonują w Krakowie i w powiecie wadowickim. Zgodnie z prognozami demograficznymi, w kolejnych latach będzie wzrastała liczba osób starszych i niesamodzielnych wymagających kompleksowych świadczeń zdrowotnych.

W ramach trzyletniego pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) rozpoczętego w 2018 r., w województwie utworzono 4 Centra Zdrowia Psychicznego.

Wg danych za 2019 r. występowała odwrotna proporcja typów udzielanych porad w stosunku do rekomendowanej. Obserwowany jest wysoki udział porad lekarskich w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych (65,5%) przy niskim udziale psychoterapii indywidualnej (17,81%), porad psychologicznych (15,29%) oraz oddziaływań grupowych/rodziny (1%).

W przypadku leczenia uzależnień, należących do behawioralnych czynników ryzyka w największym stopniu wpływających na wskaźnik DALY (uzależnienia od alkoholu, narkotyków, środków psychoaktywnych itp.), występuje ograniczony dostęp do leczenia specjalistycznego. Dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień (ogólnej) i poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień skumulowany jest przede wszystkim w większych miastach (szczególnie Kraków), przy równoczesnych potrzebach pacjentów w mniejszych ośrodkach administracyjnych. Na terenie województwa nie ma w ogóle poradni antynikotynowych oraz hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Liczba lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 12,1. Jest to wskaźnik dalece niezadowalający, gdyż powinien on wynosić 20 według konsultanta krajowego. W przypadku psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej liczba lekarzy wynosiła 1,3 w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Różnica pomiędzy liczbą lekarzy rekomendowaną przez KK na 100 tys. ludności (2,0) a faktyczną liczbą lekarzy na 100 tys. ludności wynosi 0,7.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, między innymi poprzez kontynuowanie wdrażania reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zapoczątkowanej w 2020 roku, zakładającej otwarcie ośrodków leczenia dzieci i młodzieży na trzech poziomach referencyjności.
2. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług z zakresu psychiatrii dla dorosłych, szczególnie na obszarach na których dostęp do wybranych form opieki jest ograniczony. Dążenie do osiągnięcia rekomendowanych proporcji udzielanych świadczeń (udziału porad lekarskich w stosunku do psychoterapii i porad psychologicznych), w tym poprzez kontynuację zapoczątkowanych zmian (pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego)."

#### **"1.6. Rehabilitacja medyczna**

W grudniu 2023 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało: w przypadku stabilnym 87 765 osób (średni czas oczekiwania 170 dni; w Polsce 151 dni), natomiast, w przypadku pilnym 32 930 osób (95 dni; 83 dni w Polsce). Do poradni rehabilitacyjnej, w przypadku stabilnym średni czas oczekiwania wynosił 28 dni, w przypadku pilnym 12 dni.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych jest świadczeniem o najdłuższym średnim czasie oczekiwania. W grudniu 2023 r. wyniósł on 786 dni przy 12 tys. osób oczekujących w przypadkach stabilnych, natomiast dla przypadków pilnych 76 dni przy 2,1 tys. osób oczekujących.

Dla przypadków stabilnych średni czas oczekiwania na świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych wynosił 206 dni, a w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych 185 dni.

Przeciętny czas oczekiwania na leczenie w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej wynosił (w grudniu 2023 r.) 173 dni w przypadku stabilnym i 101 dni w przypadku pilnym.

Zdecydowanie lepiej niż w przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej, wyglądała sytuacja oczekiwania na świadczenia zdrowotne w rehabilitacji domowej (jest to jednak świadczenie o najmniejszej liczbie pacjentów).

W grudniu 2023 r. na świadczenia fizjoterapii domowej w przypadku stabilnym liczba osób oczekujących wynosiła 1090 (39 dni), w przypadku pilnym 299 (22 dni). Dla porównania przeciętny czas oczekiwania na to świadczenie w Polsce to 39 dni (w przypadkach stabilnych) i 23 dni (w przypadkach pilnych).

Z rehabilitacji najmniej pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności korzystało w powiatach nowotarskim, wadowickim, suskim i tatrzańskim. Najśłabsza dostępność do opieki długoterminowej w powiatach tarnowskim, wadowickim, nowosądeckim, krakowskim, chrzanowskim.

Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji stacjonarnej był bardzo niski, w 2019 r. w województwie małopolskim na 100 tys. ludności był mniejszy o 16% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 13. miejsce w kraju. W 2019 r. ośrodków rehabilitacji stacjonarnej nie było w ośmiu powiatach: suskim, wadowickim, myślenickim, wielickim, bocheńskim, tarnowskim, proszowickim i miechowskim.

Z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 5,9% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej w województwie małopolskim w 2019 r. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była mniejsza o 4% od średniej dla kraju, co daje 7 miejsce w Polsce.

Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji domowej na 100 tys. ludności w 2019 r. był niższy o 22% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 12 miejsce w kraju. Ten rodzaj rehabilitacji w 2019 r. realizowany był w województwie małopolskim we wszystkich powiatach, najwięcej ośrodków skupionych było w Krakowie.

Liczba specjalistów rehabilitacji medycznej zarejestrowanych w roku 2019 w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie znacząco wzrosła w porównaniu z rokiem 2018. Ta liczba zapewnia ciągłość świadczeń zdrowotnych przy obecnym poziomie kontraktowania, choć brak specjalistów rehabilitacji medycznej jest nadal wyraźnie odczuwalny. Przy obecnym braku lekarzy chętnych do podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie perspektywy kadrowe są niekorzystne, a w dziedzinie rehabilitacji medycznej rysuje się luka pokoleniowa. M. in. obszerność i interdyscyplinarność specjalizacji, wciąż niska wycena świadczeń rehabilitacyjnych, możliwość kierowania pacjentów na zabiegi fizjoterapeutyczne przez lekarzy innych specjalności skutkują niską liczbą młodych lekarzy skłonnych do podejmowania tej specjalizacji.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia dostępności i jakości usług w zakresie kompleksowej z uwzględnieniem istotnych dla regionu małopolskiego jednostek chorobowych, w szczególności w powiatach o ograniczonej dostępności."

### **"1.7.Opieka długoterminowa**

Zaobserwowano drugą wśród województw największą liczbę osób oczekujących na przyjęcie do ZOL w przypadku pilnym oraz najwyższą w Polsce liczbę osób oczekujących na ZOL w przypadku stabilnym. Również przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL dla przypadków stabilnych był najwyższy i wynosił 592 dni.

Dostępność do łóżek opieki długoterminowej wśród populacji 65+ na 1 tys. osób na koniec 2019 r. była wyższa o 21% w stosunku do średniej wartości dla Polski. Analizując wskaźnik pokazujący średnią liczbę łóżek w opiece długoterminowej w 2019 r. przypadających na 1 mln ludności, otrzymana wartość plasuje województwo małopolskie na 6. miejscu w kraju (więcej o 14% w stosunku do średniej wartości dla Polski).

W ramach opieki stacjonarnej wskazano 4 powiaty (tarnowski, tatrzański, limanowski oraz wadowicki), w których nie zostały wykazane żadne ośrodki świadczące pomoc stacjonarną. Zgodnie z danymi Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ świadczenia dla opieki stacjonarnej kontraktowane są na określone grupy powiatów, nie zaś dla poszczególnych powiatów, stąd też w każdym z obszarów kontraktowania są zabezpieczone świadczenia w ww. zakresie. Jednakże w przypadku opieki stacjonarnej odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie co przekłada się na migracje pacjentów by otrzymać świadczenie.

Zróżnicowane rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki domowej dla chorych wymagających wentylacji mechanicznej. Tego rodzaju świadczenia dla osób dorosłych realizowane były przez podmioty lecznicze zlokalizowane w pięciu powiatach (chrzanowski, krakowski, wielicki, nowotarski i tarnowski) oraz Tarnowie, natomiast dla dzieci tylko w dwóch powiatach (chrzanowski i nowotarski). W tym przypadku świadczenia te również kontraktowane są na obszar całego województwa, nie zaś na poszczególne powiaty.

Pacjenci migrują do regionów posiadających lepsze zasoby instytucjonalne świadczące pomoc w ramach opieki długoterminowej. Najwyższe saldo migracji odnotowano dla powiatu nowotarskiego, Krakowa, powiatu chrzanowskiego oraz powiatu suskiego. Ujemne saldo migracji odnotowano dla 14 z 22 powiatów. Najśłabsza dostępność do opieki długoterminowej była w powiecie: krakowskim, oświęcimskim, tarnowskim, wadowickim (wartości ujemne).

Rekomendowane kierunki działań:

1. Działania mające na celu skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne do zakładów stacjonarnych w opiece długoterminowej.
2. Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie.
3. Zapewnienie dostępności do opieki stacjonarnej w powiatach, w których dany typ opieki nie występuje.
4. Zapewnienie świadczeń wentylacji mechanicznej w powiatach, w których to świadczenie nie występuje.

Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług opieki długoterminowej we wszystkich dostępnych formach opieki, w szczególności w powiatach o ograniczonej dostępności."

### **"1.7. Opieka paliatywna i hospicyjna**

W rozbiciu na rodzaje świadczeń, w przypadku opieki realizowanej w warunkach domowych ze świadczeń zdrowotnych skorzystało o 25% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnia dla Polski, co daje 12. miejsce w kraju. W przypadku opieki w warunkach ambulatoryjnych o 40% mniej pacjentów na 100 tys. ludności, co daje 12. miejsce w kraju. Pod względem liczby ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności (uwzględniając wszystkie rodzaje opieki), województwo zajmowało 13. miejsce w kraju ze wskaźnikiem 1,44 (niższy o 17% w stosunku do średniej dla Polski).

Województwo małopolskie było, obok województwa śląskiego i pomorskiego, regionem o najniższym w Polsce wskaźniku zabezpieczenia pod względem dostępności opieki hospicyjnej domowej (1,1 ośrodków domowych na 100 tys. ludności). W dwóch powiatach w województwie: proszowickim oraz dąbrowskim nie ma ani jednego ośrodka opieki domowej. Województwo zajmowało ostatnie miejsce pod względem liczby udzielonych świadczeń w hospicjum domowym dedykowanym pacjentom dorosłym (liczba pacjentów na 100 tys. ludności jest 30% niższa od średniej wartości dla Polski). W lutym 2020 r. przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego/zespołu domowej opieki hospicyjnej wynosił 26 dni, liczba pacjentów oczekujących to 332 osoby.

Zapotrzebowanie na liczbę miejsc w paliatywnej opiece hospicyjnej w województwie w 2050 r. wzrośnie i wyniesie 18,8 tys. miejsc (wzrost o 52% w stosunku do 2020 r.). Widoczny jest wzrost zapotrzebowania na opiekę domową. Analizy liczby miejsc stacjonarnych dla województwa małopolskiego prognozują niewielki spadek z 340 miejsc w 2020 r. do 328 miejsc w 2050 r. Prognozy liczby miejsc opieki domowej pokazują wzrost zapotrzebowania z 12,0 tys. miejsc w 2020 r. do 18,4 tys. w 2050 r.

18 podmiotów realizowało świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych. W 9 spośród 22 powiatów nie zapewniało chorym opieki tego rodzaju (tj. powiaty bocheński, chrzanowski, krakowski, myślenicki, proszowicki, tarnowski, m. Tarnów, wadowicki, wielicki). Zgodnie z danymi MOW NFZ świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych kontraktowane są na określone grupy powiatów, nie zaś na poszczególne powiaty. Jednakże w przypadku świadczeń w warunkach stacjonarnych odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie.

Na terenie 8 z 22 powiatów działało 12 poradni medycyny paliatywnej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności mniej o 13% w stosunku do średniej dla Polski, co daje 9. miejsce w kraju. Dostępność do poradni medycyny paliatywnej była ograniczona – świadczenia paliatywne w warunkach ambulatoryjnych były udzielane głównie w zachodniej i południowej części województwa (brak poradni w powiatach północno-wschodniej części Małopolski). Zgodnie z uwagami MOW NFZ świadczenia w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej (realizowane w warunkach ambulatoryjnych) kontraktowane są na obszar całego województwa, nie zaś poszczególnych powiatów. Jednakże w przypadku tego zakresu świadczeń odległość od miejsca udzielania świadczenia do miejsca zamieszkania pacjenta ma istotne znaczenie.

Wskaźnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności, którym udzielono świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej wyniósł 0,32 przy wskaźniku dla Polski 1,23. W województwie funkcjonował jeden świadczeniodawca udzielający świadczeń z ww. zakresu.

Liczba lekarzy medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 1,3, a średni wiek lekarzy to 52 lata. Wskaźnik dostępności lekarzy, rekomendowany przez Konsultanta Krajowego powinien wynosić 3 na 100 tys. ludności.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług opieki paliatywnej i hospicyjnej we wszystkich dostępnych formach.
2. Tworzenie nowych hospicjów domowych w pierwszej kolejności w powiatach o ograniczonej dostępności.
3. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń domowych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.
4. Podejmowanie działań mających na celu wyrównanie dostępności do oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych pomiędzy powiatami.
5. Zwiększenie i wyrównanie dostępności świadczeń paliatywnych i hospicyjnych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych pomiędzy powiatami.
6. Utrzymanie na co najmniej tym samym poziomie dostępności do świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.
7. Zwiększenie w ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej liczby lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (co najmniej do wartości referencyjnej, wskazanej przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, tj. 3,0 lekarzy/100 tys. ludności) oraz pielęgniarek, w szczególności ze specjalizacją: pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej."

### **"1.8. Ratownictwo medyczne**

Województwo małopolskie zajmowało 13. miejsce w skali kraju pod względem liczby zespołów ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności.

Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 96,1% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 3,9% wezwań powyżej 15 minut, co daje 4 najmniejszy wynik w skali całego kraju. Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 94,4% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 5,7% wezwań powyżej 20 minut, co daje najmniejszy wynik w skali całego kraju.

Mediana czasu dotarcia dla województwa małopolskiego - w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców w mapie potrzeb zdrowotnych określona została na poziomie 6 minut. Mediana czasu dotarcia dla województwa małopolskiego - poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców w mapie potrzeb zdrowotnych określona została na poziomie 11 minut.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Celem poprawy czasu dojazdu na miejsce wezwania, proponuje się rozważenie relokacji istniejących Zespołów Ratownictwa Medycznego lub zwiększenie liczby ZRM w ramach posiadanych środków na realizację świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego."

## "1.9. Kadry

Liczba pielęgniarek na 100 tys. w 2019 roku w województwie była powyżej średniej dla Polski i uplasowała województwo na 6. miejscu w rankingu województw. Należy zaznaczyć, że 63% wszystkich pielęgniarek miało powyżej 45 lat. Oszacowano, że do 2029 r. nastąpi spadek liczby pielęgniarek o 25% (o 33% w Polsce). Liczba położnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności była o 29% wyższa niż dla Polski (2. miejscu w rankingu województw). Jeśli tendencja spadkowa w przypadku liczby położnych będzie się utrzymywać to w 2029 r. w porównaniu do 2019 r. może być ich mniej o 25%. Należy zaznaczyć, że w Małopolsce w latach 2016-2018 współczynnik dzietności ogólnej wzrastał. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwie była powyżej średniej dla Polski i uplasowała województwo na 6. miejscu w rankingu województw (379 vs. 342 dla Polski). Liczba lekarzy dentyków na 100 tys. ludności dała Małopolsce 7. miejsce w rankingu województw (95 vs 91 dla Polski). Średni wiek lekarza dentyki wyniósł 45 lat (w Polsce 46 lat).

Według szacunków w 2024 r. w wielu dziedzinach będzie więcej lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny, niż lekarzy zdobywających tytuł specjalisty. Najbardziej widoczne może to być w przypadku dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc i otolaryngologia.

Największe różnice pomiędzy ogólną liczbą specjalistów a liczbą rekomendowaną wystąpiły w takich dziedzinach jak: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, psychiatria, medycyna pracy, geriatrya. Zgodnie z danymi CMKP i MUW w przypadku wymienionych specjalizacji odnotowano znacznie mniej lekarzy zainteresowanych uzyskaniem specjalizacji niż miejsc specjalizacyjnych zarówno w trybie rezydenckim jak i pozarezydenckim.

Ponadto dla wielu dziedzin medycyny corocznie w ramach postępowań kwalifikacyjnych pozostają niewykorzystane miejsca szkoleniowe, nawet w trybie rezydenckim. Sytuacja dotyczy następujących dziedzin: choroby płuc, choroby płuc dzieci, choroby zakaźne, geriatrya, kardiologia, medycyna paliatywna, medycyna ratunkowa, neonatologia, onkologia kliniczna, patomorfologia, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, toksykologia kliniczna.

Ponadto należy mieć na uwadze dziedziny, w których ogólna liczba specjalistów wyniosła poniżej 20 oraz procentowa różnica pomiędzy rekomendowaną liczbą lekarzy specjalistów a rzeczywistą liczbą wyniosła 50% lub więcej. Do takich dziedzin zaliczono audiologię i foniatrę, endokrynologię i diabetologię dziecięcą, farmakologię kliniczną, mikrobiologię lekarską, nefrologię dziecięcą, neuropatologię, pediatrię metaboliczną i perinatologię.

Istnieją dziedziny medycyny, w których przyczyną małej liczby specjalistów jest mała liczba miejsc szkoleniowych. Zalicza się do nich np. większość specjalizacji w dziedzinach lekarsko-dentystycznych, w dziedzinach lekarskich tj. chirurgia plastyczna, dermatologia i wenerologia czy okulistyka.

Rekomendowane kierunki działań:

1. Należy podjąć działania mające na celu ograniczenie pogłębiających się niedoborów kadry pielęgniarek i położnych. Konieczne jest zwiększenie liczby studentów poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów liceów do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek i położnych w podjęciu pracy w zawodzie.

2. Podejmowanie działań, które wpłyną na zwiększenie atrakcyjności pracy w zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz zachęcenie młodych osób do pracy w tych zawodach na terenie województwa.
3. Wzrost liczby miejsc na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w województwie.
4. Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.
5. Wzrost liczby miejsc na szkoleniach specjalizacyjnych w województwie.
6. Podejmowanie działań, które przyczynią się do zwiększenia atrakcyjności pracy w dziedzinach medycyny, w których problem braku nowych specjalistów nie wynika z niewystarczającej liczby miejsc szkoleniowych, tylko z braku chętnych osób do otwierania wybranych specjalizacji, a także dążenie do poprawy wykorzystania czasu pracy specjalistów w sytuacji braków kadrowych.
7. Stworzenie systemu motywującego do podejmowania się pracy na terenie województwa w wybranych dziedzinach np. stypendia dla studentów, którzy zobowiążą się do pracy na terenie województwa, pomoc mieszkaniowa dla młodych medyków.
8. Wzrost zatrudnienia asystentów medycznych pomagających w pracy lekarzy we wskazanych dziedzinach.
9. Dążenie do poprawy dostępności do szkolenia specjalizacyjnego w wybranych dziedzinach, w których przyczyną małej liczby specjalistów jest niewystarczająca liczba miejsc szkoleniowych."

#### **"1.10. Sprzęt medyczny**

Średni wiek akceleratorów wyniósł 8,2 lat (6. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku wśród województw).

Liczba akceleratorów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosiła 0,41 (sprzęt bezwzględnie 14). Akceleratory znajdowały się we wszystkich 3 miastach na prawach powiatu: Krakowie, Nowym Sączu i Tarnowie. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mieli mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 81 km. W roku 2019 w Małopolsce średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 291 (Nowy Sącz) do 692 (Kraków).

Zgodnie z rekomendacjami 71,4% akceleratorów posiadało niski priorytet do wymiany, 28,6% średni. Wg prognozy zapotrzebowania w 2025 r. akceleratory znajdą się w wieku powyżej 10 lat, co będzie skutkowało koniecznością wymiany sprzętu w 100%.

Średni wiek angiografów wyniósł 6,28 lat – 14. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba angiografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,82 (sprzęt bezwzględnie 28). Angiografy znajdują się w 3 powiatach (chrzanowskim, nowotarskim i tatrzańskim oraz Tarnowie i Krakowie. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu nowosądeckiego - 70 km.

W roku 2019 średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 0 powiat chrzanowski do 807 Tarnów. Zgodnie z rekomendacjami 89,3% angiografów posiada niski priorytet do wymiany, 10,7% wysoki. Wg prognozy zapotrzebowania w 2030 r. angiografy znajdą się w wieku powyżej 10 lat, co będzie skutkowało koniecznością wymiany sprzętu w 100%.

Średni wiek aparatów do brachyterapii wyniósł 10,4 lat, w związku z czym już w chwili obecnej znajdują się one w bazie zapotrzebowania na nowe sprzęty - 9 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.

Liczba aparatów brachyterapii na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,15 (sprzęt bezwzględnie 5). Aparaty znajdują się w dwóch miastach na prawach powiatu tj. Kraków i Tarnów. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 109 km. W roku 2019 średnie wykorzystanie w powiatach Małopolski waha się od 168 dla Krakowa i 328 dla Tarnowa. Zgodnie z rekomendacjami 80% aparatów posiada średni priorytet do wymiany. Do 2025 r. 80% sprzętu w województwie małopolskim osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.

Średni wiek gammakamer wyniósł 8,2 lat – 13. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba sprzętu na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,41 (sprzęt bezwzględnie 14). Gammakamery zlokalizowane są w 2 powiatach (wadowickim i krakowskim) oraz w dwóch miastach na prawach powiatu tj. Kraków i Tarnów. Największą odległość do tego rodzaju sprzętu mają mieszkańcy powiatu tatrzańskiego - 94 km. W roku 2019 średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 0 powiat krakowski do 1505 Kraków. Zgodnie z rekomendacjami 14,3% aparatów posiada wysoki priorytet i kwalifikuje się do wymiany. Do 2025 r. 93% gammakamer w województwie małopolskim osiągnie wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie badań.

Średni wiek mammografów wyniósł 8,4 lat – 8. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba mammografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,23 (sprzęt bezwzględnie 42). Mammografy zlokalizowane są w 13 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie. W Małopolsce w roku 2019 średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 74 powiat wielicki do 1 699 powiat Kraków. W 2019 r. wysoki priorytet do wymiany posiadało 42,9% sprzętu. Według prognoz zapotrzebowania, ponad połowa posiadanych mammografów powinna zostać wymieniona do 2021 r.

Aktualny średni wiek PET to 6,7 lat – 9. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce.

Liczba PET na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 0,09 (sprzęt bezwzględnie 3). PET zlokalizowane są w Krakowie. Średnia roczna liczba procedur wyniosła 1976. Zgodnie z rekomendacjami, 2 urządzenia PET w województwie mają obecnie niski priorytet do wymiany, 1 ma średni. Prognozuje się, że aparaty te osiągną wiek predysponujący je w 100% do wymiany w 2025 r.

Aktualny średni wiek rezonansów magnetycznych to 6,8 lat – 11. miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba rezonansów magnetycznych na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,23 (sprzęt bezwzględnie 33). Sprzęty zlokalizowane są w 9 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Mieście Kraków. Średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 800 powiat myślenicki do 3 598 powiat nowotarski. Zgodnie z rekomendacjami, 90,9% rezonansów w województwie małopolskim ma obecnie niski priorytet do wymiany, 6,1% mają średni i 1 rezonans ma wysoki. Prognozuje się, że aparaty o niskim i średnim priorytecie osiągną wiek predysponujący je do wymiany w 2025 r.

Aktualny średni wiek aparatów RTG to 9,3 lat - 16 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba aparatów RTG na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 18,09 (sprzęt bezwzględnie 617). Sprzęty zlokalizowane są we wszystkich 19 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie. Średnie wykorzystanie w powiatach wahało się od 453 w powiecie krakowskim do 2923 w powiecie tatrzańskim. Zgodnie z

rekomendacjami, 77% w województwie miało niski priorytet do wymiany, natomiast 19,3% sprzętów posiadało priorytet wysoki. Do 2025 r. 73% aparatów RTG w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.

Aktualny średni wiek tomografów komputerowych to 7,8 lat - 4 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba tomografów na 100 tys. ludności w regionie małopolskim wynosi 1,82 (sprzęt ogółem 62). Sprzęty zlokalizowane są w 17 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu, największa ilość znajduje się w Krakowie. W Małopolsce w roku 2019 średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 1 564 powiat krakowski do 28 956 powiat oświęcimski. Zgodnie z rekomendacjami, ponad połowa aparatów 71% w województwie małopolskim ma obecnie niski priorytet do wymiany, 16% sprzętów posiada priorytet wysoki. Do 2025 r. 83,87% tomografów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty.

Aktualny średni wiek aparatów USG to 9,4 lat - 14 miejsce pod względem najstarszego średniego wieku sprzętu w Polsce. Liczba aparatów na 100 tys. ludności wyniosła 35,39. Sprzęty zlokalizowane są we wszystkich 19 powiatach oraz 3 miastach na prawach powiatu. Średnie wykorzystanie w powiatach waha się od 288 w powiecie wielickim do 1340 w powiecie bocheńskim. Zgodnie z rekomendacjami, ponad połowa aparatów 57,4% w województwie małopolskim ma obecnie wysoki priorytet do wymiany, 41,5% sprzętów posiada priorytet niski. Do 2025 r. 88,48% aparatów w województwie osiągnie wiek powyżej 10 lat i zostanie zaliczonych do bazy zapotrzebowania na nowe sprzęty, natomiast do 2028 r. wszystkie obecnie posiadane aparaty będą wymagały wymiany.

Rekomendowane kierunki działań:

1. W najbliższych latach trzeba skupić się na odnowieniu bazy sprzętowej w odniesieniu do aparatów posiadających wysoki priorytet do wymiany (bardzo stare sprzęty lub sprzęty stosunkowo stare i intensywnie eksploatowane).

2. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

„

	Nazwa zadania	Opis zadania	Kod zadania	Kod przedsięwzięcia	Kod projektu	Kod priorytetu	Kod osi priorytetowej	Kod obszaru	Kod działania	Kod interwencji	Kod przedsięwzięcia	Kod projektu
Czynności profilaktyczne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PODZIAŁOWA OSIĄDZALNOŚĆ	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amalgramy i opłaty specjalne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...







Nazwa zadania	Kod zadania	Kod przedsięwzięcia	Kod projektu	Kod zadania	Kod przedsięwzięcia	Kod projektu	Kod zadania	Kod przedsięwzięcia	Kod projektu
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

### 3. Monitorowanie i aktualizacja planu transformacji

Kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia mają takie elementy jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w Krajowym Planie Transformacji.

Wojewoda corocznie do dnia 30 kwietnia będzie przygotowywał monitoring z realizacji WPT zawierający określenie wartości wskaźników osiągniętych w danym roku. Informację o realizacji wskaźników Wojewoda każdorazowo zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

W ramach oceny śródkresowej Wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego po wejściu w życie WPT (czyli do 30.06.2024 r.), będzie sporządzał sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji. Przedmiotowe sprawozdanie Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Kolejnym etapem sprawozdawczości następującym po okresie pięcioletniej realizacji KPT, Wojewoda do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania WPT, będzie sporządzał końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji WPT. Sprawozdanie to Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

#### **4. Aktualizacja planu transformacji**

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą wykorzystane przy aktualizacji działań ujętych w WPT w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 3 lat (czyli w 2024 r.) lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa lub w przypadku konieczności doprowadzenia do zgodności WPT z KPT po jego aktualizacji.

Procedura sporządzania i przyjmowania aktualizacji WPT jest analogiczna jak procedura przyjmowania pierwotnego WPT.

Ewentualna aktualizacja WPT będzie obowiązywać od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.