

Załącznik nr
do uchwały Nr.....
Rady Miasta Krakowa z dnia.....

**MIEJSKI PROGRAM
OCHRONY ZDROWIA
„ZDROWY KRAKÓW 2019–2021”**

URZĄD MIASTA KRAKOWA
BIURO DS. OCHRONY ZDROWIA

KRAKÓW, CZERWIEC 2018 r.

Spis treści

Spis treści	2
CZĘŚĆ I.	3
1. Wprowadzenie	3
2. Uwarunkowania działań Miasta Krakowa w obszarze ochrony zdrowia	9
2.1. Wybrane dane demograficzne	13
2.2. Wybrane dane epidemiologiczne	17
2.3. Analiza i wybrane aspekty dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych w mieście Krakowie	21
3. Cele i kierunki realizacji Programu	24
3.1. Lecznictwo	25
3.2. Państwowe Ratownictwo Medyczne	34
3.3. Profilaktyka i promocja zdrowia	47
3.4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie ochrony i promocji zdrowia.....	50
3.5. Medycyna szkolna	52
3.6. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i przewlekle chorą	55
3.7. Uzdrowisko Swoszowice.....	64
3.8. Dostępność do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne na terenie Krakowa.	68
4. Sposoby sprawozdawczości	69
 CZĘŚĆ II.	 70
1. Obszary realizacji polityki zdrowotnej	70
2. Obszary oraz zasady realizacji programów polityki zdrowotnej	72
2.1. Programy polityki zdrowotnej na lata 2019-2021	72
2.2. Nowe programy polityki zdrowotnej w MPOZ <i>Zdrowy Kraków 2019-2021</i>	78
2.3. Zasady wdrażania i finansowania programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2021	79
3. Warunki realizacji polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków	79

CZĘŚĆ I.

1. Wprowadzenie

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” jest kontynuacją: Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”, przyjętego Uchwałą Nr XXXIV/558/15 Rady Miasta Krakowa z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”, „Zdrowy Kraków 2013-2015”, przyjętego Uchwałą Nr LXXVII/1167/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”; Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2010-2012”, przyjętego Uchwałą Nr LXXXVII/1144/09 Rady Miasta Krakowa z dnia 2 grudnia 2009 r., Miejskiego Programu Ochrony i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2007-2009”, przyjętego Uchwałą Nr CXIX/1275/06 Rady Miasta Krakowa z dnia 25 października 2006 r. oraz Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”, przyjętego przez Radę Miasta Krakowa w dniu 3 grudnia 2003 r. drogą Uchwały Nr XXXIII/280/03. Jest dokumentem o charakterze programowym w zakresie lokalnej polityki zdrowotnej, przyjmowanym w trzyletnim okresie prognozowania, ukierunkowującym działania samorządu Miasta w obszarze zdrowia publicznego.

Szczegółowe wyniki realizacji wyżej wskazanych Programów, a także aktualizacja informacji na temat potrzeb i uwarunkowań zdrowotnych mieszkańców Miasta, zawarte są w Raportach o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa i jego uwarunkowaniach za lata: 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010-2012, 2013, 2014, 2015 zamieszczonych na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Miasta Krakowa. Celem Raportów jest przedstawienie syntetycznych danych dotyczących sytuacji demograficzno-epidemiologicznej, dostępnych zasobów materialnych oraz finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie zdrowotne mieszkańców Krakowa oraz podejmowane przez samorząd działania służące poprawie sytuacji zdrowotnej i dostępności do poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Raporty składają się z następujących części: Część I *Mierniki stanu zdrowia mieszkańców Krakowa* – opisana jest sytuacja demograficzna oraz epidemiologiczna mieszkańców Krakowa. Zaprezentowano m.in. najczęściej wykorzystywane mierniki stanu zdrowia ludności, przyczyny zgonów oraz zachorowalności na wybrane choroby, przyczyny występowania chorób zawodowych, a także skalę niepełnosprawności mieszkańców Krakowa. Część II *Zasoby opieki zdrowotnej w Krakowie* – zawarto w niej charakterystykę dostępnych zasobów opieki zdrowotnej na terenie Krakowa w podziale na poszczególne zakresy świadczeń zdrowotnych. Zaprezentowano dane dotyczące dostępności do wybranych świadczeń. Część III *Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej* – w części tej zaprezentowano dane dotyczące podejmowanych przez miasto Kraków działań na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej na terenie Krakowa oraz działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Raporty dotyczące poszczególnych lat zawierają porównania z danymi z lat poprzednich co umożliwia zaobserwowanie zmian na przestrzeni czasu. Raporty w sposób syntetyczny gromadzą informacje pozyskane z różnych źródeł zarówno na poziomie miasta, województwa jak i kraju.

Niezależnie od kompleksowego monitorowania realizacji celów operacyjnych zawartych w poszczególnych Miejskich Programach Ochrony Zdrowia, które odbywa się poprzez przygotowywane przez Urząd Miasta Krakowa Raporty i sprawozdania należy

zwrócić uwagę, że zadania z zakresu zdrowia publicznego wykonywane przez Gminę Miejską Kraków, pomimo fakultatywnego charakteru mają istotne znaczenie dla poprawy zdrowia mieszkańców.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie której działa Narodowy Fundusz Zdrowia, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących zmiany;
- 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych wskazaną ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

W zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krakowa prowadzona jest analiza na podstawie danych udostępnianych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Telefon Całodobowej Informacji Medycznej, finansowany z budżetu Gminy Miejskiej Kraków.

Zgodnie z art. 14 ww. ustawy na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z art. 11 ww. ustawy do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 2) prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej oraz programów wieloletnich;
- 3) ustalanie programów pilotażowych;
- 4) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- 5) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 6) zatwierdzanie oraz zmiana taryfy świadczeń;
- 7) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 8) planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji z budżetu państwa;
- 9) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
- 10) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 11) zatwierdzanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 12) opiniowanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 13) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu;
- 14) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) sprawowanie nadzoru nad Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 16) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Zgodnie z art. 48a ust. 1 ww. ustawy Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

Zgodnie z art. 48a ust. 4 ww. ustawy Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do AOTMiT w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 48d ust. 1 ww. ustawy Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym do zadań Miasta należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia.

Podejmowanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia, prezentowanych w niniejszym Programie, a w szczególności finansowanie przez Gminę programów polityki zdrowotnej stanowi uzupełnienie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia).

Realizację powyższych regulacji stanowi Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019–2021”, zwany dalej Programem, który stanowi również rozwinięcie celów operacyjnych, zawartych w Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.*, przyjętej Uchwałą Nr XCIV/2449/18 Rady Miasta Krakowa z dnia 7 lutego 2018 r.

W ramach Obszaru IV: *Jakość życia*, Celu strategicznego IV: *Kraków – miasto przyjazne do życia*, został określony Cel operacyjny IV.6: *Powszechność realizacji idei zdrowego i aktywnego życia*, który jest uznany za jedno z najistotniejszych zadań władz samorządowych. Realizacja celu operacyjnego IV.6 będzie podejmowana poprzez działania określone w programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Program Rozwoju Sportu w Krakowie;
- 2) Miejski Program Ochrony Zdrowia *Zdrowy Kraków*;
- 3) Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- 4) Program Aktywizacji i Integracji Osób Starszych.

Realizacja Celu operacyjnego IV.1 Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.* pn. *Powszechnie dostępna, wysokiej jakości przestrzeń publiczna* będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Program Rozwoju Kultury w Krakowie do roku 2030;
- 2) Miejski Program Rewitalizacji Krakowa;

- 3) Program rehabilitacji zabudowy blokowej na terenie Gminy Miejskiej Kraków (planowany);
- 4) Program Opieki nad Zabytkami Gminy Miejskiej Kraków.

Realizacja Celu operacyjnego IV.2 Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.* pn. *Zrewitalizowane obszary miejskie* będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Studium Uwarunkowań i Kierunków Zagospodarowania Przestrzennego Miasta Krakowa;
- 2) Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa;
- 3) Kierunki Rozwoju i Zarządzania Terenami Zieleni w Krakowie.

Realizacja Celu operacyjnego IV.3 Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.* pn. *Zrównoważone środowisko* będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Program Ochrony Środowiska dla miasta Krakowa;
- 2) Plan gospodarki niskoemisyjnej dla Gminy Miejskiej Kraków;
- 3) Program Ochrony Powietrza dla Województwa Małopolskiego;
- 4) Program Ochrony Środowiska przed Hałasem;
- 5) Powiatowy program zwiększenia lesistości miasta Krakowa (planowany);
- 6) Program Ograniczania Niskiej Emisji dla miasta Krakowa;
- 7) Program Ochrony Środowiska przed Promieniowaniem Elektromagnetycznym (planowany).

Realizacja Celu operacyjnego IV.4 Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.* pn. *Przyjazny mieszkańcom, efektywny i ekologiczny system transportowy* będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Plan zrównoważonego rozwoju publicznego transportu zbiorowego dla Gminy Miejskiej Kraków oraz gmin sąsiadujących;
- 2) Program Budowy Dróg dla Rowerów;
- 3) Program Obsługi Parkingowej dla Miasta Krakowa;
- 4) Program rozwoju infrastruktury transportowej Krakowa.

Realizacja Celu operacyjnego IV.5 Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030.* pn. *Wysoki poziom bezpieczeństwa w Krakowie* będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

- 1) Program poprawy bezpieczeństwa dla miasta Krakowa „Bezpieczny Kraków”;
- 2) Program aktywizacji społecznej młodzieży w Krakowie pod nazwą „Młody Kraków”;
- 3) Lokalny plan ograniczania skutków powodzi i profilaktyki powodziowej dla Krakowa;
- 4) Krakowski Program Małej Retencji Wód Opadowych;
- 5) Plan adaptacji do zmian klimatu dla miasta Krakowa (planowany).

Oczekiwane efekty realizacji powołanych programów i strategii są zbieżne z zakładanymi do osiągnięcia w Gminie Miejskiej Kraków:

- a) utrzymanie dobrej tendencji związanej z poprawą wskaźników zdrowotnych;

- b) dalsza poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów;
- c) dalszy wzrost efektywności wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia;
- d) dalsza poprawa zasobów infrastruktury podmiotów leczniczych.

Opieka zdrowotna w Krakowie finansowana jest z następujących źródeł:

- a) Narodowego Funduszu Zdrowia – środki przeznaczone są głównie na świadczenia zdrowotne, także w ramach programów profilaktycznych;
- b) budżetu Gminy Miejskiej Kraków – środki przeznaczone są głównie na poprawę infrastruktury technicznej zakładów, dla których Miasto jest podmiotem tworzącym oraz na realizację programów polityki zdrowotnej;
- c) środków własnych podmiotów leczniczych;
- d) budżetu państwa.

Zadania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie ochrony zdrowia wyznaczają m. in. następujące akty prawne:

- 1) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, zgodnie z którą do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty z zakresu spraw ochrony zdrowia;
- 2) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, na mocy której powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia (Gmina Miejska jako miasto na prawach powiatu);
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie, z którą do zadań własnych Miasta Krakowa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - a) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
 - b) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
 - c) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.
- 4) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wraz z aktami wykonawczymi, z której wynika nadzór właścicielski Gminy Miejskiej Kraków jako podmiotu tworzącego nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (Szpitalem Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, Szpitalem Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, Zakładem Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie, ul. Wielicka 267);
- 5) ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, zgodnie z którą jednostki samorządu terytorialnego realizują zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia oraz finansują zadania z zakresu zdrowia publicznego;
- 6) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020;
- 7) ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty wraz z aktami wykonawczymi, w zakresie odnoszącym się do bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole

- lub placówce: działalność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych (dyrektor szkoły lub placówki oświatowej zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pobytu na jej terenie);
- 8) ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe określa, iż szkoła w zakresie realizacji zadań statutowych zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej spełniającego szczegółowe wymagania;
 - 9) ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
 - 10) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (w zakresie ustalania rozkładu pracy aptek ogólnodostępnych);
 - 11) ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych – w granicach administracyjnych Miasta Krakowa znajduje się „Uzdrowisko Swoszowice”, realizowane są zadania własne gminy związane z zachowaniem funkcji leczniczych Uzdrowiska;
 - 12) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
 - 13) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii - zadania własne Gminy wynikające z tej ustawy realizowane są w ramach odrębnego programu, uchwalanego corocznie przez Radę Miasta Krakowa – Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii;
 - 14) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zadania własne Gminy wynikające z tej ustawy realizowane są w ramach odrębnego programu, uchwalanego przez Radę Miasta Krakowa – Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego;
 - 15) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* na lata 2017-2022;
 - 16) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którą do zadań własnych Gminy (i powiatu) należy opracowanie i realizacja gminnej i powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wspierania osób niepełnosprawnych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka (określone w odrębnej Strategii).

Niniejszy dokument określa istotne elementy polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków i wyznacza kierunki działania w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców, zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych oraz organizacji opieki zdrowotnej. Założenia Programu były konsultowane przez podmioty lokalnego systemu ochrony zdrowia: organy administracji publicznej – rządowej i samorządowej, samorzady zawodów medycznych, świadczeniodawców sektora publicznego, jak i niepublicznego, instytucje zdrowia publicznego, konsultantów województwa małopolskiego z danych dziedzin medycyny oraz organizacje pozarządowe. Przebieg oraz podsumowanie konsultacji znajduje się w odrębnym opracowaniu.

Program obejmuje przedstawienie aktualnego stanu w zakresie ochrony zdrowia oraz propozycje planowanych celów polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków do realizacji w kolejnych latach wraz z działaniami operacyjnymi związanymi z realizacją zadań. Ponadto niniejszy Program określa *Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2016–2018*.

Przy opracowywaniu Programu wykorzystano dokumenty i dane pochodzące w szczególności z:

- 1) Urzędu Miasta Krakowa (Biuro ds. Ochrony Zdrowia, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, Wydział Edukacji);
- 2) Wojewódzkiego i Powiatowego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie;
- 3) Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie;
- 4) Głównego Urzędu Statystycznego w Krakowie;
- 5) Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie;
- 6) Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie;
- 7) Raportów o Stanie Miasta.

Ponadto, przy opracowaniu Programu wykorzystano dane statystyczne pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego, Biuletynu Statystycznego Miasta Krakowa oraz innych instytucji prowadzących działalność w obszarze ochrony zdrowia, gromadzących dane statystyczne z zakresu zdrowia publicznego. Prezentowana poniżej informacja opiera się na możliwie dostępnych w momencie tworzenia Programu danych i stanowi syntetyczną ich analizę, niezbędną do podejmowania decyzji w ramach polityki zdrowotnej.

2. Uwarunkowania działań Miasta Krakowa w obszarze ochrony zdrowia

Wybrane aspekty dotyczące sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych

Podstawą do podejmowania działań w obszarze ochrony zdrowia jest analiza wskaźników charakteryzujących sytuację zdrowotną mieszkańców miasta Krakowa. Poniżej przedstawione zostały wybrane aspekty dotyczące sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w Mieście Krakowie, stanowiące uwarunkowania kierunków działania Miasta w zakresie ochrony zdrowia.

Przy opracowaniu Programu wykorzystano dane statystyczne pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego, Biuletynu Statystycznego Miasta Krakowa, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, opracowań Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Państwowego Zakładu Higieny, Raportów Sanitarnych dotyczących Małopolski oraz innych instytucji prowadzących działalność w obszarze ochrony zdrowia i gromadzących dane statystyczne z zakresu zdrowia publicznego. Prezentowana poniżej informacja opiera się na możliwie dostępnych w momencie tworzenia Programu danych i stanowi syntetyczną ich analizę, niezbędną do podejmowania decyzji w ramach polityki zdrowotnej. Należy jednak stwierdzić, że brak jest pełnych informacji o stanie zdrowia ludności, gdyż w wielu przypadkach miasto Kraków nie jest poddawane odrębnym analizom lub dane te są prezentowane ze znacznym opóźnieniem.

W celu wyjaśnienia prezentowanych danych poniżej przedstawione zostały definicje pojęć określających stan zdrowia ludności:

Chorobowość

Przedstawia się w postaci współczynnika chorobowości, który można zdefiniować jako: liczba osób chorujących na daną chorobę w danym momencie / liczba osób w populacji objętej ryzykiem w tym samym momencie $\times k$ (k - przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika chorobowości w postaci liczby osób przypadających standardowo na liczbę osób w populacji narażonej, np. 100 tys. osób). Współczynnik obliczany jest w danym przedziale czasu, przeważnie roku. Współczynnik ten obejmuje zarówno osoby chorujące już wcześniej, jak i nowo stwierdzone przypadki (zapadalność).

Demografia

Dziedzina nauki zajmująca się powstawaniem, życiem i przemijaniem społeczności ludzkiej. Demografia zajmuje się w równej mierze przyrostem naturalnym, migracjami, strukturą społeczną (wiek, płeć, przynależność zawodowa, narodowość, wyznanie) oraz ich rozmieszczeniem przestrzennym i oddziaływaniami społecznymi i socjologicznymi.

Epidemiologia

Badanie występowania i rozmieszczenia stanów lub zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonych populacjach oraz oddziaływania czynników wpływających na stan zdrowia a także zastosowanie tej wiedzy do kontrolowania problemów zdrowotnych. Epidemiologia bada wpływ czynników środowiskowych oraz warunków występowania epidemii spowodowanych chorobami w określonej populacji, wpływających na stan jej zdrowia. Może dotyczyć chorób ludzi, zwierząt i roślin.

Liczba ludności

Określa liczbę osób zamieszkujących dany obszar (np. jednostkę osadniczą, jednostkę administracyjną, państwo, kontynent itp.) w danym momencie. Podstawowym źródłem informacji o liczbie ludności na danym obszarze są spisy powszechne. Dla ich potrzeb wyróżnia się ludność:

- zamieszkałą (de iure) – tj. osoby stale przebywające w danym miejscu lub w nim zameldowane (nawet jeśli w danym momencie są nieobecne);
 - obecną (de facto) – tj. osoby zastane w danym miejscu, nawet jeśli ich pobyt jest chwilowy.
- Istotnym jest ustalenie liczby ludności w określonym wybranym momencie (np. stan na dzień 31 grudnia danego roku). W okresach międzyspisowych informacji o liczbie ludności dostarcza ewidencja bieżąca prowadzona przez odpowiednie urzędy lub oblicza się go przy użyciu metod statystycznych. Liczba ludności zmienia się nie tylko w dłuższych okresach, ale i sezonowo (np. w okresie urlopów) czy dobowych (centra dużych miast, tzn. city, wyludniające się po godzinach pracy) – wiąże się to ze zjawiskiem migracji ludności.

Migracja ludności

Przemieszczanie się ludności. Nasilenie się migracji może nastąpić m.in. z przyczyn złej sytuacji gospodarczej w miejscu zamieszkania (migracje ekonomiczne) lub sytuacji politycznej nie odpowiadającej migrującym (migracje polityczne).

Oczekiwana dalsza długość trwania życia

Jest równa średniej liczbie lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba w danym wieku i z danej grupy. W szczególnym przypadku przy wieku równym 0 (czyli dla noworodka) oczekiwana dalsza długość trwania życia jest równa średniej długości życia w danej populacji.

Przyrost naturalny

Różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów. Wartość dodatnia oznacza liczbę urodzeń przewyższającą liczbę zgonów, ujemna - odwrotnie. Jeśli mamy do czynienia z wartością ujemną, mówimy o ubytku naturalnym.

Starzenie się ludności

Proces zwiększania się udziału ludności w starszym wieku w ogólnej liczbie ludności. Najczęściej - jako próg - przyjmuje się jednolicie wiek 60 lub 65 lat, bądź wprowadza się odrębny próg dla mężczyzn - wiek 65 lat, a dla kobiet - 60 lat. W opracowaniach ONZ stosuje się dla kobiet i mężczyzn wiek jednolity - 65 lat. O starzeniu się danej populacji świadczą malejące – w ogólnej populacji – liczba i udział dzieci (0-14 lat) oraz wzrost liczby i odsetka osób w starszym wieku (65 lat i więcej).

Śmiertelność

Odsetek zgonów wśród chorych na określoną chorobę. Współczynnik śmiertelności można wyrazić za pomocą wzoru: liczba zgonów z powodu choroby w określonym przedziale czasu $\times k$ / liczba zdiagnozowanych przypadków tej choroby w tym samym czasie (k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika śmiertelności w postaci liczby zgonów przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób chorujących na daną chorobę, np. 1000 osób).

Umieralność

Liczba zgonów w stosunku do liczby mieszkańców. W epidemiologii umieralność definiuje się jako liczbę zgonów na k zgonów (najczęściej 1000 tys.) wśród ogółu obserwowanej populacji, w określonej jednostce czasu.

Umieralność niemowląt

Liczba zgonów niemowląt (tj. dzieci w wieku 0-1 roku) w danym przedziale czasowym przypadająca na 1000 urodzeń żywych.

Urodzenia żywe

Całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, niezależnie od okresu trwania ciąży, który po takim oddzieleniu oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych), bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone; każdy taki noworodek jest uważany za żywo urodzonego.

Wiek poprodukcyjny

przedział wiekowy przyjęty w statystyce dla potrzeb ekonomii. Według metodologii Głównego Urzędu Statystycznego w wieku poprodukcyjnym znajdują się:

- a) mężczyźni w wieku 65 lat i więcej;
- b) kobiety w wieku 60 lat i więcej.

Wiek produkcyjny

Ludność wykonująca pracę przynoszącą dochód oraz bezrobotni, przedział wiekowy przyjęty w statystyce dla potrzeb ekonomii. Według metodologii Głównego Urzędu Statystycznego w wieku produkcyjnym znajdują się:

- a) mężczyźni pomiędzy 18. a 64. rokiem życia;
- b) kobiety pomiędzy 18. a 59. rokiem życia.

Wiek przedprodukcyjny

Według metodologii Głównego Urzędu Statystycznego w wieku przedprodukcyjnym znajdują się mężczyźni i kobiety poniżej 18. roku życia.

Współczynnik feminizacji

Określa, ile kobiet w danym społeczeństwie przypada na określoną liczbę mężczyzn, najczęściej - określa liczbę kobiet przypadającą na 100 mężczyzn.

Współczynnik zapadalności

Miara prawdopodobieństwa zachorowania osób zdrowych na daną chorobę w określonym przedziale czasowym. Jego licznikiem jest liczba nowych zachorowań na daną chorobę w określonym czasie, a mianownikiem sumaryczny osoboczas narażenia na ryzyko, czyli liczba osób wolnych od choroby, ale narażonych na ryzyko jej wystąpienia w tym samym przedziale czasu. W populacji dynamicznej mianownik określa przeciętną wielkość populacji, często ocenianą pośrodku okresu obserwacji.

Współczynnik zgonów

Najczęściej stosowana miara umieralności. Posiada trzy zasadnicze elementy:

- a) grupę populacji narażoną na ryzyko zgonu,
- b) czynnik czasowy,
- c) liczbą zgonów występujących się w narażonej populacji w określonym przedziale czasu.

Licznik współczynnika stanowi liczba zgonów, które wystąpiły w danej populacji, zaś mianownik otrzymuje się na podstawie kart zgonów lub oszacowań dokonanych na podstawie kart zgonów.

Zapadalność

Liczba nowo zarejestrowanych przypadków danej choroby w przedziale czasu (zwykle roku) na sto tysięcy osób badanej populacji. Jeśli zapadalność i chorobowość utrzymują się na stałym poziomie, występuje zależność: chorobowość = zapadalność × średni czas trwania choroby.

Miasto Kraków od wielu lat podejmuje działania na rzecz zdrowia swoich mieszkańców. Działania profilaktyczne w stosunku do mieszkańców są realizowane systematycznie i skierowane do różnych grup odbiorców jednak ze szczególnym zwróceniem uwagi na dzieci i młodzież. Podstawą do podejmowania wszelkich działań w tym zakresie jest analiza wskaźników charakteryzujących sytuację zdrowotną mieszkańców Krakowa.

2.1. Wybrane dane demograficzne

Według danych pochodzących z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w Polsce w 2011 roku, który był pierwszym spisem realizowanym od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i przeprowadzony został w terminie od 1 kwietnia do 30 czerwca 2011 r., na dzień 31 marca 2011 roku mieszkało w Polsce 38,5 mln osób, o 0,8% więcej w stosunku do wyników bilansu ludności za rok 2010. W porównaniu z wynikami spisu z 2002 roku ludność Polski w 2011 r. zwiększyła się o blisko 271 tys. osób (0,71%), przy czym przyrost ten dotyczył kobiet, natomiast liczba mężczyzn zmniejszyła się (szczegółowe dane zawiera Tabela1).

Stan ludności na dzień 31 grudnia 2017 w Polsce wynosił 38 433 558 osób.

Tabela 1. Ludność faktycznie zamieszkała w Polsce według płci w latach 2002 i 2011.

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ludność faktyczna w tys. (wg stanu na 20 maja 2002 r.)	38 230	18 516	19 714
Ludność faktyczna w tys. (wg stanu na 31 marca 2011 r.)	38 501	18 432	20 067
Różnica w latach 2002-2011(w tys.)	+271	-84	+353
Dynamika zmian (2002=100)	100,7	99,5	101,8

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Spis Powszechny Ludności 2002 r. i 2011 r.

Tabela 2. Ludność wg płci na podstawie bilansów Głównego Urzędu Statystycznego.

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2012 r.	38 533 299	18 649 334	19 883 965
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2013 r.	38 495 659	18 629 535	19 866 124
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2014 r.	38 478 602	18 619 809	19 858 793
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2015 r.	38 437 239	18 597 991	19 839 248
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2016 r.	38 432 992	18 593 166	19 839 826
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2017 r.	38 433 558	18 593 175	19 840 383
Różnica w latach 2012-2017 (w tys.)	-100	-56	-44

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Struktura wieku ludności faktycznej w latach 2002-2011 ulegała dynamicznym zmianom, co było głównie konsekwencją „przesuwania się” wyzów i niżów demograficznych przez poszczególne grupy wieku ludności oraz skutkiem zwiększonej emigracji Polaków za granicę, po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. W świetle wyników spisu w 2011 roku liczba ludności faktycznie zamieszkałej w miastach zmniejszyła się od poprzedniego spisu

i wyniosła ok. 23 169 tys., co stanowiło ok. 60, 2 % ogółu. Zwiększyła się natomiast liczba ludności wiejskiej do ok. 15 332 tys. osób, co stanowiło 39,8%. Zmiany te spowodowane zostały w dużej mierze migracjami z dużych ośrodków miejskich na obrzeża miast. W 2011 roku najwięcej ludności faktycznie zamieszkałej liczyły województwa: mazowieckie, śląskie, wielkopolskie oraz małopolskie (8,8%). Obecnie współczynnik feminizacji w Polsce wynosi 107 (31 grudnia 2017 r.), podobnie jak w roku 2011.

Z danych za rok 2017 wynika, iż liczba ludności w porównaniu z wynikiem w roku 2012 zmniejszyła się o 100 tys. osób. We wszystkich przedstawionych latach w tabeli nr 2, widać przewagę liczbową kobiet nad mężczyznami. W 2017 roku najwięcej ludności zamieszkiwało województwa: mazowieckie, śląskie, wielkopolskie oraz małopolskie.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 województwo małopolskie ogółem zamieszkiwało 3 391 380 osób: 1 645 986 mężczyzn oraz 1 745 394 kobiet. W samym Krakowie liczba ludności wynosiła 767 348: mężczyźni w liczbie 358 138 oraz kobiety w liczbie 409 210.

W województwie małopolskim w roku 2017 największą grupę stanowiły osoby w wieku produkcyjnym mobilnym (18-44 lata). W 2017 roku w skali kraju odnotowano zerowy przyrost naturalny, natomiast w 5 województwach liczba ludności zwiększyła się (pomorskie, mazowieckie, małopolskie, wielkopolskie i podkarpackie). W województwie Małopolskim stopa przyrostu wyniosła 0,27. Przyrost naturalny w roku 2017 r. w Małopolsce wyniósł 1,7 zaś w Krakowie 2,2.¹

Do roku 2050 w województwie małopolskim oraz samym Krakowie nadal utrzymywać się będzie przewaga kobiet nad mężczyznami. W roku 2017 województwo małopolskie zamieszkiwało 3 391 380 osób. W kolejnych latach liczba ludności będzie się zmniejszać, aż w roku 2050 osiągnie 3 279 424 osoby.² W roku 2017 w Krakowie zamieszkiwało 767 348 osób, co stanowiło 22,6% ogólnej liczby ludności województwa małopolskiego (dane na dzień 31 grudnia 2017 r.), natomiast z prognoz wynika, że w 2050 roku w Krakowie będzie zamieszkiwało blisko 807 tysięcy osób (24.6% ogólnej liczby ludności województwa małopolskiego).

W 2016 roku żywych urodzeń w Krakowie było 11,56 na 1 000 ludności. W Małopolsce żywych urodzeń w roku 2016 było 10,76 na 1 000 ludności, a w Polsce 9,95 na 1 000 ludności. W 2016 roku w Krakowie zgonów było 9.38 na 1 000 ludności, w Małopolsce - 9,1, a w Polsce 10,1 na 1 000 ludności.

W latach 2007-2016 obserwowany był pozytywny trend w zakresie oczekiwanego przeciętnego trwania życia: we wszystkich województwach przeciętne trwanie życia wzrosło. Tabela poniżej przedstawia szczegółowe dane dotyczące przeciętnego trwania życia mężczyzn oraz kobiet w momencie urodzenia na poziomie kraju, województwa małopolskiego oraz Miasta Krakowa.

Główny Urząd Statystyczny w perspektywie roku 2035 przewiduje dalsze wydłużanie się trwania życia, co w ocenie tej instytucji będzie powodować wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym o 11 %³.

¹Województwo Małopolskie. Podregiony, Powiaty, Gminy. 2017. Urząd statystyczny w Krakowie.

² Bank Danych Lokalnych. Główny Urząd Statystyczny (dn. 28.05.2018 r.).

³ Prognoza ludności na lata 2008-2035, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2009.

Struktura demograficzna odzwierciedla stan badanej populacji w ustalonym momencie ze względu na cechy ważne z punktu widzenia rozważanego problemu. Sytuacja w Mieście Krakowie przedstawia się następująco (dane na dzień 30 czerwca 2017 r. źródło: Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa- IV kwartał 2017): po okresie ujemnego przyrostu naturalnego do roku 2007, spowodowanego przewagą liczby zgonów nad liczbą urodzeń, pojawiła się tendencja niewielkiego dodatniego przyrostu naturalnego. W roku 2009 wynosił: 0,9, w roku 2010 r. współczynnik przyrostu naturalnego wynosił: 1,0 natomiast w roku 2011 r. zmniejszył się do: 0,6. W roku 2014 współczynnik przyrostu naturalnego wynosił 0,9, w 2015 wynosił 0,5, w 2016 wynosił 2,2 a w pierwszym półroczu 2017 roku wyniósł 1,4.

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 0 lat
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Jednostka terytorialna	Mężczyźni									
	Ogółem									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	lata	lata	lata	Lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata
Polska	71.0	71.3	71.5	72.1	72.4	72.2	73.1	73.8	73.6	73.9
małopolskie	72.5	72.9	73.1	73.7	73.9	74.0	74.8	75.3	75.1	75.3
m. Kraków	73.5	74.1	74.2	75.1	75.6	75.1	76.8	76.3	77.1	77.1

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 0 lat

Jednostka terytorialna	Kobiety									
	Ogółem									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata
POLSKA	79.7	80.0	80.1	80.6	80.9	81.0	81.1	81.6	81.6	81.9
MAŁOPOLSKIE	80.7	80.9	81.1	81.4	81.7	81.9	82.0	82.5	82.4	82.9
m. Kraków	80.6	81.0	81.4	81.5	81.9	82.0	82.0	82.5	82.6	83.1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Jednocześnie należy stwierdzić, że w mieście Krakowie nie ma zjawiska wyludnienia. Obserwuje się zjawisko dodatniej migracji. Szczegółowe dane dotyczące liczby ludności w latach 2006-2017 w mieście Krakowie przedstawiono w tabeli nr 5.

Istotne znaczenie przy ocenie liczby ludności ma również proces migracji. W roku 2006 saldo migracji dla Miasta Krakowa wynosiło: 825, w roku 2007: 358, w roku

2008: minus 62, w roku 2009: 412, w roku 2010 podobnie: 416. Natomiast w roku 2011: 975. W roku 2014 saldo migracji wynosiło 1 531, w 2015 roku saldo wyniosło 1486, w 2016 roku saldo migracji wynosiło 321.

Tabela 5. Liczba ludności w mieście Krakowie.

Lata	Liczba ludności – miasto Kraków
2006	756 267
2007	756 583
2008	756 744
2009	755 000
2010	756 183
2011	759 137
2012	759 800
2013	758 992
2014	761 873
2015	761 069
2016	765 320
2017	767 348

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W latach 1980-2007 zmieniła się struktura populacji Polski w grupach ekonomicznych: nastąpił wzrost liczby osób w grupie wieku poprodukcyjnym (z 11,4% w 1980 r. do 18% w 2007 r.), przy jednoczesnym spadku osób w grupie wieku przedprodukcyjnym (z 23,4% w 1980 r. do 15,7% w 2007 r.). W roku 2010 osoby w wieku poprodukcyjnym to 16 %, w wieku przedprodukcyjnym 23 %, natomiast w wieku produkcyjnym 44 %. Do 2050 roku spodziewany jest wzrost liczby osób starszych (>65 roku życia) o blisko 5,4 mln w skali kraju.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, liczba mieszkańców Krakowa w wieku poprodukcyjnym (kobiet oraz mężczyzn) w latach 2007-2017 wynosiła odpowiednio: w roku 2007 – 113 360 osób, co stanowiło 15 % populacji; w roku 2008 – 139 356 osób, co stanowiło 18,5% populacji; w roku 2009 – 142 776 osób, co stanowiło 18,9% populacji; w roku 2010 – 146 450 osób, co stanowiło 19,4 % populacji; w roku 2011 – 152 534 osób, co stanowi 20 % populacji; w roku 2014 – 164 232 osób, co stanowi 21,5 % populacji; w roku 2015 – 168 373 osób, co stanowi 22,12% populacji; w roku 2016 – 173 426 osób, co stanowi 22,66 % populacji; w roku 2017 – 177 436 osób, co stanowi 23,12 % populacji.

2.2. Wybrane dane epidemiologiczne

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat ogólny stan zdrowia ludności Europy uległ poprawie, ale proces ten nie przebiegał równomiernie i nie objął wszystkich mieszkańców naszego kontynentu. Nadal utrzymują się nierówności między poszczególnymi społeczeństwami i w ramach tych samych społeczeństw, co stanowi odzwierciedlenie zróżnicowanych warunków życia ludności.⁴ Stan zdrowia dorosłych mieszkańców Polski jest gorszy od przeciętnego mieszkańca kraju Unii Europejskiej, zwłaszcza mieszkańca kraju o wyższym poziomie rozwoju ekonomicznego.

1) Struktura zgonów w Polsce, w Małopolsce oraz w Krakowie

Do podstawowych problemów zdrowotnych państw rozwiniętych należą głównie: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i wypadki, choroby zwyrodnieniowe układu narządów ruchu, choroby metaboliczne, zaburzenia w sferze zdrowia psychicznego, schorzenia układu oddechowego, schorzenia układu pokarmowego itp. W Polsce i w Małopolsce do głównych przyczyn zgonów należą choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, a także objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane, jak również zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu. Ogółem w 2015 roku zmarły w Małopolsce 31 384 osoby, w tym na choroby układu krążenia ogółem – 15 753 osoby (50,2% ogółu zgonów), a na choroby nowotworowe ogółem – 8 817 osób (28,1% ogółu zgonów) [dane nieweryfikowane, ostatnie dostępne z opóźnieniem w zakresie umieralności szczegółowej]. Odnotowywane odsetki w zakresie najczęstszych przyczyn zgonów były wyższe w Małopolsce niż w Polsce (odpowiednio 45,7% i 26,7% wśród wszystkich przyczyn zgonów). Natomiast porównanie wskaźników umieralności na 100 000 mieszkańców w przypadku dwóch zasadniczych przyczyn zgonów Polaków i Małopolan, wypada nieco korzystniej dla Małopolski.

Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie nie różni się znacznie od ogólnopolskiej tendencji. Nieco większa różnica pomiędzy Krakowem a Polską występują jedynie w chorobach układu krążenia i wynosi 5% (Kraków: 57% zgonów; Polska 52% zgonów – dane za 2015 r.). Częstość pozostałych przyczyn zgonów pozostaje na podobnym poziomie. Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2015r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 51,24% zgonów, w Polsce 45,96% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2015r. z powodu nowotworów odnotowano 29,93% zgonów, w Polsce 26,71% zgonów. W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 4,25%, Polska 5,01%), choroby układu oddechowego (Kraków 3,53%, Polska 6,14%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 3,94%, Polska 3,73%).

Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet w Krakowie najczęstszą przyczynę zgonów stanowiły choroby układu krążenia: mężczyźni (47,35% zgonów), kobiety (54,98% zgonów). W Polsce najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn stanowiły choroby układu krążenia (40,73% zgonów), u kobiet także były to choroby układu krążenia (50,96% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą w kolejności przyczynę zgonów odpowiednio:

- a) Dla kobiet 24,80% zgonów w Polsce, 29,15% zgonów w Krakowie;
- b) Dla mężczyzn 28,46% zgonów w Polsce, 30,75% zgonów w Krakowie.

⁴ Kompleksowe podejście do działań na rzecz równości w zdrowiu. WHO 2014.

Tabela 6. Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie i Polsce w 2015r.

Stan chorobowy	Kraków	Polska
Choroby układu krążenia	51,24 %	45,96%
Nowotwory	29,93%	26,71%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	4,25%	5,01%
Choroby układu oddechowego	3,53%	6,14%
Choroby układu trawiennego	3,94%	3,73%
Inne	7,11%	12,74%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

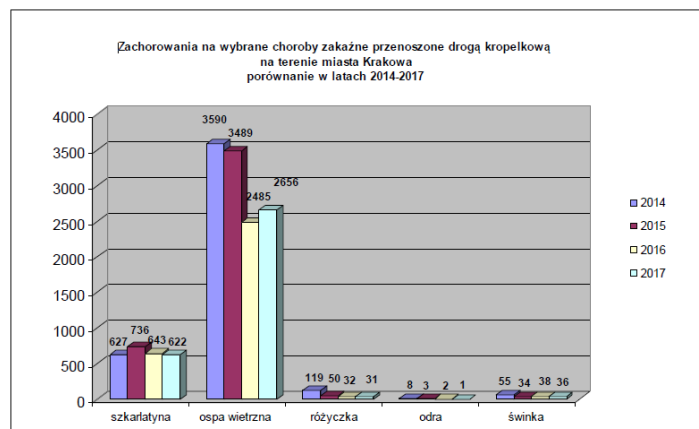
2) Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych i zatruc związkami chemicznymi

W 2017 roku Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie odnotował 136100 przypadków zachorowań na choroby zakaźne podlegające obowiązkowi zgłoszenia, co stanowi wzrost o 13857 przypadków zachorowań w porównaniu z 2016 rokiem. Hospitalizowano 2076 osób, co stanowi ok. 1,5% ogółu zgłoszonych zachorowań. Wśród zgłoszonych przypadków chorób zakaźnych, nadal jak w poprzednich latach, dominowała grypa i zachorowania grypopodobne, tj. 127754 zachorowań, co stanowiło 94% przypadków oraz ospa wietrzna – 2656 zachorowań.

Wybrane choroby zakaźne przenoszone drogą kropelkową

W roku 2017 wśród zachorowań na choroby zakaźne, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały zachorowania na ospę wietrzną, zarejestrowano 2656 zachorowań, w tym 11 osób było hospitalizowanych, co stanowi nieznaczny wzrost w porównaniu z rokiem 2016 (2485 przypadków) i spadek w porównaniu z 2015 r. (3489 przypadków). W roku 2017 zachorowania na różyczkę, świnkę, odrę i szkarlatynę utrzymywały się na takim samym poziomie jak w 2016 roku.

Rycina 1. Wybrane choroby zakaźne przenoszone drogą kropelkową.



Źródło: Informacja o stanie bezpieczeństwa sanitarnego Miasta Krakowa w roku 2017. Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Grypa oraz zachorowania grypopodobne

W 2017 roku nastąpił wzrost liczby zachorowań na grypę i zachorowań grypopodobnych w porównaniu do 2016 roku. Najwięcej zachorowań odnotowano w miesiącach lutym, marcu i grudniu 2017 roku, co wskazuje na sezonowy charakter zachorowań na grypę. W roku 2017 na terenie miasta Krakowa zarejestrowano ogółem 127754 przypadków podejrzeń i zachorowań na grypę oraz zachorowań grypopodobnych, w tym 52104 wśród dzieci do lat 14. Hospitalizowano 352 osoby. Ponadto w 2017 roku potwierdzono badaniami laboratoryjnymi 107 przypadków grypy. Zarejestrowano jeden zgon spowodowany grypą typu A.

Borelioza

W 2017 roku odnotowano 406 przypadków boreliozy, w tym 9 osób hospitalizowano. Oznacza to dalszy wzrost liczby zachorowań na boreliozę w porównaniu do lat ubiegłych. Stwierdzony wzrost zachorowań jest prawdopodobnie wynikiem zarówno większej aktywności kleszczy związanej z coraz wyższymi temperaturami powietrza (łagodne zimy), jak również edukacji społeczeństwa w zakresie chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze i coraz większą dostępnością do badań.

Pozostałe choroby zakaźne

W roku 2017 stwierdzono, że o 41% zmalała liczba zachorowań na krztusiec, tj. zgłoszono 249 przypadków w porównaniu do 422 przypadków w roku 2016. Odnotowany spadek zachorowań na krztusiec może być prawdopodobnie wynikiem zarówno uzupełnienia szczepień dzieci przeciwko krztuścowi (dostępność szczepionki przeciwko krztuścowi stosowanej do uodpornienia dzieci w 6 roku życia) oraz wprowadzeniem do Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016 w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych drugiej dawki przypominającej przeciwko krztuścowi w 14 roku życia.

Zakaźne zatrucia pokarmowe i zakażenia jelitowe

W 2017 roku z terenu miasta Krakowa zgłoszono 3339 przypadków zatruc pokarmowych oraz zakażeń jelitowych i odnotowano wzrost o 893 zachorowania w stosunku do roku 2016, w którym zarejestrowano 2446 przypadków. Hospitalizowano 1619 osób, co stanowi 48% ogółu ww. zachorowań.

Największy wzrost zachorowań wystąpił w przypadku zachorowań na biegunki i zapalenia żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu, tj. z 1235 w 2016 r. do 1530 w 2017 r., salmonelozę z 242 przypadków w roku 2016 do 327 w 2017 roku oraz w przypadku wirusowych zakażeń jelitowych (738 przypadki w 2016 r. do 1230 zachorowań w 2017 r.). W grupie wirusowych zakażeń jelitowych dominują zakażenia wywołane przez rotawirusy (943 zachorowania w 2017 roku) oraz norowirusy (190 zachorowań). Łącznie zachorowania wywołane przez rotawirusy i norowirusy stanowiły 92% wszystkich przypadków wirusowych zakażeń jelitowych. Pozostałe przypadki zatruc pokarmowych i zakażeń jelitowych w 2017 r. kształtują się na porównywalnym poziomie jak w 2016 roku.

Wirusowe zapalenia wątroby

W roku 2017 zaobserwowano zmienny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenia wątroby typu A w porównaniu z latami wcześniejszymi kiedy do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie zgłaszano sporadyczne zachorowania (w roku 2016 nie zgłoszono zachorowań, w 2015 - 5 przypadków). W 2017 roku wystąpiły 152 przypadki

zachorowania na WZW typu A z czego 125 osób było hospitalizowanych. Stwierdzono 10 ognisk zachorowań WZW typu A w środowisku domowym. Obserwowano, że zachorowania na WZW typu A wystąpiły głównie wśród nieszczepionych mężczyzn w wieku 20 – 40 lat.

Ponadto w 2017 roku odnotowano spadek liczby zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i typu C (37 zachorowań na WZW typu C w 2017 r. do 79 w 2016 r. oraz 23 przypadki WZW typu B w 2017 roku do 52 w roku 2016). Obecnie częściej rozpoznaje się przypadki przewlekłego wirusowego zapalenie wątroby typu B nabytego w przeszłości. Sporadycznie dochodzi do wystąpienia ostrego WZW B – w 2017 roku brak zachorowań, w 2016 r. zarejestrowano jedno zachorowanie na ostre WZW B, a w 2015 dwa zachorowania.

Neuroinfekcje

Ogólna liczba zarejestrowanych w 2017 roku zachorowań na neuroinfekcje (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu) wyniosła 21 przypadków, co stanowi liczbę porównywalną z rokiem 2016 (27 przypadków zachorowań) i spadek w porównaniu z rokiem 2015, kiedy zgłoszono 45 przypadków. Wszyscy ww. chorzy byli hospitalizowani. W 2017 r. zarejestrowano ogółem 4 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (ICHM), wszyscy chorzy byli hospitalizowani. W 2 przypadkach zachorowania wystąpiły jako posocznica meningokokowa, u 1 chorego rozpoznano meningokokowe zapalenie opon mózgowych, natomiast u jednej osoby zachorowanie na ICHM wystąpiło pod postacią posocznicy i zapalenia opon mózgowych. Chemioprophylaktyką objęto łącznie 38 osób z kontaktu z chorymi, w tym 32 osoby dorosłe i 6 dzieci. Czynnikiem etiologicznym w 3 przypadkach zachorowań były bakterie *Neisseria meningitidis* typu B i w 1 przypadku *Neisseria meningitidis* serogrupy W.

Inwazyjna choroba meningokokowa jest chorobą wywoływaną przez dwoinki zapalenia opon mózgowych (*Neisseria meningitidis*, meningokoki), na którą zachorowania występują sporadycznie. Bakterie *Neisseria meningitidis* występują u ludzi jako drobnoustroje kolonizujące jamę nosowo-gardłową (ok. 5–25% populacji). Najczęstszymi w Polsce czynnikami wywołującymi zachorowania są głównie szczepy z grupy B oraz grupy C.

Zakażenia HIV

W 2017 roku zarejestrowano 108 nowo wykrytych zakażeń HIV na terenie Miasta Krakowa, w tym 5 osób było hospitalizowanych, co stanowi znaczny wzrost w porównaniu z ubiegłymi latami, kiedy odnotowane przypadki zakażeń były na analogicznym poziomie. Nie stwierdzono zachorowań na AIDS.

Narażenie na wściekliznę

W 2017 roku na terenie miasta Krakowa liczba osób zakwalifikowanych do szczepień przeciwko wściekliznie nieznacznie spadła w porównaniu z 2016 rokiem. Ogółem poddano szczepieniu 222 osoby, w tym 6 osób dodatkowo zabezpieczono podaniem surowicy przeciwko wściekliznie.

Gruźlica

W 2017 roku zarejestrowano 159 przypadków podejrzeń i zachorowań na gruźlicę na terenie miasta Krakowa co jest analogiczne do poprzedniego roku (158 podejrzeń i zachorowań na gruźlicę). Prowadzono dochodzenia epidemiologiczne w związku z wystąpieniem zachorowań na gruźlicę, dokonywano oceny ryzyka i w zależności od rangi kontaktu ustalano osoby narażone na zachorowanie w ramach tzw. I, II, III kręgu.

3) Zachorowania na nowotwory złośliwe

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2014 r. stwierdzono ich już ponad 156 tys., tj. o 18 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł blisko 406 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 107 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane są w narządach: trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz płciowych – stanowiły one prawie 54% wszystkich nowotworów wykrytych w 2014 r. Wzrost liczby zachorowań w 2014 r. nie dotyczył całego kraju. W czterech województwach zarejestrowano znacznie mniej przypadków niż przed rokiem (w województwie pomorskim, śląskim, wielkopolskim i łódzkim), a w lubelskim liczba zachorowań utrzymała się na poziomie ubiegłego roku. W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba rejestracji nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województwa podkarpackiego (wzrost o ponad 15% w porównaniu z rokiem ubiegłym) oraz w województwach: zachodniopomorskim (wzrost o 8%) oraz kujawsko-pomorskim i opolskim (o ponad 6%).

2.3. Analiza i wybrane aspekty dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych w mieście Krakowie

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie miasta Krakowa w latach 2012-2017 (w dniach) przedstawia tabela numer 6.

Tabela 7. Średni czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Lata						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Różnica 2012/ 2017
1.	Świadczenia w zakresie alergologii	70	64	65	78	97	96	+26
2.	Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej	2	1	8,5	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
3.	Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	12	17	17	18	18	20	+8
4.	Świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	33	20	40	b.d.	68	68	+35
5.	Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc	41	35	36	b.d.	59	60	+19

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”

6.	Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	33	40	42	45	51	58	+25
7.	Świadczenia w zakresie diabetologii	68	64	58	53	57	b.d.	b.d.
8.	Świadczenia w zakresie endokrynologii	103	144	156	b.d.	177	204	+101
9.	Świadczenia w zakresie gastroenterologii	90	86	101	b.d.	138	169	+79
10.	Świadczenia w zakresie geriatry	18	17	12	b.d.	21	21	+3
11.	Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	13	16	19	17	16	14	+1
12.	Świadczenia w zakresie kardiologii	98	96	90	87	96	96	-2
13.	Świadczenia w zakresie neurologii	41	46	54,5	62	68	78	+37
14.	Świadczenia w zakresie okulistyki	75	85	99	111	128	157	+82
15.	Świadczenia w zakresie onkologii	17	19	20	31	44	42	+25
16.	Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	52	65	67	65	91	95	+43
17.	Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci	26	48	46	b.d.	91	95	+69
18.	Świadczenia w zakresie otolaryngologii	26	25	26	31	39	b.d.	b.d.
19.	Proktologia	42	56	46	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
20.	Reumatologia	60	64	63,5	b.d.	82	94	+34
21.	Urologia	70	90	85	99	100	106	+36

Źródło: Opracowanie własne.

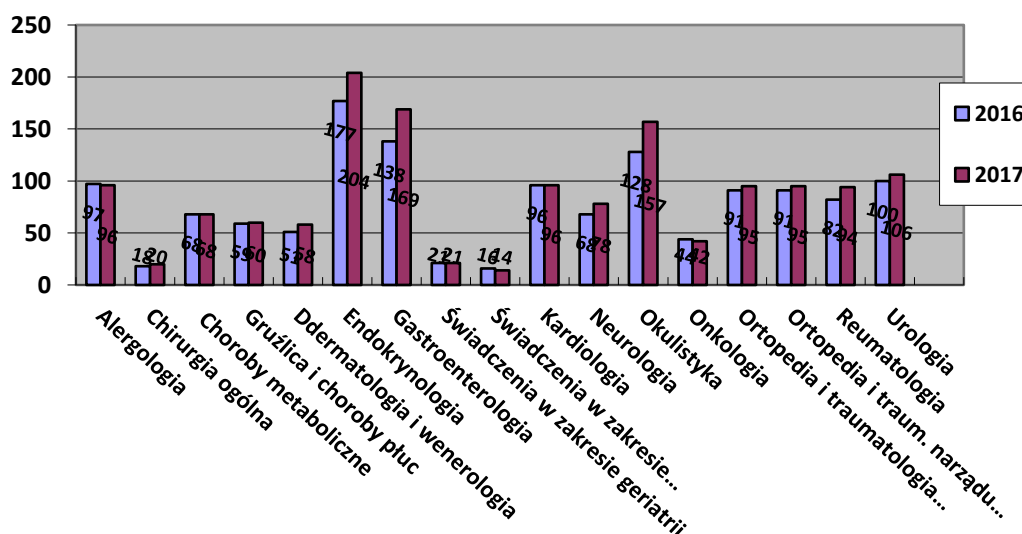
Średni czas oczekiwania na ww. ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w Krakowie wynosi ok. 87 dni (stan rok 2017). W porównaniu do poprzednio analizowanego okresu (stan rok 2016) czas średnio wydłużył się o ok. 9 dni (w roku 2016 było to ok. 76 dni). Otrzymane wyniki świadczą o wydłużeniu czasu oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2012-2017. W 2017 r. najdłuższa kolejka występowała w dostępie do świadczeń z zakresu endokrynologii gdzie średni czas oczekiwania wynosił 204 dni w roku 2017 i wydłużył się o 101 dni w stosunku do roku 2012 kiedy wynosił 103 dni. Na świadczenia kardiologiczne w roku 2017 czekało się przeciętnie 96 dni, okres oczekiwania skrócił się o 2 dni w stosunku do roku 2012 kiedy wynosił 98 dni. Na świadczenia z zakresu okulistyki średni czas oczekiwania w roku

2017 wyniósł 157 dni i wydłużył się o 82 dni w stosunku do roku 2012 kiedy wynosił 75 dni. Na świadczenia z zakresu urologii, średni czas oczekiwania w roku 2017 wyniósł 106, wydłużył się o 36 dni w stosunku do roku 2012 kiedy wynosił 70 dni. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gastroenterologii w roku 2017 wynosił 169 dni i wydłużył się o 79 dni w stosunku do roku 2012 kiedy wynosił 90 dni. Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: geriatrya; gdzie czas oczekiwania wynosił 21 dni w roku 2017 i wydłużył się o 3 dni w stosunku do roku 2012; położnictwo i ginekologia, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 14 dni w roku 2017 i wydłużył się o 1 dzień w stosunku do roku 2012; chirurgii ogólnej, gdzie czas oczekiwania wynosił 20 dni w roku 2017 i wydłużył się o 8 dni w stosunku do roku 2012.

Poprawa dostępu do świadczeń nastąpiła w zakresie kardiologii oraz diabetologii. W zakresie kardiologii, w latach 2012- 2017 średni czas oczekiwania utrzymywał się na stałym poziomie i wahał się pomiędzy 98- 87 dni. Pomimo kilkudniowego skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie kardiologii trzymiesięczny czas oczekiwania jest stosunkowo długi. Średni czas oczekiwania w zakresie diabetologii wynosił w latach 2012- 2017 średnio 60 dni, jednak można zauważyć stopniową poprawę dostępności do świadczeń z zakresu diabetologii przez wartość spadkową średniego czasu oczekiwania z poprzednich lat. Wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przestrzeni lat 2012- 2017 zanotowano w przypadku niemalże wszystkich świadczeń zdrowotnych (za wyjątkiem świadczeń z zakresu kardiologii). Świadczenia, które na przestrzeni lat 2012- 2017 utrzymywały się na stosunkowo stałym poziomie dostępności badanym w oparciu o średni czas oczekiwania to: geriatrya (średni czas oczekiwania 18 dni), położnictwo i ginekologia (średni czas oczekiwania 16 dni), kardiologia (średni czas oczekiwania 94 dni), chirurgia ogólna (średni czas oczekiwania 17 dni). Czas oczekiwania na świadczenia z reumatologii w roku 2017 wyniósł 94 dni, a w 2012 roku 60 dni.

Poniższy wykres przedstawia: Czas oczekiwania w dniach na poszczególne ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2016-2017 w mieście Krakowie.

Rycina 2. Czas oczekiwania na poszczególne ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia.



Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując, dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców są zdecydowanie choroby układu krążenia, następnie nowotwory. Pozostałe przyczyny o istotnym znaczeniu to: zewnętrzne przyczyny zgonów, choroby układu oddechowego, układu trawiennego.

W Krakowie do kardiologa w 2017 roku czekało się średnio 96 dni. Czas oczekiwania na poradę u specjalisty kardiologii na terenie Miasta Krakowa jest zróżnicowany w zależności od placówek. W roku 2017 sumaryczna kwota zobowiązań MOW NFZ na świadczenia w zakresie kardiologii wyniosła: 555 237 580,40 zł. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu onkologii wynosił w roku 2017 42 dni. W roku 2017 sumaryczna kwota zobowiązań MOW NFZ na świadczenia w zakresie onkologii wyniosła 481 817 653,55 zł. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gruźlicy i chorób płuc w 2017 r. wyniósł 60 dni. W 2017 r. sumaryczna kwota zobowiązań MOW NFZ na świadczenia w zakresie Gruźlicy i Chorób Płuc wyniosła 404 045 854, 25 zł. Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gastroenterologii wynosi średnio 169 dni. W roku 2017 sumaryczna kwota zobowiązań MOW NFZ na świadczenia w zakresie gastroenterologii wyniosła 315 566 978,25 zł. Pomimo wydłużenia się długości życia i starzenia społeczeństwa, czas oczekiwania na wizytę u geriatry nie należy do długich w Krakowie, bo wynosi średnio 21 dni. Sumaryczna kwota zobowiązań MOW NFZ na świadczenia w zakresie Geriatrii w 2017 roku wyniosła 237 494 839,89 zł.

3. Cele i kierunki realizacji Programu

Kierunki realizacji Programu są zbieżne z Celem Strategicznym IV *Kraków – miasto przyjazne do życia* oraz z Celem Operacyjnym IV.6 *Powszechność realizacji idei zdrowego i aktywnego życia*, które zostały zdefiniowane w Strategii Rozwoju Krakowa *Tu chcę żyć. Kraków 2030*.

Cel ogólny Programu:

Zapewnienie mieszkańcom Krakowa właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez:

- 1) Systematyczną aktualizację informacji o potrzebach i uwarunkowaniach zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa;
- 2) Realizację zadań związanych z kreowaniem polityki zdrowotnej Miasta Krakowa;
- 3) Poprawę warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych – stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o możliwie najwyższej jakości i dostępności;
- 4) Profilaktykę i promocję zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych przez działania edukacyjne adresowane do konkretnych grup wiekowych;

Tak, aby:

- 1) Zwiększyć poziom wiedzy w obszarze potrzeb i uwarunkowań zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa;
- 2) Umożliwić mieszkańcom dostęp do Programów Polityki Zdrowotnej;
- 3) Zwiększyć dostępność oraz jakość świadczonych usług;
- 4) Upowszechniać zachowania zdrowotne.

Wskazane powyżej priorytety będą realizowane w szczególności poprzez poniżej opisane działania:

3.1. Lecznictwo

3.1.1. Lecznictwo otwarte

- 1) Infrastruktura
 - a) Tworzenie warunków dla dostosowania pomieszczeń i urządzeń przychodni administrowanych przez właściwą miejską jednostkę organizacyjną Miasta Krakowa do obowiązujących przepisów m.in. poprzez możliwość inwestowania własnych środków oraz do pozyskiwania środków ze źródeł zewnętrznych;
 - b) Likwidacja barier architektonicznych w budynkach w całości przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych;
 - c) Zbywanie nieruchomości na rzecz ich najemców, zgodnie z odrębnymi uchwałami Rady Miasta Krakowa.
- 2) Współpraca z konsultantami województwa małopolskiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządami zawodów medycznych, organizacjami pozarządowymi (w tym świadczeniodawców i pacjentów), ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami lokalnego systemu zdrowotnego przy podejmowaniu przez Gminę Miejską Kraków decyzji w zakresie ochrony zdrowia jej mieszkańców.
- 3) Realizacja programów polityki zdrowotnej (ustanowionych zgodnie z częścią II „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2019–2021”).
- 4) Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach zadań Dzielnic (wyłącznie zgodnych z zakresem programów polityki zdrowotnej ustanowionych przez Radę Miasta Krakowa).
- 5) Zapewnienie mieszkańcom Miasta Krakowa informacji o świadczeniodawcach usług medycznych prowadzących działalność na terenie Miasta poprzez:
 - a) działalność „Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej”;
 - b) współpracę z lokalnymi środkami masowego przekazu;
 - c) wykorzystanie komunikacji elektronicznej;
 - d) prowadzenie serwisu zdrowotnego w ramach Miejskiej Prezentacji Internetowej „Magiczny Kraków” oraz na stronach „Biuletynu Informacji Publicznej”.

Tabela 8. Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu.

L.p.	Treść działania	Termin
1.	Tworzenie warunków dla dostosowania pomieszczeń i urządzeń przychodni administrowanych przez właściwą miejską jednostkę organizacyjną Miasta Krakowa do obowiązujących przepisów m.in. poprzez możliwość inwestowania własnych środków oraz do pozyskiwania środków ze źródeł zewnętrznych; Likwidacja barier architektonicznych w budynkach w całości przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych; Zbywanie nieruchomości na rzecz ich najemców, zgodnie z odrębnymi uchwałami Rady Miasta Krakowa.	przez cały rok, zgodnie z odrębnym harmonogramem prac inwestycyjnych opracowanym przez właściwą miejską jednostkę organizacyjną.
2.	Współpraca z konsultantami województwa małopolskiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządami zawodów medycznych, organizacjami pozarządowymi (w tym świadczeniodawców i pacjentów), ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami lokalnego systemu zdrowotnego	przez cały rok
3.	Realizacja programów polityki zdrowotnej.	przez cały rok; zgodnie z odrębnym harmonogramem opracowanym przez właściwą ds. zdrowia komórkę organizacyjną Urzędu Miasta Krakowa
4.	Zapewnienie mieszkańcom Miasta Krakowa informacji o świadczeniodawcach usług medycznych prowadzących działalność na terenie Miasta	przez cały rok
5.	Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa (zgodnych z zakresem programów zdrowotnych ustanowionych przez Radę Miasta Krakowa)	przez cały rok; zgodnie z odrębnym harmonogramem opracowanym przez właściwą ds. zdrowia komórkę organizacyjną Urzędu Miasta Krakowa

Źródło: Opracowanie własne.

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki finansowe: Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców usług medycznych, budżet państwa oraz środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej).

Wskaźniki monitoringu

Stopień realizacji zadań modernizacyjnych, stopień realizacji programów zdrowotnych (wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na dany program), liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

Właściwa ds. zarządu komunalnym zasobem lokalowym miejska jednostka organizacyjna, Podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie Miasta Krakowa.

3.1.2. Lecznictwo zamknięte

3.1.2.1. Placówki i personel medyczny

W 2016 r. na terenie Krakowa znajdowało się 45 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej w tym:

- 1) 7 szpitali wojewódzkich,
- 2) 2 szpitale miejskie,
- 3) 5 szpitali resortowych,
- 4) 9 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej,
- 5) 22 niepublicznych ogólnych i psychiatrycznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym dla trzech jednostek lecznictwa zamkniętego:

- 1) Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie,
- 2) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPOZ w Krakowie,
- 3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Wielickiej 267.
- 4)

Tabela 9. Zestawienie ilości łóżek w latach 2015-2017 wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku w miejskich podmiotach leczniczych.

Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek wg stanu na 31 grudnia:		
	2015	2016	2017
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego, os. Na Skarpie 66	599	599	599
w tym liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków – Oddział Neonatologiczny	40	40	40
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, ul. Prądnicka 35-37	432	432	421
w tym liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków – Oddział Noworodków i Wcześnieńców z Intensywną Terapią	40	40	40
Ogółem łóżek:	1031	1031	1020

Ogółem miejsc dla noworodków i wcześniaków	80	80	80
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ul. Wielicka 267 – ogółem:	511	511	512
w tym:			
Oddział Stacjonarny Medycyny Paliatywnej	29	29	30
Oddział Ogólny	395	395	395
Oddział Psychiatryczny	87	87	87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z miejskich szpitali oraz ZOL.

3.1.2.2. Kierunki działania Gminy, jako podmiotu tworzącego SPZOZ

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzenie SPZOZ w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej powoduje, że w przypadku zakończenia roku obrotowego stratą finansową, Gmina Miejska Kraków, będąc podmiotem tworzącym, może pokryć stratę finansową za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną - do wysokości tej wartości. Jeżeli tego nie zrobi, zobowiązana jest albo do zmiany formy organizacyjno-prawnej, albo do likwidacji SPZOZ.

Obowiązujące regulacje prawne oraz obecna sytuacja finansowa miejskich SPZOZ-ów determinują konieczność ustalenia na kolejne lata następujących kierunków działania Gminy, jako podmiotu tworzącego:

- 1) Prowadzenie dwóch szpitali miejskich i zakładu opiekuńczo-leczniczego w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- 2) Podejmowanie działań, w tym przez kierujących miejskimi podmiotami leczniczymi, zmierzających do zrównoważenia przychodów i kosztów, m.in. poprzez dostosowanie prowadzonej działalności leczniczej do wartości umów o świadczenie opieki zdrowotnej zawieranych przez publicznego płatnika (NFZ).
- 3) Realizacja programów restrukturyzacyjnych w miejskich szpitalach ze względu na ich trudne sytuacje finansowe wynikające z: ujemnych funduszy własnych, skumulowanych strat z lat ubiegłych, wysokich poziomów zobowiązań, wysokich kosztów obsługi zadłużenia.
- 4) Rozważenie zmiany formy organizacyjno-prawnej wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia zagrożenia, co do dalszej działalności medycznej podmiotów leczniczych, dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym.

Najważniejsze planowane działania to:

- 1) dostosowanie miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, tj.: Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza, Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie, przy ul. Wielickiej 267, do aktualnych warunków prawnych i finansowych;

- 2) dostosowanie pomieszczeń i urządzeń miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, do obowiązujących przepisów prawa;
- 3) badanie dostępności i jakości usług medycznych we wszystkich krakowskich podmiotach lecznictwa zamkniętego;
- 4) nadzór nad dostępnością i jakością usług medycznych w miejskich podmiotach leczniczych;
- 5) nadzór nad przychodami i kosztami działalności, w celu poprawy efektywności oraz struktury majątkowej i kapitałowej w miejskich podmiotach leczniczych po to, aby ustabilizować ich funkcjonowanie;
- 6) współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji modernizacji pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym (w ramach zadań Dzielnic).

3.1.2.3. Realizacja zadań inwestycyjnych w miejskich podmiotach leczniczych.

Środki z budżetu Miasta Krakowa przeznaczone na zadania inwestycyjne w miejskich podmiotach leczniczych w latach 1999 – 2018 (1999-2017 wg wykonania finansowego, 2018 – wg planu finansowego):

- 1) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie – **99 771 050 zł**;
- 2) Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie - **108 894 720 zł**;
- 3) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie – **43 898 627 zł**

łącznie – 252 564 397 zł

W ramach środków wydzielonych do dyspozycji Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji przebudowy pomieszczeń oraz zakupu wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich jednostek lecznictwa zamkniętego (w ramach tzw. zadań dzielnic) - Dzielnic XVIII Nowa Huta, Dzielnic XVII Wzgórza Krzesławickie i Dzielnic XII Bieżanów-Prokocim w latach 2004-2018 (2004-2017 wg wykonania finansowego, 2018 – wg planu finansowego) rozdysponowały środki finansowe dla Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie w wysokości 756 642 i dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie w wysokości 98 703 zł.

Utrzymanie w latach obowiązywania Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” przez Gminę Miejską Kraków (Beneficjenta) trwałości Projektu realizowanego w latach 2014 – 2017 przy udziale środków ze źródeł zewnętrznych (Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014) pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*.

Całkowita wartość projektu wyniosła 15 118 346,18 zł, w tym wkład własny Beneficjenta – 3 023 669,44 zł. Okres realizacji – 30 lipca 2014 r. do 30 kwietnia 2017 r. Realizatorem ww. projektu, na podstawie stosownych umów i porozumienia był Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie.

Celem głównym projektu było budowanie sprawnego systemu funkcjonowania opieki długoterminowej w woj. małopolskim poprzez zapewnienie profesjonalnych usług w ww. zakresie.

Realizacja projektu była odpowiedzią na następujące problemy: zwiększenie liczby osób w wieku podeszłym, wydłużenie czasu życia, migracja młodych ludzi za granicę w celach zarobkowych, a tym samym brak opieki nad osobami w wieku podeszłym, mentalność społeczną, tzn. brak umiejętności lub chęci, czy też brak wolnego czasu na opiekę nad osobą starszą, niejednokrotnie obłożnie chorą. Kolejnym poruszonym problemem było niespełnianie wszystkich wymagań i norm wynikających ze standardów, aktów prawnych, nie mówiąc o innowacyjnych rozwiązaniach usprawniających opiekę długoterminową i zapewniających bezpieczeństwo pacjentów.

Zrealizowane działania merytoryczne w ramach projektu

- 1) Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia;
- 2) Rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem;
- 3) Rozwój terapii zajęciowych w ZOL;
- 4) Stworzenie i wdrożenie programu informacyjno - edukacyjnego „Złoty wiek”.

Ad 1. Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia

Celem działań inwestycyjnych było dostosowanie istniejącego budynku do obowiązujących przepisów prawa, głównie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zakres prac inwestycyjnych obejmował budowę szybu windowego z wiatrołapem na południowym końcu budynku, dobudowę ewakuacyjnej klatki schodowej i windy towarowo-osobowej na północnym końcu budynku, zabudowę balkonów ścianami murowanymi, dobudowę ramp dla niepełnosprawnych, zmianę układu pomieszczeń - głównie przebudowę pokoi pacjentów z 4 osobowych na 2 osobowe (na każdym piętrze pozostawiono 1 pokój 4 osobowy dla ciężko chorych pacjentów), ocieplenie elewacji, odtworzenie izolacji poziomej ścian piwnic, izolację termiczną i przeciwwilgociową posadzek piwnic.

Dokonano również zakupu wyposażenia i sprzętu medycznego.

Ad 2. Rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem

W ramach zadania zorganizowano system umożliwiający rozwój tendencji zmierzającej do odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz rozwijania usług w dziedzinie opieki świadczonej w domu i w ośrodkach lokalnych. W ramach działań zakupiono sprzęt specjalistyczny (materace przeciwoleżynowe, łóżka, wózki inwalidzkie, balkoniki) i uruchomiono wypożyczalnię. Świadczone także usługi doradztwa indywidualnego w zakresie opieki długoterminowej dla pacjentów i ich opiekunów.

Ad 3. Rozwój terapii zajęciowych w ZOL

W ramach zadania opracowano i wdrożono plany leczenia i opieki obejmujących terapie zajęciowe (ergoterapię, muzykoterapię, dogoterapię, kino terapię, hortiterapię oraz biblioterapię). Terapie zajęciowe zostały dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów

i umożliwiały im aktywny w nich udział. Celem terapii było zapobieganie skutkom ograniczania aktywności towarzyszącej chorobie i przywrócenie zdolności do aktywnego życia w interakcji z otoczeniem społecznym (uczestnictwo osób starszych i przewlekle chorych w różnych formach aktywności zorganizowanej spowodowało, że osoby te nie pozostawały bierne, przejawiały inicjatywę, chęć do pracy oraz do nawiązywania i kontynuowania kontaktów z innymi.

Ad 4. Stworzenie i wdrożenie programu informacyjno - edukacyjnego „Złoty wiek”

W ramach programu edukacyjnego zrealizowano następujące działania:

- a) dwuletnią specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarzek;
- b) zrealizowano cykl szkoleń i konferencji z zakresu opieki długoterminowej, geriatrii i gerontologii dla lekarzy;
- c) stworzono system wsparcia pacjentów i ich opiekunów – organizacja szkoleń stacjonarnych;
- d) powstały wydawnictwa poświęcone opiece długoterminowej oraz geriatrii;
- e) zrealizowano wiele działań informacyjnych, mających na celu zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia oraz zachęcających do planowania „zdrowej starości”.

W 2017 r. Gmina Miejska Kraków otrzymała dodatkowe środki (**894 677,74 zł**) na realizację rozszerzonego zakresu Projektu, w ramach których podjęto działania inwestycyjne mające na celu stworzenie i wyposażenie centrum rehabilitacji indywidualnej pacjentów opartej o nowoczesne narzędzia i techniki (w tym zakupiono 141 pozycji sprzętu rehabilitacyjnego). W ramach części bieżącej zrealizowano cykl profesjonalnych szkoleń poświęconych rehabilitacji geriatrycznej, szkoleń dla fizjoterapeutów i opiekunów.

Opis zadań ZIT

W aktualnej Wieloletniej prognozie Finansowej Miasta ujęte zostały zadania wieloletnie realizowane przez miejskie podmioty lecznicze z dofinansowaniem ze środków bezzwrotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie realizuje zadanie pn. *Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w SMS im. G. Narutowicza w Krakowie (ZIT)* w ramach Poddziałania 12.1.4 *Infrastruktura ochrony zdrowia o znaczeniu subregionalnym – zit*. Przedmiotem Projektu jest nadbudowa i rozbudowa istniejącego Budynku Głównego Szpitala dla potrzeb Bloków Operacyjnych, wyposażonych w instalacje oraz w sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania zabiegów operacyjnych i aparaturę medyczną. Pomieszczenia powstałe po przeniesieniu Bloków Operacyjnych zajęte zostaną przez Pracownię Endoskopii, która współpracować będzie z Blokiem Operacyjnym i innymi gabinetami diagnostycznymi w ramach utworzonego Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w Szpitalu. Zakończenie ww. przedsięwzięcia zaplanowane jest na II kwartał 2019 roku, a planowany koszt realizacji prac wynosi 30,3 mln zł.

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy realizuje zadanie pn. *Poprawa opieki geriatrycznej poprzez przebudowę i termomodernizację Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie (ZIT)*. W ramach poddziałania 4.3.1 *Głęboka modernizacja energetyczna budynków użyteczności publicznej – zit*, Zakład realizuje Projekt pn. *Poprawa jakości usług zdrowotnych poprzez termomodernizację Pawilonu Nr 3 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie*. Przedmiotem Projektu jest wykonanie termomodernizacji i przebudowy Pawilonu Nr 3 Zakładu o powierzchni 3 126,34 m² i kubaturze 11 606 m³ oraz zakup pierwszego wyposażenia. Planowany koszt realizacji: 19,3 mln zł, termin realizacji do końca 2020 roku.

W ramach zadania zostanie również wybudowany i wyposażony nowy Pawilon Nr 5 powierzchni 5 912,30 m² o kubaturze 20 278,60 m³ – planowany koszt 25,7 mln zł. Planowany termin realizacji I kwartał 2019 r.

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie realizuje dwa zadania:

- 1) *Poprawa jakości usług zdrowotnych poprzez termomodernizację Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie (ZIT)* w ramach Poddziałania 4.3.1 *Głęboka modernizacja energetyczna budynków użyteczności publicznej – zit*. W ramach zadania wykonana zostanie termomodernizacja Budynku Głównego Szpitala oraz Budynku Pralnia-Kuchnia i Budynku Działu Technicznego wraz z przebudową instalacji sanitarnych oraz wykonanie przebudowy, w tym dostosowanie do przepisów sanitarnych Oddziału Ginekologiczno– Położniczego z Salą Porodową, Oddziału Chirurgii Dzieci, Oddziału Pediatrii, Oddziału Chorób Wewnętrznych, II Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Odcinkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu, Oddziału Obserwacyjno - Zakaźnego z Pododdziałem oraz Oddziału Dermatologicznego z Pododdziałem. Planowane zakończenie prac z końcem 2020 r. Planowany koszt inwestycji 49,3 mln zł.
- 2) *Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie (ZIT)* w ramach Poddziałania 12.1.4 *Infrastruktura ochrony zdrowia o znaczeniu subregionalnym – zit*. W ramach Projektu zakupione zostanie wyposażenie dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnego i Pracowni Endoskopii, Oddziału Pediatrii, Oddziału Otolaryngologii, Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Otolaryngologicznego, Oddziału Urologicznego, Działu Diagnostyki Obrazowej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Centralnej Sterylizacji, II Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Odcinkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu, Oddziału Okulistycznego, Oddziału Chirurgii Dzieci, Oddziału Dermatologicznego z Pododdziałem Dermatologicznym, Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Oddziału Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Małoinwazyjnej. Całkowita wartość Projektu 17,2 mln zł, planowany termin realizacji - do końca 2019 r.

Jednocześnie w Szpitalach Miejskich planowana jest realizacja Projektu pn. *Małopolski System informacji Medycznej (MSIM)*. Podstawowym celem Projektu MSIM jest realizacja wymogów zawartych w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia – wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej w ramach wspólnej platformy na poziomie regionalnym, umożliwiającej przetwarzanie i przesyłanie danych medycznych pomiędzy jednostkami medycznymi w regionie. Projekt zakłada również dostęp pacjentów

do danych medycznych, e-rejestrację regionalną oraz usługę anonimizacji danych. W Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie planowany koszt kwalifikowany Projektu to 4 639 00 zł. W Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego planowany koszt kwalifikowany Projektu to 6 103 720, 54 zł. Planowany termin realizacji w latach 2018-2019.

3.1.2.4. Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Tabela 10. Harmonogram realizacji na 2019 r. i kolejne lata realizacji Programu.

Lp.	Treść działania	Termin (uwagi)
1.	Dostosowanie podmiotów leczniczych dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym do aktualnych warunków prawnych i finansowych.	Przez cały rok, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz zarządzeniami Prezydenta Miasta Krakowa
2.	Dostosowanie pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, do przepisów obowiązującego prawa.	Przez cały rok, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej
3.	Nadzór nad podmiotami leczniczymi dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminach organizacyjnych, statutach, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarki finansowej.	Przez cały rok, zgodnie z ustawą o działalności oraz przepisami wykonawczymi do niej, Zarządzeniami i Poleceniami Prezydenta Miasta Krakowa
4.	Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji modernizacji pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną podmiotów leczniczych dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym (w ramach zadań dzielnic).	Przez cały rok, zgodnie z uchwałami RMK, zarządzeniami PMK i uchwałami Rad Dzielnic.

Źródło: Opracowanie własne.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków, budżet państwa, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej), środki własne podmiotów leczniczych.

Wskaźniki monitoringu

Stopień realizacji zadań związanych z przebudową i zakupem wyposażenia.

Ryzyka związane z realizacją Programu

Niedostateczne środki finansowe na dostosowanie infrastruktury SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Gmina Miejska Kraków do obowiązujących przepisów.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

Właściwa ds. budżetu komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, właściwa ds. finansowych komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, Rady Dzielnic Miasta Krakowa, podmioty lecznicze dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym.

3.2. Państwowe Ratownictwo Medyczne

3.2.1. Zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy określa ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Celem systemu jest realizacja zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach ww. systemu działają organy administracji rządowej, właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu oraz jednostki systemu zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych. Działania podejmowane w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne realizowane są niezależnie od świadczeń zdrowotnych udzielanych w formie całodobowej i świątecznej opieki zdrowotnej.

- 1) Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:
 - a) Minister właściwy do spraw zdrowia, który sprawuje nadzór nad systemem na terenie kraju. W ramach nadzoru, minister zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje, może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa, może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej;
 - b) Wojewoda, którego zadaniem jest planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa. System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, zwanego dalej „planem”(w razie potrzeb podlegający aktualizacji), sporządzanego przez wojewodę (po zaopiniowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego) i zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wojewoda prowadzi w systemie teleinformatycznym ewidencję jednostek systemu PRM działających na obszarze województwa, ewidencję centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego oraz prowadzi w postaci elektronicznej rejestr jednostek współpracujących z systemem PRM.

- 2) Jednostkami systemu PRM zgodnie z art. 32 ww. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym są:
 - a) szpitalne oddziały ratunkowe „SOR”;
 - b) zespoły ratownictwa medycznego (specjalistyczne i podstawowe) – „ZRM”, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM), jako podmioty realizujące medyczne czynności ratunkowe – zwane dalej "jednostkami systemu", na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- 3) Z systemem PRM współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.
- 4) Wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego obejmuje w szczególności:
 - a) charakterystykę potencjalnych zagrożeń życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;
 - b) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
 - c) obszary działania i rejony operacyjne;
 - d) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ww. ustawy;
 - e) kalkulację kosztów działalności zespołów *ratownictwa medycznego*;
 - f) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ww. ustawy, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
 - g) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ww. ustawy, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ww. ustawy;
 - h) informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego;
 - i) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów *ratownictwa medycznego*;
 - j) lokalizację, teren działania i liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych, którą określa się, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców, jednak nie mniej niż 2 stanowiska dyspozytorów medycznych w lokalizacji.
- 5) W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych wojewoda co roku, jednak nie później niż do dnia 30 czerwca, dokonuje analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń. W wyniku tej analizy jest możliwe dostosowanie lokalizacji, terenu działania i liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o których mowa w ww. pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu. Natomiast elementy planu, o których mowa w ww. pkt 2-4 i 7-9, uwzględniają postanowienia umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie *ratownictwa medycznego*. W planie umieszcza się ponadto:

- a) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
- b) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla *ratownictwa medycznego*;
- c) informację o centrum urazowym oraz centrum urazowym dla dzieci wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci znajduje się na obszarze danego województwa.

3.2.2. Zespoły ratownictwa medycznego na terenie Krakowa

Na terenie Miasta Krakowa stacjonuje łącznie 18 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), w tym: 1 specjalistyczny ZRM „S” i 17 podstawowych ZRM „P”. W poniższej tabeli przedstawiono obszar działania ZRM w podziale na dzielnice miasta Krakowa wg stanu obowiązującego od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. Dysponentem 18 ZRM działających na terenie Krakowa jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Miejscami stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego na terenie miasta są następujące lokalizacje:

Tabela 11. Zespoły Ratownictwa Medycznego w Krakowie (wg stanu od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r.)

Liczba ZRM		Obszar działania ZRM	Miejsce stacjonowania	Miejsce stacjonowania (adres)	Liczba godzin na dobę pozostawania w gotowości ZRM
4a	4b				
S	P				
1	3	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: I, II, III/	Kraków - Grzegórzki	31-530 Kraków, ul. Łazarza 14	24
	1	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: IV, V, VI, VII, VIII/	Kraków - Zwierzyniec	30-114 Kraków, ul. Kościuszki 49	24
	2	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: VIII, IX, X, XI, XIII/; Świątyniki Górne - miasto 120614 4; Świątyniki Górne - gmina 120614 5; Mogilany - gmina 120609 2	Kraków - Podgórze	30-533 Kraków, Rynek Podgórski 2	24
	1	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: VIII, IX, X, XI, XIII/; Świątyniki Górne - miasto 120614 4; Świątyniki Górne - gmina 120614 5; Mogilany - gmina 120609 2	Kraków - Podgórze	30-393 Kraków, ul. Babińskiego 29	24
	0,67	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: VIII, IX, X, XI, XIII/; Świątyniki Górne - miasto 120614 4; Świątyniki Górne - gmina 120614 5; Mogilany - gmina 120609 2	Kraków - Podgórze	30-393 Kraków, ul. Babińskiego 29	od godz. 7.00 - 23.00
	2	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: XI, XII, XIII/	Kraków - Bieżanów Prokocim	30-835 Kraków, ul. Teligi 8	24
	1	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: IV, V, VI/; Wielka Wieś	Kraków - Prądnik Biały	31-223 Kraków, ul. Wybickiego 3A	24

		120615 2			
	1	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: IV, V, VI, VII, VIII/	Kraków - Prądnik Biały	31-223 Kraków, ul. Wybickiego 3A	24
	2	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: XVIII/	Kraków - Nowa Huta	30-969 Kraków, ul. Igołomska 1	24
	2	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII/	Kraków - Bieńczyce	31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1	24
	0,5	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII/	Kraków - Bieńczyce	31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1	od godz. 7.00 - 19.00
	0,5	Kraków - miasto 126101 1 /Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII/	Kraków - Bieńczyce	31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1	od godz. 19.00 - 7.00
1	17	STACJONUJĄCE NA TERENIE KRAKOWA			

Źródło: BIP MUW

3.2.3. Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego w Krakowie i lądowiska w Krakowie

Baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego znajduje się na terenie Portu Lotniczego Kraków-Balice przy ul. Kpt. M. Medweckiego 1A. Przeznaczone jest do wykonywania startów i lądowań śmigłowców sanitarnych i ratowniczych w dzień i w nocy, a do ewidencji lądowisk Urzędu Lotnictwa Cywilnego wpisane zostało od roku 2013 pod numerem 252.

Nowa baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w podkrakowskich Balicach została otwarta pod koniec stycznia 2014 r. Jest to nowoczesna baza zbudowana od podstaw w ramach funduszy unijnych. W każdym roku krakowski śmigłowiec dyżuruje 24 godziny na dobę.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad funkcjonowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz wykazu miejsc przystosowanych do lądowania śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na terenie województwa małopolskiego dostępne są na stronie internetowej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego pod adresem www.lpr.com.pl w zakładce: *lądowiska*.

Na terenie miasta Krakowa działają następujące lądowiska: Kraków – Błonia, Kraków – Kopernika, Kraków - Prokocim (nieprzystosowane do nocnych startów i lądowań), nie wpisane do ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego, a także lądowiska przy: Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza, Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego, Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof przy ul. Kopernika 50, Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera sp. z o.o., Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym przy ul. Wielickiej 265 (znajdujące się w ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego i spełniające wymóg dostosowania do pracy całą dobę). Lądowisko dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zaplanowane jest także w nowopowstającym budynku Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie-Prokocimiu, którego ukończenie zgodnie z planami ma nastąpić w kwietniu 2019 roku.

Informacje na temat lądowisk oraz lotnisk wpisanych do ewidencji, a także innych miejsc przystosowanych do lądowania śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

dostępne są na stronie internetowej Urzędu Lotnictwa Cywilnego pod adresem: www.ulc.gov.pl w zakładce: lotniska.

3.2.4. Szpitalne Oddziały Ratunkowe na terenie Krakowa

Szpitalny oddział ratunkowy jest to oddział będący komórką organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., stanowiący jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt. 1, spełniający wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Przedmiotem świadczeń kontraktowanych dla SOR jest całodobowe udzielanie świadczeń w trybie zagrożenia życia i zdrowia realizowanych wobec ubezpieczonych kierowanych do SOR, stanowiące zadaniową część działalności SOR, tzn. świadczenia dla pacjentów, których pobyt w szpitalnym oddziale ratunkowym zakończył się wypisem ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub zgonem.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego SOR realizuje zadanie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego.

W roku 2018 na terenie Krakowa działało 6 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), przy czym na terenie województwa małopolskiego w roku 2017 funkcjonowało 21 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR). Szczegółowe informacje w tym zakresie w odniesieniu do terenu Krakowa przedstawia poniższa tabela.

Na terenie Krakowa zlokalizowanych jest 6 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych funkcjonujących w strukturze podmiotów leczniczych wskazanych w wykazie zamieszczonym w poniższej tabeli.

Tabela 12. Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Krakowie (wg stanu na koniec 2017 r.)

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego, w ramach którego funkcjonuje SOR	ADRES
1.	5. WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	KRAKÓW, UL. WROCŁAWSKA 1-3
2.	SZPITAL MIEJSKI SPECJALISTYCZNY IM. GABRIELA NARUTOWICZA W KRAKOWIE	KRAKÓW, UL. PRĄDNICKA 35-37
3.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	KRAKÓW, OS. NA SKARPIE 66
4.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE	KRAKÓW, OS. ŻŁOTEJ JESIENI 1
5.	SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - CENTRUM URAZOWE MEDYCYN RATUNKOWEJ I KATASTROF	KRAKÓW, UL. KOPERNIKA 50
6.	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE	KRAKÓW, UL. WIELICKA 265

Źródło: BIP MUW.

3.2.5. Izby Przyjęć na terenie Krakowa

Izba przyjęć to jednostka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., pracująca w trybie ciągłym. W izbie przyjęć wymagane jest wyposażenie pozwalające na podejmowanie czynności ratujących życie. Wyposażenie pomieszczeń izby przyjęć jest dostosowane do potrzeb związanych z rodzajem udzielanych świadczeń. Dojazd i dojście musi być dogodne i dobrze oznakowane, z możliwością podjazdu ambulansów i dostępem dla osób niepełnosprawnych. Chorzy w stanie zagrożenia życia przyjmowani są poza kolejnością. Szpitalne izby przyjęć przyjmują pacjentów:

- 1) zgłaszających się na podstawie skierowania lekarza POZ oraz lekarzy specjalistów;
- 2) przywiezionych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 3) zgłaszających się samodzielnie (bez skierowania) w sytuacji zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia skutkującego zagrożeniem życia.

Do zadań izby przyjęć należy:

- 1) rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) zapewnienie niezwłocznego zbadania przez lekarza dyżurnego;
- 3) objęcie pacjenta doraźną opieką pielęgniarstwa i lekarską stosownie do jego stanu, w tym wykonanie niezbędnych badań i podanie leków;
- 4) przyjęcie do szpitala i przekazanie do oddziału pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji;
- 5) udzielenie porady i pomocy doraźnej pacjentowi niezakwalifikowanemu do hospitalizacji.

W województwie małopolskim funkcjonuje 10 szpitalnych izb przyjęć, w tym na terenie Krakowa w ramach działalności podmiotów leczniczych działa 5 Izb Przyjęć (zakontraktowanych w 2017 r.), a szczegółowe informacje w tym zakresie obrazuje poniższa tabela.

Tabela 13. Szpitalne Izby Przyjęć na terenie Krakowa (wg stanu na koniec roku 2017).

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego, w ramach którego funkcjonuje Izba Przyjęć	ADRES
1.	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JÓZEFA DIETLA W KRAKOWIE	KRAKÓW , UL. SKARBOWA 1
2.	KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W KRAKOWIE	KRAKÓW , UL. PRĄDNICKA 80
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W KRAKOWIE	KRAKÓW , UL. GALLA 25
4.	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA – SZPITAL IM. ŚW. RAFAŁA W KRAKOWIE	KRAKÓW , UL. BOCHENKA 12
5.	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. ŚW. LUDWIKA W KRAKOWIE	KRAKÓW, UL. STRZELECKA 2

Źródło: BIP MUW.

Ponadto w razie zaistniałej potrzeby istnieje możliwość uruchomienia na terenie Krakowa dodatkowej izby przyjęć, tj. w Szpitalu Specjalistycznym im. dr J. Babińskiego, ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków, które to rozwiązanie zostało uwzględnione w Wojewódzkim planie działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na wniosek NFZ.

3.2.6. Centrum urazowe

Na terenie Krakowa funkcjonuje Centrum Urazowe w strukturze organizacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przy ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków, obsługujące pacjentów z całego województwa. Centrum zapewnia szybką wielospecjalistyczną pomoc na najwyższym poziomie referencyjnym, zarówno ofiarom pojedynczych wypadków, jak i niebezpiecznych zdarzeń masowych. W razie katastrofy w rejonie Małopolski, ośrodek ten będzie w stanie udzielić doraźnej pomocy około 70-80 osobom jednocześnie.

Zgodnie art. 39b. ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym centrum urazowe zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:

- 1) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
- 2) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
- 3) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
- 4) oddziałów, w szczególności:
 - a) chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych;
 - b) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
 - c) neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii;
 - d) chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.

Centrum zapewnia również dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę oraz dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Z załączników nr 6 i 7 Rozdziału nr II do Wojewódzkiego planu działania systemu PRM, wynika, że w roku 2015 do Centrum przyjęto 3 500 pacjentów będących obywatelami RP i 29 pacjentów cudzoziemców, a w roku 2016 przyjęto 3 646 pacjentów będących obywatelami RP i 44 pacjentów cudzoziemców. Natomiast w roku 2017 przyjęto 3 539 pacjentów będących obywatelami RP i 75 pacjentów cudzoziemców. Średni czas pobytu pacjenta w Centrum Urazowym w roku 2015 i 2016 wynosił 7 dni (doby), a w roku 2017 wynosił 7,55 doby. Maksymalny czas pobytu pacjenta urazowego w Centrum wynosił w 2015 roku 123 dni (doby), w 2016 r. wynosił 104 dni (doby), a w roku 2017 228 dni (doby), zgodnie z danymi wg stanu na: 31 grudnia 2015 r., 31 grudnia 2016 r. i 31 grudnia 2017 r.).

3.2.7. Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego zlokalizowane jest w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie przy ul. Basztowej 22, jako jednostka organizacyjna Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Obszar działania centrum obejmuje teren całego Województwa Małopolskiego, w tym teren miasta Krakowa. W Centrum znajduje się 30 stanowisk dla operatorów CPR, a wg stanu na koniec 2017 r. zatrudnionych było 86 operatorów numerów alarmowych. Centrum Powiadamiania Ratunkowego nie posiada stanowisk dla dyspozytorów medycznych.

Do zakresu działania Centrum Powiadamiania Ratunkowego należy m. in.:

- 1) obsługa zgłoszeń alarmowych wpływających na numer alarmowy 112,
- 2) ewidencjonowanie i przechowywanie danych w systemie teleinformatycznym przez 3 lata,
- 3) wykonywanie analiz związanych z funkcjonowaniem systemu na obszarze obsługiwany przez centrum,
- 4) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego,
- 5) wymiana informacji i danych na potrzeby analiz z Policją, PSP, PRM oraz podmiotami, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu.

3.2.8. System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym odpowiednio od dnia 11 i 18 października 2017 r., lokalnie działający w województwie małopolskim system dyspozytorski został zastąpiony jednolitym w skali kraju Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

Dyspozytorzy medyczni, lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz zespoły ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM, który został uruchomiony na obszarze działania Dyspozytorni Medycznej nr 2 w Tarnowie od 11 października 2017 r., natomiast Dyspozytorni Medycznej nr 1 w Krakowie od 18 października 2017 r.

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, jest systemem teleinformatycznym umożliwiającym przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrum powiadamiania ratunkowego oraz powiadomień o zdarzeniach kierowanych na numer alarmowy 999, a także dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcia realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

SWD PRM obejmuje trzy niezależne środowiska: produkcyjne, szkoleniowo - testowe oraz deweloperskie. Dodatkowo SWD PRM zintegrowany jest z systemami zewnętrznymi takimi jak:

- 1) SI CPR – wymiana danych pomiędzy systemami, w tym pośrednia komunikacja z SWD Policji i PSP,

- 2) UMM – uniwersalny moduł mapowy stanowiący źródło referencyjnych danych mapowych i pozwalający na prezentację wybranych obiektów istniejących w systemie, w tym pozycjonowanie ZRM,
- 3) PZŁ – podsystem zintegrowanej łączności radiowo-telefonicznej, wykorzystywany do przekazywania połączeń głosowych, w tym wyświetlenie formatki skojarzonej z połączeniem telefonicznym,
- 4) PLI CBD – platforma lokalizacyjno-informacyjna z centralną bazą danych, dostarczająca danych o lokalizacji dzwoniącego,
- 5) AUTOMAPA – bieżąca nawigacja dedykowana kierowcy zespołu ratownictwa medycznego, w celu dotarcia do miejsca zdarzenia.

Obsługa procesów biznesowych odbywa się z wykorzystaniem czterech modułów:

- 1) modułu dyspozytora: przyjmowanie i aktualizacja zgłoszenia, dysponowanie ZRM, monitorowanie sił i środków, monitorowanie zgłoszeń, funkcjonalność dla lekarza koordynatora ratownictwa medycznego;
- 2) modułu stacjonarnego i mobilnego dla ZRM: zgłoszenie gotowości ZRM do podjęcia działań, podjęcie zdarzenia, obsługa zdarzenia, przygotowanie i wydruk karty medycznych czynności ratunkowych, rejestrowanie statusów ZRM, nawigacja – ustalenie trasy dojazdu ZRM do zdarzenia,
- 3) modułu administratora i planisty: administrowanie globalnymi ustawieniami SWD PRM, danymi słownikowymi (dyspozytornie medyczne, rejony operacyjne, użytkownicy, stacje dostępne itp.), planowanie grafików pracy zarówno dyspozytorów medycznych, jak i pracowników ZRM, zastępstwa,
- 4) modułu analityczno-raportowego: generowanie raportów predefiniowanych i swobodnych na podstawie danych znajdujących się w systemie, eksport danych z systemu na potrzeby analiz i przekazywania do innych systemów np. do Systemu Informacji Medycznej.

3.2.9. Dyspozytornie Medyczne.

Na terenie województwa małopolskiego funkcjonują dwie Dyspozytornie Medyczne z łączną liczbą 18 stanowisk dyspozytorskich, w tym Dyspozytornia Medyczna w Krakowie z siedzibą w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym przy ul. Łazarza 14, z 12 stanowiskami dyspozytorów medycznych. Dyspozytornia ta obsługuje miasto Kraków oraz powiaty: Kraków, krakowski, proszowicki, miechowski, olkuski, chrzanowski, oświęcimski, wadowicki, suski, myślenicki, wielicki, nowotarski, tatrzański. Do zadań ww. Dyspozytorni należy odbieranie wezwań z numeru alarmowego i kierowanie ZRM na miejsce zdarzenia w ramach obsługiwanego rejonu operacyjnego. Dyspozytornie są przygotowane pod względem technicznym do współpracy zarówno bieżącej, jak i w przypadku zdarzeń i katastrof o charakterze masowym. Każda z ww. Dyspozytorni w razie awarii może zastąpić drugą.

3.2.10. Jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zgodnie z art. 15 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności:

- 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego;
- 2) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich;
- 3) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych;
- 4) inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być także społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem. Rejestr jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo jest prowadzony i na bieżąco aktualizowany przez Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie. Rejestr ten zawiera informacje dotyczące:

- a) liczby ratowników posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika;
- b) maksymalnego czasu osiągnięcia pełnej gotowości do współpracy z jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, rozumianego jako czas liczony od momentu przyjęcia zgłoszenia przez osobę uprawnioną do dysponowania jednostką współpracującą z systemem do momentu wyjazdu tej jednostki z miejsca stacjonowania;
- c) wyposażenia niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz środków łączności i środków transportu.

Rejestr jednostek oraz informacje o procedurze wpisu do rejestru jednostek współpracujących z systemem można znaleźć na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie: www.malopolska.uw.gov.pl pod ścieżką: BIP – Administracja – Programy – Rejestr jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

3.2.11. Proponowane działania zapewniające poprawę skuteczności działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne przez Gminę Miejską Kraków

- 1) utrzymanie jednostek systemu (SOR) wraz z lądowiskami dla helikopterów w miejskich podmiotach leczniczych (samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym;

- 2) stworzenie warunków w ramach kompetencji Miasta Krakowa dla rozwoju innych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a w szczególności Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego;
- 3) zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, organy jednostek samorządu terytorialnego są zobowiązane dostarczyć na pisemne żądanie wojewody wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu, ponadto mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością: zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych i stanowisk dyspozytorów medycznych, niezależnie od przypisanych przepisami prawa Województwie Małopolskiemu zadań z zakresu ratownictwa medycznego. Gmina Miejska Kraków podejmuje dodatkowe działania związane z poprawą bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w zakresie pomocy przedmedycznej, w tym poprzez realizację uchwały Rady Miasta Krakowa Nr LXVIII/895/09 z dnia 15 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu zdrowotnego „Poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Miasta Krakowa w zakresie dostępności pomocy przedmedycznej”. Wskazana uchwała stanowi wykonanie uchwały Nr XX/264/07 Rady Miasta Krakowa z dnia 12 września 2007 r. w sprawie kierunków działania dla Prezydenta Miasta Krakowa w zakresie budowy sieci automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w miejscach publicznych poprzez realizację Ramowego Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA*. Wg stanu na dzień 1 czerwca 2018 r. w ramach Krakowskiej Sieci AED „Impuls Życia” na terenie Krakowa dostępnych jest 31 defibrylatorów AED, w tym 2 urządzenia mobilne znajdujące się na wyposażeniu dwóch radiowozów Miejskiej Straży Krakowa, zgodnie z wykazem zamieszczonym poniżej.

Tabela 14. Lokalizacja defibrylatorów AED *IMPULS ŻYCIA* na terenie Krakowa.

LP.	MIEJSCE	ADRES	ILOŚĆ
1.	Regionalny Dworzec Autobusowy - Hol	ul. Bosacka 18	1
2.	Regionalny Dworzec Autobusowy - Dyżurka kierowców	ul. Bosacka 18	1
3.	Polskie Koleje Państwowe - Hol k/Globusa	Plac Jana Nowaka Jeziorańskiego 3	1
4.	Polskie Koleje Państwowe - Biuro dworca PKP-INFO	Plac Jana Nowaka Jeziorańskiego 3	1
5.	Bazylika Mariacka - Zakrystia	Plac Mariacki 5	1
6.	Pawilon Wystawienniczo-Informacyjny Wyspiański 2000	Plac Wszystkich Świętych 2	1
7.	Hotel Ester - obok Recepcji	ul. Szeroka 20	1
8.	Sąd Okręgowy w Krakowie - pomieszczenie ochrony	ul. Przy Rondzie 7	1
9.	Urząd Miasta Krakowa - pomieszczenie ochrony	Al. Powstania Warszawskiego 10	1
10.	Nowohuckie Centrum Kultury - pomieszczenie ochrony	Al. Jana Pawła II 232	1
11.	Urząd Miasta Krakowa - pomieszczenie ochrony	os. Zgody 2	1
12.	Zakład Ubezpieczeń Społecznych - pomieszczenie ochrony	ul. Pędzichów 27	1
13.	Urząd Skarbowy - Kraków Śródmieście - Portiernia	ul. Krowoderskich Zuchów 2	1
14.	Urząd Miasta Krakowa - pomieszczenie ochrony	ul. Wielicka 28	1
15.	Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach	ul. Siostry Faustyny 3	1
16.	Międzynarodowy Port Lotniczy Kraków-Balice - Hala odlotów - poziom 1 - kontrola paszportowa do strefy NON SCHENGEN	ul. Kpt. M. Medweckiego 1, 32-083 Balice	1
17.	Międzynarodowy Port Lotniczy Kraków-Balice - TERMINAL VIP - poziom 0 - Recepcja	ul. Kpt. M. Medweckiego 1, 32-083 Balice	1
18.	Międzynarodowy Port Lotniczy Kraków-Balice - PUNKT VISITORS CENTRE - poziom 0	ul. Kpt. M. Medweckiego 1, 32-083 Balice	1

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”

19.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie - pomieszczenie ochrony	ul. Mosiężnicza 2	1
20.	Muzeum Narodowe w Krakowie - pomieszczenie ochrony	Rynek Główny 3 - Sukiennice	1
21.	Małopolski Ośrodek Ruchu Drogowego - Hol	ul. Nowohucka 33a	1
22.	Straż Miejska Krakowa - na wyposażeniu radiowozu	ul. Dobrego Pasterza 116	2
23.	Wojewódzka Biblioteka Publiczna - Hol parter	ul. Rajska 1	1
24.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie - Hol parter	os. Stalowe 16D	1
25.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie - pomieszczenie ochrony	os. Kościuszkowskie 2	1
26.	Grodzki Urząd Pracy - pomieszczenie ochrony	ul. Wąwozowa 34	1
27.	Urząd Miasta Krakowa - Wydz. Architektury - Hol parter	Rynek Podgórski 1	1
28.	Centrum Jana Pawła II - Hol parter	ul. Totus Tuus 32	1
29.	Muzeum im. Emeryka Hutten-Czapskiego - Hol poziom -1	ul. Piłsudskiego 12	1
30.	Dom Jana Matejki - Hol parter	ul. Floriańska 41	1
OGÓŁEM na terenie Krakowa:			31

Źródło: BIP Miasta Krakowa.

Równie ważnym elementem Programu pn. "Poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Miasta Krakowa w zakresie dostępności pomocy przedmedycznej", przyjętego Uchwałą Nr LVIII/895/09 z dnia 15 kwietnia 2009 r., jest popularyzacja wiedzy z zakresu nauki udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej poprzez organizowanie bezpłatnych szkoleń dla Krakowian. Realizacji tych zadań towarzyszą także działania promocyjne. Ponadto działania szkoleniowe corocznie realizowane są także w ramach budżetu obywatelskiego, jako zadania ogólnomiejskie i dzielnicowe, w tym pn. „Mali Ratownicy”, adresowane do dzieci i młodzieży krakowskich szkół i placówek funkcjonujących na terenie miasta Krakowa, a także pn. „Duży Ratownicy”, adresowane do dorosłych, w tym ratowników medycznych w celu podnoszenia ich kwalifikacji w zakresie ratownictwa medycznego.

4) W ramach otwartego konkursu na realizację w 2017 roku zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia wyłoniono wykonawców zadań, prowadzących działania w obszarze ratownictwa medycznego, tj.:

- a) Caritas Archidiecezji Krakowskiej – Umowa z dnia 9 czerwca 2017 r., nazwa zadania: „Miś Krzyś- Ratownik” – przeszkolono 50 osób (7 583 zł);
- b) Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Krakowska - Umowa z dnia 1 czerwca 2017 r., nazwa zadania „Uczymy ratować życie 2017” – w zadaniu wzięły udział 24 osoby i 10 wolontariuszy (3882 zł);
- c) Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Krakowska– Umowa z dnia 1 czerwca 2017 r., nazwa zadania „Harcerski Przykład 2017” – ramach realizowanego zadania publicznego wykonano:
 - cykliczne szkolenia dla instruktorów pn. „Scout aid” w zakresie udzielania pierwszej pomocy, sposobu reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, w których wzięło udział 36 instruktorów harcerstwa;
 - cykl warsztatów pod hasłem „Uczymy pomagać”, w których wzięło udział 240 uczniów oraz ponad 60 seniorów z terenu Gminy Miejskiej Kraków (1 574 zł);
- d) Stowarzyszenie Fraktal– Umowa z dnia 17 lipca 2017 r., nazwa zadania „AED – urządzenie ratujące życie- II edycja” - w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano:
 - przeszkolono łącznie 1592 uczniów krakowskich szkół,
 - przeprowadzono 85 szkoleń,

- przygotowano film edukacyjny AED-IMPULS ŻYCIA do prezentacji w autobusach komunikacji miejskiej (6 319 zł),
- e) Fundacja R2 – Umowa z dnia 14 czerwca 2017 r., nazwa zadania „R2 ratownictwo motocyklowe w Krakowie” – w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano:
 - 700 h aktywnej służby ratowników R2,
 - 10 h godzin szkoleń medycznych,
 - 16 h szkoleń motocyklowych na asfalcie,
 - 16 h godzin szkoleń motocyklowych w terenie oraz zakupiono 3 szt. rękawic taktycznych motocyklowych, 3 szt. akumulatorów do motocykli –karetek, 2 szt. komunikatorów do kasków oraz 1 komplet elementu napędowego oraz opon do motocykla–karetki (12 635 zł);
- f) Fundacja R2 – umowa z dnia 13 września 2017 r. nazwa zadania „Organizacja kursu z zakresu pierwszej pomocy dla mieszkańców Dzielnicy VII”- w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano:
 - 3 kursy z zakresu udzielania pierwszej pomocy,
 - przeszkolono 40 dzieci z Samorządowego Przedszkola nr 78 w Krakowie,
 - przeszkolono 20 osób – mieszkańców Dzielnicy VII,
 - zakupiono i przekazano 50 apteczek (2 999,99 zł);
- g) Fundacja Zostań Mistrzem – Umowa z 16 czerwca 2017 r., nazwa zadania „Szkoła Młodych Ratowników” w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano szkolenia z zakresu pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia, w których wzięło udział 349 uczniów krakowskich szkół podstawowych nr: 38 -135 uczniów (6 klas), 144- 98 uczniów (5 klas), -1 -116 uczniów, w tym 5 klas projektowych oraz jedna klasa z grupy docelowej poza zadaniem (3 030 zł);
- h) Fundacja Zdrowia Publicznego - Umowa z 7 sierpnia 2017 r., nazwa zadania „Mały ratownik - jak udzielać pierwszej pomocy” w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano przeszkolenie 467 uczniów klas II i III szkół podstawowych w zakresie udzielania pierwszej pomocy, sposobu reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia (8 847 zł).

Wydatki Gminy Miejskiej Kraków na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia w obszarze ratownictwa medycznego w roku 2017 r. wyniosły łącznie 46.869,99 zł.

- 5) Rokrocznie na realizację Ramowego Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA* z budżetu Miasta Krakowa przeznaczane są środki finansowe w ramach dotacji dla Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego i wysokość tych środków od roku 2008 corocznie stopniowo wzrastała. W roku 2017 była to kwota 93 000,00 zł na utrzymanie i ubezpieczenie zestawów AED znajdujących się w sieci. W roku 2017 realizowane było w ramach budżetu obywatelskiego zadanie dzielnicowe oraz ogólnomiejskie pn. „Mali Ratownicy”, w ramach którego dla uczniów krakowskich szkół i placówek w poszczególnych dzielnicach Miasta Krakowa (od I-XVIII) zrealizowano szkolenia w zakresie z pierwszej pomocy, obsługi defibrylatora AED oraz dokonano zakupów sprzętu do nauki pierwszej pomocy i materiałów profilaktyczno-edukacyjnych. Ponadto w roku 2017 w ramach budżetu obywatelskiego zrealizowano zadanie ogólnomiejskie pn. „Duzi Ratownicy”, w ramach którego przeszkolono ratowników medycznych w celu podniesienia ich kwalifikacji. Projekt był realizowany przez Szkołę Ratownictwa Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.

Łączne nakłady z budżetu Miasta Krakowa na realizację Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA* w okresie 2008-2017 wyniosły 1 883 492, 39 zł.

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi państwowego ratownictwa medycznego poszczególne zadania jednostek systemu finansowane są z budżetu państwa.

Źródła finansowania

Budżet państwa, środki finansowe: Narodowego Funduszu Zdrowia, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej i innych programów pomocowych) oraz środki własne jednostek systemu, budżet Miasta Krakowa.

Wskaźniki monitoringu oraz harmonogram realizacji

Wykonywania zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Mieście Krakowie określone są w Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Podmiot koordynujący

Wojewoda Małopolski, Właściwa ds. bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego komórka organizacyjna Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, właściwa ds. polityki społecznej komórka organizacyjna Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Podmioty uczestniczące

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, właściwa ds. bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, miejskie podmioty lecznicze (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej).

3.3. Profilaktyka i promocja zdrowia

W ramach promocji i profilaktyki zdrowotnej Miasto Kraków realizować będzie wielokierunkowe działania zorientowane na wzmocnienie potencjału zdrowotnego mieszkańców Miasta w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz upowszechniania zachowań zdrowotnych jako działania adresowane do konkretnych grup wiekowych.

Cel : Poprawa zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa

- a) wskaźnik stanu: zbyt niska świadomość wśród mieszkańców Miasta Krakowa o zapobieganiu chorobom poprzez działania profilaktyczne (poddawanie się badaniom profilaktycznym);
- b) wskaźnik docelowy: zwiększenie świadomości wśród mieszkańców Miasta Krakowa o zapobieganiu chorobom poprzez działania profilaktyczne (poddawanie się badaniom profilaktycznym), pobudzenie działań na rzecz odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia oraz zwiększenie liczby osób biorących udział w programach zdrowotnych oraz działaniach edukacyjnych.

Cel Poprawa zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa jest podporządkowana Strategii Rozwoju Krakowa Tu chcę żyć. Kraków 2030. tj.:

- 1) Celowi strategicznemu IV *Kraków – miasto przyjazne do życia;*

2) Celowi operacyjnemu IV.6 *Powszechność realizacji idei zdrowego i aktywnego życia.*

Poprawa zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa poprzez realizację programów polityki zdrowotnej adresowanych do różnych grup wiekowych, organizację przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej tak, aby zwiększyć wśród mieszkańców Miasta Krakowa poziom świadomości i odpowiedzialności za zdrowie oraz liczbę osób biorących udział w programach zdrowotnych będzie polegać szczególnie na:

- 1) realizacji programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa, w szczególności w zakresie profilaktyki chorób kardiologicznych oraz profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, w tym niepełnosprawnych (opis ustanowionych obszarów programów polityki zdrowotnej znajduje się w Części II pn. „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2019–2021”);
- 2) realizacji programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa (zgodnie z zakresem programów polityki zdrowotnej ustanowionych w niniejszym Programie);
- 3) organizacji przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działań Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- 4) organizacji przedsięwzięć naukowych (konferencje, seminaria, sesje naukowe, szkolenia, warsztaty) o tematyce zdrowotnej;
- 5) prowadzeniu działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia adresowanych do mieszkańców Miasta, przy wykorzystaniu lokalnych środków masowego przekazu oraz technologii informacyjnych, w tym o tematyce z zakresu:
 1. szczepień ochronnych (edukacja i informacja o chorobach zakaźnych i ich profilaktyce, znaczeniu i korzyści stosowania szczepień ochronnych), przy współpracy z lekarzami i pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej oraz organami inspekcji sanitarnej;
 2. profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób występujących w wieku podeszłym;
 - c) edukacji chorych na schorzenia przewlekłe, w tym astmę oskrzelową, choroby układu oddechowego, choroby nerek oraz choroby rzadkie;
- 6) zapewnieniu mieszkańcom Miasta dostępu do informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej poprzez:
 1. świadczenie bezpłatnych, całodobowych i we wszystkie dni tygodnia, telefonicznych usług informacyjnych dla mieszkańców Miasta Krakowa w formie „Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej”;
 2. współpracę z lokalnymi środkami masowego przekazu;
 3. wykorzystanie technologii informacyjnych;
 4. prowadzenie serwisu zdrowotnego w ramach Miejskiej Prezentacji Internetowej „Magiczny Kraków” oraz na stronach „Biuletynu Informacji Publicznej”;
- 7) współpracy z konsultantami województwa małopolskiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządami zawodów medycznych, organizacjami pozarządowymi, ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami lokalnego systemu zdrowotnego, w szczególności przy podejmowaniu przez Gminę Miejską Kraków decyzji dotyczących działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia;
- 8) współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy wsparciu lub powierzaniu zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, realizowanych w trybie otwartych konkursów ofert;

- 9) opracowywaniu materiałów informacyjnych, edukacyjnych i promocyjnych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta.

Tabela 15. Harmonogram realizacji Programu na rok 2019 oraz na lata 2020 i 2021.

Lp.	Treść działania	Termin
1.	Realizacja programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa	przez cały rok
2.	Realizacji programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa	przez cały rok
3.	Organizacja przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej	przez cały rok
4.	Organizacja przedsięwzięć naukowych (konferencje, seminaria, sesje naukowe, szkolenia, warsztaty) o tematyce zdrowotnej	przez cały rok
5.	Prowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia adresowanych do mieszkańców Miasta, przy wykorzystaniu lokalnych środków masowego przekazu oraz technologii informacyjnych	przez cały rok
6.	Zapewnienie mieszkańcom Miasta informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej	przez cały rok
7.	Opracowywanie materiałów edukacyjnych i promocyjnych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta	przez cały rok

Źródło: Opracowanie własne

Dodatkowo w ramach profilaktyki zdrowotnej planowane jest podjęcie działań w kierunku:

- 1) profilaktyki zdrowotnej HIV/AIDS wspierając działania prewencyjne podejmowane przez inne podmioty systemu ochrony zdrowia w Mieście Krakowie;
- 2) profilaktyki zakażeń wirusem HCV;
- 3) poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta;
- 4) poprawy aktywności ruchowej, rehabilitacji (w tym rehabilitacji domowej);
- 5) propagowania zmiany w sposobie odżywiania (wczesne wykrywanie zaburzeń odżywiania), przeciwdziałanie otyłości, osteoporozie, wykrywania chorób tarczycy;
- 6) przeciwdziałania ubytkowi słuchu i zaburzeniom widzenia;
- 7) realizacji programów stomatologicznych (wykrywanie schorzeń jamy ustnej i braków w uzębieniu);
- 8) profilaktyki powikłań jatrogennych, wynikających ze stosowanej terapii wielolekowej – szczególnie w populacji osób starszych;
- 9) promowania zachowań zdrowotnych dla zapewnienie osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia;
- 10) zapobiegania schorzeniom zakaźnym;
- 11) podejmowanie działań mających na celu wspieranie edukacji nt. chorób rzadkich;
- 12) prowadzenia edukacji przedporodowej.

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej).

Wskaźniki monitoringu

Mierniki stanu zdrowia populacji – dane epidemiologiczne; ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programów zdrowotnych; liczba mieszkańców Miasta objętych programami polityki zdrowotnej; ilość uczestników przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz przedsięwzięć naukowych (konferencje, seminaria, sesje naukowe, szkolenia, warsztaty) o tematyce zdrowotnej (ich kategorie); ilość materiałów edukacyjnych i promocyjnych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta.

Ryzyka

Brak środków finansowych na realizację programów polityki zdrowotnej, brak chętnych do udziału w programach polityki zdrowotnej realizowanych przez Gminę Miejską Kraków, zbyt niska frekwencja w imprezach zdrowotnych plenerowych, konferencjach, szkoleniach.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

Świadczeniodawcy usług medycznych prowadzący działalność na terenie Miasta Krakowa.

3.4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie ochrony i promocji zdrowia

Corocznie Gmina Miejska Kraków współpracuje z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie ogłaszając otwarte konkursy ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o ustawę o zdrowiu publicznym z 11 września 2015 r. W ramach zadań z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o ww. ustawę we współpracy z organizacjami pozarządowymi realizowane będą następujące zadania:

- 1) Realizacja działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia o charakterze uniwersalnym (dla wszystkich grup społecznych w środowisku lokalnym);
- 2) Prowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia poprzez organizację kampanii społecznych, wydarzeń lokalnych i warsztatów skierowanych do wszystkich mieszkańców Miasta Krakowa lub wybranej docelowej grupy społecznej w tym prowadzenie działań o charakterze profilaktycznym i edukacyjnym

w zakresie nieprawidłowości odżywiania dzieci i młodzieży oraz wynikających z tego zagrożeń;

- 3) Prowadzenie działań związanych z organizacją szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy lub utrzymaniem wolontaryjnych grup ratownictwa medycznego;
- 4) Realizacja inicjatyw, służących rozwojowi form wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym poprzez tworzenie Klubów samopomocowych oraz tworzenie i prowadzenie programów zatrudnienia i przygotowania zawodowego dla osób chorujących psychicznie;
- 5) Zadanie w zakresie bezpłatnych przejazdów komunikacją miejską w celach rehabilitacyjnych dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych;
- 6) Krakowskie Centrum Psychoonkologii.

Oprócz ww. zadań współpraca Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi prowadzona jest w następującym zakresie:

- 1) Prowadzenie i rozbudowa miejskiego portalu internetowego dla organizacji pozarządowych www.ngo.krakow.pl (integralnego elementu Miejskiej Platformy Internetowej „Magiczny Kraków”) jako platformy do kontaktu i dialogu oraz wymiany doświadczeń Gminy Miejskiej Kraków z krakowskimi organizacjami pozarządowymi w obszarze ochrony zdrowia i niepełnosprawności.
- 2) Realizacja zadań z zakresu udzielania pierwszej pomocy i szkoleń w tym zakresie, realizowane m. in. przez: Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Krakowska, Fundację R2, Stowarzyszenie Fraktal
- 3) Ujednolicanie i uszczegółowianie zasad przeprowadzania otwartych konkursów ofert przez Gminę Miejską Kraków,
- 4) Współpraca z Komisją Dialogu Obywatelskiego ds. Zdrowia w zakresie analizy potrzeb społecznych i zdrowotnych, opiniowanie projektów uchwał, programów polityki zdrowotnej,
- 5) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie wiedzy wśród organizacji pozarządowych na temat dokumentów strategicznych i programowych, ogólnych i branżowych obowiązujących w Gminie.

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków.

Wskaźniki monitoringu

Mierniki stanu zdrowia populacji – dane epidemiologiczne; liczba organizacji pozarządowych wspierających działania w ochronie zdrowia, liczba mieszkańców Miasta objętych programami edukacyjnymi zdrowotnymi; ilość uczestników przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej (ich kategorie); ilość materiałów edukacyjnych i promocyjnych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

Organizacje pozarządowe prowadzące działalność na terenie Miasta Krakowa w obszarze ochrony zdrowia.

3.5. Medycyna szkolna

Organizacja medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych i szkołach ponadpodstawowych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.

Cel: Usprawnienie realizacji zadań z zakresu organizacji gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, gabinetów dentystycznych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków.

- 1) wskaźnik stanu: zbyt niska świadomość wśród dzieci i młodzieży Miasta Krakowa o zapobieganiu chorobom poprzez działania profilaktyczne (poddawanie się badaniom profilaktycznym), ograniczona dostępność dzieci do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych;
- 2) wskaźnik docelowy: zwiększenie świadomości wśród dzieci i młodzieży Miasta Krakowa o zapobieganiu chorobom poprzez działania profilaktyczne (poddawanie się badaniom profilaktycznym), zwiększenie liczby osób biorących udział w programach zdrowotnych oraz działaniach edukacyjnych, zwiększenie dostępności w miejscu nauczania i wychowania do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych.

Nadzorowane działania dyrektora szkoły lub placówki mające na celu usprawnienie realizacji zadań z zakresu organizacji gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, gabinetów dentystycznych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków będą prowadzone poprzez realizację programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży, działania edukacyjne we współpracy z partnerami UMK, zwiększenie dostępności w miejscu nauczania i wychowania do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oraz przyjęcie stosownych regulacji dotyczących koordynacji zadań i wprowadzenia zasad organizacji medycyny szkolnej w ww. szkołach. W 2017 r. na terenie placówek oświatowych funkcjonowało 180 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Pomieszczenia przeznaczone na gabinety dentystyczne znajdowały się na terenie 41 placówek, dla których Gmina Miejska Kraków jest organem prowadzącym. Spośród 41 istniejących gabinetów w roku 2017 funkcjonowały 34 gabinety dentystyczne, które realizowały programy profilaktyczne finansowane przez Gminę Miejską Kraków m.in. „Program profilaktyki próchnicy u dzieci” oraz programy dofinansowane z innych źródeł.

W ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018” w placówkach realizowane były następujące programy polityki zdrowotnej:

- 1) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej – adresowany do uczniów w wieku 7-8, 16-17 lat;
- 2) Program profilaktyki wad postawy – adresowany do dzieci w wieku 11-12 lat;

- 3) Program profilaktyki próchnicy u dzieci – adresowany do dzieci w wieku od 6 do 14 lat;
- 4) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa. Celem Programu było uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szkołach podstawowych, specjalnych i integracyjnych do pięciu dni w tygodniu. W 2017 roku profilaktyczną opieką zdrowotną w gabinetach profilaktyki zdrowotnej funkcjonujących na terenie placówek w Mieście Krakowie, objętych było łącznie, 74 815 uczniów z czego 2 529 to uczniowie niepełnosprawni.

Działania z zakresu medycyny szkolnej wykorzystujące istniejącą infrastrukturę w szkołach samorządowych Miasta Krakowa, mające na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży opieki medycznej oraz świadczeń profilaktycznych będą realizowane poprzez współpracę pielęgniarki lub higienistki szkolnej z:

- 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej sprawującym opiekę zdrowotną nad uczniem;
- 2) lekarzem dentystą;
- 3) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia;
- 5) dyrektorem szkoły;
- 6) radą pedagogiczną;
- 7) organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

Partnerami uczestniczącymi w systemie medycyny szkolnej są: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, Urząd Miasta Krakowa, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, stowarzyszenia branżowe zawodów medycznych. Dzieci i młodzież uczęszczająca do szkół samorządowych objęta jest opieką pielęgniarską, z tym, że zakres czasowy tej opieki uzależniony jest od wysokości środków finansowych przekazanych na podstawie umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Normy pracy pielęgniarek szkolnych wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wymagana dostępność pielęgniarki szkolnej jest obliczana według norm dotyczących zalecanej liczby uczniów na 1 pielęgniarkę/higienistkę szkolną. Finansowanie świadczeń odbywa się na podstawie rocznej stawki kawitacyjnej, korygowanej współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej.

Kolejnym zadaniem realizowanym przez Gminę Miejską Kraków w ramach medycyny szkolnej jest profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą. Dyrektor szkoły lub placówki ma ustawowe zadanie zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pobytu dzieci i młodzieży szkolnej na jej terenie. Działania w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Gmina Miejska Kraków realizuje zadanie w ramach medycyny szkolnej poprzez:

- 1) utrzymanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków, w należyтым stanie pod względem fachowym i sanitarnym - nadzór nad dyrektorami szkół i placówek również w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu na ich terenie; realizację programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży, w szczególności dotyczących profilaktyki

- wad postawy, astmy i chorób alergicznych, próchnicy u dzieci, szczepień ochronnych oraz zapobieganiu nadwadze i otyłości;
- 2) realizację „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”;
 - 3) współpracę z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie) oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży, zgodnie z zawartymi porozumieniami o współpracy;
 - 4) wdrożenie zasad organizacji medycyny szkolnej w placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków na lata 2019 – 2021.

Ponadto w 2018 roku z uwagi na problemem zabezpieczenia opieki medycznej nad dziećmi uczęszczającymi do samorządowych szkół i placówek specjalnych, wobec których Gmina Miejska Kraków jest organem prowadzącym, w trosce o dobro i bezpieczeństwo uczniów podjęto współpracę z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym w Krakowie przy ul. Wielickiej 267 w oparciu o art. 38 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, który wskazuje możliwość nałożenia na podmiot leczniczy będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej obowiązku wykonania określonego zadania. Działania podjęte przez Gminę Miejską Kraków mają na celu zwiększenie dostępności i jednocześnie zabezpieczenie opieki medycznej uczniom szkół i placówek specjalnych, poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel pielęgniarski zatrudniany przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy, posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie zapewnił dostęp do świadczeń pielęgniarskich uczniom szkół i placówek specjalnych w systemie całodobowym poza godzinami pracy pielęgniarki szkolnej zatrudnianej przez NFZ.

Tabela 16. Harmonogram realizacji na 2019 r. i kolejne lata realizacji Programu.

Lp.	Treść działania	Termin
1.	Utrzymanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków w należytym stanie pod względem fachowym i sanitarnym - nadzór nad dyrektorami szkół i placówek również w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu na ich terenie.	przez cały rok
2.	Realizacja programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży	przez cały rok
3.	Współpraca z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie) oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży, zgodnie z zawartymi porozumieniami o współpracy.	przez cały rok

Źródło: Opracowanie własne.

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki finansowe: Narodowego Funduszu Zdrowia, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej) oraz środki własne placówek oświatowych.

Wskaźniki monitoringu

Liczba dzieci korzystających z opieki zdrowotnej w placówkach, ilość gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków, stopień realizacji zadań modernizacyjnych, stopień realizacji programów polityki zdrowotnej (wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na dany program), liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

Właściwa ds. edukacji komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna; świadczeniodawcy usług medycznych prowadzący działalność na terenie Miasta Krakowa w zakresie medycyny szkolnej.

3.6. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i przewlekle chorą

Miejski Program Ochrony Zdrowia Osób Starszych i Niesamodzielných jest częścią strategii opieki nad osobami starszymi w mieście Krakowie. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz stopnia ich zaspokajania jest jednym z warunków dla realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Istotnym zagadnieniem, które powinno definiować tego typu zadania jest proces starzenia się populacji.

Opieka nad osobami starszymi realizowana jest obecnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Opiekę domową w systemie opieki zdrowotnej sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowe na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarskie oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci przysługują następujący zakres świadczeń w opiece długoterminowej:

- 1) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- 2) opieka paliatywna i hospicyjna.

Rzeczywiste zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską powinno wynikać z oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa przy uwzględnieniu wskaźników demograficznych i epidemiologicznych.

Świadczenia szpitalne

Na terenie Miasta Krakowa poniższe szpitale posiadają oddziały geriatryczne:

- 1) Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Oddział Kliniczny Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Śniadeckich 10, 31 – 531 Kraków);
- 2) Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego - Oddział psychogeriatryczny (ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 – 393 Kraków);
- 3) Samodzielny Publiczny ZOZ MSW w Krakowie - Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Kronikarza Galla 25, 33-332 Kraków);
- 4) Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla - Oddział Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Geriatrii (ul. Skarbowa 4, 31 – 121 Kraków);
- 5) Szpital Zakonu Bonifratów św. Jana Granego w Krakowie (ul. Trynitarzka 11, Kraków).

W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie funkcjonuje Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Jest ona pełno profilową jednostką internistyczną ze szczególnym uwzględnieniem chorób wieku podeszłego. W ramach Oddziału Klinicznego funkcjonują: Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Oddział Toksykologii, Oddział Geriatrii, Oddział Reumatologii, Oddział Medycyny Paliatywnej. W sumie jednostka dysponuje około 100 łózkami dla pacjentów. Każda sala chorych wyposażona jest w łazienkę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Główne kierunki działalności leczniczej Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych koncentrują się wokół diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca, schorzeń typowych dla wieku podeszłego (demencja, upadki), chorób o podłożu reumatologicznych i niedoborów odpornościowych. W oddziale są również hospitalizowani pacjenci z ostrymi zatruciami z regionu Polski Południowej. W obszarze zainteresowań oddziału znajdują się także diagnostyka i leczenie bólu przewlekłego oraz problematyka opieki paliatywnej. Jednostka monitoruje również jakość podstawowej opieki zdrowotnej i standardy postępowania lekarzy rodzinnych. Stanowi tym samym jeden z nielicznych, a jednocześnie największy ośrodek geriatryczny w Polsce. W Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych działa również Poradnia Alergologiczna, stanowiąca modelowy ośrodek interdyscyplinarnej alergologii klinicznej, posiadający akredytację do prowadzenia specjalizacji z alergologii. Jednostka zapewnia profesjonalną obsługę pacjentów od pediatrii do geriatrii.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na terenie miasta Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatrii świadczenia udzielane są przez 9 podmiotów:

- 1) Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Śniadeckich 10,31-531 Kraków);
- 2) Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie (ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków);
- 3) Przychodnia "SANA-MED" (os. Dywizjonu 303 2, 31-871 Kraków);
- 4) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pro vita et spe" (ul. Dietla 64,31-039 Kraków);
- 5) Centrum Medyczne "MED-ALL" (ul. Budziszyńska 1, 31-619 Kraków);
- 6) Samodzielny Publiczny ZOZ MSW w Krakowie - Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Kronikarza Galla 25, 33-332 Kraków);
- 7) Szpital Zakonu Bonifratów św. Jana Granego w Krakowie (ul. Trynitarzka 11, Kraków);
- 8) Nowa Rehabilitacja (ul. Komuny Paryskiej 24, Kraków);
- 9) Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych "Batorego 3"(ul. Batorego 3, Kraków).

Opieka nad pacjentem w domu

Opieka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego świadczona jest nie tylko w placówkach ochrony zdrowia. Na pomoc medyczną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia może liczyć również obłożnie chory przebywający w domu. Jeśli Pacjent jest obłożnie chory i przebywa w domu ma prawo do pomocy ze strony lekarza pierwszego kontaktu.

W przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi można zgłosić telefonicznie potrzebę wizyty domowej u chorego w godzinach pracy przychodni (od 8.00 do 18.00). W nagłych sytuacjach chory może uzyskać pomoc oraz poradę lekarską w ramach tzw. opieki całodobowej. Każda przychodnia ma obowiązek umieścić w widocznym miejscu (wewnątrz i na zewnątrz placówki) informację o miejscu świadczonej opieki całodobowej - wraz z adresem i numerem telefonu. Może zdarzyć się, że podczas wizyty domowej lekarz stwierdzi, iż ze względu na pogorszenie stanu zdrowia konieczne jest przewiezienie chorego do szpitala, Pacjent może w takiej sytuacji liczyć na transport do najbliższego szpitala. W każdym przypadku zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia każdy ma prawo również wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego.

Pielęgniarska Opieka Domowa

W przypadku osoby obłożnie chorej często konieczna jest zmiana opatrunków czy np. regularne zastrzyki. Pacjent może wówczas liczyć na pomoc pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Jeśli stan chorego będzie wymagał zachowania ciągłości udzielania świadczeń pielęgniarskich również po godz. 18.00 lub w soboty, niedziele oraz dni wolne od pracy – wówczas pacjent uzyska pomoc w ramach tzw. opieki całodobowej.

Pielęgniarka pomaga w terapii prowadzonej przez lekarza, aplikuje zastrzyki, zmienia opatrunki, wykonuje podstawowe zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze - także w stomiach, przetokach i trudno gojących się ranach. Jeśli osoba chora wymaga specjalnej diety i karmienia może liczyć na wsparcie pielęgniarki w ustaleniu sposobu żywienia i rodzaju pokarmu. Fachowa opieka pielęgniarska pozwoli także zapobiec powikłaniom wywołanym długotrwałym unieruchomieniem, pielęgniarka pomaga bowiem również w podstawowych ćwiczeniach rehabilitacyjnych. Opiekun zajmujący się chorym - może liczyć na rady w zakresie codziennej opieki i pielęgnacji. Wskazaniem do objęcia pacjenta opieką długoterminową jest ocena pacjenta wg. skali Barthel (uzyskanie do 40 pkt.).

Rehabilitacja

Rehabilitacja lecznicza ma na celu zapobieżenie, usunięcie, ograniczenie lub złagodzenie skutków niepełnosprawności. W ramach rehabilitacji finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pacjent może skorzystać z:

- 1) rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej;
- 2) rehabilitacji ogólnoustrojowej na oddziałach dziennych;
- 3) rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej na oddziałach stacjonarnych.

Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych obejmuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w poradni rehabilitacyjnej, zakładzie fizjoterapii lub w domu pacjenta. Każda placówka udzielająca świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych. Do poradni

rehabilitacyjnej pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rehabilitacja domowa

Jeśli chory wymaga rehabilitacji i cierpi na zaburzenia narządów ruchu, które utrudniają samodzielne przemieszczanie się, co wyklucza wizyty w ambulatorium, może być objęty rehabilitacją w warunkach domowych. Ta forma opieki przeznaczona jest dla chorych:

- 1) z uszkodzeniami mózgu np. po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach (do 12 miesięcy od zdarzenia);
- 2) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia);
- 3) ze schorzeniami przewlekłe postępującymi (miopatia, choroba Parkinsona, zapalenia wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, kolagenozy, przewlekłe zespoły pozapiramidowe, reumatoidalne zapalenie stawów);
- 4) ze zwyrodnieniami stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu (do 6 miesięcy po operacji);
- 5) z urazami kończyn dolnych (do 6 miesięcy po urazie).

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

Świadczenia te dzieli się na dwie podstawowe grupy: udzielane warunkach stacjonarnych oraz w warunkach domowych. Do świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych zalicza się pomoc udzielaną w zakładach:

- 1) opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży;
- 3) opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- 4) opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
- 5) Świadczenia udzielane w warunkach domowych to przede wszystkim;
- 6) świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- 7) świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
- 8) świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych i domowych

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.

Świadczenia gwarantowane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/ pielęgnacyjno-opiekuńczym są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym. Pacjenci kwalifikowani do ZOL-u lub ZPO muszą uzyskać w skali oceniającej poziom samodzielności (skala Barthel)

40 punktów lub mniej. Wniosek o skierowanie pacjenta do ZOL wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacją leczenia osób:

- 1) przewlekłe chorych,
- 2) osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, które ze względu na:
 - a) stan zdrowia i niesprawność fizyczną;
 - b) brak samodzielności w samoopiece i samo-pielęgnacji;
 - c) konieczność stałej kontroli lekarskiej;
 - d) potrzebę profesjonalnej pielęgnacji;
 - e) rehabilitację.

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy nie może przyjmować osób chorych w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależnionych, w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Aktualnym aktem prawnym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem, świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL/ZPO obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- 4) świadczenia psychologa;
- 5) terapię zajęciową;
- 6) leczenie farmakologiczne;
- 7) leczenie dietetyczne;
- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;
- 9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne i leki.

W 2016 roku w Krakowie istniało 9 publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących opiekę długoterminową o profilu ogólnym. W poszczególnych zakładach funkcjonujących na terenie Krakowa w latach 2007 – 2016 liczba łóżek przedstawiała się następująco:

- w roku 2007 – 858 łóżek,
- w roku 2008 – 900 łóżek,
- w roku 2009 – 910 łóżek,
- w roku 2010 – 949 łóżek,
- w roku 2011 – 1 119 łóżek,
- w roku 2012 – 1 206 łóżek.
- w roku 2013 – 1 261 łóżek,
- w roku 2014 – 1 322 łóżka,

w roku 2015 – 1285 łóżek,
w roku 2016- 1325 łóżek.

Świadczenia w zakresie ZOL dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie realizują 3 podmioty na obszarze całej Małopolski. Liczba zakontraktowanych łóżek wynosi 35, odpowiednio: 26 – Zakład Opiekuńczo-Leczniczym „Serdeczna Troska”, 6 – Szpital Miejski w Rabce – Zdroju oraz 3 – Szpital Powiatowy w Bochni.

Pielęgniarska Opieka Długoterminowa

Świadczenia pielęgniarskie realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia tego typu obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania lekarza POZ, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia opieką pielęgniarską długoterminową.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad nieuleczalnie chorymi. W skład zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog. Do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną kieruje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

W ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej wyróżniane są świadczenia wykonywane w warunkach stacjonarnych oraz wykonywane w warunkach domowych. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- 1) stacjonarnych - w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 2) domowych - w hospicjach domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- 3) ambulatoryjnych - w poradni medycyny paliatywnej.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia pacjentowi nieodpłatnie:

- 1) badania diagnostyczne;
- 2) w warunkach stacjonarnych - leki i wyroby medyczne.

Proponowane działania Gminy Miejskiej Kraków dotyczące zapewnienia opieki geriatrycznej na terenie Miasta Krakowa

Mieszkańcy Małopolski należą do społeczności demograficznie starych, ok. 14 % stanowią osoby po 65 roku życia, przeciętne trwanie życia jest dłuższe od średniego krajowego o 1,5 roku. Dlatego konieczne jest dostosowanie profilu świadczeń do potrzeb tej

rosnącej grupy ludności. Kontrakty na geriatryczną opiekę szpitalną posiadają trzy placówki w województwie, świadczenia ambulatoryjne udzielane są w 13 poradniach z czego jedynie 4 zlokalizowane są poza Krakowem. W związku z powyższym koniecznym jest podjęcie działań mających na celu zabezpieczenie kompleksowej opieki dla osób starszych na terenie całej Małopolski.

Reorganizacja i rozbudowa zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej na terenie miasta Krakowa

Jednym z proponowanych działań powinna być reorganizacja i rozbudowa zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie poprzez Przebudowę Pawilonu nr 3 oraz budowę Pawilonu Nr 5 w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, ul. Wielicka 267 wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia medycznego i technicznego. Tak przygotowana baza lokalowa – sprzętowa stanowiłaby podstawę do realizacji drugiego etapu działań, tj. wprowadzania zmian organizacyjnych mających na celu utworzenie oddziałów rehabilitacji geriatrycznej. Na bazie Pawilonu Nr 5 planowane jest utworzenie pilotażowego Miejskiego Ośrodka Zdrowia dla Osób Starszych i Niesamodzielných.

Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia osób starszych

Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia spełniają rolę pomocniczą w stosunku do oferowanych profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia). Realizacja Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia ma przyczynić się do osiągnięcia celu strategicznego, czyli poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności poprzez zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej.

Działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej skierowane do osób starszych będą polegać szczególnie na:

- 1) realizacji programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa;
- 2) realizacji programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa;
- 3) organizacji przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- 4) organizacji przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej;
- 5) podejmowanie działań w ramach poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta;
- 6) promowanie zachowań zdrowotnych dla zapewnienia osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia;
- 7) utworzenie pilotażowego Miejskiego Ośrodka Zdrowia dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w ramach realizacji przez Gminę Miejską

Kraków rozbudowy i modernizacji infrastruktury Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Wielickiej 267 w Krakowie.

Podstawowym celem uruchomienia Miejskiego Ośrodka Zdrowia dla Osób Starszych, Osób Przewlekłe Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, jest profilaktyka zdrowotna, rehabilitacyjna i pomoc społeczno-zawodowa, dostępność w jednym miejscu do specjalistów. Rozwój medycznej opieki stacjonarnej i niestacjonarnej (diennej) połączonej z kompleksową rehabilitacją osób starszych, oraz przewlekłe niepełnosprawnych i niesamodzielnych (tj. osób o orzeczonym stopniu niepełnosprawności znacznym lub umiarkowanym, szczególnie w zakresie narządów ruchu i wzroku na terenie Miasta Krakowa. Beneficjentami Ośrodka będą też osoby wymagające całodobowego leczenia, opieki i nadzoru medycznego (łóżka opiekuńczo-lecznicze w ramach zakładu leczniczego – Zakład Opiekuńczo-Leczniczny), a także pacjenci korzystający ze świadczeń ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych (poradnie przyszpitalne, Dzienny Dom Opieki Medycznej, Centrum Opieki Zdrowotnej. Realizowane będą również zadania z zakresu poradnictwa i szkoleń dla rodzin opiekujących się ww. pacjentami w warunkach domowych tj. nieformalnych opiekunów, połączone z usługą tzw. przewodnika/asystenta medycznego. Umożliwienie osobom nieporadnym, niesamodzielnym i w sytuacjach kryzysowych uzyskania profesjonalnych informacji o koniecznych do podjęcia w związku z zaleceniami lekarskimi czynnościach administracyjnych i formalnych, a także zakresie uprawnień przysługujących w związku ze stanem zdrowia.

W przypadku osób niesamodzielnych informacja będzie przekazywana opiekunowi/asystentowi. Ośrodek Zdrowia będzie również realizować zadania z zakresu poradnictwa, szkoleń i wsparcia w aktywizacji zawodowej osób przewlekłe niepełnosprawnych i osób niesamodzielnych.

W kontekście zachodzących zmian związanych ze starzeniem się społeczeństwa konieczne jest stałe monitorowanie stanu zdrowia, sytuacji demograficznej, zasobów ochrony zdrowia oraz przyjętych rozwiązań organizacyjnych w opiece zdrowotnej osób starszych i przewlekłe chorych na terenie Miasta Krakowa.

- 1) monitorowanie powinno obejmować szczegółowe analizy potrzeb zdrowotnych osób starszych z zastosowaniem odpowiednich narzędzi, uwzględnieniem całego procesu, włączając w to potrzeby zdrowotne obiektywne (określane przez lekarza) i subiektywne (określane przez daną osobę), uświadomione i nieuświadomione (np. aktywne wykrywanie chorób oraz problemów zdrowotnych) oraz zrealizowane i niezrealizowane (trudności w dostępności, identyfikacja przyczyn tych trudności);
- 2) do celu monitorowania należy określić zakres dostępnych wskaźników oraz tych problemów, które identyfikowane są jedynie jakościowo, brak jest obiektywnych danych liczbowych lub dane liczbowe są nieprecyzyjne lub mogące budzić wątpliwości interpretacyjne (np. dane dotyczące niepełnosprawności pochodzą z badań ankietowych Głównego Urzędu Statystycznego, są więc subiektywne oraz z powiatowych zespołów orzekających, które nie obejmują całej populacji potrzebujących). Należy zwrócić uwagę, że zjawisko niepełnosprawności ma nie tylko wymiar fizyczny (utrata anatomicznej struktury lub funkcji), ale także wymiar społeczny i psychiczny, i te aspekty nie są uwzględniane w rutynowych analizach zdrowotnych. Podobna sytuacja dotyczy np. kolejek, które w obecnej postaci raportowania nie oddają faktycznych trudności w dostępności do opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że brak jest rutynowo zbieranych danych opisujących występowanie większości chorób przewlekłych, zwłaszcza

w poszczególnych grupach wieku (w tym w wieku podeszłym). Cenne informacje w tym zakresie posiada Narodowy Fundusz Zdrowia, jednakże należy pamiętać, że dane gromadzone przez NFZ są danymi rozliczeniowymi, a nie epidemiologicznymi i dotyczą osób korzystających z powszechnego systemu ubezpieczeń (korzystających z opieki medycznej w instytucjach posiadających kontrakt). W sytuacji, gdzie istnieją braki informacji, a jej posiadanie zostaje uznane za konieczne, należy opracować alternatywne systemy monitorowania. Pełna identyfikacja barier i problemów w dostępie do opieki zdrowotnej możliwa jest po przeanalizowaniu ścieżek pacjentów w opiece zdrowotnej i, jeśli zostanie uznane to za właściwe, należy podjąć zadanie ich identyfikacji w szerszym bądź profilowanym zakresie;

- 3) analiza możliwych zmian powinna uwzględniać wszystkie etapy związane ze zdrowiem: profilaktykę chorób, odpowiednią diagnostykę (w tym wczesną), właściwe i skuteczne leczenie oraz rehabilitację i wszystkie działania podnoszące jakość życia pacjenta, z włączeniem usług domów pomocy społecznej, ośrodków wsparcia dla osób starszych oraz opieki domowej z uwzględnieniem usług opiekuńczych realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Uwzględnianie możliwości nowych technologii może znacząco usprawnić te procesy. Należy zwrócić uwagę na konieczność intensyfikacji działań diagnostycznych i leczniczych w problemach związanych z pogorszeniem wzroku, słuchu oraz chorób kognitywnych u osób starszych;
- 4) w procesach analiz oraz przyjmowania rozwiązań konieczne jest współdziałanie wszystkich uczestników zachodzących procesów, a więc instytucji odpowiedzialnych za zdrowie populacji, organizujących opiekę zdrowotną i pomoc społeczną oraz adresatów tych działań - osób w podeszłym wieku. Sektor opieki zdrowotnej i sektor pomocy społecznej powinny pełnić rolę koordynacyjną w szczególności na rzecz osób starszych – samotnych, które nie mogą liczyć na pomoc osób bliskich;
- 5) ważnym elementem jest koordynowanie działań wobec osób starszych sektora opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej oraz działań różnych instytucji wewnątrz tych sektorów. Należy rozważyć możliwość większej aktywizacji poszczególnych struktur w zakresie opieki nad osobą starszą. Działania instytucji samorządowych powinny uzupełniać i wspomagać obszary w zakresie potrzeb zdrowotnych, które są gorzej zaspokajane przez aktywności instytucji opieki zdrowotnej. Opieka nad osobą starszą nie dotyczy tylko dostępu do porady lekarskiej czy hospitalizacji, ale również opieki w domu pacjenta z uwzględnieniem usług opiekuńczych realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Uwzględnienie w zadaniach również opieki nad osobami chorymi przewlekle poszerza grupę odbiorców i konieczność uwzględnienia wszystkich osób z chorobami przewlekłymi, w tym dzieci;
- 6) konieczne jest podjęcie działań informacyjnych w ośrodkach wsparcia dla osób starszych i w domach pomocy społecznej propagujące zdrowy styl życia;
- 7) istnieje potrzeba prac nad systemowym wsparciem opiekunów rodzinnych, zajmujących się osobami starszymi m.in. poprzez dostęp do kompleksowej informacji o możliwościach wsparcia i pomocy, uruchomienie miejsc i usług odciążających opiekuna, prowadzenie kampanii informacyjnych w tym zakresie;
- 8) celem proponowanych działań jest osoba starsza oraz chora przewlekle, zatem w procesie zbierania informacji, a także proponowania rozwiązań i wdrażania zmian konieczne jest uwzględnienie szerokiej komunikacji z adresatem działań;

- 9) proponowane rozwiązania powinny uwzględniać dwie perspektywy: bliską z przyjmowaniem rozwiązań doraźnych oraz perspektywę odległą, z opracowaniem celu oraz strategii postępowania oraz dwa wymiary: organizacyjny oraz finansowy.

3.7. Uzdrawisko Swoszowice

Zgodnie z art. 46 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 651) Gmina uzdrowiskowa oraz gmina posiadająca status obszaru ochrony uzdrowiskowej poza zadaniami przewidzianymi przepisami Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, realizuje zadania własne związane z zachowaniem funkcji leczniczych uzdrowiska, w szczególności w zakresie:

- 1) gospodarki terenami, z uwzględnieniem potrzeb lecznictwa uzdrowiskowego, ochrony złóż naturalnych surowców leczniczych oraz budowy lub innych czynności zabronionych w poszczególnych strefach ochrony uzdrowiskowej;
- 2) ochrony warunków naturalnych uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz spełniania wymagań w zakresie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń powietrza, natężenia hałasu, odprowadzania ścieków do wód lub do ziemi, gospodarki odpadami, emisji pól elektromagnetycznych, o których mowa w odrębnych przepisach;
- 3) tworzenia warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej w celu zaspokajania potrzeb osób przebywających w gminie w celu leczenia uzdrowiskowego;
- 4) tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej, związanej ze spełnieniem warunków, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 5 (tj. posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami).

Zadania Gminy Miejskiej Kraków ukierunkowane są przede wszystkim na zachowanie funkcji leczniczych Uzdrawiska, w zakresie tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej Swoszowic, jako jednej z dzielnic Krakowa. Miasto Kraków realizuje także zadania z zakresu Strategii Rozwoju Turystyki w Krakowie na lata 2014-2020 (w zakresie tzw. turystyki medycznej) oraz działania z zakresu ochrony infrastruktury leczniczej i promocji zdrowia (modernizacja obiektów uzdrowiskowych wraz z ich otoczeniem). Chroniąc walory środowiska naturalnego, mają one służyć stworzeniu warunków dla wykorzystania wszystkich walorów Uzdrawiska oraz zwiększeniu atrakcyjności turystycznej i leczniczej oferty Krakowa. W celu zachowania i rozwoju funkcji leczniczych Osiedla Uzdrawisko Swoszowice powstały dwa dokumenty, tj. Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice oraz Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice. Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice, przyjęty Uchwałą Nr XLII/737/16 Rady Miasta Krakowa z dnia 27 kwietnia 2016 r. został opracowany przede wszystkim w celu uzyskania wsparcia ze środków Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014- 2020. Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice przyjęty Uchwałą Nr CIV/1389/10 Rady Miasta Krakowa z dnia 23 czerwca 2010 r. (zaktualizowany uchwałą Nr LXXIII/1753/17 Rady Miasta Krakowa z dnia 31 maja 2017 r.) zawiera analizę istniejącej infrastruktury Osiedla

pod kątem utrzymania standardów właściwych dla uzdrowisk i przedstawia kierunkowe rozwiązania w zakresie najważniejszych inwestycji w infrastrukturę komunalną.

Osiedle Uzdrawisko Swoszowice posiada także statut, który został nadany dnia 17 grudnia 2008 r. Uchwałą nr LX/784/08 Rady Miasta Krakowa w sprawie nadania statutu dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice, z późn. zm. Uchwała Nr XCIII/2431/18 Rady Miasta Krakowa z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie przyjęcia i ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały Nr LX/784/08 Rady Miasta Krakowa z dnia 17 grudnia 2008 r. w sprawie nadania statutu dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice.

Zgodnie z art. 43 st. 1 Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, gmina, na obszarze której znajduje się uzdrowisko, lub obszar ochrony uzdrowiskowej, obowiązana jest do sporządzenia i przedstawienia, nie rzadziej niż na 10 lat, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operatu uzdrowiskowego, celem potwierdzenia spełnienia przez jej obszar albo jego część wymagań określonych w ustawie. Obecnie obowiązujący operat sporządzony był w latach 2007-2008, zaś Minister Zdrowia w drodze Decyzji Nr 8 z dnia 23 października 2008 roku potwierdził możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego a obszarze uznanym za uzdrowisko Swoszowice, czyli na terenie Osiedla.

Naturalnym bogactwem Swoszowic jest siarka – „największy skarb uzdrowiska, wyróżniający je spośród innych uzdrowisk małopolskich” oraz 200-letni park uzdrowiskowy, wpisany do rejestru zabytków. W jego obrębie znajduje się z ujęcie wód mineralnych „Źródło Główne” oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, usytuowane w zabytkowych budynkach: „Głównym Domu Zdrojowym” i willi „Szwajcarka”. W obrębie parku znajduje się wybudowana w 1922 r. restauracja „Parkowa”. Podstawowymi zabiegami z użyciem naturalnych surowców na bazie wód siarczkowych oraz peloidów, wykonywanymi w Uzdrawisku Swoszowice, są kąpiele siarczkowe oraz zabiegi borowinowe.

Gmina Miejska Kraków zrealizowała swoje obowiązki w zakresie władztwa planistycznego, wynikające z art. 38b Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, sporządzając i uchwalając miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego dla strefy „A” ochrony uzdrowiskowej (obejmującej cały obszar Osiedla). Ponadto miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego dla stref ochronnych są potrzebne do wystąpienia o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, zgodnie z art. 39 Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r.

Lecznictwo uzdrowiskowe na terenie Osiedla prowadzone jest głównie przez podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą Uzdrawisko Kraków Swoszowice sp. z o.o., który udziela świadczeń zdrowotnych w poniższym zakresie:

- 1) Leczenie stacjonarne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W zakresie tym zawiera się: leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne i leczenie uzdrowiskowe szpitalne;
- 2) Leczenie ambulatoryjne w przychodni uzdrowiskowej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Każdemu pacjentowi po uzyskaniu skierowania przysługują trzy zabiegi dziennie z następujących grup: zabieg podstawowy – bodźcowy, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych; zabiegi fizjoterapii – hydroterapia, fizykoterapia; zabiegi kinezyterapii;
- 3) W ramach leczenia stacjonarnego oraz leczenia ambulatoryjnego w przychodni uzdrowiskowej istnieje możliwość odpłatnego korzystania ze świadczeń, także świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych poza ambulatoryjnym leczeniem uzdrowiskowym i prowadzonych w formie oferty Centrum Rehabilitacji Swoszowice.

W obrębie struktur Uzdrowiska Kraków Swoszowice sp. z o.o. funkcjonuje Centrum Rehabilitacji Swoszowice. Obiekty Uzdrowiska Kraków Swoszowice sp. z o.o. oraz przypisana im baza zabiegowo-usługowa to:

- 1) Główny Dom Zdrojowy – najstarszy z obiektów Uzdrowiska. To tutaj znajduje się cała baza zabiegowa. Ponadto w obiekcie znajdują się pokoje 1-, 2- i wieloosobowe z łazienkami;
- 2) Pawilon Szwajcarka – stanowi głównie bazę noclegową Uzdrowiska;
- 3) Restauracja Parkowa – budynek wpisany do rejestru zabytków Miasta Krakowa. Znajdują się w nim dwie sale restauracyjne: Sala Parkowa i Sala Filmowa oraz kawiarnia połączona z pijalnią mineralnych wód leczniczych.

Ponadto Spółka dzierżawi pokoje Hotelu Krystyna zlokalizowanym w pobliżu Uzdrowiska. Jest to Hotel trzygwiazdkowy, dysponujący 59 miejscami noclegowymi. Część pokoiów przystosowana jest dla osób niepełnosprawnych. W budynku znajduje się sauna, fitness, grota solna oraz restauracja.

Obecnie na terenie Uzdrowiska Kraków Swoszowice sp. z o.o. w Szpitalu Uzdrowiskowym funkcjonuje 56 łóżek, (w Uzdrowiskowym Szpitalu Rehabilitacyjnym 30 łóżek, w Szpitalu Uzdrowiskowym 26 łóżek), a w Sanatorium Uzdrowiskowym 45 łóżek (Główny Dom Zdrojowy oraz Pawilon Szwajcarka). W porównaniu z innymi małopolskimi uzdrowiskami Uzdrowisko Kraków Swoszowice sp. z o.o. prowadzi działalność w oparciu o niewielką bazę 101 łóżek, co powoduje niewielkie wykorzystanie potencjału Uzdrowiska i wymaga rozbudowy.

Tabela 17. Liczba pacjentów korzystających ze świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego w Uzdrowisku Swoszowice.

L.p.	Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Liczba pacjentów szpitala uzdrowiskowego	330	337	327	324	288	472	451
2.	Liczba kuracjuszy sanatoryjnych	815	814	975	988	1 011	973	960
3.	Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	4 372	3 963	4 183	4 659	4 806	4736	4850
4.	Liczba pacjentów rehabilitacyjnych w szpitalu uzdrowiskowym	180	186	145	101	79	0	0
5.	Liczba kuracjuszy rehabilitacyjnych w sanatorium	15	0	0	0	0	0	0
	Razem:	5 712	5 300	5 630	6 072	6 212	6105	6261

Źródło: Firma Uzdrowisko Kraków Swoszowice sp. z o.o.

Liczba pacjentów objętych leczeniem wynika z umów zawartych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie oraz niewielkich możliwości lokalowych spółki Uzdrowisko Kraków Swoszowice sp. z o. o., umożliwiających leczenie i pobyt pacjentów stacjonarnych oraz ambulatoryjnych. Uzdrowisko Swoszowice sp. z o.o. nie zawarło umów z innymi podmiotami na realizację świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego.

Na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice poza Uzdrowiskiem Kraków Swoszowice funkcjonuje Centrum Medyczne „Swoszowice”, udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach umów z NFZ. Są to świadczenia: poradnia ogólna, pediatryczna i medycyny pracy). Ponadto w bliskim otoczeniu Uzdrowiska Kraków Swoszowice sp. z o.o. działają prywatne podmioty udzielające świadczeń z zakresu rehabilitacji:

- 1) Centrum Medyczne Wójcikiewicz Rehabilitacja sp. j., ul. Miarowa 37 B;
- 2) Fizjobell, Justyna Żyła, ul. Myślenicka 163;
- 3) Joanna Boniecka, gabinet rehabilitacji, Borowinowa 27;
- 4) Gracja Centrum Rehabilitacji, ul. Nałęczowska 12;
- 5) Rehabilitacja Spec-Lemar, Pilkarska 2;
- 6) Fizjoterapia i Odnowa Biologiczna, Izabela Fic, ul Do Luboni 67.

W obrębie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice funkcjonują trzy apteki ogólnodostępne:

- 1) Apteka Prywatna, ul. Mirosława Krzyżańskiego 43,
- 2) Apteka Prywatna, ul. Szybisko 15B,
- 3) Apteka Prywatna, ul. Ciechocińska 20.

Od 2010 r. realizowany jest „Program tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla uzdrowisko Swoszowice”, w ramach którego nakłady na utrzymanie i rozbudowę sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, utrzymanie i modernizację dróg, chodników i odwodnienia, poprawę infrastruktury sportowej i uzdrowskiej w latach 2011-2017 wyniosły ok. 39 mln zł.

Do najważniejszych zadań Gminy w zakresie zachowania i rozwoju funkcji leczniczych Osiedla Uzdrowisko Swoszowice w latach 2019- 2021 należało będzie :

- 1) Zaktualizowanie Planu Rozwoju dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice;
- 2) Zaktualizowanie Programu tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla osiedla Uzdrowisko Swoszowice;
- 3) Kontynuowanie działań wynikających z dotychczasowych dokumentów planistycznych umożliwiających rozwój funkcji lecznictwa uzdrowskiego

Aktualizacja pierwszego z ww. dokumentów jest konieczna dla określenia planów i kierunków ich realizacji dla Gminy Miejskiej Kraków w zakresie rozwoju Osiedla Uzdrowisko Swoszowice oraz umożliwi uzyskanie wsparcia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (działanie 6.3.2).

Nakłady finansowe

Zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania

Budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki finansowe: Narodowego Funduszu Zdrowia, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej) oraz środki własne podmiotów prowadzącego działalność leczniczą na terenie Uzdrowiska.

Wskaźniki monitoringu

Liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych (w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz na zasadach komercyjnych); długość tras i ścieżek turystycznych modernizowanych i nowopowstałych; długość zmodernizowanych kanalizacji: opadowych, sanitarnych, technicznych, długość zmienionych sieci i przyłączy elektroenergetycznych, wodociągowych, ciepłowniczych, gazowych, teletechnicznych; poziom natężenia hałasu.

Podmiot koordynujący

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące

- 1) Właściwa ds. kształtowania i ochrony środowiska komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 2) właściwa ds. infrastruktury komunalnej komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 3) właściwa ds. architektury i urbanistyki komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 4) właściwa ds. planowania przestrzennego komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 5) właściwa ds. turystyki komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 6) właściwa ds. funduszy zagranicznych komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa;
- 7) Naczelný Lekarz Uzdrowiska;
- 8) podmioty prowadzące działalność leczniczą na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice;
- 9) Miejski Konserwator Zabytków w Krakowie;
- 10) właściwa ds. zarządu infrastrukturą komunalną i transportem miejska jednostka organizacyjna;
- 11) właściwa ds. zarządu infrastrukturą sportową miejska jednostka organizacyjna;
- 12) właściwa ds. miejskiego przedsiębiorstwa wodociągów i kanalizacji miejska jednostka organizacyjna.

3.8. Dostępność do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne na terenie Krakowa.

Na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne* Rada Miasta Krakowa podejmuje uchwałę w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych, po wcześniejszym pozytywnym zaopiniowaniu przez Okręgową Radę Aptekarską w Krakowie.

Apteki na terenie Krakowa w roku 2017 funkcjonowały na podstawie Uchwały Nr LIX/1308/16 Rady Miasta Krakowa z dnia 7 grudnia 2016 r. w sprawie *ustalenia rozkładu godzin pracy krakowskich aptek ogólnodostępnych w 2017 roku* (Dziennik Urzędowy Województwa Małopolskiego z dnia 9 grudnia 2016 r., poz. 7464). Uchwała obowiązywała w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. Natomiast od 1 stycznia 2018 r. apteki działają na podstawie Uchwały Nr XC/2363/17 Rady Miasta Krakowa z dnia z dnia 6 grudnia 2017 r. w sprawie *ustalenia rozkładu godzin pracy krakowskich aptek ogólnodostępnych na*

lata 2018-2020 (Dziennik Urzędowy Województwa Małopolskiego z dnia 14 grudnia 2017 r., poz. 8845), która obowiązuje w perspektywie trzyletniej, tj. od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

Podstawowym celem ww. uchwały podjętej na podstawie art. 94 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*, jest zapewnienie ludności możliwości zaopatrzenia w leki i materiały medyczne. W przypadkach prawnie uzasadnionego braku możliwości dotrzymania ustalonego rozkładu, apteki działające na terenie Krakowa zostały zobowiązane do zapewniania z niezbędnym wyprzedzeniem informacji dla zainteresowanych.

Apteki ogólnodostępne działają wg rozkładu godzin pracy stanowiącego załącznik nr 1 do ww. uchwały.

Natomiast na podstawie załącznika nr 2 do ww. uchwały całodobowe dyżury w pełnym zakresie usług farmaceutycznych w porze nocnej, święta i dni wolne od pracy zapewniają następujące apteki:

1. Apteka przy ul. Ćwiklińskiej 10,
2. Apteka przy ul. Karmelickiej 23,
3. Apteka przy ul. Kalwaryjskiej 94,
4. Apteka przy ul. Kazimierza Wielkiego 117,
5. Apteka przy ul. Kronikarza Galla 26,
6. Apteka przy ul. Miłkowskiego 3/1,
7. Apteka przy ul. Mogilskiej 21,
8. Apteka na os. Centrum A bl. 4,
9. Apteka przy ul. Wolskiej 1,
10. Apteka przy ul. Zielińskiej 3.

Według stanu na 10 października 2017 r. na jedną aptekę zlokalizowaną na terenie Krakowa w roku 2017 przypadało 2 383 mieszkańca, przy działających w ostatnim kwartale 2017 r. ogółem 322 aptekach, w tym 10 aptekach całodobowych.

Liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na jedną aptekę całodobową wynosiła 76 730, a wskaźnik ilości aptek całodobowych przypadających na 10 tys. mieszkańców wynosił 0,13. Z kolei liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na jedną aptekę ogólnodostępną wynosiła 2 459,3, a wskaźnik ilości aptek ogólnodostępnych przypadających na 10 tys. mieszkańców wynosił 4,06.

Informacje nt. pracy aptek działających na terenie Krakowa można uzyskać pod numerem Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej: 12 661 22 40.

4. Sposoby sprawozdawczości

Corocznie podsumowanie działań przewidzianych niniejszym Miejskim Programem Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019–2021” będzie przedstawiało Sprawozdanie z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019–2021” za każdy rok realizacji Programu, opracowywane w IV kwartale każdego roku, w 2020 r. – za 2019 r., 2021 r. za 2020 r. i w 2022 r. za 2021 r. Ponadto, dane sprawozdawcze będą udostępniane na potrzeby Strategii Rozwoju Krakowa i jej aktualizacji na podstawie Uchwały NR XCIV/2449/18 Rady Miasta Krakowa z dnia 7 lutego 2018 r.

CZĘŚĆ II.

1. Obszary realizacji polityki zdrowotnej

WSTĘP

Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia spełniają rolę pomocniczą w stosunku do oferowanych profilaktycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia). Realizacja Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia ma przyczynić się do osiągnięcia celu strategicznego IV *Kraków – miasto przyjazne do życia* oraz celu operacyjnego IV.6 *Powszechność realizacji idei zdrowego i aktywnego życia* poprzez zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie programów polityki zdrowotnej, oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej. Zalecane przez Światową Organizację Zdrowia nowoczesne podejście do polityki zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zachorowań oraz monitorowania czynników wpływających na stan zdrowia społeczności lokalnych wymaga uwzględnienia tych zagadnień w lokalnych strategiach jako działania uzupełniające względem świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez organy do tego powołane, czyli Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania najbardziej optymalnych programów polityki zdrowotnej w stosunku do potrzeb mieszkańców. Jednym z podstawowych założeń, jest to, aby programy realizowały jednostki ochrony zdrowia, które swoim potencjałem ludzkim i materialnym, a także doświadczeniem oraz ofertą usług medycznych spełniają wymogi i kryteria do udzielania świadczeń zdrowotnych. W latach 2000-2003 oferta programów polityki zdrowotnej przygotowywana była w ramach opracowywanego corocznie Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”, a od 2004 r. w formie programu trzyletniego. Programy miejskie są przygotowywane jako oferta uzupełniająca względem programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wskazanie najistotniejszych obszarów realizacji programów polityki zdrowotnej oraz opracowanie kryteriów ich realizacji odbywa się przy udziale Krakowskiej Rady Zdrowia, powołanej przez Prezydenta Miasta Krakowa w 2017 roku, złożonej z konsultantów województwa małopolskiego z poszczególnych dziedzin medycyny, przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowiskowej Rady Miasta Krakowa.

Najważniejsze obszary programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Krakowa obejmują zagadnienia zdrowotne w oparciu o analizy epidemiologiczne stanu zdrowia populacji, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i najczęściej występujące problemy zdrowotne. Dopuszcza się możliwość realizacji innych programów istotnych ze względu na uwarunkowania epidemiologiczne, po podjęciu stosownych uchwał w tym zakresie przez Radę Miasta Krakowa.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszystkie propozycje realizacji programów polityki zdrowotnej muszą zostać przekazane do rządowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu uzyskania pozytywnej opinii Prezesa Agencji. Poszczególne programy, które spełnią powyższe warunki oraz na które będą zapewnione środki finansowe w Budżecie Miasta będą realizowane przez podmioty wyłonione w drodze konkursu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i na podstawie kryteriów zatwierdzonych zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa lub poprzez udzielenie dotacji dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Z wyżej wymienionymi podmiotami, co do zasady będą zawierane umowy o realizację świadczeń zdrowotnych na okres trzech lat, zgodnie z odrębną uchwałą Rady Miasta Krakowa w sprawie wieloletniej prognozy finansowej Miasta Krakowa. Warunki konkursu i wymagania konkursowe dla oferentów zapewniać będą szeroki dostęp dla mieszkańców Miasta Krakowa do proponowanych profilaktycznych świadczeń zdrowotnych. Ponadto w oparciu o Budżet Miasta Krakowa realizowane będą programy profilaktyczne wykonywane w ramach zadań Dzielnic, których zakres określany będzie odrębnymi uchwałami rad dzielnic, przy obligatoryjnej zgodności z obszarami profilaktyki zdrowotnej Programu oraz posiadaniu pozytywnej oceny Prezesa AOTMiT.

Ponadto istnieje możliwość uzyskania dofinansowania do realizacji Programów Polityki Zdrowotnej ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, po uprzednim uzyskaniu opinii Wojewody, który określi zgodność Programów Polityki Zdrowotnej z regionalną Mapą Potrzeb Zdrowotnych.

Na podstawie dotychczasowych analiz i doświadczeń konieczne jest w uzupełnieniu do działań Narodowego Funduszu Zdrowia podejmowanie następujących inicjatyw:

- 1) Działania zdrowotne (eliminacja czynników ryzyka), zmiany w stylu życia ludności, edukacja zdrowotna, kształtowanie środowisk życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu. Realizacja (w tym w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa) zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych;
- 2) Rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców poprzez m. in. analizę danych epidemiologicznych oraz ocenę efektów programów polityki zdrowotnej;
- 3) Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Krakowa;
- 4) Zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz informacji o działających w mieście placówkach systemu ochrony zdrowia poprzez m. in. telefon informacji medycznej, współpraca z mediami, imprezy zdrowotne.
- 5) Inicjowanie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej poprzez pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;

6) Wspomaganie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajomienia mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz jego skutkami.

W trakcie opracowywania i realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia stosowane są m.in. następujące zasady: skuteczność działań, systemowość, współdziałanie, wzmacnianie środowisk wspierających zdrowie, uczestnictwo społeczności lokalnej, innowacyjności, podejmowanie spójnych decyzji.

- 1) Skuteczność działań – zadania opisane w programie dotyczą konkretnych przedsięwzięć, w których sprecyzowane są cele, adresaci działań oraz oczekiwane rezultaty. W zakresie profilaktyki i promocji zdrowia efekty działań nie stają się szybko widoczne, szczególnie w obszarze zachowań i postaw ludzkich np. dotyczących stylu życia;
- 2) Stosowanie zasady współdziałania wynika ze współpracy różnych podmiotów i instytucji działających w obszarze zdrowia;
- 3) Wśród działań na rzecz wzmacniania środowisk wspierających zdrowie należy zwrócić uwagę na stworzenie warunków społeczeństwu lokalnemu do działań na rzecz zdrowia, a w szczególności na popieranie prozdrowotnych postaw, również poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności. Aby promować zdrowie należy odejść od traktowania mieszkańców jako biernych odbiorców programów, a wręcz ich angażować i uznać ich za aktywnych udziałowców w procesie kształtowania zdrowia społeczeństwa lokalnego. Uczestnictwo społeczności lokalnej w sprawach zdrowia odbywa się m.in. poprzez dokonywanie wyboru stylu życia, korzystanie z dostępnych świadczeń zdrowotnych;
- 4) Zasada innowacyjności wynika z faktu, iż promocja zdrowia wymaga stałych poszukiwań, nowych pomysłów i metod działania;
- 5) Stosowanie zasady systemowości oznacza, że program dąży do objęcia swoim działaniem wszystkich obszarów mających związek ze zdrowiem, jego celem jest stworzenie systemu a nie zbioru działań jednorazowych i rozproszonych;
- 6) Podejmowanie spójnych decyzji politycznych pozwala na budowanie zdrowotnej polityki społecznej co wymaga stworzenia pozytywnego klimatu w administracji miejskiej wokół zdrowia. Decyzje polityczne, działania międzysektorowe, procesy innowacyjne działając równolegle określają zdrowotną politykę miasta.

W odniesieniu do efektów i skuteczności wszelkich programów zdrowia publicznego, a takim programem jest Miejski Program Ochrony Zdrowia, pozytywne zmiany wskaźników w zakresie zdrowia populacji mogą być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. Dlatego w realizacji 3-letniego Programu ważna jest konsekwencja w osiąganiu założeń programowych, wzmacnianie tendencji pozytywnych i eliminowanie tendencji negatywnych, pojawiających się w toku przeprowadzanego procesu monitorowania.

2. Obszary oraz zasady realizacji programów polityki zdrowotnej

2.1. Programy polityki zdrowotnej na lata 2019-2021

- 1) Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy;
- 2) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej;
- 3) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa;
- 4) Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych;
- 5) Program profilaktyki próchnicy u dzieci;
- 6) Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia;
- 7) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego;
- 8) Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków;
- 9) Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli;
- 10) Program profilaktyki wad postawy (środki dzielnic).

Powyższe Programy mieszczą się w następujących obszarach:

a) Obszar profilaktyki chorób kardiologicznych i cywilizacyjnych

- 1) Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy;
- 2) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego.

Częstość cukrzycy typu 2 rośnie gwałtownie na całym świecie, a równolegle do niej wzrastają pośrednie i bezpośrednie koszty jej leczenia. Liczbę chorych WHO szacuje na świecie na 150 milionów – w Polsce ponad 2 miliony, z czego ok. 50 % to tzw. cukrzyca nieznana. Leczenie cukrzycy i jej powikłań pochłania corocznie od 7 do 14% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Europie i USA. Koszty leczenia cukrzycy będą nadal rosły, ponieważ choroba ta ujawnia się w coraz młodszy wiek, czego bezpośrednią konsekwencją będzie wydłużenie czasu życia z cukrzycą, a co za tym idzie zwiększone ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych. Od 1992 r. umieralność z powodu chorób układu krążenia (późnych powikłań miażdżycy) w Polsce systematycznie obniża się, jednakże ciągle nasz kraj uważany jest za obszar o dużym ryzyku zgonu z powodu choroby sercowo-naczyniowej w okresie 10 lat od wykrycia choroby. Podobne czynniki ryzyka uzasadniają podejmowanie działań profilaktycznych w zakresie miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych.

b) Obszar profilaktyki zdrowia matki i dziecka, w tym obszar działań medycyny szkolnej

- 1) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej

Szybki wzrost częstości alergii obserwowany we współczesnym świecie w istotny sposób wiąże się ze skażeniem środowiska i chemizacją życia. Udział w nim mają także czynniki dziedziczne, co uwidacznia się m.in. w obniżaniu wieku ujawniania objawów alergii w populacji. Ujawnienie alergicznej choroby jest zwykle początkiem rozwoju alergizacji ustroju chorego i ma charakter rozwojowy. Z czasem trwania choroby wzrasta liczba

uczulających substancji i nasilają się objawy. Temu naturalnemu rozwojowi alergii, które pociąga za sobą nie tylko cierpienie, obniżenie jakości życia, towarzyszą coraz to większe wydatki na leczenie a także niesprawność. W ramach programu, który ma za cel opracowanie najskuteczniejszych zasad prawidłowego nadzoru medycznego nad młodzieżą szkolną z chorobami alergicznymi – dotychczas stwierdzono, że znaczna część młodzieży z alergią nie jest leczona, nie ma ustalonej przyczyny choroby i korzysta jedynie z doraźnej pomocy lekarskiej, nie istnieje żaden system poradnictwa przedzawodowego, który może być przyczyną wczesnego rozwoju alergii zawodowej u uczniów już w chwili nauki zawodu. Celem realizowanego Programu jest wypracowanie wzoru prawidłowego nadzoru medycznego młodzieży szkolnej w zakresie chorób alergicznych. W grupie uczniów starszych skłonnych do alergii dodatkowym problemem jest brak doradztwa zawodowego i podstawowych wiadomości pomocnych w zapobieganiu rozwojowi alergii.

2) Program profilaktyki próchnicy u dzieci

Próchnica jest chorobą zębów spowodowaną głównie działaniem kwasów, wytwarzanych przez bakterie obecne w płytce bakteryjnej. Wpływ na rozwój choroby ma podatność tkanek zęba, uwarunkowana niedostateczną jego mineralizacją, rodzaj spożywanych pokarmów oraz nawyki higieniczne. Nieleczona próchnica może być przyczyną chorób miazgi, ozębnej oraz kości czaszki. Próchnica atakuje zarówno uzębienie stałe, jak i mleczne. W tym ostatnim pojawia się już w pierwszym roku życia. Polskie dane epidemiologiczne, dotyczące występowania choroby u dzieci, są wyraźnie niekorzystne. W 6 roku życia zaledwie 13% dzieci posiada uzębienie wolne od tej choroby. Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter działań kompleksowych, obejmujących edukację rodziców, przestrzeganie zasad racjonalnego żywienia oraz dbałości o higienę jamy ustnej, profilaktyczne stosowanie związków fluoru oraz regularna kontrola i sanacja uzębienia. Profilaktyka próchnicy ma szczególne znaczenie w grupie dzieci niepełnosprawnych.

3) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania realizowana w ramach świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób jest finansowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Szczegółowo reguluje to ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast „Program poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa” ma na celu uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak, aby pomoc zdrowotna świadczona była 5 dni w tygodniu. Brak zabezpieczenia opieki zdrowotnej w szkołach przez pięć dni w tygodniu wynika z zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, które określają normy dotyczące zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę szkolną, traktowanej dla poszczególnych typów szkół jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego. Program przyczyni się do zwiększenia dostępności do profilaktycznej

opieki zdrowotnych dla uczniów krakowskich szkół. Główną przesłanką do wyboru szkół, do których uczęszczają dzieci i młodzież niepełnosprawna jest to, że jest to grupa dzieci wymagająca szczególnej opieki, dlatego opieka zdrowotna w tych szkołach powinna być zapewniona przez 5 dni w tygodniu.

4) Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych

Dysplazja (niedorozwój) stawów biodrowych jest w populacji polskiej najczęstszą wrodzoną wadą narządu ruchu (dotyczy 4 - 6 % niemowląt). Zwichnięcie biodra, będące skrajną postacią dysplazji występuje w populacji polskiej z częstością 0,65%. Niedorozwój bioder może nie dawać żadnych objawów klinicznych. Im większy stopień niedorozwoju, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości, jednak nawet bardzo niedojrzałe biodra mogą czasem nie dawać żadnych objawów patologicznych w badaniu klinicznym. Co więcej objawy kliniczne imitujące dysplazję bioder mogą występować także w całkiem zdrowych biodrach, co prowadzi wielokrotnie do nieuzasadnionego leczenia. Nie rozpoznana dysplazja powoduje przedwczesny rozwój zmian zwyrodnieniowych. Konsekwencją jest konieczność wczesnego leczenia operacyjnego - endoprotezoplastyki stawu biodrowego (w 3 – 5 dekadzie życia). Opieranie więc decyzji o rozpoczęciu leczenia tylko na podstawie badania klinicznego jest niewiarygodne. Obowiązującym standardem we wczesnej diagnostyce dysplazji stawów biodrowych jest badanie USG. Można przy jego pomocy uwidocznąć także chrzęstne części stawu biodrowego niemowlęcia, jest również zmiany nieszkodliwe dla organizmu. Obecnie badanie USG stawów biodrowych metodą Grafa jest podstawą do ich oceny u niemowląt i na jego podstawie (w łączności z badaniem klinicznym) ustala się kryteria do podjęcia leczenia. Pozwala ono także (wykonywane w kilkutygodniowych odstępach czasu) oceniać postęp i skuteczność leczenia, modyfikować terapię i podjąć decyzje o zakończeniu leczenia po uzyskaniu pełnej dojrzałości bioder.

c) Obszar profilaktyki chorób zakaźnych

1) Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia

Głównym celem szczepień ochronnych przeciwko grypie jest zapobieganie zachorowaniom na grypę, a tym samym zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wystąpienia powikłań i redukcja związanej z tym śmiertelności. We wszystkich rekomendacjach dotyczących ww. szczepień, grupa osób po 65 roku życia jest wskazywana na pierwszym miejscu, ostatnio pojawiają się jednak dane wskazujące na potrzebę immunizacji u osób po 50 roku życia. Ponadto szczepieniami ochronnymi przeciw grypie powinni zostać objęci mieszkańcy całodobowych ośrodków dla osób przewlekle chorych wraz z ich opiekunami. Podsumowując należy stwierdzić, że szczepienia ochronne przeciwko grypie nie tylko zapobiegają wystąpieniu choroby, szczególnie dla osób starszych, ale także są najtańszym sposobem ograniczenia związanych z tym kosztów medycznych, społecznych i ekonomicznych.

2) Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy

Szczepienia przeciwko zakażeniom bakteriami otoczkowymi - meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, finansowanych poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Szczepienia poza ochroną indywidualną zapewniają (w przypadku ich masowej realizacji) także ochronę populacyjną, która skutkuje poprawą sytuacji epidemiologicznej poprzez obniżenie liczby zachorowań w skali całego społeczeństwa. W ramach Programu jedna dawkę szczepionki skoniugowanej – monowalentnej przeciwko serogrupie C dzieciom, które ukończyły 12 miesiąc życia, a nie przekroczyły 24 miesiąca życia.

3) Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, uczęszczających do żłobków i przedszkoli

Program skierowany do dzieci zameldowanych na terenie Krakowa, uczęszczających do żłobków lub przedszkoli, które urodziły się przed dniem 1 stycznia 2017 a nie ukończyły 3 roku życia w momencie szczepienia. W związku z powyższym szczepienia w ramach Programu będą realizowane do dnia 31 grudnia 2019 roku.

Szczepienia realizowane będą wg przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniami producenta szczepionki.

d) Obszar wsparcia opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi

Istnieje potrzeba podejmowania działań ukierunkowanych na wsparcie opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). W szczególności wsparcia wymagają osoby niesamodzielne powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

Osoba niesamodzielną to osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej.

Zadania realizowane przez dzienny dom opieki medycznej przyczynią się do rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki zapobiegających umieszczaniu osób zależnych w zakładach stacjonarnych w szczególności na oddziałach szpitalnych, co umożliwi ich pacjentom życie w społeczeństwie z zapewnieniem odpowiedniego wsparcia. Ponadto oferowane rozwiązania pozwolą osobom sprawującym opiekę nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi na godzenie życia zawodowego z rodzinnym np. podjęcie lub kontynuowanie zatrudnienia.

Do dziennego domu opieki medycznej będą przyjmowani pacjenci z terenu Miasta Krakowa:

- 1) bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnności oraz wsparcia

- i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej,
albo
- 2) pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego,
oraz
 - 3) wymagający, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte wyłącznie osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ambulatoryjnych lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Zgłoszenia pacjentów do dziennego domu opieki medycznej będą przyjmowane w naborze ciągłym. Podstawą przyjęcia pacjenta do dziennego domu opieki medycznej będzie:

- 1) skierowanie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym;
- 2) karta oceny świadczeniobiorcy, sporządzana przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego, z zastosowaniem skali poziomu samodzielności Barthel.

Złożone dokumenty będą podlegały weryfikacji formalnej przez wyznaczony zespół pracowników placówki. Oceny spełnienia warunków kwalifikacji do świadczeń w ramach dziennego domu opieki medycznej dokonywać będzie natomiast powołany w tym celu zespół terapeutyczny. Tworzona będzie lista kandydatów. Wsparcie udzielane będzie osobom ujętym na liście wg. kolejności zgłoszeń, w miarę dostępności miejsc.

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 90 dni roboczych.

W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

Podmiot leczniczy prowadzący dzienny dom opieki medycznej zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacyjnego działania dziennego domu opieki medycznej, który będzie określał w szczególności godziny pracy.

Sposób udzielania świadczeń w dziennym domu opieki medycznej:

- 1) najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków;
- 2) w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonuje się całościową ocenę geriatryczną (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13;
- 3) na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny, zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan wsparcia, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii;
- 4) na koniec każdego miesiąca zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej;
- 5) przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu Zdrowia;
- 6) pracownik socjalny przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc.

W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać jednorazowo do 12 osób.

2.2. Nowe programy polityki zdrowotnej w MPOZ Zdrowy Kraków 2019-2021

- 1) *Badania pilotażowego pomiaru stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym (FeNO) u dzieci klas trzecich szkół podstawowych w Krakowie* - projekt został przesłany w dniu 17.04 2018 r. do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu zaopiniowania przez Prezesa AOTMiT;
- 2) *Programu prewencji otyłości oraz wczesnego wykrywania zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego u dzieci* - projekt jest w trakcie opracowywania w celu przesłania do zaopiniowania przez Prezesa AOTMiT;

- 3) *Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Miejskiej Kraków* – program jest w trakcie opracowywania w celu przesłania do zaopiniowania przez Prezesa AOTMiT.

2.3. Zasady wdrażania i finansowania programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2021

- 1) W ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa mogą być realizowane wyłącznie programy wymienione w punkcie 2.1;
- 2) Szczegółowy podział środków finansowych na poszczególne programy polityki zdrowotnej określi Prezydent Miasta Krakowa w odrębnym zarządzeniu po zasięgnięciu opinii Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowskiej Rady Miasta Krakowa;
- 3) Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programów polityki zdrowotnej w latach 2019-2021 określona zostanie w Wieloletniej Prognozie Finansowej (umowy wieloletnie) oraz każdorazowo w budżecie Miasta Krakowa;
- 4) W ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej zapewnione zostaną preferencje w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla posiadaczy Krakowskiej Karty Rodzinnej 3+, Karty Dużej Rodziny czy Krakowskiej Karty Rodziny z Niepełnosprawnym Dzieckiem.

3. Warunki realizacji polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków

Na podstawie przeprowadzonych konsultacji społecznych ustalona została lista zgłoszonych propozycji programów polityki zdrowotnej na lata 2019-2021, posiadających pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, których wdrożenie do realizacji będzie uzależnione od możliwości finansowych Miasta. Ponadto niezależnie od przyjętych do realizacji w latach 2019-2021 programów polityki zdrowotnej kontynuowane będą prace mające na celu uzupełnienie zadania pn. Programy polityki zdrowotnej z uwzględnieniem następujących kryteriów - wpływu na poprawę zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, znaczenia dla zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. W przypadku dokonania powyższego uzupełnienia realizacja dodatkowych programów wymagać będzie zmiany uchwały Rady Miasta Krakowa w sprawie Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2019-2021.

1. Podstawowe parametry Programu

- a) Kod programu
PS/Z1/2018
- b) Horyzont czasowy programu
01.01.2019 – 31.12.2021
- c) Koordynator Programu: Michał Marszałek
Promotor programu: Paweł Stańczyk
- d) Powiązanie z Dziedzinami zarządzania
Zdrowie (Z)
- e) Powiązanie ze strategią Rozwoju Miasta Krakowa
CEL STRATEGICZNY IV Kraków – miasto przyjazne do życia
CEL OPERACYJNY IV.6 Powszechność realizacji idei zdrowego i aktywnego życia

2. Cele programu

Zapewnienie mieszkańcom Krakowa właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez:

- 1) Systematyczną aktualizację informacji o potrzebach i uwarunkowaniach zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa;
- 2) Realizację zadań związanych z kreowaniem polityki zdrowotnej Miasta Krakowa;
- 3) Poprawę warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych – stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o możliwie najwyższej jakości i dostępności;
- 4) Profilaktykę i promocję zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych przez działania edukacyjne adresowane do konkretnych grup wiekowych;

Tak, aby:

- 1) Zwiększyć poziom wiedzy w obszarze potrzeb i uwarunkowań zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa;
- 2) Umożliwić mieszkańcom dostęp do Programów Polityki Zdrowotnej,
- 3) Zwiększyć dostępność oraz jakość świadczonych usług;
- 4) Upowszechniać zachowania zdrowotne.