

Część I

Załącznik nr 1
do uchwały Nr XXXIV/558/15
Rady Miasta Krakowa z dnia
16 grudnia 2015 r.

MIEJSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA „ZDROWY KRAKÓW 2016–2018”

Kraków 2015 r.

Spis treści:

Część I.

I. Wprowadzenie

str. 3

II. Uwarunkowania działań miasta Krakowa w obszarze ochrony zdrowia - wybrane aspekty dotyczące sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych.

str. 7

III. Cele i kierunki realizacji Programu.

1. Lecznictwo

str. 29

1.1 Lecznictwo otwarte

str. 29

1.2 Lecznictwo zamknięte

str. 31

2. Państwowe ratownictwo medyczne

str. 42

3. Profilaktyka i promocja zdrowia

str. 48

4. Medycyna szkolna

str. 53

5. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i przewlekle chorą

str. 56

6. Uzdrowisko Swoszowice

str. 67

7. Zaopatrzenie mieszkańców miasta Krakowa w leki.

str. 71

IV. Sposoby sprawozdawczości

str. 72

Spis tabel:

Tabela Nr 1

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

str.10

Tabela Nr 2

Przeciętne trwanie życia noworodka.

str.12

Tabela Nr 3

Liczba ludności w mieście Krakowie.

str.13

Tabela Nr 4

Przeciętne dalsze trwania życia dla mężczyzn w latach 2007-2012 dla przedziału wiekowego 60-65 lat.

str.14

Tabela Nr 5

Przeciętne dalsze trwania życia dla kobiet w latach 2007-2012 dla przedziału wiekowego 60-65 lat.

str.14

Tabela Nr 6. Średni czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

str.26

Tabela Nr 7 Placówki lecznictwa stacjonarnego na terenie miasta Krakowa w 2014 roku .

str.31

Tabela Nr 8 Placówki lecznictwa stacjonarnego publiczne i niepubliczne na terenie miasta Krakowa – liczba łóżek łącznie z oddziałami neonatologicznymi(wg stanu na 31.12.2014 r).

str.32

Tabela Nr 9 Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych z wykształceniem średnim w 2014 roku w mieście Krakowie.

str.34

Tabela Nr 10 Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego z wykształceniem wyższym w 2014 roku w mieście Krakowie.

str.35

Tabela Nr 11 Zestawienie ilości łóżek w latach 2012 – 2014 wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku w miejskich podmiotach leczniczych.

str.37

Tabela Nr 12

Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego na terenie miasta Krakowa.

str.44

Tabela nr 13

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

str.69

Część II.

Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2016-2018.

str.73

Część I

I. Wprowadzenie.

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

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

Niezależnie od kompleksowego monitorowania realizacji celów operacyjnych zawartych w poszczególnych Miejskich Programach Ochrony Zdrowia, które odbywa się poprzez przygotowywane przez Urząd Miasta Krakowa Raporty i sprawozdania należy zwrócić uwagę, że zadania z zakresu zdrowia publicznego wykonywane przez Gminę Miejską Kraków, pomimo fakultatywnego charakteru mają istotne znaczenie dla poprawy zdrowia mieszkańców.

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

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

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

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

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

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 2) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- 3) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 4) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
- 6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym do zadań Miasta należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia. Natomiast zgodnie z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej. Szczególnie te, które dotyczą ważnych zjawisk epidemiologicznych, problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniodawców, wdrażania nowych przedsięwzięć profilaktycznych. Podejmowanie zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia, prezentowanych w niniejszym Programie, a w szczególności finansowanie przez Gminę programów polityki zdrowotnej stanowi uzupełnienie profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia).

Realizację powyższych regulacji stanowi Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”, zwany dalej Programem, który stanowi również rozwinięcie celów operacyjnych, zawartych w „Strategii Rozwoju Krakowa”, przyjętej Uchwałą Rady Miasta Krakowa Nr LXXV/742/05 z dnia 13 kwietnia 2005 r. z uwzględnieniem Zarządzenia Nr 2664/2013 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 13 września 2013 r. w sprawie przyjęcia założeń organizacyjno-metodologicznych do aktualizacji Strategii Rozwoju Krakowa.

Cel operacyjny I-5: „Zapewnienie mieszkańcom właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego” został określony w „Strategii Rozwoju Krakowa”, jako jedno z najistotniejszych zadań władz samorządowych.

Realizacja Celu Operacyjnego I-7 Strategii Rozwoju Krakowa: Tworzenie warunków udziału w rozwoju społeczności osobom i grupom zagrożonym wykluczeniem będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

1. Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, przyjmowany corocznie przez Radę Miasta Krakowa.
2. Powiatowy program działania na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2015 – 2018.
3. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa na lata 2015 – 2020.
4. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016 – 2018 (Odnosząc się do sfery ochrony zdrowia psychicznego niniejszy Program jest spójny z Miejskim Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego, formułującym cele i zadania Gminy Miejskiej Kraków w obszarze szeroko rozumianego zdrowia publicznego).

Realizacja Celu Operacyjnego I-1 Strategii Rozwoju Krakowa: Poprawa stanu środowiska przyrodniczego będzie podejmowana poprzez działania określone w odrębnych programach kierunkowych, przyjmowanych do realizacji przez Radę Miasta Krakowa:

1. Program Ochrony Środowiska dla miasta Krakowa na lata 2012-2015 z uwzględnieniem zadań zrealizowanych w 2011 r. oraz perspektywą na lata 2016-2019.
2. Program ochrony środowiska przed hałasem dla Miasta Krakowa.
3. Program Ograniczania Niskiej Emisji dla Miasta Krakowa.
4. Plan Gospodarki Odpadami Województwa Małopolskiego.
5. „Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego” obejmujący swoim zakresem Aglomerację Krakowską.

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

- utrzymanie dobrej tendencji związanej z poprawą wskaźników zdrowotnych;
- dalsza poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów;
- dalszy wzrost efektywności wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia;
- dalsza poprawa zasobów infrastruktury podmiotów leczniczych.

Opieka zdrowotna w Krakowie finansowana jest z następujących źródeł:

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

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

- 1) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminny, zgodnie, z którą do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty z zakresu spraw ochrony zdrowia;

- 2) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, na mocy, której powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia (Gmina Miejska jako miasto na prawach powiatu);
- 3) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie, z którą do zadań własnych Miasta Krakowa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - a) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
 - b) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
 - c) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.
- 4) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wraz z aktami wykonawczymi; z której wynika nadzór właścicielski Gminy Miejskiej Kraków jako podmiotu tworzącego wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie)
- 5) ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty wraz z aktami wykonawczymi; w zakresie odnoszącym się do bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole lub placówce: działalność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych (dyrektor szkoły lub placówki oświatowej zapewnia bezpieczne i higieniczne warunki pobytu na jej terenie).
- 6) ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 7) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne w ramach ustalania rozkładu pracy aptek ogólnodostępnych,
- 8) ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych – w granicach administracyjnych Miasta Krakowa znajduje się „Uzdrowisko Swoszowice”, realizowane są zadania własne gminy związane z zachowaniem funkcji leczniczych Uzdrowiska,
- 9) ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,
- 10) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii– zadania własne Gminy wynikające z tej ustawy realizowane są w ramach odrębnego programu, uchwalanego corocznie przez Radę Miasta Krakowa – Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii.
- 11) ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zadania własne Gminy wynikające z tej ustawy realizowane są w ramach odrębnego programu, uchwalanego przez Radę Miasta Krakowa – Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
- 12) ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zgodnie z którą do zadań własnych Gminy (i powiatu) należy opracowanie i realizacja gminnej i powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wspierania osób niepełnosprawnych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka (określone w odrębnej Strategii).

Niniejszy dokument określa najbardziej istotne elementy polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków i wyznacza kierunki działania w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców, zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych oraz organizacji opieki zdrowotnej. Założenia Programu były konsultowane przez podmioty lokalnego systemu ochrony zdrowia: organy administracji publicznej – rządowej i samorządowej, samorzady zawodów medycznych, świadczeniodawców sektora

publicznego, jak i niepublicznego, instytucje zdrowia publicznego, konsultantów województwa małopolskiego z danych dziedzin medycyny, organizacje pozarządowe. Przebieg oraz podsumowanie konsultacji znajduje się w odrębnym opracowaniu.

Program obejmuje przedstawienie aktualnego stanu w zakresie ochrony zdrowia oraz propozycje planowanych celów do realizacji w kolejnych latach wraz z działaniami operacyjnymi związanymi z realizacją zadań i zawiera:

- informację dotyczącą aktualnego stanu zdrowotnego w Krakowie;
- cele polityki zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków;
- „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2016–2018”;

W opracowaniu Programu wykorzystano dokumenty i dane pochodzące w szczególności z:

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

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

II. Uwarunkowania działań miasta Krakowa w obszarze ochrony zdrowia - wybrane aspekty dotyczące sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych.

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

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

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

Demografia.

Nauka o ludności, w której określa się stan i strukturę, ruch naturalny oraz migracje populacji ludzkiej na określonym terenie i w określonych warunkach historycznych.

Epidemiologia.

Nauka o przyczynach i prawach szerzenia się chorób w populacji ludzkiej, o zapobieganiu im i sposobach walki z nimi. W szerokim znaczeniu jest to nauka o czynnikach wpływających na częstość występowania i rozpowszechniania się chorób w środowisku życia w populacji ludzi oraz o rozpowszechnianiu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem, stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz jako dyscyplina służąca do kontroli problemów zdrowotnych.

Liczba ludności

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

-zamieszkałą (de iure) – tj. osoby stale przebywające w danym miejscu lub w nim zameldowaną (nawet jeśli w danym momencie jest nieobecna)

-obecną (de facto) – tj. osoby zastane w danym miejscu, nawet jeśli ich pobyt jest chwilowy.

Istotnym jest ustalenie liczby ludności w określonym wybranym momencie (np. stan na dzień 31 grudnia danego roku). W okresach międzyspisywanych informacji o liczbie ludności dostarcza ewidencja bieżąca prowadzona przez odpowiednie urzędy lub oblicza się go przy użyciu metod statystycznych. Liczba ludności zmienia się nie tylko w dłuższych okresach, ale i sezonowo (np. w okresie urlopów) czy dobowych (centra dużych miast, tzn. city, wyludniające się po godzinach pracy) – wiąże się to ze zjawiskiem migracji ludności.

Przyrost naturalny

Różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów.

Chorobowość

Przedstawia się w postaci współczynnika chorobowości, który można zdefiniować jako:

Liczba osób chorujących na daną chorobę w danym momencie / Liczba osób w populacji objętej ryzykiem w tym samym momencie $\times k$ (k - przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika chorobowości w postaci liczby osób przypadających standardowo na liczbę osób w populacji narażonej, np. 100 000 osób). Współczynnik obliczany jest w danym przedziale czasu, przeważnie roku. Chorobowość od zapadalności różni długość trwania choroby i okres, w którym dokonana jest analiza. W przypadku chorób trwających krócej niż przyjęty do analiz okres sprawozdawczy, liczba osób chorych będzie równa liczbie nowych osób, które zachorowały. Dla chorób przewlekłych pomiędzy zapadalnością a chorobowością zachodzi związek wyrażony równaniem:

Chorobowość = zapadalność \times czas trwania choroby

Oczekiwana długość życia

Jeden z podstawowych wskaźników oceny stanu zdrowia społeczeństwa, świadczący o stanie zdrowia całej populacji, jakości opieki zdrowotnej czy warunków życia społeczności. Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia jest to liczba lat, jaką może przeżyć nowo narodzone dziecko przy założeniu, że prawdopodobieństwo zgonu w każdym roku jego życia nie zmienia się i będzie równe temu, jakie określono dla momentu urodzenia. Oczekiwana długość życia można obliczyć nie tylko dla momentu urodzenia, ale dla każdego wieku. Między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn występuje zazwyczaj różnica z korzyścią dla kobiet, co jest wynikiem zjawiska nadumieralności mężczyzn (wyższa umieralność mężczyzn niż kobiet).

Przeciętne (średnie) dalsze trwanie życia jest to wskaźnik liczony w oparciu o jednolitą metodologię zalecaną przez WHO. Wyraża on średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba pochodząca z określonej zbiorowości

Śmiertelność

Odsetek zgonów wśród chorych na określoną chorobę. Współczynnik śmiertelności wyrazić można za pomocą wzoru: Liczba zgonów z powodu choroby w określonym przedziale czasu $\times k$ / Liczba zdiagnozowanych przypadków tej choroby w tym samym czasie

(k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika śmiertelności w postaci liczby zgonów przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób chorujących na daną chorobę, np. 1000 osób).

Umieralność niemowląt

Przedstawiona jest w postaci współczynnika umieralności niemowląt, który można zdefiniować jako: Liczba zgonów w ciągu pierwszego roku życia w danym czasie x k /Liczba żywych urodzeń w ciągu tego samego czasu

(k - przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika umieralności niemowląt w postaci liczby zgonów przypadających na liczbę żywych urodzeń w populacji narażonej, zazwyczaj 1000 osób).

Umieralność ogólna

Jeden z głównych terminów opisujących zdrowie populacji; umieralność przedstawiona jest w postaci współczynnika umieralności i można ją przedstawić za pomocą wzoru:

Liczba zgonów w określonym czasie x k / Średnia liczba osób populacji w tym samym czasie

(k - przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika umieralności w postaci liczby zgonów przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób w populacji narażonej, np. 100 000 osób). Współczynniki szczegółowe dotyczą poszczególnych chorób lub grup wiekowych.

Urodzenia żywe

Całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, niezależnie od okresu trwania ciąży, który po takim oddzieleniu oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych), bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone; każdy taki noworodek jest uważany za żywo urodzonego. Urodzenia żywe wyrażane są zazwyczaj jako wskaźnik na 1000 ludności.

Współczynnik zapadalności

Miara prawdopodobieństwa zachorowania osób zdrowych na daną chorobę w określonym przedziale czasu. Współczynnik nowych przypadków pojawiających się w populacji. Jego licznikiem jest liczba nowych przypadków pojawiających się w określonym przedziale czasu. Mianownikiem jest wielkość populacji narażonej na ryzyko pojawienia się choroby w tym samym przedziale czasu.

Zapadalność

Podstawowa miara występowania choroby. Liczba przypadków rozpoczynającej się choroby lub osób na nią zapadających w określonym przedziale czasu, w obrębie danej populacji.

Starzenie się społeczeństw

Proces demograficzny zmierzający do zwiększenia udziału ludzi starszych w populacji.

Wśród przyczyn starzenia się społeczeństw wymienić można: wydłużenie okresu dalszego trwania życia, spadek płodności czy rozwój medycyny. Zjawisko starzenia się społeczeństw powoduje wzrost kosztów ubezpieczeń i świadczeń zdrowotnych i socjalnych.

Wiek poprodukcyjny

Przedział wiekowy przyjęty w statystyce w celach ekonomicznych. Wg GUS w wieku poprodukcyjnym znajdują się mężczyźni w wieku 65 lat i więcej i kobiety w wieku 60 lat i więcej.

Wiek produkcyjny

Przedział wiekowy przyjęty w statystyce w celach ekonomicznych; obejmuje ludność wykonującą pracę, która przynosi dochód oraz zarejestrowanych bezrobotnych. Wg GUS w wieku produkcyjnym znajdują się mężczyźni pomiędzy 18-64 rokiem życia i kobiety pomiędzy 18-59 rokiem życia.

Wiek przedprodukcyjny

Przedział wiekowy przyjęty w statystyce w celach ekonomicznych. Wg GUS w wieku przedprodukcyjnym znajdują się mężczyźni i kobiety poniżej 18 roku życia.

Współczynnik zgonów

Najczęściej stosowana miara umieralności. Posiada trzy zasadnicze elementy:

- 1) grupę populacji narażoną na ryzyko zgonu,
- 2) czynnik czasowy,
- 3) liczbą zgonów występujących się w narażonej populacji w określonym przedziale czasu.

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

Migracja

Wędrownictwo ludności mająca na celu zmianę miejsca pobytu. Przemieszczanie się ludności jest całkowicie naturalnym zjawiskiem. Nasilenie się migracji może nastąpić m.in. z przyczyn złej sytuacji gospodarczej w miejscu zamieszkania (migracje ekonomiczne) lub sytuacji politycznej nie odpowiadającej migrującym (migracje polityczne). Osobnym zjawiskiem są migracje ze wsi do miast.

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

II. 1 Wybrane dane demograficzne:

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

Według danych pochodzących z Rocznika Demograficznego Głównego Urzędu Statystycznego, stan na dzień 31 grudnia 2014, w Polsce mieszkało 38 478 602 osób.

Tabela Nr 1.

Ludność faktycznie zamieszkała w Polsce według płci w latach 2002 i 2011 (na podstawie spisów)

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

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Ludność wg płci na podstawie bilansów Głównego Urzędu Statystycznego

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2012 r.	38 533 299	18 649 334	19 883 965
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2013 r.	38 495 659	18 629 535	19 866 124
Ludność wg stanu na 31 grudnia 2014 r.	38 478 602	18 619 809	19 858 793
Różnica w latach 2012-2014 (w tys.)	-55	-30	-25

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Struktura wieku ludności faktycznej w latach 2002-2011 ulegała dynamicznym zmianom, co było głównie konsekwencją „przesuwania się” wyżów i niżów demograficznych przez poszczególne grupy wieku ludności oraz skutkiem zwiększonej emigracji Polaków za granicę, po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. W świetle wyników spisu w 2011 roku liczba ludności faktycznie zamieszkałej w miastach zmniejszyła się od poprzedniego spisu i wyniosła ok. 23 169 tys., co stanowiło ok. 60, 2 % ogółu. Zwiększyła się natomiast liczba ludności wiejskiej do ok. 15 332 tys. osób, co stanowiło 39,8%. Zmiany te spowodowane zostały w dużej mierze migracjami z dużych ośrodków miejskich na obrzeża miast. W 2011 roku najwięcej ludności faktycznie zamieszkałej liczyły województwa: mazowieckie, śląskie, wielkopolskie oraz małopolskie (8,8%). Struktura wieku ludności oraz proporcje ludności wg płci ulegały dynamicznym zmianom. W 2011 roku mężczyźni stanowili 47,9 % ogółu ludności, natomiast zwiększył się czynnik feminizacji: aktualnie na 100 mężczyzn przypada 109 kobiet.

Z danych za rok 2014 wynika, iż liczba ludności w porównaniu z wynikiem w roku 2012 zmniejszyła się o 55 tys. osób. We wszystkich przedstawionych w powyższej tabeli latach, widać przewagę liczbową kobiet nad mężczyznami. Najwyższa taka tendencja nastąpiła w roku 2012. W porównaniu z rokiem 2012, w roku 2014 zmniejszyła się liczba mieszkańców miast a zwiększyła liczba mieszkańców wsi. W 2014 najwięcej ludności zamieszkiwało województwa: mazowieckie, śląskie, wielkopolskie oraz małopolskie.

Według stanu na 31 grudnia 2014 województwo małopolskie ogółem zamieszkiwało 3 368 336 osób: 1 634 266 mężczyzn oraz 1 734 070 kobiet. W samym Krakowie liczba ludności wynosiła 761 873: mężczyźni w liczbie 355 242 oraz kobiety w liczbie 406 631. W województwie małopolskim w roku 2014 największą grupę stanowiły osoby w wieku 30-34 lata. W skali kraju tempo przyrostu naturalnego w roku 2014 było ujemne, w Małopolsce zaś było dodatnie, na poziomie +23. Przyrost naturalny w roku 2014 r. na 1000 ludności, w Małopolsce wyniósł 1,4 zaś w Krakowie 0,6.¹ Z danych na dzień 31 grudnia 2013 wynika, że współczynnik feminizacji jest wysoki, w Polsce na 100 mężczyzn przypada 107 kobiet zaś w samym Krakowie na 100 mężczyzn przypada 115 kobiet.²

Do roku 2050 w województwie małopolskim oraz samym Krakowie nadal utrzymywać się będzie przewaga kobiet nad mężczyznami.³ Wskaźniki demograficzne lokują Kraków w czołówce miast wojewódzkich w Polsce. W roku 2014 w Krakowie zamieszkiwało 760 700 osób, co stanowiło 23% ogólnej liczby ludności województwa małopolskiego (dane na dzień 30 września 2014r., źródło: Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa- IV kwartał 2014). Według informacji Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego również liczba ludności Krakowa będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035. W roku 2013 województwo małopolskie zamieszkiwało 3360,9 tys. osób. Prognozy wskazują na wzrost liczby osób do roku 2025 (wzrost o 1,4 % niż w roku 2013 r.). W kolejnych latach liczba ludności będzie zmniejszać się. W roku 2050 będzie niższa o 2,4 % niż w roku 2013.⁴

W 2014 żywych urodzeń w Krakowie było 7 549. W Małopolsce żywych urodzeń w roku 2014 było: 34 419, a w Polsce 103 802. Dla porównania urodzeń żywych w roku 2014 w dużych miastach takich jak Warszawa: było 19 511, Poznań: 5 663, Wrocław: 6587.

¹Biuletyn statystyczny miasta Krakowa, Małopolski Ośrodek Badań Regionalnych

² Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny

³ Biuletyn statystyczny miasta Krakowa, Małopolski Ośrodek Badań Regionalnych

⁴ K. Jakóbiak, Dyrektor US w Krakowie, prezentacja w ramach konferencji pt. „Opieka zdrowotna nad osobą starszą i niesamodzielną na terenie miasta Krakowa”, 17 kwietnia 2015 r. UMK

W 2014w Krakowie zgonów było: 7 061. W Małopolsce zgonów w roku 2014 było: 29611, a w Polsce 111 826. Dla porównania zgonów w roku 2014 w dużych miastach takich jak Warszawa: było 17 959, Poznań: 5 560, Wrocław: 6 506.

Opracowanie zlecone przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (źródło: „Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym, Polska 2012”, Warszawa 2012) zwraca uwagę, że istotnym wskaźnikiem trwania życia jest przeciętne (oczekiwane) trwanie życia. W latach 2007-2011 obserwowany był pozytywny trend w tym zakresie: we wszystkich województwach przeciętne trwanie życia noworodka wzrosło. W roku 2010 w województwie małopolskim wskaźnik długości życia wynosił: 77,4 (najwyższy obserwowano w woj. podkarpackim: 77,6, natomiast najniższy w woj. łódzkim: 74,6). Tabela poniżej przedstawia szczegółowe dane dotyczące przeciętnego trwania życia noworodka.

Tabela Nr 2

Przeciętne trwanie życia noworodka.

Jednostka terytorialna	Mężczyźni						Kobiety					
	Ogółem						Ogółem					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata	lata
POLSKA	71,0	71,3	71,5	72,1	72,4	72,7	79,7	80,0	80,1	80,6	80,9	81,0
MAŁOPOLSKIE	72,5	72,9	73,1	73,7	73,9	74,0	80,7	80,9	81,1	81,4	81,7	81,9
m. Kraków	73,5	74,1	74,2	75,1	75,6	75,1	80,6	81,0	81,4	81,5	81,9	82,0

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

*Trwanie życia w 2012 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa: 2013

Główny Urząd Statystyczny w perspektywie roku 2035 przewiduje (źródło: „Prognoza ludności na lata 2008-2035”, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2009) dalsze wydłużanie się trwania życia, co w ocenie tej instytucji będzie powodować wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym o 11 %.

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

Jednocześnie należy stwierdzić, że w mieście Krakowie nie ma zjawiska wyludnienia. Obserwuje się zjawisko dodatniej migracji. Szczegółowe dane dotyczące liczby ludności w latach 2006-2014 w mieście Krakowie przedstawia poniższa tabela.

Tabela Nr 3

Liczba ludności w mieście Krakowie.

Lata	Liczba ludności – miasto Kraków
2006	756 267
2007	756 583
2008	756 744
2009	755 000
2010	756 183
2011	759 137
2012	759 800
2013	758 992
2014	761 873

Źródło: Wydział Rozwoju Miasta UMK, „Raport o Stanie Miasta”

Istotne znaczenie przy ocenie liczby ludności ma również proces migracji. W roku 2006 saldo migracji dla miasta Krakowa wynosiło: „825”, w roku 2007: „358”, w roku 2008: „-62”, w roku 2009: „412”, w roku 2010 podobnie: „416”. Natomiast w roku 2011: „975”. W roku 2014 saldo migracji wynosiło 1 531.

W latach 1980-2007 zmieniła się struktura populacji w grupach ekonomicznych: nastąpił wzrost osób w grupie wieku poprodukcyjnym (z 11,4% w 1980 r. do 18% w 2007 r.), przy jednoczesnym spadku osób w grupie wieku przedprodukcyjnym (z 23,4% w 1980 r. do 15,7% w 2007 r.). W roku 2010 osoby w wieku poprodukcyjnym to 16 %, w wieku przedprodukcyjnym 23 %, natomiast w wieku produkcyjnym 44 %.

Według danych Urzędu Statystycznego w Krakowie, liczba mieszkańców Krakowa w wieku poprodukcyjnym (kobiet oraz mężczyzn) w latach 2007-2014 wynosiła odpowiednio:

- w roku 2007 – 113 360 osób, co stanowiło 15 % populacji;
- w roku 2008 – 139 356 osób, co stanowiło 18,5% populacji;
- w roku 2009 – 142 776 osób, co stanowiło 18,9% populacji;
- w roku 2010 – 146 450 osób, co stanowiło 19,4 % populacji;
- w roku 2011 – 152 534 osób, co stanowi 20 % populacji;
- w roku 2014 – 164 232 osób, co stanowi 21,5 % populacji;

Zgodnie z opracowaniem Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (źródło: „Przemiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa: konsekwencje dla lokalnych rynków pracy w Polsce”, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, styczeń 2013 r.) istnieje możliwość porównywania stanu zdrowia w skali międzynarodowej na podstawie wskaźnika średniego trwania życia bez niepełnosprawności. W roku 2012 średnia lat życia osób w wieku 65 lat w Polsce wynosiła 6,8 dla mężczyzn i 7,4 dla kobiet. Są to wartości niższe od średniej europejskiej (8,8 dla mężczyzn i 9 dla kobiet) i prawie połowę niższe niż w Szwecji. Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące przeciętnego trwania życia dla kobiet i mężczyzn w latach 2007-2012 dla przedziału wiekowego 60-65 lat w odniesieniu do Polski, Małopolski i miasta Krakowa.

Tabela Nr 4

Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn w latach 2007-2012 dla przedziału wiekowego 60-65 lat

Jednostka terytorialna	mężczyźni											
	60						65					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
POLSKA	17,7	17,9	17,9	18,3	18,5	18,7	14,6	14,7	14,7	15,1	15,3	15,5
MAŁOPOLSKIE	18,3	18,5	18,7	19,0	19,2	19,1	15,0	15,2	15,4	15,7	15,8	15,7
m. Kraków	19,1	19,3	19,4	19,7	20,1	20,0	15,8	15,9	16,0	16,3	16,7	16,7

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Tabela Nr 5

Przeciętne dalsze trwanie życia dla kobiet w latach 2007-2012 dla przedziału wiekowego 60-65 lat

Jednostka terytorialna	kobiety											
	60						65					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
POLSKA	22,9	23,1	23,2	23,5	23,8	23,9*	18,9	19,0	19,1	19,4	19,7	19,88*
MAŁOPOLSKIE	23,4	23,5	23,7	23,9	24,2	24,2**	19,2	19,4	19,6	19,7	20,0	20,1
m. Kraków	23,3	23,7	24,0	24,1	24,6	24,3	19,2	19,6	19,9	19,9	20,4	20,5

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

*Tablice trwania życia, Główny Urząd Statystyczny

** Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa, Małopolski Ośrodek Badań Regionalnych

Podsumowując, jak wynika z ustaleń statystycznych w Krakowie (obok Warszawy) żyje się najdłużej w Polsce. Wiek środkowy osób zmarłych w Krakowie w 2013 r. wynosił 78,2, natomiast w 2014 roku wynosił 77,9. Porównawczo wiek środkowy osób zmarłych w województwie małopolskim w 2013 r. wynosił 77,6 lata, natomiast w 2014 r. wynosił 77,4 lata. Natomiast wiek środkowy osób zmarłych w Polsce w 2013 r. wynosi 76,2 lata i w 2014 r. wynosił również 76,2 lata.

II. 2 Wybrane dane epidemiologiczne:

Stan zdrowia dorosłych mieszkańców Polski jest gorszy od przeciętnego mieszkańca kraju Unii Europejskiej, zwłaszcza mieszkańca kraju o wyższym poziomie rozwoju ekonomicznego⁵.

Zarówno na poziomie Miasta Krakowa, Polski oraz Unii Europejskiej największy odsetek zgonów występował w grupie wiekowej powyżej 85 roku życia i wynosił odpowiednio: 24,1% na poziomie Polski, 26,9% dla Miasta Krakowa oraz 34,6% na poziomie Unii Europejskiej. W Krakowie w 2013 r., przewaga odsetka zgonów mężczyzn nad kobietami utrzymywała się w każdej grupie wiekowej aż do 79 roku życia. Różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami w młodszych grupach wiekowych była niewielka, ale wzrasta z wiekiem i najbardziej była widoczna w grupie wieku 60 – 64 lata (zgoni mężczyzn: 10%, zgoni kobiet: 6%) oraz 65 – 69 (zgoni mężczyzn: 12%, zgoni kobiet: 7%). W grupie wieku 80 – 84 lata oraz 85 lat i więcej sytuacja była odwrotna i obserwowana była większa liczba zgonów w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn. W grupie wiekowej 80 – 84 lata zgoni kobiet stanowiły 20%, a zgoni mężczyzn 15%, a w grupie wiekowej 85 lat i więcej odsetek zgonów mężczyzn był równy 17% a kobiet aż 36%.

W Polsce główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia. (46 % ogółu zgonów, M – 40,2 %, K- 51,8 %). Drugą, co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25 % ogółu zgonów, M-

⁵ Społeczne nierówności w zdrowiu, World Health Organization 2011

26,1%, K- 23,3 %) są nowotwory złośliwe. W Polsce choroby układu krążenia oraz nowotwory w roku 2010 odpowiadały łącznie za 71 % wszystkich zgonów (źródło: „Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym, Polska 2012”, Warszawa 2012). Wskaźnik zdrowia opisywany w źródłowym raporcie jest oparty na dwóch składowych: przeciętne trwanie życia noworodka oraz współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. W zakresie ww. wskaźnika najlepsze wyniki notuje się m.in. w województwie małopolskim, najniższe w województwie łódzkim.

Najczęstszą przyczyną zgonów w skali kraju, ale i także województwa małopolskiego oraz samego Krakowa są choroby układu krążenia. W 2012 r. w Małopolsce zgonów z powodu tych chorób wśród mężczyzn było 44%, wśród kobiet 53%. W samym Krakowie, wśród mężczyzn odsetek zgonów stanowił 46% zaś u kobiet aż 52%. W Polsce w 2012 r. odsetek wszystkich zgonów wynosił 46% (mężczyźni 41%, kobiety 52%). Z danych wynika zatem, że odsetek zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia w Krakowie w 2012 r. jest wyższy o 5 punktów procentowych niż procent krajowy. Poziom zgonów wśród kobiet wynosi dokładnie tyle samo co średnia krajowa⁶.

Istotny problem polskiego społeczeństwa stanowią także nowotwory złośliwe. Od 2003 r., co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań. W 2011 r. stwierdzono ich już prawie 142 tys. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych - stanowiły one prawie 55% wszystkich nowotworów wykrytych w 2011 r. Najszybciej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: małopolskiego, opolskiego, dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego (wzrost od 5 do 10% w porównaniu z rokiem ubiegłym). W 2011 roku odnotowano 357 przypadków nowotworów złośliwych na 100 tys. w województwie małopolskim. Większa zachorowalność wystąpiła m.in. w województwach: dolnośląskim, pomorskim oraz łódzkim. Mniejsza zaś w województwie mazowieckim, zachodnio-pomorskim oraz podlaskim⁷.

W 2013 roku choroby układu krążenia stanowiły przyczynę 48% zgonów w Krakowie oraz 46% w całej Polsce. Drugą w kolejności przyczyną zgonów w roku 2013 nadal były nowotwory, które w Krakowie stanowiły 28% wszystkich zgonów, a w Polsce 26% ogółu zgonów. W dalszej kolejności przyczynami zgonów były: zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (Kraków: 5%, Polska 6%), choroby układu oddechowego (Kraków 5%, Polska: 6%), choroby układu trawiennego (Kraków: 4%, Polska: 4%), objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane (Kraków: 4%, Polska: 6%) oraz pozostałe (Kraków: 6%, Polska: 6%). Liczba zgonów w 2012 r. w Unii Europejskiej wyniosła ok. 5 milionów, a surowy współczynnik umieralności ogólnej na poziomie Unii Europejskiej wyniósł 990/100 tys. Na poziomie Unii Europejskiej choroby układu krążenia były przyczyną zgonów ponad 1,9 mln osób – czyli odpowiadały za 38% wszystkich zgonów. Na drugim miejscu znalazły się choroby nowotworowe. Z ich powodu zmarło ponad 1,3 mln Europejczyków, i stanowiły one 27% wszystkich zgonów. Na trzecim miejscu, podobnie jak na poziomie Miasta Krakowa i Polski, znalazły się choroby układu oddechowego, a z ich powodu zmarło ponad 400 tys. osób (8% wszystkich zgonów)⁸.

Rak jelita grubego (okreźnicy i odbytnicy) jest drugim najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce. W województwie małopolskim w roku 2011 zgłoszono 1 234 przypadków zachorowań na raka jelita grubego, w tym 662 wśród mężczyzn i 569 kobiet. Wyższą zachorowalność odnotowano tylko w województwach: śląskim, mazowieckim, wielkopolskim oraz dolnośląskim. Co roku w Polsce odnotowuje się blisko 15 500 zachorowań na ten nowotwór. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują tendencję wzrostową zarówno w odniesieniu do liczby zachorowań, jak i

⁶ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, za rok 2012, Kraków 2014

⁷ Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2013 r., GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa: 2014, <http://www.stat.gov.pl>

⁸ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, za rok 2013, Kraków 2015

liczby zgonów z powodu raka jelita grubego⁹. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet. Najbardziej zagrażającym nowotworem złośliwym w Polsce jest rak tchawicy, oskrzela i płuca. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (jest niższa od średniej dla UE) a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli.

Liczba zarejestrowanych zachorowań na nowotwory ogółem w Krakowie w 2012 r. wyniosła 3 889, z czego liczba zachorowań w grupie mężczyzn wyniosła 809 (47%), a w grupie kobiet 2080 (53%). W Małopolsce w 2012 r. zarejestrowano 13 374 zachorowań na nowotwory, z czego 6 815 (51%) w grupie mężczyzn, a 6 559 (49%) w grupie kobiet. W 2013 r. na terenie Miasta Krakowa w grupie mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory: gruczołu krokowego (17%), oskrzeli i płuc (15%), skóry (13%) oraz pęcherza moczowego (7%). W 2013 r. na terenie Miasta Krakowa w grupie kobiet najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory: piersi (21%), skóry (12%), trzonu macicy (8%) oraz oskrzeli i płuc (7%).

W 2012 r. w Unii Europejskiej najwyższy współczynnik zapadalności odnotowano dla nowotworu: jelita grubego: 46,3/100 tys., czerniaka złośliwego skóry: 44,1/100 tys. oraz pęcherza moczowego: 16,3/100 tys. W grupie mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami były nowotwory: gruczołu krokowego: 105,5/100 tys., płuca, tchawicy i oskrzeli: 66,3/100 tys. oraz jelita grubego: 59/100 tys. Z kolei, w grupie kobiet najwyższy współczynnik zapadalności odnotowano do nowotworu: piersi: 106,6/100 tys., jelita grubego: 36,1/100 tys. oraz płuca, tchawicy i oskrzeli: 26,1/100 tys. Na poziomie Unii Europejskiej widoczne są znaczące różnice w zapadalności pomiędzy kobietami a mężczyznami na poszczególne nowotwory:

- żołądek – kobiety: 7,1/100 tys., mężczyźni: 15,2/100 tys.
- jelito grube - kobiety: 36,1/100 tys., mężczyźni: 59/100 tys.
- wątroba - kobiety: 3,6/100 tys., mężczyźni: 11,1/100 tys.
- trzustka - kobiety: 9/100 tys., mężczyźni: 12,2/100 tys.
- płuca, tchawica, oskrzela - kobiety: 26,1/100 tys., mężczyźni: 66,3/100 tys.
- pęcherz moczowy - kobiety: 6,1/100 tys., mężczyźni: 29,1/100 tys.
- tarczycy - kobiety: 9,3/100 tys., mężczyźni: 3,5/100 tys.

W Polsce w 2012 r. najczęściej występującymi nowotworami były nowotwory: piersi: 69,9/100 tys. (UE: 106,6/100 tys.), gruczołu krokowego: 55,3/100 tys. (UE: 105,5/100 tys.), płuc, tchawicy i oskrzeli: 55,2/100 tys. (UE: 44,1/100 tys.) oraz jelita grubego: 39,9/100 tys. (46,3/100 tys.). Najwyższy poziom umieralności w Polsce w 2012 r. występował dla nowotworów: płuc, tchawicy i oskrzeli: 48,9/100 tys. (UE: 36,5/100 tys.), jelita grubego: 22,4/100 tys. (UE: 18,4/100 tys.), gruczołu krokowego: 20,8/100 tys. (UE: 18,9/100 tys.) oraz piersi: 19,7/100 tys. (UE: 22,4/100 tys.).

W 2012 roku w województwie Małopolskim odnotowano 13 350 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem, w tym 6 790 to mężczyźni, a 6 560 to kobiety. Najczęstszym rodzajem nowotworów były nowotwór płuc i jelita grubego. U mężczyzn najczęściej występował nowotwór płuc (17%), a u kobiet nowotwór piersi (19,8%). W województwie Małopolskim u mężczyzn nowotwór płuc stanowił 17,1% wszystkich nowotworów. Nowotwór gruczołu krokowego 16,4%, pęcherza moczowego 7,1%, jelita grubego 6,3%, żołądka 4,8%, nerki 3,4%, czerniaka skóry 2,5%, krtani 2,5%, trzustki 2,2%. W przypadku kobiet rak piersi stanowił 19,8% ogólnej liczby zachorowań, rak trzonka macicy 7,8%, rak płuca 6,5%, jelita grubego 5,3%, rak jajnika 4,9%, rak tarczycy 3,9%, szyjki macicy 3,5%, żołądka 3,2%, odbytnicy 2,9%, a czerniak skóry 2,9%. Największy odsetek zachorowań wystąpił u osób w wieku powyżej 65 lat (58,8% mężczyzn i 50,8% kobiet). W przypadku osób do 19 roku życia najczęstszym zachorowaniem na nowotwory w województwie Małopolskim była białaczka. Największe zagrożenie nowotworami wystąpiło w województwie Małopolskim w Tarnowie (u mężczyzn) oraz w Mieście Krakowie (u kobiet). W

⁹ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, <http://www.wsse.krakow.pl>

2012 roku w województwie Małopolskim na choroby nowotworowe zmarło 7 540 osób. Najczęstszą przyczyną śmierci był nowotwór złośliwy płuc (aż 21.8%), następnie jelita grubego (11.5%), żołądka (6.5%), piersi (6%) i trzustki (5.1%) Wśród kobiet w województwie Małopolskim najczęstszą przyczyną śmierci były nowotwory piersi (13.6%), płuc (12.1%), jelita grubego (11.4%), jajnika (6.7%) i trzustki (5.8%). W grupie do 19 roku życia umieralność w przypadku obu płci najczęściej dotyczyła nowotworów mózgu i centralnego układu nerwowego (50%). W grupie 20-44 lata najczęstszą przyczyną śmierci były nowotwory mózgu i układu nerwowego (15.2%), a u kobiet nowotwory piersi (21.9%). U mężczyzn w wieku 45-64 najczęstszą przyczyną śmierci był nowotwór płuc. U kobiet w wieku 45-64 najczęstszą przyczyną śmierci były nowotwory piersi, a najczęstszą przyczyną śmierci u najstarszych osób (65+) były nowotwory jelita grubego.

Podsumowując, najwyższą zachorowalność na nowotwory ogółem u kobiet w Małopolsce zaobserwowano w Mieście Krakowie. W 2013 r. na terenie Miasta Krakowa w grupie mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory: gruczołu krokowego (17%), oskrzeli i płuc (15%), skóry (13%) oraz pęcherza moczowego (7%), a w grupie kobiet najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory: sutków (21%), skóry (12%), trzonu macicy (8%) oraz oskrzeli i płuc (7%) Najczęstsze zachorowania w grupie mężczyzn w Małopolsce dotyczyły: płuca i jelita grubego. Najczęstsze zachorowania w grupie kobiet w Mieście Krakowie dotyczyły: piersi, trzonu macicy, płuca i jelita grubego. Najczęstsze zachorowania w grupie kobiet w Małopolsce dotyczyły raka piersi. Największy odsetek zachorowań na nowotwory ogólnie w Małopolsce wystąpił u osób w wieku powyżej 65 lat (58.8% mężczyzn i 50.8% kobiet).¹⁰

W Polsce najczęściej występującymi nowotworami są nowotwory płuc, prostaty oraz piersi. U mężczyzn dominują nowotwory płuc, na drugim miejscu są nowotwory prostaty. U kobiet natomiast w czołówce są nowotwory piersi, a nowotwory płuc znajdują się na drugim miejscu. Największą śmiertelnością w stosunku do zachorowań charakteryzuje się rak płuc. Ponad 70% zgonów będących następstwem raka, ma miejsce w krajach o średnim i niskim dochodzie. Współczynnik przeżywalności w Polsce wynosi 29%. Zaraz za nią znajdują się takie kraje jak: Estonia ze współczynnikiem przeżywalności 32%, Słowacja 33,6% i Słowenia 35%. Dla porównania współczynnik przeżywalności w zamożniejszych krajach wynosi odpowiednio: w Austrii: 56,6%, Szwecji 53,2%, Szwajcarii 52,3%, czy we Francji 50,7%. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (jest niższa od średniej dla UE) a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli. Dla każdego z krajów Unii Europejskiej współczynnik przeżywalności dla kobiet jest wyższy niż dla mężczyzn (Źródło: „Nowotwory złośliwe w województwie małopolskim w roku 2012”, Centrum Onkologii w Krakowie, 2014 rok).

W najmłodszej grupie wieku od 0 do 19 wśród mężczyzn zarejestrowano najwyższy odsetek zachorowań na białaczkę (27,3% w Krakowie i 24,2% w województwie małopolskim) oraz nowotwory złośliwe mózgu (18,2% w Krakowie i 19,7% w województwie małopolskim). U kobiet w wieku od 0 do 19 lat najczęściej występował nowotwór złośliwy mózgu (42,9% w Krakowie i 30% w województwie małopolskim) oraz białaczki (21,4% w Krakowie i 23,6% w województwie małopolskim).

Pozostałe zachorowania w mieście Krakowie przedstawiały się następująco: na choroby tarczycy w roku 2009 chorowało 11 844 osób dorosłych, a w roku 2010 chorowało 13 868 osób. W roku 2009 roku na choroby tarczycy chorowało 599 osób w wieku do lat 18. Zachorowania na cukrzycę w roku 2009 utrzymywały się na poziomie 23 263, a w 2010 roku 25 374 osób. W roku 2009 roku na cukrzycę chorowało 197 osób w wieku do lat 18. Choroby układu oddechowego wyrzyto u 17 750 osób w 2009 roku, w roku 2010 na podobnym poziomie tj. 17 754. W roku 2009 roku na dychawicę oskrzelową chorowało 3 954 osób w wieku do lat 18. Choroby układu trawiennego stwierdzono u 23 532 osób, a w roku 2010 u 31 019 osób. Wśród osób do lat 18 na alergię skórą chorowało 2 172 osoby, na choroby układu moczowego 836 osób, zniekształcenia

¹⁰ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, za rok 2013, Kraków 2015

kręgosłupa stwierdzono u 4066 osób, niedożywienie u 253 osób, niedokrwistość u 1050 osób, natomiast otyłość u 1358 osób.

Zachorowalność na pozostałe, wybrane choroby.

W 2013 r. na terenie Miasta Krakowa najwyższy współczynnik zapadalności dla chorób zakaźnych występował dla infekcji grypopodobnych i grypy u dzieci poniżej 14 r.ż. : 52 991,74/100 tys., infekcji grypopodobnych i grypy: 15 596,87/ 100 tys. oraz ospy wietrznej: 456,53/100 tys. Najniższy współczynnik zapadalności dotyczył świnki: 6,98/100 tys., krztusca: 8,96/100 tys. oraz salmonellozy: 17/100 tys. W 2013 r. dla Miasta Krakowa można zaobserwować tendencję spadkową w porównaniu do roku poprzedniego dla współczynników zapadalności na następujące choroby:

- salmonellozę: spadek z 21,49/100 tys. w 2012 r. do 17/100 tys. w 2013 r.,
- krztusiec: spadek z 19,52/tys. w 2012 r. d 8,96/100 tys. w 2013 r.,
- świnkę: spadek z 8,44/100 tys. w 2012 r. do 6,98/100 tys. w 2013 r.

Z kolei pomiędzy 2012 a 2013 r. wzrost zapadalności odnotowano dla:

- infekcji grypopodobnych i grypy: wzrost z 10 980,25/100 tys. w 2012 r. do 15 596,87/100 tys. w 2013 r.,
- infekcji grypopodobnych i grypy u dzieci do lat 14: wzrost z 35 675,18/100 tys. w 2012 r. do 52 991,74/100 tys. w 2013 r.,
- ospy wietrznej: wzrost z 396,66/100 tys. w 2012 r. do 52 991,74/100 tys. w 2013 r.,
- płonicy: wzrost z 95,08/100 tys. w 2012 r. do 106,98/100 tys. w 2013 r.,
- narażenia na wściekliznę: wzrost z 31,38/100 tys. w 2012 r. do 32,94/100 tys. w 2013 r.,
- boreliozę: wzrost z 17,41/100 tys. w 2012 r. do 25,16/100 tys. w 2013 r.,
- różyczkę: wzrost z 7,12/100 tys. w 2012 r. do 257,97/100 tys. w 2013 r.¹¹

W zgłoszonych zachorowaniach z terenu miasta Krakowa w ostatnich latach na choroby zakaźne podlegające obowiązkowemu zgłoszeniu dominowały grypa i ospa wietrzna. Wśród chorób zakaźnych przenoszonych drogą kropelkową odnotowano wzrost zachorowań na szkarlatynę, świnkę i odrę. Poniżej przedstawiono dane opracowane na podstawie raportu Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie: „Stan Sanitarny Województwa Małopolskiego w 2014 roku”, Kraków 2015.

Grypa wraz z infekcjami grypopodobnymi należy do najczęściej występujących chorób zakaźnych. W roku 2011 do Inspekcji Sanitarnej zgłoszono łącznie 141 513 zachorowań tj. blisko trzykrotnie więcej w porównaniu z rokiem 2010. Zapadalność wyniosła 4 275,2 na 100 000 mieszkańców i była wyższa od notowanej w Polsce (3 026). Z ogólnej liczby zachorowań 38 % dotyczyło dzieci do lat 14. Hospitalizowano 637 osób tj. 0,5% ogółu chorych. Zarejestrowano 69 przypadków grypy AH1N1, które potwierdzono badaniami laboratoryjnymi. Hospitalizowano 52 osoby.

Ostre infekcje układu oddechowego stanowią największy problem województwa małopolskiego. Infekcje dróg oddechowych należą do najczęściej występujących chorób zakaźnych. Na przestrzeni ostatnich lat w województwie małopolskim corocznie obserwowany jest stały wzrost zachorowań. W roku 2013 były 370 656 przypadki a w roku 2014 wystąpiło 355 207 przypadków. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w latach 2013 oraz 2014 nastąpił wzrost zachorowań w porównaniu z latami poprzednimi. W 2011 r. takich zachorowań było 141 513, w 2012 zaś 206 197.

W 2010 r. liczba podejrzeń, zachorowań na grypę oraz zachorowania grypopodobne w Mieście Krakowie wyniosła 31 292. zaś już dwa lata później 81 167. W roku 2013 zarejestrowano 118 349 przypadków. Podobna sytuacja rysuje się w przypadku grypy AH1N1 w 2010: 4 zachorowania, w

¹¹ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, za rok 2013, Kraków 2015

2011 r. już 69¹². W zakresie zachorowań na grypę obserwuje się tendencję wzrostową. W ogólnej liczbie zgłoszonych zachorowań na grypę w 2014 r. w województwie małopolskim - 50,3% przypadków (2013 r. - 45,2%) dotyczyło dzieci do lat 14. Hospitalizacji z powodu ciężkiego przebiegu choroby lub powikłań wymagało 1081 osób¹³.

W skali kraju w I połowie 2015 r. ani w I połowie 2014 r. nie wystąpiły przypadki grypy ptaków typu A/H5 lub A/H1N1 u ludzi. Jednak grypy i samych jej podejrzeń było 2 373 306 przypadków na 100 tys. i jest to spory wzrost w stosunku do półrocza w roku 2014 (1 722 074.). U dzieci do lat 14 również widać wzrost zachorowań do poziomu 1 056 419. w I połowie 2015, w stosunku do I połowy 2014 (819 886)¹⁴.

Wirusowe zapalenie wątroby. W 2011 roku zgłoszono w Małopolsce 7 zachorowań. Zachorowania na WZW B utrzymują się od kilku lat na podobnym poziomie. Korzystna sytuacja epidemiologiczna jest wynikiem realizacji obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych oraz poprawy skuteczności sterylizacji sprzętu medycznego. W 2011 roku zarejestrowano łącznie 16 nowych zachorowań na WZW B.

Od kilku lat zachorowania na WZW typu A notowane są sporadycznie. W województwie małopolskim w 2013 r. zgłoszono do Inspekcji Sanitarnej zaledwie 3 przypadki, w 2014 r. nastąpił niewielki wzrost zachorowań i ich liczba wyniosła 10.

Poziom zachorowań w Krakowie na WZW typu B i C w stosunku do roku 2010, w 2012 spadł. W 2012 r. WZW B wystąpiło u 4 osób, zaś WZW C u 3. W 2014 r. w województwie małopolskim wystąpiło 46 przypadków zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B, to spory wzrost w województwie w stosunku do lat poprzednich.

Poziom zachorowań w Małopolsce na WZW typu C w 2014 r. wyniósł 77 przypadków, to też wzrost w stosunku do lat poprzednich¹⁵.

Z danych dotyczących pierwszego półrocza 2015 r. dla Polski wynika iż najmniej zachorowań odnotowuje się na WZW typu A - 17 przypadków na 100 tys., w roku 2014 – 34 na 100 tys. W skali Polski wzrost zachorowań odnotowuje się na Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B i C. I właśnie to ostatnie odnotowuje najwyższy poziom zachorowań - 1944 przypadków¹⁶.

Choroby wieku dziecięcego. W 2014 r. w Małopolsce zgłoszono 168 przypadków krztusca. Jest to wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 35 przypadków. W roku 2012 zgłoszono 419 przypadków. Natomiast w roku 2011: 93 przypadki i w roku 2010: 45 przypadków. W I połowie roku 2015 w Polsce nastąpił znaczny wzrost zachorowań na krztusiec, w stosunku do tego samego okresu, w roku poprzednim. W I połowie 2014 r. wystąpiło 858/100 tys. zachorowań, natomiast w roku 2015 już 2 322/100 tys. W ostatnich latach zauważalna jest tendencja wzrostowa w zachorowaniach na krztusiec.

Liczba zachorowań na **świnkę** stopniowo spada w ostatnich latach. W roku 2011 zarejestrowano 190 przypadków. Z powodu powikłań hospitalizacji wymagał 1 chorego. W roku 2011 w Mieście Krakowie współczynnik zapadalności na 100 000 był na poziomie średnim i wynosił 6-10.

W 2011 roku zanotowano również spadek zachorowań na **różyczkę**, zarejestrowano 181 przypadków. Zanotowano 2 przypadki hospitalizacji. W mieście Krakowie współczynnik zapadalności na 100 000 był na poziomie średnim i wynosił 6-10.

¹² Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2012, Kraków 2014,

¹³ Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2014 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Krakowie

¹⁴ Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 30 czerwca 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r., Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH

¹⁵ Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2014 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Krakowie

¹⁶ Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 30 czerwca 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014r., Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH

W zachorowalności na *świnke* w 2012 r. nastąpił niepokojący wzrost zachorowań w stosunku do lat poprzednich. W 2012 r. liczba przypadków to 265, rok później było ich już 198, jednak w 2014 r. znów nastąpił wzrost i wyniósł 221 chorych. Z powodu powikłań w przebiegu świnki, hospitalizacji wymagało zaledwie 2 chorych. W skali krajowej w I połowie 2015 r. wykryto 1 158 przypadków nagminnego zapalenia przyusznic. W 2014 r. takich zachorowań było 1 224. W samym Krakowie w latach 2010-2012 widać coroczny niewielki wzrost zachorowań na świnkę.

Po zakażeniach górnych dróg oddechowych **ospa wietrzna** jest najczęstszą chorobą zakaźną. Jednak jej poziom raczej spada. W 2011 r. w Krakowie odnotowano 3189 przypadki, w roku 2012: 3008 przypadki i w roku 2013: 3465 przypadki. W całej Polsce w I połowie 2015 r. wystąpiło 123 310/100 tys. zachorowań, rok temu, w tym samym okresie takich zachorowań było aż 159 951/100 tys. Po okresie spadku w 2008 i 2009 roku, w kolejnych latach odnotowano tendencję wzrostową. W województwie małopolskim w 2012 r. odnotowano 15 848 przypadków, w roku 2013: 18 445 przypadków a roku 2014: 19 234 przypadków chorobowych.

Dzięki szczepieniom udało się ograniczyć zachorowania na odrę. W roku 2011 zarejestrowano 12 zachorowań. W Małopolsce w latach 2009-2011 poziom zachorowań na *ptonicę* utrzymywał się na podobnym poziomie. W roku 2012 nastąpił wzrost zachorowań do poziomu 2 124. W 2013 r. wystąpiło 2 462 zachorowań, zaś w roku 2014 zachorowalność spadła i wyniosła 2 303 przypadki. W 2014 r. współczynnik wynosił 68,5/100 tys., ale wciąż był wyższy od obserwowanego w Polsce (59,5/100 tys.). Szkarlatyna w I połowie roku w Polsce odnotowuje wzrost o 833/100 tys. przypadki chorobowe w porównaniu do roku ubiegłego. W pierwszych sześciu miesiącach 2015 r. wystąpiła w liczbie 15 719/100 tys.

W samej Małopolsce epidemiologia różyczki wygląda następująco. Odnotowuje się spadek zachorowań w roku 2014 w stosunku do roku poprzedniego. W 2013 nastąpił ogromny wzrost zachorowań, stanowił on 8 557 przypadków. Wspomniany rok 2014 to „zaledwie” 437, najmniej od trzech lat. Wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko różyczce dla dzieci obojga płci (od 2004 r.) oraz stosowanie dwóch dawek tej szczepionki (od 2007 r.) powoduje systematyczny spadek zapadalności na różyczkę, jednakże nie jest to stały trend malejący. W 2013 r. odnotowano epidemiczny wzrost zachorowań na różyczkę w woj. małopolskim (255,1/100 tys.), który był dwu i pół krotnie wyższy niż średnia w Polsce (100,1/100 tys.), natomiast już w 2014 r. nastąpił spadek współczynników zapadalności do poziomu odpowiednio 13,0/100 tys. i 15,3/100 tys. W 4 przypadkach różyczki wymagana była hospitalizacja.

Odra w 2013 r. wystąpiła u 3 osób, w 2014 r. w Małopolsce wystąpiła u 10. Wprowadzenie w 1975 r. szczepienia przeciwko odrze, spowodowało znaczny spadek zachorowań na tą chorobę. W I połowie 2015 r. w Polsce wystąpiło 31 przypadków odry i jest to pozytywny trend w porównaniu z rokiem poprzednim (96 przypadków), spadek o 65 przypadków¹⁷. W województwie małopolskim odnotowano w roku 2013 :24 przypadki odry, w roku 2012: 3 przypadki, w roku 2011: 12 przypadków¹⁸. W Mieście Krakowie w roku 2013 odnotowano 20 zachorowań na odrę a w roku 2012-1 zachorowanie.

Począwszy od roku 2009 wzrasta poziom *róży*. W 2013 r. w Małopolsce odnotowano 347 przypadków, w 2014 r. już 418. W zachorowalności na ta chorobę, w skali Polski, w porównaniu do I połowy roku 2014 (2 545/100 tys.), w I połowie 2015 (2 324/100 tys.) widać pozytywny trend, odnotowuje się spadek zachorowań.

Na wysokim poziomie od dwóch lat, w Małopolsce utrzymuje się poziom *boreliozy*. W 2011 r. liczba przypadków wynosiła 831, w 2013 r. już 1 817, w 2014 - 1 798. Według najnowszych danych w skali Polski, w I połowie roku 2015 wystąpiło 4 810/100 tys. przypadków, jest to więcej o 119 przypadków, w stosunku do roku 2014.

¹⁷ Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 30 czerwca 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r., Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH

¹⁸ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Kraków: 2014, s.18

W województwie małopolskim wzrasta także poziom pokąsań, po których podjęto szczepienia przeciw **wścieklicznie**. W 2012 r. było ich 1050, w 2013 - 1 173 zaś w 2014 r. 1 484¹⁹. Dane NIZP-PZH wskazują, że w Polsce w I połowie 2015 roku styczeń i narażenie na wściekliczną wystąpiło u 3570 osób, to mniej niż w I połowie roku ubiegłego o 307 przypadków²⁰.

Gruźlica. W 2011 roku w Małopolsce zarejestrowano 547 nowych zachorowań. W porównaniu z rokiem 2010 liczba zachorowań nieznacznie się zwiększyła (w 2010 roku – 491), wskaźnik zapadalności wyniósł 16,5 na 100 tys. ludności. Na przestrzeni ostatnich 10 lat zapadalność na wszystkie postacie gruźlicy w województwie małopolskim zmniejszyła się z 20,7 w 2000 roku do 16,5 w roku 2011. Podobnie jak w latach poprzednich dominowała gruźlica płuc. Chorzy z postacią płucną stanowili 95 % ogółu zgłoszonych zachorowań (517 osób). Gruźlica płuc była przyczyną zgonu 8 osób.

Zapadalność za gruźlicę w Polsce w roku 2010 wynosiła 17,3 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w roku 2011-19,7 na 100 tys. mieszkańców. Liczba zarejestrowanych podejrzeń i zachorowań na gruźlicę w roku 2010 w Krakowie wynosiła 116, w roku 2011- 116, w roku 2012- 128. Natomiast w I kwartale 2013 roku: 48. W latach 2010-2011 liczba podejrzeń i zachorowań na gruźlicę stanowiła 0,015 % liczby mieszkańców miasta Krakowa, natomiast w roku 2012 wynosiła: 0,016 % liczby mieszkańców miasta Krakowa. W mieście Krakowie w roku 2010 współczynnik zapadalności wynosił w roku 2010 – 14 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w roku 2011 – 13,5 na 100 tys. mieszkańców. W 2012 r., w małopolsce współczynnik zapadalności wyniósł 15,6

W 2014 r. w Małopolsce zarejestrowano 538 nowych zachorowań. Współczynnik zapadalności wzrósł, w 2014 r. wyniósł 16 na 100 tys. ludności. Nowych zachorowań było 483, wznnowy wystąpiły w ilości 55. Gruźlica płuc stanowiła 377 przypadków, zaś postać pozapłucna 23. Procent szczepień wyniósł 92,8. Umieralność w liczbie 51 (dane na rok 2013).

W samym Krakowie w roku 2010 odnotowano 141 przypadków chorobowych (w tym u 12 bezdomnych), w 2011 - 138 przypadków (w tym u 15 osób bezdomnych) zaś w roku 2012 nastąpił wzrost, wystąpiło 152 potwierdzonych przypadków, w tym 17 osób bezdomnych. Na podstawie w.w. informacji zgromadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego wyraźnie widać stały wzrost zachorowań wśród osób bezdomnych oraz spory wzrost w roku 2012 w porównaniu do roku poprzedniego. Udział w poszczególnych wynikach zachorowań mają imigracji przebywający na terenie województwa oraz miasta Krakowa. W 2013 r. na terenie Miasta Krakowa odnotowano 119 przypadków zachorowania na gruźlicę, z czego liczba zachorowań na gruźlicę płucną wynosiła 117, a na gruźlicę pozapłucną wynosiła 2. Współczynnik zapadalności na gruźlicę wyniósł 15,68/100 tys. i był nieco wyższy niż w 2012 r.: 12,53/100 tys. Pomiędzy rokiem 2012 a 2013 liczba zachorowań na gruźlicę wzrosła z 95 do 119 – w roku 2013 r. odnotowano o 25 więcej zachorowań niż w roku poprzednim.

Inwazyjna choroba meningokokowa. W roku 2011 zarejestrowano łącznie 13 przypadków, trzy i półrotnie mniej niż w roku 2008. Blisko połowa zachorowań dotyczyła dzieci w pierwszych trzech latach życia. Szczepieniem, zapobiegającym zakażeniom typu C w roku 2011 poddało się 9 644 osób (w większości były to dzieci i młodzież do 19 roku życia).

Miasto Kraków w ramach Programu szczepień ochronnych przeciwko meningokokom zaszczepiło w 2010 roku 1249 dzieci, podano 3 750 dawek szczepionek. W 2011 roku zaszczepiono 1321 dzieci, podano 4 263 dawek szczepionek. W 2012 roku zaszczepiono 1 262 dzieci, podano 3 879 dawek szczepionki.

Według danych Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH w I połowie 2015 r., w skali Polski odnotowano ogółem 131/100 tys. przypadków zachorowań inwazyjnej choroby meningokokowej. W tym 67 przypadków zapalenia opon mózgowych, 86 przypadków posocznicy. W przypadku ogólnej liczby

¹⁹ Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2014 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Krakowie

²⁰ Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 30 czerwca 2015 r. oraz w porównywalnym okresie 2014 r., Departament Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi GIS, Zakład Epidemiologii NIZP-PZH

zachorowań, jest to wzrost w porównaniu z I połowa roku 2014 o 31 przypadków. Zapalenie opon mózgowym w 2014 odnotowano u 71/100 tys. ludności. Poziom posocznicy w 2015 r. wzrósł o 29 przypadków na 100tys.

AIDS i zakażenia HIV

W roku 2011 zarejestrowano 10 zachorowań na AIDS oraz 23 nowe przypadki bezobjawowego zakażenia HIV. W ciągu roku z powodu AIDS zmarło 6 osób. Od początku rejestracji AIDS, czyli od 1989 roku w województwie małopolskim rozpoznano AIDS u 83 osób, zakażenie HIV wykryto u 338 osób, stwierdzono 59 zgonów.

W 2012 r. w Polsce wystąpiło 1 019 przypadków HIV oraz 144 AIDS. W województwie małopolskim liczba zakażeń zgłoszonych do Państwowego Zakładu Higieny wyniosła 93 przypadki, AIDS 12 przypadków, zgonów w wyniku AIDS odnotowano 6²¹.

W 2013 r. w Polsce wystąpiło 198 przypadków AIDS, odnotowano wzrost o 8 przypadków w stosunku do roku poprzedniego. Wzrost w skali kraju nastąpił także wśród zakażeń wirusem HIV. W 2013 wykryto 1 201 nowych zachorowań tym wirusem²².

Liczba przypadków zachorowań na HIV i AIDS w Krakowie, począwszy od roku 2010 wzrasta. W 2012 r. wystąpiło 57 zachorowań na HIV i AIDS, a liczba hospitalizowanych wyniosła 191 przypadków²³. W województwie małopolskim w roku 2013 wykryto 4 przypadki AIDS, w 2014 - 3. W roku 2014 widać wzrost nowo wykrytych zakażeń wirusem HIV w stosunku do roku poprzedniego, gdzie liczba przypadków wynosiła jedynie 22. I połowa roku 2014 oraz 2015 to podobny poziom zachorowań na AIDS, w I połowie 2015 wzrosła jednak liczba nowo wykrytych zakażeń HIV. Z 475/100 tys. w 2014 do 753/100 tys. w 2015 r.

Zakaźne choroby przewodu pokarmowego.

W 2011 roku w stosunku do roku ubiegłego odnotowano o 15 % więcej bakteryjnych zatruc pokarmowych: wśród nich było: 756 przypadków salmonellozy (2010 r. – 692) oraz 30 zatruc toksynami gronkowcowymi i 149 o etiologii nieokreślonej. W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost wirusowych zakażeń jelitowych powodowanych przez rota wirusy i norowirusy.. W roku 2011 utrzymywała się tendencja wzrostowa zachorowań wywoływanych przez rotawirusy (2011 – 2 058, w 2010 – 18 52, 2009 – 1582 zachorowań). Ponad połowa (66%) zgłoszonych wirusowych zakażeń jelitowych dotyczyła dzieci do dwóch lat. Zespoły biegunkowe u dzieci do 2 lat pozostają nadal ważnym problemem zdrowotnym. Obserwuje się tendencję wzrostową. W 2011 roku zgłoszono 2 458 zachorowań. Ze szpitali pochodziło 2 178 zgłoszeń, tj. 88% wszystkich przypadków. W związku z wprowadzeniem monitoringu zgłaszalności chorób zakaźnych, polegających na kontrolach prowadzonych w placówkach opieki zdrowotnej, nastąpiła poprawa zgłaszania chorób zakaźnych przez świadczeniodawców. W 2011 roku przeprowadzono 108 kontroli sprawdzających prawidłowość prowadzonej dokumentacji w zakresie rejestracji i zgłaszalności chorób zakaźnych.

Sporym problemem w województwie są bakteryjne zatrucia pokarmowe - salmonellozy. W 2012 r. w Krakowie wystąpiło ich 163 przypadki. W Małopolsce w roku 2014 845 przypadków na 861 wszystkich. Z najnowszych danych Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH wynika, że już w I połowie roku 2015 w Polsce wystąpiło 2 785 przypadków salmonellozy na 100 tys. To więcej o 213 przypadków w porównaniu z ubiegłorocznym półroczem. Innych bakteryjnych zakażeń jelitowych (wywołanych przez *E.coli*, *Campylobakter*, *Clostridium difficile*) razem 7 023.

Innych bakteryjnych zatruc pokarmowych już w I połowie roku 2015 wystąpiło 550 przypadków na 100 tys., w tym 21 gronkowcowych.

Dużym problemem w województwie jest zachorowalność na wirusowe zakażenia jelitowe. W roku 2014 zakażenia rota wirusowe wynosiły 2 822, norawirusowe 217, ponad to biegunka u dzieci

²¹ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2013, Kraków 2014

²² Stan sanitarny kraju w roku 2013, Państwowa Inspekcja Sanitarna

²³ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2013, Kraków 2014

do lat 2 4170 przypadków, w tym przewaga wirusowej (1741) nad bakteryjną (195)²⁴. W I połowie 2015 r. w Polsce odnotowano 38 008/100 tys. ludności przypadków wirusowych zakażeń jelitowych w liczbie 27 166 wywołanych przez rotawirusy, w liczbie 1 541 przez norawirusy. Wszystkie te zachorowania są wyższe w porównaniu z I połową roku 2014, razem o 1875 zachorowań.

Astma i alergie

Obecnie alergia stanowi problem zdrowia publicznego o zasięgu pandemicznym szczególnie w krajach uprzemysłowionych. W samej Europie występuje u ponad 150 mln osób. Europejska Akademia Alergologii i Immunologii Klinicznej po uwzględnieniu trendów epidemiologicznych przewiduje, że za 15 lat 50% populacji europejskiej będzie dotknięta jakimś rodzajem alergii. Choroby alergiczne są najczęstszymi chorobami przewlekłymi wieku rozwojowego. W Polsce cierpi na nie 30% populacji dziecięcej, to przede wszystkim choroby atopowe: atopowa astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, czy atopowe zapalenie skóry. Badanie ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) przeprowadzone w latach 2006 -2008 pokazuje wysoki odsetek chorób alergicznych dróg oddechowych: alergiczny nieżyt nosa (ANN) powyżej 20% we wszystkich grupach wiekowych, a astma oskrzelowa w najwyższym odsetku u nastolatków powyżej 6%. W najwyższym odsetku występowały zmiany skórne, określane jako „egzema” ponad 40% w młodszej grupie wiekowej, 40% u nastolatków i ok. 35% u dorosłych.

Umieralność z powodu astmy w Polsce w roku 2013 wynosiła ogółem 1,4 na 100 000 mieszkańców (w tym u kobiet:1,6, natomiast u mężczyzn:1,1). W województwie małopolskim odnotowuje się jeden z najwyższych wskaźników zachorowań na astmę w Polsce. Z badań alergologicznych prowadzonych przez Zakład Alergologii Klinicznej i Środowiskowej Uniwersytetu Jagiellońskiego wynika, że w grupie wiekowej 7-8 lat dzieci mieszkających w Krakowie, choroby alergiczne dróg oddechowych występują 2 krotnie częściej niż w badaniach ogólnopolskich ECAP²⁵. Spośród chorób alergicznych najgroźniejszy, bo zagrażający życiu jest wstrząs anafilaktyczny. Według WAO (World Allergy Organization) anafilaksja to ciężka, zagrażająca życiu uogólniona lub układowa natychmiastowa reakcja nadwrażliwości. Wg europejskich danych epidemiologicznych opublikowanych w „Allergy” w 2013 anafilaksja dotyczy 0,3% (przy 95% poziomie ufności) populacji Europy. Częstość występowania oceniono na 1,5 - 7,9 na 100 000 osobolat, a dane brytyjskie wskazują na dwukrotny wzrost częstości anafilaksji w ostatnich dwudziestu latach. W kilku badaniach podkreślono zwiększenie liczby hospitalizacji z powodu anafilaksji z 5,6 na 10,2 na 100 000 hospitalizacji w ciągu roku (porównano lata 1991-1992 z 1994-1995). W innym badaniu porównującym okres 1990 - 2000 liczba hospitalizacji wzrosła z 6 do 41 na milion hospitalizacji. Wskaźnik zgonów z powodu anafilaksji sięga 0,001%. Najczęstszymi alergenami wywołującymi reakcje anafilaktyczne są: pokarmy, leki, jady owadów i w dalszej kolejności lateks. U dzieci ryzyko anafilaksji zwiększają alergia pyłkowa i astma. U dorosłych anafilaksja w reakcji na leki i jady owadów jest istotniejsza, a kobiety są bardziej narażone niż mężczyźni. Biorąc pod uwagę, że anafilaksja jest powszechnym problemem dotykającym 1 na 300 mieszkańców Europy, szczególnie istotną rolę mogą odgrywać badania profilaktyczne, które pozwoliłyby wykryć alergeny mogące wywołać reakcję anafilaktyczną u danego pacjenta i włączyć odpowiednie leczenie, np. immunoterapię swoistą oraz edukację chorych w zakresie postępowania na wypadek wystąpienia reakcji anafilaktycznej.

Szczepienia ochronne.

Prowadzone przez Powiatowego Państwowego Inspektora Sanitarnego postępowania administracyjne zmierzają do poddania dzieci obowiązkowym szczepieniom. Realizacja szczepień ochronnych na terenie Miasta Krakowa przeprowadzana jest w grupach wiekowych od pierwszego do dziewiętnastego roku życia, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych.

²⁴ Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2014 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Krakowie

²⁵ Badanie **Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce** prowadzone jest przez Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z inicjatywy Ministra Zdrowia

Analizując dane dotyczące stanu uodpornienia dzieci i młodzieży w porównaniu z 2010 rokiem należy stwierdzić, że procentowy stan zaszczepienia pozostaje na tym samym poziomie. Poziom zaszczepienia wpływa na ograniczenie zachorowań. W 2011 roku w wyniku wysłanych upomnień o łącznej liczbie 411 – zaszczepiono 303 dzieci (dane pochodzą ze sprawozdań Powiatowej Stacji Sanitarno-epidemiologicznej w Krakowie).

Największa liczba osób (326) uchylających się (do ww. osób nie są zaliczane osoby posiadające czasowe lub trwałe medyczne przeciwwskazania do szczepienia) od obowiązku szczepień ochronnych w 2011 r., zgłoszona w sprawozdaniach pochodzących od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest w Mieście Krakowie. Największy odsetek dzieci w 1 r.ż. nie zaszczepionych przeciwko gruźlicy występuje w mieście Krakowie (ok. 0,9%). Odsetek dzieci w 1 r.ż. nie zaszczepionych przeciwko poliomyelitis w mieście Krakowie wynosi ok. 50%, jest to drugie miejsce w Małopolsce po powiecie suskim. Podobnie wygląda sytuacja w mieście Krakowie w zakresie liczby nie zaszczepionych przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. W roku 2011 z terenu Miasta Krakowa zgłoszono 26 niepożądanych odczynów poszczepiennych na 33 609 dzieci i młodzieży szczepionych w analizowanym okresie. Stanowi to 0,08 % wykonanych szczepień. W 24 przypadkach zakwalifikowano jako lekkie, natomiast 2 odczyny zostały zakwalifikowane jako poważne. Zgłoszone odczyny poszczepienne wystąpiły w grupie wiekowej od 1 do 6 roku życia oraz u osób dorosłych.

Już od 2010 r. odsetek osób zaszczepionych w ogólnej populacji mieszkańców Krakowa w danym roku życia w większości rodzajów szczepienia spada. Istnieje tendencja niskiego poziomu szczepień na błonice i tężec na poziomie 50,7%, krztusiec 50,5%, oraz polio 51,2%²⁶.

W 2014 r. nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej objął realizację programu szczepień ochronnych 685 065 dzieci i młodzieży od pierwszego do 20 r. życia. Sprawozdawczość w zakresie wykonawstwa szczepień ochronnych prowadzona jest przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, skąd przekazywana zostaje do Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych, a następnie do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Wyszczepialność w zakresie zapobiegania poszczególnym chorobom zakaźnym w 2014 r. była na niższym poziomie w porównaniu do 2013 r.

W 2014 r. na terenie woj. małopolskiego zarejestrowano 231 (2013 r. - 165) niepożądanych odczynów poszczepiennych, w tym 209 odczynów o przebiegu łagodnym, 22 o przebiegu poważnym oraz 1 ciężki. Według danych zawartych w kartach uodpornienia oraz na podstawie kwartalnych sprawozdań z wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych wynika, że na koniec 2014 r. stan liczbowy osób uchylających się z obowiązku wykonania szczepień wynosił 769. Szczepienia ochronne stanowią jeden z najistotniejszych elementów zapobiegania występowaniu chorób zakaźnych oraz redukcji zagrożenia epidemicznego, a poziom zaszczepienia jest istotnym wskaźnikiem oceny funkcjonowania i skuteczności systemu zdrowotnego danego województwa²⁷.

II.3 Podsumowanie.

Uwarunkowania demograficzne. Charakterystyczną cechą współczesnych przemian demograficznych jest starzenie się populacji obserwowane jako wzrost udziału ludności w starszym wieku. Przyczyną jest m.in. spadek rozrodczości. Starzenie się może ulec przyspieszeniu, jeśli obniżyć się będzie umieralność w starszym wieku. Powyższe przemiany mają wymiar ekonomiczny, ponieważ pojawiają się relacje pomiędzy wyżowymi generacjami utrzymywanych i słabiej liczebnie reprezentowanych generacji utrzymujących. Starzenie się populacji Krakowa spowoduje konieczność dokonania zmian w organizacji opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem świadczeń charakterystycznych dla wieku podeszłego. W związku z następującymi zmianami w strukturze wieku mieszkańców Krakowa można również oczekiwać wzrostu zapadalności na

²⁶ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Kraków: 2014, s.20

²⁷ Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2014 roku, Wojewódzka Stacja Sanitarno Epidemiologiczna w Krakowie

choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe, co wymaga zwiększenia środków na działania profilaktyczne, wczesną diagnostykę i leczenie. W związku z obserwowanymi trendami wzrostu urodzeń, wzrostem długości życia, wydłużeniem aktywności zawodowej wyzwaniem staje się opracowanie rozwiązań i sposobu łagodzenia negatywnych skutków zmian demograficznych.

Uwarunkowania epidemiologiczne. W ramach dostępnych danych można przyjąć, że tendencje epidemiologiczne dotyczące głównych problemów zdrowotnych są wzrostowe w tych samych obszarach od 2008 roku. Główną przyczyną zgonów nadal w Krakowie były choroby układu krążenia. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia były niższe od danych ogólnopolskich, ale jednocześnie wyższe od średniej europejskiej. Drugą przyczyną zgonów w Krakowie były nowotwory. Współczynniki umieralności z powodu nowotworów były niższe od ogólnopolskich w przypadku mężczyzn, ale wyższe w przypadku kobiet. Mając na uwadze zachorowania na nowotwory złośliwe najwyższy odsetek dotyczył nowotworów płuc, gruczołu krokowego i jelita grubego. W przypadku kobiet: nowotwory złośliwe piersi, płuca i szyjki macicy. W porównaniu z mieszkankami UE Polki charakteryzują się wysoką zachorowalnością na raka szyjki macicy i na raka żołądka.

Zgodnie z oceną Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie w roku 2013 nie stwierdzono występowania chorób zakaźnych, które stwarzałyby zagrożenie epidemiologiczne. Nastąpił wzrost zachorowań na grypę i zachorowań grypopodobnych. Na wysokim poziomie pozostały zachorowania na ospę wietrzną oraz utrzymał się wzrost zachorowań na płonicę. Więcej zarejestrowano wirusowych zakażeń pokarmowych. Korzystna tendencja spadkowa dotyczy świnki, różyczki, WZW typu B i C oraz salmonellozę. Zgodnie z oceną Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie w zakresie chorób zakaźnych w województwie małopolskim w roku 2014 sytuacja epidemiologiczna utrzymywała się na porównywalnym poziomie. Pomimo stałego zmniejszania się zapadalności na gruźlicę, wskaźnik ten w Polsce jest nadal zdecydowanie wyższy niż w Europie Zachodniej. Efektywną metodą ograniczenia zakażeń jest wczesne wykrywanie oraz wczesne leczenie gruźlicy. W dążeniu do poprawy sytuacji w zakresie chorób zakaźnych ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna, promocja zachowań zdrowotnych, w tym w zakresie szczepień ochronnych. Przyczyny nie zaszczepionych dzieci spowodowane są odroczeniami przez lekarzy pierwszego kontaktu, kampaniami antyszczepionkowymi oraz uchylaniem się rodziców od obowiązku szczepień. Większość wskaźników uodpornienia osiągniętych w Krakowie pomimo stopniowej poprawy nadal znacznie odbiega od średniej dla województwa małopolskiego. Pomimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej, wskaźniki zapadalności na choroby zakaźne w Polsce są wyższe niż w krajach UE.

Powyższa analiza wybranych aspektów sytuacji demograficznej i epidemiologicznej umożliwia ustalenie dalszych kierunków działań Miasta w zakresie ochrony zdrowia:

- 1) w zakresie chorób układu krążenia i nowotworów – dalsza koncentracja na oddziaływaniu na świadomość społeczną i profilaktykę zdrowotną;
- 2) działania na rzecz obniżenia wskaźników umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuc, piersi, macicy, jelita grubego, prostaty i tarczycy – analiza możliwych przyczyn i zwiększanie dostępności do programów wczesnego wykrywania (podejmowane we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych). Przeciętny czas oczekiwania do specjalistów diagnozujących oraz leczących najczęstsze schorzenia w skali kraju rysuje się następująco. Na onkologiczne świadczenia gwarantowane w Polsce na przełomie lutego i marca 2015 r. czas oczekiwania wynosił ponad miesiąc. Tendencje wzrostową stale odnotowuje się od przełomu czerwca i lipca 2014 r. Podobna sytuacja tworzy się w kardiologii, z tym że tu średni czas na świadczenia gwarantowane wynosi prawie 3, 5 miesiąca²⁸.

²⁸ Fundacja Watch Health Care , <http://www.korektorzdrowia.pl/>

- 3) planowanie akcji edukacyjnych odnośnie czynników ryzyka nowotworów i innych grup chorób, zwłaszcza układu krążenia, w tym:
 - a) edukacja zdrowotna na poziomie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek środowiskowych w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej, jak również dostępności do świadczeń zdrowotnych;
 - b) szkolenia z zakresu prewencji pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów m.in. dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek;
 - c) działania profilaktyczno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży
 - d) działania profilaktyczno-edukacyjne dla osób starszych;
- 4) kontynuacja dostosowywania rodzaju i zakresu realizowanych programów profilaktycznych do uwarunkowań zdrowotnych z równoczesnym wzmocnieniem działań edukacyjno-informacyjnych;
- 5) podejmowanie decyzji o prowadzonych programach w oparciu o ich ewaluację i analizy efektywności kosztowej;
- 6) kontynuacja działań w celu utrzymania wysokiego odsetka wykonania szczepień ochronnych oraz inicjowanie i realizowanie programów szczepień ochronnych i akcji informacyjnych;
- 7) rozwój lokalnego systemu działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego dorosłych i dzieci - zgodnie z zadaniami ujętymi w odrębnym programie.

II. 4 Analiza i wybrane aspekty dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych w mieście Krakowie.

Tabela Nr 6 . Średni czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie miasta Krakowa w latach 2012-2014 (w dniach) przedstawia poniższa tabela.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014
1.	Świadczenia w zakresie alergologii	70	64	65
2.	Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej	2	1	8,5
3.	Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej	12	17	17
4.	Świadczenia w zakresie chorób metabolicznych	33	20	40
5.	Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc	41	35	36
6.	Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii	33	40	42
7.	Świadczenia w zakresie diabetologii	68	64	58
8.	Świadczenia w zakresie endokrynologii	103	144	156
9.	Świadczenia w zakresie gastroenterologii	90	86	101
10.	Świadczenia w zakresie geriatry	18	17	12
11.	Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	13	16	19
12.	Świadczenia w zakresie kardiologii	98	96	90

13.	Świadczenia w zakresie neurologii	41	46	54,5
14.	Świadczenia w zakresie okulistyki	75	85	99
15.	Świadczenia w zakresie onkologii	17	19	20
16.	Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	52	65	67
17.	Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci	26	48	46
18.	Świadczenia w zakresie otolaryngologii	26	25	26
19.	Proktologia	42	56	46
20.	Reumatologia	60	64	63,5
21.	Urologia	70	90	85

Źródło: MOW NFZ

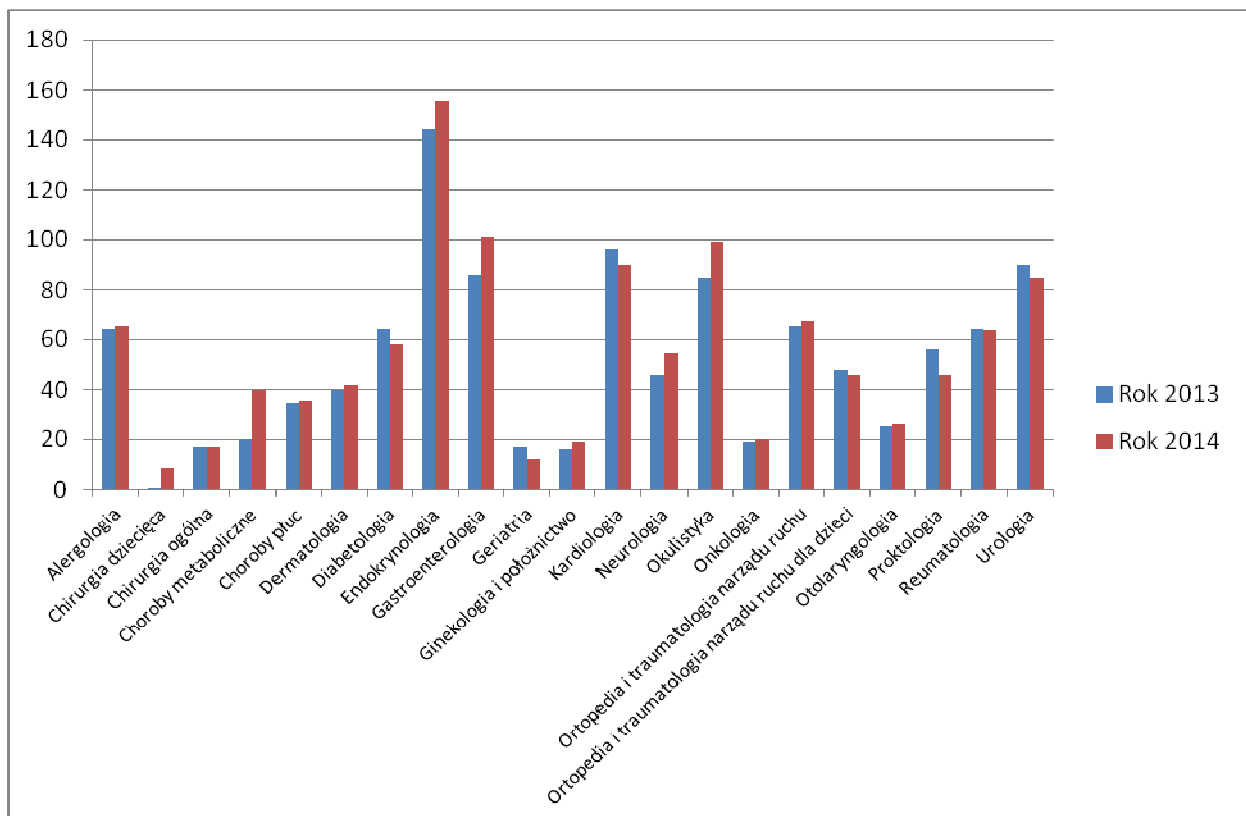
Średni czas oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w Krakowie wynosi ok. 55 dni (stan rok 2014). W porównaniu do poprzednio analizowanego okresu (stan rok 2013) czas ten wydłużył się o ok. 3 dni (w roku 2013 było to ok. 52 dni). Otrzymane wyniki świadczą o wydłużeniu czasu oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2013-2014. Najdłuższa kolejka występowała w dostępie do świadczeń z zakresu **endokrynologii** gdzie czas oczekiwania wynosił 156 dni w roku 2014 i wydłużył się o 12 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 144 dni. Na świadczenia **kardiologiczne** w roku 2014 czekało się przeciętnie 90 dni, okres oczekiwania skrócił się o 6 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 96 dni. Na świadczenia z zakres **okulistyki** czas oczekiwania w roku 2014 wyniósł 99 dni i wydłużył się o 14 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 85 dni. Na świadczenia z zakresu **urologii**, czas oczekiwania w roku 2014 wyniósł 85, skrócił się o 5 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 90 dni. Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **gastroenterologii** w roku 2014 wynosił 101 dni i wydłużył się o 15 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 86 dni.. Najkrócej pacjenci czekają na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: **chirurgia dziecięca**; gdzie czas oczekiwania wynosił 8,5 dni w roku 2014 i wydłużył się o 7,5 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 1 dzień; **położnictwo i ginekologia**, gdzie czas oczekiwania wynosił 19 dni w roku 2014 i wydłużył się o 3 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 16 dni; **chirurgii ogólnej**, gdzie czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2014 i został na tym samym poziomie w stosunku do roku 2013 kiedy również wyniósł 17, **geriatrii**, gdzie czas oczekiwania wynosił 12 dni w roku 2014 i skrócił się o 5 dni w stosunku do roku 2013 kiedy wynosił 17 dni.

Najbardziej znacząca poprawa dostępu do świadczeń nastąpiła w zakresie proktologii kardiologii oraz diabetologii. W roku 2013 dostęp do specjalistów z zakresu **proktologii** wyniósł 56 dni natomiast w roku 2014 czas oczekiwania w tej dziedzinie poprawił się i wyniósł 46 dni. W zakresie **kardiologii**, w roku 2013 czas oczekiwania wynosił 96 dni, w roku 2014 skrócił się o 6 dni i wynosił 90 dni. Pomimo kilkudniowego skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie kardiologii trzymiesięczny czas oczekiwania jest stosunkowo długi. Czas oczekiwania w zakresie **diabetologii** wynosił w 2013 roku 64 dni, a w roku 2014 skrócił się o 6 dni i wynosił 58 dni.

Wydłużenie średniego czasu oczekiwania zanotowano w przypadku chorób metabolicznych, gastroenterologii oraz okulistyce. Średni czas oczekiwania w **przypadku chorób metabolicznych** w roku 2014 wynosił 40 dni i wydłużył się o 20 dni w stosunku do roku 2013, kiedy wynosił 20 dni. Kolejną z dziedzin, charakteryzującą się wydłużonym czasem oczekiwania jest **gastroenterologia**, gdzie w roku 2013 czas oczekiwania wyniósł 86 dni, a w roku 2014 wydłużył się o 15 dni i wyniósł 101. Na świadczenia z zakresu **okulistyki** w 2013 roku czekało się 85 dni a w roku 2014 już 99 dni.

Brak znaczących zmian w „kolejkach do świadczeń zdrowotnych” w 2014 roku w porównaniu do roku 2013 odnotowano w odniesieniu do: chirurgii ogólnej, reumatologii, alergologii, chorób płuc, onkologii oraz otolaryngologii. W roku 2013 czas oczekiwania na świadczenia **chirurgiczne** wynosił 17 dni, tak samo jak w roku 2014. Czas oczekiwania na świadczenia z **reumatologii** w roku 2013 wyniósł 64 dni, a w 2014 roku 63,5 dni. Czas oczekiwania na świadczenia z **alergologii** wyniósł w 2013 roku 64 dni, a w 2014 roku 65 dni, w zakresie **chorób płuc** w 2013 roku 35 dni, a w 2014 roku 36 dni, w zakresie **onkologii** w 2013 roku wynosił 19 dni, a w roku 2014 20 dni, natomiast w zakresie **otolaryngologii** w roku 2013 wyniósł 25 dni, a w roku 2014 26 dni.

Poniższy wykres przedstawia: Czas oczekiwania w dniach na poszczególne ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2013-2014 w mieście Krakowie.



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

W Krakowie do kardiologa w 2014 roku czekało się średnio 90 dni. Czas oczekiwania na poradę u specjalisty **kardiologii** na terenie miasta Krakowa jest zróżnicowany w zależności od placówek. W roku 2013 poziom finansowania przez MOW NFZ na świadczenia z zakresu

kardiologii wynosił: 14 643 505,61 zł, a w roku 2014: 14 420 501,37 zł (nastąpił spadek o 223 004,24 zł).

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **onkologii** wynosił w roku 2014 średnio 20 dni. Jest to średni okres, w porównaniu z czasem oczekiwania do innych specjalistów. W roku 2014 poziom finansowania przez MOW NFZ Świadczeń z zakresu onkologii wynosił 5 425 288,71 zł.

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chorób płuc, wynosi średnio 36 dni, Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gastroenterologii wynosi średnio 101 dni. W roku 2014 poziom finansowania na świadczenia z zakresu gastroenterologii wynosił 1 059 992,25 zł i był na podobnym poziomie jak w roku 2013.

Pomimo wydłużenia się długości życia i starzenia społeczeństwa, czas oczekiwania na wizytę u geriatry nie należy do długich w Krakowie, bo wynosi średnio 12 dni. Finansowanie geriatry w 2014 roku wynosiło 400 081,80 zł i było niższe o 73 572,66 zł w porównaniu do roku 2013 kiedy wynosiło 473 654,46 zł.

III. Cele i kierunki realizacji Programu.

Kierunki realizacji Programu zbieżne są z Celem Operacyjnym I-5 (według Strategii Rozwoju Krakowa): Zapewnienie mieszkańcom Krakowa właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Priorytety Programu:

- 1. Systematyczna aktualizacja informacji o potrzebach i uwarunkowaniach zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa.**
- 2. Koordynacja zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej Miasta Krakowa.**
- 3. Poprawa warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych – stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o możliwie najwyższej jakości i dostępności.**
- 4. Profilaktyka i promocja zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych przez działania edukacyjne adresowane do konkretnych grup wiekowych.**

Wskazane powyżej priorytety będą realizowane w szczególności poprzez następujące działania:

1. Lecznictwo.

1.1 Lecznictwo otwarte:

1.1.1

- 1) Tworzenie warunków dla dostosowania pomieszczeń i urządzeń przychodni administrowanych przez właściwą miejską jednostkę organizacyjną Miasta Krakowa do obowiązujących przepisów m.in. poprzez możliwość inwestowania własnych środków oraz do pozyskiwania środków ze źródeł zewnętrznych,
- 2) Likwidacja barier architektonicznych w budynkach w całości przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych,
- 3) Zbywanie nieruchomości na rzecz ich najemców, zgodnie z odrębnymi uchwałami Rady Miasta Krakowa.

1.1.2 Współpraca z konsultantami województwa małopolskiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządami zawodów medycznych, organizacjami pozarządowymi (w tym

świadczeniodawców i pacjentów), ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami lokalnego systemu zdrowotnego przy podejmowaniu przez Gminę Miejską Kraków decyzji w zakresie ochrony zdrowia jej mieszkańców.

1.1.3 Realizacja programów polityki zdrowotnej (ustanowionych zgodnie z częścią II „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2016–2018”).

1.1.4 Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach zadań Dzielnic (wyłącznie zgodnych z zakresem programów polityki zdrowotnej ustanowionych przez Radę Miasta Krakowa).

1.1.5 Zapewnienie mieszkańcom Miasta Krakowa informacji o świadczeniodawcach usług medycznych prowadzących działalność na terenie Miasta poprzez:

- 1) działalność „Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej”;
- 2) współpracę z lokalnymi środkami masowego przekazu;
- 3) wykorzystanie komunikacji elektronicznej;
- 4) prowadzenie serwisu zdrowotnego w ramach Miejskiej Prezentacji Internetowej „Magiczny Kraków” oraz na stronach „Biuletynu Informacji Publicznej”.

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

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

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

Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu:

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

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące:

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

1.2 Lecznictwo zamknięte:

1.2.1. W 2014 roku na terenie Krakowa działało 14 placówek lecznictwa zamkniętego będących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, w tym 12 szpitali (w tym 1 szpital psychiatryczny) i 1 zakład opiekuńczo-leczniczy oraz 23 pozostałe podmioty lecznicze, w tym 21 szpitali ogólnych niepublicznych oraz 2 szpitale psychiatryczne niepubliczne.

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

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

Tabela Nr 7

Placówki lecznictwa stacjonarnego na terenie miasta Krakowa w 2014 roku (bez Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych).

	Szpitale ogólne – publiczne (w tym resortowe)	Zakłady ogólne niepubliczne	Szpitale psychiatryczne publiczne i niepubliczne	Komórki organizacyjne publicznej i niepublicznej opieki długoterminowej wg kodów resortowych – 5170, 51 ⁷ 1, 5172, 5180, 5182 (łącznie z oddziałami medycyny paliatywnej w szpitalach ogólnych – 5182)
	2014	2014	2014	2014
Liczba szpitali (stan na 31.12.2014)	11 (1)	21	3	14
Liczba łóżek (stan na 31.12.2014)	4 772 (415)	1 273	905	1 322
Zatrudnienie¹ (stan na 31.12.2014)				
Lekarze	1 936 ² (144)	326 ²	81 ²	61 ³
Pielęgniarki i położne	4 727 ² (333)	850 ²	328 ²	433 ³
Liczba pacjentów				
Liczba pacjentów ⁴	269 093 (14 410)	95 113	8 926	3 685

¹ pełnozatrudnieni na umowy o pracę w szpitalach – jako jednostkach organizacyjnych.

² łącznie z zatrudnionymi na umowy cywilnoprawne w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat,

³ łącznie z zatrudnionymi w ramach umowy cywilnoprawnej,

⁴ bez ruchu międzyoddziałowego.

Uwaga! Liczba łóżek i liczba pacjentów w szpitalach ogólnych łącznie z oddziałami neonatologicznymi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań rocznych MZ-29, MZ-29A, MZ-30, pozyskanych z MUW w Krakowie

Tabela Nr 8

Placówki lecznictwa stacjonarnego publiczne i niepubliczne na terenie miasta Krakowa – liczba łóżek łącznie z oddziałami neonatologicznymi (wg stanu na 31.12.2014 r.)

Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek	Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków
Placówki publiczne		
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla ul. Skarbowska 4	412	-
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego os. Na Skarpie 66	602	48
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza ul. Prądnicka 35-37	432	40
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80	599	-
Wojewódzki Szpital Okulistyczny os. Na Wzgórzach 17 b	60	-
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika, ul. Strzelecka 2	120	-
Krakowskie Centrum Rehabilitacji al. Modrzewiowa 22	110	-
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ul. Wielicka 265	522	34
Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36	1300	70
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej ul. Garncarska 11	200	-
Ogółem placówki publiczne	4 357	192
Placówki „resortowe”		
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Wrocławska 1-3 (jednostka MON)	415	-
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW ul. Kronikarza Galla 25	168	·
Ogółem placówki publiczne i „resortowe”	4 940	-
Szpitale ogólne niepubliczne		
Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego ul. Trynatarska 11	113	-
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera, os. Złota Jesień 1	658	14

Szpital Położniczo-ginekologiczny „Ujastek” sp. z o.o., ul. Ujastek 3	165	59
NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego, ul. Siemiradzkiego 1	68	35
NZOZ Szpital na Siemiradzkiego 2 Ośrodek Diagnostyczno- Operacyjny, ul. Siemiradzkiego 1	5	-
FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno-Operacyjne Ginekologii i Położnictwa ul. Zagaje 67	5	-
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „Medicina” Sp. z o.o., ul. Rogozińskiego 12	21	-
Medycyna Prywatna UJASTEK sp. z o.o. Chirurgia jednego dnia, ul. Ujastek 3	8	-
Szpital „Center Med. ul. Św. Łazarza 14	15	-
Krakowskie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ, ul. Bochenka 15A	27	-
Centre de la Vision, ul. H. Sienkiewicza 34	7	-
VOIGT MEDICA Centrum Chirurgii Laserowej, ul. Balicka 255	2	-
NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II os. Złotej Jesieni 1	26	-
NZOZ „Scanmed Strefa Medyczna Uniwersum”, ul. Armii Krajowej 5	83	-
NZOZ ORTOPEDICUM, ul. Koło Strzelnicy 3	34	-
NZOZ Raclawicka sp. z o.o., ul. Raclawicka 48	2	-
Centrum Ortopedyczno-Rehabilitacyjne ARTROMED, ul. Reymonta 22	13	-
NZZ Arka – Chirurgia jednego dnia, ul. Królowej Jadwigi 15	4	-
ORTOMED Szpital, ul. Św. Łazarza 14	10	-
Włodzimierz Miniewicz NZOZ M.W. med., ul. Dobrego Pasterza 207 A	6	-
Krakowskie Centrum Okulistyki „Zooptica”, ul. H. Wieniawskiego 62	1	-
Ogółem szpitale ogólne niepubliczne	1273	108
Szpitaly psychiatryczne publiczne		
Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego ul. Babińskiego 29	810	-
Szpitaly psychiatryczne niepubliczne		
Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień, ul. Suchy Jar 4	62	-
Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby, ul. Nadbrzezie 25	33	-
Ogółem szpitale psychiatryczne niepubliczne	95	

Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze i hospicja		
NZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej TPCH HOSPICJUM, ul. Fatimska 17	44	-
Zakład Usług Medyczo-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK, os. Złotej Jesieni 1	42	-
NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka” os. Młodości 9	87	-
NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nr 1 (dawny Neomedica), ul. Prądnicka 36	35	-
NZOZ „BONA-MED.” Sp. z o.o. ul. Siemaszki 17	115	-
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek, ul. Kołłątaja 7	72	-
NZOZ „DOM-MED”, ul. Helclów 2	110	-
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ, ul. Ujastek 3, ZOL dla dorosłych	264	-
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ, ul. Ujastek 3, ZOL dla dzieci	4	-
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267		
Oddział o profilu ogólnym	397	-
Oddział o profilu psychiatrycznym	87	-
Oddział medycyny paliatywnej	29	-
Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, Oddział medycyny paliatywnej	19	
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Wrocławska 1-3 (jednostka MON) Oddział medycyny paliatywnej	17	-
Ogółem publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo – lecznicze i hospicja	1 322	-

¹ Na liczbę miejsc składa się liczba łóżeczek i inkubatorów.

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego - opracowanie na podstawie sprawozdań MZ-29, MZ-29A, MZ-30

Tabela Nr 9

Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych z wykształceniem średnim w 2014 roku w mieście Krakowie.

Wyszczególnienie	Pracujący w osobach*			Pracujący, dla których jednostka jest głównym miejscem pracy***
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy**		
		razem	zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Pielegniarki, w tym: niepełnych kwalifikacjach	4 694	3 587	3 225	3 541

Położne	838	327	308	355
Technicy dentyści	84	60	49	65
Technicy farmaceutycy	84	82	81	82
Technicy elektroniki medycznej	19	13	9	13
Technicy/laboranci analityki medycznej	238	200	181	201
Technicy/analicy elektroradiologii	625	431	347	454
Technicy fizjoterapii	249	215	193	222
Technicy biomechaniki	2	1	1	1
Technicy masażyści, w tym:	110	86	59	89
niewidomi	46	40	29	40
Instruktorzy higieny	41	41	41	41
Terapeuci zajęciowi	54	49	47	49
Dietetycy	125	114	108	114
Higienistki szkolne	48	36	28	42
Higienistki stomatologiczne	227	179	129	206
Asystentki stomatologiczne	307	197	138	254
Ortopedyści	23	17	16	20
Technicy ortopedzi	0	0	0	0
Opiekunki dziecięce	0	0	0	0
Ratownicy medyczni	437	155	141	112
Opiekunowie medyczni	172	134	122	133
Protetycy słuchu	2	1	1	1

Tabela Nr 10

Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego z wykształceniem wyższym w 2014 roku w mieście Krakowie.

Wyszczególnienie	Pracujący w osobach *			Pracujący, dla których jednostka jest głównym miejscem pracy***
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy**		
		razem	zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Lekarze, w tym:	10 423	3 882	2 831	3 865
kobiety	5 955	2 387	1 740	2 431

Lekarze stomatolodzy, w tym:	1 180	381	178	571
kobiety	843	278	120	427
Farmaceuci, w tym:	120	102	88	96
kobiety	94	80	68	74
Diagności laboratoryjni, w tym:	610	529	487	524
kobiety	547	473	436	467
Zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych (osoby nie wymienione w wierszach powyżej)	126	85	64	74
Pielegniarki z wyższym wykształceniem, w tym:	4 466	3 698	3 473	3 596
z dyplomem mgr pielęgniarstwa	1 725	1 405	1 325	1 353
Położne z wyższym wykształceniem, w tym:	599	415	399	447
z dyplomem mgr położnictwa	190	125	120	144
Ratownicy medyczni z wyższym wykształceniem, w tym:	397	215	194	196
mgr ratownictwa medycznego	30	8	8	8
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem, w tym:	837	596	486	614
z dyplomem mgr fizjoterapii lub kierunku równoważnego	706	519	424	539
Dietetycy z wyższym wykształceniem	78	58	51	57
Psycholodzy	697	405	208	344
Logopedzi	102	48	21	40
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	160	82	59	80

*/Pracujący – bez względu na rodzaj umowy, (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, w tym umowa zlecenie) i wymiar czasu pracy.

**/ Zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania (zgodnie z Kodeksem Pracy),

***/ Na podstawie oświadczenia pracującego.

Źródło: opracowanie Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, Wydział Polityki Społecznej na podstawie sprawozdania MZ-88.

Tabela nr 11 – Zestawienie ilości łóżek w latach 2012-2014 wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku w miejskich podmiotach leczniczych.

Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek wg stanu na 31 grudnia:		
	2012	2013	2014
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego, os. Na Skarpie 66	557	599	599
w tym liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków	48	40	40
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, ul. Prądnicka 35-37	427	452	432
w tym liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków	40	40	40
Ogółem łóżek:	984	1051	1031
Ogółem miejsc dla noworodków i wcześniaków	88	80	80
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267 – ogółem:	424	510	510
w tym: oddział szpitalny - paliatywny	27	29	29
oddział opiekuńczo-leczniczy ogólny	312	395	395
oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	85	86	86

* Dane pochodzą z miejskich szpitali oraz ZOL

Analizując powyższe dane należy stwierdzić, że w 2014 roku na terenie miasta Krakowa funkcjonowały 4 940 łóżka w placówkach publicznych lecznictwa stacjonarnego, w tym 1 547 w miejskich jednostkach lecznictwa zamkniętego (tj.31,31%). Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego znajdował się na drugiej pozycji w Krakowie pod względem liczby łóżek szpitalnych dla dorosłych. Liczba łóżek dla noworodków i wcześniaków w mieście Krakowie w placówkach publicznych lecznictwa stacjonarnego wynosiła 192 w tym 88 (tj. 45,8%) w miejskich jednostkach lecznictwa zamkniętego.

1.2.2 Zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzenie SPZOZ w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej powoduje, że w przypadku zakończenia roku obrotowego ujemnym wynikiem finansowym, Gmina, będąc podmiotem tworzącym, może pokryć ujemny wynik

finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną - do wysokości tej wartości. Jeżeli tego nie zrobi, zobowiązana jest albo do zmiany formy organizacyjno-prawnej, albo do likwidacji SPZOZ.

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

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

Najważniejsze planowane działania to:

- 1) dostosowanie miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, tj.: Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza, Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie, przy ul. Wielickiej 267, do aktualnych warunków prawnych i finansowych,
- 2) dostosowanie pomieszczeń i urządzeń miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, do obowiązujących przepisów prawa,
- 3) badanie dostępności i jakości usług medycznych we wszystkich krakowskich podmiotach lecznictwa zamkniętego,
- 4) nadzór nad dostępnością i jakością usług medycznych w miejskich podmiotach leczniczych,
- 5) nadzór nad przychodami i kosztami działalności, w celu poprawy efektywności oraz struktury majątkowej i kapitałowej w miejskich podmiotach leczniczych po to, aby ustabilizować ich funkcjonowanie,
- 6) współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji modernizacji pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym (w ramach zadań Dzielnic).

1.2.3 Realizacja zadań inwestycyjnych w miejskich podmiotach leczniczych.

Środki z budżetu Miasta Krakowa przeznaczone na zadania inwestycyjne w miejskich podmiotach leczniczych w latach 1999 – 2015 (1999-2014 wg wykonania finansowego, 2015 – wg planu finansowego):

- 1) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie – **60 964 811 zł;**
- 2) Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie - **68 426 406 zł;**
- 3) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie – **13 068 442 zł**

Łącznie – 142 459 659 zł.

W ramach współpracy z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji przebudowy pomieszczeń oraz zakupu wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich jednostek leczenia zamkniętego (w ramach tzw. zadań dzielnic) - Dzielnica XVIII i Dzielnica XII w latach 2004-2015 (1999-2014 wg wykonania finansowego, 2015 – wg planu finansowego) przekazano odpowiednio dla Szpitala Specjalistycznego im S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie i Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie środki finansowe w łącznej wysokości 577 015 zł.

Środki uzyskane ze źródeł zewnętrznych.

W 2014 roku Gmina Miejska Kraków otrzymała ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 lub Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 dofinansowanie projektu pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*. Całkowita wartość projektu wynosi 13 999 999 zł, w tym wkład własny Beneficjenta – 2 800 000 zł. Okres realizacji – 30 lipca 2014 r. do 30 kwietnia 2016 r. Realizatorem ww. projektu, na podstawie stosownych umów i porozumienia, jest **Zakład Opiekuńczo – Leczniczcy w Krakowie**.

Celem głównym projektu jest budowanie sprawnego systemu funkcjonowania opieki długoterminowej w woj. małopolskim poprzez zapewnienie profesjonalnych usług w ww. zakresie. Realizacja projektu jest odpowiedzią na następujące problemy: zwiększenie liczby osób w wieku podeszłym, wydłużenie czasu życia, migracją młodych ludzi za granicę w celach zarobkowych, a tym samym brak opieki nad osobami w wieku podeszłym, mentalnością społeczną, tzn. brakiem umiejętności lub chęci, czy też brakiem wolnego czasu na opiekę nad osobą starszą, niejednokrotnie obłożnie chorą. Kolejnym poruszonym problemem jest niespełnianie wszystkich wymagań i norm wynikających ze standardów, aktów prawnych, nie mówiąc już o innowacyjnych rozwiązaniach usprawniających opiekę długoterminową i zapewniających bezpieczeństwo pacjentów.

Planowane działania merytoryczne w ramach projektu:

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

Zadanie 1: Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia - celem działań inwestycyjnych jest dostosowanie istniejącego budynku do obowiązujących przepisów prawa, głównie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zakres prac inwestycyjnych obejmować będzie budowę szybu windowego z wiatrołapem na południowym końcu budynku, dobudowę ewakuacyjnej klatki schodowej i windy towarowo-osobowej na północnym końcu budynku, zabudowę balkonów ścianami murowanymi, dobudowę ramp dla niepełnosprawnych, zmianę układu pomieszczeń - głównie przebudowę pokoi pacjentów z 4 osobowych na 2 osobowe, na każdym piętrze planuje się pozostawienie 1 pokoju 4 osobowego dla ciężko chorych pacjentów, ocieplenie elewacji, odtworzenie izolacji poziomej ścian piwnic, izolację termiczną i przeciwwilgociową posadzek piwnic.

Planowany jest również zakup wyposażenia z zakresu sprzętu medycznego.

Zadanie 2: Rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem - zorganizowanie systemu umożliwiającego rozwój tendencji zmierzającej do odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz rozwijania usług w dziedzinie opieki świadczonej w domu i w ośrodkach lokalnych. Dzięki przesunięciu akcentów poszczególne osoby posiadają większe możliwości wyboru rodzaju opieki. W ramach działań będzie wypożyczany specjalistyczny sprzęt oraz świadczone będą usługi doradztwa indywidualnego z opieki długoterminowej dla pacjentów i ich opiekunów.

W celu zapewnienia ww. grupie optymalnych warunków w zakresie opieki i nadzoru nad dobrym stanem zdrowia, w tym przeniesieniu opieki z instytucji do domów pacjentów, planuje się w ramach

inwestycji zorganizowanie systemu usług doradczych oraz wypożyczenia sprzętu takiego jak: materace przeciw odleżynowe, łóżka, wózki inwalidzkie, balkoniki. Wyposażenie to zostanie zakupione w ramach projektu.

Zadanie 3: Rozwój terapii zajęciowych w ZOL - w ramach projektu zostaną opracowane i wdrożone plany leczenia i opieki obejmujących terapie zajęciowe tj. ergoterapię, muzykoterapię, dogoterapię, kinoterapię oraz biblioterapię. Plany te będą odpowiadać indywidualnym potrzebom pacjentów i umożliwiać im aktywny udział w ich realizacji. Celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczania aktywności (która towarzyszy chorobie) i przywracanie zdolności do aktywnego życia w interakcji z otoczeniem społecznym. Poprzez uczestniczenie w różnych formach aktywności zorganizowanej i celowej osoby starsze i chore przewlekle nie pozostają bierne, nie zanika w nich inicjatywa i chęć do pracy oraz chęć nawiązywania i kontynuowania kontaktów z innymi.

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

W ramach programu edukacyjnego planowane są następujące działania:

- a) Zorganizowanie dwuletniej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek;
- b) Stworzenie i realizacja cyklu szkoleń i konferencji z zakresu opieki długoterminowej, geriatry i gerontologii dla lekarzy;
- c) Stworzenie systemu wsparcia pacjentów i ich opiekunów – organizacja szkoleń stacjonarnych;
- d) Stworzenie wydawnictwa poświęconego opiece długoterminowej oraz geriatryi;
- e) Działania informacyjne mające na celu zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia oraz zachęcające do planowania „zdrowej starości”.

Całość działań związana z edukacją zostanie przełożona na całe społeczeństwo poprzez uruchomienie kampanii informacyjnej mającej na celu zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia oraz zachęcające do planowania „zdrowej starości”.

Ponadto, w ramach mechanizmu Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 miejskie podmioty lecznicze planują ubiegać się o dofinansowanie inwestycji, niezbędnych do przeprowadzenia z uwagi na konieczność realizacji tzw. programów dostosowawczych, ale także spełnienia wymagań określonych w innych przepisach (w tym ogólnobudowlanych, przeciwpożarowych), a także wynikających z wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie planuje złożyć do dofinansowania ze środków 4 Osi Priorytetowej Regionalna polityka energetyczna jeden projekt w zakresie przeprowadzenia termomodernizacji budynków (obiektów) Szpitala poprzez: przebudowę termomodernizacyjną I, II i III Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Pracowni Endoskopii, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Pediatrycznego, Obserwacyjno – Zakaźnego Dorosłych i Dzieci, Dermatologicznego, Chirurgii Dzieci, Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu, a także przeprowadzenia termomodernizacji infrastruktury technicznej oraz rewitalizacji terenu Szpitala. Drugi projekt Szpitala złożony zostanie do dofinansowania ze środków 12 Osi Priorytetowej Infrastruktura społeczna i swoim zakresem obejmował będzie zakup sprzętu i aparatury medycznej do wybranych oddziałów/poradni/pracowni, w tym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, I, II i III Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Pracowni Endoskopowej, Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Traktem Porodowym oraz Oddziałów Otolaryngologii, Okulistyki, Urologii, Neurologii, Obserwacyjnego Chorób Zakaźnych i Dermatologii, Pediatrii, Ortopedyczno – Urazowego, Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej, Chirurgii Dzieci, a także Bloku Operacyjnego, Działu Diagnostyki Obrazowej, Centralnej Sterylizacji. Realizacja ww. przedsięwzięć zaplanowana została do 2020 roku, szacunkowy koszt realizacji ww. prac wynosi niespełna 57 mln zł.

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie planuje złożyć do dofinansowania ze środków 12 Osi Priorytetowej Infrastruktura społeczna projekt, którego przedmiotem będzie wykonanie nadbudowy i rozbudowy istniejącego Budynku Głównego Szpitala

dla potrzeb Bloków Operacyjnych, wyposażonych w instalacje oraz w sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania zabiegów operacyjnych i aparaturę medyczną. Pomieszczenia powstałe po przeniesieniu Bloków Operacyjnych zajęte zostaną przez Pracownię Endoskopii, która współpracować będzie z Blokiem Operacyjnym i innymi gabinetami diagnostycznymi w ramach utworzonego Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w Szpitalu. Dodatkowo, w ramach realizacji projektu przeprowadzona zostanie przebudowa pomieszczeń dla potrzeb Centralnej Sterylizatorni i Punktu zbiorczego bielizny czystej i brudnej wraz z zakupem wyposażenia. Realizacja ww. przedsięwzięcia zaplanowana została do końca 2017 roku, a szacunkowy koszt realizacji prac wynosi 32,3 mln zł.

Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie planuje złożyć do dofinansowania ze środków 4 Osi Priorytetowej Regionalna polityka energetyczna jeden projekt w zakresie przeprowadzenia przebudowy i termomodernizacji Pawilonu Nr 3 Zakładu. Realizacja ww. przedsięwzięcia zaplanowana została do 2018 roku, szacunkowy koszt realizacji ww. prac wynosi 11 mln zł.

1.2.4 Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

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

Wskaźniki monitoringu: stopień realizacji zadań związanych z przebudową i zakupem wyposażenia.

Ryzyka związane z realizacją Programu: niedostateczne środki finansowe na dostosowanie infrastruktury SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Gmina Miejska Kraków do obowiązujących przepisów.

Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu:

Lp.	Treść działania	Termin (uwagi)
1.	Dostosowanie miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym: Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza, Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie, przy ul. Wielickiej 267 do aktualnych warunków prawnych i finansowych.	Przez cały rok, zgodnie z odrębnymi zarządzeniami Prezydenta Miasta Krakowa sprawie sprawowania kontroli i nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym oraz przepisami o działalności leczniczej.
2.	Dostosowanie pomieszczeń i urządzeń miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym do obowiązujących przepisów prawa.	Termin realizacji zgodnie z przepisami w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, tj. do 31 grudnia 2017 r.
3.	Nadzór nad działalnością, jakością i kosztami usług medycznych w miejskich podmiotach leczniczych (samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym.	Przez cały rok, zgodnie z odrębnymi zarządzeniami Prezydenta Miasta Krakowa sprawie sprawowania kontroli i nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym oraz przepisami o działalności leczniczej.
4.	Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji modernizacji pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich podmiotów leczniczych (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym (w ramach zadań dzielnic).	Przez cały rok

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące:

Właściwa ds. budżetu komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, właściwa ds. finansowych komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, Rady Dzielnic Miasta Krakowa, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym.

2. Państwowe ratownictwo medyczne

Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, który sprawuje nadzór nad systemem na terenie kraju. W ramach nadzoru, minister zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje, może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa, może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.
2. Wojewoda, którego zadaniem jest planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa. System działa na obszarze województwa na podstawie **wojewódzkiego planu działania systemu**, zwanego dalej „planem”(w razie potrzeb podlegający aktualizacji), sporządzanego przez wojewodę (po zaopiniowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego) i zatwierdzonego przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wojewoda prowadzi w formie elektronicznej lub pisemnej ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. z obszaru województwa, prowadzi rejestr jednostek współpracujących z systemem i zobowiązany jest do 10 każdego miesiąca przekazywać dane o pracy tych jednostek do Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego, zatwierdza także program kursu w zakresie kwalifikowanej pomocy medycznej,

Zgodnie z art. 32 ww. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

1. Jednostkami systemu są:
 - Szpitalne oddziały ratunkowe „SOR” ,
 - Zespoły ratownictwa medycznego (specjalistyczne i podstawowe) – „ZRM”, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego – zwane dalej "jednostkami systemu", na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.

Wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego obejmuje w szczególności:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;
- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 3) obszary działania i rejony operacyjne,
- 4) sposób koordynowania działań jednostek systemu,
- 5) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego,

- 6) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw,
- 7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ww. ustawy,
- 8) informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej i terenach przez nie obsługiwanych;
- 9) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.
- 10) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
- 11) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 12) centrum urazowe wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe znajduje się na obszarze danego województwa,
- 13) lokalizację, teren działania i liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych, która określa się przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców, jednak nie mniej niż 2 stanowiska dyspozytorów medycznych w lokalizacji.

II. Zespoły ratownictwa medycznego na terenie Krakowa.

Na terenie Miasta Krakowa stacjonuje łącznie 18 ZRM, w tym: 4 ZRM „S” całodobowe i 13 ZRM „P” całodobowe, 1 ZRM „P” działający 16 godzin na dobę (od godz. 7.00-23.00), stacjonujący na terenie dzielnicy Kraków-Podgórze. W tabeli przedstawiono obszar działania ZRM w podziale na dzielnice od 1 stycznia 2015 r. Dysponentem ZRM jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Miejscami stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego na terenie miasta są następujące lokalizacje:

Tabela nr 12 Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego na terenie miasta Krakowa (źródło: BIP MUW)

Liczba ZRM „S”	Liczba ZRM „P”	Obszar działania ZRM	Miejsce stacjonowania
1	3	Kraków – miasto (Dzielnice: I, II, III)	Kraków - Grzegórzki ul. Łazarza 14
	1	Kraków – miasto (Dzielnice: IV, V, VI, VII, VIII)	Kraków - Zwierzyniec ul. Kościuszki 49
1	2	Kraków – miasto (Dzielnice: VIII, IX, X, XI, XIII); Świątyniki Górne - miasto; Świątyniki Górne - gmina; Mogilany - gmina	Kraków - Podgórze ul. Rynek Podgórski 2
	0,67	Kraków - miasto (Dzielnice: VIII, IX, X, XI, XIII); Świątyniki Górne - miasto; Świątyniki Górne - gmina; Mogilany - gmina	Kraków – Podgórze ul. Rynek Podgórski 2
	2	Kraków - miasto (Dzielnice: XI, XII, XIII)	Kraków - Bieżanów Prokocim ul. Teligi 8
1		Kraków - miasto (Dzielnice: IV, V, VI); Wielka Wieś	Kraków - Prądnik Biały ul. Wybickiego 3A
	1	Kraków - miasto (Dzielnice: IV, V, VI, VII, VIII)	Kraków - Prądnik Biały ul. Wybickiego 3A
1	1	Kraków - miasto (Dzielnice: XVIII)	Kraków - Nowa Huta ul. Igołomska 1
	2	Kraków - miasto (Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII)	Kraków – Bieńczyce os. Złotej jesieni 1
	0,5	Kraków - miasto (Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII)	Kraków - Bieńczyce os. Złotej jesieni 1
	0,5	Kraków - miasto (Dzielnice: XIV, XV, XVI, XVII)	Kraków - Bieńczyce os. Złotej jesieni 1
	1	Kocmyrzów-Luborzycza - gmina; Kraków - miasto (Dzielnice: XVII)	Kocmyrzów – Luborzycza Kocmyrzów 38
4 „S”	14 „P”	STACJONUJĄCE W KRAKOWIE	

Liczba LZRM

Ponadto na terenie Miasta Krakowa znajduje się **1 Lotniczy ZRM - SP ZOZ** – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Kraków - Lotnisko Balice.

III. Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Krakowie.

Szpitalny oddział ratunkowy jest to oddział będący komórką organizacyjną szpitala, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. , stanowiący jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt. 1, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniający wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Przedmiotem świadczeń kontraktowanych dla SOR jest całodobowe udzielanie świadczeń w trybie zagrożenia życia i

zdrowia, obejmujące procedury diagnostyczno – terapeutyczne, realizowane wobec ubezpieczonych kierowanych do SOR, stanowiący zadaniową część działalności SOR, tzn. świadczenia dla pacjentów, których pobyt w szpitalnym oddziale ratunkowym zakończył się wypisem ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub zgonem. Szpitalny oddział ratunkowy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, realizuje następujące zadania - udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W Krakowie zlokalizowanych jest 5 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych:

- 1) 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie
- 2) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie
- 3) Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie
- 4) Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera Sp. z o.o. w Krakowie
- 5) Szpital Uniwersytecki w Krakowie (Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof).

Szpitalny Oddział Ratunkowy planowany jest także w nowopowstającej siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie-Prokocimiu, którego ukończenie zaplanowane jest na kwiecień 2019 roku.

IV. Łądowiska w Krakowie.

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

V. Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Centrum w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim przy ul. Basztowej 22 w Krakowie działa od kwietnia 2009 roku i obsługuje Kraków i powiat krakowski (ponad 1,1 mln mieszkańców). Pierwszy numer alarmowy, jaki podłączono do krakowskiego centrum, to numer 998 (Straży Pożarnej). W maju 2009 r. centrum zaczęło odbierać zgłoszenia z najważniejszego numeru alarmowego - 112.

Działanie centrum opiera się na nowoczesnym specjalistycznym oprogramowaniu komputerowym. Operatorzy, podczas rozmowy z osobami zgłaszającymi, wszystkie niezbędne informacje wprowadzają natychmiast do komputera. Pracę ułatwia im specjalna aplikacja, która nawet „podpowiada” pytania, jakie operator powinien zadać, aby dowiedzieć się jak najwięcej o sytuacji. Dane wprowadzane są do standardowego formularza, który drogą elektroniczną przekazywany jest równocześnie do tych służb, których udział jest niezbędny w akcji ratunkowej.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego integruje system ratownictwa i pozwala na właściwe funkcjonowanie numeru 112. Wyeliminowana została konieczność przekazywania informacji pomiędzy służbami, dzięki temu niezbędna pomoc powinna nadejść szybciej i będzie lepiej zorganizowana.

CPR wychwytuje zgłoszenia pomyłkowe, fałszywe itp. Dzięki temu do służb docierają już tylko te zgłoszenia, które wymagają interwencji.

- jedynie ok. 30 procent zgłoszeń na numery 112 i 998 wymagało interwencji służb. Pozostałe telefony to były:
- pomyłki (np. przy wykręcaniu prefiksu Małopolski - 12),
- zabawa dzieci,
- traktowanie numeru 112 jako informacji (pytania np. o numery telefonów, czynną aptekę, sklep całodobowy czy taksówkę),
- problem z numerem PIN do telefonu (zapominanie PIN) - 112 to jedyny numer, jaki można wybrać przy zablokowanym telefonie.

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

- 1) utrzymanie jednostek systemu (SOR) wraz z lądowiskami dla helikopterów w miejskich podmiotach leczniczych (samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym,
- 2) stworzenie warunków w ramach kompetencji Miasta Krakowa dla rozwoju innych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a w szczególności Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego,
- 3) zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie medycznym, organy jednostek samorządu terytorialnego są zobowiązane dostarczyć na pisemne żądanie wojewody wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu, ponadto mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością: zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych i stanowisk dyspozytorów medycznych, niezależnie od przypisanych przepisami prawa Wojewodzie Małopolskiemu zadań z zakresu ratownictwa medycznego Miasto Kraków podejmuje dodatkowe działania związane z poprawą bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w zakresie pomocy przedmedycznej – realizacja uchwały Rady Miasta Krakowa Nr LXVIII/895/09 z dnia 15 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu zdrowotnego „Poprawa stanu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Miasta Krakowa w zakresie dostępności pomocy przedmedycznej”. Wskazana uchwała stanowi wykonanie uchwały Nr XX/264/07 Rady Miasta Krakowa z dnia 12 września 2007 r. w sprawie kierunków działania dla Prezydenta Miasta Krakowa w zakresie budowy sieci automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w miejscach publicznych poprzez realizację Ramowego Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA*. Wg stanu na dzień 3 lipca 2015 r. w ramach Krakowskiej Sieci AED „Impuls Życia” działa 31 urządzeń.
- 4) W ramach otwartego konkursu na realizację w 2014 roku zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia wyłoniono wykonawców zadań, prowadzących działania w obszarze ratownictwa medycznego, tj.:
 1. Fundację Zdrowia Publicznego – Umowa z dnia 25 marca 2014 r., nazwa zadania: „Mały ratownik – jak udzielać pierwszej pomocy” – programem objęto 172 uczniów z klas II i III szkół podstawowych.
 2. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski - Umowa z dnia 20 sierpnia 2014 r., nazwa zadania „Samarytański żuraw” – programem objęto 20 harcerzy i 12 instruktorek i instruktorów drużyn i kadry Szczepu.
 3. Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej Okręg Małopolski – Umowa z dnia 20 sierpnia 2014 r., nazwa zadania „Warsztaty Ratowników Harcerskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego” – programem objęto 30 harcerzy, wędrowników i instruktorów oraz członków współdziałających Okręgu Małopolskiego ZHR.

4. Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża – Umowa z dnia 23 lipca 2014 r., nazwa zadania „Utrzymanie i wzrost potencjału ratowniczego Grupy Ratownictwa Polskiego Czerwonego Krzyża Kraków” - w ramach realizowanego zadania publicznego:

a) przeszkolono łącznie 47 ratowników z zakresu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, przyrządowego udrażniania dróg oddechowych, zdarzeń masowych i triage'u oraz poszukiwania osób zaginionych.

b) na szkolenie zewnętrzne z kwalifikowanej Pierwszej Pomocy oddelegowano podczas realizacji zadania publicznego 5 członków Grupy Ratownictwa PCK „Kraków”.

c) w manewrach ratowniczych uczestniczyło 64 osoby.

5. Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża – Umowa z dnia 3 lipca 2014 r., nazwa zadania „Wsparcie funkcjonowania ratownictwa medycznego na terenie Dzielnicy VII Zwierzyniec przez Grupę Ratownictwa Polskiego Czerwonego Krzyża Kraków” – w ramach realizowanego zadania publicznego przeprowadzono patrol rowerowe w których uczestniczyło 16 członków grupy ratownictwa PCK „Kraków”.

6. Fundacja R2 – Umowa z dnia 21 lipca 2014 r., nazwa zadania „Na ratunek – R2” – w ramach realizowanego zadania publicznego wykonano:

a) 800h aktywnej służby ratowników R2,

b) 30h godzin szkoleń Medycznych,

c) 12h szkoleń motocyklowych na asfalcie,

d) 18h godzin szkoleń motocyklowych w terenie.

Łączne wydatki Gminy Miejskiej Kraków na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia w obszarze ratownictwa medycznego w roku 2014 r. wyniosły łącznie 110 272,33 zł.

W 2015 roku w ramach otwartego konkursu na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia wyłoniono wykonawców poniższych zadań prowadzących działania w obszarze ratownictwa medycznego tj.:

1. Fundacja Praesterno – Małopolski Ośrodek Fundacji Praesterno w Krakowie – nazwa zadania: „Umiem – więc uczę udzielania pierwszej pomocy” – program dla nauczycieli i wolontariuszy. Program obejmie 48 nauczycieli prowadzących zajęcia w krakowskich szkołach podstawowych oraz 24 wolontariuszy Fundacji Praesterno.

2. Fundacja R2 – nazwa zadania: „Ratownictwo mobilne R”. Rezultatem wykonania zadania publicznego będą stałe dyżury Ratowników Wolontariuszy Fundacji R2.

3. Fundacja Zdrowie Publiczne – „Nie boję się: Pomagam – pierwsza pomoc w stanach nagłych”. Program obejmie młodzież z klas IV do VI szkół podstawowych.

Łączna kwota dotacji: 150 000 zł

5) Rokrocznie na realizację Ramowego Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA* z budżetu Miasta Krakowa przeznaczane są środki finansowe w ramach dotacji dla Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, w roku 2015 jest to kwota 72 600 zł na utrzymanie i ubezpieczenie zestawów AED znajdujących się w sieci. W roku 2015 realizowane jest zadanie w ramach budżetu obywatelskiego „Mali Ratownicy” – szkolenia z pierwszej pomocy, obsługi AED wraz z zakupem sprzętu do nauki pierwszej pomocy. Projekt jest realizowany przez Szkołę Ratownictwa Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego w Dzielnicy II, Grzegórzki.

6) Łączne nakłady z budżetu Miasta Krakowa na realizację Programu Krakowska Sieć AED *IMPULS ŻYCIA* w okresie 2008-2014 wyniosły 1 625 892, 39 zł .

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi państwowego ratownictwa medycznego poszczególne zadania jednostek systemu finansowane są z budżetu państwa.

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

Wskaźniki monitoringu oraz harmonogram realizacji wykonywania zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Mieście Krakowie określone są w Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Podmiot koordynujący:

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

Podmioty uczestniczące:

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

3. Promocja i profilaktyka zdrowia.

3.1 W ramach promocji i profilaktyki zdrowotnej Miasto Kraków realizować będzie wielokierunkowe działania zorientowane na wzmocnienie potencjału zdrowotnego mieszkańców Miasta w zakresie:

Profilaktyki i promocji zdrowia oraz upowszechniania zachowań zdrowotnych jako działania adresowane do konkretnych grup wiekowych.

Cel : Poprawa zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa:

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

Cel „Poprawa zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa” jest podporządkowana Strategii Rozwoju Miasta, tj.:

- a) Celowi operacyjnemu I-5 – Zapewnienie mieszkańcom właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego,
- b) Celowi strategicznemu I – Kraków Miastem przyjaznym rodzinie, atrakcyjnym miejscem zamieszkania i pobytu.

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

- 1) realizacji miejskich programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa, w szczególności w zakresie profilaktyki chorób kardiologicznych oraz profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, w tym niepełnosprawnych (opis ustanowionych obszarów programów polityki zdrowotnej znajduje się w Części II pn. „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2016–2018”);
- 2) realizacji programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa (zgodnie z zakresem programów polityki zdrowotnej ustanowionych w niniejszym Programie);

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

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

- 1) profilaktyki zdrowotnej HIV/AIDS wspierając działania prewencyjne podejmowane przez inne podmioty systemu ochrony zdrowia w Mieście Krakowie,
- 2) profilaktyki zakażeń wirusem HCV,
- 3) poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta,
- 4) poprawy aktywności ruchowej, rehabilitacji (w tym rehabilitacji domowej),
- 5) propagowania zmiany w sposobie odżywiania (wczesne wykrywanie zaburzeń odżywiania), przeciwdziałanie otyłości, osteoporozie, wykrywania chorób tarczycy,
- 6) przeciwdziałania ubytkowi słuchu i zaburzeniom widzenia,
- 7) realizacji programów stomatologicznych (wykrywanie schorzeń jamy ustnej i braków w uzębieniu),
- 8) profilaktyki powikłań jatrogennych, wynikających ze stosowanej terapii wielolekowej – szczególnie w populacji osób starszych,

- 9) promowania zachowań zdrowotnych dla zapewnienie osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia,
- 10) zapobiegania schorzeniom zakaźnym,
- 11) podejmowanie działań mających na celu wspieranie edukacji nt. chorób rzadkich,
- 12) prowadzenia edukacji przedporodowej.

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania: budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej).

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

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

Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu:

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

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące:

Świadczeniodawcy usług medycznych prowadzący działalność na terenie Miasta Krakowa.

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

Corocznie opracowywany jest Program współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wytyczający kierunki współpracy w cyklu rocznym. Podjęte zostały działania dotyczące opracowania i wdrożenia

„Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018”. Wieloletni Program Współpracy jest dokumentem regulującym długofalowe kierunki współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami na lata 2015-2018, przyjęty został uchwałą nr VI/72/2015 z dnia 28 stycznia 2015 r.

W ramach zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia we współpracy z organizacjami pozarządowymi realizowane będą następujące zadania:

- 1) Działalność Krakowskiej Rady Działalności Pożytku Publicznego z przedstawicielem organizacji w obszarze ochrona zdrowia i niepełnosprawność,
- 2) Określenie trybu i szczegółowych kryteriów oceny wniosków o realizację zadania publicznego w ramach inicjatywy lokalnej w myśl zapisów ustawy z uwzględnieniem Rad Dzielnic w procesie opiniowania wniosków oraz zabezpieczenia w budżecie środków na realizację inicjatyw lokalnych.
- 3) Opracowanie listy ciał konsultacyjnych i doradczych funkcjonujących w GMK z uwzględnieniem możliwości powołania w ich skład przedstawicieli organizacji pozarządowych z obszaru ochrony zdrowia i niepełnosprawności,
- 4) Opracowanie systemu ewaluacji i monitoringu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi. Sukcesywne przekazywanie przez organizacje opinii i postulatów związanych z bieżącym diagnozowaniem potrzeb w środowisku lokalnym; stworzenie i wdrażanie odpowiedniego systemu (np. poprzez działanie Komisji Dialogu Obywatelskiego w obszarze ochrony zdrowia i niepełnosprawności; wdrażanie działań horyzontalnych (w tym: międzywydziałowych) w zakresie diagnozy i analizy potrzeb społecznych i zdrowotnych,
- 5) Ujednolicanie i uszczegółowianie zasad przeprowadzania otwartych konkursów ofert przez Gminę Miejską Kraków,
- 6) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie wiedzy wśród organizacji pozarządowych na temat dokumentów strategicznych i programowych, ogólnych i branżowych obowiązujących w Gminie.
- 7) Prowadzenie i rozbudowa miejskiego portalu internetowego dla organizacji pozarządowych www.ngo.krakow.pl (integralnego elementu Miejskiej Platformy Internetowej „Magiczny Kraków”) jako platformy do kontaktu i dialogu oraz wymiany doświadczeń Gminy Miejskiej Kraków z krakowskimi organizacjami pozarządowymi w obszarze ochrony zdrowia i niepełnosprawności.
- 8) Realizacja zadań z zakresu udzielania pierwszej pomocy i szkoleń w tym zakresie, realizowane m. in. przez: Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Krakowska, Fundację R2, Polski Czerwony Krzyż, Towarzystwo Zwalczenia Chorób Alergicznych Oddział w Krakowie, Małopolski Ośrodek Fundacji Praesterno w Krakowie, Fundację Zdrowia Publicznego, Związek Harcerstwa Rzeczypospolitej.
- 9) Realizacja zadań w oparciu o ustawę z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi w zakresie honorowego krwiodawstwa. Zadanie realizuje Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie oraz 34 kluby krwiodawstwa zarejestrowane przez Polski Czerwony Krzyż w Krakowie.
- 10) Realizacja programów promocji zdrowia w ramach powstającej Narodowej Strategii Zdrowia.

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

Źródła finansowania: budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki zagraniczne niepodlegające zwrotowi (m.in. środki z budżetu Unii Europejskiej).

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

Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu:

L.p.	Treść działania	Termin
1.	Działalność Krakowskiej Rady Działalności Pożytku Publicznego z przedstawicielem organizacji w obszarze ochrona zdrowia i niepełnosprawność.	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
2.	Określenie trybu i szczegółowych kryteriów oceny wniosków o realizację zadania publicznego w ramach inicjatywy lokalnej w myśl zapisów ustawy z uwzględnieniem Rad Dzielnic w procesie opiniowania wniosków oraz zabezpieczenia w budżecie środków na realizację inicjatyw lokalnych	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
3.	Opracowanie listy ciał konsultacyjnych i doradczych funkcjonujących w GMK z uwzględnieniem możliwości powołania w ich skład przedstawicieli organizacji pozarządowych z obszaru ochrony zdrowia i niepełnosprawności,	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
4.	Opracowanie systemu ewaluacji i monitoringu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi. Sukcesywne przekazywanie przez organizacje opinii i postulatów związanych z bieżącym diagnozowaniem potrzeb w środowisku lokalnym; stworzenie i wdrażanie odpowiedniego systemu (np. również powoływanie Komisji Dialogu Obywatelskiego w obszarze ochrony zdrowia i niepełnosprawności	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
5.	Ujednolicanie i uszczegółowianie zasad przeprowadzania otwartych konkursów ofert przez Gminę Miejską Kraków	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
6.	Prowadzenie i rozbudowa miejskiego portalu internetowego dla organizacji pozarządowych www.ngo.krakow.pl (integralnego elementu Miejskiej Platformy Internetowej „Magiczny Kraków”) jako platformy do kontaktu i dialogu oraz wymiany doświadczeń Gminy Miejskiej Kraków z krakowskimi organizacjami pozarządowymi w obszarze ochrony zdrowia i niepełnosprawności	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2015 – 2018
7.	Realizacja zadań z zakresu udzielania pierwszej pomocy i szkoleń w tym zakresie.	Przez cały rok
8.	Realizacja zadań w zakresie honorowego krwiodawstwa.	Przez cały rok

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, właściwa ds. współpracy z organizacjami pozarządowymi miejska jednostka organizacyjna.

Podmioty uczestniczące:

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

4. Medycyna szkolna.

Organizacja medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków:

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

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

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

- a) celowi operacyjnemu I-5 – Zapewnienie mieszkańcom właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego,
- b) celowi strategicznemu I – Kraków Miastem przyjaznym rodzinie, atrakcyjnym miejscem zamieszkania i pobytu.

Nadzorowane działania dyrektora szkoły lub placówki mające na celu usprawnienie realizacji zadań z zakresu organizacji gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, gabinetów dentystycznych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków będą prowadzone poprzez realizację programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży, działania edukacyjne we współpracy z partnerami UMK, zwiększenie dostępności w miejscu nauczania i wychowania do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oraz przyjęcie stosownych regulacji dotyczących koordynacji zadań i wprowadzenia zasad organizacji medycyny szkolnej w ww. szkołach. W 2014 r. na terenie placówek oświatowych funkcjonowały 182 gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Pomieszczenia przeznaczone na gabinety dentystyczne znajdowały się na terenie 55 placówek, dla których Gmina Miejska Kraków jest organem prowadzącym. Spośród 55 istniejących gabinetów w roku 2014 funkcjonowało 28 gabinetów dentystycznych, które realizowały programy profilaktyczne finansowane przez Gminę Miejską Kraków m.in. „Program profilaktyki próchnicy u dzieci”, finansowany z budżetu Gminy Miejskiej Kraków, oraz z innych źródeł. W ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015” w placówkach realizowane były następujące programy polityki zdrowotnej:

- 1) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej – adresowany do uczniów w wieku 7-8, 16-17 lat;
- 2) Program profilaktyki wad postawy – adresowany do dzieci w wieku 11-12 lat;
- 3) Program profilaktyki próchnicy u dzieci – adresowany do dzieci w wieku od 6 do 14 lat.

4) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa. Celem Programu było uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szkołach podstawowych, specjalnych i integracyjnych do pięciu dni w tygodniu. W 2014 roku profilaktyczną opieką zdrowotną w gabinetach profilaktyki zdrowotnej funkcjonujących na terenie placówek w Mieście Krakowie, objętych było łącznie, 76 197 uczniów z czego 3 321 to uczniowie niepełnosprawni.

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

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

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

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

Gmina Miejska Kraków realizuje zadanie w ramach medycyny szkolnej poprzez:

- 1) utrzymanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków, w należytym stanie pod względem fachowym i sanitarnym - nadzór nad dyrektorami szkół i placówek również w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu na ich terenie; realizację programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży, w szczególności dotyczących profilaktyki wad postawy, astmy i chorób alergicznych, próchnicy u dzieci, szczepień ochronnych oraz zapobieganiu nadwadze i otyłości;
- 2) realizację „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”;
- 3) współpracę z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie) oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży, zgodnie z zawartymi porozumieniami o współpracy;
- 4) wdrożenie zasad organizacji medycyny szkolnej w placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków na lata 2016 – 2018.

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

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

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

Harmonogram realizacji na 2016 r. i kolejne lata realizacji Programu:

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

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące:

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

5. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie Miasta Krakowa (Miejski Program Ochrony Zdrowia Osób Starszych i Niesamodzielných).

Miejski Program Ochrony Zdrowia Osób Starszych i Niesamodzielných jest częścią strategii opieki nad osobami starszymi w mieście Krakowie. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz stopnia ich zaspokajania jest jednym z warunków dla realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Istotnym zagadnieniem, które powinno definiować tego typu zadania jest proces starzenia się populacji. W roku 2014 zostało przygotowane przez Biuro ds. Ochrony Zdrowia UMK opracowanie, mające na celu dokonanie oceny stanu faktycznego w zakresie sytuacji demograficznej (wraz z prognozami), zasobów ochrony zdrowia i przyjętych rozwiązań organizacyjnych w opiece zdrowotnej osób starszych i przewlekle chorych na terenie Miasta Krakowa oraz sformułowanie wniosków odnośnie działań wskazanych do podjęcia dla dostosowania rozwiązań organizacyjnych do zmieniającej się sytuacji demograficznej. Materiał został poddany konsultacjom przeprowadzonym w dniach 25 kwietnia do 11 czerwca 2014 r.

W konsultacjach brały udział następujące podmioty:

- 1) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) Wydział Polityki Społecznej, Małopolski Urząd Wojewódzki,
- 3) Zespół Konsultacyjny ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie Miasta Krakowa na lata 2014-2015,
- 4) Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry,
- 5) Starostwo Powiatowe w Krakowie,
- 6) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie,
- 7) Pełnomocnik Prezydenta Miasta Krakowa Ds. Polityki Społecznej,
- 8) Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
- 9) Wydział Rozwoju Miasta – Urząd Miasta Krakowa,
- 10) Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- 11) Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie,
- 12) Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie
- 13) Pracownia badań nad starzejącym się społeczeństwem, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski Collegium Medicum UJ.

W ramach przeprowadzonych konsultacji oraz w związku z obecną sytuacją demograficzną należy dostosować system opieki zdrowotnej do zabezpieczenia potrzeb osób starszych, obejmujących aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i wymiaru społeczno-ekonomicznego.

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

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- opieka paliatywna i hospicyjna.

Rzeczywiste zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarскую powinno wynikać z oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa przy uwzględnieniu wskaźników demograficznych i epidemiologicznych. Wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w Polsce wynosi 6,42. Najniższy wskaźnik występuje w województwie małopolskim – 5,08.

Z prognozowanej liczby absolwentów tylko nieznaczna część pielęgniarek wejdzie do systemu ochrony zdrowia. Średnia z ostatnich 10 lat wykazała, iż rocznie 1 814 pielęgniarek zgłasza się do okręgowej izby pielęgniarek i położnych po zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu i podejmuje pracę w zawodzie. Szacuje się, iż w latach 2010 – 2020, blisko 80 814 pielęgniarek prawdopodobnie przejdzie na emeryturę, a tylko 19 954 pielęgniarek podejmie pracę w zawodzie, co oznacza, że w 2020 roku w systemie ochrony zdrowia będzie brakowało blisko 60.860 pielęgniarek. Od 2010 roku obserwowany jest systematyczny niedobór pielęgniarek, gdyż liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie tylko nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, ale stanowi tylko nieznaczny jej procent: od 46,26% - w roku 2010 do 18,61% w roku 2020.

Świadczenia szpitalne

Na terenie Miasta Krakowa poniższe szpitale posiadają oddziały geriatryczne:

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

W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie funkcjonuje Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Jest ona pełno profilową jednostką internistyczną ze szczególnym uwzględnieniem chorób wieku podeszłego. Stanowi tym samym jeden z nielicznych, a jednocześnie największy ośrodek geriatryczny w Polsce. Klinika Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej jest jedyną tego typu jednostką akademicką w Polsce, a Pracownia Medycyny Rodzinnej była pierwszym ośrodkiem szkolącym lekarzy rodzinnych w naszym kraju. Do dyspozycji pacjentów znajduje się: 71-łóżkowy oddział kliniczny, dysponujący 2 i 3 - osobowymi salami, z osobnym węzłem sanitarnym przy każdej sali. Równocześnie w skład Kliniki wchodzi nowoczesny 8-łóżkowy Oddział Intensywnego Nadzoru. Jednostka dysponuje także rozbudowanym kompleksem pracowni diagnostycznych, wyposażonych w najwyższej klasy sprzęt medyczny. Pracownia Radiologiczna Kliniki świadczy usługi nie tylko dla potrzeb oddziału klinicznego, ale również dla zlokalizowanych w tym samym budynku klinik i zakładów, Centralnej Izby Przyjęć oraz dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Przy Klinice funkcjonuje m.in. poradnia geriatryczna.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

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

8. Nowa Rehabilitacja (ul. Polarna 10, Kraków),
9. Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych ”Batorego 3”(ul. Batorego 3, Kraków).

Opieka nad pacjentem w domu

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

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

Pielęgniarska Opieka Domowa

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

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

Rehabilitacja

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

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

Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych obejmuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w poradni rehabilitacyjnej, zakładzie fizjoterapii lub w domu pacjenta. Każda placówka udzielająca świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych. Do poradni rehabilitacyjnej pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rehabilitacja domowa

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

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

Świadczenia rehabilitacyjne

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie wynosił w 2014 roku ok. 137 dni. Najdłuższa kolejka występuje w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, gdzie czas oczekiwania wynosił 574 dni w roku 2014 i wydłużył się o 22 dni w stosunku do roku 2013, kiedy wynosił 552 dni; na świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej w 2014 roku czekało się 165 dni i czas ten skrócił się o 72 dni, w porównaniu do roku 2013, kiedy to czas oczekiwania wynosił 237 dni; na świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w 2013 roku czekało się 134 dni i czas ten wydłużył się o 31 dni w porównaniu do roku 2014 kiedy, to wyniósł 165 dni.

Najkrócej pacjenci czekają na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych. W roku 2014 było to 10,5 dni, natomiast w roku 2013 czas oczekiwania wynosił 8 dni; na świadczenia z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w roku 2014 czekało się 28 dni, a więc czas oczekiwania wydłużył się o 4 dni w stosunku do roku 2013, kiedy wynosił 24 dni; na świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym czas oczekiwania w roku 2014 wyniósł 38 dni i wydłużył się o 35 dni w stosunku do roku 2013, kiedy to wynosił 3 dni.

Łączna kwota na świadczenia finansowane przez MOW NFZ z zakresu rehabilitacji leczniczej w roku 2014 wynosiła: 57 348 376,51 zł i była o 3% (1730 117,27 zł) wyższa niż w roku 2013. Niewielki spadek środków finansowych w roku 2014 w czterech zakresach wynikał z poziomu realizacji umów w roku 2013. Największy wzrost wartości umów w 2014 r. nastąpił na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych i rehabilitację neurologiczną (zwiększenie potencjału wykonawczego). Ponad 40% całości nakładów w przedmiotowym rodzaju obejmowała kwota na fizjoterapię ambulatoryjną, 20% na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku/oddziale dziennym oraz 11 % na rehabilitację neurologiczną. Wzrost finansowania w zakresach świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych nie jest już możliwy z uwagi na finansowanie 100% posiadanego potencjału wykonawczego świadczeniodawców.

Miasto Kraków ma jeden z najwyższych wskaźników dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. populacji, który wynosi 778 212, przy średniej dla całego województwa 553 947. Pomimo wzrostu nakładów finansowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w

niektórych zakresach czas oczekiwania uległ wydłużeniu w związku z uwarunkowaniami epidemiologiczno-demograficznymi (m.in. wydłużenie czasu życia) oraz brakiem spersonalizowanego systemu kolejkowego (dane MOW NFZ).

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

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

- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci wentylowanych mechanicznie.
- Świadczenia udzielane w warunkach domowych to przede wszystkim:
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych i domowych

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

Świadczenia gwarantowane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/ pielęgnacyjno-opiekuńczym są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym. Pacjenci kwalifikowani do ZOL-u lub ZPO muszą uzyskać w skali oceniającej poziom samodzielności (skala Barthel) 40 punktów lub mniej. Wniosek o skierowanie pacjenta do ZOL wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

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

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

- potrzebę profesjonalnej pielęgnacji,
- rehabilitację

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

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

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

W Krakowie w 2012 roku funkcjonowało 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych (publicznych i niepublicznych) o profilu ogólnym, w tym jeden z nich (Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Wielickiej 267), posiadał 81 łóżek na oddziale psychiatrycznym. Liczbę miejsc w poszczególnych zakładach funkcjonujących na terenie Krakowa w latach 2007 – 2012 wynosiła odpowiednio:

- w roku 2007 – 858 łóżek,
- w roku 2008 – 900 łóżek,
- w roku 2009 - 910 łóżek,
- w roku 2010 - 949 łóżek,
- w roku 2011 – 1119 łóżek,
- w roku 2012 – 1198 łóżek.

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

Ponadto z informacji uzyskanych w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym „Serdeczna Troska” przy ul. Ujastek 5 w Krakowie wynika, że znajdują się tam obecnie 4 łóżka dla dzieci (w tym 3 dla dzieci wentylowanych mechanicznie). Liczba zakontraktowanych przez MOW NFZ łóżek została zmniejszona z 8 w 2012 r. do 4 z powodu niewykonania kontraktów (nie wykorzystania miejsc).

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;

- pielęgniarzką opiekę długoterminową domową.

Pielęgniarska Opieka Długoterminowa

W latach 2013-2014 (po przeprowadzonym konkursie ofert w przedmiotowym zakresie świadczeń) zakontraktowana przez MOW NFZ w Krakowie liczba etatów pielęgniarskich wyniosła 479,5 co pozwoliło objąć opieką pielęgniarską 2877 pacjentów. Dla porównania –zakontraktowana przez MOW NFZ liczba etatów pielęgniarskich w roku 2012 oraz w miesiącach styczeń-luty 2013 (przed przeprowadzonym konkursem) wynosiła 405 etatów pielęgniarskich, co pozwalało objąć opieką 2430 pacjentów.

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

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

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

- stacjonarnych - w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej,
- domowych - w hospicjach domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia,
- ambulatoryjnych - w poradni medycyny paliatywnej.

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

- badania diagnostyczne,
- w warunkach stacjonarnych - leki i wyroby medyczne.

Świadczenia ambulatoryjne

Pomimo wydłużenia się długości życia i starzenia społeczeństwa, czas oczekiwania na wizytę u geriatry nie należy do długich w Krakowie, bo wynosi średnio 16 dni. Finansowanie geriatry w 2013 roku było wyższe o 156 750,52 zł w porównaniu do roku 2012 kiedy wynosiło 316 903,94 zł. W roku 2014 wartość umów w zakresie geriatry wyniosła: 411 141 zł. Natomiast plan na rok 2015 wynosi: 739 343 zł (uwzględniając 4 nowe poradnie geriatryczne zakontraktowane w 2014 r.). Według MOW NFZ czas oczekiwania na świadczenia w poradni geriatrycznej, a także niewysokie nakłady na ten zakres wynikają również z niechęci pacjentów do korzystania z poradni geriatrycznych. Średni czas oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w Krakowie w 2013 roku wynosił ok. 52 dni. W porównaniu do poprzednio roku czas ten wydłużył się o ok. 5 dni. Otrzymane wyniki świadczą o wydłużeniu czasu oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2012-2013.

Świadczenia udzielane osobom powyżej 65 r.ż.

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2013 roku można zauważyć, że osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 26% pacjentów korzystających z porad specjalistycznych. Ponad 50% wizyt z zakresu diabetologii, kardiologii oraz urologii było udzielanych osobom starszym.

W obszarze porad chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych, neurologicznych i rehabilitacyjnych osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 25% wszystkich pacjentów. Seniorzy równie często korzystali z porad:

- endokrynologa - stanowiąc 31% pacjentów w poradniach,
- specjalistów chorób płuc- stanowiąc 38% pacjentów w poradniach,
- nefrologa - stanowiąc 42% pacjentów w poradniach,
- okulisty - stanowiąc 33% pacjentów w poradniach.

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

Mieszkańcy Małopolski należą do społeczności demograficznie starych, ok. 14 % stanowią osoby po 65 roku życia, przeciętne trwanie życia jest dłuższe od średniego krajowego o 1,5 roku. Dlatego konieczne jest dostosowanie profilu świadczeń do potrzeb tej rosnącej grupy ludności. Kontrakty na geriatryczną opiekę szpitalną posiadają trzy placówki w województwie, świadczenia ambulatoryjne udzielane są w 13 poradniach z czego jedynie 4 zlokalizowane są poza Krakowem. W związku z powyższym koniecznym jest podjęcie działań mających na celu zabezpieczenie kompleksowej opieki dla osób starszych na terenie całej Małopolski.

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

Jednym z proponowanych działań powinna być reorganizacja i rozbudowa zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie poprzez:

- 1) Przebudowę pawilonów nr 3 i nr 4 oraz budowę Pawilonu Nr 5 w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy, ul. Wielicka 267 wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia medycznego i technicznego. Tak przygotowana baza lokalowa – sprzętowa stanowiłaby podstawę do realizacji drugiego etapu działań tj. wprowadzania zmian organizacyjnych mających na celu utworzenie oddziałów rehabilitacji geriatrycznej. Na bazie planowanego do budowy Pawilonu Nr 5 utworzenie pilotażowego (pierwszego z trzech planowanych) Miejskiego Ośrodka Zdrowia dla Osób Starszych i Niesamodzielných.
- 2) Uruchomienie łóżek geriatrycznych w miejskich podmiotach leczniczych (Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego tj. przeprowadzenie przebudowy działających w szpitalach oddziałów chorób wewnętrznych.
- 3) Wydzielenie oddziałów geriatrycznych z istniejących oddziałów internistycznych.
- 4) Utworzenie poradni geriatrycznych przy nowopowstałych oddziałach geriatrycznych w szpitalach miejskich.
- 5) Reorganizację i rozbudowę zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie (miejskie podmioty lecznicze - Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego oraz Zakład Opiekuńczo – Lecznicy, ul. Wielicka 267).
- 6) Przebudowę Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej zgłoszony do dofinansowania

w ramach Programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014.

Projekt GMK zakłada działania inwestycyjne związane z kompleksową przebudową Pawilonu Nr 4 wraz z zakupem wyposażenia medycznego i technicznego oraz szereg działań z zakresu promocji zdrowia, w tym między innymi:

- 1) zorganizowanie systemu umożliwiającego rozwój tendencji zmierzającej do odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz rozwijania usług w dziedzinie opieki świadczonej w domu i w ośrodkach lokalnych,
- 2) opracowanie i wdrożenie planów leczenia i opieki obejmujących np. ergoterapię, muzykoterapię, dogoterapię, filioterapię, ogrodoterapię, biblioterapię oraz rehabilitację. Plany te będą odpowiadać indywidualnym potrzebom pacjentów i umożliwiać im aktywny udział w ich realizacji,
- 3) opracowanie i wdrożenie programu mającego na celu zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia, na poziomie ogólnokrajowym i lokalnym,
- 4) opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej nad pacjentem,
- 5) opracowanie i wdrożenie systemu wsparcia pacjentów i ich opiekunów,
- 6) opracowanie i wdrożenie programu szkoleń dla personelu medycznego,
- 7) integracja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Wykonane i planowane nakłady na realizację zadania:

- Rok 2014 – 1.000.000,00 zł, w tym wkład własny GMK – 200 000 zł;
- Rok 2015 – 6.000.000,00 zł, w tym wkład własny GMK – 1 200 000 zł;
- Rok 2016 – 7.000.000,00 zł, w tym wkład własny GMK – 1 400 000 zł.

Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2014 r. (znak: MZ-FEPP-9022-4198-12/ZG/14) Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa otrzymała środki finansowe na realizację Projektu pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej* w wysokości 11 199 999 zł ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Całkowita wartość zadania wynosi 13 999 999 zł, w tym wkład własny: 2 800 000 zł, środki zewnętrzne: 11 199 999 zł. Termin realizacji zadania – do 30 kwietnia 2016 rok.

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

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

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

- 1) realizacji programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa,
- 2) realizacji programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa,
- 3) organizacji przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej,
- 4) organizacji przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej,
- 5) podejmowanie działań w ramach poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta,
- 6) promowanie zachowań zdrowotnych dla zapewnienia osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia.
- 7) utworzenie docelowo 3 Miejskich Ośrodków Zdrowia dla Osób Starszych i Niesamodzielnymi jako pilotaż m.in. w ramach realizacji przez GMK rozbudowy i modernizacji infrastruktury Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Kolejne dwa centra przy Szpitalu im. Narutowicza przy Szpitalu Żeromskiego. Koordynowanie Miejskich Ośrodków Zdrowia dla Osób Starszych i Niesamodzielnymi zostanie uzgodnione we współpracy z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

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

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

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

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

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

6.Uzdrowisko Swoszowice.

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

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

Zadania Miasta ukierunkowane są przede wszystkim na zachowanie funkcji leczniczych Uzdrowiska w zakresie tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej Osiedla Uzdrowisko Swoszowice. W tym celu został opracowany Program tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice, którego aktualizacja została zaplanowana na styczeń 2016 roku. Realizacja Programu pozwoli również na należyłą ochronę walorów środowiska naturalnego, które będą służyły tworzeniu warunków dla wykorzystania wszystkich atutów Uzdrowiska oraz zwiększeniu atrakcyjności turystycznej i leczniczej oferty Krakowa.

Uzdrowisko Swoszowice jest jedynym w Polsce uzdrowiskiem i jednym z niewielu w Europie funkcjonującym na obszarze dużej aglomeracji miejskiej. Uzdrowiskiem jest obszar wyodrębniony w ramach Dzielnicy X, czyli Osiedle Uzdrowisko Swoszowice, położone w południowo-wschodniej części miasta – uchwałą Nr CXVII/1231/06 Rady Miasta Krakowa dnia 27 września 2006 r. w sprawie utworzenia Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.

Osiedle Uzdrowisko Swoszowice posiada także statut, który został nadany dnia 17 grudnia 2008 r. Uchwałą nr LX/784/08 (z późn. zm.) Rady Miasta Krakowa w sprawie nadania statutu dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.

W celu potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego w obszarze uznanym za uzdrowisko oraz ustalenia kierunków leczniczych, Gmina, na obszarze której znajduje się uzdrowisko lub obszar ochrony uzdrowiskowej, jest zobowiązana do sporządzenia i przedstawienia, nie rzadziej niż raz na 10 lat, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operatu uzdrowiskowego, zgodnie z art. 43, ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Obecnie obowiązujący operat sporządzany był w latach 2007-2008. Minister Zdrowia w drodze Decyzji Nr 8 z dnia 23 października 2008 roku potwierdziła możliwość

prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze uznanym za uzdrowisko Swoszowice, czyli na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.

Zadania Gminy Miejskiej Kraków ukierunkowane są przede wszystkim na zachowanie funkcji leczniczych Uzdrowiska w zakresie m.in. rozbudowy bazy leczniczej uzdrowiska oraz tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej Swoszowic, jako jednej z dzielnic Krakowa. W celu zachowania i rozwoju funkcji leczniczych Osiedla Uzdrowisko Swoszowice powstały dwa dokumenty, tj. Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice oraz Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice. Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice, przyjęty Uchwałą Nr LXXIV/952/09 Rady Miasta Krakowa z dnia 3 czerwca 2009 r. został opracowany przede wszystkim w celu wyznaczenia planów Miasta Krakowa w zakresie rozwoju i utrzymania uzdrowiska Swoszowice i lecznictwa uzdrowiskowego oraz uzyskania wsparcia ze środków Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013. Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice przyjęty Uchwałą Nr CIV/1389/10 Rady Miasta Krakowa z dnia 23 czerwca 2010 r. zawiera analizę istniejącej infrastruktury Osiedla Uzdrowisko Swoszowice pod kątem utrzymania standardów właściwych dla uzdrowisk i przedstawia kierunkowe rozwiązania w zakresie najważniejszych inwestycji w infrastrukturę komunalną.

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

Miejscowymi planami zagospodarowania przestrzennego (Swoszowice-Południe, Swoszowice-Uzdrowisko, Wróblowice oraz Swoszowice Wschód) jest objęty cały obszar Osiedla Uzdrowisko Swoszowice. Obowiązek wynikający z art. 38b Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r. tj. sporządzenie miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego dla strefy "A" został zrealizowany przez Gminę Miejską Kraków. Ponadto miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego dla stref ochronnych są potrzebne do wystąpienia o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, zgodnie z art. 39 Ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r.

Lecznictwo uzdrowiskowe na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice prowadzone jest głównie przez firmę Uzdrowisko Kraków Swoszowice sp. z o.o., która udziela świadczeń zdrowotnych w poniższych zakresach:

- 1) Leczenia stacjonarnego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W zakresie tym zawiera się: leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne, leczenie uzdrowiskowe szpitalne oraz rehabilitacja uzdrowiskowa szpitalna.
- 2) Leczenia ambulatoryjnego w przychodni uzdrowiskowej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Każdemu pacjentowi po uzyskaniu skierowania przysługują trzy zabiegi dziennie, z uwzględnieniem przeciwwskazań, z następujących grup: zabieg podstawowy – bodźcowy, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych; zabiegi fizjoterapii – hydroterapia, fizykoterapia; zabiegi kinezyterapii.
- 3) W ramach leczenia stacjonarnego oraz leczenia ambulatoryjnego w przychodni uzdrowiskowej istnieje możliwość odpłatnego korzystania ze świadczeń.

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

- 1) Główny Dom Zdrojowy – najstarszy z obiektów Uzdrawiska. To tutaj znajduje się cała baza zabiegowa. Ponadto w obiekcie znajdują się pokoje 1-, 2- i wieloosobowe z łazienkami.
- 2) Pawilon Szwajcarka – stanowi głównie bazę noclegową Uzdrawiska.
- 3) Hotel Krystyna – obiekt trzygwiazdkowy, dysponujący 74 miejscami noclegowymi. Część pokoi przystosowana jest dla osób niepełnosprawnych. W budynku znajduje się sauna, sala fitness, grotka solna oraz restauracja (Hotel Krystyna jest to obiekt samodzielny nie działający w strukturach Uzdrawiska, a jedynie współpracujący z Uzdrawiskiem).
- 4) Restauracja Parkowa – budynek wpisany do rejestru zabytków Miasta Krakowa. Znajdują się w nim dwie sale restauracyjne: Sala Parkowa i Sala Filmowa oraz kawiarnia połączona z pijalnią mineralnych wód leczniczych.

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

Tabela nr 13 - Liczba pacjentów korzystających ze świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego w Uzdrawisku Swoszowice.

L.p.	Wyszczególnienie	2011 wykonanie	2012 wykonanie	2013 wykonanie	2014 wykonanie	2015 przewidywana ilość pacjentów
1	Liczba pacjentów szpitala uzdrawiskowego	330	337	327	324	312
2	Liczba kuracjuszy sanatoryjnych	815	814	975	988	1 100
3	Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	4 372	3 963	4 183	4 659	4 710
4	Liczba pacjentów rehabilitacyjnych w szpitalu uzdrawiskowym	180	186	145	101	90
5	Liczba kuracjuszy rehabilitacyjnych w sanatorium	15	0	0	0	0
	Razem:	5 712	5 300	5 630	6 072	6 212

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

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

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

- 1) Centrum Medyczne Wójcikiewicz Rehabilitacja sp. j., ul. Miarowa 37 B;

- 2) Fizjobell, Justyna Żyła, ul. Myślenicka 163;
- 3) Joanna Boniecka, gabinet rehabilitacji, Borowinowa 27;
- 4) Gracja Centrum Rehabilitacji, ul. Nałęczowska 12;
- 5) Rehabilitacja Spec-Lemar, Pulkarska 2;
- 6) Fizjoterapia i Odnowa Biologiczna, Izabela Fic, ul Do Luboni 67.

W obrębie Osiedla Uzdrawisko Swoszowice funkcjonują trzy apteki ogólnodostępne.

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

Wydatki na poprawę infrastruktury komunalnej poniesione w latach 2011-2014 wyniosły 24 784023,70 zł, z czego z budżetu Miasta Krakowa 10 379 386, 72 zł.

Do najważniejszych zadań Gminy w zakresie zachowania i rozwoju funkcji leczniczych Osiedla Uzdrawisko Swoszowice w latach 2015-2018 należało będzie :

- 1) Zaktualizowanie Planu Rozwoju dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice;
- 2) Zaktualizowanie Programu tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla osiedla Uzdrawisko Swoszowice;
- 3) Aktualizacja operatu uzdrawiskowego w celu potwierdzenia przez Ministra Zdrowia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrawiskowego w obszarze uznanym za Uzdrawisko.
- 4) Kontynuowanie działań wynikających z dotychczasowych dokumentów planistycznych umożliwiających rozwój funkcji lecznictwa uzdrawiskowego

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

Harmonogram działań związany z tymi dokumentami przedstawia poniższa tabela:

Działania zaplanowane w latach 2015-2018		
Plan Rozwoju dla Osiedla Swoszowice		
Lp.	Działanie	Ternin realizacji
1.	Wyłonienie wykonawcy w ramach zapytania ofertowego	lipiec 2015 r.
2.	Podpisanie umowy z wykonawcą	sierpień 2015 r.
3.	Przedstawienie projektu Uchwały Planu Rozwoju Radzie Miasta Krakowa	do dnia 2 grudnia 2015 r.
Program tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla Uzdrawisko Swoszowice (realizowany przez Wydział Gospodarki Komunalnej)		
1.	Ocena i podsumowanie realizacji zadań w latach 2010-2014 wynikających z Programu	do dnia 31 sierpnia 2015 r.
2.	Aktualizacja Programu	styczeń 2016 r.
Operat uzdrawiskowy		
1.	Ogłoszenie dotyczące składania ofert w zakresie wykonania operatu dla Uzdrawiska Swoszowice	1 grudnia 2016 r.
2.	Wyłonienie wykonawcy i podpisanie umowy na sporządzenie operatu	styczeń 2017 r.
3.	Sporządzenie operatu uzdrawiskowego	marzec 2018 r.

Nakłady finansowe: zgodnie z przepisami dotyczącymi finansów publicznych poziom finansowania poszczególnych zadań wynikać będzie z uchwały budżetowej Miasta Krakowa.

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

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

Podmiot koordynujący:

Właściwa ds. zdrowia komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa.

Podmioty uczestniczące:

Właściwa ds. kształtowania i ochrony środowiska komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; właściwa ds. infrastruktury komunalnej komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; właściwa ds. architektury i urbanistyki komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; właściwa ds. planowania przestrzennego komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; właściwa ds. turystyki komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa; właściwa ds. funduszy zagranicznych komórka organizacyjna Urzędu Miasta Krakowa, Naczelny Lekarz Uzdrowiska, podmioty prowadzące działalność leczniczą na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice; Miejski Konserwator Zabytków w Krakowie; właściwa ds. zarządu infrastrukturą komunalną i transportem miejska jednostka organizacyjna.

7. Zaopatrzenie mieszkańców miasta Krakowa w leki.

Na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne Rada Miasta Krakowa podejmuje uchwałę w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych, po wcześniejszym pozytywnym zaopiniowaniu przez Okręgową Radę Aptekarską w Krakowie. Na podstawie podjętej uchwały Prezydent Miasta Krakowa podejmuje zarządzenie wykonawcze w sprawie trybu uzgadniania zmian w rozkładzie godzin pracy krakowskich aptek ogólnodostępnych. Według stanu na 1 lipca 2015 r. na terenie miasta Krakowa działało 321 aptek ogólnodostępnych oraz 9 aptek ogólnodostępnych, pracujących w systemie całodobowym.

Liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na 1 aptekę całodobową wynosi 84 652,5. Wskaźnik liczby aptek całodobowych na 100 tys. mieszkańców wynosi 1,18.

Liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na 1 aptekę ogólnodostępną wynosi 2 373. Wskaźnik liczby aptek ogólnodostępnych na 100 tys. mieszkańców wynosi 42,13.

IV. Sposoby sprawozdawczości.

Corocznie podsumowanie działań przewidzianych niniejszym Miejskim Programem Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” będzie przedstawiało Sprawozdanie z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” za każdy rok realizacji Programu, opracowywany w IV kwartale każdego roku, w 2017 r. – za 2016 r., 2018 r. za 2017 r. i w 2019 r. za 2018 r. Ponadto, dane sprawozdawcze będą udostępniane na potrzeby Strategii Rozwoju Krakowa i jej aktualizacji na podst. Zarządzenia Nr 2664/2013 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 13 września 2013 r. w sprawie przyjęcia założeń organizacyjno-metodologicznych do aktualizacji Strategii Rozwoju Krakowa.

Część II

**OBSZARY PROFILAKTYKI
ZDROWOTNEJ
NA LATA 2016 – 2018**

I. Obszary realizacji programów zdrowotnych - wstęp.

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

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

Wskazanie najistotniejszych obszarów realizacji programów zdrowotnych oraz opracowanie kryteriów ich realizacji odbywa się przy pomocy Zespołu Konsultacyjnego ds. ochrony zdrowia, powołanego przez Prezydenta Miasta Krakowa, złożonego w przeważającej części z konsultantów województwa małopolskiego z poszczególnych dziedzin medycyny, przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowskiej Rady Miasta Krakowa.

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

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

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

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

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

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

W odniesieniu do efektów i skuteczności wszelkich programów zdrowia publicznego, a takim programem jest Miejski Program Ochrony Zdrowia, pozytywne zmiany wskaźników w zakresie zdrowia populacji mogą być widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej. Dlatego w realizacji 3-letniego Programu ważna jest konsekwencja w osiągnięciu założeń programowych,

wzmacnianie tendencji pozytywnych i eliminowanie tendencji negatywnych, pojawiających się w toku przeprowadzanego procesu monitorowania.

II. Obszary oraz zasady realizacji programów polityki zdrowotnej.

1. Ustanawia się następujące programy zdrowotne na lata 2016-2018:

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

2. Zasady wdrażania i finansowania programów polityki zdrowotnej w latach 2016-2018:

- 1) W ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa mogą być realizowane wyłącznie programy wymienione w punkcie 1.
- 2) Szczegółowy podział środków finansowych na poszczególne programy polityki zdrowotnej określi Prezydent Miasta Krakowa w odrębnym zarządzeniu po zasięgnięciu opinii Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowiskowej Rady Miasta Krakowa.
- 3) Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programów polityki zdrowotnej w latach 2016-2018 określona zostanie w Wieloletniej Prognozie Finansowej (umowy wieloletnie) oraz każdorazowo w budżecie Miasta Krakowa.
- 4) W ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej zapewnione zostaną preferencje w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla posiadaczy Krakowskiej Karty Rodzinnej 3+.

Propozycje realizacji programów zdrowotnych mieszczą się w następujących obszarach:

Obszar profilaktyki chorób kardiologicznych i cywilizacyjnych:

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

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

(Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej). Szybki wzrost częstości alergii obserwowany we współczesnym świecie w istotny sposób wiąże się ze skażeniem środowiska i chemizacją życia. Udział w nim mają także czynniki dziedziczne, co uwidacznia się m.in. w obniżaniu wieku ujawniania objawów alergii w populacji. Ujawnienie alergicznej choroby jest zwykle początkiem rozwoju alergizacji ustroju chorego i ma charakter rozwojowy. Z czasem trwania choroby wzrasta liczba uczulających substancji i nasilają się objawy. Temu naturalnemu rozwojowi alergii, które pociąga za sobą nie tylko cierpienie, obniżenie jakości życia, towarzyszą coraz to większe wydatki na leczenie a także niesprawność. W ramach programu, który ma za cel opracowanie najskuteczniejszych zasad prawidłowego nadzoru medycznego nad młodzieżą szkolną z chorobami alergicznymi – dotychczas stwierdzono, że:znaczna część młodzieży z alergią nie jest leczona, nie ma ustalonej przyczyny choroby i korzysta jedynie z doraźnej pomocy lekarskiej, nie istnieje żaden system poradnictwa przed zawodowego, który może być przyczyną wczesnego rozwoju alergii zawodowej u uczniów już w chwili nauki zawodu. Celem realizowanego Programu jest wypracowanie wzoru prawidłowego nadzoru medycznego młodzieży szkolnej w zakresie chorób alergicznych. W grupie uczniów starszych skłonnych do alergii dodatkowym problemem jest brak doradztwa zawodowego i podstawowych wiadomości pomocnych w zapobieganiu rozwojowi alergii.

(Program profilaktyki próchnicy u dzieci).

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

profilaktyczne stosowanie związków fluoru oraz regularna kontrola i sanacja uzębienia. Szczególna znaczenie profilaktyki próchnicy ma w grupie dzieci niepełnosprawnych.

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

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

(Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych)

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

Obszar profilaktyki chorób zakaźnych:

(Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia).

Głównym celem szczepień ochronnych przeciwko grypie jest zapobieganie zachorowaniom na grypę, a tym samym zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wystąpienia powikłań i redukcja związanej z tym śmiertelności. We wszystkich rekomendacjach dotyczących ww. szczepień, grupa osób po 65 roku życia jest wskazywana na pierwszym miejscu, ostatnio pojawiają się jednak dane wskazujące na potrzebę immunizacji u osób po 50 roku życia. Ponadto szczepieniami ochronnymi przeciw grypie powinni zostać objęci mieszkańcy całodobowych

ośrodków dla osób przewlekle chorych wraz z ich opiekunami. Podsumowując należy stwierdzić, że szczepienia ochronne przeciwko grypie nie tylko zapobiegają wystąpieniu tej bardzo zaraźliwej i groźnej dla ludzi choroby, szczególnie dla osób starszych, ale także są najtańszym sposobem ograniczenia związanych z tym kosztów medycznych, społecznych i ekonomicznych.

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

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

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

Program skierowany do dzieci zameldowanych na terenie Krakowa, w wieku 0-3 lat uczęszczających do żłobków lub przedszkoli. Dziecko będzie mogło otrzymać do 3 dawek szczepionki przeciwko pneumokokom, zgodnie ze schematem szczepień.

III. Na podstawie przeprowadzonych konsultacji społecznych ustalona została lista zgłoszonych propozycji programów polityki zdrowotnej na lata 2016-2018, posiadających pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, których wdrożenie do realizacji będzie uzależnione od możliwości finansowych Miasta. Ponadto niezależnie od przyjętych do realizacji w latach 2016-2018 programów polityki zdrowotnej kontynuowane będą prace mające na celu uzupełnienie zadania pn. Programy polityki zdrowotnej z uwzględnieniem następujących kryteriów - wpływu na poprawę zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, znaczenia dla zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia. W przypadku dokonania powyższego uzupełnienia realizacja dodatkowych programów wymagać będzie zmiany uchwały Rady Miasta Krakowa w sprawie Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2016-2018.