

Załącznik do uchwały Nr XXXIII/280/03
Rady Miasta Krakowa z dnia 3 grudnia 2003 r.

MIEJSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA

ZDROWY KRAKÓW 2004 – 2006

Wprowadzenie	3
CZĘŚĆ A – Stan aktualny	
I. Założenia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”.	
1. Program a założenia Światowej Organizacji Zdrowia	4
2. Program a Narodowy Program Zdrowia	6
3. Program a Założenia Stowarzyszenia Zdrowych Miast	8
4. Program a Wojewódzki Plan Zdrowotny	10
5. Program a Strategia Rozwoju Miasta	31
II. Główne uwarunkowania dla zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa. Epidemiologia i demografia.	
1. Główne zagrożenia i problemy zdrowotne w Mieście	
A. Stan zdrowia mieszkańców Krakowa w oparciu o analizy umieralności i rozpowszechniania czynników ryzyka	34
B. Epidemiologia chorób zakaźnych	38
2. Charakterystyka demograficzna Miasta Krakowa	
A. Przemiany struktury ludności Krakowa w latach 1996-1999 i prognoza demograficzna na 2004 rok	41
B. Stan ludności miasta Krakowa. Prognoza do 2030 r.	49
III. Zasoby ochrony zdrowia na terenie Miasta Krakowa i dostępność do świadczeń zdrowotnych.	
1. Lecznictwo otwarte	52
2. Lecznictwo zamknięte	53
3. Ocena dostępności do świadczeń medycznych	62
4. Ratownictwo medyczne w Krakowie	68
5. Opieka długoterminowa	71
6. Medycyna szkolna	75
7. Medycyna sportowa	78
8. Zdrowy Kraków 2002-2003	80
CZĘŚĆ B – Kierunki działań	
1. Obszary strategiczne i operacyjne. Wprowadzenie.	86
A. Lecznictwo zamknięte	89
B. Lecznictwo otwarte	91
C. Ratownictwo medyczne	92
D. Medycyna sportowa	93
E. Medycyna szkolna	94
F. Profilaktyka uzależnień	95
2. Priorytetowe programy profilaktyki zdrowotnej	96
A. Obszary działań profilaktycznych w latach 2004-2006	96
B. Podstawy, tryb i zasady wyłaniania świadczeniodawców realizujących programy profilaktyki zdrowotnej	103
C. Mała profilaktyka - autorskie programy profilaktyczne i prozdrowotne	104
D. Promocja i edukacja zdrowotna	104
3. Finansowanie Programu	107
4. Realizacja Programu	109
5. Monitorowanie, ocena i sprawozdawczość	110

WPROWADZENIE

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2004 – 2006 stanowi rozwinięcie wieloletniego programu miejskiego Strategii Rozwoju Miasta. Program jest ściśle powiązany z założeniami i celami oraz zadaniami Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996 – 2006, nawiązuje również do Światowej Deklaracji Zdrowia oraz przyjętego przez Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia, dokumentu – „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Ponadto jego założenia uwzględniają opinie i uwagi konsultantów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycyny. Założenia oraz kierunki wyznaczone w aktualizacji polityki zdrowotnej Miasta Krakowa – „Zdrowy Kraków na lata 2004-2006 zostały przygotowane i opracowane przez Zespół konsultacyjny ds. profilaktyki i promocji zdrowia, powołany przez Prezydenta Miasta Krakowa Zarządzeniem Nr 556/2003 z dnia 18 kwietnia 2003 r. W pracach nad Programem wykorzystano między innymi dokumenty uzyskane z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzkiego i Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich, Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Urzędu Statystycznego, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opinii i wniosków Komisji Zdrowia i Profilaktyki Rady Miasta Krakowa.

Miejski Program Ochrony Zdrowia był dwukrotnie konsultowany przez podmioty systemu ochrony zdrowia. Pierwsza konsultacja miała miejsce miesiącu kwietniu i dotyczyła aktualizacji kierunków polityki zdrowotnej Miasta Krakowa. Swoje uwagi i stanowiska nadesłały, między innymi: organy administracji publicznej – rządowej, jak i samorządowej, samorzady zawodów medycznych, świadczeniodawcy sektora publicznego, jak i niepublicznego z terenu Miasta, instytucje zdrowia publicznego, konsultanci wojewódzcy z danych dziedzin medycyny. Na podstawie wyżej wymienionych dokumentów i opinii została opracowana i przygotowana wersja robocza Programu, która następnie w miesiącu wrześniu 2003 r. została poddana powtórnej konsultacji przez wyżej wskazane podmioty.

Zgodnie z art.10 ust.3 ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, do zadań gminy należy opracowanie i realizacja gminnej strategii integracji i polityki społecznej obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii, budownictwa socjalnego i edukacji publicznej. Kolejny art. 10a pkt 2 wspomnianej ustawy stanowi, że do zadań z zakresu pomocy społecznej realizowanych przez powiat należy opracowanie i realizacja powiatowej strategii integracji i polityki społecznej obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, ochrony zdrowia, edukacji publicznej, wspierania osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania bezrobociu oraz aktywizacji lokalnego rynku pracy - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami. Ponieważ Kraków jest jednocześnie gminą miejską i miastem na prawach powiatu niniejszy dokument jest częścią wyżej wymienionej gminnej i powiatowej strategii w zakresie ochrony zdrowia.

I. ZAŁOŻENIA MIEJSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA „ZDROWY KRAKÓW 2004-2006”

Zaprezentowany w niniejszym dokumencie **Miejski Program Ochrony Zdrowia** obejmuje przedstawienie stanu aktualnego w zakresie ochrony zdrowia oraz propozycje planowanych celów do realizacji w latach 2004-2006 wraz z działaniami operacyjnymi związanymi z realizacją zadań.

Cele wprowadzenia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia:

1. Aktualizacja potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa.
2. Wyznaczenie celów polityki zdrowotnej na lata 2004-2006.
3. Koordynacja zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej Miasta Krakowa.

1. PROGRAM A ZAŁOŻENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Pogłębiające się różnice w sytuacji zdrowotnej pomiędzy krajami rozwijającymi się a rozwiniętymi stały się dla Światowej Organizacji Zdrowia punktem wyjścia długofalowej strategii pod hasłem „Zdrowie dla Wszystkich”. Strategia wprowadzona deklaracją z Alma Aty w 1978 r. była wizją zdrowia społeczeństwa końca wieku XX. Dwie dekady później w regionie europejskim dostrzeżono konieczność adaptacji tej strategii do potrzeb i nowych wyzwań początku XXI wieku.

„Zdrowie 21” kładzie szczególny nacisk na następujące zagadnienia:

- solidarność i równość w dostępie do zdrowia,
- determinanty zdrowia jak: czynniki socjoekonomiczne, genetyczne i związki pomiędzy promocją zdrowia i środowiskiem,
- standard życia ludzi żyjących w skupiskach,
- wielosektorowe działania i odpowiedzialność,
- podstawowa opieka zdrowotna oparta na lekarzu i pielęgniarce rodzinnej,
- opieka zdrowotna zorientowana na wyniki,
- rozwój polityki zdrowotnej z naciskiem na implementację lokalną,
- priorytety globalne i identyfikacja partnerów.

W ramach strategii „Zdrowie 21” za priorytetowe zadanie uznano rozwój podstawowej opieki zdrowotnej służącej zapewnieniu właściwej ochrony zdrowia, w tym dążenie do zbudowania infrastruktury umożliwiającej powszechny i równy dostęp do podstawowych świadczeń medycznych. Ponadto ważnym elementem strategii stało się nasilenie kampanii profilaktycznych i działań w zakresie zdrowia publicznego. W odpowiedzi na powyższe wyzwania, w wielu krajach, w tym również i w Polsce, opracowano Narodowe Programy Zdrowia.

Uzupełnienie narodowych inicjatyw stanowi aktualnie **Wspólnotowy Program w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008**. Podstawą prawną tego programu jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1786/2002 z dnia 23 września 2002 r., przyjmująca program działań Wspólnoty Europejskiej w obszarze zdrowia publicznego na lata 2003-2008.

Celami Wspólnotowego Programu są:

1. Poprawa informacji i wiedzy celem rozwoju obszaru zdrowia publicznego (m.in. budowa baz danych i system ich przekazywania).
2. Zwiększenie zdolności szybkiego reagowania w sposób skoordynowany na zagrożenia zdrowotne.
3. Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez oddziaływanie na wskaźniki zdrowotne w zakresie polityki we wszystkich obszarach i działaniach Wspólnoty.

Przy implementacji programu w poszczególnych krajach będą brane pod uwagę:

- projekty realizujące powyższe priorytety, dostarczające wartość dodaną na poziomie europejskim (działania przynoszące korzyści związane z „ekonomią skali” na poziomie europejskim, angażujące możliwie dużą liczbę krajów członkowskich i możliwe do powszechnego zastosowania);
- projekty na dużą skalę (zarówno jeśli chodzi o treść, jak i zasięg geograficzny), wieloletnie i wielodyscyplinarne, angażujące wszystkie powiązane z nimi strony i dyscypliny, trwające wiele lat i odnoszące się do szerokiej gamy problemów;
- przynoszące długotrwałe rezultaty (które mają możliwość wniesienia trwałego wkładu zarówno do programu, jak i do rozwoju wspólnotowej strategii zdrowia);
- odnoszące się i wnoszące wkład do rozwoju polityki zdrowotnej;
- zwracające uwagę na ocenę procesu i jego rezultatów.

W Narodowym Programie Przygotowania do Członkostwa, w obszarze „Polityka społeczna i zatrudnienie”, Polska podjęła zobowiązanie do uczestnictwa w programie wspólnotowym. Jako działanie priorytetowe wymienione zostało dostosowanie polskich standardów w zakresie zdrowia publicznego do standardów wspólnotowych poprzez uczestnictwo w programach zdrowia publicznego Wspólnoty. Członkostwo Polski w programie działania Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego opiera się na decyzji Rady Stowarzyszenia UE i Polski nr 1/2002 z 28 lutego 2002 r., przyjmującej ogólne zasady i warunki uczestnictwa Polski w programach wspólnotowych oraz na Memorandum określającym finansowe warunki uczestnictwa.

Miasto Kraków realizując Miejski Program Ochrony Zdrowia powinno korzystać z międzynarodowych doświadczeń i uwzględnić cele strategiczne Wspólnotowego Programu Zdrowia Publicznego w zakresie:

1. Informacji zdrowotnej w obszarze:
 - stanu zdrowia mieszkańców,
 - wskaźników zdrowotnych,
 - systemów i analiz zdrowotnych.
2. Systemu szybkiego reagowania w obszarze:
 - systemu alarmowego i nadzoru,
 - chorób zakaźnych i innych zagrożeń.
3. Determinant zdrowotnych w obszarze:
 - stylu życia,
 - czynników socjo-ekonomicznych,
 - czynników środowiskowych.

2. PROGRAM A NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Miasto Kraków corocznie przyjmuje do realizacji Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia – „Zdrowy Kraków”, który pokrywa się z założeniami dokumentu rządowego – Narodowego Programu Zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) w wersji aktualnie obowiązującej został przyjęty przez Radę Ministrów w 1996 r. jako dokument rządowy, określający cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce do 2005 r. NPZ realizowany jest w Polsce od 1990 r. Pierwsza jego wersja, przyjęta do realizacji przez Komitet Społeczno-Ekonomiczny Rady Ministrów w 1990 r., została opracowana na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich”. Była to pierwsza próba włączenia do działań na rzecz ochrony zdrowia wszystkich resortów, instytucji centralnych i całego społeczeństwa. Istotą koncepcji NPZ w 1990 r. stanowiły działania profilaktyczne, których celem było zahamowanie zwiększającej się zachorowalności i umieralności ludności Polski. W 1993 r. dokonano nowelizacji NPZ. Głównymi przyczynami były potrzeba uaktualnienia i urealnienia celów i zadań NPZ, konieczność zmiany sposobu osiągania celów oraz wydania odpowiednich zarządzeń wykonawczych, uwzględniających i zabezpieczających warunki finansowania oraz nadzoru merytorycznego NPZ. Zmianie uległa też koncepcja celów i konstrukcja programu. Prace nad obecną, trzecią wersją NPZ, poprzedziła szczegółowa analiza działań podejmowanych przez różne resorty w ramach realizacji tego programu. Decyzja o dokonaniu aktualnej nowelizacji programu uwarunkowana była koniecznością:

- dostosowania działań do aktualnych warunków życia, potrzeb i problemów zdrowotnych ludności (gwałtowne zmiany gospodarcze i społeczne okresu transformacji ustrojowej stworzyły wiele nowych zagrożeń dla zdrowia);
- rozszerzenia grona uczestników i wykonawców NPZ, w tym szczególnie włączenia samorządów i społeczności lokalnych;
- poszukiwania bardziej skutecznych form współdziałania wykonawców programu na różnych szczeblach oraz zasadach jego monitorowania i ewaluacji wyników;
- uwzględniania nowych doświadczeń krajowych i międzynarodowych.

Aktualnie obowiązujący dokument opracowany został przez zespół ekspertów z udziałem członków Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, we współpracy z Wydziałem Programów Zdrowotnych Biura Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia. Przyjęto w nim nieco odmienną, w stosunku do poprzednich wersji NPZ, koncepcję i konstrukcję zapisu programu. Jest to program otwarty, co umożliwić będzie dokonywanie modyfikacji i korekt, bez zmiany całego dokumentu.

Nadrzędnym celem strategicznym aktualnie obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia jest **poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.**

Główne kierunki działania zawarte w programie to:

1. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych.
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.
3. Zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Realizacji celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia służy 18 celów operacyjnych:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.

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

Miasto Kraków realizuje cel strategiczny NPZ poprzez zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, działania prozdrowotne (eliminację czynników ryzyka), zmiany w stylu życia ludności, edukację zdrowotną, kształtowanie środowisk życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu. Miasto Kraków, również w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa, realizuje zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych. Działania te są zbieżne z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

Opracowując program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2 na rok 2003 uwzględniono cele operacyjne NPZ: **cel nr 1** „Zwiększenie aktywności fizycznej”, **cel nr 2** Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz **cel nr 14** „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca”.

Przy opracowaniu programów badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznawania raka piersi, raka szyjki macicy, raka gruczołu krokowego oraz raka jelita grubego uwzględniono **cel nr 15** „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych”.

Program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej chorób płuc powstał przy uwzględnieniu **celu nr 3** „Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu”.

Przy tworzeniu programu profilaktyki próchnicy wzięto pod uwagę **cel nr 18** „Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci”, a przy opracowaniu programu dla jednostek realizujących opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi umyślowo uwzględniono **cel nr 16** Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia”.

Cel operacyjny nr 4 i nr 5 realizowany jest w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Cel operacyjny nr 17 tj. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym realizowany jest poprzez programy szczepień ochronnych przeciwko WZW A i B oraz przeciwko grypie.

Cel operacyjny nr 11 tj. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia realizowany jest poprzez działania związane z uruchomieniem Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Wszystkie realizowane programy profilaktyczne są zgodne z **celem operacyjnym nr 6 NPZ** – Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia oraz **celem operacyjnym nr 12** – Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy wyrazić nadzieję, że uzyskane doświadczenia w dotychczasowej realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia w kontekście Narodowego Programu Zdrowia oraz coraz lepsze zrozumienie faktu, że każdy z nas ponosi odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi, wpłyną na zwiększenie skuteczności działań samorządu terytorialnego na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców.

3. PROGRAM A ZAŁOŻENIA STOWARZYSZENIA ZDROWYCH MIAST

Projekt „Zdrowe Miasta” został opracowany i wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia w celu możliwości oceny zastosowania zasady „Zdrowie dla Wszystkich”. Zdrowe Miasto to powszechna świadomość społeczności lokalnej, że miasto może być zdrowym, jeśli tylko tak postanowi, stworzy odpowiednie struktury i podejmie właściwe działania.

Zdrowe Miasta charakteryzują się następującymi cechami:

1. **Angażowanie się w sprawy zdrowia** – polega to na podejmowaniu zobowiązań w sprawach dotyczących poprawy zdrowia. Priorytetami tych działań są profilaktyka i promocja zdrowia.
2. **Tworzenie decyzji politycznych** – decyzje polityczne dotyczące zdrowia publicznego są niezbędne dla działania „Zdrowych Miast”. Na stan zdrowia w miastach oddziałują przede wszystkim takie dziedziny administracji samorządowej, jak gospodarka komunalna, budownictwo mieszkaniowe, ochrona środowiska, edukacja, służby społeczne i inne.
3. **Działania międzysektorowe** – „Zdrowe Miasta” zwiększają współdziałanie międzysektorowe, dzięki czemu instytucje i organizacje działające poza sektorem zdrowia zmieniają swoje aktywności, aby ich udział w sprawach zdrowia był coraz większy.
4. **Udział lokalnej społeczności** – „Zdrowe Miasta” kładą nacisk na udział społeczności lokalnej w ich działaniach, promują odgrywanie aktywnej roli mieszkańców w podejmowaniu decyzji w zakresie zdrowia.
5. **Innowacje** – „Zdrowe Miasta” działają poprzez procesy innowacyjne. Promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez działanie międzysektorowe wymagają stałych poszukiwań, nowych pomysłów i metod. Sukces zależy od zdolności do tworzenia możliwości działań innowacyjnych w klimacie popierającym zmiany.
6. **Polityka zdrowia publicznego** – wynikiem prac „Zdrowych Miast” jest utworzenie polityki zdrowia publicznego. Stworzenie pozytywnego klimatu w administracji publicznej wokół spraw związanych ze zdrowiem stanowi o sukcesie projektu.

„Zdrowe Miasto” powinno starać się zapewnić własnemu społeczeństwu następujące zmiany jakościowe:

1. Czyste, bezpieczne i wysokiej jakości środowisko, wraz z poprawą warunków mieszkaniowych.
2. Możliwości osiągnięcia takiego ekosystemu i utrzymania go jak najdłużej.
3. Uzyskanie warunków do wzajemnego wspierania się i spokojnego życia.
4. Znaczny udział i wpływ na decyzje dotyczące życia społecznego, zdrowia i samopoczucia.
5. Zaspokojenie podstawowych potrzeb (wody, żywności, mieszkań, pracy, dochodów i bezpieczeństwa).
6. Umożliwienie korzystania z różnorodnych świadczeń i zasobów z możliwością bezpośredniego kontaktu, oddziaływania i porozumiewania się w kraju i zagranicą.
7. Zapewnienie urozmaiconych, życiowo ważnych i nowoczesnych warunków ekonomicznych miasta.
8. Zapewnienie ciągłości kulturowej oraz dziedzictwa biologicznego.
9. Wypracowanie takich metod działania, które będą odpowiadać i wzmacniać wymienione wyżej działania.
10. Zapewnienie optymalnego poziomu warunków utrzymania zdrowia publicznego i dostępności do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla wszystkich.
11. Uzyskanie wysokiego poziomu stanu zdrowotnego społeczeństwa przy niskim poziomie zachorowalności i chorobowości.

Funkcjonowanie i efekty realizacji projektu zdrowotnego miasta podlegają samoocenie, której zakres określił zespół wyłoniony ze Zdrowych Miast Regionu Europejskiego. Celem tworzenia samooceny profilu zdrowotnego miasta jest jakościowa i ilościowa ocena zdrowia mieszkańców i czynników mających wpływ na zdrowie poprzez:

- zebranie aktualnych informacji dotyczących zdrowia,
- określenie problemów zdrowotnych,
- określenie czynników zagrażających zdrowiu,
- zebranie sugestii działań dla poprawy zdrowia,
- utworzenie zbioru zadań prozdrowotnych,
- podjęcie działań stymulujących zmiany w stanie zdrowia,
- określenie rodzaju danych w celu utworzenia nowych wskaźników,
- opracowanie uproszczonej informacji dla społeczności lokalnej, polityków i decydentów o wynikach samooceny ze szczególnym uwzględnieniem problemów i zagrożeń zdrowotnych w mieście,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej w społeczeństwie,
- stałe wspieranie planów strategicznych,
- mobilizowanie działań międzysektorowych,
- zachęcanie i włączanie społeczności lokalnej do działań,
- promowanie innowacji,
- ochrona zdrowia w aspekcie polityki społecznej.

Do samooceny realizacji zadań „Zdrowego Miasta” należą następujące elementy:

1. **Dane demograficzne:** populacja, struktura wieku mieszkańców, liczba urodzeń, liczba zgonów, przyrost naturalny, trendy.
2. **Stan zdrowia mieszkańców:** średnia oczekiwana długość życia, zachorowalność i chorobowość, liczba hospitalizowanych i jej przyczyny, liczby porad udzielonych w poradniach (ogólnych i specjalistycznych), absencja chorobowa.
3. **Styl życia mieszkańców:** tytoń, alkohol, leki i narkotyki, aktywność sportowa, żywność i odżywianie, patologie społeczne.

4. **Warunki życia mieszkańców:** dochody, struktura wydatków, warunki mieszkaniowe, bezdomni, bezrobocie, opieka społeczna, socjalna, edukacja, życie kulturalne.
5. **Nierówności w zdrowiu:** stan zdrowia mieszkańców poszczególnych gmin i dzielnic (ogółem, w grupach wiekowych, według płci itp.), porównania krajowe z innymi miastami, porównania międzynarodowe.
6. **Środowisko fizyczne:** jakość powietrza i wody, urządzenia wodne i ściekowe, hałas, promieniowanie, jakość żywności, zanieczyszczenia i infestacje (insekty, gryzonie), otwarte przestrzenie i tereny zielone.
7. **Świadczenia zdrowotne i zdrowotna polityka społeczna:** promocja zdrowia i ochrona środowiska, polityka i świadczenia profilaktyczne, polityka edukacyjna oraz w zakresie korzystania ze świadczeń chroniących środowisko przyrodnicze.

4. PROGRAM A WOJEWÓDZKI PLAN ZDROWOTNY PRZYJĘTY PRZEZ SEJMIK WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO.

Wojewódzki Plan Zdrowotny (WPZ) jest pierwszym opracowanym w Małopolsce tego typu dokumentem. Realizując postanowienia art. 102 ust. 1 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391) dokonano w nim szczegółowej analizy systemu ochrony zdrowia w Małopolsce, oceny stanu zdrowotnego mieszkańców województwa oraz przedstawiono plan zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne na rok 2004. Powyższy dokument wyznacza cele strategiczne w oparciu o przyjętą przez Sejmik Województwa Małopolskiego w dniu 28 sierpnia 2000 r. Strategię Rozwoju Województwa Małopolskiego, będącą dokumentem perspektywicznym rysującym w sposób generalny kierunki prowadzonej działalności, służącym trojakim celom: planowaniu własnych działań samorządu województwa, pozyskiwaniu wsparcia ze strony Rządu RP oraz Unii Europejskiej, organizowaniu wspólnego wysiłku wszystkich zaangażowanych w rozwój Małopolski, ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu terytorialnego.

Cele Strategiczne

I.p.	Cel strategiczny	stosowane narzędzia i oczekiwane efekty uzasadniające wyznaczone cele
1.	przeciwdziałanie patologiom społecznym	A. Ograniczenie uzależnień zwłaszcza wśród młodzieży. B. Działanie priorytetowe - Utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień
2.	skuteczna edukacja zdrowotna oraz promocja zdrowia	A. Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Małopolski. B. Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka za zdrowie. C. Wykreowanie mody na sport i rekreację ruchową.
3.	rozwój regionalnego systemu ratownictwa medycznego	A. Zwiększenie skuteczności systemu ratownictwa medycznego poprzez skrócenie czasu dotarcia do szpitala oraz czasu wdrożenia leczenia specjalistycznego. B. Zmniejszenie o połowę odsetka zgonów przedszpitalnych oraz umieralności okołourazowej bądź spowodowanej innymi nagłymi przyczynami.
4.	rozwój różnorodnych form wczesnej diagnostyki i terapii	A. Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznej diagnostyki i terapii. B. Obniżenie umieralności chorych z chorobami układu krążenia. C. Zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa wśród chorych z chorobami układu krążenia i płuc. D. Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych.

5.	wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia	A. Poprawa dostępności, ciągłości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych. B. Wzrost efektywności zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia. C. Dostosowanie struktur szpitalnych do potrzeb zdrowotnych. D. Redukcja globalnych kosztów opieki stacjonarnej.
6.	system elastyczny, dostosowany do potrzeb społecznych	A. Zwiększenie dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. B. Poprawa jakości i kompleksowości świadczeń. C. Poprawa satysfakcji pacjentów. D. Wzrost efektywności funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej. E. Zmiana struktury finansowania regionalnego systemu ochrony zdrowia, w tym zwiększenie finansowania i zadań podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, rehabilitacji, psychogeriatry oraz profilaktyki i promocji zdrowia.

Plan działań operacyjnych przyjęty przez samorząd województwa

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

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

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

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

Dla osiągnięcia celów operacyjnych Programu sformułowano ok. 80 zadań ze sfery koncepcyjnej i organizacyjnej, których realizację koordynuje Małopolska Rada Zdrowia Publicznego. Program ma z założenia stanowić główną płaszczyznę współdziałania wszystkich instytucji, organizacji i osób, które na co dzień zajmują się problematyką ochrony zdrowia w Małopolsce.

Zestawienie celów operacyjnych – wg hierarchii ważności

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

Cel operacyjny 1. Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny	Uwagi
1.	prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie pierwszej pomocy przedlekarskiej,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	Samorządy lokalne, Collegium Medicum UJ, jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
2.	zorganizowanie sieci powiatowych/miejskich centrów powiadamiania ratunkowego,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	Samorządy lokalne, jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
3.	zorganizowanie sprawnego systemu transportu sanitarnego w województwie w oparciu o docelową liczbę ambulansów reanimacyjnych	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	Samorządy lokalne, jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
4.	zorganizowanie systemu ratownictwa z powietrza,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	administracja rządowa w województwie jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
5.	wykształcenie kadry przygotowanej do prowadzenia medycznych działań ratowniczych.	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	Collegium Medicum UJ, jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego

				przekazu
--	--	--	--	----------

B. Wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny	Uwagi
1.	zintegrowanie w układzie powiatowym transportu sanitarnego oraz działów pomocy doraźnej, a w wariantcie optymalnym, także szpitalnych oddziałów ratunkowych,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	1. Samorządy lokalne: <ul style="list-style-type: none"> • powiaty, • województwo, jako organy założycielskie, 	Partnerzy w realizacji programu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
2.	zorganizowanie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	1. Samorządy lokalne: <ul style="list-style-type: none"> • powiaty, • województwo, jako organy założycielskie, 2. jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
3.	rozwój subregionalnych (Tarnów, Nowy Sącz, Nowy Targ, Chrzanów, Kraków – WSS im. L. Rydygiera) centrów urazów wielonarządowych,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	1. Samorządy lokalne: <ul style="list-style-type: none"> • powiaty, • województwo, jako organy założycielskie, 2. jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie	Partnerzy w realizacji programu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu
4.	rozwój regionalnych (Szpital Uniwersytecki, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy) centrów urazów wielonarządowych,	administracja rządowa w województwie (wiodąca rola Wojewody w regionalnym systemie zintegrowanego ratownictwa),	1. Collegium Medicum UJ, 2. jednostki organizacyjne służby zdrowia uczestniczące w systemie, a podległe UJ	Partnerzy w realizacji programu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Państwowa Straż Pożarna, 2. Policja, 3. Organizacje pozarządowe, 4. środki masowego przekazu

W zakresie realizacji celu operacyjnego „Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego” jednym z programów szczegółowych jest opracowany przez Miasto Kraków powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych stanowiący element Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Zdrowy Kraków 2004-2006.

Cel operacyjny 2. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia.

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1.	wdrożenie systemu prewencji schorzeń układu krążenia (w oparciu o edukację zdrowotną, propagowanie zdrowego stylu życia a w tym właściwej diety i konieczności odstąpienia od palenia papierosów, stwarzającej dostępność do badań ciśnienia tętniczego krwi oraz lipidów osocza a także strategię wysokiego ryzyka - polegającą na wyszukiwaniu jednostek zagrożonych i objęcie ich opieką medyczną),	jednostki samorządu terytorialnego,	1. Samorzady lokalne, 2. Collegium Medicum UJ, 3. placówki służby zdrowia, 4. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, 5. środki masowego przekazu.	Partnerzy 1. samorzady zawodów medycznych,
2	wdrożenie specjalistycznego programu oceny czynników ryzyka i prewencji pierwotnej miażdżycy,	Collegium Medicum UJ	1. Samorzady lokalne, 2. Collegium Medicum UJ, 3. placówki służby zdrowia, 4. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,	Partnerzy 1. jednostki samorządu terytorialnego, 2. NFZ, 3. samorzady zawodów medycznych, 4. środki masowego przekazu
3	wdrożenie w skali całego województwa programu kardiologii interwencyjnej w oparciu o zasoby KSS im. Jana Pawła II w Krakowie, Klinikę Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz system zintegrowanego ratownictwa medycznego,	Samorząd województwa małopolskiego	1. Collegium Medicum UJ, 2. placówki służby zdrowia, 3. KSS im. Jana Pawła II w Krakowie, Klinikę Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz podmioty należące do systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego,	Partnerzy 1. NFZ, 2. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, 3. samorzady zawodów medycznych, 4. środki masowego przekazu
4	doskonalenie wiedzy kadr medycznych w zakresie prewencji chorób układu krążenia oraz przyjętych w województwie rozwiązań organizacyjnych dotyczących opieki nad chorymi z chorobami układu krążenia,	Collegium Medicum UJ	Collegium Medicum UJ, placówki służby zdrowia, KSS im. Jana Pawła II w Krakowie, Klinikę Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego oraz podmioty należące do systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego,	Partnerzy 1. placówki służby zdrowia, 2. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, 3. samorzady zawodów medycznych,

5.	organizowanie badań przesiewowych oraz monitoringu realizowanych zadań.	Samorządy lokalne, Collegium Medicum UJ, Samorząd województwa Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,	Samorządy lokalne, Collegium Medicum UJ, placówki służby zdrowia, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu
----	---	--	--	---

B. Wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny	Uwagi
1.	zwiększenie dostępności do poradnictwa ambulatoryjnego w zakresie kardiologii i diabetologii (poradnia kardiologiczna i diabetologiczna w każdym powiecie, osiągnięcie wskaźnika porad na 1000 mieszkańców odpowiednio: 90 - kardiologia, 40 – diabetologia),	Samorząd województwa	1. Samorządy lokalne: • powiaty, • gminy	Partnerzy Konsultanci wojewódzcy
2	zwiększenie dostępności do specjalistycznych ośrodków diagnostyki i terapii schorzeń układu krążenia (przynajmniej jeden oddział kardiologiczny w każdym subregionie ze stanowiskami intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz liczbą łóżek 1,2/10 000, łóżka najwyższego poziomu referencyjnego w Krakowie gdzie nastąpi koncentracja wyspecjalistycznych zasobów oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych uwzględniających potrzeby mieszkańców całego województwa):	Samorząd województwa	Samorządy lokalne: • powiaty, • województwo • placówki służby zdrowia	Partnerzy Konsultanci wojewódzcy
3	organizacja Regionalnego Ośrodka Wczesnej Interwencji Kardiologicznej, Kardiochirurgicznej i Torakochirurgicznej w oparciu o KSS im. Jana Pawła II,	Samorząd województwa	1. Samorząd województwa 2. KSS im. J. Pawła II	Partnerzy Konsultanci wojewódzcy
4	uruchomienie sieci oddziałów udarowych w województwie poprzez organizację takich oddziałów w każdym subregionie w ramach puli łóżek neurologicznych, w szpitalach posiadających tomograf komputerowy, dobrze zorganizowany transport sanitarny oraz dogodny układ dróg dojazdowych,	Samorząd województwa	Samorządy lokalne: • powiaty, • województwo • placówki służby zdrowia	Partnerzy Konsultanci wojewódzcy

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

Cel operacyjny 3. Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A. Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1.	realizacja programów szkoleniowych dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej,	Centrum Onkologii w Krakowie	1. subregionalne i regionalne placówki leczenia onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w Krakowie,	Partnerzy: 1. CM UJ, 2. samorządy zawodów medycznych,
2	wdrożenie specjalistycznego programu oceny czynników prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych, sposobach ograniczania ryzyka, metodach samobadania,	Centrum Onkologii w Krakowie,	1. subregionalne i regionalne placówki leczenia onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w Krakowie,	Partnerzy 1. Collegium Medicum UJ, 2. placówki służby zdrowia, 3. NFZ, 4. samorządy zawodów medycznych, 5. organizacje pozarządowe, 6. środki masowego przekazu
3	wykształcenie dodatkowych chirurgów onkologów oraz specjalistów radioterapii gł. Dla potrzeb ośrodka tarnowskiego oraz innych szpitali o subregionalnym znaczeniu,	Centrum Onkologii w Krakowie,	1. subregionalne i regionalne placówki lecz. onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w K-wie, 2. Collegium Medicum UJ,	Partnerzy 1. samorządy zawodów medycznych,
4	realizacja progr. przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie m.in.: raka płuca (TK), raka piersi (bad. mammograficzne), raka szyjki macicy (bad. cytologiczne), raka jelita grubego (bad. w kierunku krwi utajonej, sigmoidoskopia, inne), raka gruczołu krokowego (oznaczanie poziomu PSA i badanie per rectum),	Centrum Onkologii w Krakowie	1. subregionalne i regionalne placówki leczenia onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w Krakowie, 2. Collegium Medicum UJ, 3. Placówki służby zdrowia,	Partnerzy 1. placówki służby zdrowia, 2. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, 3. samorządy zawodów medycznych, 4. organizacje pozarządowe, 5. środki masowego przekazu
5	badanie zagrożeń w środowisku pracy (narażenie na azbest, chrom, nikiel, arsen, kauczuk itp.), opracowanie i wdrożenie celowych programów ograniczania lub likwidacji zagrożeń w środowisku pracy,	Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy,	1. Centrum Onkologii w Krakowie, 2. Collegium Medicum UJ, 3. Placówki służby zdrowia,	Partnerzy 1. placówki służby zdrowia, 2. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, 3. samorządy zawodów medycznych, 4. organizacje pozarządowe, 5. środki masowego przekazu

6	realizacja programu zakupów aparatury diagn.niezbędnej do wczesnego wykrywania nowotworów (endoskopy, aparaty USG, aparaty RTG itp.) ze szczególnym uwzględnieniem powiatowych ośrodków diagn.medycznej oraz subregionalnych ośrodków leczenia onkologicznego,	Samorządy lokalne,	1. Samorządy lokalne, 2. Administracja centralna 3. Placówki służby zdrowia,	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu
---	--	--------------------	--	---

B. wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny za realizację	Uwagi
1.	zorganizowanie przynajmniej jednej poradni onkologicznej w każdym subregionie przy uwzględnieniu w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych (porad) wiodącej roli ośrodka krakowskiego,	Samorząd województwa	1. Samorządy lokalne: • powiaty, • gminy 2. NFZ	Partnerzy 1. subregionalne i regionalne placówki leczenia onkologicznego, w tym Centrum Onkologii w Krakowie, 2. NFZ 3. CM UJ,
2	rozwój ośrodka radioterapii przy Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Krakowie (w przyszłości także jako zaplecze dla Zespołu Klinik Zabiegowych CMUJ),	Collegium Medicum UJ	1. Dziecięcy Szpital Kliniczny 2. NFZ 3. Ministerstwo Zdrowia	Partnerzy 1. Centrum Onkologii w Krakowie 2. organizacje pozarządowe, 3. środki masowego przekazu
3	rozwój Ośrodka Transplantacyjnego Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie,	Collegium Medicum UJ	1. Dziecięcy Szpital Kliniczny 2. NFZ 3. Ministerstwo Zdrowia	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu
4	opracowanie i wdrożenie koncepcji uruchomienia Tarnowskiego Ośrodka Onkologicznego (wraz z ośrodkiem radioterapii z 2 aparatami megawoltowymi) w oparciu o Szpital im. św. Łukasza w Tarnowie oraz Przychodnię Onkologiczną w Tarnowie (ośrodek skojarzonego leczenia onkologicznego uzupełnionego opieką paliatywną i hospicyjną),	Samorząd województwa	1. Szpital im. św. Łukasza w Tarnowie 2. Samorząd powiatu 3. NFZ	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu
5	rozpoczęcie realizacji budowy nowego bunkra Zakładu Radioterapii Centrum Onkologii w	Centrum Onkologii w Krakowie	1. Ministerstwo Zdrowia Centrum Onkologii w Krakowie	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu

	Krakowie wraz z modernizacją wyposażenia tego zakładu (wymiana akceleratora) ,			
--	--	--	--	--

6	budowa Zakładu Radioterapii w strukturze KSS im. Jana Pawła II w Krakowie jako dopełnienie koncepcji tworzenia w oparciu o ten szpital regionalnego centrum torako-kardio-chirurgicznego zorientowanego m.in. na skojarzone leczenie nowotworów płuc.	Samorząd województwa	1. KSS im. Jana Pawła II w Krakowie 2. Samorząd województwa	Partnerzy 1. organizacje pozarządowe, 2. środki masowego przekazu
---	---	----------------------	--	---

Cel operacyjny 4. Poprawa zdrowia psychicznego i redukcja szkodliwych skutków uzależnień

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A. Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1.	ograniczenie dostępności do alkoholu (zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży) poprzez zmniejszenie liczby punktów sprzedaży i spożycia alkoholu oraz ich właściwą alokację,	jednostki samorządu terytorialnego,	gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych,	
2	ściśle egzekwowanie prawnych ograniczeń w sprzedaży i spożyciu alkoholu oraz wprowadzanie lokalnych rozwiązań w formie prawa miejscowego,	jednostki samorządu terytorialnego,	gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, Policja,	partnerzy: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień,
3	realizacja profilaktycznych programów edukacyjnych dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka uzależnienia od alkoholu, wspieranie działalności środowisk wzajemnej pomocy i stowarzyszeń trzeźwościowych,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne, placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień, organizacje pozarządowe, samorządy zawodowe zawodów medycznych	partnerzy: gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Policja,
4	ograniczenie palenia w instytucjach i obiektach publicznych, wśród nauczycieli, personelu służby zdrowia oraz urzędników,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne, placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień,	partnerzy: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,
5	trwałe umieszczenie problematyki przeciwdziałania uzależnieniom (w wymiarze edukacyjnym) w zadaniach podstawowej	jednostki samorządu terytorialnego, gminne komisje rozwiązywania problemów	placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień,	partnerzy: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, uczelnie wyższe, organizacje pozarządowe, samorządy zawodowe

	opieki zdrowotnej,	alkoholowych,		zawodów medycznych
6	realizacja profilaktycznych programów edukacyjnych dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka uzależnienia od środków psychoaktywnych,	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,	placówki edukacyjne, placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień	Policja, uczelnie wyższe, organizacje pozarządowe,

7	Organizacja lokalnych oraz regionalnych kampanii informacyjno-educacyjnych z udziałem środków masowego przekazu oraz przedstawicieli środowisk opiniotwórczych,	jednostki samorządu terytorialnego,	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,	partnerzy: gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, placówki edukacyjne, placówki służby zdrowia, Policja, uczelnie wyższe, organizacje pozarządowe,
8	wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego, szczególnie adresowanych do młodzieży, osób bezrobotnych, pracujących w warunkach stresu oraz osób starszych,	jednostki samorządu terytorialnego,	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie,	partnerzy: placówki edukacyjne, placówki służby zdrowia,
9	organizacja opieki psychiatrycznej według następujących zasad jak w przypisie *	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego, placówki służby zdrowia,	partnerzy: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień,

Przyjmuje się wskaźniki:

- 1/ w zakresie psychiatrycznej opieki środowiskowej co najmniej 1 poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych na ok. 50 tysięcy ludności oraz co najmniej 1 poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży na ok. 150 tysięcy ludności, co najmniej 1 w województwie psychiatryczna poradnia pomocy rodzinie
- 2/ w zakresie psychiatrycznych oddziałów dziennych co najmniej 1 łóżko na 10 tysięcy mieszkańców dla osób dorosłych oraz 0,5 łóżka na 10 tysięcy mieszkańców dla dzieci i młodzieży,
- 3/ w zakresie psychiatrycznej i psychogeriatrycznej opieki całodobowej zapewnienie równomiernej dostępności na poziomie ok. 4 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców przez tworzenie oddziałów w strukturach szpitali ogólnych.

C. Wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny za realizację	Uwagi
1.	Zwiększenie dostępności terapii osób uzależnionych poprzez rozwój sieci powiatowych ośrodków terapii uzależnień,	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego, placówki służby zdrowia,	Realizatorzy i partnerzy: Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień,

2	utworzenie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnień,	Samorząd województwa	Samorząd województwa	Realizatorzy i partnerzy: Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Placówki edukacyjne, Placówki służby zdrowia
	zapewnienie możliwości stacjonarnego leczenia odwykowego w każdym z 5 subregionów województwa małopolskiego zgodnie ze wskaźnikiem 0,7 łóżka/10 000 mieszkańców (w tym 30 łóżek detoksykacyjnych w zakresie zatruć alkoholem oraz środkami psychoaktywnymi),	Samorząd województwa	Samorząd województwa placówki służby zdrowia,	Partnerzy: Jednostki samorządu terytorialnego, Organizacje pozarządowe,
	rozwój poradnictwa przeciwnikotynowego w ramach powiatowych ośrodków terapii uzależnień,	Samorząd powiatów	Samorząd powiatów	Partnerzy: Jednostki samorządu terytorialnego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Placówki edukacyjne, Placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień, Uczelnie wyższe, Organizacje pozarządowe,
3	wdrażanie programów detoksykacji, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych oraz programów ograniczania szkód zdrowotnych np. metadonowy program leczenia substytucyjnego (z wiodącą rolą Ośrodka Toksykologii Klinicznej działającego w ramach WSS. im. L. Rydygiera w Krakowie),	Samorząd województwa	Ośrodek Toksykologii Klinicznej działającego w ramach WSS. im. L. Rydygiera w Krakowie),	Partnerzy: Jednostki samorządu terytorialnego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Placówki edukacyjne, Placówki służby zdrowia, w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień, Uczelnie wyższe, Organizacje pozarządowe,
4	utworzenie Małopolskiego Centrum Profilaktyki Narkomanii i Epidemii HIV (np. afiliowanego przy WOTUW)	Samorząd województwa	Samorząd województwa placówki służby zdrowia w tym Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnień,	Partnerzy: Jednostki samorządu terytorialnego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Placówki edukacyjne, Organizacje pozarządowe,

Programem szczegółowym realizowanym w tym zakresie przez Miasto Kraków jest corocznie uchwalany przez Radę Miasta Krakowa Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Cel operacyjny 5. Promocja zdrowia i prewencja schorzeń cywilizacyjnych

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A. Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1.	upowszechnianie wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia oraz możliwościach oddziaływania na własne zdrowie,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne,	Partnerzy: NFZ samorządy zawodowe zawodów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem Izb Pielęgniarek i Położnych, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu.
2	zwiększenie puli zajęć sportowych (także pozalekcyjnych) w szkołach wszystkich poziomów edukacji,	jednostki samorządu terytorialnego,	Resort edukacji jednostki samorządu terytorialnego, placówki edukacyjne	partnerzy: organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
3	wspieranie systemu współzawodnictwa sportowego dzieci i młodzieży oraz rekreacji dorosłych na wszystkich poziomach (gminnym, powiatowym, wojewódzkim),	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne,	partnerzy: organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
4	wykreowanie mody na sport i aktywny tryb życia w wyniku działalności edukacyjno-informacyjnej i promocyjnej z udziałem środków masowego przekazu oraz przedstawicieli opiniotwórczych środowisk,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne,	partnerzy: NFZ placówki służby zdrowia, samorządy zawodowe zawodów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem Izb Pielęgniarek i Położnych, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
5	wspieranie stowarzyszeń kultury fizycznej w ich działalności na rzecz sportu dla wszystkich	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne,	partnerzy: organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
6	upowszechnianie zasad zdrowego żywienia poprzez działalność edukacyjno-informacyjną w przedszkolu, szkole oraz za pośrednictwem lokalnych i regionalnych środków masowego przekazu,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki edukacyjne,	partnerzy: NFZ, placówki służby zdrowia, samorządy zawodowe Izby Pielęgniarek i Położnych, 7organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
7	promocja zasad zdrowego żywienia jako element działalności podstawowej opieki zdrowotnej,	placówki edukacyjne,	przez jednostki służby zdrowia	partnerzy: jednostki samorządu terytorialnego, NFZ samorządy zawodowe zawodów medycznych, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu

8	realizacja lokalnych programów wykrywania podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi, podwyższonego poziomu cukru we krwi, badania poziomu lipidów osocza itp,	jednostki samorządu terytorialnego, resort zdrowia	przez jednostki służby zdrowia	partnerzy: NFZ placówki edukacyjne, środki masowego przekazu
9	wspieranie organizacyjne i finansowe programów edukacji zdrowotnej oraz ukierunkowanych na zapobieganie tzw. schorzeniom cywilizacyjnym (m.in. miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, nowotwory, cukrzyca, choroby reumatyczne, choroby alergiczne, przewlekła obturacyjna choroba płuc, otyłość, osteoporoza, próchnica zębów itp.) realizowanych przez jednostki służby zdrowia i organizacje pozarządowe,	jednostki samorządu terytorialnego, resort zdrowia	przez jednostki służby zdrowia i organizacje pozarządowe,	partnerzy: samorzady zawodowe zawodów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem Izb Pielęgniarek i Położnych, placówki edukacyjne, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
10	wspieranie i propagowanie lokalnych programów likwidacji niedożywienia wśród dzieci i młodzieży,	jednostki samorządu terytorialnego, resort edukacji	Jednostki edukacji, przedszkola, szkoły	partnerzy: organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
11	organizowanie konferencji i seminariów popularyzujących działania na rzecz promocji zdrowia, promowanie efektywnych programów promocji zdrowia, popularyzacja uzyskanych wyników,	jednostki samorządu terytorialnego,	Jednostki edukacji,	partnerzy: NFZ, placówki służby zdrowia, samorzady zawodowe zawodów medycznych, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
12	upowszechnianie karmienia piersią noworodków i niemowląt,	placówki służby zdrowia,	placówki służby zdrowia, placówki edukacyjne,	partnerzy: samorzady zawodowe zawodów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem Izb Pielęgniarek i Położnych, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
13	rozwój sieci „Miast promujących zdrowie”, „Szkoł promujących zdrowie” oraz „Szpitali promujących zdrowie”,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki służby zdrowia, placówki edukacyjne,	partnerzy: NFZ organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
14	wdrażanie programów walki z nadwagą, zwłaszcza współistniejącą z innymi czynnikami zagrożenia zdrowia,	jednostki samorządu terytorialnego,	placówki służby zdrowia,	partnerzy: NFZ Małopolska Regionalna Kasa Chorych, placówki edukacyjne, organizacje pozarządowe

				(stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
--	--	--	--	--

15	rozwój powiatowej administracji ochrony zdrowia w kierunku powiatowych centrów promocji zdrowia działających we współpracy z powiatowym inspektorem sanitarnym,	jednostki samorządu terytorialnego,	inspektorzy sanitarni, powiatowi i wojewódzki,	
16	upowszechnienie zasady planowania w budżetach jednostek samorządu terytorialnego wydatków bieżących przeznaczonych na promocję zdrowia (docelowo 1,0 PLN/mieszkańca w gminach, 0,2 PLN/mieszkańca w powiatach, 0,1 PLN/mieszkańca w województwie),	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego,	

B. Wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa;

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny za realizację	Uwagi
1.	Rozwój bazy sportowo-rekreacyjnej w województwie,	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego,	partnerzy: placówki edukacyjne, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje), środki masowego przekazu
2	Utworzenie Regionalnego Laboratorium Diagnostyki Prątką Gruźlicy,	jednostki samorządu terytorialnego,	inspektorzy sanitarni, powiatowi i wojewódzki,	

Zalecane do realizacji przez NFZ wybrane programy profilaktyczne:

1. profilaktyka wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet - badania mammograficzne,
2. program prewencji chorób alergicznych dzieci i młodzieży,
3. profilaktyczne badania hemoglobiny glikowanej HbA1c w cukrzycy,
4. program profilaktyki i terapii zaburzeń lipidowych i otyłości,
5. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego,
6. program wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
7. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
8. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
9. program zapobiegania próchnicy zębów u dzieci z wybranych roczników,
10. wczesne wykrywanie cukrzycy i innych hiperglikemii jako prewencja chorób sercowo-naczyniowych,
11. prewencja nikotynizmu,
12. program profilaktyki niewydolności krążenia poprzez interwencyjne leczenie świeżego zawału serca oraz niestabilnej dusznicy bolesnej.

Proponuje się także realizację:

1. programu wczesnej diagnostyki raka tarczycy,
2. programu wczesnego wykrywania raka płuc.

- wdrożenie programu profilaktyki i leczenia schorzeń uwarunkowanych genetycznie oraz chorób immunologicznych w oparciu o zasoby Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego,

- przejście przez samorząd województwa części zadań Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego i utworzenie regionalnego ośrodka wiodącego w zakresie promocji zdrowia, w tym szkolenia kadr dla potrzeb promocji zdrowia, monitoringu populacyjnych mierników zdrowia, analiz zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia, itd.,
- zwiększenie wykorzystania regionalnych zasobów w zakresie leczenia uzdrowiskowego.

Wyżej wymienione programy profilaktyczne zostały ujęte w programach realizowanych do tej pory przez Miasto Kraków w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Kraków Zdrowe Miasto” oraz w ramach zadań uznanych przez dzielnice za priorytetowe.

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

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A. Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1	zwiększanie kompetencji i odpowiedzialności lekarzy, pielęgniarek i położnych poz zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia oraz prewencji pierwotnej i wtórnej z równoczesnym zwiększaniem puli środków finansujących ten segment opieki zdrowotnej,	NFZ	jednostki służby zdrowia,	partnerzy: 1. jednostki samorządu terytorialnego, 2. samorzady zawodów medycznych.
2	opracowanie i wdrożenie specjalistycznych programów opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem, programów opieki zdrowotnej dla chorych przewlekle (m.in. choroby układu krążenia, cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby reumatyczne, choroby psychiczne itd.),	NFZ	jednostki służby zdrowia,	partnerzy: jednostki samorządu terytorialnego, samorzady zawodów medycznych.
3	opracowanie dla każdej gminy programu ochrony zdrowia obejmującego działania promujące zdrowie, działania prewencyjne w odniesieniu do najważniejszych lokalnych zagrożeń zdrowia oraz plan zabezpieczenia podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wskaźników przedstawionych powyżej i zasady, by odległość od miejsca zamieszkania chorego do najbliższej placówki poz mogła być pokonana środkami transportu publicznego w ciągu 15 minut - w terenie miejskim	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego,	partnerzy: jednostki służby zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, NFZ samorzady zawodów medycznych.

	oraz w ciągu 30 minut - w terenie wiejskim,			
--	--	--	--	--

4	opracowanie dla każdego powiatu i miast na prawach powiatu programu ochrony zdrowia obejmującego działania promujące zdrowie, działania prewencyjne w odniesieniu do najważniejszych lokalnych zagrożeń zdrowia oraz plan zabezpieczenia medycznego obejmujący podstawową opiekę zdrowotną, lecznictwo specjalistyczne, ratownictwo medyczne i opiekę stacjonarną w podstawowych specjalnościach medycznych,	jednostki samorządu terytorialnego,	jednostki samorządu terytorialnego,	partnerzy: jednostki służby zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego, NFZ samorzady zawodów medycznych.
---	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--

B. Wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny za realizację	Uwagi
1	organizacja sieci placówek podstawowej opieki zdrowotnej w formie praktyk medycyny rodzinnej (indywidualnych lub grupowych) oraz zakładów opieki zdrowotnej (niepublicznych i publicznych) łączących realizację świadczeń zdrowotnych z zakresu poz ze świadczeniami ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego (w niektórych specjalnościach medycznych), realizujących opiekę całodobową, przyjmujących rejestrację telefoniczną jako podstawowy sposób zgłaszania wizyty, tworzonych według zasady, iż na 1 lekarza poz przypada populacja ok. 2500 osób, lekarza stomatologa - ok. 2500 - 3000 mieszkańców, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną - ok. 2000 - 2500 osób, położną środowiskowo-rodzinną - ok. 5000 kobiet > 13r.ż., pielęgniarkę środowiskową w środowisku nauczania - ok. 800 uczniów,	jednostki samorządu terytorialnego,	NFZ	partnerzy: jednostki służby zdrowia, samorzady zawodów medycznych.
2	rozmieszczenie poradni specjalistycznych na terenie województwa wg propozycji przedstawionej w przypisie*	jednostki samorządu terytorialnego	Jednostki samorządu terytorialnego NFZ	partnerzy: jednostki służby zdrowia,

*** Poradnie specjalistyczne dostępne w powiecie ziemskim:**

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

- rehabilitacyjna,
- pulmonologiczna,
- ortodontyczna.

Poradnie specjalistyczne dostępne w subregionie:

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

Poradnie specjalistyczne poziomu wojewódzkiego - w Krakowie

- wojewódzkie poradnie wg rodzaju określonego wyżej, oraz
- angiologiczna,
- chirurgii naczyniowej,
- chirurgii plastycznej,
- genetyczna,
- chorób metabolicznych,
- immunologiczna.

W ramach realizacji tego celu jako program szczegółowy wskazano w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym program oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa małopolskiego (MUW i MCZP). Na poziomie Miasta Krakowa elementem realizacja celu jest prowadzone od 2000 r. kwartalne badanie dostępności do świadczeń ambulatoryjnych.

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

Sposób zarządzania wojewódzkim planem zdrowotnym:

A. Rozwiązania organizacyjne

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	odpowiedzialny	Uwagi
1.	standaryzacja świadczeń zdrowotnych oraz innych usług a także standaryzacja cen za świadczenia w oddziałach dla przewlekłe chorych,	Instytucje badawcze i rozwojowe	Instytucje badawcze i rozwojowe Ministerstwo zdrowia jednostki ochrony zdrowia,	partnerzy: NFZ
2	rozwój formuły hospitalizacji domowej oraz domowej opieki pielęgniarzkiej,	NFZ	jednostki ochrony zdrowia,	partnerzy: jednostki samorządu terytorialnego.
3	wdrożenie systemu akredytacji pracowni i zakładów diagnostycznych, w tym diagnostyki laboratoryjnej,	Instytucje badawcze i rozwojowe	Instytucje badawcze i rozwojowe Ministerstwo zdrowia jednostki ochrony zdrowia,	

4	wdrożenie programu przekształceń własnościowych w opiece stacjonarnej, w zakresie działalności podstawowej i pomocniczej,	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki samorządu terytorialnego. jednostki ochrony zdrowia,	
5	upowszechnienie nowego wzorca kontraktu menedżerskiego jako narzędzia profesjonalizacji zarządzania szpitalami w Małopolsce.	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki samorządu terytorialnego.	STOMOZ Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszenie Pracodawców

B. wykorzystanie zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa

Lp.	Przyjęte rozwiązanie, zadanie do realizacji	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Odpowiedzialny za realizację	Uwagi
1.	zwiększenie liczby łóżek opieki długoterminowej do 12/10 000 mieszkańców (z obecnych 9,5/10 000) oraz łóżek psychiatrycznych do 5,5/10 000 (z obecnych 4,6/10 000) przy jednoczesnym zachowaniu wskaźnika łóżek ogółem na poziomie 53/10 000 mieszkańców,	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki samorządu terytorialnego.	partnerzy: jednostki ochrony zdrowia, NFZ
2	ustalenie sieci szpitali tzw. krótkoterminowych i psychiatrycznych o kluczowym znaczeniu dla regionalnego systemu ochrony zdrowia w Małopolsce,	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki samorządu terytorialnego.	partnerzy: jednostki ochrony zdrowia, NFZ
3	restrukturyzacja łóżek szpitalnych w układzie powiatowym, subregionalnym i regionalnym wg następujących zasad jak w przypisie*	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki ochrony zdrowia,	partnerzy: NFZ
4	wdrożenie programu łączenia wybranych szpitali oraz likwidacji jako samodzielnych jednostek organizacyjnych,	jednostki samorządu terytorialnego.	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego	partnerzy: NFZ
5	przygotowanie i wdrożenie programu modernizacji głównych zasobów rzeczowych systemu opieki stacjonarnej (bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, pracownie diagnostyczne itd.) w szpitalach o kluczowym znaczeniu dla regionalnego systemu ochrony zdrowia w Małopolsce,	jednostki samorządu terytorialnego	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego	partnerzy: MZ
6	dalsze rozwijanie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i opieki paliatywnej (m.in. w oparciu o inicjatywę pielęgniarskiego środowiska zawodowego oraz organizacji pozarządowych i Kościoła),	jednostki samorządu terytorialnego	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego	partnerzy: pielęgniarskiego środowiska zawodowe oraz organizacje pozarządowe i Kościoły
7	dekoncentracja łóżek psychiatrycznych i rozwijanie sieci oddziałów psychiatrycznych w ramach szpitali	jednostki samorządu terytorialnego	jednostki ochrony zdrowia, jednostki samorządu	partnerzy: NFZ Konsultanci

	ogólnych,		terytorialnego	wojewódzcy
--	-----------	--	----------------	------------

Wojewódzki Plan Zdrowotny zakłada organizację w szpitalach powiatowych i miejskich łóżek w podziale na zachowawcze i zabiegowe, z ewentualnym wyodrębnieniem podstawowych oddziałów tj. internistycznego, pediatrycznego, chirurgicznego i ginekologiczno-położniczego, uzupełniając o oddział psychiatryczny z łózkami całodobowymi i dziennymi, tworząc także szpitalny oddział ratunkowy; ze szpitalem może być strukturalnie lub funkcjonalnie powiązany zakład opiekuńczo-leczniczy lub pielęgnacyjno-opiekuńczy; na potrzeby szpitala działa zakład diagnostyczny, zakład opieki ambulatoryjnej oraz zakład rehabilitacji. W tym zakresie Miejski Program Ochrony Zdrowia zasadniczo odbiega od kierunków wyznaczonych w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym – ograniczenie zadań szpitali miejskich w Krakowie nie znajduje uzasadnienia. Do 1999 r. były to szpitale wojewódzkie. Poziom udzielanych świadczeń, struktura hospitalizowanych pacjentów oraz położenie szpitali wskazują na potrzebę utrzymania dotychczasowej formy funkcjonowania, przypisanej w Wojewódzkim Planie Zdrowotnym szpitalom wojewódzkim. Różnicowanie szpitali w wg organów założycielskim, jest rozwiązaniem szablonowym i nieuzasadnionym obiektywnymi warunkami, zwłaszcza w kontekście dość przypadkowego przyporządkowania z dniem 1.01.1999 r. poszczególnych jednostek do organów pełniących funkcję organu założycielskiego. Takie założenie Wojewódzkiego Planu Zdrowotnego nie koresponduje z rekomendacją dla Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowania i wdrożenia w NFZ nowej formuły kształtowania cen za świadczenia opieki stacjonarnej uwzględniającej zakres wykonywanych na poszczególnych oddziałach procedur medycznych, jakość udzielanych świadczeń, możliwą do wykonania ilość gwarantującą profesjonalną biegłość personelu medycznego, posiadane zaplecze diagnostyczne oraz standard posiadanej bazy łóżkowej.

OPINIA PREZYDENTA MIASTA KRAKOWA DOTYCZĄCA WOJEWÓDZKIEGO PLANU ZDROWOTNEGO NA ROK 2004.

Realizując zapisy art. 102 ust. 7 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia Prezydent Miasta Krakowa przekazał Marszałkowi Województwa Małopolskiego opinię do przedłożonego w dniu 13 czerwca 2003 r. (uzupełnionego w dniu 17 czerwca br.) projektu wojewódzkiego planu zdrowotnego.

Należy zwrócić uwagę, że dopiero w dniu 16 czerwca 2003 r. Minister Zdrowia przyjął Rozporządzenie w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu. W związku z powyższym projekt planu opracowano przed wydaniem stosownego rozporządzenia Ministra Zdrowia w oparciu o jego projekt. Zasadnym jest zatem aby dokonać w opiniowanym dokumencie takich zmian, które zapewnią pełną zgodność tego dokumentu z powołanym rozporządzeniem.

Zgodnie z art. 102 ust. 3 i 4 ustawy w planie zawarte winny być m.in.: najważniejsze krótkoterminowe cele zdrowotne i proponowane sposoby ich osiągnięcia, najważniejsze długoterminowe cele zdrowotne i proponowane sposoby ich osiągnięcia, priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych. Zasadne jest zatem zdefiniowanie celów zdrowotnych zarówno w perspektywie krótko jak i długoterminowej, określenie odpowiednich wskaźników, zwymiarowania poziomu wyjściowego i docelowego, przy wykorzystaniu systemu gromadzenia danych na temat stanu zdrowia ludności, a także doświadczeń międzynarodowych. Wskaźniki te mogłyby dotyczyć m.in.: redukcji chorobowości, niepełnosprawności i umieralności (wg poszczególnych, wiodących przyczyn), określenia oczekiwanej długości życia, umieralności niemowląt itp. Niektóre z tych wskaźników pojawiają się co prawda w planie ale nie zostały precyzyjnie zdefiniowane, brak także zwymiarowania ich aktualnego jak i docelowego poziomu.

Odnosnie priorytetów w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych istnieje konieczność podjęcia następujących zagadnień:

1. Poprawienie dostępności do specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych.

Prowadzone przez Urząd Miasta Krakowa badania dostępności do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej wykazały, że mimo pewnej poprawy na przełomie 2001/2002 w coraz większym zakresie czas oczekiwania na ambulatoryjną poradę specjalistyczną przekracza okres 3 miesiące. Dotyczy to zwłaszcza następujących specjalności – kardiologia, endokrynologia, alergologia, okulistyka, neurologia oraz b. dzielnic administracyjnych Miasta – Podgórze, Nowa Huta, Śródmieście. Uzasadnione jest zatem ujęcie jako zadania priorytetowego programu poprawy dostępności do specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych.

2. Prawidłowa organizacja podstawowej opieki zdrowotnej w trybie całodobowym oraz w dni świąteczne.

Przyjęty sposób finansowania całodobowej opieki podstawowej na terenie Miasta Krakowa doprowadził w praktyce do niejasnego podziału kompetencji między podstawową opieką zdrowotną, a pogotowiem ratunkowym i lecznictwem stacjonarnym. Uporządkowania i sprecyzowania wymaga w szczególności kwestia rozgraniczenia zakresu opieki całodobowej w ramach POZ od pomocy doraźnej. Sytuacja kiedy opieka zdrowotna w trybie całodobowym jest zabezpieczana przez umowy zawierane przez świadczeniodawców z pogotowiem ratunkowym (większość przypadków z terenu Miasta Krakowa) prowadzi do utrudnień w korzystaniu pacjentów z tej formy opieki. Dodatkowo na niewydolny system zabezpieczenia opieki całodobowej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nakłada się organizacja tzw. „ostrych dyżurów” co w konsekwencji prowadzi do „osłabienia” odpowiedzialności świadczeniodawców z zakresu POZ za pacjentów poza godzinami otwarcia przychodni.

3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży a zwłaszcza profilaktyki stomatologicznej oraz tzw. medycyny szkolnej.

Na podstawie przeprowadzonych badań bilansowych dzieci w wieku 6,10,14,16 i 18 lat do opieki czynnej, tj. stałej opieki lekarskiej w mieście Krakowie zakwalifikowanych jest 22 745 dzieci. W tej liczbie jest: 613 wad wrodzonych (2,6%), 4 038 zaburzeń rozwoju (17,7%), 6 986 wady i choroby narządu wzroku (30,7%), 5 363 przewlekłe choroby układu oddechowego (23,5%), 763 choroby i zaburzenia układu krążenia (3,35%), 425 trwałe uszkodzenia narządu ruchu (1,8%). Z przedstawionej analizy badań bilansowych wynika, że największą grupę stanowią dzieci z wadami i chorobami narządu wzroku oraz przewlekłymi chorobami układu oddechowego.

W związku ze zmianą przepisów regulujących medycynę szkolną (art. 170 pkt ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym uchylił art. 92 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami) doszło do zdeorganizowania opieki zdrowotnej w środowisku wychowania i nauki, a w niektórych przypadkach uczniowie zostali pozbawieni możliwości stałego korzystania ze świadczeń profilaktycznych w placówkach oświatowych. Sytuacja ta co prawda ulegała stopniowej poprawie przy czym po wejściu w życie ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia ponownie doszło do istotnych zmian prawnych. Zgodnie z powołaną ustawą Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez finansowanie działań w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania (art.50 ust.1 pkt 5). Zakres i organizację tej opieki regulować ma wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ww. ustawy rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętych obowiązkiem szkolnym oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 18 roku życia, a także zakresu informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami.

Wydanie rozporządzenia może stworzyć warunki do poprawy opieki zdrowotnej w środowisku nauki. Niemniej jednak problem jest na tyle istotny, że winien zostać potraktowany jako jeden z priorytetów w ramach opiniowanego planu.

4. Stworzenie adekwatnego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych dla osób starszych i przewlekle chorych umożliwiającego prawidłowe zorganizowanie udzielania tych świadczeń.

Analiza struktury wiekowej ludności Krakowa oraz prognozy demograficznej wskazuje na postępujący proces starzenia się populacji. Do roku 2006 nastąpi wzrost grupy osób w wieku poprodukcyjnym do 17,7% populacji, a w 2030 do 24%. Zjawisko to powinno znaleźć odbicie w działaniach podejmowanych przez organy administracji publicznej odpowiedzialne za zadania z zakresu ochrony zdrowia, a ukierunkowane na potrzeby ludzi starszych poprzez:

- 1/ dostosowanie profilu świadczeń zdrowotnych do potrzeb charakterystycznych dla osób w wieku podeszłym (opieka geriatryczna świadczona w ośrodkach dziennego pobytu, zakładach opieki długoterminowej),
- 2/ utworzenie nowych Dziennych Domów Pomocy Społecznej, z jednoczesnym zwróceniem uwagi na ich równomierne rozmieszczenie tak by były dostępne dla mieszkańców Województwa,
- 3/ zwiększenie (w możliwie krótkim czasie) liczby łóżek długoterminowych – Miasto w ramach swoich możliwości infrastrukturalnych może zaspokoić, jedynie ok. 50% niezbędnych łóżek długoterminowych. Aby ten problem stopniowo rozwiązywać należy:
 - a/ przekształcić lub/i utworzyć oddziały geriatryczne lub opiekuńczo – lecznicze na bazie szpitali wojewódzkich, powiatowych, resortowych (MSWiA, MON) oraz akademickich lub utworzyć specjalistyczny szpital dla ludzi starych i przewlekle chorych,
 - b/ wesprzeć grupy samopomocowe pacjentów i w środowisku zamieszkania (opieka pielęgnacyjna i wsparcie w codziennych czynnościach) osób z chorobami przewlekłymi. Ta forma opieki jest tańsza od opieki instytucjonalnej i pozwala na pozostanie osobom przewlekle chorym (głównie starszym) w ich środowisku zamieszkania.
 - c/ zapewnić ze strony płatnika właściwy poziom kontraktowania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry i opiekuńczo – leczniczych, który będzie uwzględniał faktyczne zapotrzebowanie oraz epidemiologię i demografię populacji Województwa Małopolskiego (szczególnie rejonów zachodniej i centralnej Małopolski – Kraków, Miechów, Olkusz, Oświęcim)
- 4/ podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek środowiskowych, zwłaszcza w zakresie komunikacji z pacjentem
- 5/ zorganizowanie systemu specjalistycznego poradnictwa dla rozwiązywania problemów osób starszych, zarówno w ramach instytucji gminnych, powiatowych i wojewódzkich jak i poprzez wspieranie instytucji pozarządowych.

5. Zapewnienie prawidłowej informacji dla ubezpieczonych.

Mając na uwadze obowiązki ustawowe w zakresie zadań związanych z systemem ochrony zdrowia, które spoczywają na wszystkich jednostkach samorządu terytorialnego, koniecznym wydaje się ujęcie i uporządkowanie w wojewódzkim planie zdrowotnym zasad związanych z przekazywaniem informacji dla ubezpieczonych (pacjentów). Oprócz obligatoryjnego dla świadczeniodawców zakresu umieszczanych w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach grupowych i indywidualnych, informacji dla pacjentów (zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia) istnieje szereg zagadnień pomijanych w zapisach umów zawieranych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia. Niezbędnym wydaje się podawanie do publicznej wiadomości wykazu najbliższej położonych, w stosunku do siedziby danego świadczeniodawcy, przychodni oraz gabinetów lekarskich, w których czas oczekiwania na konsultację czy zabieg może okazać się krótszy. Czytelny i ujednolicony wykaz obligatoryjnych z punktu widzenia dostępności dla pacjenta, informacji medycznych winien uwzględniać dotychczasowe uwagi i zastrzeżenia zgłaszane przez pacjentów oraz instytucje w których skupieni są świadczeniodawcy (okręgowe izby lekarskie, czy izby pielęgniarek i położnych).

Wreszcie zastrzeżenia budzą kwestie powiązania docelowych zadań (zakresu działania) szpitali z rodzajem organu sprawującego nadzór. W ustaleniach zawartych w projekcie planu (s.37) proponuje się aby szpitale miejskie prowadziły działalność wyłącznie w podstawowych dziedzinach. W odniesieniu do Miasta Krakowa oznaczałoby to konieczność znacznego ograniczenia zakresu działania szpitali miejskich, które do chwili przekazania ich Miastu miały status szpitali wojewódzkich, świadczą usługi dla ubezpieczonych z całego województwa (a w przypadku niektórych specjalności nawet dla innych województw). Zatem przypomnieć należy, że podział zadań zakładów lecznictwa zamkniętego wg organów „założycielskich” może być jedynie umowny bowiem szpitale te posiadają poziom referencyjny analogiczny do wojewódzkich (a w niektórych przypadkach nawet wyższy). Nie negując pewnej metodologicznej poprawności takich założeń należy zwrócić uwagę, że wymagałoby to zmian ustawowych i podjęcia decyzji co do tzw. sieci szpitali. Reasumując należy podkreślić, że projekt planu, zwłaszcza przy uwzględnieniu krótkiego czasu w jakim został sporządzony, jest dokumentem po raz pierwszy porządkującym dane dotyczące sytuacji ochrony zdrowia i jej potrzeb na terenie Województwa Małopolskiego.

5. PROGRAM A STRATEGIA ROZWOJU MIASTA

Przez strategię rozwoju należy rozumieć określoną koncepcję świadomego i systemowego sterowania długookresowym rozwojem miasta, na podstawie której są precyzowane szczegółowe programy realizacyjne w różnych zakresach.

Opracowana Strategia Rozwoju Krakowa, przyjęta Uchwałą NR XXXIII/235/99 Rady Miasta Krakowa z dnia 20 października 1999 r., jest w swoich założeniach podstawowym dokumentem planistycznym Gminy, którego zadaniem jest określenie kierunków rozwoju miasta we wszystkich aspektach jego funkcjonowania. Przyjęte w strategii założenia stanowią bazę dla stworzenia średnio i krótkoterminowych planów działania Miasta.

W celu opracowania prawidłowej strategii przeprowadzono analizę uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, słabych i silnych stron Miasta, która wykazała, iż w zakresie rozwiązywania problemów zdrowotnych mieszkańców Krakowa należy zwrócić uwagę na następujące aspekty:

a. w obszarze silnych stron:

- wielofunkcyjny charakter miasta,
- bogaty potencjał krakowskiego środowiska naukowego i edukacyjnego,

b. w obszarze słabych stron:

- zanieczyszczenie środowiska naturalnego,
- niski wskaźnik zieleni przypadający na mieszkańca,

c. w obszarze szans rozwojowych

- rozwój sektora usługowego,

d. w obszarze zagrożeń rozwojowych:

- wzrost bezrobocia,
- problemy komunikacyjne w mieście,
- odpływ wykwalifikowanej kadry do bardziej atrakcyjnych ośrodków.

Wynikiem przyjętej strategii rozwoju jest m.in. cel określony w misji Miasta jako poprawa jakości życia mieszkańców, będąca procesem ciągłym i aktualnym na każdym etapie rozwoju Miasta. Misja Miasta jest zgodna z tezą zawartą w założeniach do „Strategii Województwa Małopolskiego na lata 2000-2006”, która stwierdza, że rozwój Krakowa jest szansą przyspieszenia zmian w Małopolsce i w dużym stopniu warunkuje konkurencyjność całego regionu. Przyjęta misja stanowi wyzwanie, aby Kraków w wypełnianiu funkcji na tle innych miast stał się miastem konkurencyjnym. Stałe zwiększanie konkurencyjności Miasta w wybranych dziedzinach, w tym również w obszarze ochrony zdrowia, musi być podstawowym kryterium podejmowanych decyzji rozwojowych.

W opracowanej Strategii Rozwoju skupiono uwagę na zjawiskach i procesach, które determinują lub dynamizują jego tempo. Zjawiska te podzielono na trzy grupy:

1. Wpływające na stopień zaspakajania przyszłych potrzeb, np. wielkość dochodów mieszkańców, warunki mieszkaniowe, standard świadczonych usług socjalno-bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych.
2. Przyczyniające się do występowania różnego rodzaju ograniczeń i powstawania barier rozwojowych, np. stan środowiska, zasięg infrastruktury technicznej.
3. Wpływające na przemiany strukturalne i przestrzenne, np. w gospodarce lokalnej, zagospodarowaniu przestrzeni.

Problematyka zdrowia znalazła także swoje miejsce w Średniookresowym Programie Działań, stanowiącym rozwinięcie celów przedstawionych w Strategii Rozwoju Krakowa. Działania te mają charakter wewnętrzny i wpływają bezpośrednio i znacząco na jakość życia mieszkańców. Określone cele szczegółowe, jak również kierunki i instrumenty realizacji tych celów, znajdują odzwierciedlenie w układzie dziedzinowym w obszarze związanym z problematyką zdrowotną i dotyczą zdrowia oraz opieki społecznej w następujących zakresach:

1. Zdrowie :
 - zarządzanie lecznictwem,
 - profilaktyka i promocja zdrowia,
 - profilaktyka uzależnień.
2. Pomoc społeczna:
 - pomoc osobom starszym i niepełnosprawnym,
 - pomoc rodzinom.
3. Bezrobocie.

W zakresie **profilaktyki i promocji zdrowia** cele szczegółowe Programu przedstawiają się następująco:

1. Zachowanie zdrowia mieszkańców.
2. Poprawa istniejącego stanu zdrowia.
3. Eliminowanie szkodliwych wpływów środowiska, w tym podnoszenie higieny środowiska, higieny w zakładach pracy, szkołach i placówkach oświatowych, warunków zdrowotnych żywności, a także zapobieganie chorobom zakaźnym.

Cele szczegółowe wytyczają następujące kierunki realizacji:

1. Podnoszenie rangi zdrowia jako wartości niezbędnej dla osiągnięcia pełni fizycznych i umysłowych możliwości mieszkańców.
2. Równoległe działania w różnych sferach aktywności władz w celu zapewnienia mieszkańcom korzystnych warunków dla zachowania i umacniania zdrowia.
3. Wspieranie inicjatyw miejscowych i zwiększanie udziału społeczności lokalnej w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia.
4. Dbanie o prawidłowy poziom podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Współpraca międzynarodowa (Światowa Organizacja Zdrowia) i krajowa (Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Unia Metropolii Polskich, Związek Miast Polskich) służąca rozwiązywaniu problemów zdrowia.

Analiza Strategii Rozwoju Miasta wskazuje, iż tworzy ona niezbędny fundament podejmowanych szczegółowych działań w zakresie problematyki zdrowia. Wytyczone cele i zakres zadań wymagają wsparcia innych dokumentów, jak Narodowy Program Zdrowia, Zdrowie 21 czy Wspólnotowy Program Zdrowia Publicznego.

II. EPIDEMIOLOGIA I DEMOGRAFIA. GŁÓWNE UWARUNKOWANIA DLA ZDROWIA MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA

1. GŁÓWNE ZAGROŻENIA I PROBLEMY ZDROWOTNE W MIEŚCIE

A. Stan zdrowia mieszkańców Krakowa w oparciu o analizy umieralności i rozpowszechnienia czynników ryzyka

Umieralność

Badania umieralności są najczęściej stosowaną metodą oceny stanu zdrowia populacji w skali ogólnokrajowej i w międzynarodowych badaniach porównawczych. Wynika to z priorytetowego potraktowania tych przypadków zachorowań, które okazały się na tyle poważne, że stały się przyczyną utraty życia. W krajach rozwiniętych istnieją systemy centralnego zbierania danych dotyczących zgonów i ich przyczyn. Analiza tych danych pozwala na wyciągnięcie wielu istotnych wniosków dotyczących stanu zdrowia populacji.

Liczba zgonów zależy od trzech zasadniczych czynników:

1. Liczebności populacji, w której występują.
2. Struktury wieku i płci.
3. Występowania schorzeń i stanów, które są przyczynami zgonów.

Bezwzględna liczba zgonów

Podstawową informacją wynikającą ze statystyki umieralności jest bezwzględna liczba zgonów w danej populacji. Liczba ta jest zmienna w poszczególnych latach oraz w krótszych okresach czasu i zmienność tą należy przypisać sezonowości zachorowań, nasileniu występowania niekorzystnych zjawisk zdrowotnych oraz zmianom liczby ludności w badanej populacji i w jej strukturze wieku i płci. W latach 1996-1999 roczna liczba zgonów wynosiła ok. 3500 i ulegała nieznacznemu obniżeniu. Zmiana ta obok obniżenia przyrostu naturalnego jest jedną z przyczyn starzenia się populacji, czyli rosnącego odsetka osób starszych.

Współczynniki umieralności

Wielkość ogólnych współczynników umieralności w znacznej mierze jest zależna od struktury wieku i płci badanej populacji. Niskie wartości współczynników umieralności ogólnej obserwuje się w tych populacjach, w których przeważają ludzie młodzi, jeżeli oczywiście w tych populacjach nie notuje się wysokiej umieralności niemowląt. Natomiast w tych populacjach, w których znajduje się stosunkowo duży odsetek ludzi starych, ogólne współczynniki umieralności są wysokie, nawet wówczas, gdy wysoki jest poziom zdrowotności.

W analizach umieralności, które mają na celu porównanie stanu zdrowia w różnych populacjach lub też analizę ewolucji stanu zdrowia w tej samej populacji w pewnym okresie czasu, posługujemy się współczynnikami umieralności, w których liczbę zgonów przelicza się na przyjętą umownie jednostkę czasu (np. jeden rok) i przyjętą umownie liczbę osób (np. 100 000). Wpływ różnic w strukturze wieku można kontrolować poprzez przeliczenie liczby zgonów na tzw. populacje standardowe o stałym rozkładzie według grup wieku (w poniższych analizach za standard przyjęto rozkład populacji europejskiej wg WHO).

Analiza umieralności w Krakowie została w ostatnich latach utrudniona. W latach 1997 i 1998 w części aktów zgonów pominięto podanie przyczyny zgonów, co uniemożliwia podanie umieralności ze względu na przyczyny (począwszy od roku 1996 zaprzestano podawania danych o umieralności dla dzielnic Krakowa, dlatego obecnie możliwe są analizy umieralności tylko dla całego miasta).

W Krakowie, jak i w całej populacji polskiej, obserwuje się wyższą umieralność wśród mężczyzn niż wśród kobiet, co skutkuje większą długością życia w populacji żeńskiej.

U mężczyzn umieralność ogólna w Krakowie była niższa niż średnia w Polsce, natomiast u kobiet utrzymywała się na podobnym poziomie. U obu płci istniał trend spadkowy umieralności ogólnej (podobnie jak w całej Polsce).

W latach 1988-1999 w Krakowie dokonała się nieznaczna zmiana w strukturze zgonów. Zmniejszył się udział chorób układu krążenia natomiast wzrósł nowotworów złośliwych (z 22 do 27% u mężczyzn oraz 20% do 25% u kobiet). W 1999 r. najczęstszymi przyczynami zgonów w Krakowie były choroby układu krążenia. Procent zgonów z tego powodu wynosił u mężczyzn 44%, u kobiet 52%. Wśród przyczyn zgonów drugie miejsce zajmowały nowotwory.

Trendy umieralności ogólnej są odzwierciedleniem trendów umieralności z powodu chorób układu krążenia. W Krakowie umieralność z powodu chorób układu krążenia była niższa u mężczyzn niż średnio w Polsce, u kobiet współczynniki były na podobnym poziomie. Trendy umieralności z powodu chorób układu krążenia były również podobne do średniej w Polsce. Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia był skutkiem spadku umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, choć w 1999 r. zaobserwowano znacznie wyższe wartości tego współczynnika. Zjawisko to występowało zarówno u mężczyzn jak i u kobiet i dotyczyło danych ogólnopolskich jak i Krakowa. Gwałtowna zmiana współczynnika umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca wymaga uważnej obserwacji. Szczegółowa analiza zachowania się współczynnika umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1997-1998 jest utrudniona z uwagi na wspomniane wcześniej braki danych w kartach zgonu. Do roku 1992 umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca była wyższa w Krakowie od średniej ogólnopolskiej u mężczyzn i u kobiet, natomiast w 1995 r. umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie znalazła się na tym samym poziomie co średnia ogólnopolska.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych od dłuższego czasu nie zmienia się istotnie. Nadal u mężczyzn najczęstszymi przyczynami zgonów na nowotwory złośliwe były: rak płuca, rak żołądka i rak okrężnicy, a u kobiet: rak sutka, rak szyjki macicy i rak płuca. U kobiet umieralność na nowotwory była wyższa w Krakowie niż średnio w Polsce. U mężczyzn współczynniki te pozostawały na podobnym poziomie. Być może te różnice częściowo można hipotetycznie wyjaśnić niższą, w porównaniu ze średnią ogólnopolską, umieralnością z powodu chorób układu krążenia.

W 1996 r. w Krakowie wystąpił znaczny spadek umieralności z powodu nowotworów tchawicy, oskrzela i płuca, który okazał się jednoroczną fluktuacją. W Krakowie u mężczyzn umieralność z powodu nowotworów tchawicy, oskrzela i płuca jest niższa niż średnio w Polsce, natomiast u kobiet jest odwrotnie. Ostatnio w Polsce odnotowano obniżenie się umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi, choć spadek ten w mniejszym stopniu wystąpił w Krakowie, a umieralność z tego powodu w Krakowie jest wyższa od ogólnopolskiej. W Krakowie wyższa od ogólnopolskiej jest również umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy.

Podobnie jak w całej Polsce, w Krakowie występował spadkowy trend umieralności z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, który głównie dotyczył mężczyzn. Nadal odnotowywano obniżenie się umieralności z powodu gruźlicy, która rzadko była przyczyną zgonu u kobiet.

Umieralność z powodu wypadków drogowych w Krakowie utrzymywała się na niższym poziomie niż średnio w Polsce, choć w ostatnich latach nastąpił nieznaczny wzrost współczynnika u mężczyzn.

Podobnie jak w całej Polsce, w Krakowie od wielu lat występuje silny spadkowy trend umieralności niemowląt, a współczynnik umieralności niemowląt jest niższy w Krakowie niż średnio w Polsce.

Współczynniki umieralności ogólnej oraz z powodu chorób układu krążenia w Krakowie są jednymi z niższych w województwie, choć są wyższe od średnich dla Unii Europejskiej. Natomiast współczynniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych są w Krakowie wyższe od obserwowanych średnich innych powiatów w województwie.

Narażenie na czynniki ryzyka

W przypadku głównych przyczyn zgonów, jak choroby układu krążenia, niektórych nowotworów złośliwych, istnieje wiele powiązanych ze sobą czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania. Czynniki te nazywamy czynnikami ryzyka. Ich działanie manifestuje się z różną siłą i w różnych okresach życia. Wśród czynników ryzyka chorób układu krążenia znajdują się cechy indywidualne, nie poddające się modyfikacji oraz poddające się modyfikacji cechy biochemiczne i fizjologiczne, oraz czynniki związane ze stylem życia. Wystąpienie jednego z tych czynników zwiększa ryzyko wystąpienia zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca, jednak najczęściej mamy do czynienia ze skumulowanym narażeniem na dwa lub więcej czynników ryzyka.

Poniżej przedstawiono częstość występowania czynników ryzyka, ocenionych wśród mieszkańców Krakowa w latach 1999/2000. Badanie zostało przeprowadzone w formie ankiety, pomiarów antropometrycznych, ciśnienia krwi, oraz niektórych parametrów krwi (m.in. cholesterol, glukoza). Pytania ankietowe dotyczyły danych demograficznych, pozycji zawodowej i społecznej, wiedzy o zagrożeniu chorobami, stanu zdrowia (wywiad subiektywny i obiektywizowany, np. przebyte choroby), oceny opieki zdrowotnej, stanu psychicznego, sposobu żywienia i aktywności fizycznej.

Czynniki ryzyka

Ocena własna czynników ryzyka oraz świadomość zagrożeń swojego stanu zdrowia jest pochodną wielu elementów, z których jedną z kluczowych ról odgrywa wykształcenie. Ponad 40% osób badanych ukończyło szkołę wyższą, natomiast liceum, technikum lub inną szkołę pomaturalną dalsze 35% badanych.

Niemal 45% mężczyzn oraz 20% kobiet regularnie pali papierosy. Również wysokie są odsetki byłych palaczy (30% u każdej z płci). Aktywne monitorowanie odsetka palaczy oraz osób nigdy wcześniej nie palących pozwoliłoby w przyszłości na ocenę skuteczności prowadzonych akcji antynikotynowych. Zwraca uwagę ciągle wysoki odsetek nigdy nie palących kobiet, choć obserwowane w innych populacjach zjawiska wskazują na rosnące rozpowszechnienie palenia wśród kobiet.

Innym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i niektórych nowotworów złośliwych jest otyłość. Nadwagę (wskaźnik BMI 25-30) obserwowano u 49% mężczyzn oraz u 38% kobiet. Otyłość (BMI powyżej 30) występuje częściej u kobiet (26%) niż u mężczyzn (15%).

Nadciśnienie tętnicze, będąc niezależną jednostką chorobową może również zwiększać zagrożenie zachorowaniem na choroby układu krążenia. Według definicji II nadciśnienia tętniczego (ciśnienie skurczowe ≥ 160 mmHg, oraz ciśnienie rozkurczowe ≥ 95 mmHg, lub pacjent przyjmujący leki obniżające ciśnienie krwi) w próbie mieszkańców Krakowa nadciśnienie tętnicze ma 39% mężczyzn oraz 55% kobiet. W przypadku użycia nowszej definicji nadciśnienia tętniczego (definicja I, ciśnienie skurczowe ≥ 140 mmHg, oraz ciśnienie rozkurczowe ≥ 90 mmHg, lub pacjent przyjmujący leki obniżające ciśnienie krwi) rozpowszechnienie tej choroby zwiększa się w badanej próbie do 63% wśród mężczyzn oraz 71% wśród kobiet.

Medyczne towarzystwa naukowe zalecają regularną aktywność fizyczną, jako jedno z podstawowych działań w zakresie prewencji chorób. Wśród badanych osób 30% mężczyzn i aż 55% kobiet prawie nigdy nie podejmowało aktywności fizycznej z umiarkowanym wydatkiem energetycznym. Jeszcze wyższe odsetki dotyczyły intensywnej aktywności fizycznej.

Podsumowanie

Analiza umieralności pozwala zwrócić uwagę na najistotniejsze problemy zdrowotne w aspekcie zagrożenia ludzkiego życia. Pod tym względem Polska należy do krajów mniej zagrożonych od innych krajów regionu Europy Środkowo-Wschodniej, jednak jak wskazują porównania z Unią Europejską, zagrożenie może być znacznie mniejsze.

Badania umieralności w Krakowie dostarczają dowodów, że stan zdrowia populacji Krakowa pod wieloma względami jest lepszy niż ogólnie w Polsce. Podkreślić należy spadek umieralności ogólnej, a szczególnie umieralności z powodu chorób układu krążenia. Za korzystne należy uznać stosunkowo niskie współczynniki z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów. Niekorzystnym natomiast zjawiskiem jest wysoka umieralność z powodu nowotworów, szczególnie z powodu nowotworów piersi i szyjki macicy u kobiet.

Ocena umieralności nie pozwala na dostrzeżenie wszystkich problemów zdrowotnych populacji. Niektóre ze schorzeń, które rzadko są przyczynami zgonów, charakteryzują się wysoką zachorowalnością i w znacznym stopniu ograniczają aktywność społeczną, a także stanowią znaczne obciążenie dla budżetu opieki zdrowotnej. Do takich schorzeń należą np. choroby układu oddechowego, które najczęściej skłaniają chorych do wizyt u lekarza i które są najczęstszą przyczyną absencji w pracy. Istnieją również grupy rzadkich schorzeń, które są istotnym problemem dla opieki zdrowotnej. Przykładem mogą być psychozy, które z uwagi na konieczność długotrwałej hospitalizacji, stanowią poważny problem organizacyjny i ekonomiczny szpitalnictwa. Znacznym problemem są schorzenia, które mimo rzadkiego występowania stwarzają stałe zagrożenie szybkiego rozprzestrzenienia się i stworzenia znacznego zagrożenia życia. Takim schorzeniem jest Zespół Nabytego Zaburzenia Odporności – AIDS. Ocena zagrożenia tego typu schorzeniami wymaga badania zachorowalności. W Polsce obowiązuje system zgłaszania zachorowań tylko na niektóre choroby m.in.: nowotwory, część chorób zakaźnych i choroby zawodowe. W przypadkach pozostałych chorób dane dotyczące zachorowalności nie są zbierane rutynowo lub są zbierane tylko dla lokalnych społeczności czy też tylko w ramach badań naukowych.

Poza obiektywnym stanem zdrowia badanej populacji na statystyki umieralności mają wpływ również zmiany w zwyczajach diagnostycznych oraz w zwyczajach mających związek z poświadczaniem przyczyn zgonów. Dodatkowo precyzję analiz obniżają opisywane poprzednio braki danych w kartach zgonu w latach 1997-1998. Utrzymywanie istniejącego systemu rejestracji zgonów i niektórych chorób oraz wzbogacanie go o badania chorobowości najważniejszych przyczyn zgonów oraz czynników ryzyka jest istotnym czynnikiem dla pełnego monitorowania stanu zdrowia populacji Krakowa.

B. Epidemiologia chorób zakaźnych

Aktualna sytuacja epidemiologiczna w Krakowie jest zadowalająca. Liczba zachorowań na choroby zakaźne utrzymuje się na niskim poziomie, nie obserwuje się gwałtownego wzrostu ilości zachorowań. Liczba zachorowań na choroby, przeciwko którym od lat prowadzone są obowiązkowe szczepienia ochronne, utrzymuje się na stosunkowo niskim poziomie. Za wyeliminowane można uznać zachorowania na błonicę i *poliomyelitis*, sporadycznie zdarzają się zachorowania na tężec, krztusiec i odrę. Chorują zazwyczaj osoby nie szczepione.

Błonica, tężec, krztusiec

Są to choroby, przeciwko którym począwszy od pierwszych miesięcy życia jest stosowana szczepionka skojarzona. Zachorowania na tężec zdarzają się sporadycznie. Chorują zazwyczaj osoby po 60-tym roku życia, nie szczepione lub szczepione przeciw tężcowi wiele lat wcześniej. Z uwagi na mechanizm zakażenia i prowadzone szczepienia ochronne, zachorowania na tężec nie mogą przybrać charakteru epidemicznego. W latach 2000-2001 nie zarejestrowano ani jednego zachorowania na tężec, w roku 2002 wystąpiło 1 zachorowanie u osoby powyżej 50 roku życia (nie gojące się rany pooperacyjne). Od kilku lat nie notuje się zachorowań na błonicę. W roku 2001 zanotowano 41 zachorowań na krztusiec, w 2002 roku 13 zachorowań. Chorują zazwyczaj osoby nie szczepione lub z niepełnymi szczepieniami.

Ospa wietrzna

W 2001 roku zanotowano w Krakowie 1955 zachorowań. Zapadalność na ospę wietrzną w 2002 roku obniżyła się, zanotowano 1205 zachorowań.

Odra

Sytuacja epidemiologiczna odry ulega w wyniku prowadzonych szczepień poprawie. W 2001 r. zanotowano 4 zachorowania, natomiast w roku 2002 zachorowań nie odnotowano.

Różyczka

W roku 2002 nastąpił spadek zachorowań – zarejestrowano 138 przypadków, podczas gdy w roku 2001 – 837.

Świnka

Odnotowano wzrost zachorowań z 99 w roku 2001 do 148 w roku 2002.

Salmonellozy

Co roku notuje się kilkaset zachorowań na salmonellozę. W 2002 roku zanotowano wzrost ich liczby w porównaniu do roku 2001. Było ich 264, podczas gdy w 2001 roku - 217.

Czerwonka bakteryjna

W 2002 roku zanotowano 3 zachorowania na czerwonkę. W 2001 roku nie było zachorowań.

Wirusowe zapalenie wątroby (WZW)

W roku 2002 nie zanotowano zachorowań na WZW typu A, natomiast w roku 2001 tylko 1 zachorowanie. Sytuacja epidemiologiczna WZW typu A jest nieustabilizowana z uwagi na obecność w populacji wzrastającej liczby osób, które nie miały kontaktu z wirusem, co skutkuje wystąpieniem co kilka lat epidemii wyrównawczych.

Od kilku lat obserwuje się spadek zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B, co związane jest z wprowadzeniem szczepień ochronnych noworodków oraz osób narażonych w szczególny sposób na zakażenie. Popularność szczepień przeciwko tej chorobie sprawia, że można oczekiwać dalszego spadku ilości zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B. W roku 2001 zarejestrowano 40 zachorowań, w 2002 roku już tylko 26.

Spory problem stanowi natomiast duża liczba (kilkadziesiąt rocznie) nowo wykrywanych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C. W przypadku tej choroby nie ma możliwości zapobiegania poprzez szczepienia. Jediną efektywną drogą jest postępowanie mające na celu zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym. W roku 2002 zanotowano spadek liczby zachorowań. Zarejestrowano 28 przypadków, podczas gdy w 2001 roku było ich 36.

Wścieklizna

Od wielu lat nie notuje się zachorowań na wściekliznę, nie znaczy to jednak, że problem nie istnieje. Ciągłe istnieje realna możliwość zakażenia wirusem wścieklizny przez zwierzęta dzikie lub wałęsające się. Kilkaset osób rocznie jest w Krakowie poddawanych szczepieniu przeciwko wściekliznie z powodu pokąsania przez zwierzęta dzikie lub bezpańskie. W 2001 r. szczepionych z powodu pogryzienia przez zwierzęta było 303 osoby. W 2002 roku liczba ta nieznacznie zmalała, szczepieniom poddano 283 osoby.

Grypa

W roku 2002 zarejestrowano jedynie pojedyncze przypadki zachorowań na gripę, tj. 31 zachorowań (w 2001 roku było 11 382 zachorowań).

Gruźlica

Gruźlica nadal stanowi poważny problem dla zdrowia ludzkości. Jest główną przyczyną zgonów wśród wszystkich chorób zakaźnych. Przytłaczająca większość przypadków gruźlicy występuje w krajach Trzeciego Świata. Niemniej rozwijająca się turystyka, migracja zarobkowa sprawiły, że gruźlica staje się narastającym problemem krajów bogatych. Polska należy do krajów o wysokiej zapadalności na gruźlicę (27,6/100 tys. mieszkańców, w tym gruźlica płuc 26,4/100 tys. mieszkańców – IGiChP 2001). Zapadalność w krajach Europy Zachodniej wynosi 6-10/100 tys. mieszkańców.

Sytuacja epidemiologiczna dotycząca gruźlicy w województwie małopolskim jest znacznie lepsza niż w wielu obszarach Polski. Zapadalność na gruźlicę w województwie małopolskim, która w 1975 roku wynosiła około 116/100 tys. mieszkańców, zmniejszyła się do 18,3 w 2001 r. i 18,6 w 2002 roku. Niestety, porównując liczbę przypadków zachorowań w województwie małopolskim w roku 2000 (669 przypadków), 2001 (594 przypadki) oraz w roku 2002 (604 przypadki), zwraca uwagę brak tendencji spadkowej. To może budzić znaczny niepokój. Niezbędne jest więc zintensyfikowanie działań profilaktycznych zapobiegających wzrostowi zapadalności gruźlicy.

W profilaktyce ważne jest wyodrębnienie grup społecznych o zwiększonym ryzyku zachorowania na gruźlicę oraz objęcie ich programową opieką medyczną. Najczęściej grupy ryzyka tworzą:

- osoby pozostające w bliskim (domowym) kontakcie z chorym na gruźlicę, masywnie prątkującym,
- osoby zawodowo narażone na kontakt z prątkami gruźlicy lub chorymi na gruźlicę,
- alkoholicy, bezdomni, narkomani,
- imigranci z obszarów o dużym rozpowszechnieniu gruźlicy,

- mieszkańcy i obsługa zakładów przewlekłej opieki,
- osoby ze starymi zmianami włóknistymi w płucach.

W sytuacji epidemiologicznej pozostałych rejestrowanych chorób zakaźnych nie zanotowano zjawisk niepokojących. Niezbędnym warunkiem utrzymania korzystnej sytuacji epidemiologicznej jest dalsza poprawa wykonawstwa szczepień ochronnych oraz przestrzeganie obowiązujących standardów higieniczno-sanitarnych.

Szczegółowa statystyczna analiza chorób zakaźnych, jakie wystąpiły w Krakowie w 2001 r. w porównaniu z ich występowaniem w Polsce zamieszczona została w Załączniku Nr 1. Statystyczna analiza chorób zakaźnych, jakie wystąpiły na terenie Miasta Krakowa w latach 2001 i 2002 zamieszczona została w Załączniku Nr 2.

2. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA MIASTA KRAKOWA

A. Przemiany struktury ludności Krakowa w latach 1996-1999 i prognoza demograficzna na 2004 rok

Przemiany struktury populacji według wieku i płci ukazują potencjalne zmiany potrzeb ekonomiczno-społecznych na kilka dziesięcioleci naprzód. Urodzeni dziś, będą za 6 lat w wieku szkolnym, później w okresie aktywności zawodowej, za 60 lat osiągną wiek emerytalny, a dzisiejsze dzieci będą w przyszłości rodzicami.

Charakterystyczną cechą współczesnych przemian demograficznych jest starzenie się populacji obserwowane jako wzrost udziału ludności w starszym wieku. Przyczyną jest spadek rozrodczości. W przyszłości proces ten będzie się nasilał, gdyż ku wierzchołkowi piramidy wieku zmiernają generacje powojennego wyżu demograficznego. Starzenie się może ulec przyspieszeniu, jeśli obniżyć się będzie umieralność w starszym wieku. Przemiany te mają wymiar ekonomiczny, ponieważ pojawiają się relacje pomiędzy wyżowymi generacjami utrzymywanych i słabiej liczebnie reprezentowanych generacji utrzymujących. Ponadto na rynku pojawią się konsumenci o charakterystycznych dla tego okresu życia potrzebach, wśród których znaczny udział będzie miało zapotrzebowanie na usługi z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Celem opracowania (w tej części) jest zbadanie prawidłowości właściwych przemianom struktury według wieku i płci ludności Krakowa w latach 1996-1999 oraz określenie stanu populacji w 2004 roku.

Struktura demograficzna odzwierciedla stan badanej populacji w ustalonym momencie ze względu na cechy ważne z punktu widzenia rozważanego problemu. W niniejszym opracowaniu rozpatrujemy strukturę ludności Krakowa z uwzględnieniem podstawowych charakterystyk, którymi są wiek i płeć. Struktura ta w danym momencie kalendarzowym jest ukształtowana w rezultacie zjawisk ludnościowych, które realizowały się w przeszłości. Ujęcie, zgodnie z którym zjawiska są traktowane jako determinujące strukturę populacji, jest tylko jednym aspektem zagadnienia. Struktura określa bowiem warunki, w jakich zjawiska te będą realizować się w przyszłości. Wzajemne oddziaływanie zjawisk i struktur jest charakterystyczną cechą populacji ludzkich.

W tabelicy 1 podano liczbę ludności Krakowa według wieku i płci w latach 1996-1999. Dane te można przedstawiać w postaci piramidy. Wykres taki ułatwia śledzenie, w jaki sposób struktura według wieku i płci jest ukształtowana przez urodzenia, zgony, ruchy wędrownicze i wydarzenia historyczne przeważnie o charakterze katastroficznym.

Charakterystyczną cechą współczesnych społeczeństw jest obniżanie się płodności mierzonej m.in. za pomocą średniej liczby dzieci, jakie urodziłaby kobieta w ciągu okresu zdolności rozrodczej, gdyby współczynniki płodności według wieku kobiet były ustalone na poziomie obserwowanym w badanym okresie. Konsekwencje tych zachowań znajdują odzwierciedlenie w strukturze populacji. Z tego właśnie powodu piramidy wieku posiadają zwięzające się z okresu na okres podstawy. Łatwo daje się zauważyć, że w przypadku Krakowa proces ten rozpoczął się przynajmniej 20 lat temu. Spadek płodności odnosi się do generacji, które

w rozważanym okresie (1996-1999) są w wieku 0-19 lat. Szczególnie silnie liczebnie są natomiast roczniki należące do klasy 20-24 lata. Osoby te rodziły się w latach 1970. Był to okres, w którym przychodziły na świat dzieci powojennego wyżu demograficznego. Jest to zatem wyżowe echo demograficzne. Powojenny wyż demograficzny obejmował bowiem generacje z lat 1946-1957. W analizowanym okresie odpowiadają im roczniki wieku 40-44 oraz 45-49 lat. Na zwrócenie uwagi zasługują niżowe populacje w wieku 25-34 lat. Rodziły się one w latach 1960 i są dziećmi wojennego niżu, który aktualnie jest w wieku 55-59 lat.

Ponadto na ten efekt strukturalny nałożyły się przemiany zachowań prokreacyjnych. Lata 1960 były bowiem okresem odchodzenia od modelu rodziny wielodzietnej. Struktura według wieku ludności Krakowa odzwierciedla więc skutki II wojny światowej. Konsekwencje I wojny światowej uległy zatarciu ponieważ generacje urodzone w latach 1914-1918 są w wieku powyżej 75 lat. Znajdują się zatem w zbiorczej klasie 70 lat i więcej. Wykres piramidy wieku zwięża się w miarę przesuwania się ku wierzchołkowi, jest to rezultat umieralności. Śledząc piramidę wieku otrzymujemy obraz aktualnego stanu populacji. Możemy odtworzyć jej dzieje na przestrzeni prawie całego stulecia oraz jesteśmy w stanie określić przyszłe tendencje. Piramida ta może więc być drogowskazem długookresowego planowania.

Struktura ludności według płci w populacji zamkniętej kształtuje się pod bezpośrednim wpływem czynników biologicznych, których oddziaływanie realizuje się poprzez wyższą częstość urodzeń dzieci płci męskiej oraz nadumieralność mężczyzn. Na rysunku 2 przedstawiono dla ludności Krakowa zmiany – w zależności od wieku – wskaźników maskulinizacji (liczba mężczyzn na 100 kobiet oraz feminizacji (liczba kobiet na 100 mężczyzn), dla całego analizowanego okresu łącznie. Krzywe te w populacji zamkniętej odznaczają się pewnymi charakterystycznymi cechami. W młodszym wieku występuje liczebna przewaga mężczyzn nad kobietami. Zrównanie następuje około 50 roku życia. Potem pojawia się liczebna przewaga kobiet. W przypadku Krakowa zaobserwowano pewne odchylenia od tej ogólnej prawidłowości. Na szczególne zwrócenie uwagi zasługuje dwukrotne zbliżanie się wartości wskaźników maskulinizacji i feminizacji. Przypada to na wiek 15-19 oraz 30-34 lata. Można się domyślać, że jest to efekt ruchów wędrownych ze wsi do miast. Wśród tych migrantów przeważają bowiem młode kobiety. Ponadto w 1997 roku pojawiło się odwrócenie relacji w wieku 0 lat. Wskaźnik maskulinizacji przyjął wartość 99,30, a więc niższą niż wskaźnik feminizacji równy 100,70.

Wspomniany wcześniej spadek płodności pociąga za sobą starzenie się populacji. Proces ten polega na wzroście udziału ludności w starszym wieku. W przyszłości będzie się on nasilał, gdyż ku wierzchołkowi piramidy wieku zmiernają generacje powojennego wyżu demograficznego. Będzie także wzmocniony w wyniku obniżenia się poziomu umieralności w starszym wieku. Należy podkreślić, że przemiany strukturalne są zakłócone ruchami wędrownymi. Najczęściej powodują one starzenie się populacji na obszarach odpływu (emigracji) oraz odmładzanie na obszarach napływu (imigracji). Skłonność do zmiany miejsca zamieszkania jest uzależniona od wieku – większa jest wśród ludzi młodych.

Podejmując analizę starzenia się populacji należy rozważyć następujące problemy:

- określić próg starości, a więc ustalić wiek będący kryterium wyodrębnienia populacji w starszym wieku,
- przyjąć miarę, za pomocą której badane zjawisko ujmuje się ilościowo,
- wybrać kryteria pozwalające ocenić stopień zaawansowania procesu starzenia się.

Tablica 1. Ludność Krakowa według wieku i płci w latach 1990-1996

Wiek	1996			1997			1998			1999		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0	6264	3214	3050	5979	2979	3000	6008	3087	2921	5836	2922	2914
1-4	27527	14163	13364	26268	13476	12792	25154	12819	12335	24372	12499	11873
5-9	42379	21868	20511	40148	20735	19413	38174	19686	18488	36751	18881	17870
10-14	52978	27185	25793	51220	26361	24859	49034	25313	23721	46248	23873	22375
15-19	57978	29031	28947	58517	29340	29177	58846	29573	29273	58884	29617	29267
20-24	68762	33679	35083	71182	35372	35810	72732	36052	36680	72775	36347	36428
25-29	48053	23676	24377	49683	24451	25232	51149	24999	26150	52533	25677	26856
30-34	45632	22129	23503	44716	21920	22796	44501	21955	22546	44350	21992	22358
35-39	56169	26684	29485	52794	25027	27767	49767	23820	25947	47996	22920	25076
40-44	64502	29988	34514	63695	29642	34053	63019	29385	33634	60841	28469	32372
45-49	58849	27117	31732	60320	27795	32525	61397	28215	33182	62286	28698	33588
50-54	43086	20130	22956	47055	21867	25188	50156	23160	26996	52178	23886	28292
55-59	37475	17115	20360	36192	16583	19609	36221	16679	19542	36891	17058	19833
60-64	38738	16949	21789	37776	16500	21276	37239	16331	20908	36967	16168	20799
65-69	35459	15114	20345	36462	15455	21007	36319	15174	21145	36063	15138	20925
70 i +	56824	19371	37453	58530	20212	38318	60950	21348	39602	63179	22266	40913
Razem	740675	347413	393262	740537	347715	392822	740666	347596	393070	738150	346411	391739

Źródło: Rocznik Demograficzny¹ (2000).

¹ Rocznik Demograficzny, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

W niniejszym opracowaniu jako próg starości przyjęto 65 lat. Posłużono się trzema miernikami. Są to:

- procent ludności w wieku przynajmniej 65 lat,
- indeks starości (liczba ludności w wieku przynajmniej 65 lat w przeliczeniu na 100 osób w wieku 0-14 lat),
- mediana wieku.

Do oceny stopnia zaawansowania starzenia się wykorzystano oparte na medianie wieku kryterium opracowane przez A. Maksimowicz (1990). Tę skalę starości podano w tablicy 2, a wartości przyjętych mierników zapisano w tablicy 3.

Tablica 2. Starzenie się ludności Krakowa w latach 1996-1999

Wiek	1996			1997		
0-14	17,44%	19,12%	15,95%	16,69%	18,28%	15,29%
15-64	70,10%	70,95%	69,35%	70,48%	71,47%	69,61%
65 i +	12,46%	9,93%	14,70%	12,83%	10,26%	15,10%
Razem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mediany	36,85	34,72	38,73	37,14	34,82	39,20
Indeks star.	71,46			76,85		
Wiek	1998			1999		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0-14	15,98%	17,52%	14,62%	15,34%	16,79%	14,05%
15-64	70,89%	71,97%	69,93%	71,22%	72,41%	70,17%
65 i +	13,13%	10,51%	15,45%	13,44%	10,80%	15,79%
Razem	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mediany	37,49	35,07	39,71	37,85	35,30	40,13
Indeks star.	82,17			87,66		

Tablica 3. Skala mediany

Mediana wieku (lata)	Typ populacji
15-19	Bardzo młoda
20-24	Młoda
25-29	Starzejąca się
30-34	Zaawansowana w procesie starzenia się (stara)
35 i więcej	Bardzo stara

Źródło: A. Maksimowicz² (1990).

² A. Maksimowicz (1990), Przemiany struktury ludności według wieku, [w]: M.Okólski, Teoria przejścia demograficznego, PWE, Warszawa.

Proces starzenia się populacji Krakowa jest bardziej zaawansowany wśród kobiet, na co wskazuje procent kobiet w wieku przynajmniej 65 lat – jest wyższy niż mężczyzn (rezultat nadumieralności mężczyzn). Z kolei udział mężczyzn w wieku 0-14 lat jest wyższy niż w przypadku kobiet (wpływ wyższego prawdopodobieństwa urodzenia chłopca). Zbiorowość kobiet starzeje się zatem równocześnie od podstawy i od wierzchołka piramidy. Relacje pomiędzy tymi populacjami dziadków i wnuków wyraża indeks starości. W latach 1996-1999 wzrosła od 71,46 do 87,66. Mediany wieku wskazują, że od 1998 roku zarówno mężczyźni jak i kobiety są populacjami bardzo starymi. Uwzględniając relacje pomiędzy wszystkimi trzema grupami wiekowymi obliczono współczynniki obciążeń ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. Odpowiednie wartości zamieszczono w tabelicy 4.

Tablica 4. Obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku nieprodukcyjnym (w przeliczeniu na 100 osób) w Krakowie w latach 1996-1999

Obciążenie ludnością w wieku:	1996	1997	1998	1999
Nieprodukcyjnym	68,54	67,49	66,34	65,50
Przedprodukcyjnym	42,58	41,19	39,80	38,58
Poprodukcyjnym	25,96	26,30	26,54	26,91

Obserwowane przemiany struktury pociągają za sobą skutki ekonomiczno-społeczne. Zmieniają się bowiem potrzeby zbiorowe. Konieczna jest więc restrukturyzacja wydatków publicznych, hierarchii priorytetów polityki społecznej w zakresie szkolnictwa, zatrudnienia, mieszkań i emerytur. W miarę zbliżania się do wierzchołka piramidy generacji powojennego wyżu demograficznego będzie postępował wzrost znaczenia ludzi starszych. Dominujący styl życia i potrzeby będą w większym stopniu powiązane z wiekiem bardziej zaawansowanym. Ponadto będą to populacje utrzymywane. Wobec tego konieczne jest zadbanie, aby aktualnie odkładane urodzenia dzieci były rzeczywiście zrealizowane w późniejszych okresach.

Prognoza stanu i struktury ludności Krakowa w 2004 roku

W demografii prognozowanie polega na przewidywaniu stanu liczebnego i struktury populacji według wieku i płci przy ustalonych założeniach w odniesieniu do przebiegu takich zjawisk jak: rozrodność, umieralność i ruchy wędrówkowe. W rezultacie otrzymujemy prognozę, która może dotyczyć populacji ludzi, rodzin lub gospodarstw domowych. Uzyskane w ten sposób informacje stanowią podstawę dla innych prognoz, m.in. w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, zaopatrzenia emerytalnego i rentowego, zasiłków macierzyńskich i dodatków rodzinnych, oraz oświaty, zatrudnienia, warunków życia ludności itp.

O jakości przewidywań decydują m.in.:

- baza danych stanowiąca empiryczną podstawę przewidywań,
- poprawność przyjętych założeń o przyszłej płodności, umieralności i ruchach wędrówkowych,
- zastosowana metoda prognozowania.

Prognozy demograficzne dla całej Polski są opracowywane w Wydziale Analiz i Prognoz Demograficznych Departamentu Badań Demograficznych GUS. Ukazują się one co 3-4 lata. Ostatnią wykonano w 1999 roku w przekroju 16 województw z podziałem na miasto i wieś.

Prognoza dla Polski powstała w wyniku agregacji prognoz regionalnych³. Jak dotychczas, w Głównym Urzędzie Statystycznym nie opracowuje się prognoz dla poszczególnych miejscowości. W niniejszej pracy podjęto więc próbę ustalenia prognozy demograficznej dla ludności Krakowa w 2004 roku. Empiryczną podstawę stanowią dane o strukturze ludności według wieku i płci w 1999 roku (por. tablica 1).

Założenia konstruowanej prognozy

Przyjęcie założeń o przyszłej płodności i umieralności opiera się na wynikach analiz przebiegu procesów demograficznych. Brane są pod uwagę zarówno obserwowane trendy jak i porównania międzynarodowe. W zakresie płodności w prognozie GUS uwzględniono trzy warianty. W tabelicy 5 podano odpowiadające im wartości współczynników dzietności teoretycznej dla miast. Warianty I i II można traktować jako optymistyczne, ponieważ przewidziano w nich zahamowanie spadku płodności w latach 2000-2005, a później nieznaczny wzrost. Według wariantu trzeciego spadek płodności będzie kontynuowany do 2030 roku.

Tablica 5. Warianty poziomu dzietności teoretycznej w miastach według GUS

Rok	Wariant I	Wariant II	Wariant III
2000	1,200	1,20	1,18
2005	1,200	1,20	1,00
2010	1,475	1,50	1,00
2015	1,750	1,75	1,00

Źródło: Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999-2030, GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2000.

Opracowując prognozę dla Krakowa wzorowano się na założeniach Głównego Urzędu Statystycznego, ale tylko w zakresie przewidywanych trendów. Proponowane poziomy płodności nie mogły być przyjęte. Porównanie współczynników dzietności teoretycznej zapisanych w tabelicy 5 z zaobserwowanymi dla Krakowa podanymi w tabelicy 6, prowadzi do stwierdzenia, że płodność populacji Krakowa jest znacznie niższa od obserwowanej w Polsce. Warianty traktowane jako optymistyczne dla całego kraju, nie są takimi w odniesieniu do Krakowa.

Tablica 6. Współczynniki płodności, dzietności teoretycznej i średni wiek matek w Krakowie w latach 1990-1999

Wiek	1990	1995	1998	1999
w przeliczeniu na jedną kobietę				
15-19	0,0204	0,0158	0,0138	0,0123
20-24	0,1227	0,0803	0,0653	0,0591
25-29	0,1000	0,0883	0,0872	0,0846
30-34	0,0518	0,0483	0,0538	0,0524
35-39	0,0209	0,0213	0,0197	0,0203
40-44	0,0048	0,0046	0,0043	0,0040
45-49	0,0003	0,0003	0,0001	0,0002
Współcz. dzietności	1,605	1,295	1,221	1,165
Średni wiek matek	26,65	27,38	27,78	27,97

Źródło: Rocznik Demograficzny (2000) i obliczenia własne Wydziału Spraw Społecznych UMK.

³ Prognoza ludności Polski według województw na lata 1999-2030, GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa, 2000.

Charakterystyczną cechą zachowań prokreacyjnych jest odkładanie urodzeń na późniejsze lata okresu zdolności rozrodczej. Znajduje to odzwierciedlenie we wzroście średniego wieku matek w chwili rodzenia dzieci. Przyjmując założenia dotyczące przyszłych współczynników płodności populacji Krakowa wzięto pod uwagę, iż po 2000 roku można oczekiwać realizacji urodzeń odłożonych we wcześniejszych okresach. Symptomy tego zjawiska można zauważyć na rysunku 1. Przewidywane współczynniki płodności w okresie objętym prognozą podano w tablicy 7. Przyjęte dla lat 2000-2004 wzorce płodności przedstawiono na rys.1.

Tablica 7. Przewidywane współczynniki płodności mieszkańców Krakowa w latach 2000-2004

Wiek	2000	2001	2002	2003	2004
15-19	0,0119	0,0112	0,0106	0,0100	0,0095
20-24	0,0549	0,0529	0,0510	0,0492	0,0474
25-29	0,0838	0,0842	0,0846	0,0851	0,0855
30-34	0,0530	0,0535	0,0540	0,0545	0,0550
35-39	0,0225	0,0228	0,0232	0,0235	0,0239
40-44	0,0050	0,0050	0,0051	0,0051	0,0051
45-49	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004
Współcz. dzietności	1,158	1,151	1,145	1,139	1,134
Średni wiek matek	28,27	28,38	28,48	28,58	28,68

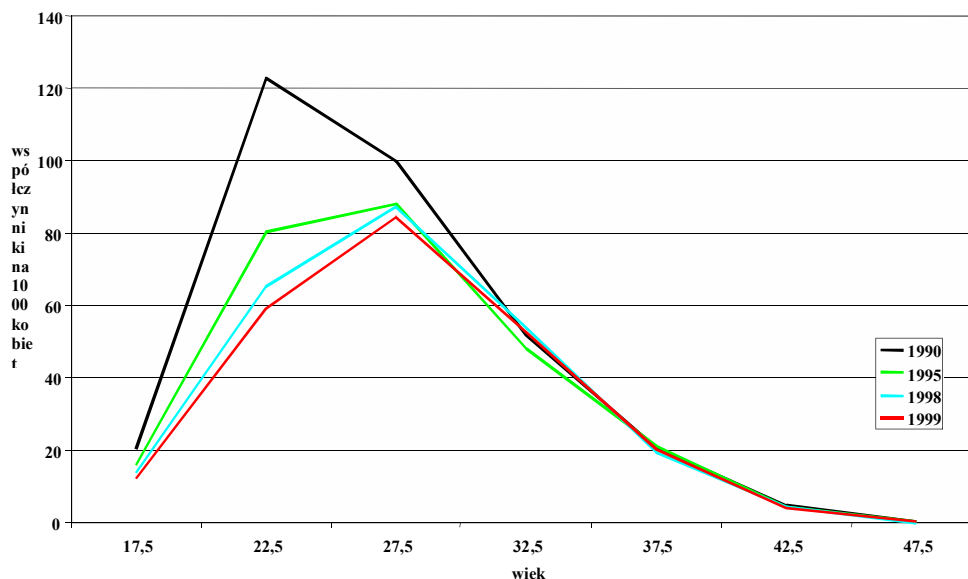
W zakresie umieralności przyjęto, że pozostanie ona na poziomie odzwierciedlonym w tablicach trwania życia dla miast w 1999 roku. Odpowiada jej przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej równe 69,11 lat, a żeńskiej 77,31 lat.

Rezultaty prognozowania struktury i liczby ludności Krakowa w 2004 roku

Dla ustalenia stanu i struktury populacji według wieku i płci zastosowano metodę składnikową. W zakresie prognozy w wersji biologicznej składa się ona z następujących etapów:

1. Postarzanie ludności żyjącej.
2. Przewidywanie liczby urodzeń żywych w okresie objętym prognozą.
3. Ustalenie liczby dzieci w wieku 0 lat na koniec roku okresu objętego prognozą.
4. Określenie liczebności populacji w wieku 0-4 lata.
5. Obliczenie wartości współczynników wynikowych.

Rysunek 1. Współczynniki płodności populacji Krakowa w latach 1990-1999



Biologiczną prognozę ludności miasta Krakowa w 2004 roku podano w tablicy, tak aby można było porównać ze stanem w 1999 roku.

Tablica 8. Prognoza stanu i struktury ludności Krakowa w 2004 roku

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
0-4	16 815	17 506	34 321
5-9	15 397	14 769	30 167
10-14	18 860	17 859	36 719
15-19	23 818	22 352	46 171
20-24	29 461	29 221	58 682
25-29	36 118	36 360	72 479
30-34	25 469	26 791	52 260
35-39	21 730	22 271	44 002
40-44	22 471	24 898	47 368
45-49	27 575	31 991	59 567
50-54	27 312	32 948	60 260
55-59	22 179	27 490	49 669
60-64	15 271	19 003	34 274
65-69	13 719	19 413	33 132
70-74	11 946	18 623	30 569
70 i więcej	11 302	22 934	34 236
Razem	339 444	384 431	723 876

W ciągu pięciu lat nastąpi przesunięcie poszczególnych generacji w kierunku wierzchołka piramidy, a u podstawy pojawi się nowa populacja. Wyższe i niższe demograficzne i postępujące za nimi echa będą o 5 lat starsze. W celu porównania zaawansowania starzenia się populacji obliczono odpowiednie wskaźniki (tablica 9):

- procent ludności w wieku przynajmniej 65 lat,
- indeks starości,
- mediany wieku.

Tablica 9. Wskaźniki starzenia się ludności Krakowa w 2004 roku

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
0-14	13,98%	15,05%	13,04%
15-64	72,49%	74,06%	71,10%
65 i więcej	13,53%	10,89%	15,86%
Razem	100,00%	100,00%	100,00%
Mediany wieku	38,54	35,87	41,02
Indeks starości	96,78		

W porównaniu z 1996 rokiem w 2004 roku nieznacznie wzrosłyby procenty ludności w wieku przynajmniej 65 lat, obniżyłyby się udziały ludności w wieku 0-14 lat. W rezultacie indeks starości wzrósłby do wartości 96,78. Wzrosłyby także mediany wieku.

Współczynniki wynikowe będące konsekwencją przyjętych założeń podano w tablicy 10.

Tablica 10. Współczynniki wynikowe

Współczynnik	Wartość na 1000 ludności
średnioroczny surowy współczynnik urodzeń	9,45
średnioroczny współczynnik przyrostu naturalnego	-3,90
średnioroczny surowy współczynnik zgonów	13,36
Współczynnik dynamiki demograficznej.	78 urodzeń na 100 zgonów

Jeśli spełnione będą założenia przyjęte przy konstruowaniu prognozy dla ludności Krakowa w 2004 roku, to należy oczekiwać, że na 1000 mieszkańców przypadac będzie 9,45 urodzeń żywych, 13,36 zgonów, co w rezultacie doprowadzi do średniorocznego spadku liczby mieszkańców o 3,9 na 1000 ludności. Wzrost natężenia zgonów będzie wynikiem starzenia się ludności. Przyjęto bowiem, że w ciągu 5 lat umieralność nie ulegnie zmianie.

B. Stan ludności Miasta Krakowa. Prognoza ludności do roku 2030

Opracowanie Urzędu Statystycznego w Krakowie

W Krakowie w okresie ostatnich 10 lat populacja uległa starzeniu się. Zjawisko to dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet. W porównaniu ze średnią ogólnopolską, umieralność ogólna w Krakowie jest niższa u mężczyzn, natomiast u kobiet utrzymuje się na podobnym poziomie. Umieralność ogólna jest wyższa w Podgórzu i w Śródmieściu, a niższa w Nowej Hucie.

Stan ludności Miasta Krakowa na dzień 31 grudnia 2002 r. oraz ruch naturalny ludności w Krakowie w 2002 r.

Ludność		Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
Ogółem	w tym kobiety			ogółem	w tym niemowląt	
757 547	402 637	3 355	5 688	6 645	43	-957

Ludność wg płci i wieku - stan na dzień 31.12.2002 r.

Lp.	Grupy wiekowe	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1.	0 - 2 lat	17 911	9 288	8 623
2.	3 - 6 lat	24 721	12 502	12 219
3.	7-12 lat	43 556	22 321	21 235
4.	13 -14 lat	17 063	8 805	8 258
5.	15 lat	8 888	4 611	4 277
6.	16 -17 lat	20 887	10 683	10 204
7.	18 -19 lat	25 395	12 574	12 821
8.	20 - 24 lat	81 226	39 734	41 492
9.	25 - 29 lat	65 284	32 154	33 130
10.	30 - 34 lat	52 153	26 223	25 930
11.	35 - 39 lat	45 787	22 807	22 980
12.	40 - 44 lat	50 877	24 048	26 829
13.	45 - 49 lat	61 566	28 280	33 286
14.	40-54 lat	57 388	25 867	31 521
15.	55 - 59 lat	44 270	20 082	24 188
16.	60 - 64 lat	33 810	14 959	18 851
17.	65 - 69 lat	34 397	14 450	19 947
18.	70 - 74 lat	31 887	12 729	19 158
19.	75 – 79 lat	21 777	7 765	14 012
20.	80 lat i więcej	18 704	5 028	13 676

Ludność w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym - stan na dzień 31.12.2002 r.

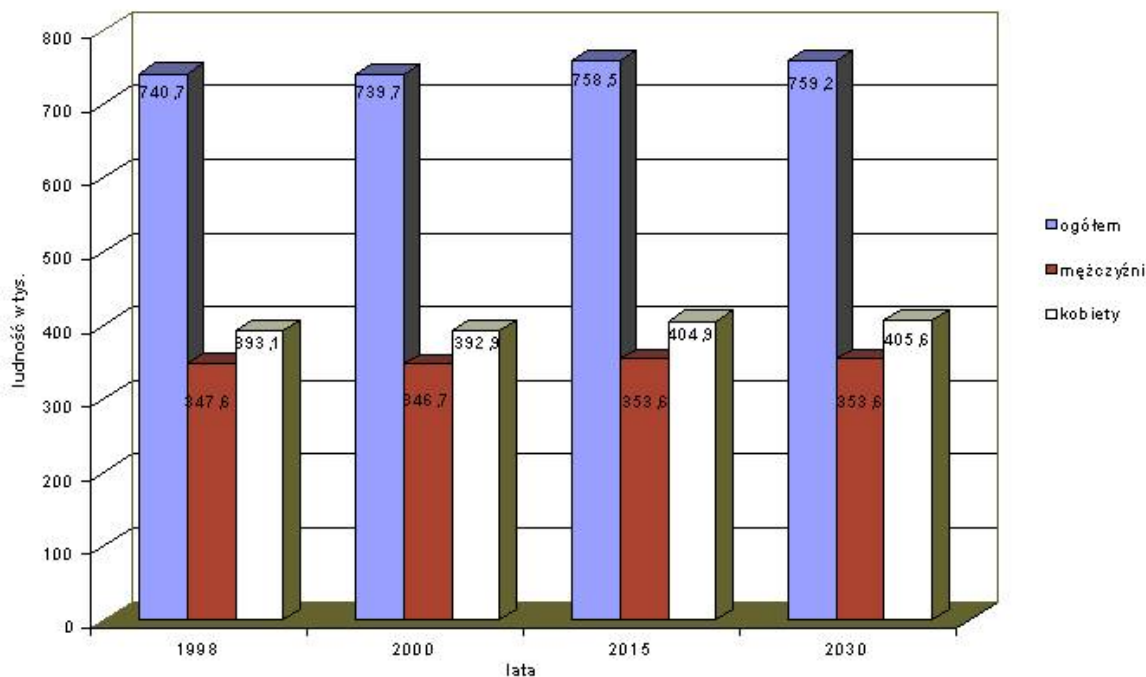
Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem	757 547	354 910	402 637
W wieku przedprodukcyjnym	133 026	68 210	64 816
W wieku produkcyjnym	498 905	246 728	252 177
W wieku poprodukcyjnym	125 616	39 972	85 644
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	51,8	43,8	59,6

Prognoza ludności Krakowa

W 2000 roku Urząd Statystyczny w Krakowie opublikował, opracowaną przez Departament Badań Demograficznych GUS, prognozę ludności mieszkańców Krakowa do 2030 r. Prognoza była opracowywana na podstawie stanu ludności w dniu 31 grudnia 1998 r. Przedstawiona prognoza jest prognozą pomigracyjną ludności zameldowanej w Krakowie na stałe i na okres czasowy, tzn. uwzględnia zmiany liczby mieszkańców wynikające z przyrostu naturalnego i salda migracji wewnętrznych i zagranicznych.

Na przestrzeni najbliższych 30 lat prognoza **przewiduje przyrost mieszkańców Krakowa o 2,5%**. Prognozowany przyrost liczby mieszkańców Krakowa jest konsekwencją zakładanego dodatniego przyrostu naturalnego oraz dodatniego salda migracji w Krakowie.

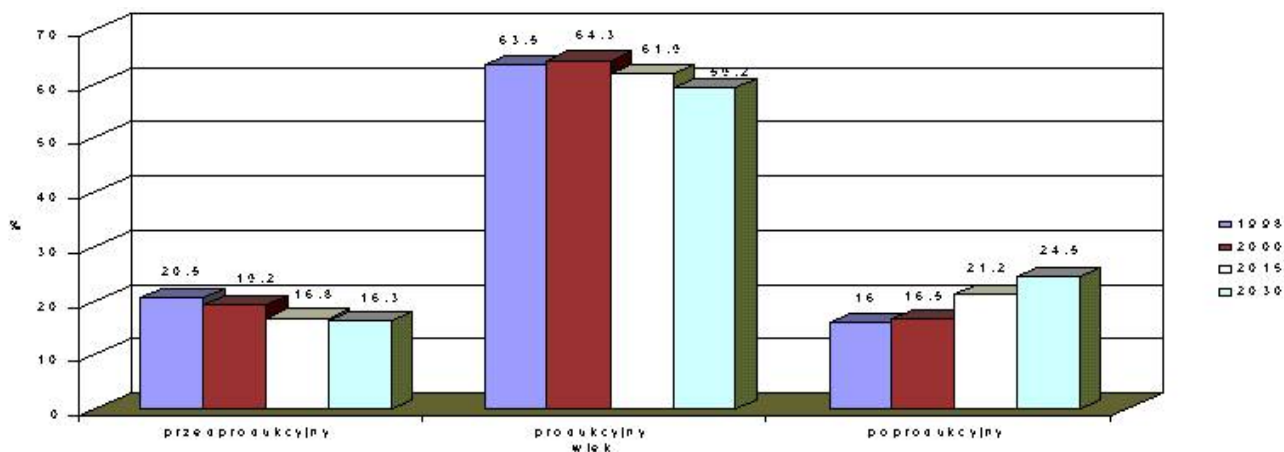
Prognoza ludności Krakowa do 2030 roku



W prognozowanej strukturze płci mieszkańców Krakowa zwiększy się przewaga liczebna kobiet w stosunku do mężczyzn. Wskaźnik feminizacji, liczony jako liczba kobiet na 100 mężczyzn, wzrośnie z 113,1 do 114,7.

Z prognozowanej struktury wiekowej ludności wynika, że na przestrzeni najbliższych 30 lat będzie następowało zjawisko starzenia się populacji Krakowa. Jest to związane przede wszystkim z obserwowanym od kilku lat spadkiem urodzeń oraz wydłużającą się długością życia mieszkańców.

Prognozowana struktura wieku ludności Krakowa do 2030 roku



III. ZASOBY OCHRONY ZDROWIA NA TERENIE MIASTA KRAKOWA

1. LECZNICTWO OTWARTE

Z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w przychodniach lub ośrodkach zdrowia korzystają osoby, które nie potrzebują całodobowych lub całodziennych świadczeń medycznych. Opieka ambulatoryjna obejmuje: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza pierwszego kontaktu, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę oraz świadczenia pielęgnarskie.

Ambulatoryjne usługi medyczne wykonują przede wszystkim niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki indywidualne i grupowe. Świadczą one bezpłatne usługi medyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie umów zawartych z Kasami Chorych (obecnie Narodowym Funduszem Zdrowia). Oprócz ww. jednostek ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są przez Szpital Uniwersytecki oraz Zakład Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych.

Wykaz poradni świadczących ambulatoryjne usługi medyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2002 r., w rozbiciu na cztery były dzielnice miasta Krakowa

Nazwa poradni	Krowdrza	Nowa Huta	Podgórze	Śródmieście	Kraków
Podstawowej opieki zdrowotnej	25	29	16	23	93
Stomatologiczna	19	8	13	16	56
Alergologiczna	1	4		4	9
Chirurgiczna	8	8	3	8	27
Dermatologiczna	6	8	2	5	21
Diabetologiczna	3	3	2	5	13
Endokrynologiczna	2	4	1	7	14
Gastroenterologiczna	2	1	1	5	9
Ginekologiczna	15	13	11	10	49
Kardiologiczna	6	6	2	8	22
Laryngologiczna	9	11	7	9	36
Neurologiczna	9	12	9	12	42
Okulistyczna	6	11	7	10	34
Onkologiczna	1	1	1	3	6
Pulmonologiczna	4	2	2	5	13
Rehabilitacja porady	9	9	7	10	35
Rehabilitacyjna zabiegi	12	9	7	10	38
Reumatologiczna	6	4	2	4	16
Urologiczna	5	6	2	3	16
Zdrowie psychiczne	7	6	4	6	23
Zdrowie psychiczne - leczenie uzależnień	3	5	3	3	14

Wszystkie podmioty, świadczące usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umów z płatnikiem na terenie Miasta Krakowa, zabezpieczają opiekę w godzinach nocnych i w dni świąteczne poprzez dyżury własne lub zlecenie podmiotom zewnętrznym.

Niezależnie od tego, w Mieście działa około 2 000 prywatnych gabinetów lekarskich, które nie miały w 2002 r. zawartych umów z Kasami Chorych.

W roku 2003 kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia podpisało 93 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, w tym również praktyki pielęgniarek i położnych, 39 podmiotów świadczących usługi stomatologiczne oraz 105 świadczeniodawców z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej, w tym ambulatoria przyszpitalne.

2. LECZNICTWO ZAMKNIĘTE

W latach 2001-2002 na terenie miasta Krakowa funkcjonowało **16 publicznych zakładów opieki stacjonarnej** (ogólnych i psychiatrycznych) oraz **17 niepublicznych** (w tym 3 hospicja, 1 zakład opiekuńczo-leczniczy i 3 ośrodki leczenia uzależnień MONAR-u). W 2003 r. liczba publicznych zakładów opieki stacjonarnej zmniejszyła się o 1, natomiast w wyniku przekształceń zwiększyła się o 1 liczba zakładów niepublicznych.

Spośród publicznych zakładów opieki stacjonarnej 15 to szpitale **publiczne ogólne**, posiadające łącznie 5 695 łóżek (1 to szpital psychiatryczny). W omawianym roku w zakładach tych leczonych było 175 707 pacjentów, a liczba osobodni leczenia wynosiła 1 666 613.

W **10 niepublicznych szpitalach ogólnych** na 258 łózkach leczono 10 943 osoby, a liczba osobodni leczenia wyniosła 66 825.

W publicznych szpitalach ogólnych, funkcjonujących na terenie Krakowa, w skali roku, podstawowe wskaźniki przedstawiały się następująco:

- średnia liczba łóżek	5 781
- średni okres pobytu w dniach	9,5
- średnie wykorzystanie łóżek w dniach	288,3
- średnie wykorzystanie łóżek w %	79,0
- liczba chorych na 1 łóżko	30,4

W 2001 r. w Krakowie działało 6 zakładów publicznych i niepublicznych, w których sprawowano opiekę nad osobami przewlekle chorymi na **oddziałach dla przewlekle chorych, opiekuńczo- leczniczych, opieki paliatywnej w szpitalach ogólnych oraz hospicjach** (w tym 3 hospicja). Dwa z nich to zakłady publiczne, które posiadały łącznie 44 łóżka, na których leczeniu poddano 509 osób. Średnie wykorzystanie łóżek w dniach wahało się od 311,3 do 378,3 (procentowo przedstawiało się to odpowiednio od 85,3 do 103,7). W 2002 r. sytuacja w publicznych zakładach opieki zdrowotnej uległa poprawie – nastąpił wzrost liczby łóżek opieki długoterminowej z 44 do 72.

W 2001 r. w niepublicznych zakładach sprawujących opiekę nad osobami przewlekle chorymi w Krakowie funkcjonowały 4 jednostki dysponujące 141 łózkami, na których w ciągu roku leczonych było 789 osób. Średnie wykorzystanie łóżek w dniach wahało się od 281,7 do 329,7 (procentowo przedstawiało się to odpowiednio od 77,2% do 90,3%).

W 2002 r. również w niepublicznych zakładach opieki długoterminowej nastąpił wzrost liczby łóżek o 40. Według stanu na 31 grudnia 2002 r. w Krakowie funkcjonuje już 5 jednostek tego typu, a liczba łóżek wynosi 181.

Analiza działalności wybranych oddziałów szpitalnych w publicznych ogólnych zakładach opieki zdrowotnej na terenie miasta Krakowa zwraca uwagę na słabe wykorzystanie łóżek w niektórych szpitalach i wybranych oddziałach szpitalnych miasta Krakowa. Przyczyną takiej sytuacji są w szczególności niskie kontrakty z określonymi sztywno limitami świadczeń, które powodują, że szpitale nie przyjmują więcej pacjentów, oraz nadmiar łóżek w niektórych szpitalach.

Ocena istniejących zasobów w poszczególnych szpitalach oraz sposobu ich wykorzystania wskazuje kierunek działań dostosowawczych struktury do ekonomicznie uzasadnionej liczby łóżek i oddziałów, przy założeniu 80-85% ich obłożenia. W planowaniu wielkości bazy łóżkowej należy uwzględnić wpływ czynników demograficznych, zachorowalność oraz chorobowość.

W Krakowie obecnie funkcjonują 2 szpitale, dla których organem założycielskim jest Miasto Kraków. Są to: Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie oraz Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie.

W **Szpitalu im. Narutowicza** funkcjonuje 12 oddziałów (stan na 31 grudnia 2002 r.): 2 wewnętrzne, kardiologiczny, dziecięcy, neurologiczny, chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii, otolaryngologiczny, ginekologiczno-położniczy, urologiczny, leczniczo-opiekuńczy dla byłych więźniów obozów koncentracyjnych oraz pielęgnacyjny. Szpital dysponuje łącznie 506 łózkami (558 w 2001 r.), na których w roku 2002 leczonych było 18 601 pacjentów. Średni okres pobytu chorego wynosił 8 dni, a średnie wykorzystanie łóżek – 275,3 dnia (75,4%).

Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego posiada (stan na 31 grudnia 2002 r.) 16 oddziałów: 3 wewnętrzne, dziecięcy, neurologiczny, obserwacyjno-zakaźny dla dorosłych i dzieci, dermatologiczny, chirurgii ogólnej, chirurgii dzieci, chirurgii ortopedyczno-urazowej, anestezjologii i intensywnej terapii, okulistyczny, otolaryngologiczny, ginekologiczno-położniczy, urologiczny i ratunkowy. Szpital dysponuje łącznie 694 łózkami, na których leczonych było w 2002 r. 26 182 pacjentów. Średni okres pobytu chorego wynosił 7,5 dnia, a średnie wykorzystanie łóżka 282,2 dnia (77,3).

Przyjmując średni stopień wykorzystania łóżek w oddziałach na poziomie 80% można wskazać oddziały w ww. szpitalach, w których średnie wykorzystanie bazy łóżkowej jest niskie, a w których szczególnie wysokie.

W **Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Narutowicza** minimalny wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w % w **2001 r.** wykazywały oddziały: anestezjologii i intensywnej terapii (53,3) oraz ginekologiczno-położniczy (59,9), natomiast maksymalne wykorzystanie łóżek było na oddziałach: pielęgnacyjnym (98,5), kardiologicznym (94,2) oraz wewnętrznym II (87,2) i wewnętrznym I (86,6). Należy pamiętać, że wskaźniki te w znacznym stopniu uzależnione są od specyfiki danego oddziału oraz od wielkości kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Niemniej jednak, procent wykorzystania łóżek w oddziałach pielęgnacyjnych, kardiologicznym i wewnętrznych wskazuje na tendencje oraz bezpośredni związek z wiekiem populacji (starzenie się) oraz występowaniem chorób i przyczynami zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory).

W **2002 r.** sytuacja przedstawiała się w sposób następujący – najniższy wskaźnik wykorzystania łóżek w procentach wykazały oddziały: ginekologiczno-położniczy (63,3), chirurgii ogólnej (65,5), anestezjologii i intensywnej terapii (67,2), a najwyższe: pielęgnacyjny (99,5), kardiologiczny (87,1), wewnętrzny II (85,7) oraz wewnętrzny I (80,7).

W **Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego w 2001 r.** minimalny wskaźnik średniego wykorzystania łóżek wykazywały oddziały: okulistyczny (47,9), anestezjologii i intensywnej terapii (58,1) i dziecięcy (61,6), a najwyższy: rehabilitacyjny (116,8), wewnętrzny III (94,7), chirurgii ogólnej (92,1), wewnętrzny I (90,5), neurologiczny (90,3), wewnętrzny II (88,2).

Natomiast w **2002 r.** najniższy wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w procentach odnotowały oddziały: okulistyczny (61,4), urologiczny (62,5), chirurgii dzieci (62,6), dziecięcy (63,2), a najwyższy oddziały: chirurgii ogólnej (96,2), wewnętrzny III (94,2), neurologiczny (93,2), wewnętrzny I (90,7).

Wysoki procent wykorzystania łóżek może sugerować potrzebę zwiększenia ilości łóżek na poszczególnych oddziałach.

W związku z powyższym należy przyjąć, że:

- istnieje potrzeba zwiększenia ilości łóżek dla przewlekle chorych – ogólnie łóżek długoterminowych dla osób starszych, gdzie prowadzono by leczenie farmakologiczne, jak i rehabilitację, która przyczyniłaby się do powrotu leczonych do normalnego życia,
- zwiększająca się z roku na rok zachorowalność na choroby psychiczne uzasadnia potrzebę zwiększenia ilości łóżek psychiatrycznych w powiązaniu z poprawą dostępności świadczeń medycznych w tym zakresie (realizacja celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych).
- zestawienia statystyczne sugerują również potrzebę podjęcia działań mających na celu zwiększenie ilości łóżek reumatologicznych i rehabilitacyjnych.

Zgodnie z art.60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, szpital mający osobowość prawną we własnym zakresie pokrywa ujemny wynik finansowy. Obowiązujące przepisy prawa wykluczają możliwość przyznania szpitalowi dotacji na pokrycie tzw. zadłużenia.

Planowanie finansów szpitali (a następnie realizacja tych planów) napotyka na istotne trudności. Dotyczy to zwłaszcza możliwości przewidywania poziomu finansowania świadczeń udzielonych ponad kontrakt (tzw. nadwykonań). Jednocześnie szpital nie może (zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia) odmówić udzielania świadczeń nawet w sytuacji gdy Fundusz nie zapewnia ich finansowania.

Mimo to podejmowane są działania zmierzające do stabilizacji sytuacji finansowej zakładów. Obejmuje to zwłaszcza restrukturyzację kosztów i dochodzenie należnych roszczeń od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przyjęte przez Dyrektorów szpitali plany działalności zakładów, przewidują docelowe zrównoważenie planów finansowych. Ocena czy zakładane przez Szpitale cele w zakresie finansów będą zrealizowane, będzie możliwa po zakończeniu procesu kontraktowania na 2004 rok i lata następne. Według zapowiedzi Narodowego Funduszu Zdrowia od 2004 roku obowiązywać mają nowe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych. Kwoty planowane dla szpitali na rok 2004 nie są znane.

W ramach części B – Kierunki działań - Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2004-2006, przedstawiono propozycja działań mających wspierać działalność szpitali.

Poniżej przedstawiono zestawienie danych dotyczących funkcjonowania w 2001 i 2002 r. oddziałów Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im G. Narutowicza, Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego oraz pozostałych szpitali działających w tych latach na terenie miasta Krakowa.

Wykaz świadczeniodawców usług specjalistycznych w Krakowie stanowi załącznik Nr 3.

Porównanie zasobów lecznictwa ambulatoryjnego w Krakowie do zasobów Województwa Małopolskiego stanowi załącznik nr 4.

Funkcjonowanie szpitali w Mieście Krakowie

Nazwa oddziału	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Narutowicza						Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego						Pozostałe szpitale ogólne w Krakowie					
	2001			2002			2001			2002			2001			2002		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Wewnętrzny	*136	4458	86,9	125	4319	83,2	*205	7515	91,1	205	7494	87,1	475	16040	87,6	497	16728	90,5
Kardiologiczny	64	1675	94,2	64	1807	87,1	-	-	-	-	-	-	255	8418	79,5	216	8081	81,4
Dziecięcy	28	1225	69,9	28	1074	79,1	41	1442	61,6	41	1535	63,2	26	606	82,0	26	828	91,3
Neurologiczny	40	920	74,8	38	912	74,3	25	819	90,3	25	869	93,2	150	3704	87,8	150	3780	87,2
Obserwacyjno-zakaźny	-	-	-	-	-	-	66	2080	76,5	66	2145	70,9	-	-	-	-	-	-
Dermatologiczny	-	-	-	-	-	-	40	706	75,8	40	811	79,2	84	2242	70,0	84	2368	70,2
Chirurgii ogólnej	86	2480	66,2	72	2706	65,5	45	1591	92,1	45	1737	96,2	245	9376	95,3	279	10959	70,0
Chirurgii dzieci	-	-	-	-	-	-	19	1086	67,8	19	1062	62,6	37	2555	88,8	37	2770	94,1
Chirurgii ortoped.- urazowej	-	-	-	-	-	-	56	1829	71,7	56	1908	79,9	154	5654	85,2	151	5079	90,2
Anestezjologii i int. terapii	6	141	53,3	6	341	67,2	7	152	58,1	7	173	68,6	29	802	51,5	29	821	52,6
Okulistyczny	-	-	-	-	-	-	30	593	47,9	30	757	61,4	201	8170	70,8	201	9024	71,9
Otolaryngologiczny	15	1035	77,2	15	960	76,7	40	2006	83,6	40	1882	82,3	101	5250	89,4	101	5590	94,3
Ginekologiczno- położniczy	116	4519	59,9	91	4523	63,3	83	4155	70,1	83	4776	67,7	251	11956	81,2	247	13993	72,0
Urologiczny	35	1607	74,4	35	1729	73,2	29	780	65,0	29	957	62,5	95	3877	67,4	94	3309	70,7
Rehabilitacyjny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	23382	95,6	89	1199	89,7
Pielęgnacyjny**	17	114	98,5	17	110	99,5	-	-	-	-	-	-	153	1053	87,9	221	1023	81,6
Leczn.-opiek. byłych więźn.	15	131	70,3	15	120	72,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Na podstawie danych *Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie*: 1 – liczba łóżek (stan na 31.12) , 2 – liczba leczonych, 3 – średnie wykorzystanie łóżka w %, * łącznie oddziały wewnętrzne, ** i inne opieki długoterminowej i hospicyjnej.

Placówki lecznictwa zamkniętego – informacja ogólna⁴

Wyszczególnienie	Szpitale ogólne w m. Krakowie – publiczne				Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego		Szpitale niepubliczne ogólne, zakł. opiek.-leczn. typu pielęgn., hospicja	
	ogółem		w tym miejskie ^{1/}		2001	2002	2001	2002
	2001	2002	2001	2002				
Ilość ^{2/} - stan 31 grudnia	15	15	3	3	1	1	14	14
Ilość łóżek rzeczywistych – stan 31 grud.	5695 ^{*/}	5 639	1 256	1 220	851	836	399	437
Zatrudnienie ^{3/}								
lekarze	1 518 ^{4/}	1606 ^{4/}	301 ^{4/}	303 ^{4/}	75	72	95 ^{4/}	76 ^{4/}
stomatolodzy	12 ^{4/}	8 ^{4/}	1 ^{4/}	-	-	-	2 ^{4/}	-
pielęgniarki i położne	4 403 ^{4/}	4327 ^{4/}	857 ^{4/}	845 ^{4/}	295	316	272 ^{4/}	234 ^{4/}
Ilość pacjentów ^{5/}	175 707	184 044	42 407	44 033	8 977	9 958	11 732	15 768
Średni okres pobytu w szpitalu	9,5	8,9	8,6	8,0	32,9	30,1	9,0	7,7

1/ Zakłady, których organem założycielskim jest Miasto na prawach powiatu Kraków: Szp. Specjalistyczny im. S. Żeromskiego, Szp. Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

2/ Wykazano liczbę szpitali i zakładów opieki zdrowotnej z oddziałami szpitalnymi.

3/ Pełnozatrudnieni (na umowę o pracę) w szpitalach jako jednostce organizacyjnej stan w dniu 31 grudnia (łącznie z zatrudnionymi w przychodniach przyszpitalnych).

4/ Łącznie z pełnozatrudnionymi na umowy cywilno prawne.

5/ Bez ruchu międzyoddziałowego.

*/ Liczbę łóżek w roku 2001 powiększono o 20 łóżek oddz. patologii noworodka w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

⁴ Tabela udostępniona przez Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Ilość łóżek w placówkach lecznictwa zamkniętego w Krakowie

Lp.	Nazwa jednostki, adres	Ilość łóżek stan 31.XII.2001 r.	Ilość łóżek stan 31.XII.2002 r.	Organ założycielski
SZPITALY PUBLICZNE				
1.	Szpital Specjalistyczny im. J.Dietla , Kraków, ul. Skarbowa 4	320	320	samorząd wojew.
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L.Rydygiera, Kraków, os. Złota Jesień 1	790	790	samorząd wojew.
3.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. J.Pawła II, Kraków, ul. Prądnicka 80	551	548	samorząd wojew.
4.	Wojewódzki Szpital Okulistyczny, Kraków, ul. Dożynkowa 61	120	120	samorząd wojew.
5.	SPZOZ Krakowski Szpital Reumatologii i Rehabilitacji, Kraków, ul. Focha 33	51	51	samorząd wojew.
6.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika, Kraków, ul. Strzelecka 2/4	145	145	samorząd wojew.
7.	Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. R. Czerwiakowskiego, Kraków, ul. Siemiradzkiego 1	50	50	samorząd wojew.
8.	Krakowskie Centrum Rehabilitacji, Kraków, ul. Modrzewiowa 22	100	100	samorząd wojew.
9.	Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ, Kraków, ul. J. Lea 44	204	185	samorząd wojew.
10.	Szpital Specjalistyczny im. J.Babińskiego SPZOZ, Kraków, ul. Babińskiego 29	851	846	samorząd wojew.
11.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G.Narutowicza, Kraków, ul. Prądnicka 35-37	558	506	Miasto Kraków
12.	Szpital Specjalistyczny im. S.Żeromskiego SPZOZ, Kraków, os. Na Skarpie 66	686	694	Miasto Kraków
13.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, Kraków, ul. Wielicka 267	12	20	Miasto Kraków
14.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Kraków, ul. Wielicka 265	561	567	Uniw. Jagielloński
15.	Szpital Uniwersytecki, Kraków, ul. Strzelecka 3/5	1 327	1 323	Uniw. Jagielloński
16.	Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Kraków, ul. Garncarska 11	220	220	Minister Zdrowia
	R A Z E M PUBLICZNE	6 546	6 485	
	w tym miejskie	1 256	1 220	
17.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – ul. Wrocławska 1 tel. 613-49-00			
18.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – ul. Galla 25			

SZPITALA NIEPUBLICZNE				
1.	Szpital Zakonu O.O. Bonifratrów im. Św. J. Grandego, Kraków, ul. Trynitaraska 11	135	135	zakon
2.	ZOZ „Centrum Medyczne Nowa Huta” sp.z o.o., Kraków, ul. Ujastek 3	25	25	spółka z o.o.
3.	FEMINA Prywatne Centrum Diagnost.-Operacyjne Ginek.-Położnicze, Kraków, ul. Warowna 113	11	11	spółka cywilna
4.	Prywatna Klinika Chirurgii Plastycznej, Kraków, ul. Nowowiejska 3	3	3	osoba fizyczna
5.	Niepubl. ZOZ Specjalistyczne Gabinety Lekarskie POPIELA, Kraków, os. Witkowice Nowe 53	3	3	spółka z .o.
6.	Prywatna Klinika SPES sp. z o. o., Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	11	11	spółka z o.o.
7.	Niepubl. ZOZ „MEDICINA”, Kraków, ul. Rogozińskiego 12	11	16	spółka z o.o.
8.	Niepubl. ZOZ SCANMED Centrum Diagnostyczno-Lecznicze sp. z o.o., Kraków, Al. Pokoju 2a	7	7	spółka z o.o.
9.	Niepubl. ZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta sp. z o. o., Kraków, ul. Ujastek 3	16	16	spółka z o.o.
10.	Prywatny Szpital Położniczo-Ginekol. sp. z o.o. Kraków, ul. Ujastek 3	36	36	spółka z o.o.
11.	Niepubl. ZOZ Zakład Opiek.-Leczniczy „Czwórka”, Kraków os. Młodości 9	66	66	fundacja
12.	Krowoderski Zakład Opiek.-Leczniczy sp. Z o.o., Kraków, ul. Prądnicka 36	25	25	spółka z o.o.
13.	Niepubl. ZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej „Hospicjum”, Kraków, ul. Fatimska 17	30	30	stowarzyszenie
14.	Zakład Usług Medyczno-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręg. PCK, Kraków, ul. J.Lea 44	20	20	stowarzyszenie
	R A Z E M NIEPUBLICZNE	399	404	
Uwaga! W Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim do liczby łóżek zaliczono łóżka na oddz. patologii noworodka (20 łóżek).				

Zatrudnienie podstawowe – Kraków

Zakłady Opieki Zdrowotnej	2001 rok				2002 rok			
	Publiczne		Niepubliczne		Publiczne		Niepubliczne	
	Zatrudnieni ogółem	w tym w niepełnym wymiarze czasu	Zatrudnieni ogółem	w tym w niepełnym wymiarze czasu	Zatrudnieni ogółem	w tym w niepełnym wymiarze czasu	Zatrudnieni ogółem	w tym w niepełnym wymiarze czasu
Lekarze	2189	367	1190	523	2208	367	1300	598
w tym kobiety	1284	0	783	0	1267	0	859	0
Lekarze stomatolodzy	196	59	382	265	202	50	429	304
w tym kobiety	135	0	311	0	137	0	343	0
Farmaceuci	232	36	13	5	209	18	12	5
w tym kobiety	203	0	12	0	181	0	11	0
Analitycy medyczni	88	2	21	2	95	5	29	2
w tym kobiety	76	0	13	0	89	0	29	0
Zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych nie wymienieni w wierszach 01-08	313	40	42	11	296	23	28	7
Mgr pielęgniarstwa	172	3	22	1	191	6	34	5
Mgr rehabilitacji	154	9	91	26	166	11	109	37
Technolodzy żywności i żywienia	3	0	1	1	5	0	1	0
Psycholodzy	168	21	62	25	168	24	74	26
Logopedzi	8	3	14	5	8	3	13	3
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	16	1	16	8	15	1	12	10
Pielęgniarki	4698	66	1164	180	4727	68	1227	194
w tym o niepełnych kwalifikacjach	19	4	9	3	31	1	5	1

**Zatrudnienie podstawowe –
Kraków cd.**

Położne	509	6	140	29	484	5	176	57
Felczerzy	3	2	1	1	2	2	1	1
Technicy dentyści	38	3	47	14	36	2	42	8
Technicy farmaceutycy	175	6	2	0	140	3	2	0
Technicy elektroniki medycznej	24	1	7	2	22	0	6	1
Technicy (laboranci) analityki medycznej	313	7	106	22	297	6	78	16
Technicy (analizy) elektroradiologii	351	7	95	15	352	10	95	0
Technicy fizjoterapii	154	8	93	23	152	9	108	28
Technicy biomechaniki	1	0	0	0	1	0	0	0
Technicy masażyści	46	3	52	28	47	4	64	28
w tym niewidomi	28	2	15	10	27	2	18	10
Instruktorzy higieny	27	1	1	0	28	1	0	0
Instruktorzy terapii zajęciowej	25	0	2	1	24	0	11	3
Dietetycy (tylko z wykształceniem średnim)	217	1	20	4	212	2	18	2
Higienistki szkolne	3	0	36	9	3	0	34	7
Higienistki stomatologiczne	24	2	38	16	24	2	46	16
Asystentki stomatologiczne	6	4	142	43	3	1	146	51
Ortopedzi	8	1	10	5	9	0	11	6
Technicy ortopedzi	1	1	0	0	2	2	0	0
Opiekunki dziecięce	51	0	1	0	52	1	11	0
Ratownicy medyczni	56	28	0	0	65	35	3	1

3. OCENA DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Pod pojęciem **dostępności** należy rozumieć możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta. Głównymi czynnikami określającymi dostępność są:

1. Liczba świadczeń zakontraktowanych przez płatnika (NFZ) w zakresie określonej specjalności medycznej.
2. Szeroko rozumiana organizacja pracy zakładów opieki zdrowotnej, na którą składa się:
 - czas pracy lekarzy i średniego personelu medycznego (limity przyjęć, zastępstwa za osoby nieobecne),
 - sposób rejestracji pacjenta (osobista, telefoniczna, na określony termin),
 - wymagalność skierowań (w przypadku osób uprawnionych do korzystania ze specjalistycznych usług zdrowotnych bez skierowania).

Czynnikiem wpływającym na dostępność jest również fizyczna możliwość dotarcia do gabinetu medycznego, dojazd środkami komunikacji publicznej, a w przypadku osób niepełnosprawnych – bariery architektoniczne.

Przeprowadzona przez Urząd Miasta Krakowa anonimowa telefoniczna akcja rejestracji miała na celu sprawdzenie czasu oczekiwania przeciętnego ubezpieczonego pacjenta na wizytę u lekarzy specjalistów, w ramach zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia usług medycznych.

Powyższe działania prowadzone były, zarówno w publicznych jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w IV kwartale 2000 r., czterech kwartałach 2001 r., 2002 r. oraz w I i II kwartałach 2003 r. Na tej podstawie stwierdzono, iż w przypadku ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, czas oczekiwania na wizytę kształtował się w przedziale od przyjęć na bieżąco po 3 miesiące i dłużej.

Porównanie czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne w poszczególnych kwartałach 2001-2003

Badanie dostępności przeprowadzono w ambulatoryjnych poradniach specjalistycznych, świadczących usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. W porównaniu z latami 2001 i 2003, liczba poradni świadczących usługi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na terenie Krakowa utrzymuje się na stałym poziomie. We wszystkich badanych jednostkach, w przypadku zagrożenia zdrowia i życia, pacjenci przyjmowani są „na bieżąco”. Generalnie istnieje również możliwość rejestracji telefonicznej na najbliższy wolny termin. Najdłuższy okres oczekiwania występuje w poradniach endokrynologicznych oraz kardiologicznych. Długi czas oczekiwania charakteryzuje poradnie posiadające bardzo dobrych specjalistów oraz dobrą aparaturę diagnostyczną.

W zakresie liczby udzielanych porad na przestrzeni badanego okresu można stwierdzić:

- w 1999 r. liczba świadczeń zakontraktowanych przez kasy chorych była niższa od liczby świadczeń udzielonych w 1998 r.;
- począwszy od 2000 r. do 2002 r. zauważalna była tendencja wzrostowa w zakresie kontraktowanych świadczeń;
- w 2003 r. liczba świadczeń zakontraktowanych była o 10-30% niższa niż w 2002 r.

W całym badanym okresie występowało zjawisko nadwykonań, równoważące niedostateczny poziom kontraktowania świadczeń.

Porównując stosunek liczby poradni, zapewniających dostęp do ambulatoryjnych świadczeń medycznych w danym terminie, do liczby poradni ogółem w I kwartale 2003 r. i 2002 r., zauważa się tendencję zniżkową liczby poradni przyjmujących pacjentów w jednostce czasowej „na bieżąco”.

W poniższych tabelach przedstawiono wskaźniki w byłych dzielnicach i całym Krakowie.

Czas Oczekiwania Na poradę	Śródmieście									
	2001 r.				2002 r.				2003 r.	
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.
Na bieżąco	45%	46%	48%	46%	49%	34%	32%	30%	37%	31%
1 tydzień	21%	8%	16%	12%	16%	21%	24%	20%	21%	18%
2 tygodnie	12%	21%	22%	22%	15%	7%	10%	13%	13%	15%
Razem	78%	75%	86%	80%	80%	62%	66%	63%	70%	64%
3 tygodnie	8%	8%	7%	9%	8%	6%	6%	6%	4%	3%
1 miesiąc	5%	0%	7%	6%	7%	12%	15%	16%	13%	13%
Razem	13%	8%	14%	15%	15%	18%	21%	22%	17%	16%
2 miesiące	5%	17%	0%	5%	4%	14%	11%	11%	10%	14%
3 miesiące	4%	0%	0%	0%	1%	6%	2%	4%	3%	5%
Razem	9%	17%	0%	5%	5%	20%	13%	15%	13%	20%

Czas Oczekiwania na poradę	Krowodrza									
	2001 r.				2002 r.				2003 r.	
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.
Na bieżąco	28%	16%	52%	75%	69%	51%	39%	36%	46%	53%
1 tydzień	23%	6%	21%	7%	13%	20%	25%	23%	17%	19%
2 tygodnie	19%	19%	23%	4%	6%	10%	17%	15%	13%	14%
Razem	70%	41%	96%	86%	88%	81%	81%	74%	77%	86%
3 tygodnie	8%	19%	2%	1%	5%	4%	5%	8%	8%	3%
1 miesiąc	14%	34%	2%	7%	5%	6%	10%	9%	12%	6%
Razem	22%	53%	4%	8%	10%	10%	15%	17%	19%	9%
2 miesiące	5%	6%	0%	4%	1%	3%	2%	5%	0%	2%
3 miesiące	3%	0%	0%	2%	1%	6%	2%	4%	4%	2%
Razem	8%	6%	0%	6%	2%	9%	4%	9%	4%	5%

Czas Oczekiwania na poradę	Podgórze									
	2001 r.				2002 r.				2003 r.	
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.
Na bieżąco	62%	70%	56%	67%	46%	71%	38%	31%	31%	40%
1 tydzień	15%	12%	18%	17%	29%	16%	25%	27%	9%	5%
2 tygodnie	14%	6%	5%	3%	8%	5%	17%	12%	17%	7%
Razem	91%	88%	79%	87%	83%	92%	80%	70%	57%	53%
3 tygodnie	1%	0%	2%	2%	2%	2%	4%	12%	11%	4%
1 miesiąc	2%	6%	14%	5%	5%	2%	2%	4%	3%	16%
Razem	3%	6%	16%	7%	7%	4%	6%	16%	14%	20%
2 miesiące	6%	6%	5%	4%	7%	2%	10%	8%	17%	15%
3 miesiące	0%	0%	0%	2%	3%	2%	4%	6%	11%	13%
Razem	6%	6%	5%	6%	10%	4%	14%	14%	29%	27%

Czas Oczekiwania na poradę	Nowa Huta									
	2001 r.				2002 r.				2003 r.	
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.
Na bieżąco	24%	40%	52%	66%	54%	46%	32%	23%	29%	40%
1 tydzień	41%	0%	22%	11%	14%	30%	24%	25%	21%	15%
2 tygodnie	12%	20%	9%	11%	11%	4%	13%	15%	12%	11%
Razem:	76%	60%	83%	88%	79%	80%	69%	63%	63%	67%
3 tygodnie	3%	0%	4%	2%	5%	5%	9%	11%	1%	10%
1 miesiąc	6%	40%	9%	8%	10%	9%	17%	13%	15%	11%
Razem:	9%	40%	13%	10%	15%	14%	26%	24%	16%	21%
2 miesiące	12%	0%	4%	2%	5%	4%	1%	8%	16%	10%
3 miesiące	3%	0%	0%	0%	1%	2%	4%	5%	5%	2%
Razem	15%	0%	4%	2%	6%	6%	5%	13%	21%	12%

Czas Oczekiwania Na poradę	Kraków									
	2001 r.				2002 r.				2003 r.	
	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.	III kw.	IV kw.	I kw.	II kw.
Na bieżąco	43%	38%	52%	63%	55%	48%	35%	30%	36%	41%
1 tydzień	22%	8%	19%	11%	17%	22%	24%	23%	18%	15%
2 tygodnie	15%	17%	16%	11%	11%	7%	14%	14%	13%	12%
Razem	80%	63%	87%	85%	83%	77%	73%	67%	67%	69%
3 tygodnie	5%	10%	4%	4%	5%	5%	6%	9%	5%	5%
1 miesiąc	7%	18%	7%	7%	7%	8%	12%	11%	12%	11%
Razem	12%	28%	11%	11%	12%	13%	18%	20%	17%	17%
2 miesiące	6%	9%	2%	3%	4%	6%	6%	8%	11%	10%
3 miesiące	2%	0%	0%	1%	1%	4%	3%	5%	5%	5%
Razem	8%	9%	2%	4%	5%	10%	9%	13%	16%	15%

W opinii świadczeniodawców, zjawisko wydłużenia terminów oczekiwania jest konsekwencją obniżenia wysokości finansowania świadczeń w ramach umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rok 2003 (nawet o 30%).

Porównując pierwsze kwartały 2003 r. z 2002 r. stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania we wszystkich badanych poradniach, oprócz poradni dermatologicznych i onkologicznych, w których na tym samym poziomie utrzymała się jednostka czasu „na bieżąco”.

W II kwartale 2003 r. zmniejszyła się liczba poradni, w których pacjenci musieli oczekiwać na poradę ponad 2 miesiące. Procentowy stosunek liczby poradni zapewniających dostęp do poszczególnych specjalistycznych świadczeń medycznych w danym terminie do liczby poradni ogółem w I i II kwartałach 2003 r. przedstawia poniższe zestawienie.

Porównanie czasu oczekiwania w I i II kw. 2003 r. w terminach od ”na bieżąco” do „3 tygodni”.

Lp.	Rodzaj poradni	na bieżąco		1 tydzień		2 tygodnie		3 tygodnie		na bieżąco – 3 tygodnie	
		I kw.	II kw.	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.
1.	Alergologiczne	0%	0%	13%	13%	38%	25%	0%	0%	50%	38%
2.	Chirurgiczne	65%	58%	20%	12%	5%	4%	0%	12%	90%	74%
3.	Dermatologiczne	50%	44%	25%	17%	25%	6%	0%	6%	100%	67%

4.	Diabetologiczne	36%	36%	18%	27%	9%	18%	9%	0%	63%	81%
5.	Endokrynologiczne	10%	9%	20%	0%	10%	9%	0%	0%	40%	18%
6.	Gastroenterologiczne	25%	44%	13%	0%	13%	0%	13%	11%	51%	44%
7.	Ginekologiczno-położnicza	57%	74%	23%	18%	13%	3%	0%	0%	93%	95%
8.	Kardiologiczne	0%	15%	0%	0%	11%	10%	0%	10%	11%	25%
9.	Laryngologiczne	43%	52%	22%	24%	9%	9%	0%	6%	74%	85%
10.	Neurologiczne	13%	29%	38%	11%	8%	14%	17%	6%	59%	54%
11.	Okulistyczne	47%	43%	11%	7%	11%	18%	11%	7%	69%	68%
12.	Onkologiczne	50%	50%	25%	25%	0%	25%	0%	0%	75%	100%
13.	Pulmonologiczne	36%	42%	9%	0%	18%	25%	0%	8%	63%	67%
14.	Rehabilitacyjne	7%	26%	14%	22%	29%	33%	7%	4%	50%	81%
15.	Reumatologiczne	42%	43%	8%	14%	8%	0%	17%	14%	58%	57%
16.	Urologiczne	17%	23%	0%	8%	0%	23%	0%	8%	17%	54%
17.	Zdrowie psychiczne	38%	46%	13%	38%	25%	8%	13%	0%	76%	92%

W zdecydowanej większości poradni specjalistycznych czas oczekiwania pacjentów na pierwszą konsultację nie przekracza jednego miesiąca.

Najbardziej utrudniony dostęp mają pacjenci oczekujący na konsultacje endokrynologiczne i kardiologiczne. Jedynie 18% pacjentów poradni endokrynologicznych (II kwartał 2003) i co czwarty pacjent poradni kardiologicznej uzyskuje poradę w terminie „do trzech tygodni”.

Porównanie czasu oczekiwania w I i II kw. 2003 r. w terminach od ”1 miesiąca ” do „3 miesiący i dłużej”

Lp.	Rodzaj poradni	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.	I kw.	II kw.
		1 miesiąc		2 miesiące		3 miesiące i dłużej		1- 3 miesiący i dłużej	
1.	Alergologiczne	25%	38%	13%	0%	13%	25%	50%	62%
2.	Chirurgiczne	5%	4%	5%	12%	0%	0%	10%	16%
3.	Dermatologiczne	0%	26%	0%	6%	0%	0%	0%	33%

4.	Diabetologiczne	18%	18%	0%	0%	9%	0%	27%	18%
5.	Endokrynologiczne	0%	9%	10%	45%	50%	27%	60%	81%
6.	Gastroenterologiczne	13%	11%	25%	22%	0%	11%	38%	44%
7.	Ginekologiczno-położnicza	3%	3%	3%	3%	0%	0%	6%	6%
8.	Kardiologiczne	11%	25%	56%	20%	22%	20%	89%	65%
9.	Laryngologiczne	13%	3%	13%	6%	0%	0%	26%	9%
10.	Neurologiczne	17%	26%	4%	14%	4%	0%	25%	40%
11.	Okulistyczne	5%	11%	11%	4%	5%	11%	21%	26%
12.	Onkologiczne	25%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%
13.	Pulmonologiczne	9%	0%	18%	17%	9%	8%	36%	25%
14.	Rehabilitacyjne	29%	11%	14%	4%	0%	0%	43%	15%
15.	Reumatologiczne	25%	7%	0%	21%	0%	0%	25%	28%
16.	Urologiczne	33%	15%	50%	15%	0%	8%	83%	38%
17.	Zdrowie psychiczne	0%	0%	13%	4%	0%	4%	13%	8%

Dłużej niż 3 miesiące oczekują na poradę pacjenci wysokospecjalistycznych poradni, które są wyposażone w bardzo dobrą aparaturę medyczną i w których pracują bardzo dobrzy specjaliści – np. w poradni kardiologicznej i pulmonologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego przy ul. Wielickiej 265, poradni okulistycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera.

Należy zwrócić uwagę, że liczba pacjentów zgłaszających się po porady specjalistyczne wzrasta zdecydowanie w I i następnie II oraz IV kwartale każdego roku. Zjawisko takie związane jest m. in. z nasileniem się objawów chorobowych w okresach jesienno-zimowych. Również w okresie wakacyjnym zmniejsza się liczba pacjentów korzystających z poradni specjalistycznych.

Mając na względzie wiodącą rolę choroby niedokrwiennej serca jako przyczyny zgonów w Polsce, szczególnie niepokojące jest wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę kardiologiczną. Istotnym elementem kształtującym ten wskaźnik jest specyfika przebiegu chorób serca. Są to w zasadzie choroby przewlekłe, których terapia koncentruje się na opóźnieniu procesu chorobowego, a nie na osiągnięciu efektu ostatecznego wyleczenia. Ponieważ schorzenie to dotyczy głównie osób w wieku średnim i podeszłym (tendencja wzrostowa średniej długości życia), a pacjenci są w tzw. „leczeniu stałym” u konkretnych lekarzy specjalistów, zjawiskiem naturalnym jest systematyczny wzrost pacjentów oczekujących na wizytę u kardiologa. Ponieważ jednak leczenie chorób serca stanowi jeden z priorytetów w Narodowym Programie Zdrowia, zanotowany skokowy wzrost przypadków oczekiwania na wizytę (2-3 miesiące i dłużej) wymaga korekty poprzez:

- skuteczną edukację zdrowotną – w zakresie świadomości czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz metod zapobiegania,
- promocję zdrowego trybu życia – zmianę niekorzystnych nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej,
- wzrost efektywności funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej – w szczególności usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób serca,
- realizację programów profilaktycznych przez NFZ, Miasto Kraków, Ministerstwo Zdrowia, Samorząd Województwa Małopolskiego,
- zwiększenie wysokości finansowania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie, w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zjawisko wydłużania terminów oczekiwania na świadczenia specjalistyczne może się również nasilać z uwagi na wprowadzoną, przez ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, zasadę swobodnego wyboru lekarza specjalisty w całym kraju i w dowolnym miejscu. Już obecnie powszechnym zjawiskiem jest leczenie się pacjentów z terenu całego Województwa Małopolskiego oraz sąsiednich województw w poradniach specjalistycznych na terenie Miasta Krakowa.

4. RATOWNICTWO MEDYCZNE W KRAKOWIE

System Państwowego Ratownictwa Medycznego ma na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadania, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Podstawę prawną dla funkcjonowania tego systemu stanowią:

- 1) ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 2) ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego.

Za zadania priorytetowe w tym zakresie należy uznać:

- zwiększenie skuteczności systemu ratownictwa medycznego poprzez skrócenie czasu dotarcia do szpitala oraz czasu wdrożenia leczenia specjalistycznego,
- zmniejszenie o połowę odsetka zgonów przedszpitalnych oraz umieralności okołourazowej bądź spowodowanej innymi nagłymi przyczynami.

Miasto Kraków realizując powyższe zadania przygotowuje corocznie „Plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych” (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych.)

A. Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie

Szpitalny Oddział Ratunkowy został uruchomiony w 2002 r. i w wyniku ogłoszonego przez NFZ konkursu w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa małopolskiego uzyskał kontrakt na IV kwartał 2003 r. Posiada wieloprofilowe zaplecze szpitalne (bez neurochirurgii) i dostateczną liczbę specjalistów, zdolnych w pełni zapewnić jego funkcjonowanie. Problemem jest brak stanowisk intensywnej terapii w sytuacji, gdy Oddział Intensywnej Opieki Medycznej szpitala jest zlokalizowany na innym poziomie budynku Szpitala.

Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Oddział ten uruchomiony został w roku 01.10.2003 r. i w wyniku ogłoszonego przez NFZ konkursu w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa małopolskiego uzyskał kontrakt na IV kwartał 2003 r. Spełnia wymagania systemu państwowego ratownictwa medycznego. Posiada wieloprofilowe zaplecze szpitalne i dostateczną liczbę specjalistów, zdolnych w pełni zapewnić jego funkcjonowanie.

Oprócz wyżej wymienionych szpitalnych oddziałów ratunkowych w mieście Krakowie takie oddziały zostały uruchomione również przy:

- 1/ Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie
- 2/ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie.

Oddziały te do chwili obecnej nie podpisał z NFZ kontraktu.

B. Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa i zespoły ratownictwa medycznego.

W lipcu 2003 r. zostało zawarte porozumienie pomiędzy Miastem Kraków a Krakowskim Pogotowiem Ratunkowym w celu podejmowania działań w kierunku utworzenia i prowadzenia Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa (CPR). Kolejnym etapem jest zawarcie porozumienia pomiędzy Miastem a Powiatem Krakowskim w sprawie objęcia przez CPR w Krakowie również obszaru Powiatu Krakowskiego i uruchomienie dotacji Wojewody na utworzenie i funkcjonowanie Centrum. Powyższe porozumienie określi m.in. warunki finansowania i partycypacji Powiatu Krakowskiego w kosztach organizacji i utrzymania CPR.

Utworzenie CPR jest jednym z etapów budowania jednolitego i powszechnego krajowego systemu ratownictwa, określonego w ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o państwowym ratownictwie medycznym (Dz. U. Nr 113 poz. 1207 z późn. zm.). Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa tworzy się w celu poprawy parametrów operacyjnych przeprowadzanej akcji ratowniczej, w tym obniżenia kosztów związanych z przekazywaniem informacji, skrócenia czasu powiadamiania jednostek ratunkowych oraz dojazdu do miejsca zdarzenia, właściwego doboru sił i środków niezbędnych do skutecznego prowadzenia działań ratowniczych oraz stworzenia jednolitej ewidencji zdarzeń. CPR ma funkcjonować na terenie i w obiektach Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego w Krakowie przy ul. Św. Łazarza 14.

Na terenie objętym przez CPR w Krakowie działa 18,5 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), w tym 9 zespołów „R” (reanimacyjne), 6 zespołów „W” (wypadkowe) i 4,5 zespołu „O” (ogólno-lekarskie). Działa również 1 zespół HEMS (Helicopter Emergency Medical System).

Organizowany w ramach ratownictwa medycznego system łączności musi gwarantować bezpłatną i powszechnie dostępną łączność z dowolnego miejsca w województwie z odpowiednim centrum dyspozycyjnym, a jednocześnie wewnętrzną komunikację jednostek ratunkowych i ośrodków zarządzania kryzysowego (powiatowych i wojewódzkiego). Ze względu na możliwości finansowe, wskazane jest zorganizowanie jednego centrum dla dwóch lub trzech powiatów, na terenie których istniejąca sieć dróg pozwala na swobodne przemieszczanie się.

Ilość i rodzaj zespołów ratownictwa medycznego – stopniowa zamiana zespołów „O” na „R”

Miejsca stacjonowania	Ilość i rodzaj zespołów w dbk w 2003 r				Planowane dbk w 2004				Docelowo
	R	RW	O	Razem dbk	R	RW	O	Razem dbk	
KPR Oddział Centralny, ul. Łazarza 14	3*	2	0	5	3	2	0	5	5
Oddział nr 2, Rynek Podgórski 2	1	2	0	3	1	2	0	3	3
Oddział nr 3, ul. Piastowska 32	2	1	0	3	3	1	0	4	5
Oddział nr 9, ul. Teligi 8	1	1	0	2	1	1	0	2	3
Razem KPR	7	6	0	13	8	6	0	14	16
Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego os. Na Skarpie 66	2	1	3**	6	2	2	2**	6	6
Ogółem m. Kraków	9	7	3	19	10	8	2	20	22

* - w tym 1 zespół RN.

** - możliwe jest dostosowanie jednej z karetek trzech karetek O do funkcji karetki R, użytkowanych przez Szpital im. Żeromskiego. Pozostałe 2 karetki O będą funkcjonować do czasu ich wymiany na karetki RW. W rejonie byłej dzielnicy Nowa Huta, liczącej ok. 250 tys. mieszkańców, koniecznych jest 6 karetek.

Wiele dokonało się w ostatnim roku w małopolskim i miejskim ratownictwie medycznym. Najważniejszym jego sukcesem są nie tylko nowe oddziały (te wszak zaczęły powstawać już wcześniej), ale życzliwe zainteresowanie administracji państwowej i samorządów, cierpliwość dyrektorów szpitali i olbrzymie samozaparcie uczestniczących w budowie systemu lekarzy (o czym świadczą nie tylko uzyskiwane przez nich specjalizacje, ale także bezpośrednie zaangażowanie w pracach przy powoływaniu SOR-ów). Niewiele też (relatywnie oczywiście) trzeba, żeby system ratownictwa medycznego mógł sprawnie działać w całym województwie, w oparciu o lepiej przygotowane do współpracy z nim szpitale i rozwijającą się sieć wysokospecjalistycznych ośrodków. Koniecznym jest przyjęcie realnego planu dystrybucji środków, by były przeznaczane na rzeczywiście potrzebne kadry, sprzęt i inwestycje.

Dla właściwej realizacji zadań w przyszłości niezbędne też jest wprowadzenie jednolitego systemu nauczania ratownictwa. Mnogość instytucji tym się zajmujących, w wielu przypadkach nie mających do tego przygotowania, spowodować może znaczne szkody w zdrowiu mieszkańców. Niezbędna jest więc w każdym przypadku wymagalność stosownych certyfikatów, wydawanych przez konsultanta wojewódzkiego w oparciu o wytyczne nadzoru krajowego. Podjęcia działań wymaga też modyfikacja programów nauczania ratownictwa w szkołach średnich oraz prawne umocowanie zawodu ratownika medycznego.

5. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Mając na względzie strukturę demograficzną mieszkańców Miasta Krakowa i postępujące starzenie się populacji, szczególnego znaczenia nabiera zapewnienie jej odpowiedniej opieki medycznej. Osoby w wieku podeszłym chorują bowiem bardzo często, długo, a przede wszystkim w odmienny sposób od reszty populacji. Opieka nad człowiekiem w podeszłym wieku, przewlekle chorym i niepełnosprawnym wymaga współdziałania sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, mającego na celu organizację opieki zdrowotnej i socjalnej w sposób umożliwiający jak najdłuższe funkcjonowanie chorego w warunkach domowych.

Przejęciową (okresową) formę wsparcia i pomocy specjalistycznej stanowi opieka stacjonarna obejmująca:

- pobyt w zakładzie (opieki długoterminowej) pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym, opieki paliatywno-hospicyjnej,
- pobyt w szpitalu ogólnym lub specjalistycznym,
- pobyt w domu pomocy społecznej.

Poniższa tabela zawiera informację na temat funkcjonujących w Krakowie zakładów opiekuńczo leczniczych z uwzględnieniem: liczby miejsc, czasu oczekiwania, oraz liczby osób oczekujących.

Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (wg stanu na sierpień 2003 r.)

Lp.	Nazwa Zakładu	Oddziały	Liczba miejsc	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267	Opieki paliatywnej przewlekle chorych, oddział geriatryczno-rehabilitacyjny	338	3-4 miesiące	24
2.	NZOL Serdeczna Troska Ul. Ujastek 3,	Opiekuńczo-leczniczy	50	6-10 miesięcy	30
3.	ZOL "VIVA-MED" Sp. z o.o. ul. Siemaszki 17	Opiekuńczo-leczniczy	55	6-12 miesięcy	56
4.	NZOZ ZOL "Czwórka" os. Młodości 9	Opiekuńczo-leczniczy	62	6 miesięcy	28
5.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek, ul. Kołłątaja 7	Opiekuńczo-leczniczy	72	6 miesięcy	7
7.	NZOZ Zakład Usług Medycznych i Rehabilitacyjnych Zarząd Okręgu PCK ul. Lea 44	Zespół opieki domowej Oddział opieki paliatywnej	- 18	- 1 miesiąc	- 15
	Ogółem		595	średni czas oczekiwania – ok.6 m-cy	160

W porównaniu do roku 2002 zwiększyła się liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych o 2 niepubliczne placówki. W ślad za tym zwiększyła się o 97 ogólna liczba miejsc w tych zakładach, a liczba oczekujących wzrosła o 75 osób. Sytuacja taka jest zgodna z prognozami demograficznymi (starzenie społeczeństwa) oraz danymi epidemiologicznymi (choroby cywilizacyjne, wypadkowość).

Skierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych są wydawane na podstawie art. 34 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późn. zmianami) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. (Dz.U. Nr 166 poz. 1265) w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.

Liczba usług opiekuńczo leczniczych zakontraktowanych w Krakowie przez NFZ w 2003 r.

Nazwa świadczeniodawcy	Adres	Nazwa usługi	Tryb wykonywania usługi	Ilość
ZOL "VIVA-MED." Sp. z o.o.	Kraków Ul. Siemaszki 17	oddział opiekuńczo-leczniczy	Osobodzień w trybie całodobowym	5600
NEOMEDICA Sp. z o.o.	Kraków Ul. Prądnicka 36	oddział opiekuńczo-leczniczy	Osobodzień w trybie całodobowym	8600
NZOL "Serdeczna Troska"	Kraków Ul. Ujastek 3	oddział opiekuńczo-leczniczy	osobodzień w trybie całodobowym	11000
NZOZ ZOL "Czwórka"	Kraków Os. Młodości 9	oddział opiekuńczo-leczniczy	osobodzień w trybie całodobowym	17820
ZOL Zgromadzenie Sióstr Felicjanek	Kraków Ul. Kołłątaja 7	oddział opiekuńczo-leczniczy	osobodzień w trybie całodobowym	26550
NZOZ DOM-MED.	Kraków Ul. Helclów 2	oddział opiekuńczo-leczniczy	osobodzień w trybie całodobowym	31000
SP ZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	Kraków Ul. Wielicka 267	oddział opiekuńczo-leczniczy	osobodzień w trybie całodobowym	99300
NZOZ ZUMR Zarząd Okręgowy PCK	Kraków Ul. Lea 44	zespół opieki domowej	Porada	7000

Liczba usług zakontraktowanych w Krakowie przez NFZ w 2003 r. - opieka paliatywna.

Nazwa świadczeniodawcy	Adres	Nazwa usługi	Tryb wykonywania usługi	Ilość
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	Kraków Wielicka 267	oddział opieki paliatywnej	osobodzień w opiece dziennej	435
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	Kraków ul. Wielicka 267	oddział opieki paliatywnej	osobodzień w trybie całodobowym	4790
NZOZ ZUMR Zarządu Okręgowego PCK w Krakowie	Kraków ul. Lea 44	oddział opieki paliatywnej	osobodzień w trybie całodobowym	4900
Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum	Kraków ul. Fatimska 17	oddział opieki paliatywnej	osobodzień w trybie całodobowym	7333
NZOZ DOM-MED.	Kraków ul. Helclów 2	oddział opieki paliatywnej	osobodzień w trybie całodobowym	9000
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	Kraków ul. Wielicka 267	poradnia opieki paliatywnej	porada	8000

Do obowiązków organów jednostek samorządu terytorialnego wynikających z realizacji ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64 poz. 414 z późn. zmianami) należy m.in. zapewnianie mieszkańcom pomocy w formie usług opiekuńczych. Usługi te są świadczone na rzecz osób samotnych, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione oraz osobom, którym rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Obejmują one pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zalecaną przez lekarza pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Oprócz wymienionych usług opiekuńczych, świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze. Są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem. W razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę, osoby wymagające całodobowej opieki mogą ubiegać się o skierowanie do domu pomocy społecznej. Tryb kierowania i przyjmowania do domu pomocy społecznej osób ubiegających o przyjęcie do takiego domu określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz.U. z 2000 r. Nr 82 poz. 929).

Tabela obrazująca liczbę i wartość zlecone przez Gminę Miejska Kraków usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2001-2003.

usługi opiekuńcze MOPS	2001 r.		2002 r.		PLAN - 2003 r.	
	własne	zlecone-specj.	własne	zlecone -specj.	własne	zlecone-specj.
liczba godzin	886 035	42 079	851 121	41 813	824 000	54 050
wartość usług w zł	6 361 731,47	533 000,00	5 729 999,63	419 973,06	5 429 091,20	432 400,00

Domy Pomocy Społecznej (wg stanu na sierpień 2003 r.)

Lp.	Adres Domu Pomocy Społecznej	Przeznaczenie Domu	Ilość miejsc	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących na 31 lipiec 03
1.	Ul. Kluzeka 6	dla osób starszych	100	do 2 lat	osoby starsze
2.	Ul. Praska 25	dla osób starszych	95		mężczyzn 12
3.	Os. Sportowe 9	dla osób starszych	36		kobiet 16
4.	Podgórkki Tynieckie 96	dla osób przewlekle somatycznie chorych	45	kobiety do 3 m-cy	przewlekle somatycznie chorych
5.	Ul. Krowoderska 7	dla osób przewlekle somatycznie chorych	52	mężczyźni ok. 1 rok	mężczyzn 57
6.	Ul. Helclów 2	dla osób przewlekle somatycznie chorych	475		kobiet 81
7.	Ul. Zielna 41 teraz Ul. Nowaczyńskiego 1	dla osób przewlekle somatycznie chorych	204		
8.	Ul. Radziwiłłowska 8	dla osób przewlekle somatycznie chorych	64		dla dzieci i młodzieży niepełnospr. intelektualnie
9.	Ul. Łanowa 39	dla osób przewlekle somatycznie chorych	155		0

10.	Ul. Łanowa 43a	Ogółem: w tym: - dla dzieci i młod. niepeł. Intelpekt - dla osób przewlekle somat.chorych	171 96 75		
11.	Ul. Łanowa 41b	dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	93	dzieci - brak oczekujących	dorośli niepełnospr. intelektualnie mężczyźni 19
12.	Ul. Babińskiego 25	dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	95	Do 3 lat	
13.	Os. Hutnicze 5	dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	22		Średnio 3 lata
14.	Ul. Krakowska 55	dla osób przewlekle psychicznie chorych	195		
15.	Ul. Łanowa 41	dla osób przewlekle psychicznie chorych	220		
16.	Os. Szkolne 28	dla osób przewlekle psychicznie chorych	50		
17.	Ul. Łanowa 43b	dla osób przewlekle psychicznie chorych	103		

razem ilość miejsc: 2175

Jak wynika z powyższego, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową jest bardzo duże i mając na względzie strukturę demograficzną i prognozę na lata następne oraz tendencję wzrostową w tym zakresie, można się spodziewać zwiększenia jej dynamiki. Dlatego konieczne jest uwzględnienie w zadaniach priorytetowych dla Miasta Krakowa stworzenia warunków dla podwojenia liczby miejsc/placówek opieki długoterminowej.

Ponadto konieczne jest podjęcie działań związanych ze zwiększeniem efektywności opieki długoterminowej poprzez:

1. Dostosowanie usług zdrowotnych do potrzeb charakterystycznych dla osób w wieku podeszłym (opieka geriatryczna świadczona w ośrodkach dziennego pobytu, zakładach opieki długoterminowej).
2. Wsparcie dla grup samopomocowych pacjentów i w środowisku (opieka pielęgnacyjna i wsparcie w codziennych czynnościach) zamieszkania osób z chorobami przewlekłymi. Ta forma opieki jest tańsza od opieki instytucjonalnej i pozwala na pozostanie osobom przewlekle chorym (głównie starszym) w ich środowisku zamieszkania.
3. Podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek środowiskowych, zwłaszcza w zakresie komunikacji z pacjentem (używanie zrozumiałego języka dostosowanego do wieku pacjentów).
4. Wzmocnienie działań związanych z organizacją czasu wolnego ludzi starszych, a zwłaszcza kobiet (w starszych grupach wiekowych odnotowuje się przewagę płci żeńskiej).
5. Wspieranie istniejących i tworzenie nowych klubów i świetlic z ciekawą ofertą programową w celu podtrzymania kontaktów osób starszych z otoczeniem i zapobieżeniu poczucia osamotnienia i pozostawienia samych sobie.
6. Zorganizowanie systemu specjalistycznego poradnictwa dla rozwiązywania problemów osób starszych, zarówno w ramach instytucji gminnych, jak i poprzez wspieranie instytucji pozarządowych.

6. MEDYCYNĄ SZKOLNA

Medycyna szkolna stanowi integralną część podstawowej opieki zdrowotnej. Jej celem jest sprawowanie lekarskiej i pielęgniarskiej opieki nad dziećmi i młodzieżą w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych.

Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania świadczona jest na podstawie kontraktów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami wyłonionymi w drodze konkursu na świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny szkolnej, przysługujące ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Według informacji Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r., zawarto umowy na świadczenia z zakresu medycyny szkolnej z 43 podmiotami.

Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie zawartych umów w zakresie medycyny szkolnej, zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych w środowisku nauczania i wychowania, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.Nr 130 poz. 1196) wraz ze szczepieniami ochronnymi, zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień.

A. Ocena dostępności usług w zakresie medycyny szkolnej.

Ocena dostępności do usług z zakresu medycyny szkolnej została dokonana na podstawie ankiet przeprowadzonych w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Miasto Kraków.

Tabela dotycząca opieki w zakresie medycyny szkolnej w ankietowanych placówkach oświatowych dla których organem założycielskim jest Gmina Miejska Kraków.

Wyszczególnienie	Ogółem	Szkoły podstawowe samodzielne	Szkoły pozostałe *
Szkoły	212	89	123
Ankietowane placówki oświatowe	203	89	114
Szkoły, których uczniowie objęci są opieką lekarską w ramach NFZ	202	89	113
Szkoły, których uczniowie objęci są opieką pielęgniarską w ramach NFZ	203	89	114
Szkoły, których uczniowie objęci są opieką stomatologiczną w ramach NFZ	89	45	44
Funkcjonujące gabinety lekarskie w szkołach objętych kontraktem	117	54	63
Funkcjonujące gabinety pielęgniarskie w szkołach objętych kontraktem	177	81	96
Funkcjonujące gabinety stomatologiczne w szkołach objętych kontraktem	73	36	37
Funkcjonujące gabinety lekarsko-pielęgniarskie w szkołach objętych kontraktem	21	11	10
Funkcjonujące gabinety lekarsko-pielęgniarsko-stomatologiczne w szkołach objętych kontraktem	4	1	3
Szkoły nie objęte opieką lekarską w ramach kontraktu	0	0	0
Szkoły nie objęte opieką pielęgniarską w ramach kontraktu	0	0	0
Szkoły nie objęte opieką stomatologiczną w ramach kontraktu	120	45	75

* **szkoły pozostałe:** gimnazja samodzielne, licea ogólnokształcące samodzielne, zespoły szkół ogólnokształcących, zespoły szkół zawodowych, szkoły muzyczne: ul. Basztowa, Pilotów, Józefińska, zespoły szkół specjalnych, specjalne ośrodki wychowawcze.

Jak obrazuje powyższa tabela, na 212 szkół dla których organem założycielskim jest Gmina Miejska Kraków, odpowiedzi udzieliły 203 szkoły, co stanowi 95,7 % ogólnej liczby szkół. W roku 2003 uczniowie wszystkich ankietowanych szkół zostali objęci opieką pielęgniarską w ramach kontraktu z NFZ i uczniowie 202 szkół opieką lekarską.

Do przeprowadzonej ankiety dołączono również pytania dotyczące opieki stomatologicznej nad uczniami. Należy nadmienić, iż przedmiotowa opieka jest sprawowana przez lekarzy stomatologów, którzy podpisali umowy z NFZ, obejmujące leczenie osób dorosłych i uczniów. Według założeń Małopolskiego Oddziału NFZ w roku 2003 udział świadczeń zdrowotnych udzielanych uczniom w powyższych kontraktach, nie powinien być mniejszy niż 25 %.

Z ankiet wynika, iż sytuacja w zakresie opieki stomatologicznej przedstawia się następująco: na 203 ankietowane szkoły, 89 deklaruje objęcie uczniów opieką stomatologiczną w ramach zawartego kontraktu z NFZ, co stanowi 43,8 % ankietowanych szkół. Funkcjonowanie gabinetu bezpośrednio w szkole deklaruje 77 placówek, co stanowi 37,9 % ankietowanych szkół.

W oparciu o wyniki wyżej opisanej ankiety Urząd Miasta Krakowa wystąpił do Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o rozpoczęcie niezbędnych działań dla wdrożenia we wszystkich krakowskich szkołach przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Ponadto jednym z priorytetów dla Miasta Krakowa w zakresie medycyny szkolnej jest doprowadzenie do uruchomienia sieci gabinetów profilaktycznych w szkołach, dla których Miasto jest organem prowadzącym. W związku z powyższym uruchomiono program dostosowawczy placówek oświatowych do wymogów niezbędnych dla prawidłowej organizacji medycyny szkolnej w zakresie opieki pielęgniarskiej. Aktualnie wymogi wynikające z wyżej wymienionego rozporządzenia spełnia 177 placówek. Program przewiduje dostosowanie pozostałych szkół do końca 2005 r.

B. Ocena realizacji szczepień ochronnych

Opieka medyczna nad uczniami obejmuje m.in. szczepienia ochronne, które określa kalendarz szczepień sporządzony według programu ministerialnego. Zgodnie z tym programem wykonywane są szczepienia przeciw: poliomyelitis (11 rok życia), gruźlicy (12 rok życia), różyczce (13 rok życia), WZW typu B, błonicy i tężcowi (14, 19 rok życia).

Po ustaleniu z lekarzem terminu szczepień, pielęgniarka zobowiązana jest do przygotowania i rozdania uczniom pisemnej kwalifikacji do szczepienia, która musi być zaakceptowana przez rodziców ucznia. Wyrażenie zgody przez rodzica jest niezbędne do zaszczepienia ucznia.

Stan uodpornienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w większości rodzajów szczepień w 2002 r., poprawił się. Na poziomie niższym niż w roku 2001 zostały wykonane szczepienia przeciw WZW typu B w 15 roku życia (spadek o 0,4%). W przypadku pozostałych szczepień, w rocznikach szkolnych odnotowano wzrost stanu zaszczepienia. Rosnące z roku na rok wskaźniki uodpornienia młodzieży potwierdzają zasadność utrzymania szczepień w szkołach. Pomimo poprawy w stosunku do roku 2001, stan wyszczepień dzieci i młodzieży na terenie miasta Krakowa w roku 2002 nadal odbiegał od średniej dla województwa małopolskiego.

C. Programy profilaktyczne realizowane w gabinetach szkolnych na terenie Miasta Krakowa

Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą stanowi element systemu opieki nad tzw. „populacją w wieku rozwojowym”. W systemie tym zasadniczą rolę odgrywa

profilaktyka. W ramach programu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa (Miejski Program Profilaktyki – Zdrowy Kraków 2003), zatwierdzonego Zarządzeniem Nr 428/2003 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 2 kwietnia 2003 r., ogłoszony został konkurs na realizację m.in. „Profilaktycznego programu zdrowotnego zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka choroby” oraz „Programu profilaktyki wad postawy”.

Konieczność realizacji „**Profilaktycznego programu zdrowotnego zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka choroby**” wynika z faktu, iż próchnica zębów jest najczęstszym schorzeniem i obejmuje ponad 93% ogółu populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Profilaktyka stomatologiczna mająca na celu zapobieganie występowania chorób jamy ustnej, realizowana w Polsce w ostatnich latach, zawęża działania do grupy dzieci początkowych klas szkoły podstawowej. Niezbędne są natomiast działania prozdrowotne w stosunku do grupy dzieci w przedziale wiekowym 10-14 lat w kontekście działań dotyczących stylu życia, działań higienicznych, profilaktycznych i leczniczych.

W ramach konkursu na realizację programu profilaktycznego wyłonionych zostało **5** zakładów opieki zdrowotnej, które badania stomatologiczne realizują w oparciu o sieć gabinetów szkolnych. Na realizację ww. programu przyznane zostało **108 680 zł**, a tym samym badaniem objętych zostało **2 821** dzieci.

Uzasadniona jest również realizacja „**Programu profilaktyki wad postawy**”. Dane epidemiologiczne wskazują, iż wady kręgosłupa najczęściej pojawiają się już w klasie 4-tej szkoły podstawowej (jeszcze w okresie poprzedzającym wzmożony wzrost i rozwój dziecka). Podejmowane działania profilaktyczne mobilizują do czynnego uczestnictwa ucznia w pracy nad swoim rozwojem fizycznym. Wczesne wykrycie grup ryzyka pozwala na kompleksowe objęcie dzieci zagrożonych utrwaleniem wad postawy, konsultacjami lekarskimi oraz ćwiczeniami korygującymi.

W ramach konkursu do realizacji I etapu programu profilaktyki wad postawy wyłonionych zostało **11**, a do II etapu programu **9** zakładów opieki zdrowotnej. Na realizację I etapu programu przyznano **74 998 zł**, i tym samym w badaniach profilaktycznymi objęto **6631** dzieci, natomiast na realizację II etapu programu przyznano **39 370 zł**, a badaniami objęto **882** dzieci.

Ponadto Miasto Kraków w ramach zadań priorytetowych Dzielnic w roku 2003 finansuje programy profilaktyczne realizowane w gabinetach szkolnych tj.:

- badania okulistyczne dzieci ze szkół podstawowych,
- badania stomatologiczne,
- badania słuchu,
- badania wad postawy,
- gimnastyka korekcyjna.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą szkolną w Krakowie zabezpieczona jest w stopniu wystarczającym w zakresie opieki pielęgniarzkiej i lekarskiej. Natomiast niewystarczające jest zabezpieczenie opieki stomatologicznej. W opinii Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów, ograniczenie środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dla świadczeniodawców prowadzących gabinety szkolne i wyspecjalizowane poradnie dziecięce spowodowało rezygnację z prowadzenia prostych i tanich zabiegów profilaktycznych, zapobiegających próchnicy i jej późniejszym skutkom, oraz wykonywania zabiegów chroniących przed zaburzeniami zgryzu. Sytuacja taka jest konsekwencją przyjętego sposobu kontraktowania świadczeń medycyny szkolnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

7. MEDYCYNA SPORTOWA

Zabezpieczenie poradnictwa sportowo-lekarskiego na terenie Miasta Krakowa *

Medycyna sportowa należy do tzw. medycyny profilaktycznej. Prawidłowa opieka medyczna ma zapewnić trenującym dzieciom i młodzieży właściwy rozwój, który może być zaburzony przez nadmierne obciążenia wysiłkiem fizycznym i nieracjonalnie uprawiany sport, szczególnie w przypadku braku fachowej i okresowej kontroli stanu zdrowia. W wyniku tego nasilać się mogą wady postawy, zaburzenia w funkcjonowaniu narządów wewnętrznych, przeciążenia narządów ruchu – prowadząc do deformacji i pogorszenia stanu zdrowia, zamiast być czynnikiem stymulującym prawidłowy rozwój.

We wszystkich aspektach aktywności fizycznej bardzo istotne są właściwie przeprowadzane specjalistyczne badania sportowo lekarskie: wstępne, okresowe oraz okolicznościowe. Badania te mają podstawowe znaczenie i powinny odbywać się systematycznie co 6 miesięcy tak, aby monitorować wpływ aktywności fizycznej na dalszy rozwój. W badaniach wstępnych można wyłapać wiele dysfunkcji, które w następstwie nieodpowiedniego wysiłku w późniejszym okresie są powodem chorób i przedwczesnych przeciążeń. Właściwie dobrana aktywność fizyczna i ćwiczenia mogą zapobiec wadom postawy i deformacjom narządów ruchu. Także właściwy, higieniczny tryb życia, do jakiego zmusza regularne uprawianie aktywności ruchowej, zmniejsza zapadalność na choroby cywilizacyjne. Dla osób niepełnosprawnych, dla których sport może być sposobem samorealizacji i poprawy stanu zdrowia, brak fachowej opieki ze strony lekarza, mającego odpowiedni zasób wiadomości z medycyny sportowej, może doprowadzić do odwrotnego efektu – pogłębienia niepełnosprawności i pogorszenia stanu zdrowia.

Obowiązek zapewnienia fachowej opieki nad osobami uprawiającymi sport wynika m.in. z następujących aktów prawnych:

1. Ustawa dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.
2. Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej.
3. Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie szczegółowych zasad działania klas i szkół sportowych oraz szkół mistrzostwa sportowego z dnia 12 lutego 1997 r.
4. Zarządzenie Prezesa Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki w sprawie zasad przyznawania i pozbawiania licencji na uprawianie określonych dyscyplin sportu z dnia 8 stycznia 1997 r.

Według Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zasad opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą uprawiającymi sport amatorski, opieka medyczna nad sportowcami nie powinna kończyć się w wieku 21 lat, ale rozciągać się nad wszystkimi osobami aktywnie uczestniczącymi w kulturze fizycznej. Oprócz ww. Rozporządzenia,

* Opracowano w oparciu o opinię Konsultanta Wojewódzkiego ds. medycyny sportowej dr Zbigniewa Szyguły.

w Departamencie Sportu Powszechnego w MEN opracowywane jest rozporządzenie wykonawcze do Ustawy o Kulturze Fizycznej dotyczące badań sportowo-lekarskich. Rozporządzenie to nałoży konieczność właściwej opieki lekarskiej na sportowców powyżej 21 roku życia, nie zabezpieczając jednak na ten cel stosownych środków finansowych, zobowiązując natomiast kluby lub samych uprawiających sport do finansowania kosztów badań sportowo-lekarskich, opieki medycznej nad starszymi sportowcami oraz osobami uprawiającymi sport nie amatorsko. Dotacje przeznaczane z puli województwa na działalność klubów sportowych powinny uwzględniać także szeroko rozumianą opiekę sportowo-lekarską i część z tych funduszy powinna być wydzielona na prowadzenie przez fachowe ośrodki badań wstępnych i okresowych sportowców.

Była Małopolska Regionalna Kasa Chorych, jako jedyna w kraju, od 1999 do 2003 r. nie przeznaczyła na opiekę sportowo-lekarską żadnych środków finansowych, pomimo że w innych województwach, w mniejszym lub większym stopniu, kasy chorych opłacały poradnictwo sportowo-lekarskie, często przy wsparciu wydziałów kultury fizycznej odpowiednich urzędów (miejski, wojewódzki itp.). Sytuacja nie uległa poprawie nawet po wejściu w życie, wydanego przez Ministra Zdrowia Rozporządzenia z dnia 18 listopada 2002 (Dz. Ustaw Nr 191, poz. 1603) w sprawie zasad opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą uprawiającymi sport amatorski, na mocy którego MRKCh miała obowiązek zapewnienia świadczeń z zakresu medycyny sportowej. Dopiero w dniu 31 marca 2003 r. rozpisany został konkurs ofert w zakresie medycyny sportowej.

Aktualnie na terenie Miasta Krakowa działa 6 specjalistów z medycyny sportowej, 1 lekarz w trakcie specjalizacji oraz 11 lekarzy posiadających certyfikat Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej.

8. ZDROWY KRAKÓW 2002-2003

Zdrowy Kraków 2002

Nowa filozofia zdrowia i życia, w której centralne miejsce zajmuje promocja zdrowia, kształtuje się równolegle z pracami nad nowymi założeniami polityki opieki zdrowotnej. Model uwarunkowań zdrowia wskazuje zależności zachodzące pomiędzy zdrowiem a kulturowym, społecznym i fizycznym środowiskiem życia oraz jego poszczególnymi elementami. Istotne są interakcje zachodzące pomiędzy zdrowiem, a stylem życia i indywidualnymi zachowaniami osób.

Zgodnie z założeniami promocji zdrowia Miasto Kraków realizuje następujące cele strategiczne:

1. Budowanie polityki zdrowia publicznego
2. Tworzenie środowisk wspierających.
3. Rozwój umiejętności indywidualnych w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia.
4. Wzmacnianie działań społecznych.
5. Reorientacja systemu opieki zdrowotnej.
6. Stworzenie warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia.
7. Umożliwienie działań niezbędnych do rozwijania potencjału zdrowotnego.

Ogromną rolę w powyższych działaniach odgrywa podnoszenie poziomu wiedzy ludzi poprzez działalność edukacyjno-informacyjną oraz opracowywanie indywidualnych strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Promocja zdrowia jest bowiem połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego i taktycznego, sprzyjających zdrowiu.

Opierając się na wyżej wymienionych przesłankach Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania, zgodnie z bieżącymi możliwościami, najbardziej optymalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa. Programy opracowywane są w oparciu o konsultacje merytoryczne, przeprowadzane przez specjalistów, konsultantów regionalnych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Jednostkami realizującymi programy są placówki ochrony zdrowia w Krakowie, które swoją bazą osobową i materialną, doświadczeniem oraz możliwościami spełniają niezbędne kryteria do realizacji programów profilaktycznych.

Miasto corocznie prowadzi akcję edukacyjno-informacyjną dotyczącą realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia za pośrednictwem realizujących programy jednostek oraz przy współdziałaniu mediów (prasa, TV, radio). Organizowane są również szkolenia w poszczególnych dziedzinach realizowanych programów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych.

W ramach Miejskiego Programu „Zdrowy Kraków” Miasto współpracuje m.in. z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, samorządami zawodowymi, organami administracji rządowej i samorządowej, w tym ze Stowarzyszeniem Zdrowych Miast Polskich oraz Unią Metropolii Polskich oraz Zakładem Promocji Zdrowia w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Programy profilaktyczne realizowane przez Miasto oparte są na doświadczeniach uzyskanych od roku 1994 (pierwsze programy prozdrowotne finansowane przez Miasto Kraków) oraz stanowią uzupełnienie programów realizowanych przez powyższe instytucje.

Miasto Kraków przyjmując do realizacji programy profilaktyczne określa jednocześnie środki finansowe przeznaczone na Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia w danym roku. W latach 1999-2002 kwoty te wynosiły:

1999 r.	500 000 zł
2000 r.	837 000 zł
2001 r.	1 499 900 zł
2002 r.	2 460 000 zł.
2003 r.	2 360 000 zł

Dodatkowo działania prozdrowotne w Mieście realizowane są w ramach Programów Dzielnicowych oraz Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a także poprzez program współpracy z organizacjami pozarządowymi.

W roku 2002 Komisja ds. oceny programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa, rekomendowała do realizacji programy profilaktyczne w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki „Zdrowy Kraków 2002”. Zaakceptowane programy pokrywały się z Narodowym Programem Zdrowia, zredagowanym przez Międzyresortowy Zespół Koordynacji Narodowego Programu Zdrowia i Biuro Przekształceń Systemowych w ochronie zdrowia przy udziale Ministerstwa Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia został przyjęty przez Radę Ministrów 3 września 1996 r. jako dokument rządowy.

Jednocześnie Komisja zaproponowała procentowy podział środków na realizację poszczególnych programów profilaktycznych. Komisja Profilaktyki i Promocji Zdrowia Rady Miasta Krakowa pozytywnie zaopiniowała wyniki prac Komisji ds. oceny programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2002.

Ponadto rekomendowane przez Komisję środki w zakresie 5% przeznaczone na realizację programów z zakresu alergologii zostały powiększone o kwotę 150 000 zł, pochodzącą z Powiatowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Krakowie.

W roku 2002, w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”, realizowano następujące programy profilaktyczne:

Kardiologia

Program Ochrony Serca – promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia.

Program profilaktyki miażdżycy.

Program zapobiegania i poprawy skuteczności leczenia cukrzycy.

Onkologia

Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka szyjki macicy.

Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka gruczołu krokowego.

Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka piersi.

Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego.

Profilaktyka dzieci i młodzieży

Program profilaktyki wad postawy.

Program zapobiegania i leczenia astmy i chorób alergicznych.

Program profilaktyki chorób tarczycy.

Profilaktyczny program zdrowotny zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka choroby.

Programy dla dzieci niepełnosprawnych umysłowo i fizycznie.

Profilaktyka chorób płuc

Program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Koordynatorem pełniącym nadzór merytoryczny nad ww. programami profilaktycznymi był Konsultant Wojewódzki ds. medycyny rodzinnej – dr Adam Windak, który opracował kryteria i wytyczne dla realizatorów programów.

W ramach realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2002” profilaktycznymi świadczeniami zdrowotnymi zostało objętych **95 600** mieszkańców Miasta Krakowa za łączną kwotę **2 460 000 zł**.

Zdrowy Kraków 2003

Na podstawie realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2002”, Wydział Spraw Społecznych UMK w miesiącu grudniu 2002 r. opracował propozycje programów profilaktycznych przewidzianych do realizacji w roku 2003. W styczniu br. odbyły się spotkania i konsultacje, dotyczące opracowanych propozycji programów, z Konsultantami Wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycyny. Zarządzeniem Nr 161/2003 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 6 lutego 2003 r. została powołana Komisja ds. oceny i wyboru programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa na rok 2003. Skład Komisji przedstawiał się następująco:]

Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych UMK,

Prof. dr hab. Zbigniew Szybiński – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii,

Prof. dr hab. Ewa Niżankowska-Mogilnicka – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc,

Prof. dr hab. Antoni Basta – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii,

Prof. dr hab. Jan Kulig – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej,

Dr hab. Leszek Kołodziejski – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej,

Dr med. Adam Windak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej,

Dr hab. Tomasz Grodzicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatry,

Lek. med. Bogusław Bosak – Przewodniczący Komisji ds. Zdrowia i Profilaktyki Rady Miasta Krakowa,

Lek. med. Jan Starzyk – członek Komisji ds. Zdrowia i Profilaktyki Rady Miasta Krakowa.

Po przeanalizowaniu przedstawionych przez Wydział Spraw Społecznych UMK projektów programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, Komisja zaakceptowała do realizacji programy profilaktyczne pod względem tematycznym, zawartości merytorycznej opisów programów oraz podziału procentowego środków finansowych. Ustalone zostały również zasady i kryteria dotyczące oceny ofert.

Wykaz zaakceptowanych programów przedstawia się następująco:

1. Program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2.
2. Program badań przesiewowych wczesnego rozpoznawania raka piersi.
3. Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy.
4. Program badań przesiewowych raka gruczołu krokowego.
5. Program profilaktyki raka jelita grubego.
6. Program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
7. Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 roku życia.
8. Program zapobiegania leczenia astmy i chorób alergicznych.
9. Program profilaktyki próchnicy.
10. Program profilaktyki wad postawy.
11. Program profilaktyki narządów ruchu.
12. Programy autorskie jednostek realizujących opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo i fizycznie.

Komisja zaproponowała powołanie zespołu konsultacyjnego ds. profilaktyki i promocji zdrowia, składającego się z grupy ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny. Konsultanci stanowiący ww. zespół ustalili m.in. kierunki polityki zdrowotnej Miasta Krakowa oraz standardy postępowania dla jednostek realizujących poszczególne programy. Zadaniem zespołu jest także koordynowanie realizowanych w ramach Programu „Zdrowy Kraków 2003” programów oraz opracowanie sprawozdania na podstawie dostarczonej przez poszczególne ośrodki (realizatorów wyłonionych w drodze konkursu) dokumentacji medycznej i statystycznej.

W porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia zostały ustalone zasady mające na celu uniknięcie podwójnego finansowania świadczeń w ramach realizowanych programów profilaktycznych.

Programy Dzielnic Krakowa

Do zadań priorytetowych, których realizatorem są Dzielnice Miasta Krakowa należą zadania związane z ochroną zdrowia mieszkańców dzielnicy. W związku z tym, iż Rady Dzielnic posiadają dokładne rozeznanie co do zapotrzebowania mieszkańców na konkretne programy zdrowotne pozwala to na wyjście naprzeciw zapotrzebowaniu społeczności lokalnej w zakresie ochrony zdrowia. Z powyższego wynika częstokroć znaczna rozbieżność między zadaniami profilaktycznymi realizowanymi przez różne dzielnice. Tak więc jedne z dzielnic większy nacisk kładą na profilaktykę skierowaną do osób starszych inne zaś za priorytet uznają objęcie badaniami dziećmi szkolne.

Podkreślić należy, że wydatki Dzielnic przeznaczone na profilaktykę i promocję zdrowia systematycznie wzrastają z każdym kolejnym rokiem o ok. 1/4 co w pełni oddaje zamieszczona poniżej tabela.

Środki finansowe przekazane przez Dzielnice Miasta Krakowa na realizację programów profilaktyki zdrowotnej

Dzielnica	Rok 2000	Rok 2001	Rok 2002	Łączna kwota
I	55 000,00 zł	60 000,00 zł	68 000,00 zł	183 000,00 zł
II	-	40 000,00 zł	20 000,00 zł	60 000,00 zł
III	30 000,00 zł	-	13 000,00 zł	43 000,00 zł

IV	50 000,00 zł	20 000,00 zł	30 000,00 zł	100 000,00 zł
V	50 300,00 zł	69 991,00 zł	61 000,00 zł	181 291,00 zł
VI	22 480,00 zł	36 000,00 zł	38 000,00 zł	96 480,00 zł
VII	-	15 000,00 zł	50 000,00 zł	65 000,00 zł
VIII	-	25 000,00 zł	14 500,00 zł	39 500,00 zł
IX	--	-	-	-
X	1 500,00 zł	-	-	1 500,00 zł
XI	-	-	-	-
XII	2 000,00 zł	-	-	2 000,00 zł
XIII	4 000,00 zł	-	10 000,00 zł	14 000,00 zł
XIV	-	15 000,00 zł	45 000,00 zł	60 000,00 zł
XV	-	-	-	-
XVI	13 000,00 zł	27 000,00 zł	35 000,00 zł	75 000,00 zł
XVII	15 000,00 zł	25 000,00 zł	40 000,00 zł	80 000,00 zł
XVIII	-	-	-	-
RAZEM	243 280,00 zł	332 991,00 zł	424 500,00 zł	1 000 771 zł

W ramach środków przeznaczonych przez Dzielnice w latach 2000- 2002 realizowane były następujące programy:

1. Programy profilaktyki dzieci i młodzieży: okulistyczne, laryngologiczne, stomatologiczne, profilaktyki wad postawy (z gimnastyką korekcyjną).
2. Programy dla dorosłych: kardiologiczne, onkologiczne, urologiczne, profilaktyki chorób płuc, szczepień przeciwko grypie i żółtacze.
3. Programy dla osób starszych: program badań osteoporozy, szczepień przeciwko grypie, okulistyczne (wykrywania jaskry).

Łącznie na programy profilaktyki i promocji zdrowia w latach 2000 – 2002 Dzielnice w ramach realizacji zadań priorytetowych przeznaczyły środki finansowe w wysokości 1 000 771 zł.

MIEJSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA

ZDROWY KRAKÓW 2004 – 2006

Część B – Kierunki działań

1. OBSZARY STRATEGICZNE I OPERACYJNE PROGRAMU

WPROWADZENIE

Wprowadzona od 1 stycznia 1999 r. system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) oparty na regionalnych kasach chorych i oddzielnej kasy resortowej dla służb mundurowych, został zastąpiony od kwietnia 2003 r. przez system centralnego zarządzania ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach jednego Narodowego Funduszu Zdrowia (ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia).

Wprowadzone powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które jest obowiązkowe dla większości obywateli polskich zamieszkujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz dla pewnej grupy cudzoziemców (pozostałe osoby w większości mogą przystąpić do ubezpieczenia zdrowotnego dobrowolnie) jest głównym elementem nowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Przeznaczeniem przychodów ze składek jest pokrywanie kosztów usług medycznych dla ubezpieczonych. Uzyskane ta drogą środki finansowe znajdują się w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia, który zarządza pieniędzmi pochodzącymi ze składek i występuje jako przedstawiciel osób ubezpieczonych, którym zapewnić ma świadczenia zdrowotne. Usługi te kupuje dla ubezpieczonych od świadczeniodawców, którymi mogą być wszelkie podmioty udzielające świadczeń medycznych, niezależnie od ich struktury własności oraz wielkości.

Od dnia 1 stycznia 1999 r. Miasto na prawach powiatu Kraków pełni rolę organu założycielskiego dla 2 szpitali: Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie, Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Podstawą kształtowania polityki zdrowotnej Miasta Krakowa są następujące akty prawne, regulujące zadania i kompetencje Krakowa jako gminy oraz miasta na prawach powiatu w zakresie ochrony zdrowia:

- 1) KONSTYTUCJA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ z dnia 2 kwietnia 1997 r.
 - Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
 - Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
 - Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
 - Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.
- 2) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.

Powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie:

 - 1) promocji i ochrony zdrowia;
 - 2) pomocy społecznej,
 - 3) polityki prorodzinnej,
 - 4) wspierania osób niepełnosprawnych,
- 3) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia.
- 4) ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Do zadań Miasta na prawach powiatu Krakowa jako organu założycielskiego miejskich szpitali i ZOL należy:

 - nadzór właścicielski nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Na podstawie wyżej wymienionych przepisów do zadań nieobowiązkowych Miasta należy:

- przekazywanie dotacji dla podległych SPZOZ na inwestycje i zakup aparatury medycznej,
 - finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej,
 - finansowanie zadań z zakresu promocji zdrowia,
- 5) ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- obowiązki w zakresie ochrony zdrowia ubezpieczonych wykonują w szczególności (...) jednostki samorządu terytorialnego – w zakresie opiniowania wojewódzkiego planu zdrowotnego, który przygotowuje zarząd województwa,
- 6) **(medycyna szkolna)** ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.
- organ prowadzący szkołę lub placówkę odpowiada za jej działalność. Do zadań organu prowadzącego szkołę lub placówkę należy w szczególności:
 - a) zapewnienie warunków działania szkoły lub placówki, w tym bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki,
 - b) wykonywanie remontów obiektów szkolnych oraz zadań inwestycyjnych w tym zakresie,
 - c) wyposażenie szkoły lub placówki w pomoce dydaktyczne i sprzęt niezbędny do pełnej realizacji programów nauczania, programów wychowawczych, przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów oraz wykonywania innych zadań statutowych,
 - do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej.
- 7) ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- Do zadań starosty (Prezydenta Miasta Krakowa) w zakresie wykonywania zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego należy w szczególności:
- zarządzanie systemem na obszarze powiatu (CPR),
 - organizacja i finansowanie bieżącej działalności centrum powiadamiania ratunkowego,
 - przygotowywanie i aktualizacja przynajmniej raz w roku powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych oraz przedstawianie go wojewodzie,
 - przygotowywanie planu działań ratowniczych,
 - współdziałanie z organami gmin leżących na obszarze powiatu i starostami powiatów sąsiadujących w celu zawarcia porozumień i powierzania zadań w zakresie ratownictwa medycznego,
 - przesyłanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wojewodzie informacji i danych, dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu na obszarze powiatu, odpowiednio na żądanie ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody,
 - rozpoznawanie i monitorowanie zagrożeń dla życia lub zdrowia na obszarze powiatu,
 - zapewnienie i finansowanie kształcenia dyspozytorów medycznych,
 - wspieranie inicjatyw społecznych w zakresie pogłębiania wiedzy o ratownictwie medycznym.
- Starosta wykonuje powyższe zadania jako zadania z zakresu administracji rządowej.

Zgodnie z uregulowaniami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, uruchomienie systemu ratownictwa medycznego przewidziany jest na dzień 1 stycznia 2005 r.

8) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,

Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Realizacja zadań, o których wyżej mowa jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii integracji i polityki społecznej, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Prezydent miasta powołuje gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjującą działania w zakresie wyżej określonym oraz podejmującą czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

9) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne
Zarząd powiatu (Prezydent Miasta Krakowa), po zasięgnięciu opinii (...) samorządu aptekarskiego, ustala rozkład godzin aptek ogólnodostępnych,

10) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Powiat (Miasto Kraków) organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej, dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi,

11) ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej.

Do obowiązków organów jednostek samorządu terytorialnego wynikających z realizacji powyższej ustawy należy m.in. zapewnianie mieszkańcom pomocy w formie usług opiekuńczych. Obejmują one:

- pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zalecaną przez lekarza pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
- specjalistyczne usługi opiekuńcze - dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

W razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania gmina kieruje osoby wymagające całodobowej do domu pomocy społecznej.

Gmina Miejska Kraków realizując wyżej wymienione zadania i kompetencje ustawowe współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, organami terenowymi administracji rządowej, organami administracji samorządowej, samorządami zawodów medycznych, Państwowym Powiatowym i Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym, konsultantami wojewódzkimi w zakresie poszczególnych specjalności medycznych, oraz niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej i innymi instytucjami systemu ochrony zdrowia.

Miejski Program Ochrony Zdrowia na lata 2004-2006 pokrywa się z założeniami dokumentu rządowego Narodowego Programu Zdrowia oraz Strategii Rozwoju Miasta Krakowa. Zadania Programu nawiązują także do Światowej Deklaracji Zdrowia oraz dokumentu Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku.

Cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia jest realizowany przez Miasto Kraków poprzez zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, działania prozdrowotne (eliminację czynników ryzyka), zmiany w stylu życia ludności, edukację zdrowotną, kształtowanie środowisk życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu. Miasto Kraków (również w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa) realizuje zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych. Działania te są zbieżne z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

A. LECZNICTWO ZAMKNIĘTE

Cele strategiczne (długoterminowe na lata 2004-2006)

Mając na względzie realne możliwości oddziaływania na rynek świadczeń zdrowotnych można wyznaczyć następujące obszary aktywności Miasta Krakowa w zakresie wyznaczania celów strategicznych i sposobu ich realizacji:

- poprawa warunków życia mieszkańców Krakowa,
- tworzenie sprzyjających warunków dla działania świadczeniodawców,
- działania podejmowane w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej dla których Miasto na prawach powiatu Kraków jest organem założycielskim,
- działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia mieszkańców Krakowa.

Miasto Kraków jako organ założycielski wyznacza strategię dla szpitali miejskich, tj. Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie i Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie w zakresie:

1. Utrzymania i dalszego prowadzenia działalności statutowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa zamkniętego, zgodnie z ogólnymi celami wynikającymi z uchwały Nr XXXIII/235/99 Rady Miasta Krakowa z dnia 20 października 1999 r. w sprawie Strategii Rozwoju Krakowa.
2. Stworzenia warunków dla świadczenia usług medycznych o jak najwyższej jakości i dostępności, a przez to zapewnienie mieszkańcom Krakowa możliwie najlepszej opieki medycznej.
3. Przekształcania i przystosowania jednostek lecznictwa zamkniętego do funkcjonowania w warunkach panujących na rynku usług medycznych.

Kierunki realizacji celów:

1. Usprawnienie zarządzania lecznictwem.
2. W przypadku utworzenia Krajowej Sieci Szpitali (zgodnie z projektami Ministra Zdrowia) prowadzenie działań na rzecz umieszczenia w Sieci szpitali dla których Miasto jest organem założycielskim
3. Dążenie do poprawy stanu zdrowia mieszkańców poprzez poprawę jakości i efektywności usług medycznych.

Instrumenty realizacji celów:

1. Modernizacja infrastruktury szpitali oraz Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w sposób zapewniający wysoką jakość usług zdrowotnych wszystkim mieszkańcom.
2. Monitorowanie jakości i kosztów usług medycznych w poszczególnych miejskich SPZOZ.
3. Działania dostosowujące liczbę i strukturę łóżek opieki krótkoterminowej do zapotrzebowania na świadczenia szpitalne, zapewniając w ten sposób prawidłowe wykorzystanie istniejącej bazy i stworzenie bardziej efektywnych struktur szpitali.
4. Stworzenie warunków dla utworzenia szpitala geriatryczno – rehabilitacyjnego z uwzględnieniem profilu psychiatrycznego (do 150 łóżek) przy zapewnieniu finansowania świadczeń ze strony płatnika.
5. Wypracowanie metod elastycznego dostosowywania się jednostek opieki zdrowotnej do zmieniających się wymogów rynku usług medycznych.
6. Dostosowanie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych do liczby świadczeń określonych w kontrakcie z płatnikiem.
7. Dostosowanie struktury i zatrudnienia w szpitalach do wymiaru rzeczywiście realizowanych zadań.
8. Stworzenie warunków do zintegrowania niektórych pionów administracji i służb technicznych szpitali miejskich (pionów księgowo-finansowych, techniczno-eksploatacyjnych, zamówień publicznych).
9. Rezygnacja z udzielania świadczeń nie finansowanych przez płatnika lub finansowanych w sposób niedostateczny.
10. Stworzenie warunków dla wzmocnienia pozycji negocjacyjnej miejskich SPZOZ lecznictwa zamkniętego w zakresie zakupu świadczeń zdrowotnych przez płatnika poprzez zacieśnienie współpracy zakładami opieki zdrowotnej dla których organem prowadzącym jest Województwo Małopolskie - wypracowanie jednolitej oferty.
11. Bieżące monitorowanie poziomu i dostępności do świadczeń zdrowotnych przy pomocy posiadanych narzędzi badawczych.

Cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

1. Stworzenie warunków dla normalizacji sytuacji ekonomicznej szpitali – zbilansowania kosztów i przychodów.
2. Utrzymania dodatniego wyniku finansowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie.

Proponowane rozwiązania i metody realizacji:

1. Podniesienie kapitału własnego szpitali poprzez zbycie zbędnych nieruchomości i przeznaczenie uzyskanych tą drogą środków na zadania inwestycyjne oraz zakup sprzętu medycznego.

2. Przeprowadzenie „termomodernizacji budynków gminnych” w ramach projektu Banku Światowego.
3. Zakupy sprzętu medycznego dla oddziału geriatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (sprzęt rehabilitacyjny, RTG) oraz odnowienie medycznej bazy aparaturowo-sprzętowej Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory) i Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory).
4. Modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej w szpitalach miejskich w powiązaniu z wdrożeniem systemu kontroli jakości pracowni i procedur radiologicznych (zgodnie z opinią Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii).
5. Wypracowanie – wraz z organami założycielskimi szpitali działających w Krakowie – do końca 2004 propozycji kierunków restrukturyzacji bazy szpitalnej w Mieście Krakowie

B. LECZNICTWO OTWARTE

Cele strategiczne (długoterminowe na lata 2004-2006)

Stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o jak najwyższej jakości i dostępności, a przez to zapewnienie mieszkańcom Krakowa możliwie najlepszej opieki medycznej.

Kierunki realizacji celów

Dążenie do poprawy stanu zdrowia mieszkańców poprzez poprawę jakości i efektywności usług medycznych w obszarach:

- działań promujących zdrowie i zdrowy styl życia,
- działań w zakresie edukacji zdrowotnej,
- programów walki z uzależnieniami.
- działań związanych z realizacją zasad gospodarowania lokalami użytkowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych.

Instrumenty realizacji celów:

1. Opiniowanie wojewódzkich planów zdrowotnych (propozycje i wnioski dotyczące Miasta Krakowa).
2. Współpraca z konsultantami wojewódzkimi, samorządami zawodów medycznych, organizacjami świadczeniodawców i pacjentów, ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami przy podejmowaniu przez Miasto decyzji w zakresie ochrony zdrowia, w tym w szczególności wykorzystanie zgłoszonych w trakcie prac nad MPOZ opinii i wniosków przy formułowaniu stanowisk i wniosków Miasta
3. Realizacja Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”.
4. Integracja programów profilaktyki zdrowotnej realizowanej przez Dzielnice Miasta Krakowa w ramach zadań priorytetowych z obszarami profilaktyki zdrowotnej Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2004-2006.
5. Kontynuacja i doskonalenie badań dostępności do świadczeń medycznych oraz przedkładanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia wniosków w tych sprawach (w zakresie lecznictwa otwartego kwartalnie, pozostałe świadczenia półrocznie).

6. Zapewnienie pacjentom informacji o działających w mieście placówkach systemu ochrony zdrowia (m.in. telefon informacyjny, współpraca z mediami w tym z telewizją)
7. Współpraca Urzędu Miasta Krakowa i Zarządu Budynków Komunalnych z płatnikiem oraz samorządami zawodów medycznych w zakresie realizacji zasad gospodarowania lokalami użytkowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych.

Cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004)

Stworzenie sprzyjających warunków dla funkcjonowania i udzielania świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne praktyki w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia na terenie Krakowa.

Instrumenty realizacji celów:

1. Utrzymanie (aktualizacja - stosownie do potrzeb świadczeniodawców) zasad gospodarowania lokalami użytkowymi wykorzystywanymi na realizację świadczeń zdrowotnych.
2. Utrzymanie stawek czynszów najmu lokali w budynkach należących do zasobu Gminy dla gabinetów nieobjętych finansowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz podmiotów świadczących usługi pomocnicze.
3. Stworzenie odpowiednich warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnej redukcji kosztów eksploatacyjnych, poprzez przeznaczanie środków finansowych uzyskanych z najmu lokali na odtworzenie substancji budynków.

C. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Cele strategiczne (długoterminowe na lata 2004-2006):

1. Utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Narutowicza, wobec założonych wskaźników (1 SOR na 150-300 tys. mieszkańców) i z uwzględnieniem warunków terenowych.
2. Stworzenie warunków sprzyjających uruchomieniu regionalnej sieci ośrodków specjalistycznych na terenie miasta Krakowa:
 - przynajmniej 3 oddziałów udarowych w Krakowie – Szpital Uniwersytecki, Szpital Żeromskiego, Szpital Rydygiera),
 - dwóch oddziałów dla leczenia urazów wielonarządowych (Szpital Rydygiera, Szpital Uniwersytecki).
3. Zabezpieczenie kadr lekarskich i pielęgniarskich (w tym ratowników medycznych) dla obsady zespołów ratownictwa medycznego i SOR-ów, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Jednolite oznakowanie dróg dojazdowych do działających SOR-ów na obszarze miasta.
5. Zwiększenie liczby ambulansów (dodatkowe karetki „R” lub „W” w powiecie krakowskim i wielickim).
6. Powołanie zespołu HEMS (Helicopter Emergency Medical System) na pograniczu województwa Małopolskiego i Podkarpackiego.
7. Dążenie do łączenia w powiatach w jednolite struktury - szpitalnych oddziałów ratunkowych i stacji pogotowia ratunkowego.

Cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

1. Rozszerzenie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie miasta Krakowa. (Szpital im. L. Rydygiera, Szpital im. G. Narutowicza, Szpital MSWiA, Kliniczny Szpital Wojskowy).
2. Uzupelnienie wyposażenia i kadr we wszystkich działających SOR-ach tak, by w pełni odpowiadały one standardom Ministerstwa Zdrowia.
3. Uzyskanie akredytacji przez poszczególne SOR-y do prowadzenia specjalizacji z medycyny ratunkowej (zapewnienie możliwie najwyższego profesjonalizmu zespołów lekarskich SOR).
4. Uruchomienie, na bazie Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, jednego Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa dla osób mieszkających i przebywających na terenie Krakowa oraz mieszkańców powiatów krakowskiego i wielickiego.
5. Doprowadzenie do pełnej kontroli nad nauczaniem ratownictwa. Wymaganie stosownych certyfikatów, wydawanych przez konsultanta wojewódzkiego w oparciu o wytyczne nadzoru krajowego. Modyfikacja programów nauczania ratownictwa w szkołach średnich.
6. Stworzenie warunków dla zatrudnienia 30 studentów CM UJ, którzy w 2004 roku uzyskają stopień licencjata w zawodzie ratownika medycznego.

Proponowane rozwiązania i metody realizacji:

1. Włączenie już istniejących oddziałów specjalistycznych do sieci ratownictwa medycznego, utworzenie oddziału urazowego i przygotowanie do powstania oddziału ratunkowego w szpitalu im. G. Narutowicza. Biorąc pod uwagę liczbę ludności objętej opieką (miasto Kraków, powiaty krakowski i w przyszłości wielicki) winny powstać co najmniej trzy oddziały udarowe.
2. Uruchomienie środków zabezpieczonych na ten cel w ramach ministerialnego programu restrukturyzacji służby zdrowia.
3. Wprowadzenie wymagalności certyfikatów (wydawanych przez konsultanta wojewódzkiego) do nauczania ratownictwa medycznego na wszystkich szczeblach.
4. Utrzymanie jednolitej struktury pogotowia krakowskiego, co zapewni skuteczne działanie w warunkach wielkich wypadków masowych czy katastrof. Funkcjonalne przyporządkowanie poszczególnych stacji do najbliższych SOR-ów, co pozwoli na lepsze współdziałanie.
5. Stopniowa zamiana zespołów ogólnych na wypadkowe. Celowe wydaje się dodanie ambulansów.
6. Ścisła współpraca dyspozytorów (a w przyszłości CPR-ów) dla wymiennej obsługi pewnych rejonów układu komunikacyjnego (np. „zakopianki”).

D. MEDYCYNA SPORTOWA

Cele strategiczne na lata 2004-2006:

1. Stworzenie warunków dla rozbudowy oferty poradnictwa sportowo-lekarskiego na terenie Miasta Krakowa i umożliwienie wszystkim zawodnikom dostępu do właściwej opieki medycznej.
2. Wspieranie powstania odpowiednio wyposażonego ośrodka medycyny sportowej, prowadzonego przez specjalistów w zakresie medycyny sportowej.

Cele operacyjne na rok 2004:

1. Wsparcie przez Miasto rozwoju ośrodka referencyjnego w zakresie medycyny sportowej w Krakowie.
2. Kontynuowanie szkoleń lekarzy w zakresie medycyny sportowej we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Sportowej.

Proponowane rozwiązania i metody realizacji.

Odpowiedni sposób finansowania medycyny sportowej przez:

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- wydzielenie części środków finansowych na badania sportowo-lekarskie z dotacji przeznaczanych z Urzędu Miasta na działalność klubów sportowych.

E. MEDYCYNA SZKOLNA

Cele strategiczne na lata 2004-2006

Poprawa zdrowotności dzieci i młodzieży oraz niwelowanie dysfunkcji/ niepełnosprawności w tej grupie.

Cele operacyjne na rok 2004:

1. Stworzenie warunków dla wdrożenia zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.Nr 130 poz. 1196).
2. Poprawa infrastruktury lokalowo - sprzętowej w placówkach oświatowych pod względem wyposażenie i posiadania gabinetów medycyny szkolnej.
3. Kontynuacja programów profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży.
4. Współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z samorządami zawodów medycznych, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pediatrii, ortopedii, otolaryngologii, okulistyki, alergologii, pulmonologii oraz stomatologii dziecięcej i ortodoncji w zakresie medycyny szkolnej.
5. Kompleksowość działań profilaktycznych.
6. Ustalenie kierunków realizacji w zakresie zabezpieczenia opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.
7. Określenie standardów postępowania dla opieki w szkołach specjalnych oraz specjalnych ośrodkach szkolno-oświatowych, odpowiadających potrzebom zdrowotnym uczniów/ wychowanków i specyfice upośledzeń.
8. Określenie standardów wczesnej profilaktyki we współpracy z konsultantami wojewódzkimi z zakresu pediatrii i medycyny rodzinnej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowane rozwiązania i metody realizacji:

1. Zwiększenie środków finansowych z Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska (o 50% w stosunku do roku 2003) na profilaktykę wad postawy, chorób wzroku (niedowidzenie) i słuchu (niedosłyszenie), przewlekłych chorób układu oddechowego (astmy) oraz próchnicy, z uwzględnieniem środków finansowych dzielnic Miasta Krakowa na realizację zadań priorytetowych.
2. Zaktywizowanie szkolnych pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania w kierunku realizacji szczepień ochronnych, organizacji badań przesiewowych, działań z zakresu higieny osobistej i higienicznego trybu życia, wykrywania zagrożeń zdrowotnych oraz ścisłej współpracy z lekarzami POZ (pielęgniarki powinny sprawować opiekę nad grupami dyspanseryjnymi dzieci, a przypadki nagłych zachorowań kierować do właściwego lekarza POZ).

3. Uwzględnienie programów stomatologicznych, wad postawy oraz chorób tarczycy w ramach tzw. „małej profilaktyki”.
4. Zapewnienie wychowankom stacjonarnych placówek opiekuńczo-wychowawczych (domy dziecka, internaty, bursy, ośrodki szkolno-wychowawcze) opieki zdrowotnej (zgodnie z potrzebami i specyfiką upośledzeń) przez lekarza rodzinnego (pediatrę) z najbliższej położonej placówki.
5. Koordynacja programów profilaktycznych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, płatnika, jednostki samorządu terytorialnego, funduszy niepublicznych, w celu zwiększenia efektywności i powszechności profilaktyki dzieci i młodzieży.
6. Objęcie 120 szkół dla których Gmina Miejska Kraków jest organem założycielskim opieką stomatologiczną w ramach kontraktu z NFZ.

F. PROFILAKTYKA UZALEŻNIENÍ

Cele operacyjne (krótkookresowe na rok 2004)

Kontynuacja działań w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, zgodnie z zapisami Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uchwalanego corocznie przez Radę Miasta Krakowa, zgodnie z zapisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Proponowane rozwiązania i metody realizacji:

1. Wykorzystanie w znacznie większym stopniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy winni stanowić pierwsze ogniwo profilaktyki i pomocy uzależnionym.
2. Wykorzystanie potencjału, jaki niesie ze sobą reklama społeczna dla propagowania trzeźwego stylu życia, szczególnie ukierunkowana na grupy celowe, jak dzieci i młodzież.
3. Dofinansowanie środków leczniczych i terapeutycznych z uwzględnieniem analizy pod kątem skuteczności klinicznej. Środki powinny być lokowane w te sposoby leczenia alkoholizmu, które są najskuteczniejsze.
4. Ze względu na rozwijające się zjawisko używania, szczególnie przez młodzież, narkotyków i to tych o szczególnie destruktywnym charakterze, jak amfetamina czy heroina, położenie nacisku na programy związane z profilaktyką uzależnień od substancji narkotycznych.
5. Kierowanie pomocy społecznej oraz koordynacja działania pracowników opieki społecznej, odpowiedzialnych za właściwe rozdysponowywanie funduszy na świadczenia z zakresu pomocy społecznej, tak by dystrybucja środków odbywała się z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb klientów opieki społecznej.
6. Przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
7. Edukacja rodziców w zakresie zagrożeń związanych z używaniem alkoholu przez młodzież.
8. Poszerzenie oferty organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży.
9. Promocja instytucji leczących uzależnienia.

2. PRIORYTETOWE PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie analizy programów prozdrowotnych realizowanych w latach ubiegłych Wydział Spraw Społecznych UMK opracował propozycje programów profilaktycznych przewidzianych do realizacji w latach 2004-2006. Obszary działań profilaktycznych zostały pozytywnie zaopiniowane i zaproponowane do realizacji przez Zespół Konsultacyjny ds. profilaktyki i promocji zdrowia, powołany przez Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 18 kwietnia 2003 r., w składzie:

Krystyna Kollbek - Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych

Prof. dr hab. Zbigniew Szybiński – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii,

Prof. dr hab. Krystyna Obtulowicz – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie alergologii,

Prof. dr hab. Ewa Nizankowska-Mogilnicka – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób płuc,

Prof. dr hab. Jacek Dubiel – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii,

Prof. dr hab. Antoni Basta - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii,

Prof. dr hab. Jan Kulig - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej,

Dr hab. Leszek Kołodziejcki – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej,

Dr med. Adam Windak – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej,

Dr hab. Tomasz Grodzicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrici,

Dr hab. Bogusław Frańczuk – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortopedii,

Lek. med. Bogusław Bosak – Przewodniczący Komisji ds. Zdrowia i profilaktyki Rady Miasta Krakowa.

Lek. med. Jan Starzyk – członek Komisji ds. Zdrowia i profilaktyki Rady Miasta Krakowa.

A.OBSZARY DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH W LATACH 2004-2006

1. Profilaktyka miażdżycy i cukrzycy typu 2.

Miażdżycą jest przewlekłym schorzeniem tętnic o charakterze zapalno-metabolicznym, w którym dominującą rolę odgrywa uszkodzenie śródbłonka z następowym odkładaniem się złogów cholesterolu w ścianie naczyń, zwiększonym wykrzepianiem i procesami fibroproliferacyjnymi. Miażdżycę zaczyna rozwijać się w dzieciństwie, a jej manifestacja kliniczna przypada z reguły na okres po 40 roku życia. Jej najpoważniejsze konsekwencje obejmują nagłą śmierć sercową, zawał serca, udar mózgu i chromanie przestankowe. Zapadalność na będące konsekwencją miażdżycy schorzenia układu krążenia rośnie w grupach pacjentów obciążonych modyfikowalnymi i niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka. W tej pierwszej grupie wyróżnia się czynniki środowiskowe (palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, mała aktywność fizyczna, nadużywanie alkoholu) i metaboliczne (nadciśnienie tętnicze, nadwaga i otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej – szczególnie cukrzyca typu 2). W drugiej grupie znaczenie odgrywa wiek, płeć oraz pozytywny wywiad w kierunku chorób układu krążenia wśród członków najbliższej rodziny przed 55 rokiem życia. Oddziaływanie na modyfikowalne czynniki ryzyka u osób bez klinicznej manifestacji choroby zalicza się do działań z kręgu profilaktyki pierwotnej. Prawidłowo zebrany wywiad oraz oznaczenie kilku prostych parametrów pozwala na ustalenie indywidualnego poziomu ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2. Znajomość indywidualnego poziomu ryzyka pozwala na zastosowanie odpowiedniej strategii postępowania, ukierunkowanej na eliminację bądź ograniczenie modyfikowalnych czynników ryzyka. Strategia ta nie może opierać się na działaniach o charakterze doraźnym. Wymaga systematycznego, długofalowego wysiłku tak ze strony pacjenta, jak i opiekującego się nim lekarza. W obecnym systemie ochrony zdrowia, jedynym świadczeniodawcą zdolnym zapewnić skuteczną, ciągłą oraz wszechstronną opiekę w tym zakresie jest dobrze przygotowany do swojej roli lekarz ogólny lub rodzinny.

Obecnie określenia „cukrzyca” używa się nie tyle w odniesieniu do ściśle zdefiniowanej jednostki chorobowej, ile do grupy zaburzeń metabolicznych, charakteryzujących się podwyższonym poziomem glikemii. Elementem wspólnym patomechanizmu tych schorzeń jest niedostateczne oddziaływanie insuliny na tkanki, jakkolwiek przyczyny tego stanu rzeczy są zróżnicowane. W cukrzycy typu 1 dochodzi do bezwzględnego braku insuliny, zwykle na podłożu zaburzeń autoimmunologicznych, aczkolwiek znana też jest postać idiopatyczna, w której nie udowodniono obecności tego typu zaburzeń. W znacznie częstszej cukrzycy typu 2 dominuje insulinooporność połączona z względnym niedoborem hormonu. Etiologiczny podział cukrzycy wyróżnia jeszcze szereg innych typów schorzenia, rzadko jednak występujących w populacji ogólnej. Odrębny typ stanowi cukrzyca ciężarnych, którą definiuje się jako dowolnego stopnia nietolerancję glukozy, po raz pierwszy rozpoznaną w ciąży. Przewlekła nie wyrównana hiperglikemia skutkuje zmianami o charakterze mikro- i makroangiopatii, a w konsekwencji uszkodzeniami wielu narządów, szczególnie serca, nerek, narządu wzroku i naczyń krwionośnych. Wpływ cukrzycy na powstawanie tych zmian jest na tyle duży, że jest ona traktowana jako jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka rozwoju chorób układu krążenia. Obraz kliniczny cukrzycy jest zróżnicowany i w dużej mierze zależy od typu choroby. O ile w typie 1 obserwuje się burzliwy rozwój choroby, o tyle w typie 2 może przebiegać ona podstępnie i latami nie być prawidłowo zdiagnozowana. Zakończone w roku 2001 wielośrodkowe badania nad epidemiologią cukrzycy, koordynowane przez Katedrę i Klinikę Endokrynologii CM UJ, dostarczyły danych przyjętych przez Komisję ekspertów WHO jako epidemiologiczne dane referencyjne dla Polski. Cukrzyca typu 2, która stanowi ponad 90% wszystkich postaci cukrzycy, osiągnęła poziom endemiczny (ponad 5% na poziomie populacyjnym). Szacunkowo daje to ponad 2 miliony osób chorych na cukrzycę, z których ponad połowa tworzy grupę tzw. cukrzycy nieznanej, nierozpoznanej i nie leczonej. Według danych WHO endemia cukrzycy typu 2 obejmuje cały świat i coraz częściej dotyczy ludzi z młodszych grup wiekowych, poniżej 25 roku życia. W tym świetle szczególnego znaczenia nabiera strategia ukierunkowana na możliwie wczesne postawienie diagnozy i objęcie leczeniem. Z uwagi na brak sprawdzonych sposobów zapobiegania cukrzycy typu 1, nie zaleca się przesiewowego wykonywania badań w kierunku autoprzeciwciał. Badania w kierunku cukrzycy rutynowo wykonuje się u wszystkich ciężarnych kobiet, objętych opieką medyczną. Grupą najbardziej narażoną na obecność nierozpoznanej cukrzycy, to populacja osób dorosłych, szczególnie po 25 roku życia lub z obecnością dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2.

2. Wczesne rozpoznawanie raka piersi.

Rak piersi jest wciąż najczęstszym nowotworem u kobiet. Rocznie w naszym kraju notuje się ponad 10 000 nowych zachorowań oraz 5 000 zgonów. Badania naukowe wskazują, że badania przesiewowe, ukierunkowane na wczesne rozpoznanie klinicznie bezobjawowych przypadków raka sutka, prowadzą do znaczącego obniżenia umieralności.

Dane z lat 1963-1996 dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi w Polsce wskazują, że wzrost zachorowalności jest szybszy niż umieralności. Częstość nowotwory piersi gwałtownie wzrasta po 35 roku życia. W ogólnej liczbie zachorowań na raka piersi prawie 30% dotyczyło kobiet w wieku przedmenopauzalnym. Sytuacja ta wskazuje na konieczność pilnego wprowadzenia mammograficznych badań przesiewowych, tj. badania na szeroką skalę kobiet bezobjawowych. Mammografia jest najbardziej czułym i specyficznym badaniem w wykrywaniu raka piersi. Może wykryć ognisko raka mniejsze niż 5 mm. Jest jak dotąd jedyną techniką obrazowania, której wartość w badaniu przesiewowym raka piersi została udowodniona w randomizowanych badaniach klinicznych.

Wskaźnikiem, który zdecydował o uznaniu badania mammograficznego za najlepszy test przesiewowy w raku piersi, był współczynnik umieralności. W badaniu przeprowadzonym w ramach Programu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Nowy Jorku w latach 1963-1977 stwierdzono 30% spadek umieralności w grupie kobiet poddanych okresowym badaniom mammograficznym w porównaniu do grupy kobiet nie badanych. Późniejsze badania potwierdziły możliwość zmniejszenia umieralności do 40% w grupie wiekowej 50-59 lat. Aktualnie zalecenia dla wykonywania mammografii przesiewowej wg Centrum Onkologii, Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej i Polskiego Komitetu Zwalczania Raka są następujące:

- kobiety pomiędzy 35 a 39 rokiem życia, co najmniej jedno badanie mammograficzne (wyjściowe),
- kobiety pomiędzy 40 a 49 rokiem życia badanie mammograficzne co 1,5 roku (nie rzadziej niż co 2 lata),
- kobiety pomiędzy 50 a 60 rokiem życia badanie mammograficzne co 1 rok,
- kobiety powyżej 60 roku życia w zależności od zaleceń lekarza, zwykle co 1,5-2 lata do 75 roku życia,
- u kobiet z ryzykiem rodzinnym, jeśli rak piersi wystąpił u krewnej pierwszego stopnia przed 35 rokiem życia, badanie mammograficzne można rozpocząć już w 30 roku życia,
- u kobiet otrzymujących hormonalną terapię zastępczą badanie mammograficzne winno być wykonywane co roku.

U kobiet z przewagą gruczołowej budowy piersi czułość badania mammograficznego maleje. W wielu przypadkach metodą uzupełniającą jest diagnostyka ultrasonograficzna. Badanie USG jest metodą z wyboru w diagnostyce głównie niezłośliwych nowotworów piersi u kobiet młodych, ciężarnych oraz u kobiet starszych o budowie sutków z przewagą komponenty gruczołowej. Zaleca się wykonywanie profilaktycznego badania USG piersi raz w roku po ukończeniu 20 roku życia.

Na podstawie ostatnich badań stwierdzono, że 40% raków piersi jest wykrywanych dzięki mammografii, a nie badaniu klinicznemu, są to tzw. raki przedkliniczne, niebadalne w trakcie rutynowego badania palpacyjnego. W dużym odsetku raków przedklinicznych to postacię przedinwazyjne, znacznie lepiej rokujące niż forma inwazyjna.

Stwierdzenie w badaniu obrazowym piersi (USG lub mammografii) podejrzaney zmiany wymaga szybkiego ustalenia rozpoznania mikroskopowego tej zmiany. Do weryfikacji mikroskopowej wykrywanych zmian w piersiach, służą diagnostyczne metody biopsyjne. W ostatnich latach metodą z wyboru w diagnostyce zmian niepalpacyjnych jest biopsja gruboigłowa wspomaganą próżnią (VABB), zwana też biopsją mammotoniczną. Łączy ona zalety nieinwazyjności, a jednocześnie pozwala na precyzyjne rozpoznanie histopatologiczne uzupełnione w razie potrzeby o badanie immunohistochemiczne. Uzyskany w VABB materiał pozwala na jednoczesne przedoperacyjne rozróżnienie między inwazyjną i nieinwazyjną postacią raka, co umożliwia precyzyjne zaplanowanie leczenia, a zwłaszcza leczenia oszczędzającego tzn. zachowującego gruczoł piersiowy.

3. Wczesne rozpoznawanie raka szyjki macicy.

Rak szyjki macicy stanowi ok. 11% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet. Zapadalność na ten nowotwór rośnie wraz z wiekiem kobiet i jest największa w populacji pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. W pierwszej połowie tego przedziału częściej stwierdza się przedinwazyjne formy raka. Na występowanie raka szyjki macicy ma wpływ także rozród i życie seksualne. Częściej rozwija się u kobiet, które rodziły jedno lub więcej dzieci, a także tych, które wcześniej rozpoczęły aktywność seksualną

oraz często zmieniały partnerów. Wpływ na rozwój raka szyjki macicy mają też warunki socjoekonomiczne. Jest on zdecydowanie częstszy u kobiet żyjących w trudnych warunkach materialnych.

Dostępne dane epidemiologiczne stawiają Polskę w rzędzie państw z najgorszymi wskaźnikami. Pięcioletnie przeżycie chorych na raka szyjki macicy jest jednym z najniższych w Europie. Przyczyny takiego stanu rzeczy należy upatrywać w braku szeroko dostępnych badań przesiewowych, mogących doprowadzić do rozpoznania raka w stadium przedinwazyjnym, a więc w stanie rokującym największą nadzieję na skuteczne leczenie.

Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy, oparte na ocenie cytologicznej wymazu z szyjki, jest profilaktycznym postępowaniem z wyboru, mającym na celu wczesne wykrycie raka szyjki macicy w populacji bezobjawowej.

4. Profilaktyka nowotworów przewodu pokarmowego.

Rak jelita grubego i odbytnicy jest drugim, co do częstości nowotworem u obojga płci. Według ostatnio opracowywanych danych stanowi ponad 18% nowotworów wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. W całym świecie, a szczególnie w krajach uprzemysłowionych oraz dużych aglomeracjach miejskich można zaobserwować w ostatnim dziesięcioleciu znamienne wzrost zachorowań na raka jelita grubego.

Wśród czynników sprzyjających powstaniu raka jelita grubego należy w pierwszym rzędzie wymienić występowanie rodzinne. Ponadto chorzy z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz gruczolakami, szczególnie kosmkowymi, są bardziej narażeni na powstanie tego nowotworu. Powszechnie stosowany w ubiegłej dekadzie radiologiczny wlew kontrastowy do jelita daje, niestety, w blisko 11% wynik fałszywie ujemny. Nie pozwala również wykryć zmian drobnych, ograniczonych jedynie do błony śluzowej. Badanie to nie pozwala ponadto ocenić makroskopowo zmiany oraz nie daje możliwości pobrania materiału tkankowego do oceny mikroskopowej. Stąd też współcześnie podstawowe znaczenie we wczesnym wykryciu zmian nowotworowych w jelicie grubym ma badanie kolonoskopowe, którego trafność diagnostyczna bliska jest 99%. Badanie to pozwala także u chorych, u których wykryto obecność polipów, zastosować jednoczesne leczenie polegające na endoskopowym ich usunięciu. Takie postępowanie nawet w przypadku stwierdzenia procesu nowotworowego, o ile nie jest on zaawansowany, pozwala na pełne wyleczenie.

Brak charakterystycznych objawów, pozwalających rozpoznać wczesne stadium nowotworów jelita grubego, nakazuje przeprowadzanie szeroko populacyjnych badań przesiewowych. Propagowane badanie kału na krew utajoną nie sprawdziło się we wczesnej diagnostyce raka z powodu wysokiego procentu wyników tak fałszywie ujemnych, jak i dodatnich. W oparciu o wcześniej prowadzone badania wykazano, iż jedynym pewnym postępowaniem jest wczesne badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Zaproponowany model badań przesiewowych winien pozwolić na kompleksową i wiarygodną wczesną diagnostyką raka jelita grubego.

Rak żołądka, pomimo obserwowanego trendu zapadalności, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych. W Polsce obserwuje się ponad 5500 nowych zachorowań rocznie, co pod względem częstości występowania stanowi 3 miejsce wśród mężczyzn oraz 8 miejsce wśród kobiet. Współczynnik zapadalności na raka żołądka w Polsce wynosi odpowiednio – 19,1 na 100 tys. dla mężczyzn oraz 10,2 na 100 tys. dla kobiet. Wykrycie raka żołądka we wczesnym stadium zaawansowania pozwala na wyleczenie chorego, gdyż odsetek 5-letnich przeżyć wynosi ponad 90%.

5. Profilaktyka raka tarczycy.

Schorzenia gruczołu tarczowego są jedną z częściej występujących patologii na obszarze niedoboru jodu i dotyczą około 10-20% populacji. Wśród tych schorzeń szczególnej uwagi wymaga rak tarczycy, który pomimo generalnie niezłych wyników leczenia chirurgicznego, stanowi stały problem diagnostyczny, szczególnie dlatego, że jego częstość wyraźnie rośnie w całej polskiej populacji. Rak tarczycy stwierdza się obecnie u co 10-tego chorego leczonego operacyjnie z powodu wola. Utrzymuje się wysoki stopień zapadalności na raka tarczycy zwłaszcza u kobiet powyżej 4 –tej dekady życia. Wczesne wykrycie raka tarczycy oparte na badaniu palpacyjnym tarczycy, USG i biopsji aspiracyjnej stwarza w większości przypadków szansę 100% wyleczeń.

6. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest nową, przyjętą na całym świecie nazwą choroby łączącej cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Przez wiele lat głównym objawem jest kaszel, który jest lekceważony. Chory zgłasza się do lekarza zwykle, kiedy zaczyna odczuwać duszność podczas wysiłku. W tym czasie, ponad połowa rezerw czynnościowych płuc jest już bezpowrotnie utracona. Leczenie w tym okresie jest już tylko objawowe, kosztowne i nie hamuje rozwoju choroby. Główną przyczyną POChP jest palenie tytoniu. Zaprzestanie palenia tytoniu we wczesnym okresie choroby powoduje zahamowanie jej postępu i może zapobiec powstaniu jej ciężkich postaci. Na POChP umiera w Polsce ponad 14 000 osób rocznie. Jest to czwarta z kolei główna przyczyna zgonu, po chorobach serca i naczyń, nowotworach i urazach.

Aktualnie brak jest pełnych danych epidemiologicznych, dotyczących występowania POChP w populacji ogólnej w Polsce. Szacuje się jednak, że pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej może pozostawać nawet do 10% pacjentów cierpiących na to schorzenie. Około 20% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych to chorzy na POChP i jej powikłania. Wyższą chorobowość stwierdza się w starszych grupach wiekowych. Na POChP częściej chorują palacze tytoniu (przynajmniej 10 paczkolet), a także osoby narażone na zanieczyszczenia środowiska i z obciążeniami rodzinnymi. Chorzy na POChP częściej zapadają na infekcje układu oddechowego. Czasami jednak objawy kliniczne są mało charakterystyczne i mogą ograniczać się wyłącznie do kaszlu, w bardziej zaawansowanych przypadkach połączonego z odkształcaniem płucociny i dusznością.

Złotym standardem w zakresie rozpoznawania POChP jest badanie spirometryczne, stanowiące czułą i swoistą metodę rozpoznawania choroby.

7. Profilaktyka astmy oraz chorób alergicznych.

Program w całości realizowany ze środków Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Astma oskrzelowa to przewlekła choroba dróg oddechowych o podłożu zapalnym, charakteryzująca się wzrostem reaktywności oskrzeli na różne bodźce. W przebiegu klinicznym choroby obserwuje się powtarzające się ataki duszności i/lub kaszlu. W badaniu fizykalnym, wykonanym w trakcie napadu stwierdza się zwykle cechy obturacji (fureczenia i świsty). W licznych przypadkach choroba przebiega ze skąpyimi objawami, a jej rozpoznanie jest znacznie opóźnione. Mimo ubogiej manifestacji klinicznej, toczący się proces zapalny może prowadzić do remodelingu – nieodwracalnych zmian w strukturze oskrzeli, mogących być w przyszłości przyczyną niewydolności oddechowej i związanego z nią kalectwa. Wieloośrodkowe badania epidemiologiczne, przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne na wzór

międzynarodowego badania ISAAC, wykazały, że astma oskrzelowa występuje u 8,6% populacji dziecięcej w naszym kraju. W Krakowie jej rozpowszechnienie jest jeszcze większe i wynosi 10,1%, ale i tak według wielu ekspertów może być to wielkość zaniżona. Blisko 90% przypadków astmy dziecięcej to astma atopowa. Na astmę znacząco częściej chorują dzieci, których rodzice lub rodzeństwo cierpią na astmę lub inne choroby atopowe.

Rozpoznanie astmy opiera się na prawidłowo zebranych wywiadzie, uzupełnionym o badania fizykalne oraz badania dodatkowe. Wśród tych ostatnich największe znaczenie ma badanie spirometryczne, które prawidłowo może wykonać dopiero dziecko około siódmego roku życia. Stwierdzenie obturacji z dodatnim testem odwracalności (wzrost FEV1 co najmniej o 15% wartości początkowej po upływie 15-20 minut od podania krótko działającego β_2 mimetyku) w zasadzie jest podstawą rozpoznania astmy. Prawidłowa czynność oskrzeli w trakcie badania nie wyklucza jednak choroby, a jej stwierdzenie może wymagać bardziej specjalistycznych badań (np. test nadreaktywności oskrzeli). W ustaleniu etiologii schorzenia najbardziej przydatne mogą być testy skórne z wykorzystaniem rozpowszechnionych alergenów wziewnych.

8. Profilaktyka wad postawy

Program w całości realizowany ze środków Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej.

Idiopatyczna skolioza odpowiada za co najmniej 65% przypadków bocznego skrzywienia kręgosłupa o kącie równym lub większym od 11 stopni, stwierdzanych u ludzi dorosłych. Schorzenie to rozwija się w okresie dzieciństwa, a najczęściej stwierdza się je u dzieci dziesięcioletnich. Dane z różnych badań wskazują na to, że dalsza progresja skrzywienia o 5 lub więcej stopni dotyczy od 5 do aż 90% dzieci poddanych badaniom przesiewowym, w zależności od ich wieku, płci oraz dojrzałości kośćca. Jednak w 25 do 75% przypadków skrzywienie może nie ulec zmianie, a w 3-12 % może nawet ulec zmniejszeniu. Mniejszą progresję zmian stwierdza się u dzieci starszych z bardziej dojrzałym układem kostno-stawowym, oraz tych, u których stwierdzone początkowo skrzywienie było mniejsze. Bardziej niekorzystnie rokują zmiany stwierdzone u dziewczynek w wieku poniżej 15 roku życia. Potencjalne konsekwencje skoliozy obejmują bóle pleców, deformacje o charakterze kosmetycznym, a także szkody w sferze psychospołecznej, tak w dzieciństwie (niska samoocena, izolacja w gronie rówieśników), jak i w życiu dorosłym (trudności w uzyskaniu pracy oraz znalezieniu partnera życiowego, niska samoocena, ograniczenia w życiu zawodowym i społecznym).

Powikłania ze strony układu oddechowego (POChP), jakkolwiek możliwe, dotyczą jedynie niewielkiego odsetka chorych z bardzo dużymi skrzywieniami. Jednak dolegliwości w tej grupie pacjentów zwykle rozwijają się burzliwie, a w związku z tym istnieje mała szansa, by mogły być niezauważone. Potencjalne leczenie obejmuje gorsetowanie, programy rehabilitacji ruchowej, stymulację elektryczną (LESS), a w skrajnych postaciach także interwencję chirurgiczną. W piśmiennictwie fachowym istnieją doniesienia na temat skuteczności terapii zachowawczej, jakkolwiek rzeczywiste korzyści odległe trudne są do oceny, głównie z powodu braku stosownych badań w tym zakresie.

Złotym standardem w rozpoznawaniu skrzywień bocznych kręgosłupa jest radiogram A-P, wykonany w pozycji stojącej. Metoda ta jednak ze zrozumiiałych względów nie może być stosowana do badań przesiewowych u bezobjawowej populacji dzieci. Najlepiej udokumentowaną metodą skринingu jest badanie fizykalne obejmujące także test zgięciowy Adamsa. Czułość i swoistość takiego badania jest zróżnicowana i zależy od wielu przyczyn. Pozytywna wartość prognostyczna testu jest niska, głównie z uwagi na względnie rzadkie występowanie klinicznie znamienych skrzywień w ogólnej populacji dzieci. Konsekwencją tej sytuacji jest fakt, że stosunkowo duża liczba dzieci ze wstępną diagnozą skoliozy po dokładniejszym przebadaniu okaże się wolna od tego schorzenia. Mimo to jednak skринing w kierunku skoliozy w wielu krajach jest wciąż zalecany, a nawet obowiązkowy (np. USA). Chodzi przede wszystkim o wychwycenie przypadków skoliozy u dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym lub patologicznych, zaniedbujących z różnych przyczyn troskę o zdrowy rozwój dziecka. W naszych warunkach takie postępowanie znajduje dodatkowe uzasadnienie. W Polsce kompleksowa ocena stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym, obejmująca wady postawy, wykonywana jest w 10 roku życia, kolejna dopiero za cztery lata. Jak wynika z badań epidemiologicznych, okres pomiędzy pierwszą a drugą oceną to czas, w którym rozwija się największa liczba istotnych klinicznie przypadków skoliozy.

9. Profilaktyka powtórnego udaru mózgu

Udar mózgu wg definicji WHO jest zespołem klinicznym charakteryzującym się nagłym wystąpieniem ogniskowego a czasem również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny. W większości krajów na świecie udary stanowią trzecią co do częstości przyczynę śmierci i główny powód trwałego upośledzenia sprawności i niesamodzielności osób dorosłych. Liczbę zgonów z powodu udaru mózgu na świecie szacuje się na 4,6 mln rocznie. Społeczne znaczenie udaru wynika zarówno z częstości jego występowania (współczynniki zapadalności w Europie mieszczą się w granicach 47-198/100 tys. dla kobiet i 101-285 dla mężczyzn), jak i wysokiej wczesnej i późnej śmiertelności oraz trwałej niesprawności fizycznej i psychicznej u znacznej części osób, które przeżyły.

W Polsce rejestruje się około 60 000 nowych zachorowań na udar rocznie. Współczynniki zapadalności na udar mózgu wynoszą 125/100 tys. u kobiet oraz 177/100 tys. u mężczyzn i mieszczą się w granicach wartości średnich szacowanych dla krajów europejskich. Natomiast współczynniki umieralności okołoudarowej należą do najwyższych w Europie i wynoszą 47-50 na 100 tys. wśród mężczyzn oraz 30 na 100 tys. rok wśród kobiet.

Jedyną metodą leczenia udaru mózgu o potwierdzonej dotychczas skuteczności jest podawanie tkankowego aktywatora plazminogenu. W związku z tym, że do leczenia tą metodą kwalifikuje się jedynie 3% chorych, najważniejsze staje się zapobieganie chorobie. Podstawę prewencji pierwotnej, jak i wtórnej, stanowi identyfikacja i modyfikacja czynników ryzyka. Wstępne określenie czynników ryzyka może dać informację o możliwości kolejnego nawrotu incydentu naczyniowego lub ewolucji przemijających incydentów naczyniowych w kierunku dokonanego udaru. Pełna identyfikacja czynników ryzyka ma zatem kolosalne znaczenie dla podjęcia działań profilaktycznych oraz wyboru postępowania i sposobu leczenia. Ustalono wiele czynników ryzyka udaru niedokrwionego mózgu, które można podzielić na niemodyfikowalne i potencjalnie modyfikowalne. Pierwszą grupę stanowią te czynniki, na które nie można wpłynąć żadnymi działaniami prewencyjnymi. Druga grupa to te, które poddają się działaniom modyfikującym (poprzez działania ściśle medyczne i odpowiednie postępowanie profilaktyczne) i ich chociaż częściowe opanowanie może zmniejszyć ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Wśród niemodyfikowalnych czynników

ryzyka wyróżnia się: wiek, płeć, rasę, czynniki genetyczne i etniczne. Do najważniejszych potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka zalicza się: nadciśnienie tętnicze, choroby serca, miażdżycę, cukrzycę, zaburzenia w gospodarce lipidowej, przebyty udar mózgu, nikotynizm, niską aktywność fizyczną. Najsilniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka udaru niedokrwionego mózgu jest nadciśnienie tętnicze. Redukcję ciśnienia powoduje nie tylko leczenie farmakologiczne, ale zmiana nawyków żywieniowych i obniżenie wagi ciała. Systematyczne leczenie nadciśnienia tętniczego może zmniejszyć ryzyko udaru o około 36-40%. Również leczenie migotania przedsionków i innych chorób serca, dobra kontrola poziomu glikemii w przypadku cukrzycy, wczesne wykrywanie nietolerancji glukozy, kontrola poziomu cholesterolu, zmiana stylu życia (zaniechanie palenia papierosów) może w znaczny sposób obniżyć ryzyko wystąpienia zarówno pierwszego, jak i kolejnego udaru mózgu. Należy pamiętać, że wystąpienie udaru jest bardzo poważnym obciążeniem chorego. Ryzyko kolejnego udaru u chorych z przebyłym incydentem udarowym wzrasta z każdym rokiem i przedstawia się następująco: do 30 dni po udarze wynosi 3-10%, do 1 roku 4-14%, w ciągu pięciu lat wynosi 25-40%. Istotne znaczenie dla funkcjonowania chorego po udarze mózgu ma częste występowanie takich powikłań, jak depresja poudarowa, ośpienie poudarowe, padaczka, występujące u – odpowiednio 40%, 30% i 8% pacjentów po przebyłym udarze mózgu. Wczesna identyfikacja i leczenie tych powikłań może w znacznym stopniu zmniejszyć niesprawność fizyczną i psychiczną oraz poprawić funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny.

Celem ogólnym programu wtórnej profilaktyki udaru mózgu jest ograniczenie zachorowalności na kolejny udar mózgu, poprzez identyfikację indywidualnego poziomu ryzyka pacjentów oraz wdrożenie indywidualnych programów promocji zdrowia. Program powinien być adresowany do wszystkich osób, będących mieszkańcami Krakowa, które przebyły udar mózgu.

Poza bezpośrednią pomocą wyselekcjonowanej grupie pacjentów w trakcie realizacji programu, na podstawie zebranych wyników zostaną opracowane wytyczne (dotyczące populacji Krakowa), mające na celu w przyszłości zmniejszenie zapadalności na kolejny udar mózgu oraz zostanie opracowany instruktaż dla lekarzy pierwszego kontaktu dotyczący prowadzenia pacjentów po udarze mózgu.

B. PODSTAWY, TRYB I ZASADY WYŁANIANIA ŚWIADCZENIODAWCÓW REALIZUJĄCYCH PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Podstawą wyłaniania świadczeniodawców realizujących programy profilaktyki zdrowotnej są:

- a. Ustawa o zakładach opieki zdrowej z dnia 30 sierpnia 1991r. (Dz. U. 91.91.408 z późn. zm.),
- b. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. 98.93.592),
- c. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. 02.69.642),

Wyłanianie świadczeniodawców realizujących programy profilaktyki zdrowotnej następuje w trybie konkursu ogłoszonego w prasie lokalnej przez Miasto Kraków, zgodnie z wymogami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

- Oferty składane są na formularzach ofertowych w terminie 30 dni od dnia ukazania się ogłoszenia prasowego.

Złożone oferty poddane zostają ocenie Komisji konkursowej powołanej zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa. Celem Komisji konkursowej jest wyłonienie ośrodków – realizatorów programów – zgodnie z art. 54 ust.1 pkt. 2 oraz art. 35 i 35a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991, poz. 408 z późn. zm). Z wyłonionymi w drodze konkursu świadczeniodawcami, realizującymi programy profilaktyczne, zawiera się umowy na okres 3 lat. Koordynatorzy merytoryczni (konsultanci wojewódzcy z danych dziedzin medycyny, odpowiadających zakresom programów), weryfikują realizatorów poszczególnych programów pod względem prawidłowości ich wykonywania. W przypadku negatywnej oceny koordynatora umowa jest rozwiązywana i Miasto ogłasza konkurs uzupełniający – celowy, ograniczony.

C. „MAŁA PROFILAKTYKA” – AUTORSKIE PROGRAMY ZAKRESU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA.

Poza wyżej zaproponowanymi do realizacji programami profilaktycznymi, zasadnym jest, aby część środków finansowych w ramach postępowania konkursowego corocznie przeznaczać na tzw. „małą profilaktykę”. Środki na realizację programów profilaktycznych w ramach tzw. „małej profilaktyki” przekazywane są na podstawie:

1. Ustawy o zakładach opieki zdrowej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. 91.91.408 z późn. zm.).
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. 98.93.592).
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. 02.69.642).

„Mała profilaktyka” ma na celu wspieranie, innych niż priorytetowe, programów prozdrowotnych (w tym edukacyjnych i szkoleniowych dla personelu medycznego), które będą realizowane jako fakultatywna część Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia – „Zdrowy Kraków”.

Istotą profilaktyki jest zapobieganie, wyprzedzanie celowym działaniem zdarzeń niepomyślnych, uprzedzanie możliwych niekorzystnych następstw stanów obecnych, które jeszcze nie zapowiadają późniejszych konsekwencji. Siłą profilaktyki zdrowotnej jest fakt, że przy zaangażowaniu zaledwie 10% ogółu kosztów przynosi ponad 80% pozytywnych efektów, jakie osiągamy wszystkimi dostępnymi działaniami w opiece zdrowotnej. To swoiste „panaceum” ma tylko jedno wymaganie – czas, gdyż działania podjęte dziś, przyniosą efekt za kilka lat, kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt. Dlatego największą wartość mają programy profilaktyczne skierowane do dzieci.

D. PROMOCJA I EDUKACJA ZDROWOTNA

Edukacja zdrowotna jest jednym z narzędzi upowszechniania zachowań prozdrowotnych. Można wyodrębnić modele edukacji zdrowotnej: model zorientowany na chorobę i model zorientowany na czynniki ryzyka.

Pierwszy z modeli to model edukacji przyjmującej za swój cel główny zapobieganie określonym jednostkom chorobowym. Proces edukowania służyć ma uświadamianiu związku między czynnikami ryzyka a możliwością wystąpienia choroby. Drugi z modeli za priorytet uznaje czynnik ryzyka, a proces edukacji sprowadza do uświadamiania zdrowotnych zagrożeń związanych z jego występowaniem. Oba modele

nie uwzględniają konieczności profilowania oddziaływań edukacyjnych pod kątem społecznych i środowiskowych uwarunkowań zachowań zdrowotnych, a tym samym dają małe szanse na ich pożądaną zmianę. Oddziaływanie edukacyjne, będące wynikiem korzystania z obu modeli, jest szczególnie mało efektywne w przypadku ludzi bardzo młodych, dla których perspektywa wystąpienia zaburzeń zdrowotnych jest odległa i nie stanowi wystarczającego argumentu do zmiany zachowań, a także w przypadku osób, którym sytuacja życiowa nie pozwala na zmianę sposobu życia np. z powodu ubóstwa. W związku z powyższym, należy zwracać uwagę na znaczenie środowiska jako czynnika istotnie warunkującego stan ludzkiego zdrowia. W najpełniejszy sposób przełożenia akcentu z jednostki i jej stylu życia na szeroko pojęte środowisko dokonała obecnie obowiązująca definicja promocji zdrowia, stanowiąca proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. W ramach operacyjnego rozwinięcia powyższej definicji promocja zdrowia zostaje utożsamiona ze „strategią mediacyjną między ludźmi i ich środowiskiem, łączącą wybór indywidualny ze społeczną odpowiedzialnością za zdrowie”.

Mieszkaniec Miasta nie może być biernym odbiorcą świadczeń. Istotną sprawą jest doprowadzenie do skutecznego uczestnictwa mieszkańców w definiowaniu problemów, podejmowaniu decyzji oraz działaniu na rzecz zmiany determinantów zdrowia. Spełnienie tego warunku wymaga interdyscyplinarnych działań i współpracy wszystkich zainteresowanych sektorów.

Współczesna wizja promocji zdrowia związana jest nie tylko z podnoszeniem poziomu wiedzy oraz umiejętności jednostki służących oddziaływaniu na czynniki determinujące zdrowie, ale także ze środowiskowym działaniem interwencyjnym, mającym na celu nasilenie czynników wspierających zdrowie oraz ograniczanie lub eliminację tych, które zdrowiu szkodzą. W tym kontekście zmienia się również rola edukacji zdrowotnej, której kolejny model zorientowany jest na zdrowie, a główny akcent położony jest nie na choroby i czynniki ryzyka, ale na ludzi i miejsca. Wykorzystanie tego modelu koncentruje się na budowaniu i wdrażaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanych na środowiska społeczne, charakterystyczne dla kształtowania zdrowia danej społeczności, jak np. środowisko szkoły, miejsca pracy oraz kluczowe grupy np. ludzie starsi, dzieci, bezrobotni.

Podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji jest przede wszystkim wspomaganie tworzenia warunków dla zmiany czyli podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia społecznego. Większego znaczenia nabierają takie działania edukacyjne, których zadaniem jest wskazywanie decydującym możliwości oraz różnych form działania wspierającego środowiskowe, gospodarcze i społeczne zmiany służące poprawie zdrowia ludności. Oddziaływanie edukacji staje się dwukierunkowe, z jednej strony skierowane na mieszkańców (jednostki i zbiorowości), z drugiej strony na grupy zawodowe.

Podsumowując należy zwrócić uwagę przy planowaniu działań prozdrowotnych, iż edukacja zdrowotna jest podstawową składową promocji zdrowia. Działania powinny mieć miejsce na różnych poziomach, począwszy od poziomu polityki zdrowotnej i społecznej, poprzez poziom środków przekazu, poziom grup społecznych, poziom środowisk instytucjonalnych, takich jak szkoła, miejsce pracy, placówki opieki zdrowotnej, aż po rodzinę i indywidualne osoby. Celem edukacji zdrowotnej powinna być nie tylko zmiana zachowań zdrowotnych jednostek, ale także wprowadzenie zmian skierowanych na rozwiązywanie problemów zdrowotnych.

Edukacja zdrowotna powinna obejmować:

1. Rozpowszechnienie dostępnej obecnie wiedzy na temat ryzyka chorób będących najczęstszymi przyczynami zgonów poprzez podjęcie akcji edukacyjnych, obejmujących mieszkańców Krakowa, a zwłaszcza dzieci i młodzież.
2. Prowadzenie akcji antynikotynowych, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, oraz monitorowanie odsetka palących, celem ewaluacji skuteczności prowadzonych akcji.
3. Prowadzenie akcji promujących zdrowy styl życia, programów popularyzujących zasady prawidłowego żywienia, czy programów uczących radzenia sobie ze stresem,
4. Kreowanie wizerunku młodego człowieka aktywnego fizycznie, wolnego od nałogów.
5. Skierowanie działań edukacyjnych nie tylko do pacjentów, ale również do personelu medycznego. Dostarczenie jak najpełniejszej informacji naukowej zawierającej argumenty na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i zdrowego stylu życia.
6. Docenienie i zaktywizowanie w realizacji strategii profilaktycznej takich partnerów, jak szkoła, lekarze POZ oraz pielęgniarki szkolne. Wskazanym byłoby dostosowanie etatyżacji do liczby uczniów, stworzenie odpowiedniego systemu motywacyjnego oraz przeszkolenie pielęgniarek w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i komunikacji interpersonalnej.
7. Dokładne, systematyczne informowanie mieszkańców o prowadzonych programach profilaktycznych i możliwości wzięcia w nich udziału. Rozpowszechnienie akcji promocyjnej z wykorzystaniem telewizji i prasy lokalnej.

3. FINANSOWANIE PROGRAMU

System ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia zakłada finansowanie bieżącej działalności opieki zdrowotnej z funduszy ubezpieczonych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym całość uzyskanych tą drogą środków pozostaje w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem, efektem odejścia od finansowania służby zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa jest nałożenie na jednostki samorządu terytorialnego ustawowych zadań z zakresu ochrony zdrowia bez zapewnienia środków na ich realizację. Wobec powyższego zadania w tym zakresie samorząd realizuje w miarę możliwości z własnego budżetu, jako zadania o charakterze fakultatywnym.

Źródła finansowania zadań wynikających z niniejszego Programu:

1. Środki finansowe pozostające w dyspozycji instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Środki Budżetu Miasta Krakowa.
3. Własne środki finansowe zakładów opieki zdrowotnej.
4. Środki budżetu państwa, zwłaszcza na realizację Narodowego Programu Zdrowia i programów resortowych.
5. Środki z Budżetu Województwa Małopolskiego.
6. Fundusze pomocowe i akcesyjne – z Unii Europejskiej.
7. Podlegające zwrotowi kredyty i pożyczki z instytucji finansowych (bankowych i leasingowych).

Prognoza źródeł finansowania Programu

Źródło finansowania	Główne przeznaczenie
Narodowy Fundusz Zdrowia (koszty świadczeń zdrowotnych).	Świadczenia zdrowotne, programy promocji zdrowia i prewencji chorób.
Budżet Miasta Krakowa (promocja zdrowia, dotacje inwestycyjne dla SPZOZ, wydatki na programy przeciwdziałania uzależnieniom).	Inwestycje modernizacje budynków, zakupy sprzętu i aparatury, programy promocji i prewencji (w tym przeciwdziałanie uzależnieniom).
Środki własne ZOZ.	Sprzęt i aparatura, modernizacje budynków.
Budżet Województwa Małopolskiego.	Inwestycje, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.
Budżet państwa (programy resortowe, programy restrukturyzacyjne).	Inwestycje, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, restrukturyzacja zatrudnienia, programy profilaktyki i promocji zdrowia.
Środki pomocowe (Bank Światowy, inne).	Opieka długoterminowa, modernizacje budynków.
Instytucje finansowe (kredyty, pożyczki, leasing).	Zakup sprzętu i aparatury medycznej. Restrukturyzacja zadłużenia.

Podane w poniższej tabeli środki finansowe przeznaczone na realizację zadań w układzie trzech najbliższych lat, od roku 2004 do roku 2006 mają charakter planu wieloletniego, należy jednak uwzględnić fakt, iż ich finansowe uszczegółowienie będzie miało miejsce w corocznie uchwalanym budżecie Miasta Krakowa. Środki finansowe przeznaczone na realizację zadań opisanych w tabeli w roku 2003 zostały umieszczone dla porównania.

Planowanie środków finansowych z budżetu Miasta Krakowa na lata 2004-2006

Zadanie	Kwoty zaplanowane na poszczególne lata w tys. zł			
	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006 r.
Programy profilaktyczne	2 210 plus 150 GFOŚ	2 300 plus 200 GFOŚ	2 500 plus 200 GFOŚ	2 700 plus 200 GFOŚ
Programy przeciwdziałania uzależnieniom	11 000	10 000*	10 000*	10 000*
Ratownictwo medyczne	300	300	300	300
Inwestycje SPZOZ modernizacje budynków oraz zakup sprzętu i aparatury	3 289	3 300	3 350	3 400
Razem	16 949	16 100	16 350	16 600

*wysokość środków uzależniona jest od wysokości opłat za zezwolenia na obrót i handel napojami alkoholowymi

Planowanie zadań budżetowych na lata 2004-2006

Zadanie	Kwoty zaplanowane na poszczególne lata w tys. zł		
	2004	2005	2006
2004-2006			
1. Profilaktyka miażdżycy i cukrzycy typu II. 2. Wczesne rozpoznawanie raka piersi. 3. Wczesne rozpoznawanie raka szyjki macicy. 4. Profilaktyki nowotworów przewodu pokarmowego. 5. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. 6. Profilaktyka astmy oraz chorób alergicznych. 7. Profilaktyka powtórnego udaru mózgu. 8. Mała profilaktyka	2 300 (+ 200 GFOŚ)	2 500 (+ 200 GFOŚ)	2 700 (+ 200 GFOŚ)
Program przeciwdziałania uzależnieniom	10 000*	10 000*	10 000*
Ratownictwo Medyczne – Centrum Powiadamiania Ratunkowego.	300	300**	300**
- Modernizacja budynków i poprawa infrastruktury SPZOZ - Likwidacja barier architektonicznych - Zakup sprzętu i aparatury medycznej	3 300	3 350	3 400
Razem	16 100	16 350	16 600

*wysokość środków uzależniona jest od wysokości opłat za zezwolenia na obrót i handel napojami alkoholowymi,

**wysokość środków uzależniona od wysokości dotacji z budżetu Państwa.

4. REALIZACJA PROGRAMU

Najważniejsi partnerzy w realizacji Programu:

1. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. Małopolski Urząd Wojewódzki.
4. Małopolski Urząd Marszałkowski.
5. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza.
6. Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego.
7. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ul. Wielicka 267.
8. Konsultanci wojewódzcy.
9. Powiatowy i Wojewódzki Inspektor Sanitarny.
10. Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy.
11. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.
12. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego.
13. Zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki pielęgniarские.
14. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe.
15. Okręgowa Izba Lekarska.
16. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych.
17. Związki zawodowe zawodów medycznych.
18. Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego.
19. Kolegium Lekarzy Rodzinnych.
20. Państwowa Straż Pożarna.
21. Policja.
22. Organizacje pozarządowe.
23. Środki masowego przekazu.
24. Towarzystwo Promocji Jakości w Ochronie Zdrowia.
25. Urząd Statystyczny.
26. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

5. MONITOROWANIE, OCENA I SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Realizacja Programu będzie monitorowana nie rzadziej niż raz do roku i nie częściej niż raz na kwartał. Przedmiotem monitorowania będą wybrane wskaźniki oceny efektów realizacji.

Wskaźniki	2003	2004	2005	2006
Mierniki stanu zdrowia populacji				
- urodzenia żywe				
- umieralność ogólna				
- umieralność niemowląt				
- umieralność:				
a) z powodu nowotworów				
b) na choroby układu krążenia,				
c) na choroby układu oddechowego,				
d) z powodu urazów i zatruc,				
- zapadalność na nowotwory				
- dane epidemiologiczne (zachorowalność)				
- zapadalność na choroby zakaźne				
Częstość występowania upośledzenia i inwalidztwa				
Dostępność do świadczeń ambulatoryjnych (czas oczekiwania badany kwartalnie)				
Zasoby ochrony zdrowia				
Liczba pacjentów objętych specjalistycznymi miejskimi programami profilaktycznymi				
Umieralność przedszpitalna				
Liczba pacjentów objętych programami terapii uzależnień				
Liczba łóżek szpitalnych w mieście Krakowie				
Czas pobytu w szpitalach w mieście Krakowie				
Liczba hospitalizacji w mieście Krakowie				
Średnie koszty hospitalizacji w mieście Krakowie				
Wielkość nakładów inwestycyjnych na szpitalnictwo w mieście Krakowie				

Efektem, prowadzonej w oparciu o powyższe wskaźniki, oceny realizacji Programu będzie przygotowywany corocznie (wraz z wnioskami) *Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach.*