

Część I

Załącznik do uchwały Nr LXXVII/1167/13
Rady Miasta Krakowa z dnia 26 czerwca 2013 r.
w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu
Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”

MIEJSKI PROGRAM OCHRONY ZDROWIA „ZDROWY KRAKÓW 2013–2015”

Kraków 2013 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.	str. 7
---	--------

III. Cele i kierunki realizacji Programu.	str. 18
1. Lecznictwo	str. 18
1.1 Lecznictwo otwarte	str. 18
1.2 Lecznictwo zamknięte	str. 20
2. Państwowe ratownictwo medyczne	str. 29
3. Profilaktyka i promocja zdrowia	str. 33
4. Medycyna szkolna	str. 37
5. Uzdrowisko Swoszowice	str. 40
6. Zaopatrzenie mieszkańców miasta Krakowa w leki.	str. 42

IV. Sposoby sprawozdawczości	str. 43
-------------------------------------	---------

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.11
-------------------------------------	--------

Tabela Nr 3

Liczba ludności w mieście Krakowie.	str.11
-------------------------------------	--------

Tabela Nr 4

Przeciętnego trwania życia dla mężczyzn w latach 2007-2011 dla przedziału wiekowego 60-65 lat.	str.12
--	--------

Tabela Nr 5

Przeciętnego trwania życia dla kobiet w latach 2007-2011 dla przedziału wiekowego 60-65 lat.	str.12
--	--------

Tabela Nr 6

Placówki lecznictwa zamkniętego w 2011 roku.	str.20
--	--------

Tabela Nr 7 Placówki lecznictwa zamkniętego – liczba łóżek ogółem oraz liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków w 2011 roku w mieście Krakowie.	str.20
--	--------

Tabela Nr 8 Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych z wykształceniem średnim w 2011 roku w mieście Krakowie	str.22
--	--------

Tabela Nr 9 Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego z wykształceniem wyższym w 2011 roku w mieście Krakowie.	str.23
--	--------

Tabela Nr 10 Zestawienie ilości łóżek w latach 2010 – 2012 wg stanu na dzień 31 grudnia danego w miejskich podmiotach leczniczych.	str.24
---	--------

Tabela Nr 11

Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie miasta Krakowa.	str.30
---	--------

Część II.

Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2013-2015.

Część I

I. Wprowadzenie.

Niniejszy Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013 – 2015” jest kontynuacją: 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.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), 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 i ocena potrzeb zdrowotnych na podstawie danych udostępnianych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 oraz 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) ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi;
- 3) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- 4) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 5) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych odrębnymi przepisami oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 6) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;

7) 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 zdrowotne. 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 zdrowotnych 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 2013–2015”, zwany dalej Programem, 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. 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 2013 – 2015.
3. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa na lata 2007 – 2013.
4. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 – 2015 (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 (kwota przeznaczona na rok 2012 na województwo małopolskie wynosiła: 10 900 000 zł),
- budżetu Gminy Miejskiej Kraków – środki przeznaczone są głównie na poprawę infrastruktury technicznej zakładów, dla których Miasto jest podmiotem tworzącym oraz na realizację programów zdrowotnych,
- 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 gminnym (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594.), 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 (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 595), 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 (t.j.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), 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 zdrowotnych 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 z późn. zm. (Dz. U. z 2013 r., poz. 217) 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 (t.j.: Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi; w zakresie odnoszącym się do bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w szkole lub placówce oświatowej: 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 (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)
- 7) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 651 z późn. zm.) – 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 (t.j. Dz. U. z 2010 r. nr 234 poz. 1536 z późn. zm.),
- 10) ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.) – 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), 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).
- 13) ustawa z dnia 4 lutego 2011r. o opiece nad dziećmi do lat 3 (Dz.U. Nr 45, poz.235) - zadania realizowane w ramach odrębnego Miejskiego Programu Zorganizowanej Opieki nad Dzieckiem do lat 3 na obszarze Gminy Miejskiej Kraków w latach 2011-2014. Od dnia 4 kwietnia 2011 r. żłobki nie są zakładami opieki zdrowotnej.

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, samorządy 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 2013–2015”;

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)
- Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie
- Wojewódzkiego i Powiatowego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie
- Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego w Krakowie
- Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
- Zarząd 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.

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, 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 istnieje niedostatek 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 powszechne. 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 międzyspisowych informacji o liczbie ludności dostarcza ewidencja bieżąca prowadzona przez odpowiednie urzędy lub oblicza się go przy użyciu metod statystycznych. Liczba ludności zmienia się nie tylko w dłuższych okresach, ale i sezonowo (np. w okresie urlopów) czy dobowych (centra dużych miast, tzn. city, wyludniające się po godzinach pracy) – wiąże się to ze zjawiskiem migracji ludności.

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 x 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 zmieni 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 zawsze 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 x 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 jakiejkolwiek 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 67 lat i więcej i kobiety w wieku 67 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 – wędrówka 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 w stosunku do różnych grup odbiorców (ze szczególnym naciskiem 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. Wg stanu 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).

Tabela Nr 1.

Ludność faktycznie zamieszkała 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

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 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.

Według informacji Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego (źródło: „Prognoza ludności na lata 2008-2035”, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2009) liczba ludności Polski będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035. Zmniejszy się przede wszystkim liczba mieszkańców miast. Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat (2007 r. – 22,6%), natomiast zwiększa się udział osób starszych (w wieku 65 lat i więcej, 2007 r. – 13,5%) w ogólnej liczbie ludności. Ponadto odsetek osób starszych będzie się zwiększał i w 2030 r. osiągnie prawdopodobnie 22,3%. Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta od 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu. W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71 lat a dla kobiet 79,7 lat. Długość życia mieszkańców Polski jest krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej (średnia wieku w UE dla mężczyzn wynosi 76 lat a dla kobiet 82 lata).

W roku 2012 w Krakowie zamieszkiwało 759 800 osób, co stanowiło 22,7% ogólnej liczby ludności województwa małopolskiego (dane na dzień 30 września 2012 r., źródło: Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa- IV kwartał 2012). Według informacji Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego również liczba ludności Krakowa będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035.

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 lata	2008 lata	2009 lata	2010 lata	2011 lata	2007 lata	2008 lata	2009 lata	2010 lata	2011 lata
POLSKA	71,0	71,3	71,5	72,1	72,4	79,7	80,0	80,1	80,6	80,9
MAŁOPOLSKIE	72,5	72,9	73,1	73,7	73,9	80,7	80,9	81,1	81,4	81,7
m. Kraków	73,5	74,1	74,2	75,1	75,6	80,6	81,0	81,4	81,5	81,9

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

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 2012 r, źródło: Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa- IV kwartał 2012): 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. Urodzenia w Krakowie na dzień 31 grudnia 2010 r. wynosiły: 7 848, a zgony: 7 081, natomiast na dzień 31 grudnia 2011 r. urodzenia wynosiły: 7 417, a zgony: 6 995. W okresie I-IX 2012 roku urodziło się 5 596 dzieci, a zmarło 5 435 osób, w tym 19 niemowląt. Przyrost naturalny w roku 2012 wynosił 0,3.

Jednocześnie należy stwierdzić, że w mieście Krakowie nie ma zjawiska wyludnienia. Obserwuje się zjawisko dodatniej migracji. Szczegółowe dane dotyczące liczby ludności latach 2006-2012 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

Źródło: Wydział Strategii i Rozwoju Miasta UMK, „Raport o Stanie Miasta”, na podstawie danych GUS.

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 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 2007-2011 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.

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 2007-2011 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 2007-2011 dla przedziału wiekowego 60-65 lat

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

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Tabela Nr 5

Przeciętne dalsze trwanie życia dla kobiet w latach 2007-2011 dla przedziału wiekowego 60-65 lat

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

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Według przewidywań GUS ujemny przyrost naturalny będzie się pogłębiał (liczba urodzeń będzie spadała, natomiast wzrośnie liczba zgonów), zaś saldo migracji stałych nieznacznie wzrośnie. Ponadto coraz bardziej zacierać się będzie granica pomiędzy ościennymi gminami a miastem. Często, bowiem ludzie mieszkają poza Krakowem, a pracują i korzystają z infrastruktury w mieście. W 2035 roku ¼ ludności będą stanowić osoby w wieku poprodukcyjnym.

Z informacji uzyskanych z Urzędu Statystycznego w Krakowie wynika, że aktualnie dostępne dane i prognozy demograficzne, pochodzą sprzed Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w Polsce przeprowadzonego w 2011 roku. Aktualnie brak jest ostatecznie opracowanych przez GUS szczegółowych wyników Spisu w odniesieniu do województw i powiatów.

II. 2 Wybrane dane epidemiologiczne:

Od lat największym zagrożeniem życia w Polsce 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- 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.

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. Trzecią, co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (7%), są przyczyny zewnętrzne (np. wypadki komunikacyjne, samobójstwa). Główną przyczyną zgonów w Krakowie od lat są choroby układu krążenia, które stanowiły kobiet 51% ogółu zgonów, a u mężczyzn 41%. W województwie małopolskim odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia wynosił dla kobiet 55%, a dla mężczyzn 42%. Drugą przyczyną zgonów podobnie jak w latach ubiegłych były nowotwory. W roku 2010 w województwie małopolskim zarejestrowano 11 049 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem, w tym 5 507 u mężczyzn i 5 542 kobiet. Najwyższy odsetek zachorowań na nowotwory dotyczy: płuca (13,8%), piersi (11,3%), jelita grubego (11,3%) oraz nowotwory gruczołu krokowego (7,1%) i pęcherza moczowego(5%). W 2010 roku nowotwory złośliwe były przyczyną 7 394 zgonów (4 120 u mężczyzn i 3 274 u kobiet). W Krakowie powodem zgonów w roku 2010 u mężczyzn były przede wszystkim: nowotwory płuca (27,%), jelita grubego (9,2%), gruczołu krokowego (9,1%), żołądka (6,9%), pęcherza moczowego(5,8%). W Krakowie powodem zgonów w roku 2010 u kobiet były przede wszystkim: nowotwory płuca (15,4,%), piersi (13,8%), jelita grubego(9,1%), jajnika (6,9%), żołądka (6,9%), trzustki (6%), szyjki macicy (4%). (Źródło: „Nowotwory złośliwe w województwie małopolskim w roku 2010”, Centrum Onkologii w Krakowie, 2010 rok).

Od kilku lat główną przyczyną zgonów w Krakowie a także w województwie małopolskim i w Polsce są choroby układu krążenia. Jednakże standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia dla kobiet i mężczyzn był niższy w mieście Krakowie od wojewódzkiego i krajowego natomiast wyższy niż europejski. W mieście Krakowie w porównaniu z województwem małopolskim więcej osób umiera na nowotwory. Wśród pozostałych przyczyn różnice terytorialne były nieznaczne, sytuują się na podobnym poziomie w Krakowie i województwie małopolskim.

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).

Na choroby tarczycy w roku 2009 chorowało 11 844 osób dorosłych, a w roku 2010 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 wyryto 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 skórną chorowało 2 172 osoby, na choroby układu moczowego 836 osób, zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono u 4066 osób, niedożywienie u 253 osób, niedokrwistość u 1050 osób, natomiast otyłość u 1358 osób.

Zachorowalność na pozostałe, wybrane choroby.

W roku 2011 w zgłoszonych zachorowaniach z terenu Miasta Krakowa 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 Sanitarnej-Epidemiologicznej w Krakowie: „Stan Sanitarny Małopolski w 2011 roku”, Kraków 2012.

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.

Wirusowe zapalenie wątroby. Od kilku lat zachorowania na WZW A notowane są sporadycznie. 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.

Choroby wieku dziecięcego. W roku 2011 zgłoszono dwukrotnie więcej zachorowań na **krztusiec** w porównaniu z rokiem 2010. Hospitalizowano 30 chorych tj. 32 % zgłoszonych zachorowań. Liczba zachorowań na **świnkę** stopniowo spada w ostatnich latach. W roku 2011 zarejestrowano 190 przypadków. Z powodu powikłań hospitalizacji wymagał 1 chory. 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. Po zakażeniach górnych dróg oddechowych **ospa wietrzna** jest najczęstszą chorobą zakaźną. Po okresie spadku w 2008 i 2009 roku, w kolejnych latach odnotowano tendencję wzrostową. W 2011 roku zarejestrowano 14 672 zachorowania. Hospitalizowano 87 chorych tj. 0,6%. W roku 2011 w Mieście Krakowie współczynnik zapadalności na 100 000 był na poziomie średnim i wynosił 251-500. W roku 2011 nastąpił dalszy wzrost liczby zachorowań na **płonicę** z powodu epidemicznego wzrostu zachorowań. Dzięki szczepieniom udało się ograniczyć zachorowania na odrę. W roku 2011 zarejestrowano 12 zachorowań.

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.

Inwazyjna choroba meningokokowa.

W roku 2011 zarejestrowano łącznie 13 przypadków, trzy i pół krotnie mniej niż w roku 2008. Blisko połowa zachorowań dotyczyła dzieci w pierwszych trzech latach życia. Szczepieniom, 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.

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.

Zakaźne choroby przewodu pokarmowego.

W 2011 roku w stosunku do roku ubiegłego odnotowano o 15 % więcej bakteryjnych zatrueć pokarmowych: wśród nich było: 756 przypadków salmonellozy (2010 r. – 692) oraz 30 zatrueć toksynami gronkowcowymi i 149 o etiologii nieokreślonej. W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost wirusowych zakażeń jelitowych powodowanych przez rotawirusy i norowirusy. W roku 2011 utrzymywała się tendencja wzrostowa zachorowań wywoływanych przez rotawirusy (2011 – 2 058, w 2010 – 1 852, 2009 – 1 582 zachorowań). Ponad połowa (66%) zgłoszonych wirusowych zakażeń jelitowych dotyczyła dzieci do dwóch lat. Zespoły biegunkowe u dzieci do lat 2 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.

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 dziesiątego roku życia, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych. 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.

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 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 (źródła: „Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa”, „Sytuacja zdrowotna Ludności Polski” – red. B. Wojtyniak, P. Goryński, „Nowotwory złośliwe w województwie małopolskim 2009”, „Nowotwory złośliwe w województwie małopolskim w 2010 roku”- Centrum Onkologii w Krakowie, „Stan Sanitarny Małopolski 2011”, dane z Narodowego Funduszu Zdrowia) 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.

W roku 2011 w województwie małopolskim nie nastąpiły istotne zmiany w występowaniu chorób zakaźnych. Podobnie jak w roku 2010 sytuację epidemiologiczną można ocenić jako korzystną. Na wysokim poziomie pozostały zachorowania na ospę wietrzną oraz utrzymał się wzrost zachorowań na płonice. Więcej zarejestrowano wirusowych zakażeń pokarmowych.

Niepokojącym sygnałem jest wzrost zachorowań na odrę. Korzystna tendencja spadkowa dotyczy świnki, różyczki, WZW typu B i C oraz salmonellozę. 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. Dane dotyczące roku 2012 dostępne będą w drugiej połowie 2013 roku.

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 Zwalczania Chorób Nowotworowych);
- 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;
- 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 promocji 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.

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.
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 profilaktycznych (ustanowionych zgodnie z częścią II „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2013–2015”).

1.1.4 Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach zadań priorytetowych Dzielnic (wyłącznie zgodnych z zakresem programów zdrowotnych 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, liczba wykrytych chorób.

Harmonogram realizacji na 2013 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 profilaktycznych.	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 profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach zadań priorytetowych 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, Świadczeniodawcy usług medycznych prowadzący działalność na terenie Miasta Krakowa.

1.2 Lecznictwo zamknięte:

1.2.1. W 2011 roku na terenie Krakowa działało 15 placówek leczenia zamkniętego będących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, w tym 14 szpitali (w tym 1 szpital psychiatryczny) i 1 zakład opiekuńczo-leczniczy oraz 25 pozostałych podmiotów leczniczych, w tym 17 szpitali (w tym 3 szpitale psychiatryczne), 7 zakładów opiekuńczo-leczniczych i 1 zakład opieki hospicyjnej.

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

- 1) Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza
- 2) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego
- 3) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – oddział opieki paliatywnej przy ul. Wielickiej 267.

Tabela Nr 6

Placówki leczenia zamkniętego w 2011 roku.

	Szpitale ogólne – publiczne (w tym resortowe)	Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego	Zakłady niepubliczne (w tym psychiatryczne)	Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja
Liczba szpitali ¹	13 (2)	1	17 (3)	11 ²
Liczba łóżek	4 611 ⁸ (428)	778	1 148 (80)	1 163
Zatrudnienie ^{3 i 7}				
Lekarze	1 853 ⁴	-	454 ⁴ (1)	42 ⁵
Pielęgniarki i położne	4 353 ⁴	-	896 ⁴ (4)	367 ⁵
Liczba pacjentów ⁶	213 861 ⁸	-	54 203 (771)	2 269

¹ wykazano liczbę szpitali i zakładów opieki zdrowotnej z oddziałami szpitalnymi

² w tym 1 zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu psychiatrycznym i 1 zol dla dzieci

³ pełnozatrudnieni na umowy o pracę w szpitalach jako jednostce organizacyjnej

⁴ łącznie z zatrudnionymi na umowy cywilnoprawne w wymiarze nie mniejszym niż 40 godzin tygodniowo

⁵ pracujący zatrudnieni na podstawie stosunku pracy i umowy cywilnoprawnej

⁶ bez ruchu międzyoddziałowego

⁷ bez danych ze szpitali resortowych

⁸ bez danych ze szpitala MSWiA

Uwaga: Liczba łóżek i liczba pacjentów w szpitalach ogólnych bez oddziałów neonatologicznych

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

Dane za rok 2012 dostępne będą w II kwartale 2013 roku.

Tabela Nr 7

Placówki lecznictwa zamkniętego – liczba łóżek ogółem oraz liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków w 2011 roku w mieście Krakowie (stan na 31.XII)

Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek	Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków ¹
Placówki publiczne		
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla ul. Skarbowa 4	377	-
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego os. Na Skarpie 66	549	48
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza ul. Prądnicka 35-37	399	47
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80	526	-
Wojewódzki Szpital Okulistyczny ul. Dożynkowa 61	60	-
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika, ul. Strzelecka 2	120	-
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – Oddział Szpitalny ul. Wielicka 265	27	-
Krakowskie Centrum Rehabilitacji al. Modrzewiowa 22	100	-
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ul. Wielicka 265	545	-
Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36	1 280	30
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej ul. Garncarska 11	200	-
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Wrocławska 1-3 (jednostka MON)	428	-
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA ul. Kronikarza Galla 25	b.d.	b.d.
Ogółem placówki publiczne	4 611	125
Szpitale ogólne niepubliczne		
Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego ul. Trynatarska 11	118	-
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera, os. Złota Jesień 1	578	17
NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego, ul. Siemiradzkiego 1	50	45
NZOZ Szpital na Siemiradzkiego 2 Ośrodek Diagnostyczno-Operacyjny, ul. Siemiradzkiego 1	5	-
FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno-Operacyjne Ginekologii i Polożnictwa, ul. Zagaje 67	5	-
Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Ujastek” Sp. z o.o. -ul. Ujastek 3	99	47
NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta Sp. z o.o. ul. Ujastek 3	16	-
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno - Zabiegowe „Medicina” Sp. z o.o. ul.	12	-

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013–2015”

Rogozińskiego 12		
NZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II os. Złotej Jesieni 1	36	-
NZOZ „Scanmed Strefa Medyczna Uniwersum”, Bochenka 12	64	-
NZOZ ORTOPEDICUM, ul. Koło Strzelnicy 3	33	-
Centrum Ortopedyczno-Rehabilitacyjne ARTROMED, Reymonta 22	13	-
NZOZ Szpital i Przychodnia „CenterMed”, ul. Łazarza 14	14	-
Krakowskie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ, ul. Bochenka 15A	25	-
Ogółem szpitale ogólne niepubliczne	1 068	109
Szpitaly psychiatryczne publiczne		
Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego ul. Babińskiego 29	778	-
Szpitaly psychiatryczne niepubliczne		
Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „DOM MONARU”, ul. Suchy Jar 4	40	-
Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla osób Uzależnionych od Środków Odurzających ul. Suchy Jar 4a	15	-
Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby „DOM GWAN” ul. Nadbrzezie 25	25	-
Ogółem szpitale psychiatryczne niepubliczne	80	-
Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze i hospicja		
NZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej TPCH HOSPICIUM, ul. Fatimska 17	44	-
Zakład Usług Medyczno-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK, os. Złotej Jesieni 1	44	-
NZOZ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „Czwórka” os. Młodości 9	80	-
NZOZ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy nr 1 (dawny Neomedica), ul. Prądnicka 36	35	-
NZOZ „BONA-MED.” Sp. z o.o. ul. Siemaszki 17	98	-
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek, ul. Kołłątaja 7	72	-
NZOZ „DOM-MED”, ul. Helclów 2	110	-
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „Serdeczna Troska” NZOZ, ul. Ujastek 3 dla dorosłych	248	-
dla dzieci	20	-
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ul. Wielicka 267		
Oddział o profilu ogólnym	331	-
Oddział o profilu psychiatrycznym	81	-
Ogółem publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo – lecznicze i hospicja	1 163	-

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 8

Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w wybranych grupach zawodowych z wykształceniem średnim w 2011 roku w mieście Krakowie.

Wyszczególnienie	Pracujący			Pracujący, dla których jednostka jest głównym miejscem pracy
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy		
		razem	zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	
Pielęgniarki	5 444	4 341	3 957	4 332
Położne	731	436	411	479
Technicy dentystyczni	60	53	48	54
Technicy farmaceutyczni	85	82	80	82
Technicy elektroniki medycznej	35	23	19	25
Technicy/laboranci analityki medycznej	272	255	241	258
Technicy elektroradiologii	588	421	399	432
Technicy fizjoterapii	278	237	190	256
Technicy biomechaniki	1	1	1	1
Technicy masażyści, w tym:	121	102	60	108
niewidomi	58	53	33	53
Instruktorzy higieny	57	57	57	56
Terapeuci zajęciowi	55	52	45	49
Dietetycy	165	156	151	152
Higienistki szkolne	47	35	30	40
Higienistki stomatologiczne	185	149	110	166
Asystentki stomatologiczne	260	182	126	199
Ortoptyści	18	14	12	15
Technicy ortopedzi	1	1	0	0
Opiekunki dziecięce	0	0	0	0
Ratownicy medyczni	358	207	196	199
Opiekunowie medyczni	24	17	14	16
Protetycy słuchu	3	0	0	0

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego - opracowanie na podstawie sprawozdań MZ-88

Tabela Nr 9

Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego z wykształceniem wyższym w 2011 roku w mieście Krakowie.

Wyszczególnienie	Pracujący			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:	8 795	3 727	2 703	3 716
kobiety	4 986	2 280	1 674	2 344
Lekarze stomatolodzy, w tym:	1 183	564	235	625
kobiety	867	419	177	487
Farmaceuci, w tym:	103	100	89	98
kobiety	81	79	71	79
Diagności laboratoryjni, w tym:	449	405	374	406
kobiety	391	361	340	367
Zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych (osoby nie wymienione w wierszach powyżej)	133	122	109	125
Pielęgniarki z wyższym wykształceniem, w tym:	2 658	2 262	2 166	2 291
mgr pielęgniarstwa	1 014	817	769	819
Położne z wyższym wykształceniem, w tym:	374	252	247	297
mgr położnictwa	82	39	38	51
Ratownicy medyczni z wyższym wykształceniem w tym:	58	29	29	32
mgr ratownictwa medycznego	3	1	1	1
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem, w tym:	629	447	362	459
mgr fizjoterapii	564	404	327	414
Dietetycy z wyższym wykształceniem	45	41	39	41
Psycholodzy	582	339	172	293
Logopedzi	72	31	15	29
Terapeuci zajęciowi	24	13	6	11
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	114	76	58	65

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego - opracowanie na podstawie sprawozdań MZ-88

Tabela Nr 10

Zestawienie ilości łóżek w latach 2010 – 2012 wg stanu na dzień 31 grudnia danego w miejskich podmiotach leczniczych.

Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek wg stanu na 31 grudnia:		
	2010	2011	2012
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego, os. Na Skarpie 66	565	549	557
Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków	48	48	48
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, ul. Prądnicka 35-37	399	399	427
Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków	47	47	40
Ogółem łóżek:	956	948	984
Ogółem miejsc dla noworodków i wcześniaków	95	80	88
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ul. Wielicka 267 – ogółem:	414	424	424
w tym:			
oddział szpitalny - paliatywny	27	27	27
oddział opiekuńczo-leczniczy ogólny	342	312	312
oddział o opiekuńczo-leczniczy - psychiatrycznym	45	85	85

* Dane pochodzą z miejskich szpitali oraz ZOL

Analizując powyższe dane należy stwierdzić, że w 2011 roku na terenie Miasta Krakowa funkcjonowało 4 183 łóżek w placówkach publicznych, w tym 975 w miejskich jednostkach lecznictwa zamkniętego (tj. 23,3 %). Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego znajdował się na drugiej pozycji (po Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie) pod kątem liczby łóżek. Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków w Mieście Krakowie wynosiła 125, w tym 95 (tj. 76%) w miejskich jednostkach lecznictwa zamkniętego. Dane dotyczące roku 2012 r. pochodzą z miejskich jednostkach lecznictwa zamkniętego (z pozostałych jednostek dane będą dostępne w drugiej połowie 2013 r.

1.2.2 Przy ustalaniu kierunków polityki zdrowotnej Miasta Krakowa, poza analizą danych dotyczących zasobu tzw. lecznictwa zamkniętego należy przede wszystkim wziąć pod uwagę zmianę stanu prawnego regulującego działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (od dnia 1 lipca 2011r.).

Przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2013, poz. 217) oraz ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012, poz. 742) zmieniły zasadniczo relację Gminy Miejskiej Kraków, jako podmiotu tworzącego wobec miejskich SPZOZ. Obecnie Gmina Miejska Kraków ma możliwość podejmowania decyzji w kwestii dalszej działalności ww. zakładów, tj. w zakresie:

- 1) pozostawienia szpitali miejskich i zakładu opiekuńczo-leczniczego w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej, jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) zmiany ich formy organizacyjno-prawnej (przekształcenie w spółkę/spółki kapitałową/-e)
- 3) ich likwidacji.

Każda z powyższych decyzji wiąże się z koniecznością zaangażowania środków finansowych z budżetu Miasta Krakowa. W aktualnym stanie prawnym dotyczącym finansowania i organizacji ochrony zdrowia, za przedwczesne należy uznać podejmowanie działań mających na celu przekształcenie tych zakładów w spółki prawa handlowego. Formalnie możliwej likwidacji miejskich SPZOZ-ów nie należy obecnie brać pod uwagę ze względu na ich znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Miasta (szerzej przedstawione w wyżej prezentowanych tabelach Nr 7 i 10)

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prowadzenie SPZOZ w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej powoduje, że w przypadku zakończenia roku obrotowego ujemnym wynikiem finansowym, zasadą jest, iż wynik ten pokrywa podmiot leczniczy. Gmina Miejska Kraków może podjąć decyzję o pokryciu ujemnego wyniku za rok obrotowy, ale w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku ani przez SPZOZ ani przez podmiot tworzący, powinna dokonać zmiany formy organizacyjno-prawnej SPZOZ (przekształcenie w spółkę/spółki kapitałową/-e) lub je zlikwidować. Obowiązujące regulacje prawne oraz obecna sytuacja finansowa trzech SPZOZ-ów determinują konieczność ustalenia na kolejne lata następujących kierunków działania Gminy Miejskiej Kraków, jako podmiotu tworzącego:

1. Prowadzenie dwóch szpitali miejskich i zakładu opiekuńczo-leczniczego nadal w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ewentualna zmiana formy organizacyjno-prawnej może być natomiast rozważana w przyszłości, wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia zagrożenia, co do dalszej ich działalności.
2. Podejmowanie działań, w tym przez kierujących miejskimi podmiotami leczniczymi zmierzających do docelowego zrównoważenia przychodów i kosztów, m.in. poprzez dostosowanie prowadzonej działalności leczniczej do wartości umów o świadczenie opieki zdrowotnej zawieranych przez publicznego płatnika (NFZ, Minister Zdrowia). Jako kierunek należy przyjąć stopniowe doprowadzenie do bilansowania kosztów i przychodów działalności poprzez realizację systematycznych działań nadzorczych wobec SPZOZ.
3. 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) nadzór nad jakością i kosztami usług medycznych w miejskich podmiotach leczniczych (samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej), dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, w celu doprowadzenia do bilansowania ich działalności,

- 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).

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 – 2013 (1999-2012 wg wykonania finansowego, 2013 – wg planu finansowego):

- 1) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego – **44 998 387 zł**;
- 2) Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza - **54 466 389 zł**;
- 3) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy - **7 668 538 zł**

Łącznie – 107 133 314 zł.

Współpraca z Radami Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji modernizacji pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich jednostek lecznictwa zamkniętego (w ramach tzw. zadań priorytetowych i powierzonych dzielnic) - Dzielnic XVIII w latach 2004-2013 przekazała dla Szpitala Specjalistycznego. im S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie środki finansowe w łącznej wysokości 444 180,59 zł.

Środki uzyskane ze źródeł zewnętrznych:

1. Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza:

- 1) w 2005 r. realizował projekt pn.: Modernizacja pomieszczeń i zakup nowych urządzeń medycznych dla SMS im. G. Narutowicza w Krakowie w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego. Całkowita wartość Projektu wyniosła: 10 101 856,25 zł, z czego całkowite wydatki kwalifikowalne: 9 231 138,75 zł, **w tym dotacja z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego: 6 923 354,06 zł**, Budżet Miasta Krakowa: 1 967 319,21 zł, środki własne Szpitala: 340 465,48 zł.
- 2) w latach 2008-2011 Szpital realizował zadanie: Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie do wymogów prawa, w ramach działania 12.1 priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013. Całkowite nakłady poniesione na realizację zadania wyniosły 8 384 069,13 zł, w tym środki z budżetu Miasta Krakowa na wkład własny i koszty niekwalifikowane: 4 374 305,09 zł, **środki UE: 4 000 654,24 zł** oraz środki własne Szpitala: 9 109,80 zł.

2. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego: w latach 2008-2011 Szpital realizował zadanie: Modernizacja pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i lądowiska wraz z zakupem nowych urządzeń dla Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie, w ramach działania 12.1 priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013. Całkowite nakłady poniesione na realizację zadania wyniosły 5 899 985,50 zł, w tym środki z budżetu Miasta Krakowa na wkład własny i koszty niekwalifikowane: 1 032 910,53 zł, **środki UE: 4 860 188,82 zł** oraz środki własne Szpitala: 6 886,15 zł.

Łącznie ze źródeł zewnętrznych Szpitale uzyskały środki w wysokości: **15 784 197,12 zł**

Całkowita wartość realizacji zadań wynikających z konieczności dostosowania pomieszczeń miejskich podmiotów leczniczych do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2012.739) – w terminie do 31 grudnia 2016 r. wynosi szacunkowo **80 308 770 zł**, w tym:

- 1) Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza – **20 446 620 zł**;
- 2) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego – **44 662 150 zł**;
- 3) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – **15 200 000 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 zakładów.

Wskaźniki monitoringu: stopień realizacji zadań modernizacyjnych,

Harmonogram realizacji na 2013 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 2016 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

1. Zakres kompetencji organów administracji publicznej – rola i zadania wojewody

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 przepisach 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 PRM 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 na ratownika medycznego,

Zgodnie z art. 32 ust. 1 ww. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym; 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. 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

- przeciwpowodziowej (t.j.: Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 z późn. zm.) i terenach przez nie obsługiwanych;
- 9) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączów 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.

II. Zespoły ratownictwa medycznego na terenie Krakowa.

W 2013 r. na terenie miasta Krakowa funkcjonuje 16,5 zespołów ratownictwa medycznego, w tym:

- 8 zespołów specjalistycznych „S”;
- 8,5 zespołów podstawowych „P” (jeden ZRM funkcjonuje w godzinach od 7.00 do 19.00, stąd 0,5 ZRM)

Dysponentem ZRM jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Miejscami stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego na terenie miasta są następujące lokalizacje:

- 31-530 Kraków, ul. Łazarza 14;
- 30-114 Kraków, ul. Kościuszki 49,
- 30-533 Kraków, Rynek Podgórski 2,
- 30-835 Kraków, ul. Teligi 8,
- 31-223 Kraków, ul. Wybickiego 3a,
- 30-969 Kraków, ul. Igołomska 1,
- 31-826 Kraków, os. Złotej Jesieni 1.

III. Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Krakowie.

Szpitalny oddział ratunkowy jest to oddział będący komórką organizacyjną szpitala, w rozumieniu przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, 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 (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.). 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 (Dz. U. Nr 237, poz. 1420), 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.

Tabela Nr 11

Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie Krakowa:

Lp	Nazwa Jednostki	Adres
1	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3
2	Szpital Specjalistyczny im S. Żeromskiego w Krakowie	os. Na Skarpie 66
3	Szpital Miejski Specjalistyczny im G. Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicka 35-37
4	Szpital Specjalistyczny im L. Rydygiera w Krakowie	os. Złotej Jesieni 1
5	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 36

IV. Lądowiska w Krakowie.

Zgodnie z wykazem lądowisk przyszpitalnych, zamieszczonym na stronie internetowej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (stan na 20 marca 2013 r.), na terenie miasta Krakowa działają następujące lądowiska: Kraków - Błonia, Kraków - Prokocim i Kraków - Kopernika – nieprzystosowane do nocnych startów i lądowań, niewpisane do ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego, a także lądowiska przy: Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. G. Narutowicza, Szpitalu Specjalistycznym im Stefana Żeromskiego SPZOZ i Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera znajdujące się w ewidencji ULC i spełniające wymóg dostosowania do pracy całą dobę. Lądowisko dla helikopterów planowane jest także w Szpitalu Jana Pawła II oraz w Szpitalu Uniwersyteckim w ramach Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof - zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420) od 1 stycznia 2014 r. każdy szpitalny oddział ratunkowy musi posiadać lądowisko całodobowe.

V. Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego zlokalizowane jest w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie, ul. Basztowa 22, jako jednostka organizacyjna Biura Informatyki. Obszar działania centrum obejmuje teren Miasta Krakowa, oraz powiaty: krakowski, myślenicki, wielicki, proszowicki, miechowski, olkuski, chrzanowski, oświęcimski, wadowicki, suski. W Centrum znajduje się 5 stanowisk dla operatorów WCPR oraz 1 stanowisko dla operatora PSP. Zatrudnionych jest 38 operatorów numerów alarmowych (35 etatów). Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego nie posiada stanowisk dla dyspozytorów medycznych.

Do zakresu działania Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego należy:

1. pełnienie całodobowych dyżurów przez operatorów numerów alarmowych;
2. obsługiwanie zgłoszeń alarmowych, w tym oddzielenie zgłoszeń fałszywych;
3. zapewnienie obsługi zgłoszeń obcojęzycznych kierowanych na numery alarmowe;
4. kwalifikacja zgłoszeń w zależności od miejsca zdarzenia i rodzaju zagrożenia;
5. dokonywanie okresowej analizy liczby, rodzaju, natężenia i czasu obsługi poszczególnych zgłoszeń alarmowych przyjmowanych w WCPR;
6. inicjowanie procedur reagowania kryzysowego, w tym w szczególności przekazywanie Wojewodzie informacji mogących stanowić podstawę do wprowadzenia podwyższonej gotowości;
7. opracowanie i aktualizacja dokumentacji dot. działania Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Zgłoszenia alarmowe z terenu Miasta Krakowa wraz z dzielnicami Nowej Huty kierowane są w następujący sposób:

- Nr 112 - z telefonów stacjonarnych i komórkowych – WCPR, ul. Basztowa 22,
- Nr 999 - z telefonów stacjonarnych i komórkowych – CD KPR – ul. Łazarza 14.

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,
- 4) 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*.

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:

Profilaktyka i promocja zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych 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), 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 zdrowotnych 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 świadomości w zakresie zdrowia oraz liczbę osób biorących udział w programach zdrowotnych będzie polegać szczególnie na:

- 1) realizacji miejskich programów zdrowotnych 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 zdrowotnych znajduje się w Zał. Nr 2: „Obszary profilaktyki zdrowotnej na lata 2013–2015”);
- 2) realizacji programów profilaktyki zdrowotnej w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa(zgodnie z zakresem programów zdrowotnych ustanowionych w niniejszym Programie);
- 3) organizację przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- 4) organizację przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej;
- 5) prowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia adresowanych do mieszkańców Miasta, przy wykorzystaniu lokalnych środków masowego przekazu oraz komunikacji elektronicznej, 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) zapewnienie mieszkańcom Miasta informacji o realizowanych programach zdrowotnych poprzez:
 - a) działalność „Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej”;

- b) współpracę z lokalnymi środkami masowego przekazu;
 - c) wykorzystanie komunikacji elektronicznej;
 - d) prowadzenie serwisu zdrowotnego w ramach Miejskiej Prezentacji Internetowej „Magiczny Kraków” oraz na stronach „Biuletynu Informacji Publicznej”.
- 7) współpracę z konsultantami województwa małopolskiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, samorządami zawodów medycznych, organizacjami pozarządowymi, ośrodkami naukowymi i innymi podmiotami lokalnego systemu zdrowotnego przy podejmowaniu przez Gminę Miejską Kraków decyzji o podejmowanych działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia;
 - 8) współpracę z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, realizowanych w trybie otwartych konkursów ofert;
 - 9) opracowywanie materiałów 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 wspierające 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, świadczonej 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), przeciwdziałania 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 prozdrowotnych dla zapewnienia 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 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 2013 r. i kolejne lata realizacji Programu:

L.p.	Treść działania	Termin
1.	Realizacja miejskich programów zdrowotnych dla mieszkańców Miasta Krakowa.	przez cały rok
3.	Realizacji programów profilaktyki zdrowotnej w ramach zadań priorytetowych 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, szkolenia, seminaria) 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 kanałów komunikacji elektronicznej.	przez cały rok
7.	Zapewnienie mieszkańcom Miasta informacji o realizowanych programach zdrowotnych.	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 (Dz. U. Nr 96, poz. 873 z późn. zm.), wytyczający kierunki współpracy w cyklu rocznym. Podjęte zostały działania dotyczące opracowania i wdrożenia „Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2012 – 2014”. Wieloletni Program Współpracy będzie dokumentem regulującym długofalowe kierunki współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami na lata 2012-2014. W celu opracowania Wieloletniego Programu Współpracy powstał Zespół Koordynacyjny złożony z przedstawicieli organizacji pozarządowych reprezentujących różne branże sektora, przedstawicieli Urzędu Miasta Krakowa oraz ekspertów zewnętrznych. Członkowie Zespołu pracowali w ramach tzw. zespołów branżowych ds. kultury, edukacji, ochrony środowiska, rozwoju gospodarczego, rekreacji, sportu i turystyki, społeczeństwa obywatelskiego, zdrowia i osób niepełnosprawnych, wykluczenia, podczas których organizacje przedstawiały swoje propozycje oraz konsultowały założenia Programu.

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

- 1) Działalność Krakowskiej Rady Działalności Pożytku Publicznego z przedstawicielem organizacji w obszarze ochrona zdrowia i niepełnosprawność,
- 2) Opracowanie „Przewodnika po systemie współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi” zawierającego syntetyczne informacje dotyczące obowiązujących w Gminie regulacji, procedur i możliwości współpracy z organizacjami pozarządowymi,
- 3) 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.

- 4) 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,
- 5) 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; wdrażanie działań horyzontalnych (w tym: międzywydziałowych) w zakresie diagnozy i analizy potrzeb społecznych i zdrowotnych,
- 6) Ujednolicanie i uszczegóławianie zasad przeprowadzania otwartych konkursów ofert przez Gminę Miejską Kraków,
- 7) Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie wiedzy wśród organizacji pozarządowych na temat dokumentów strategicznych i programowych, ogólnych i branżowych obowiązujących w Gminie.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) Realizacja zadań w oparciu o ustawę z dnia 22 sierpnia 1997r. 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.

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 2013 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 2012 – 2014
2.	Opracowanie „Przewodnika po systemie współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi” zawierającego syntetyczne informacje dotyczące obowiązujących w Gminie regulacji, procedur i możliwości współpracy z organizacjami pozarządowymi	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2012 – 2014

3.	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 2012 – 2014
4.	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 2012 – 2014
5.	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 2012 – 2014
6.	Ujednolicanie i uszczegóławianie zasad przeprowadzania otwartych konkursów ofert przez Gminę Miejską Kraków	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2012 – 2014
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	Zgodnie z odrębnym harmonogramem Wieloletniego programu współpracy Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi na lata 2012 – 2014
8.	Realizacja zadań z zakresu udzielania pierwszej pomocy i szkoleń w tym zakresie.	Przez cały rok
9.	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 oświatowej 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 zdrowotnych 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 powyższych szkołach.

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, organizacjami,
- 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.

W chwili obecnej dzieci i młodzież ucząca się w szkołach 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, co z kolei limitowane jest liczbą uczniów.

4.2 Kolejnym zadaniem realizowanym przez Gminę Miejską Kraków w ramach medycyny szkolnej jest profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą. Dyrektor szkoły lub placówki oświatowej 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 (Dz. U. Nr 139, poz.1133).

Gmina Miejska Kraków realizuje zadanie w ramach medycyny szkolnej poprzez:

- 1) utrzymanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków w należytym stanie pod względem fachowym i sanitarnym - nadzór nad dyrektorami szkół i placówek oświatowych również w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu na ich terenie.
- 2) realizację miejskich programów zdrowotnych 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;
- 3) realizację „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”;
- 4) 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;
- 5) wdrożenie zasad organizacji medycyny szkolnej w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków na lata 2013 – 2015.

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 oświatowych, 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 zdrowotnych (wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na dany program), liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych,

Harmonogram realizacji na 2013 r. i kolejne lata realizacji Programu:

L.p.	Treść działania	Termin
1.	utrzymanie gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kraków w należytym stanie pod względem fachowym i sanitarnym - nadzór nad dyrektorami szkół i placówek oświatowych również w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu na ich terenie.	przez cały rok
2.	Realizacja miejskich programów zdrowotnych 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. Uzdrowisko Swoszowice.

6.1 Miasto Kraków realizuje zadania z zakresu zachowania funkcji leczniczych Uzdrowiska Swoszowice w Krakowie, określone w przepisach powszechnie obowiązującego prawa. Obejmują one między innymi działania wpisujące się w Strategię Rozwoju Turystyki w Krakowie na lata 2006-2013 (w zakresie tzw. turystyki medycznej) oraz działania z zakresu ochrony infrastruktury leczniczej i promocji zdrowia (modernizacja obiektów uzdrowskowych wraz z ich otoczeniem). Zadania Miasta ukierunkowane są przede wszystkim na zachowanie funkcji leczniczych Uzdrowiska w zakresie tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej Osiedla Swoszowice. W tym celu został opracowany Programu tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice (uchwała Nr CIV/1389/10 z dnia 23 czerwca 2010 r.). Realizacja Programu pozwala 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. Na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskowym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych (Dz. U. z 2005 r. Nr 167 poz. 1399 z późn. zm.), Rada Miasta Krakowa uchwałą Nr LX/784/08 z dnia 17 grudnia 2008 r. nadała statut dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice, zmieniony w dniu 30 maja 2012 r. uchwałą Nr XLVI/608/12 Rady Miasta Krakowa. Zmiany te wynikają z nowelizacji ustawy o lecznictwie uzdrowskowym, wprowadzone ustawą z dnia 4 marca 2011 r. (Dz. U. Nr 73, poz. 390). Zgodnie z obowiązującą aktualnie treścią art. 38 ustawy uzdrowskowej zmniejszeniu uległy procentowe udziały terenów zielonych w strefach ochrony uzdrowskowej „A” (z 75% na 65%) i „B” (z 55% na 50%). Zmiana ta umożliwi rozbudowę urządzeń i zakładów lecznictwa uzdrowskowego.

W związku z powyższym uzasadnione są zmiany obowiązującego miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego „Szoszowice - Uzdrowsko”, przyjętego uchwałą XII/130/11 Rady Miasta Krakowa w dniu 13 kwietnia 2011 r. (Uchwała Nr XII/130/11 Rady Miasta Krakowa z dnia 13 kwietnia 2011 r. w sprawie uchwalenia miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego obszaru "Szoszowice-Uzdrowsko" Obszar planu obejmuje ustanowione dla Osiedla Uzdrowsko Swoszowice strefy ochrony uzdrowskowej "A" i "B" oraz częściowo "C".

W dniu 7 marca 2012 r. Rada Miasta Krakowa podjęła uchwałę nr XXXIX/507/12 w sprawie przystąpienia do sporządzenia zmiany miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego obszaru „Szoszowice – Uzdrowsko”.

Pozostałe obszary Osiedla Uzdrowsko Swoszowice obejmują miejscowe plany zagospodarowania przestrzennego:

1. Swoszowice-Wschód (uchwała XXI/243/11 RMK z dnia 6 lipca 2011 r.;
2. Swoszowice-Południe (Uchwała Nr CXV/1556/10 Rady Miasta Krakowa z dnia 3 listopada 2010 r. w sprawie uchwalenia miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego obszaru "Szoszowice-Południe"

Szczegółowe zasady zagospodarowania poszczególnych stref ochronnych określa ustawa o lecznictwie uzdrowskowym, uzdrowskach i obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych. Miejscowy plan zagospodarowania przestrzennego pozwala stabilizować zasady

zagospodarowania przestrzennego w całym obszarze oraz koordynować zagospodarowanie w sposób umożliwiający prawidłową działalność lecznictwa uzdrowiskowego.

Równocześnie w strefie ochrony „C” został wprowadzony nowy wskaźnik dotyczący powierzchni terenów biologicznie czynnych, który wynosi nie mniej niż 45% powierzchni tej strefy. Wprowadzenie tego wskaźnika do statutu jest konieczne z uwagi na wydawanie zgodnych z ustawą uzdrowiskową uzgodnień i pozwoleń na budowy. Z uwagi na znaczne obszary terenów zielonych w strefie „C” nie ma aktualnie potrzeby zmiany miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego Swoszowice-Wschód oraz Swoszowice-Południe.

Powyższe plany są sporządzane na podstawie Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Miasta Krakowa (Uchwała Nr XII/87/03 Rady Miasta Krakowa z dnia 16 kwietnia 2003 r. w sprawie Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Miasta Krakowa), które określa politykę przestrzenną Miasta Krakowa, a zawarte w nim ustalenia, muszą być uwzględniane przy sporządzaniu miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego.

Wody podziemne ujmowane w Uzdrowisku Swoszowice zostały zaliczone do wód leczniczych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 14 lutego 2006 r. w sprawie złóż wód podziemnych zaliczonych do solanek, wód leczniczych i termalnych oraz złóż innych kopalin leczniczych, a także zaliczenia kopalin pospolitych z określonych złóż lub jednostek geologicznych do kopalin podstawowych. Na podstawie art. 125 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska swoszowickie wody lecznicze podlegają ochronie polegającej na racjonalnym gospodarowaniu ich zasobami oraz kompleksowym wykorzystaniu kopalin.

6.2 Jednym z najważniejszych zadań Miasta Krakowa jest podejmowanie działań w zakresie tworzenia warunków dla poprawy infrastruktury leczniczej (modernizacja obiektów uzdrowiskowych wraz z ich otoczeniem) urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej „Osiedla Uzdrowisko Swoszowice” w celu zaspokajania potrzeb pacjentów korzystających z leczenia uzdrowiskowego w Swoszowicach oraz ochrony walorów naturalnych wód leczniczych i klimatycznych poprzez współdziałanie z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą na terenie Uzdrowiska, Radą Dzielnicy X Miasta Krakowa oraz komórkami organizacyjnymi Urzędu Miasta Krakowa w celu:

- a) utrzymania i ochrony warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników mających wpływ na klimat w Osiedlu Uzdrowisko Swoszowice;
- b) tworzenie warunków dla zwiększenia atrakcyjności turystycznej i leczniczej oferty Krakowa (tzw. turystyka medyczna).
- c) realizacją Programu tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice obejmującego m.in. modernizację i rozbudowę infrastruktury drogowej, sieci wodociągowej, kanalizacji sanitarnej i opadowej, inwestycji ciepłowniczych, sieci elektroenergetycznych i gazowych.

W dniu 21 listopada 2012 r. podjęta została uchwała NR LXI/863/12 Rady Miasta Krakowa w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Środowiska dla miasta Krakowa na lata 2012-2015 z uwzględnieniem zadań zrealizowanych w 2011 r. oraz perspektywą na lata 2016-2019. W zakresie celów długoterminowych dla Uzdrowiska Swoszowice zostały określone następujące cele:

- 1) Ochrona zasobów wód leczniczych poprzez racjonalne ich wykorzystanie oraz ochronę stref zasilania;
- 2) Poprawa i utrzymanie wymaganej jakości powietrza;
- 3) Osiągnięcie i utrzymanie dobrego stanu wód powierzchniowych.

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

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

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

Harmonogram realizacji na 2013-2015 r. i kolejne lata realizacji Programu:

L.p.	Treść działania	Termin
1.	Utrzymanie i ochrona warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników mających wpływ na klimat w Osiedlu Uzdrowisko Swoszowice.	przez cały rok
2.	Tworzenie i ulepszanie infrastruktury komunalnej na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.	przez cały rok
3.	Tworzenie warunków dla zwiększenia atrakcyjności turystycznej i leczniczej oferty Krakowa (tzw. turystyka medyczna).	przez cały rok

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.

6. Zaopatrzenie mieszkańców miasta Krakowa w leki.

Na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) 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 30 kwietnia 2013 r. na terenie miasta Krakowa działała 327 aptek, z których 275 zaopatruje ludność w leki gotowe i recepturowe. Pozostałe apteki zaopatrują pacjentów tylko w leki gotowe. Aktualnie działa 8 aptek całodobowych. Dodatkowo jest 41 aptek o przedłużonym czasie pracy.

Liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na 1 aptekę całodobową wynosi: 94 787,5. Wskaźnik ilości aptek całodobowych na 100 tys. mieszkańców wynosi 1,05.

Liczba mieszkańców miasta Krakowa przypadających na 1 aptekę ogólnie dostępną wynosi: 2 318,9. Wskaźnik ilości aptek ogólnie dostępnych na 100 tys. mieszkańców wynosi 43,12.

IV. Sposoby sprawozdawczości.

Corocznie podsumowanie działań przewidzianych niniejszym Miejskim Programem Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013–2015” będzie przedstawiało Sprawozdanie z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015” za każdy rok realizacji Programu, opracowywany w IV kwartale każdego roku, w 2014 r. – za 2013 r., 2015 r. za 2014 r. i w 2016 r. za 2015 r. Ponadto dane sprawozdawcze będą przekazywane na potrzeby Strategii Rozwoju Krakowa.

Część II

**OBSZARY PROFILAKTYKI
ZDROWOTNEJ
NA LATA 2013 – 2015**

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 świadczeń zdrowotnych i programów profilaktycznych 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 (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; tekst jednolity) wszystkie propozycje realizacji miejskich programów zdrowotnych muszą zostać przekazane do rządowej Agencji Oceny Technologii Medycznych w celu uzyskania opinii. Poszczególne programy, które uzyskają pozytywną opinię AOTM 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 zapewnią 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 priorytetowych Dzielnic, których zakres określany będzie odrębnymi uchwałami rad dzielnic, przy obligatoryjnej zgodności z obszarami profilaktyki zdrowotnej Programu oraz posiadaniu pozytywnej oceny AOTM.

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 priorytetowych 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 zdrowotnych. 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 działające równolegle określają zdrowotną politykę miasta.

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

II. Obszary oraz zasady realizacji programów zdrowotnych.

1. Ustanawia się następujące programy zdrowotne na lata 2013-2015:

- 1) Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy;
- 2) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej;
- 3) Program profilaktyki wad postawy;
- 4) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa;
- 5) Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych;
- 6) Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem;
- 7) Program profilaktyki próchnicy u dzieci;
- 8) Program profilaktyki próchnicy u dzieci niepełnosprawnych;
- 9) Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia;
- 10) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego.

2. Zasady wdrażania i finansowania programów zdrowotnych w latach 2013-2015:

- 1) W ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa mogą być realizowane wyłącznie programy wymienione w punkcie 1.
- 2) Szczegółowy podział środków finansowych na poszczególne programy zdrowotne 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 zdrowotnych w latach 2013-2015 określona zostanie w Wieloletniej Prognozie Finansowej (umowy wieloletnie) oraz każdorazowo w budżecie Miasta Krakowa.
- 4) W ramach realizowanych programów zdrowotnych zapewnione zostaną preferencje w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla posiadaczy Krakowskiej Karty Rodzinnej 4+.

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

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 uwiadcza 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 wad postawy). Skoliozy stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują u około 2-5% populacji, w tym w Polsce nawet do 15%, a około 90% wszystkich skrzywień kręgosłupa stanowią skoliozy idiopatyczne. Skoliozy zdefiniować można jako wady postawy polegające na wielopłaszczyznowym zniekształceniu kręgosłupa i związanymi z nim zniekształceniami klatki piersiowej i narządów wewnętrznych. Skolioza jest deformacją pojawiającą się wyłącznie u człowieka. W postępowaniu korekcyjnym w przypadku bocznego skrzywienia kręgosłupa głównym celem jest zapobieganie tworzenia się nawyku nieprawidłowej postawy, kształtowaniu nawyku prawidłowego na podstawie przywróconych, prawidłowych warunków anatomicznych. Podstawę postępowania terapeutycznego w bocznych skrzywieniach kręgosłupa stanowi prawidłowa i precyzyjna diagnoza. Postęp techniczny umożliwił zastosowanie komputerów w diagnostyce i terapii skrzywień kręgosłupa. Dzięki odpowiednim urządzeniom i programowi komputerowemu możliwe jest dokonanie właściwej analizy kręgosłupa.

(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 młeczone. 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. (t.j. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). 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 (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm), 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 specjalnych i integracyjnych. 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 uwidocznąć także chrząstke 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 gripę, 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.

Obszar programów dotyczących poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych dla dzieci niepełnosprawnych:

(Profilaktyka próchnicy).

Celem Programu jest podnoszenie świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz ich rodziców, zwiększanie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem oraz zwrócenie uwagi na możliwości leczenia wad zgryzu.

(Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem).

Celem Programu jest zwiększenie dostępności wczesnej diagnozy dzieci z autyzmem i całościowymi zaburzeniami rozwoju, zapewnienie im odpowiedniej wielospecjalistycznej terapii oraz zapewnienie rodzinom edukacji i fachowego wsparcia. Program ukierunkowany w szczególności na wczesną diagnozę i terapię zaburzeń rozwojowych. Program powinien objąć dzieci i młodzieży z podejrzeniem lub rozpoznaniem całościowych zaburzeń rozwoju, zwłaszcza dzieci z autyzmem i „zespołem Aspergera”, a w szczególności: dzieci do 3 roku życia zagrożone autyzmem dziecięcym oraz dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnym wieku szkolnym oraz młodzież z objawami „zespołu Aspergera”.

III. Na podstawie przeprowadzonych konsultacji społecznych ustalona została lista zgłoszonych propozycji miejskich programów zdrowotnych na lata 2013-2015, posiadających pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych, których wdrożenie do realizacji będzie uzależnione od możliwości finansowych Miasta. Ponadto niezależnie od przyjętych do realizacji w latach 2013-2015 programów profilaktycznych kontynuowane będą prace mające na celu uzupełnienie zadania pn. Programy profilaktyki 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” 2013-2015.