

Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie miasta Krakowa

Biuro ds. Ochrony Zdrowia
Urząd Miasta Krakowa



Kraków, 2014

Spis treści

1. Wykaz używanych skrótów	3
2. Wprowadzenie	4
3. Wybrane elementy sytuacji społeczno - demograficznej.....	6
3.1. Charakterystyka ogólna ludności w województwie małopolskim oraz w Krakowie	6
3.2. Urodzenia, migracje i przyrost naturalny	7
3.3. Umieralność.....	8
3.4. Choroby przewlekłe.....	10
3.5. Przeciętne trwanie życia.....	10
3.6. Struktura wiekowa ludności	12
3.7. Niepełnosprawność osób starszych	16
3.8. Wysokość świadczeń emerytalno-rentowych osób starszych	19
4. Obowiązujące rozwiązania organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej w Krakowie skierowanej do osób starszych i osób przewlekle chorych	20
4.1. Świadczenia szpitalne.....	21
4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	21
4.3. Opieka nad pacjentem w domu	22
4.3.1. Pielęgniarska Opieka Domowa	22
4.4. Rehabilitacja	23
4.4.1. Rehabilitacja domowa	24
4.4.2. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach dziennego ośrodka rehabilitacji.....	24
4.4.3. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.....	24
4.4.4. Rehabilitacja neurologiczna	25
4.4.5. Rehabilitacja neurologiczna przewlekła	26
4.5. Leczenie uzdrowskowe chorych na stwardnienie rozsiane.....	26
4.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	27
4.7. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.....	28
4.8. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.....	29
4.8.1. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych i domowych	29
4.8.2. Pielęgniarska Opieka Długoterminowa	32
4.9. Opieka paliatywna i hospicyjna	33
4.9.1. Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach stacjonarnych	33
4.9.2. Opieka paliatywna w warunkach domowych.....	34
4.9.3. Opieka paliatywna w warunkach ambulatoryjnych	35
5. Stan dostępności do wybranych specjalistycznych świadczeń na terenie Miasta Krakowa finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia	36

5.1.	Świadczenia ambulatoryjne	36
5.2.	Świadczenia rehabilitacyjne	39
5.3.	Świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do 18 roku życia oraz osobom powyżej 65 roku życia	40
6.	Świadczenia dla pacjentów przewlekle chorych	43
6.1.	Chorzy z problemami w odżywianiu.....	43
6.2.	Wspomaganie oddychania za pomocą respiratora.....	44
6.3.	Tlenoterapia	45
6.4.	Dializoterapia.....	46
6.5.	Opieka domowa dla osób obłożnie i przewlekle chorych	47
6.6.	Świadczenia medyczne finansowane przez NFZ dostępne dla chorych na stwardnienie rozsiane	49
7.	Proponowane działania Gminy Miejskiej Kraków dotyczące zapewnienia opieki geriatrycznej na terenie Miasta Krakowa	50
7.1.	Reorganizacja i rozbudowa zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie	50
7.2.	Projektowane działania Gminy Miejskiej Kraków w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.	52
7.3.	Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia osób starszych.	53
8.	Kluczowe wnioski i rekomendacje.....	56
8.1.	Wnioski z zakresu sytuacji społeczno - demograficznej	56
8.2.	Wnioski z zakresu rozwiązań opieki zdrowotnej w Krakowie skierowanej do osób starszych i osób przewlekle chorych	57
8.3.	Wnioski i rekomendacje ogólne	57
8.4.	Wnioski i rekomendacje specjalistów	59
9.	Spis tabel	64
10.	Spis wykresów	64

1. Wykaz używanych skrótów

BAEL - Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

BDL – Bank Danych Lokalnych

GUS – Główny Urząd Statystyczny

OECD - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

MRI - Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NSP – Narodowy Spis Powszechny

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

TK – Tomografia Komputerowa

UE – Unia Europejska

2. Wprowadzenie

Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz stopnia ich zaspokajania jest jednym z warunków dla realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Istotnym zagadnieniem, które powinno definiować tego typu zadania jest proces starzenia się populacji. Zjawisko to jest obecne w Polsce tak jak we wszystkich krajach rozwiniętych, dotyczy wielu aspektów społecznych i gospodarczych oraz wywiera znaczący wpływ na zakres potrzeb zdrowotnych populacji. Niniejsze opracowanie przygotowane przez Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa służy następującym celom:

- 1) dokonuje oceny stanu faktycznego w zakresie sytuacji demograficznej (wraz z prognozami), zasobów ochrony zdrowia i przyjętych rozwiązań organizacyjnych w opiece zdrowotnej osób starszych i przewlekle chorych (m.in. dzieci) na terenie Miasta Krakowa,
- 2) formułuje wstępne wnioski odnośnie działań wskazanych do podjęcia dla dostosowania rozwiązań organizacyjnych do zmieniającej się sytuacji demograficznej.

W związku z obecną sytuacją demograficzną należy przeanalizować dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zabezpieczenia potrzeb osób starszych, obejmujące aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i wymiaru społeczno-ekonomicznego. Należy również przeanalizować ewentualną potrzebę zwiększenia dostępności (w tym liczby lekarzy geriatrów oraz lekarzy o specjalnościach zajmujących się chorobami przewlekłymi).

Opracowanie nie ma charakteru zamkniętego. Zakłada się poddanie go dyskusji i konsultacjom w celu wypracowania propozycji konkretnych działań przez właściwe instytucje i zgodnie z ich zakresem działania. W szczególności przewiduje się opracowanie i przyjęcie do końca 2015 r. miejskiego programu zdrowotnego obejmującego populację osób starszych.

Materiał roboczy został poddany konsultacjom przeprowadzonym w dniach 25 kwietnia do 11 czerwca 2014 r. W konsultacjach brały udział następujące osoby i instytucje:

- 1) dyr. Barbara Bulanowska – dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) mgr inż. Małgorzata Lechowicz – dyrektor Wydziału Polityki Społecznej, Małopolski Urząd Wojewódzki,
- 3) Członkowie Zespołu Konsultacyjnego ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie Miasta Krakowa na lata 2014-2015,
- 4) Prof. dr hab. n. med. Adam Windak – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej,
- 5) Prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk – pełnomocnik Prorektora ds. nadzoru nad realizacją porozumienia zawartego pomiędzy Miastem Kraków a Uniwersytetem Jagiellońskim Collegium Medicum,
- 6) Paweł Wójtowicz – przedstawiciel Krakowskiej Rady Działalności Pożytku Publicznego,
- 7) dr n. med. Jerzy Friediger – Przewodniczący Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowskiej Rady Miasta Krakowa,
- 8) dr n. med. Anna Prokop - Staszecka – przedstawiciel Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowskiej Rady Miasta Krakowa,
- 9) dr n. med. Artur Hartwich – przedstawiciel Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie,

- 10) mgr Izabela Ćwiertnia – przedstawiciel Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- 11) lek. med. Monika Jezierska - Kazberuk – przedstawiciel Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
- 12) dr Michał Seweryn – Małopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
- 13) Prof. dr hab. n. med. Jan Kulig – Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej,
- 14) dr hab. n. med. Aleksander Garlicki – Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych,
- 15) lek. med. Iwona Sanak – Konsultant wojewódzki w dziedzinie stomatologii dziecięcej,
- 16) Prof. dr hab. n. med. Antoni Basta – Konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii i położnictwa,
- 17) Prof. dr hab. med. Piotr Podolec – Konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii,
- 18) dr hab. med. Julian Dutka – Konsultant wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 19) Prof. dr hab. med. Krzysztof Fyderek – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii,
- 20) dr hab. med. Ewa Czarnobilska – Kierownik Zakładu Alergologii Klinicznej i Środowiskowej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum,
- 21) dr hab. med. Hanna Czajka – Kierownik Poradni Chorób Zakaźnych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie,
- 22) mgr Edyta Ozga – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa,
- 23) dr hab. n. med. Barbara Gryglewska – Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrici,
- 24) Starostwo Powiatowe w Krakowie,
- 25) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie,
- 26) Anna Okońska-Walkowicz – Pełnomocnik Prezydenta Miasta Krakowa Ds. Polityki Społecznej,
- 27) Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa,
- 28) Wydział Rozwoju Miasta – Urząd Miasta Krakowa,
- 29) Prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki – ordynator Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- 30) Prof. dr hab. med. Andrzej Matyja – Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie,
- 31) mgr farm. Barbara Jękot – Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie
- 32) dr hab. med. Katarzyna Szczerbińska – Kierownik Pracowni badań nad starzejącym się społeczeństwem, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski Collegium Medicum UJ.

3. Wybrane elementy sytuacji społeczno - demograficznej

Zmiany liczebności oraz struktury ludności to długotrwały proces zmian ilościowych i jakościowych, jakim ulega określona populacja. Tempo zachodzących zmian zależy od siły i różnorodności działających czynników. Liczba oraz struktura ludności jest wynikiem wielu czynników i procesów takich jak urodzenia, umieralność oraz migracje. Liczba ludności zatem zależy pośrednio od wielu czynników, wśród których można wymienić np. liczbę i strukturę populacji kobiet w wieku rozrodczym, sytuację na rynku pracy, stan zdrowia, obecność czynników ryzyka chorób, poziom opieki zdrowotnej, emigracji wewnętrznych i zagranicznych oraz sytuacji społeczno – gospodarczej kraju. Stan zdrowia populacji wynika w głównej mierze z sytuacji demograficznej, stylu życia, poziomu warunków zdrowotnych (sanitarnych) społeczeństwa oraz sprawności systemu ochrony zdrowia.

3.1. Charakterystyka ogólna ludności w województwie małopolskim oraz w Krakowie

W 2013 roku województwo małopolskie zamieszkiwało 3 360 581 osób (o 6,5 tys. osób więcej niż w 2012 r.)¹. Niewiele ponad połowę (ok. 51%) mieszkańców województwa małopolskiego stanowiły osoby zamieszkujące na terenach wiejskich. Współczynnik urbanizacji w 2013 r. był o 0,2 % niższy niż rok wcześniej i wynosił 48,7% (w skali kraju 60,4%). W Polsce najbardziej zurbanizowanym województwem, nadal pozostało śląskie, w którym 77,4% ludności stanowili mieszkańcy miast. Natomiast, województwem, w którym blisko 60% ludności stanowiła ludność mieszkająca na wsi było województwo podkarpackie. W badanym roku ponad połowę populacji mieszkańców województwa małopolskiego, tj. 51,5% stanowiły kobiety. Współczynnik feminizacji utrzymywał się od kilku lat na niezmiennym poziomie i wynosił 106 kobiet/100 mężczyzn². Wskaźnik gęstości zaludnienia w województwie małopolskim w 2013 r. wynosił 221 os./ km².

W 2013 roku w Krakowie zamieszkiwało 758 992 osób, co stanowiło 22,6% ogólnej liczby ludności województwa małopolskiego³. W 2013 r. w Krakowie współczynnik feminizacji wynosił 114 kobiet/100 mężczyzn i był wyższy niż wskaźnik dla całego województwa. Wskaźnik gęstości zaludnienia dla miasta Krakowa w 2013 r. wynosił 2322 os./ km² i był blisko dziesięciokrotnie wyższy niż wskaźnik dla całego województwa małopolskiego.

Według informacji Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Krakowa będzie się systematycznie zmniejszać do roku 2035⁴. W roku 2015 liczba mieszkańców Miasta Krakowa szacowana jest na 739 400, w 2020 r. na 717 000, a w 2030 r. na zaledwie 651 200 mieszkańców.

¹ Baza Demografia i BDL, GUS.

² *Stan i Ruch Naturalny Ludności w województwie małopolskim w 2013 r.*, GUS, Kraków 2014 r.

³ *Biuletyn Statystyczny Miasta Krakowa - IV kwartał 2012*. Dane na dzień 30 września 2012 r.

⁴ *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2009 r.

3.2. Urodzenia, migracje i przyrost naturalny

W Polsce, według wstępnych szacunków w 2013 r. zarejestrowano 372 tys. urodzeń żywych. Współczynnik urodzeń wyniósł 9,7‰ (wobec 10,0‰ w 2012 roku) i był o 10 pkt. niższy niż w 1983 r. Natężenie urodzeń na wsi jest wyższe niż w miastach i w 2012 r. wyniosło 10,7‰, wśród ludności miejskiej – 9,6‰. W Polsce w 2013 r. odnotowano ujemny przyrost naturalny ludności – przede wszystkim w wyniku mniejszej niż w poprzednim roku liczby urodzeń, przy jednoczesnym wzroście liczby zgonów. Liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o około 15 tys. osób. Współczynnik przyrostu naturalnego (liczony na 1000 ludności) wyniósł -0,4‰ (w 1990 r. wyniósł ponad 4‰). Współczynnik przyrostu naturalnego jest zdecydowanie wyższy na wsi, np. w 2012 r. kształtował się na poziomie 0,7‰, podczas gdy w miastach odnotowano ubytek naturalny na poziomie -0,4‰. Drugim elementem powodującym spadek liczby ludności w Polsce jest ujemne (w całym okresie powojennym) saldo migracji zagranicznych na pobyt stały, którego wielkość w 2013 r. szacuje się na około -22 tys. (w 2012 r. wyniosło -6,6 tys.)⁵.

W 2013 r. w województwie małopolskim zanotowano 34,3 tys. urodzeń żywych. Więcej dzieci urodziło się na wsi – 18,7 tys., tj. o ponad 20% więcej niż w miastach. W kraju, sytuacja była odwrotna, więcej urodzeń odnotowano w miastach (o 37,2%) niż na wsi. W 2013 r. w województwie małopolskim zmarło 30,3 tys. osób, tj. o 1,0% mniej niż przed rokiem. Od kilku lat systematycznie zmniejsza się liczba zgonów niemowląt. Pod koniec 2013 r. zarejestrowano 131 zgony niemowląt. W stosunku do 2012 r. ich liczba zmniejszyła się o 2,2%. W 2013 r. przyrost naturalny, określany rozumiany różnica liczby urodzeń do liczby zgonów, wyniósł 4,0 tys. osób. W porównaniu z 2012 r. był dodatni, ale niższy o 11%⁶.

W Krakowie, po okresie ujemnego przyrostu naturalnego, który trwał do roku 2007, pojawiła się niewielka tendencja wzrostowa. Wartość współczynnika przyrostu naturalnego, czyli stosunek liczby urodzeń do liczby zgonów w 2009 roku wynosiła 0,9 a w roku 2010: 1,0. Z kolei w 2011 r. zmniejszyła się do: 0,6 jednocześnie wciąż pozostając na poziomie dodatnim. Poniższa tabela (Tabela 1) prezentuje zmiany w liczbie urodzeń na przestrzeni lat 2005 – 2012 w województwie małopolskim oraz w Krakowie.

Tabela 1. Liczba żywych urodzeń w latach 2005 – 2012 w Małopolsce i w Krakowie.

Rok	2005	2010	2011	2012
Małopolska	32477	37049	35542	35117
Kraków	6436	7848	7417	7343

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Małopolskiego, Kraków 2013.

W Krakowie w latach 2005 – 2012 obserwowany był stopniowy wzrost liczby urodzeń, poza rokiem 2011, dla którego nastąpił niewielki spadek (pomiędzy rokiem 2010 a 2011 liczba urodzeń spadła o 431). W całym województwie w latach 2005 – 2010 następował powolny wzrost liczby urodzeń, jednak od roku 2011 liczba żywych urodzeń systematycznie spada (pomiędzy rokiem 2010 a 2011

⁵ Główny Urząd Statystyczny.

⁶ Stan i Ruch Naturalny Ludności w województwie małopolskim w 2013 r., GUS, Kraków 2014 r.

liczba urodzeń spadła o 1507). W 2013 r. liczba żywych urodzeń w Krakowie wynosiła 7372 (w porównaniu do 2012 r. liczba żywych urodzeń zmalała o 29)⁷.

Liczba ludności zamieszkująca dany obszar zależy również od wartości współczynnika urodzeń. Dużą rolę odgrywają tutaj ruchy migracyjne ludności, czyli imigracja oraz emigracja. Warto tutaj podkreślić, że dla Miasta Krakowa nie obserwuje się tzw. zjawiska wyludniania lecz zjawisko dodatniej migracji. W roku 2006 saldo migracji dla Miasta Krakowa wyniosło: „825”, w roku 2007: „358”, w roku 2008: „-62”, w roku 2009: „412”, w roku 2010: „416”, w roku 2011: „975”, a w 2012: „738”. Oznacza to, że w latach 2006 – 2012 (poza rokiem 2008) do Krakowa napływało więcej ludności niż jej ubywało.

W latach 2006 – 2013 liczba ludności w Krakowie zmieniała się skokowo. Lata 2006 – 2008 można uznać okres stabilny, po którym nastąpił niewielki spadek liczby mieszkańców z 756 744 (2008 r.) do 755 000 (2009 r.). W latach 2011 – 2013 nastąpił stopniowy wzrost liczby ludności z 755 000 (2009 r.) do 759 137 (2011 r.). W roku 2012 w porównaniu do roku 2011 odnotowano ponowny niewielki spadek liczby ludności z 759 137 do 758 300. Pomiędzy rokiem 2012 a 2013 zaobserwować można powolny wzrost liczby ludności z 758 300 (2011 r.) do 758 992 (2012 r.)

3.3. Umieralność

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe, które stanowią ponad 70% wszystkich zgonów. W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia od kilkunastu lat obserwuje się poprawę. W 2012 r. były one przyczyną ok. 46% wszystkich zgonów podczas gdy na początku lat 90. XX w. stanowiły ok. 52% ogółu. Wśród kobiet umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest wyższa, w 2012 r. ich udział w ogólnej liczbie zgonów kobiet wyniósł ponad 51% (w 2000 r. było to 53%, a w 1990 r. – 57%); wśród mężczyzn o ok. 10 pkt procentowych mniej, tj.: w 2012 r. - ok. 41%, w 2000 r. - 43% oraz 48% w 1990 r.

Niekorzystnym zjawiskiem jest wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań. W 1990 r. nowotwory złośliwe w Polsce były przyczyną prawie 19% zgonów, w 2000 r. stanowiły 23%, a w 2012 r. – prawie 25%. Choroby nowotworowe są częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn (stanowią 27% zgonów) niż wśród kobiet (ok. 24% zgonów).

W Polsce stopniowo zmniejsza się odsetek zgonów powodowanych urazami i zatruciami, które w 2012 r. stanowiły 6,2% wszystkich zgonów (wobec 7% w 2000 r. i 7,6% na początku lat 90-tych ubiegłego stulecia). W przypadku tej grupy przyczyn występuje duże zróżnicowanie umieralności według płci; wśród mężczyzn urazy i zatrucia stanowią prawie 9% przyczyn, a wśród kobiet tylko 3%.

Struktura umieralności według przyczyn jest zróżnicowana w zależności od wieku. Wśród osób poniżej 65 roku życia to nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną umieralności stanowiąc ponad 30% wszystkich zgonów w populacji osób poniżej 65 r.ż. w Polsce. Drugą istotną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia (ponad 27%) oraz urazy i zatrucia (blisko 15%). Sytuacja jest odmienna w przypadku zgonów osób w wieku 65 lat i więcej, gdyż ponad połowę wszystkich przyczyn zgonów w tej grupie wieku stanowią choroby układu krążenia, kolejne 22% zgonów to nowotwory złośliwe

⁷ Bank Danych Lokalnych

oraz choroby układu oddechowego - 6%, tj. prawie dwukrotnie więcej niż w grupie osób poniżej 65 lat⁸.

Dane GUS z 2012 r. wskazują, że w Małopolsce, podobnie jak w Polsce najczęstszą przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, które stanowią ponad 48% wszystkich zgonów. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe i stanowią blisko 26% i od kilku lat obserwowany jest stały ich wzrost.

Wskaźnik wieku środkowego osób zmarłych w 2012 r. w Krakowie na tle województwa małopolskiego i kraju (mediana wieku środkowego) przedstawia się następująco:

- Polska ogółem: 76,2 lat; mężczyźni: 70,32 lat; kobiety: 81,12 lat.
- Małopolska ogółem: 77,6 2 lat; mężczyźni: 72,62 lat; kobiety: 81,72 lat.
- Kraków ogółem: 78,2 2 lat; mężczyźni: 73,72 lat; kobiety: 81,52 lat⁹.

Z powyższego wynika, że przeciętny wiek osób zmarłych w Krakowie jest wyższy niż w Małopolsce oraz na tle kraju.

Liczby zgonów oraz współczynniki zgonów są zależne od wieku populacji. W populacjach starszych współczynniki zgonów są wyższe w porównaniu z populacjami młodszymi, nawet jeśli osoby w nich zamieszkujące nie różnią się stanem zdrowia. W celu wyeliminowania wpływu wieku na współczynnik umieralności i możliwości posłużenia się nim do oceny stanu zdrowia stosuje się standaryzowane do wieku współczynniki umieralności.

Standaryzowany współczynnik zgonów w 2012 r. wynosił odpowiednio: dla Polski 10.1/1000 os., dla Małopolski 9/1000 os., a dla Miasta Krakowa 9.5/1000 os. Współczynnik zgonów dla Miasta Krakowa był niższy niż współczynnik dla całego kraju, ale wyższy niż dla Małopolski.

W 2010 standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia dla mężczyzn w Małopolsce wynosił 412/100 tys., a dla kobiet: 239/100 tys. Wartość tego wskaźnika na poziomie ogólnokrajowym wynosiła następująco: dla kobiet: 259/100 tys., a dla mężczyzn: 439/100 tys. Wartość współczynnika dla Krakowa wynosiła odpowiednio: dla kobiet: 470/100 tys., a dla mężczyzn: 449/100 tys. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (ChUK) dla kobiet i mężczyzn najwyższe wartości miał w Krakowie, a wyższy był na poziomie województwa małopolskiego i całego kraju.

W 2010 standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów dla mężczyzn w Polsce wynosił: 280/100 tys., a dla kobiet 152/100 tys. Z kolei wartości tego wskaźnika na poziomie wojewódzkim przedstawiały się następująco: umieralność w grupie kobiet wynosiła 143/100 tys., a w grupie mężczyzn 264/100 tys. Wartość współczynnika dla Krakowa wynosiła odpowiednio: dla kobiet: 235/100 tys., a dla mężczyzn: 304/100 tys.¹⁰. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów, zarówno w grupie kobiet i mężczyzn najwyższe wartości miał w Krakowie, i był wyższy na poziomie województwa małopolskiego i całego kraju.

⁸ Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku, GUS 2014 r.

⁹ Rocznik Demograficzny, Warszawa 2012 r.

¹⁰ Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012 r.

3.4. Choroby przewlekłe

Z danych GUS wynika, że długotrwałe problemy zdrowotne częściej dotyczą mieszkańców miast niż wsi. Występowanie chorób przewlekłych częściej stwierdzane jest u kobiet niż u mężczyzn. Występowanie chorób przewlekłych stwierdzono w 2004 r. u 53% ludności Polski, a w 2009r. u 55% populacji. Częstość ich występowania wzrastała wraz z wiekiem, a po 50. roku życia następował ich znaczący wzrost.

W Polsce w 2009 r. najczęściej stwierdzonymi chorobami przewlekłymi w poszczególnych grupach wiekowych były:

- 15–29 lat: astma, alergia, bóle głowy i bóle pleców,
- 30–39 lat: j.w. oraz nadciśnienie tętnicze,
- po 40 roku życia: nadciśnienie tętnicze, choroby kości i stawów, bóle pleców, choroba wrzodowa,
- po 60 r. życia: choroby układu krążenia oraz schorzenia stawów¹¹.

Szacuje się, że około 80% osób starszych cierpi przynajmniej na jedną chorobę przewlekłą czy skutki przebytych wypadków lub urazów, które u co drugiej z nich prowadzą do trwałego upośledzenia sprawności. Do grupy chorób zależnych od wieku i procesu starzenia się zalicza się: otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu, udary i stany poudarowe, naczyniowe powikłania miażdżycy, nowotwory, upadki i następne złamania kości, choroba zwyrodnieniowa stawów z osteoporozą, depresja, niewydolność serca.

Poważnym problemem od kilku lat jest zauważalny stały wzrost liczb osób chorych psychicznie, zwłaszcza na depresję. Choroba ta stanowi około 5% wszystkich zaburzeń psychicznych i dotyczy właściwie już wszystkich grup społecznych - młodzieży, osób pracujących, bezrobotnych oraz osób starszych. W Małopolsce z liczbą mieszkańców blisko 3,4 mln, liczba osób chorujących na różne formy depresji zawiera się w przedziale 330 – 660 tysięcy, jednak osób zagrożonych rozwojem depresji może być drugie tyle¹².

3.5. Przeciętne trwanie życia

Przeciętne trwanie życia (oczekiwana długość życia) to liczba lat, którą może przeżyć urodzony w danym roku noworodek pod warunkiem, że przez całe jego życie nie zmienią się współczynniki umieralności, tylko pozostaną na takim poziomie jak w roku jego urodzenia. Jest to zatem sztuczny wskaźnik (bowiem współczynniki umieralności się zmieniają – np. obecnie w Polsce obserwujemy się obniżanie się umieralności ogólnej i najpewniej osoby urodzone w 2011 roku będą żyły dłużej niż wyliczony wskaźnik), natomiast daje możliwość zbiorczego porównania współczynników umieralności za pomocą jednej wartości, porównania różnych populacji w danym roku lub jednej populacji przez kolejne lata.

Opracowanie zlecone przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego¹³ przedstawia analizę przeciętnego (oczekiwanego) trwania życia. W latach 2007-2011 obserwowany był pozytywny trend w tym

¹¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011 r.

¹² Profilaktyka depresji i rozpowszechnianie postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego. Program edukacyjny dla mieszkańców województwa małopolskiego, Kraków 2013 r.

¹³ Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym, Polska 2012, Warszawa 2012 r.

zakresie: we wszystkich województwach zaobserwowano wzrost przeciętnego trwania życia noworodka (Tabela 2). W województwie małopolskim w 2007 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 72, 5 lat, a dla kobiet 80,7 lat. Z kolei, w roku 2011 w województwie małopolskim wskaźnik długości życia wynosił 73,9 lat dla mężczyzn oraz 81,7 lat dla kobiet.

Przeciętne trwanie życia ludności w Polsce systematycznie wzrasta od 1991 roku, przy czym wzrost ten uległ spowolnieniu po 2002 r. W 2007 r. przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 71 lat, a dla kobiet prawie 81 lat. W 2011 r. przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 72, 4 lat, a dla kobiet 80,9 lat.

Tabela 2. Przeciętne trwanie życia w Polsce, woj. Małopolskim i w Krakowie.

Jednostka terytorialna	Mężczyźni					Kobiety					
	Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Polska		71,0	71,3	71,5	72,1	72,4	79,7	80,0	80,1	80,6	80,9
woj. 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

W Krakowie od 2007 do 2011 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wzrosło z 73,5 do 75, 6 lat, a dla kobiet z 80,6 do 81, 9 lat. Przeciętna długość trwania życia zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn jest wyższa w Krakowie w porównaniu do wartości wskaźnika na poziomie całego województwa oraz kraju. Powyżej scharakteryzowany został współczynnik przeciętnego dalszego trwania życia obliczony dla noworodków. Jednak współczynnik ten można być obliczony także dla określonego wieku. Współczynnik dalszego trwania życia obliczany dla osób starszych pozwala prognozować dalszą długość życia seniorów.

Zgodnie z opracowaniem Ministerstwa Rozwoju Regionalnego¹⁴ istnieje możliwość porównywania stanu zdrowia w skali międzynarodowej na podstawie wskaźnika średniego trwania życia (bez uwzględniania niepełnosprawności). Danych na ten temat dostarcza Tabela 2, która obrazuje przeciętne trwanie życia dla kobiet i mężczyzn w latach 2007-2011 dla przedziału wiekowego 65 lat w odniesieniu do Polski, Małopolski i Miasta Krakowa. W latach 2007 – 2010 przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat charakteryzowało się systematycznym wzrostem, zarówno w mieście Krakowie, województwie małopolskim oraz w całym kraju (Tabela 3).

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w latach 2007-2011.

Jednostka terytorialna	Mężczyźni					Kobiety				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Polska	14,6	14,7	14,7	15,1	15,3	18,9	19,0	19,1	19,4	19,7
Małopolskie	15,0	15,2	15,4	15,7	15,8	19,2	19,4	19,6	19,7	20,0
m. Kraków	15,8	15,9	16,0	16,3	16,7	19,2	19,6	19,9	19,9	20,4

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

¹⁴ Przemiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa: konsekwencje dla lokalnych rynków pracy w Polsce, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, styczeń 2013 r.

Przeciętne dalsze trwanie życia pomiędzy rokiem 2007 a 2010 na poziomie ogólnokrajowym dla mężczyzn w wieku 65 lat wzrosło z 14,6 do 15,3 lat, a dla kobiet z 18,9 do 19,7 lat. Na poziomie wojewódzkim także odnotowano systematyczny wzrost tego wskaźnika w analizowanym okresie czasu: dla mężczyzn wzrost z 15,0 do 15,8 lat, a dla kobiet z 19,2 do 20,0 lat. W samym mieście Krakowie przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło dla kobiet z 19,2 do 20,4 lat, a dla mężczyzn z 15,8 do 16,7 lat (Tabela 3).

3.6. Struktura wiekowa ludności

Jak już wspomniano w ostatnich lat sytuacja demograficzna w Polsce uległa znacznym przemianom. Obserwuje się w tym kontekście następujące zjawiska:

- spadek liczby urodzeń,
- wzrost długości życia (starzenie się społeczeństwa),
- wzrost emigracji

Skutkiem tych procesów jest zmiana struktury ludności (przy jednoczesnym spadku jej liczebności). Rezultatem przemian w procesach demograficznych, a przede wszystkim trwającej od początku lat 90-tych głębokiej depresji urodzeniowej są zmiany w liczbie i strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku. Nastąpiło znaczne zmniejszenie się liczby i odsetka dzieci i młodzieży przy jednoczesnym wzroście liczby osób starszych. Szacuje się, że w Polsce w 2035 r. udział obywateli w wieku 65+ w ogólnej liczbie ludności wynosił będzie aż 23,2%, a dla województwa małopolskiego odsetek seniorów osiągnie wartość 22,1%. W porównaniu do 1991r. odsetek osób powyżej 65 roku życia, zarówno na poziomie wojewódzkim jak i krajowym wzrośnie aż dwukrotnie do roku 2035 (Tabela 4).

Tabela 4. Udział obywateli w wieku 65+ w latach 1991 – 2035 w Polsce oraz woj. małopolskim.

Jednostka terytorialna	1991	1995	2000	2005	2010	2035
Województwo małopolskie	10,4	11,0	12,2	13,2	13,6	22,1
Polska	10,2	10,9	12,1	13,1	13,5	23,2

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Wiek poprodukcyjny to wiek, w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową, tj. dla mężczyzn - 65 lat i więcej, dla kobiet - 60 lat i więcej, natomiast wiek przedprodukcyjny to wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat¹⁵.

W Polsce w latach 1980 - 2007 nastąpił wzrost osób w grupie wieku poprodukcyjnym z 11,4% (1980 r.) do 18% (2007 r.), przy jednoczesnym spadku osób w grupie wieku przedprodukcyjnym (z 23,4% w 1980 r. do 15,7% w 2007 r.).

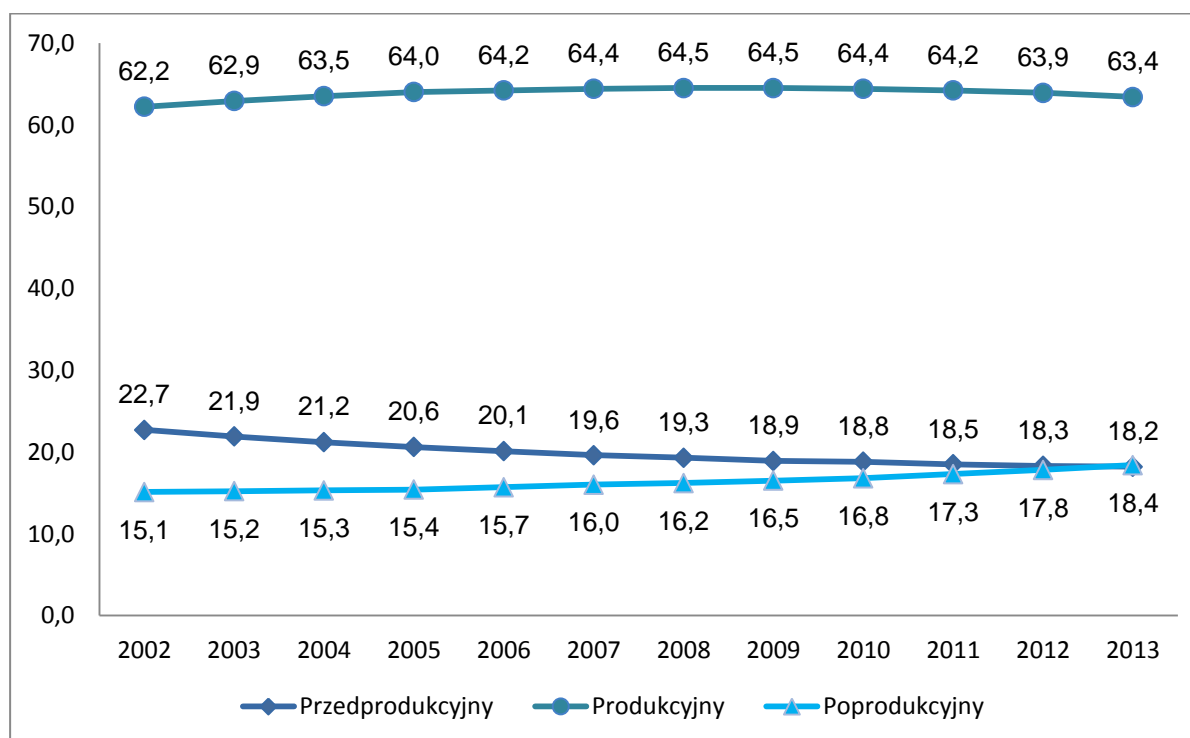
Z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w Polsce w latach 2015–2035 największy spadek liczby ludności będzie miał miejsce w grupie wiekowej 0 - 44 lat. Podobne tendencje można zaobserwować w prognozach OECD. W związku z tym, osoby aktywne zawodowo będą w najbliższej przyszłości stanowić grupę mniej liczną i bardziej zaawansowaną wiekowo. Sytuacja ta spowoduje

¹⁵ Główny Urząd Statystyczny.

znaczące zmiany na rynku pracy – wzrosła liczba starszych pracowników, a zmniejszyła się liczba osób, które dopiero wchodzi na rynek pracy. W najbliższej przyszłości spadek liczby ludności będzie przebiegał jeszcze szybciej. Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego¹⁶ szacuje, że w ciągu następnych 15 lat (do roku 2025), z rynku pracy w Polsce zniknie prawie 3 miliony osób. Dostępne prognozy GUS, wskazują, że do 2035 r. całkowita liczba ludności zmniejszy się o 2 miliony osób.

W Polsce, w latach 2002 – 2013 odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 15,1% do 18,4%. Jednocześnie w analizowanym okresie czasu nastąpił znaczący spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym: z 22,7% w 2002 roku do 18,2% w 2013 roku. W roku 2013 odsetek osób w wieku poprodukcyjnym przekroczył o 0,2% odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym. Odsetek osób w wieku produkcyjnym charakteryzował się tendencją wzrostową w latach 2002 – 2009, kiedy to nastąpił wzrost z 62,2% do 64,5%. W latach 2009 – 2013 odsetek osób w wieku produkcyjnym zmalał z 64,5% do 63,4% (Wykres 1).

Wykres 1. Udział ludności wg ekonomicznych grup wieku w % ludności ogółem w Polsce w latach 2002 – 2013.



Źródło: Bank Danych Lokalnych

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego z Polski do tej pory wyemigrowało prawie 2 miliony osób¹⁷. Dla niektórych lokalnych rynków pracy takie trendy mogą powodować poważne konsekwencje, m.in. zjawisko depopulacji, znaczny niedobór liczby wykwalifikowanej siły roboczej czy problemy związane z niedopasowaniem umiejętności pracowników do oczekiwań pracodawców.

Prognozy GUS wskazują, że proces starzenia się społeczeństwa utrzyma się, a w przyszłości nawet przybierze na sile, co spowoduje:

¹⁶ Narodowy Spis Powszechny, 2011 r.

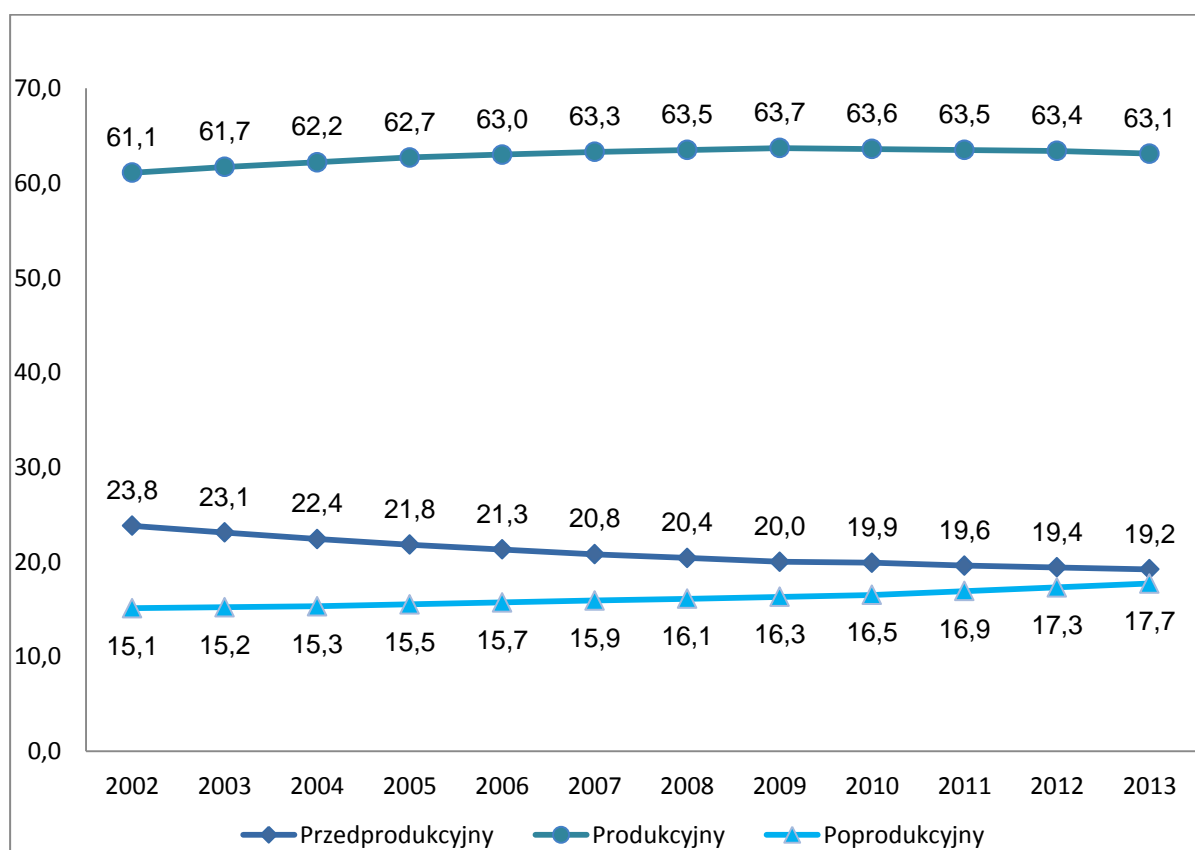
¹⁷ Główny Urząd Statystyczny, 2012 r.

- spadek udziału osób młodych w liczbie ludności ogółem (w wieku przedprodukcyjnym),
- wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym,
- wzrost udziału osób w wieku 44–64 lat.

Chociaż proces starzenia się społeczeństwa już się w Polsce rozpoczął, należy podkreślić, że społeczeństwo polskie nadal jest stosunkowo młode. Z danych Eurostatu za 2011 r. wynika, że w Polsce udział osób po 65. roku życia w ogólnej liczbie ludności należy do najniższych w Unii Europejskiej i kształtuje się znacznie poniżej średniej dla UE-27. Średni wiek mieszkańca Polski jest również niższy niż średni wiek mieszkańca Unii Europejskiej.

Według informacji Departamentu Badań Demograficznych Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Polski będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035¹⁸. 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%.

Wykres 2. Udział ludności wg ekonomicznych grup wieku w % ludności ogółem w Małopolsce w latach 2002 – 2013.



Źródło: Bank Danych Lokalnych

W Małopolsce w latach 2002 – 2013 odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 15,1% do 17,7%. Jednocześnie w analizowanym okresie czasu nastąpił znaczący spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym z 23,8% w 2002 roku do 19,2% w 2013 roku.

¹⁸ Prognoza ludności na lata 2008-2035, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa 2009 r.

W roku 2013 odsetek osób w wieku poprodukcyjnym przekroczył o 1,5% odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym. Odsetek osób w wieku produkcyjnym charakteryzował się tendencją wzrostową w latach 2002 – 2009, kiedy to nastąpił wzrost z 61,1% do 63,7%. W latach 2009 – 2016 odsetek osób w wieku produkcyjnym zmalał z 63,7% do 63,1% (Wykres 2).

Zmiany w strukturze ludności znajdują odzwierciedlenie we współczynniku obciążenia demograficznego, który określa liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym. W 2013 r. w województwie małopolskim, podobnie jak w kraju, wskaźnik wynosił - 58 osób.

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 % populacji¹⁹.

Analiza prognozy struktury wiekowej mieszkańców Krakowa powyżej 65 roku życia w perspektywie najbliższych 20 lat wskazuje wzrost liczby ludności w tym wieku (Tabela 5).

Tabela 5. Prognoza liczby ludności Krakowa powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035.

Przedział wiekowy	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	44 426	49 586	45 637	37 022	38 750
70-74	28 851	40 130	45 193	41 978	34 396
75-79	24 439	24 401	34 416	39 189	36 783
80-84	18 999	18 334	18 689	26 840	31 013
85 i więcej	15 500	17 806	18 636	19 601	25 826
Razem	132 215	150257	162 571	164 630	166 768

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, 2011.

Na podstawie prognoz zawartych w powyższej tabeli (Tabela 5) można zauważyć, że w latach 2015 – 2035 wśród mieszkańców Krakowa nastąpi znaczący spadek liczby osób w wieku 65 – 69 (spadek z 44 426 do 38 750). W analizowanym okresie czasu prognozowany jest także wzrost liczby ludności w wieku:

- 1) 70 – 74 z wartości 28 851 (2015 r.) na 34 396 (2035 r.),
- 2) 75 – 79 z wartości 24 439 (2015 r.) na 36 783 (2035 r.),
- 3) 80 - 84 z wartości 18 999 (2015 r.) na 31 013 (2035 r.),
- 4) 85 i więcej z wartości 18 999 (2015 r.) na 31 013 (2035 r.).

Największy wzrost w 20 letniej perspektywie zauważa się w przedziale wiekowym 75-79 tj. o 12 344, następnie 80-84 lata tj. o 12 014 osób. Spadek natomiast jest przewidywany w przedziale wiekowym 65-69 tj. o 5676 osób. Wydłużenie życia oraz zauważalny wzrost liczby osób w wieku powyżej 70 roku życia w perspektywie roku 2035 nasuwa refleksje dotyczącą przygotowania

¹⁹ Urząd Statystyczny w Krakowie, Warunki życia ludności w województwie małopolskim w latach 2007-2011, Kraków 2012 r.

społeczności lokalnej zarówno pod względem medycznym, opiekuńczym jak i gospodarczym na takie zmiany demograficzne.

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

3.7. Niepełnosprawność osób starszych

Najbardziej kompleksowych i aktualnych danych dotyczących osób niepełnosprawnych dostarcza Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, który odbył się w 2011 roku. Liczba Polaków posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wynosiła 3 mln 132 tysiące, a łącznie z osobami niepełnosprawnymi biologicznie – 4 mln 697,5 tysiąca. W porównaniu do 2002 r., w którym liczba osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wynosiła 4,5 miliona i na przestrzeni 10 lat spadła o blisko 30%. Według danych GUS w województwie małopolskim w 2011 r. liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 589,1 tys., co stanowiło 18,2% ogółu ludności Małopolski. Oznacza to, że prawie, co piąty mieszkaniec Małopolski jest osobą niepełnosprawną. Na terenie Gminy Miejskiej Kraków, jak wynika z danych z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, mieszka 144,9 tys. osób niepełnosprawnych, co stanowi blisko 19% ogółu mieszkańców miasta.

Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności w grupie osób dorosłych w Polsce stanowią: uszkodzenia i choroby narządu ruchu (kobiety – 59%, mężczyźni – 51%), schorzenia układu krążenia (kobiety – 52%, mężczyźni – 47%), schorzenia neurologiczne (kobiety – 33%, mężczyźni – 33%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (kobiety – 30%, mężczyźni – 25%), uszkodzenia i choroby narządu słuchu (kobiety – 14%, mężczyźni – 14%), schorzenia psychiczne (kobiety – 10%, mężczyźni – 10%) oraz upośledzenie umysłowe (kobiety – 3%, mężczyźni – 5%)²⁰.

Zgodnie z danymi Powiatowego Zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności w Krakowie w 2013 roku dla osób powyżej 60 roku życia wydano 3541 orzeczeń o stopniu niepełnosprawności z czego największa liczba tj. 1442 wydana była z uwagi na upośledzenie narządu ruchu, 838 z powodu choroby układów oddechowego i krążenia, 548 z powodu chorób neurologicznych.

Jak zauważa dr hab. n.med. Barbara Gryglewska, w oparciu o dane zawarte w opracowaniu „O sytuacji ludzi starszych”²¹ zawierające podsumowanie badań epidemiologicznych starszej populacji Polski, można stwierdzić, że w Polsce w miarę upływu lat pogarsza się znacząco sprawność narządu ruchu oraz narządów wzroku i słuchu osób starszych. Upośledzenie funkcji narządu wzroku zgłasza 40% dorosłych Polaków. Upośledzenie funkcji narządu słuchu zgłaszało 4% ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70. roku życia, a tylko 1,7% osób stosuje korekcję aparatem słuchowym. Upośledzenie sprawności narządu ruchu powoduje utrudnienie w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Kłopoty z samodzielnym wyjściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro) zgłaszała co 12-ta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia. Znaczny odsetek osób starszych nie jest w stanie samodzielnie wykonywać zakupów, samodzielnie się umyć, ubrać, zjeść posiłku. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób. Dla takich osób konieczne jest oczywiście zapewnienie opieki, ale także rehabilitacji w warunkach domowych, celem poprawy samodzielności. Wśród schorzeń przewlekłych

²⁰ *Sytuacja Zdrowotna ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011.

²¹ *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hrynkiewicz, wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

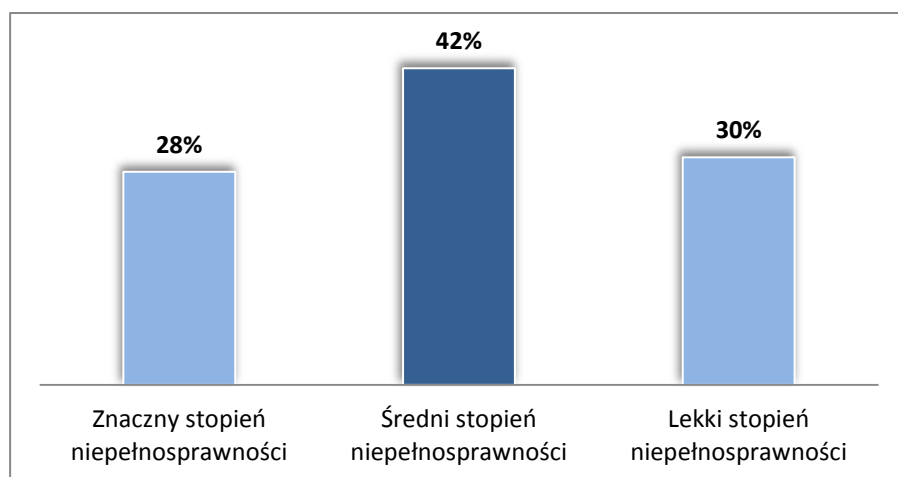
w wieku starszym dominują schorzenia układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne, takie jak: zaburzenia równowagi z upadkiem, niedożywienie, nietrzymanie moczu, czy zaburzenia pamięci.

Województwo małopolskie plasuje się na 4-tej pozycji pod względem liczby osób niepełnosprawnych. W 2009 r. najwyższy odsetek osób niepełnosprawnych występował w województwach: lubelskim (16,3%), kujawsko – pomorskim (16,1%), lubuskim (16,1%) oraz małopolskim (15,8%). Województwa o najniższym odsetku osób z prawnym orzeczeniem o niepełnosprawności to: świętokrzyskie (12%), warmińsko – mazurskie (12,4%), podlaskie (12,4%) oraz mazowieckie (12,4%)²². W Małopolsce, wśród ludności zamieszkującej miasta, niepełnosprawni stanowili 13,2% wszystkich mieszkańców miast, a w przypadku ludności wiejskiej, osób niepełnosprawnych było mniej i stanowili oni 10,5% ogółu mieszkańców małopolskich wsi. Uwzględniając płeć osób niepełnosprawnych, więcej było niepełnosprawnych kobiet 55,1% niż niepełnosprawnych mężczyzn 44,9%.

Wśród populacji osób niepełnosprawnych prawnie w województwie małopolskim dominują osoby z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 42% populacji osób niepełnosprawnych (Wykres 3). Wynik ten nie odbiega od średniej krajowej wynoszącej 38%. Odsetek osób ze znacznym i lekkim stopniem niepełnosprawności nie odbiega znacząco od średnich krajowych. Według BAEL wśród osób niepełnosprawnych, osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności stanowią 30% niepełnosprawnych, a znaczny stopień niepełnosprawności dotyczy 28%. W grupie osób niepełnosprawnych dominują osoby ze średnim stopniem niepełnosprawności – 42% wszystkich niepełnosprawnych.

Zmianę struktury osób niepełnosprawnych według stopnia niepełnosprawności można zaobserwować porównując dane dotyczące udziału osób o określonych stopniach niepełnosprawności w populacji osób niepełnosprawnych prawnie ogółem w latach 2002 - 2013. I tak, według BAEL udział osób niepełnosprawnych ze znacznym stopniem niepełnosprawności w 2002 roku wynosił 21,1%, z umiarkowanym – 35,1%, z lekkim – 42,7%. Natomiast w 2013 roku odsetki te wynosiły odpowiednio: 28%, 42% i 30%.

Wykres 3. Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce z podziałem według stopnia niepełnosprawności w 2013 r.



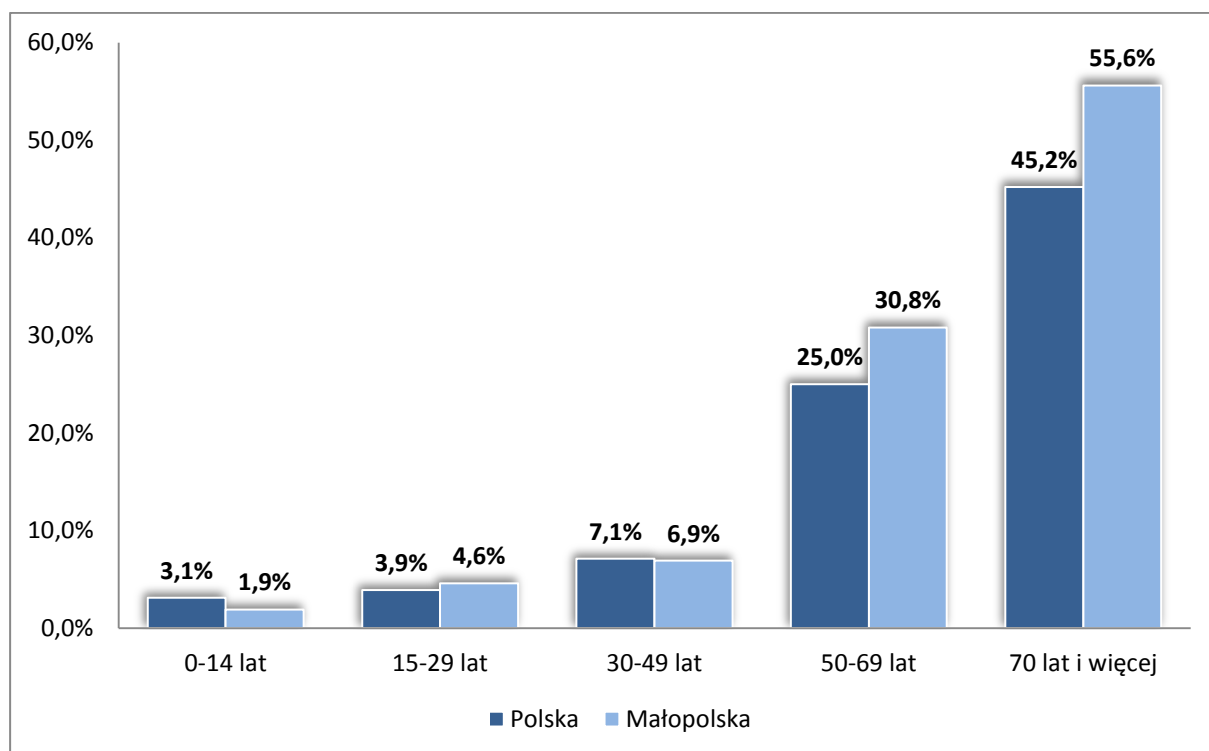
Źródło: *Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, 2013.*

²² Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., GUS 2011 r.

Analizując populację osób niepełnosprawnych warto także zwrócić uwagę na odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych (Wykres 4). Zarówno na poziomie ogólnokrajowym jak i w województwie małopolskim w 2009 r. najniższy odsetek osób niepełnosprawnych występował w grupie osób w wieku 0 – 14 lat, odpowiednio dla Polski: 3,1%, dla Małopolski: 1,9%. W kolejnej grupie wiekowej tj. 15 – 29 lat udział osób niepełnosprawnych w populacji mieszkańców Małopolski wynosił 4,6%, a na poziomie ogólnokrajowym 3,9%. W grupie osób w przedziale wiekowym 30 – 49 lat nie występują zbyt duże różnice pomiędzy odsetkiem osób niepełnosprawnych na poziomie krajowym i wojewódzkim: Polska – 6,9%, województwo małopolskie – 7,1%. Wśród osób w wieku 50 – 69 lat zdecydowanie więcej odsetek osób niepełnosprawnych jest wyższy w Małopolsce – 30,8% niż na poziomie krajowym – 25,0%.

Jeszcze większa różnica w odsetku osób niepełnosprawnych pomiędzy poziomem ogólnokrajowym, a wojewódzkim występuje w grupie osób powyżej 75 roku życia i wynosi blisko 10%: odsetek osób niepełnosprawnych w Małopolsce wynosi 55,6%, a w Polsce 45,2%. Analizując poniższy wykres zauważyć można tendencję, zgodnie z którą odsetek osób niepełnosprawnych wzrasta wraz z wiekiem.

Wykres 4. Częstość występowania niepełnosprawności w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce oraz Małopolsce w 2009 r.



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011.

Niepokojącym faktem jest, że w grupie osób powyżej 75 roku życia osoby niepełnosprawne stanowią blisko połowę populacji. Wskaźnikiem, który umożliwia porównanie natężenia niepełnosprawności na różnych poziomach analizy jest współczynnik określający liczbę osób niepełnosprawnych przypadających na 1000 mieszkańców. W 2002 roku wartość tego współczynnika wynosiła odpowiednio: dla Polski:143/1000, dla Małopolski: 182/1000, a dla Krakowa: 191/1000²³. Oznacza to,

²³ Narodowy Spis Powszechny, 2002 r.

że miasto Kraków w odniesieniu do poziomu województwa oraz kraju charakteryzuje się największym udziałem osób niepełnosprawnych w ogólnej populacji mieszkańców.

3.8. Wysokość świadczeń emerytalno-rentowych osób starszych

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na poziomie całego kraju najwyższy odsetek, bo aż 12,2% emerytów, którym emerytura wypłaca ZUS, pobiera świadczenia w wysokości 1400,00 – 1600,00zł. Wraz ze wzrostem wysokości świadczenia maleje liczba świadczeniobiorców.

W Polsce, w strukturze wysokości emerytur zdecydowanie większy odsetek kobiet pobiera „niskie” (o rozpiętości od 550,00 zł do 1 800,00 zł) świadczenia. W przedziale od 1 800,01 zł do 2 000, 00 zł następuje odwrócenie tendencji, tzn. począwszy od tego przedziału wysokości emerytury i w każdym następnym przedziale, zwiększa się zdecydowanie odsetek mężczyzn. Najczęściej występującą w badanym rozkładzie wysokości emerytur pobieraną przez największą liczbę świadczeniobiorców, tj. przez 307,1 tys. osób, była emerytura w wysokości 1 513,06 zł. Dominującą wysokością emerytury w populacji mężczyzn było 1 945,97 zł pobierane przez 109,2 tys. mężczyzn. W populacji kobiet dominowała wysokość emerytury równa 1401,90 zł pobierana przez 232,9 tys. kobiet.

Jak wynika z analizy kwartyli, 25% świadczeniobiorców (pierwszy kwartyl Q1) pobierało emeryturę w wysokości do 1341,22 zł, połowa otrzymywała emeryturę w wysokości do 1755,81 zł, 75% świadczeniobiorców (trzeci kwartyl Q3) otrzymywała emeryturę w wysokości do 2 339,86 zł, natomiast emeryturę w wysokości powyżej 2339,86 zł pobierało 25% świadczeniobiorców.

W populacji mężczyzn wynosiła odpowiednio 25% mężczyzn pobierało emeryturę w wysokości do 1 716,74 zł, połowa otrzymywała emeryturę w wysokości do 2189,82 zł, 75% mężczyzn (trzeci kwartyl Q3) otrzymywała emeryturę w wysokości do 2904,57 zł, natomiast emeryturę powyżej 2904,57 zł otrzymywała 25% mężczyzn.

Natomiast dla populacji kobiet miary te kształtowały się następująco: 25% kobiet (pierwszy kwartyl Q1) pobierało emeryturę w wysokości do 1 201,66 zł, połowa otrzymywała emeryturę w wysokości do 1 526,07 zł, 75% kobiet (trzeci kwartyl Q3) otrzymywała emeryturę w wysokości do 1 937,76 zł, natomiast 25% powyżej 1 937,76 zł²⁴.

Analizując powyższe informacje należy domniemywać, że osoby pobierające niskie świadczenia emerytalne, korzystają ze świadczeń zdrowotnych tylko w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oczekując niejednokrotnie w długich kolejkach na badania diagnostyczne, co może powodować pogarszanie ich stanu zdrowia.

Poniższa tabela (Tabela 6) przedstawia przedział wysokości uposażeń emerytalno-rentowych na przykładzie pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie przy ul. Wielickiej 267. Największa grupa pacjentów, która stanowi 70% wszystkich pacjentów (tj.355) pobiera świadczenia w wysokości od 713-1572 zł. Następną grupę stanowią pacjenci pobierający świadczenie w wysokości 713 zł i mniej – grupa ta stanowi 13% wszystkich pacjentów Zakładu. Świadczenia w przedziale 1573-2002 zł. pobiera blisko 11% pacjentów. Mając powyższe dane na uwadze można zauważyć, że pokrywają się one częściowo z danymi ogólnopolskimi ZUS. Wartość wypłacanych świadczeń z ubezpieczenia społecznego może wskazywać, że większość osób starszych

²⁴ *Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS, Warszawa 2014 r.*

posiadających prawo do zabezpieczenia emerytalno-rentowego nie jest w stanie samodzielnie egzystować i utrzymywać swoje gospodarstwa domowe.

Tabela 6. Wysokości uposażeń emerytalno-rentowych na przykładzie pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie przy ul. Wielickiej.

L. p	Świadczenia emerytalno-	Liczba pacjentów ZOL	%
1	do 713 zł.	64	12,6
2	od 713-1142 zł.	209	41,3
3	od 1143-1572 zł.	146	28,9
4	od 1573-2002 zł.	54	10,7
5	od 2003-2432 zł.	26	5,1
6	od 2432-2861 zł.	5	1,0
7	powyżej 2862 zł.	2	0,4
	Ogółem	506	100

Źródło: Zakład Opiekuńczo-Leczniczny, ul. Wielicka 267 w Krakowie

4. Obowiązujące rozwiązania organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej w Krakowie skierowanej do osób starszych i osób przewlekle chorych

Opieka nad osobami starszymi realizowana jest obecnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Opiekę domową w systemie opieki zdrowotnej sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowe na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarskie oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej.

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjentowi przysługuje następujący zakres świadczeń w opiece długoterminowej:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- opieka paliatywna i hospicyjna,
- pielęgniarska opieka długoterminowa,
- domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

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

Z prognozowanej liczby absolwentów tylko nieznaczna część pielęgniarek wejdzie do systemu ochrony zdrowia. Średnia z ostatnich 10 lat wykazała, iż rocznie 1.814 pielęgniarek zgłasza się do okręgowej izby pielęgniarek i położnych po zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu i podejmuje pracę w zawodzie.

Szacuje się, iż w latach 2010 – 2020, blisko 80.814 pielęgniarek prawdopodobnie przejdzie na emeryturę, a tylko 19.954 pielęgniarek podejmie pracę w zawodzie, co oznacza, że w 2020 roku w systemie ochrony zdrowia będzie brakowało blisko 60.860 pielęgniarek. Od 2010 roku obserwowany jest systematyczny niedobór pielęgniarek, gdyż liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie tylko nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, ale stanowi tylko nieznaczny jej procent: od 46,26% - w roku 2010 do 18,61% w roku 2020.

4.1. Świadczenia szpitalne

Na terenie Miasta Krakowa poniższe podmioty lecznicze posiadają oddziały geriatryczne:

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

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

4.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Na terenie m. Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatrii świadczenia udzielane są przez 5 podmiotów:

- Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Śniadeckich 10,31-531 Kraków),
- Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie (ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków),
- Przychodnia "SANA-MED" (os. Dywizjonu 303 2, 31-871 Kraków),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pro vita et spe" (ul. Dietla 64,31-039 Kraków),
- Centrum Medyczne "MED-ALL" (ul. Budziszewska 1, 31-619 Kraków).

Jak zauważa dr hab. n.med. Barbara Gryglewska, pomimo iż w ostatnim czasie nastąpił wzrost finansowania świadczeń specjalistycznych w zakresie geriatrii to jednak są to wciąż najslabiej finansowane poradnie spośród wszystkich porad specjalistycznych.

4.3. Opieka nad pacjentem w domu

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

W przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi można zgłosić telefonicznie potrzebę wizyty domowej u chorego w godzinach pracy przychodni (od 8.00 do 18.00). W nagłych sytuacjach chory może uzyskać pomoc oraz poradę lekarską w ramach tzw. opieki całodobowej. Każda przychodnia powinna umieścić w sposób widocznym informację o miejscu świadczonej opieki całodobowej - wraz z adresem i numerem telefonu.

Może zdarzyć się, że podczas wizyty domowej lekarz stwierdzi, iż ze względu na pogorszenie stanu zdrowia konieczne jest przewiezienie chorego do szpitala, Pacjent może w takiej sytuacji liczyć na transport do najbliższego szpitala. W każdym przypadku zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia każdy ma prawo również wezwać Zespół Ratownictwa Medycznego.

Częstotliwość wizyt osób udzielających świadczeń, wchodzących w skład długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie uzależniona jest od sposobu i czasu trwania wentylacji domowej.

Zakontraktowana w roku 2014 liczba pacjentów w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie pozwala na objęcie w ciągu roku 212 pacjentów, natomiast w zakresie dla dzieci – 23 pacjentów

4.3.1. Pielęgniarska Opieka Domowa

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

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

Pielęgniarka rodzinna pomaga osobie obłożnie i przewlekle chorej tak długo, jak długo wymaga tego jej stan. Jeśli jednak chory potrzebuje na okres dłuższy niż 2 tygodnie dożylniej kroplówki, cewnikowania, zabiegów w przypadku stomii, przetoki; karmienia przez zgłębnik, płukania pęcherza moczowego bądź pielęgnacji ze względu na rurkę tracheotomiczną warto wówczas skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej. W uzyskaniu takiej opieki pomoże pielęgniarka POZ

opiekująca się chorym, potrzebne będzie również skierowanie wystawione przez lekarza np. podstawowej opieki zdrowotnej.

4.4. Rehabilitacja

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

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

Pacjent jest zobowiązany do posiadania aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie. Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych obejmuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w poradni rehabilitacyjnej, zakładzie fizjoterapii lub w domu pacjenta. Każda placówka udzielająca świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych. Do poradni rehabilitacyjnej pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza obejmuje:

- 1) poradę rehabilitacyjną lekarską, tj.:
 - badanie lekarskie,
 - badanie czynnościowe narządu ruchu,
 - zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawniania leczniczego),
 - końcową ocenę procesu usprawniania,
 - wypisanie skierowań na konsultacje i badania dodatkowe,
 - wystawianie zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- 2) poradę fizjoterapeutyczną specjalisty fizjoterapii, tj.:
 - badanie czynnościowe narządu ruchu,
 - zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego – ustalenie (na podstawie przeprowadzonych badań czynnościowych narządu ruchu) szczegółowego programu usprawniania leczniczego zgodnego ze stanem zdrowotnym pacjenta,
 - końcową ocenę procesu usprawniania.
- 3) zabiegi fizjoterapeutyczne.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz wystawiając skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wskazuje przyczynę kierowania na rehabilitację oraz określa rodzaj zlecanych zabiegów, ich liczbę, parametry i okolicę ciała.

Pacjenci skierowani na zabiegi fizjoterapeutyczne mogą skorzystać maksymalnie z 5 zabiegów dziennie oraz 20 zabiegów w kriokomorze w ciągu roku kalendarzowego. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane w gabinecie/zakładzie rehabilitacji/fizjoterapii w terminie 30 dni od daty wystawienia.

4.4.1. Rehabilitacja domowa

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

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

W uzyskaniu tego typu opieki pomoże lekarz, który wyda skierowanie do poradni rehabilitacyjnej. Po otrzymaniu takiego skierowania należy zgłosić się do placówki mającej umowę z NFZ (każda poradnia rehabilitacyjna mająca kontrakt ma obowiązek świadczyć opiekę domową) i ustalić w wybranej placówce termin wizyty lekarskiej w domu.

4.4.2. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach dziennego ośrodka rehabilitacji

Świadczenia tego typu dedykowane są pacjentom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają intensywnej rehabilitacji i nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego. W ramach osobodnia wykonywane są: kompleksowa fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące: porady lekarskie, świadczenia z neuropsychologii, logopedii, psychoterapii, indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia, zajęcia grupowe. Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi od 15 do 30 dni zabiegowych, średnio po pięć zabiegów dziennie i obejmuje indywidualnie dobrany program usprawniania.

Czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Obowiązujące akty prawne, nie wprowadzają ograniczenia co do liczby turnusów w trakcie roku oraz częstotliwości ich powtarzania. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową może wystawić lekarz oddziału: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, urologicznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej; ginekologicznego; a także lekarz poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych.

4.4.3. Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych

Zakres rehabilitacji obejmuje kompleksową fizjoterapię narządu ruchu u pacjentów po urazach narządu ruchu, po przebytych zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych, neurologicznych, reumatologicznych i innych.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową wystawiane jest przez lekarza oddziału: urazowo - ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, neurologicznego, reumatologicznego,

onkologicznego, urologicznego, ginekologicznego, chorób wewnętrznych. W razie wystąpienia u pacjenta zaostrzenia choroby przewlekłej, skierowanie może wystawić również lekarz poradni: rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej.

Do skierowania na rehabilitację dołącza się aktualną dokumentację medyczną lub kopię potwierdzającą rozpoznanie. Czas trwania rehabilitacji wynosi do 6 tygodni. Pacjenci powinni być usprawniani przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed i popołudniowych (min. 5 zabiegów dziennie). W uzasadnionych przypadkach (po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ), istnieje możliwość wydłużenia rehabilitacji pacjenta w oddziale szpitalnym. Z wnioskiem o przedłużenie rehabilitacji występuje lekarz oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej.

4.4.4. Rehabilitacja neurologiczna

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla wszystkich pacjentów (bez względu na wiek) ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń:

- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowej,
- rehabilitacja neurologiczna przewlekła,
- rehabilitacja neurologiczna dziecięca.

Przyjęcie pacjenta na oddział rehabilitacji stacjonarnej następuje w przypadku neurologicznych zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej (pod warunkiem że chorzy są już po przebytej rehabilitacji w wyżej wymienionych grupach i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych). Pacjent może zostać przyjęty na oddział rehabilitacji stacjonarnej:

- na podstawie skierowania z oddziału lub kliniki: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych, chorób wewnętrznych, pediatrii po przeprowadzeniu konsultacji neurologicznej,
- lub na podstawie skierowania z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej.

W przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej przyjęcie następuje:

- na podstawie skierowania z oddziału: anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej,
- lub na podstawie skierowania z poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.

4.4.5. Rehabilitacja neurologiczna przewlekła

Rehabilitacja neurologiczna przewlekła trwa do 6 tygodni raz w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chorym po przebytej rehabilitacji, w tym w niżej wymienionych grupach, którzy wymagają kontynuacji rehabilitacji zapewniana jest kontynuacja rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych:

- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi - kategoria I,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu - kategoria I,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi - kategoria I,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych - kategoria I,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe - kategoria I,
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe - kategoria II.

4.5. Leczenie uzdrowiskowe chorych na stwardnienie rozsiane

W ramach świadczeń dostępnych dla ubezpieczonych pacjenci mogą również korzystać z leczenia uzdrowiskowego. Skierowanie na tego typu leczenie wystawia lekarz działający w ramach ubezpieczenia. Skierowanie na świadczenia uzdrowiskowe są weryfikowane przez specjalistów w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, którzy kwalifikują pacjenta do określonego typu leczenia oraz wskazują miejsce leczenia. W ramach ubezpieczenia dostępne jest leczenie w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, a także zabiegi w formie ambulatoryjnej.

Prof. dr hab. n. med. Alicja Bronisława Hubalewska-Dydejczyk uważa, że konieczne jest także leczenie w warunkach leczenia uzdrowiskowego rehabilitacyjnego pacjentów z otyłością (z lub bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej - zapobieganie cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych i chorób układu ruchu). Leczenie uzdrowiskowe pacjentów z otyłością powyżej 65 roku może istotnie wpłynąć na poprawę ich stanu zdrowia.

Chorzy ubiegający się o leczenie uzdrowiskowe są kierowani na jedną z form świadczeń: uzdrowiskowe leczenie szpitalne (pobyt trwający 21 dni) lub uzdrowiskowa rehabilitacja w szpitalu uzdrowiskowym (pobyt 28 dni). Dla pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym szczególnie rekomendowane są placówki w Busku Zdroju, Iwoniczu, Ustroniu, Cieclocinku.

Termin oczekiwania na rozpoczęcie leczenia wynosi w Małopolsce od 12 do ponad 20 miesięcy. W znacznie krótszym czasie chory może jednak skorzystać z leczenia uzdrowiskowego w formie ambulatoryjnej. W tej formie leczenia – Fundusz finansuje cykl zabiegów (nie mniej niż 3 zabiegi fizykalne dziennie, możliwość realizacji przez 6 do 18 dni), a ubezpieczony pokrywa we własnym zakresie koszty zakwaterowania i wyżywienia w uzdrowisku oraz ustala termin rozpoczęcia

leczenia. Małopolski Oddział NFZ potwierdza skierowanie na leczenie uzdrowiskowe w formie ambulatoryjnej w terminie do dwóch tygodni.

4.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach:

1) Stacjonarnych:

- a. Na oddziałach psychiatrycznych.
- b. Na oddziałach leczenia uzależnień.

2) Dziennych:

- a) Na oddziałach psychiatrycznych.
- b) Na oddziałach leczenia uzależnień.

3) Ambulatoryjnych:

- a. Poradniach psychiatrycznych i zespołów leczenia środowiskowego.
- b. Poradniach leczenia uzależnień.

Leczenie psychiatryczne w warunkach ambulatoryjnych

Pacjenci mogą skorzystać z opieki specjalisty w poradni zdrowia psychicznego (bez skierowania do lekarza psychiatry); poradni leczenia nerwic; poradni psychologicznej (po uzyskaniu skierowania od lekarza POZ lub specjalisty) oraz leczenia środowiskowego (domowego). W ramach świadczeń ambulatoryjnych pacjent może skorzystać z następujących świadczeń:

- porada lekarska diagnostyczna,
- porada lekarska,
- porada psychologiczna diagnostyczna,
- porada psychologiczna,
- sesja psychoterapii indywidualnej,
- sesja psychoterapii grupowej,
- sesja psychoterapii rodzinnej,
- sesja wsparcia psychospołecznego.

Leczenie psychiatryczne na oddziałach dziennych

Realizowane jest w oddziale dziennym psychiatrycznym; w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym; w oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych. Przyjęcie do oddziału odbywa się na podstawie ważnego skierowania do szpitala. Leczenie prowadzone jest od poniedziałku do piątku i trwa nie krócej niż 5 godzin dziennie.

Leczenie psychiatryczne w warunkach szpitalnych

W razie potrzeby chory zostanie objęty leczeniem psychiatrycznym w warunkach szpitalnych, gdzie może zostać skierowany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach ubezpieczenia leczenie realizowane jest na oddziałach: psychiatrycznym dla dorosłych, psychiatrycznym dla przewlekle chorych, rehabilitacji psychiatrycznej, zaburzeń nerwicowych oraz zakładach/oddziałach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych. Szpital zapewnia pacjentowi bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia dotyczące profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami

ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

4.7. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje Pacjentowi refundacja wyrobów medycznych (przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych). Wyroby medyczne są refundowane w różnej wysokości, jednorazowo na określony czas. Wysokość refundacji oraz okres użytkowania określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r. poz. 1565).

W przypadku, gdy lekarz zdiagnozuje konieczność korzystania z określonego wyrobu medycznego wystawia na nazwisko pacjenta stosowne zlecenie – na wyrób medyczny refundowany raz na określony czas lub na zaopatrzenie comiesięczne tzw. cykliki (np. pieluchomajtki, sprzęt stomijny lub cewniki) – w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego zalecenie wystawiane jest na miesiąc lub na kwartał. W przypadku kontynuacji zaopatrzenia, do wystawienia zleceń na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie świadczeniobiorcy, uprawniona jest również pielęgniarka i położna ubezpieczenia zdrowotnego. Zaopatrzenie comiesięczne realizowane jest na bieżąco i nie dotyczą go ewentualne kolejki.

Otrzymane zlecenie lekarskie musi zostać potwierdzone do refundacji przez Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ – w jednym z 21 punktów ewidencyjnych. W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego pacjent otrzymuje raz na 12 miesięcy tzw. kartę zaopatrzenia, w której odnotowywane są wypisywane przez lekarza kolejne zlecenia i ich realizację bez konieczności potwierdzania refundacji przez NFZ. Mając potwierdzone do refundacji zlecenie lub zlecenie i kartę w przypadku cyklików, pacjent (lub upoważniona osoba) zgłasza się do wybranej placówki, która podpisała umowę z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne.

NFZ finansuje wyroby medyczne do wysokości limitu określonego w ww. Rozporządzeniu Ministra. Jeśli cena wybranego przez Pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, oddział wojewódzki NFZ pokrywa koszt przedmiotu do wysokości limitu, a różnicę pomiędzy ceną brutto, a kwotą refundacji dopłaca pacjent. Obowiązkiem każdej placówki mającej umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne jest posiadanie przynajmniej jednego produktu w cenie nie przekraczającej limitu cenowego określonego przez Ministra Zdrowia, spośród każdego rodzaju przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego oferowanego pacjentom. Wyjątek stanowią te wyroby medyczne, które wykonywane są na indywidualne zamówienie, gdzie cena szacowana jest indywidualnie w każdym przypadku zgodnie z poniesionymi kosztami produkcji.

Z analizy wydatków miesięcznych i miesięcznych ilości zleceń realizowanych w 2013 r. oraz I połowie 2014 r. wynika, że średnia miesięczna kwota refundacji oraz średnia miesięczna ilość zleceń realizowanych w 2014 r. jest wyższa niż w 2013 r. Szacowane na podstawie I półrocza 2014 r. wydatki roczne w 2014 r. są wyższe w stosunku do roku 2013 o 9,91% i wynoszą około 66,3 mln zł (wydatki w 2013 r. wyniosły 60,3 mln zł). Ilość zrealizowanych zleceń w ujęciu rocznym w 2014 r. jest prognozowana na poziomie ok. 322 tys. i jest większa w stosunku do 2013r. o 8,9% (w 2013 r. ilość zleceń wyniosła 296 tys.).

W odniesieniu do cyklików należy zwrócić uwagę, że szacowane na podstawie wykonania za I półrocze roczne wydatki w 2014 r. będą na poziomie około 34 mln zł, w odniesieniu do 2013 r. – 31,8 mln zł i wzrosną o 7,08% w stosunku do wydatków w 2013 r. Z analizy wydatków w 2013 r. oraz I połowie 2014 r. wynika, że udział środków finansowych na zaopatrzenie medyczne dla osób powyżej 65 roku życia wynosi ok. 60% w odniesieniu do całkowitych wydatków

4.8. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

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

- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

Świadczenia udzielane w warunkach domowych to przede wszystkim:

- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

4.8.1. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych i domowych

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

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

Według Prof. dr hab. n. med. Alicji Hubalewskiej-Dydejczyk, dużym problemem jest kontynuowanie opieki szpitalnej u ciężko chorych (w tym u pacjentów terminalnych) ze schorzeniami nienowotworowymi. Główne powody takiej sytuacji to długi okres oczekiwania oraz przedłużone hospitalizacje na oddziałach specjalistycznych. Ze względu na ograniczenia kontraktów, część procedur medycznych na oddziałach specjalistycznych nie jest finansowana przez Fundusz, przez co obniża się jakość opieki na osobą ciężko chorą.

Jeżeli w ocenie pacjenta skalą Barthel dokonywaną przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego pacjent uzyska wynik powyżej 40 punktów, Fundusz zaprzestaje finansowania świadczeń na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego. Na koniec każdego miesiąca personel medyczny dokonuje oceny pacjenta.

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

- przewlekle chorych,
- osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, które ze względu na:
 - stan zdrowia i niesprawność fizyczną,
 - brak samodzielności w samoopiece i samo-pielęgnacji,
 - konieczność stałej kontroli lekarskiej,
 - potrzebę profesjonalnej pielęgnacji,
 - rehabilitację²⁵.

Zakład Opiekuńczo- Lecznicy nie może przyjmować do Ośrodka osób chorych w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależnionych, w terminalnej fazie choroby nowotworowej, dzieci. Aktualnym aktem prawnym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U z 2013 r. poz. 1480). Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem, świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL/ZPO obejmują:

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

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

W Krakowie w 2012 roku funkcjonowało 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych (publicznych i niepublicznych) o profilu ogólnym, w tym jeden z nich (Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Wielickiej 267), który posiadał 81 łóżek w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym.

²⁵ Informacje Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział Łódzki

Liczbę miejsc w poszczególnych zakładach funkcjonujących na terenie Krakowa w latach 2007 – 2012 wynosiła odpowiednio (Tabela 7):

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

Tabela 7. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie Miasta Krakowa w latach 2007-2012 (stan na 31.12.2012 r.).

Lp.	Nazwa, adres oraz profil	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.	Zakład Usług Medyczo-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego (os. Złotej Jesieni 1, Kraków)	42	39	44	44	44	42
2.	NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka” (os. Młodości 9, Kraków)	80	80	80	83	80	84
3.	Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Nr 1 (ul. Prądnicza 36, Kraków)	36	33	35	35	35	35
4.	NZOZ „BONA-MED.” sp. z o.o. (ul. Siemaszki 17, Kraków)	49	86	98	98	98	115
5.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek (ul. Kołłątaja 7, Kraków)	72	72	72	72	72	72
6.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ (ul. Ujastek 3, Kraków)						
	dla dorosłych	95	95	95	120	248	260
	dla dzieci					20	8
7.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ul. Wielicka 267, Kraków)						
	zakład opiekuńczo-leczniczy	305	342	331	342	331	395

Lp.	Nazwa, adres oraz profil	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	45	43	45	45	81	85
8.	ZOZ „Centrum Medyczne-Nowa Huta” sp. z o.o. (ul. Ujastek 3, Kraków)	43	0	0	0	0	0
9.	NZOZ „DOM-MED.” (ul. Helclów 2, Kraków)	91	110	110	110	110	110
Razem		858	900	910	949	1119	1206

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie

Analiza danych zawartych w powyższej tabeli (Tabela 7) pozwala stwierdzić, że w latach 2007 – 2012 następował systematyczny wzrost liczby miejsc dla osób starszych w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie Miasta Krakowa. W ciągu 6 lat odnotowano wzrost liczby łóżek o 348, w tym o 87 łóżek na przestrzeni lat 2011/2012.

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

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

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.

4.8.2. Pielęgniarska Opieka Długoterminowa

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

Świadczenia pielęgniarskie realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia tego typu obejmują pomoc w rozwiązywaniu

problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Czas objęcia chorego tą formą opieki jest uzależniony od stanu zdrowia pacjenta. Ocena jego stanu zdrowia odbywa się co miesiąc przez pielęgniarkę. W przypadku gdy pacjent uzyska więcej niż 40 punktów wg skali Barthel MOW NFZ nie finansuje dalszej opieki.

Warunkiem objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- wniosek lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub,
- wniosek lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego, po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych,
- kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej i konieczność wykonania przynajmniej jednego z wyżej wymienionych świadczeń pielęgniarskich.

4.9. Opieka paliatywna i hospicyjna

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

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

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

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

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

4.9.1. Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach stacjonarnych

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

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy,
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki,
- leczenie farmakologiczne,

- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna),
- leczenie innych objawów somatycznych,
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną,
- rehabilitację,
- zapobieganie powikłaniom,
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej,
- opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Do hospicjum stacjonarnego pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Aktualnie w sensie kontraktowania świadczeń przez NFZ hospicja stacjonarne traktowane są na takich samych zasadach jak oddziały medycyny paliatywnej. W związku z tym liczba tego typu placówek jest stała i wynosi 4 tj.:

- 1) Uniwersyteckie Lecznictwo Szpitalne,
- 2) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie,
- 3) 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Pododdziałem SPZOZ – Szpital,
- 4) Ośrodek Opieki Hospicyjnej Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” im. Św. Łazarza.

Liczba zakontraktowanych w 2014 r. łóżek ogółem wynosi 322. W ramach rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna MOW NFZ kontraktuje również zakres świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych (aktualnie 383 miejsca) oraz zakres świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci (aktualnie 215 miejsc).

4.9.2. Opieka paliatywna w warunkach domowych

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy,
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki,
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna),
- leczenie innych objawów somatycznych,
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną,
- rehabilitację,
- zapobieganie powikłaniom,
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczenie przez hospicja domowe wyrobów medycznych.

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych.

4.9.3. Opieka paliatywna w warunkach ambulatoryjnych

Poradnie medycyny paliatywnej przeznaczone są dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, a którzy potrzebują natychmiastowego leczenia przeciwbólowego i wsparcia. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego,
- porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy,
- świadczenia pielęgnarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

Porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące:

- badanie podmiotowe,
- badanie przedmiotowe,
- ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych,
- zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
- zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych,
- kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych,
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy,
- poradę lekarską w domu świadczeniobiorcy,
- poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy,
- zabieg pielęgnarski lub wizytę pielęgniarki w domu świadczeniobiorcy.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz w warunkach stacjonarnych – leki i wyroby medyczne.

5. Stan dostępności do wybranych specjalistycznych świadczeń na terenie Miasta Krakowa finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

W poniższej tabeli (Tabela 8) przedstawiono czas oczekiwania oraz poziom realizacji świadczeń w okresie I półrocza 2014 r. w zakresach świadczeń, które zajmują się opieką nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą.

Tabela 8. Średnie rzeczywiste czasy oczekiwania liczone w dniach.

Nazwa komórki	2013	2014 (I - VI)	Wykonanie kontraktu I - VI 2014
Poradnia diabetologiczna	59,5	54,9	120%
Poradnia geriatryczna	11,1	14,7	97%
Poradnia kardiologiczna	88,9	82,9	116%
Poradnia neurologiczna	45,4	50,1	108%
Poradnia onkologiczna	12,8	11,8	108%
Poradnia reumatologiczna	46,6	52,1	114%
Poradnia chirurgii naczyniowej	81,1	77,6	115%
Poradnia chirurgii onkologicznej	17,6	19,3	97%
Poradnia kardiochirurgiczna	44	38	110%
Poradnia neurochirurgiczna	70,2	57,3	82%
Poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej	43,4	52,3	117%
Poradnia okulistyczna	70,9	73	113%
Poradnia urologiczna	66	66,4	120%

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Dane zawarte w tabeli (Tabela 8) potwierdzają, że nie zawsze poziom finansowania ma wpływ na czas oczekiwania, bowiem w zakresach takich jak: geriatryka, chirurgia onkologiczna czy też neurochirurgia występuje niewykonanie świadczeń, pomimo sprawozdania kolejek oczekujących.

5.1. Świadczenia ambulatoryjne

Pomimo wydłużenia się długości życia i starzenia społeczeństwa, czas oczekiwania na wizytę u geriatry nie należy do długich w Krakowie, bo wynosi średnio 17 dni. Finansowanie geriatry w 2013 roku było wyższe o 156 750,52 zł w porównaniu do roku 2012 kiedy wynosiło 316 903,94 zł. Według MOW NFZ niedługi (w porównaniu z innymi poradniami) czas oczekiwania na świadczenia w poradni geriatrycznej, a także niewysokie nakłady na ten zakres wynikają również z niechęci pacjentów do korzystania z poradni geriatrycznych.

Średni czas oczekiwania na **ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne** w Krakowie w 2013 roku wynosił ok. 52 dni. W porównaniu do poprzednio roku czas ten wydłużył się o ok. 5 dni. Otrzymane wyniki świadczą o wydłużeniu czasu oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w latach 2012-2013.

Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zwraca uwagę, że same kolejki osób oczekujących nie są podstawą do oceny poziomu finansowania i zapotrzebowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. MOW NFZ wskazuje, że liczba osób oczekujących w kolejce na

świadczenia to pacjenci pierwszorazowi. Nakłady na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z roku na rok ulegają zwiększeniu – nakłady w 2013 r. w stosunku do 2011 r. na terenie Miasta Krakowa wzrosły o 30%. Natomiast opisane w niniejszym materiale malejące nakłady w danej specjalności czy obszarze w stosunku do lat poprzednich wynikają często z mniejszego wykonania świadczeń (poziom realizacji umów) w okresie, który posłużył do wyliczenia kwot dla umów anektowanych i przyczyną takiej sytuacji nie jest brak środków finansowych po stronie NFZ tylko np. brak wystarczającej liczby specjalistów na danym terenie, przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych czy rozwiązania umów przez świadczeniodawców z różnych przyczyn.

Najdłuższa kolejka występuje w dostępie do **świadczeń z zakresu endokrynologii**, gdzie czas oczekiwania wynosił 144 dni w roku 2013 i wzrósł o 41 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 103 dni. Prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk uważa, że wydłużenie kolejki do endokrynologa wynika:

- ze wzrostu zapotrzebowania na tego typu konsultacje (np. wzrost konieczności wykonania badań hormonalnych/oceny wskazań do zabiegu w wykrywanych zmianach ogniskowych w nadnerczach co wynika m.in. ze zwiększonej dostępności do wysokiej klasy aparatów USG),
- z wykonywania kosztochłonnnych procedur diagnostycznych i leczniczych w zakresie endokrynologii wyłącznie przez Oddział Kliniczny Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego, podczas gdy część z tych procedur powinna być wykonywana przez jednostki mające podpisany kontrakt z NFZ,
- z faktu, że istotna część wyszkolonych endokrynologów (po zakończeniu specjalizacji) w województwie małopolskim nie podejmuje pracy w ośrodkach świadczących usługi dla NFZ.

Na **świadczenia kardiologiczne** w roku 2013 czekało się przeciętnie 96 dni, a okres oczekiwania zmniejszył się o 2 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 98 dni. Na świadczenia z zakresu **urologii**, czas oczekiwania w roku 2013 wyniósł 90 dni i wzrósł o 20 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 70 dni. Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **gastroenterologii** w roku 2013 wynosił 86 dni i zmniejszył się o 4 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 90 dni. Na świadczenia z zakresu **proktologii** w 2012 roku czekało się 42 dni a w roku 2013 już 56 dni.

W stosunku do dużej liczby poradni specjalistycznych dostępność do tego typu świadczeń spadła w ostatnich latach, ale tak naprawdę trudno ocenić, jaki procent porad w tych jednostkach dotyczy chorych osób starszych. Według dr hab. n. med. Barbary Gryglewskiej niepokojący jest fakt zmniejszenia się dostępności świadczeń urologicznych i proktologicznych, gdzie dominują głównie osoby starsze. Niepokojąca jest także zła sytuacja w specjalistycznym leczeniu kardiologicznym i onkologicznym. Wśród osób starszych dominują bowiem choroby układu ruchu oraz krążenia, zwiększona jest też zapadalność na choroby nowotworowe, stąd dostęp do tego typu poradni powinien być lepszy.

Najkrócej pacjenci czekają na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: **położnictwo i ginekologia**, gdzie czas oczekiwania wynosił 16 dni w roku 2013 i wzrósł o zaledwie 3 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 13 dni; **chirurgii ogólnej**, gdzie czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2013 i zwiększył się o 5 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 12 dni; **geriatrii**, gdzie czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2013 i zmniejszył się o 1 dzień w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 18 dni.

Najbardziej znacząca poprawa dostępu do świadczeń nastąpiła w zakresie chorób metabolicznych, alergologii, gruźlicy, oraz chorób płuc. W roku 2012 kolejki do specjalistów z zakresu **chorób metabolicznych** wyniosły 33 dni natomiast w roku 2013 czas oczekiwania w tej dziedzinie znacząco się poprawił i wyniósł 20 dni. **W zakresie alergologii**, w roku 2012 czas oczekiwania wynosił 70 dni, w roku 2013 zmniejszył się o 6 dni i wynosił 64 dni. Czas oczekiwania **w zakresie chorób płuc** wynosił w 2012 roku 41 dni, a w roku 2013 zmniejszył się o 6 dni i wynosił 35 dni. Czas oczekiwania na świadczenia z **otolaryngologii** w roku 2012 wyniósł 26 dni, a w 2013 roku 25 dni. Czas oczekiwania w zakresie **onkologii** w 2012 roku wynosił 17 dni, a w 2013 roku 19 dni.

Najwyższa kwota na finansowanie świadczeń obejmowała: **położnictwo i ginekologię** - w roku 2012 była to wartość: 15 480 928,45 zł, a w roku 2013: 15 967 240,26 zł, nastąpił wzrost o 486 311,81 zł; **kardiologię** - w roku 2012 było to: 14 785 344,93 zł, a w roku 2013: 14 643 505,61 zł, nastąpił spadek o 141 839,32 zł; **okulistykę** - w roku 2012 była to kwota: 14 268 921,19 zł, a w roku 2013: 14 375 667,63, nastąpił w tym przypadku wzrost o 106 746,44 zł.

Najniższa kwota na finansowanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych obejmowała: **geriatricę** - w roku 2012 było to: 316 903,94 zł, a w roku 2013: 473 654,46 zł, w związku z tym nastąpił wzrost wartości o: 156 750,52 zł; **choroby metaboliczne** - w roku 2012 było to: 548 176,76 zł, a w roku 2013: 595 610,70 zł, nastąpił wzrost o 47 433,94 zł; **proktologię** - w roku 2012 było to: 724 290,02 zł, a w roku 2013: 750 627,40 zł, nastąpił wzrost o 26 337,38 zł.

W Krakowie do **kardiologa** aktualnie czeka się średnio 96 dni. Czas oczekiwania na poradę u specjalisty ds. kardiologii na terenie Miasta Krakowa jest zróżnicowany w zależności od placówek. Dla przykładu w poradni kardiologicznej Specjalistycznej Przychodni „SANOCARD”, czas oczekiwania wynosi 239 dni, z kolei w poradni kardiologicznej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, 129 dni, a w poradni kardiologicznej Szpitala Uniwersyteckiego, czas oczekiwania, to 48 dni.

Różnica w czasach oczekiwania w poszczególnych placówkach wynika najprawdopodobniej z preferencji pacjentów dotyczących lokalizacji danej placówki oraz danego lekarza specjalisty u którego chcą się leczyć. Poziom finansowania świadczeń z zakresu kardiologii, nie jest niski w porównaniu z innymi specjalnościami: nakłady na kardiologię w roku 2013 wyniosły 14 643 505,61 zł, a liczba świadczeniodawców w całym Krakowie w tym okresie wynosiła 35.

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **onkologii** wynosi średnio 19 dni. Jest to średni okres, w porównaniu z czasem oczekiwania do innych specjalistów. Dla przykładu w 2014 roku w poradni onkologicznej Centrum Medycyny Profilaktycznej czas oczekiwania wyniósł 75 dni, w poradni onkologicznej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, 17 dni, w poradni onkologicznej Szpitala Miejskiego im. Narutowicza 7 dni, a w poradni onkologicznej Centrum Onkologii przy ul. Garncarskiej 0 dni.

W roku 2013 poziom finansowania przez MOW NFZ na świadczenia z zakresu onkologii wynosił 4 661 933,32 zł, a liczba świadczeniodawców w całym Krakowie w tym okresie wynosiła 10. Według prof. dr hab. n. med. Alicji Hubalewskiej-Dydejczyk, konieczne jest zwiększenie finansowania procedur onkologicznych w związku z wprowadzanymi i obowiązującymi aktualnie standardami terapii (w tym również często nie wskazywanej endokrynologii onkologicznej). Terapie te wydłużają przeżycie, ale zwiększają koszty związane np. z leczeniem powikłań. Konieczne jest również zwiększenie finansowania procedur diagnostycznych (PET-TK, MRI) – wzrost procedur terapeutycznych w onkologii prowadzi do wydłużenia przeżycia, np. PET pozwala na wcześniejszą diagnostykę chorób nowotworowych i istotnie wpływa na poprawę stanu zdrowia populacji.

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu chorób płuc, wynosi w Krakowie średnio 35 dni. Porównując, w poradni chorób płuc w Specjalistycznym Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży czas oczekiwania wynosi 78 dni, w poradni pulmonologicznej Centrum Medycyny Profilaktycznej, 37 dni, a w poradni gruźlicy i chorób płuc Centrum Medycyny Profilaktycznej Prokocim Nowy 7 dni. W tym przypadku czas oczekiwania pomiędzy różnymi placówkami bardzo się różni. Kwota finansowania świadczeń z tego zakresu przez MOW NFZ w 2013 roku wynosiła 3 916 738,78 .

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gastroenterologii wynosi średnio 86 dni. W poradni gastroenterologicznej 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką czas oczekiwania wynosił 131 dni, w tej samej poradni Szpitala im. J. Dietla 97 dni, a w poradni gastroenterologicznej Małopolskiego Zespołu Przychodni Specjalistycznych Batorego 3 wynosił 57 dni. W roku 2013 poziom finansowania na świadczenia z zakresu gastroenterologii wynosił 1 054 708,05 zł, a liczba świadczeniodawców w całym Krakowie w tym okresie wynosiła 8.

5.2. Świadczenia rehabilitacyjne

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **rehabilitacji leczniczej** w Krakowie wynosił w 2013 roku ok. 136 dni. W porównaniu do roku 2012 czas ten wydłużył się o ok. 23 dni (w roku 2012 było to ok. 113 dni).

Najdłuższa kolejka występuje w dostępie do świadczeń z zakresu **rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych** - czas oczekiwania wynosił 552 dni w roku 2013 i wzrósł o 217 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 335 dni; na świadczenia z zakresu **rehabilitacji neurologicznej** - w 2013 roku czekało się 237 dni i czas ten skrócił się o 69 dni, w porównaniu do roku 2012, kiedy to czas oczekiwania wynosił 306 dni; na świadczenia z zakresu **rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym** - w 2013 roku czekało się 43 dni i czas ten skrócił się 3 dni w porównaniu do roku 2012, kiedy wynosił 100 dni.

Najkrócej pacjenci czekają na realizację świadczeń z zakresu **rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym** - w roku 2013 było to, 3 dni, natomiast w roku 2012 czas oczekiwania wynosił 0 dni; na świadczenia z zakresu **rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych** - w roku 2013 czekało się 8 dni, a więc czas oczekiwania wydłużył się o 1 dzień, w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 7 dni; na świadczenia z zakresu **ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej** - czas oczekiwania w roku 2013 wyniósł 24 dni i wydłużył się o 9 dni w stosunku do roku 2012 kiedy, to wynosił 33 dni. Łączna kwota na świadczenia finansowane przez MOW NFZ z zakresu rehabilitacji leczniczej w roku 2012 wynosiła: 54 306 470,12 zł, a w 2013 roku wzrosła do 57 189 634,74 zł.

Najwyższa kwota na finansowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej obejmowała: **fizjoterapię ambulatoryjną** - w roku 2012 była to wartość: 26 459 291,36 zł a w roku 2013: 25 622 551,60 zł nastąpił spadek o 836 739,76 zł (powodem zmiany finansowania była zmiana organizacyjna jednego ze świadczeniodawców, związana z przekształceniem zakładu fizjoterapii w ośrodek dzienny rehabilitacji); **rehabilitację ogólnoustrojową** - w ośrodku/oddziale dziennym w roku 2012 było to: 9 930 349,50 zł, a w roku 2013: 11 677 393,05 zł, nastąpił wzrost o 1 747 043,55 zł; **rehabilitację neurologiczną** - w roku 2012 była to kwota: 5 245 603,20 zł, a w roku 2013: 6 076 971,27 zł, nastąpił w tym przypadku wzrost o 831 368,07 zł

Najniższa kwota na finansowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej obejmowała: **rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych** - w roku 2012 była to wartość: 716 080,00

zł, a w roku 2013 876 000,00 zł, nastąpił wzrost o 159 920,00 zł. Tutaj czas oczekiwania jest stosunkowo niedługi, wynosi średnio 8 dni. **Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym** - w roku 2012 była finansowana na poziomie 992 740,00 zł, a w 2013 roku: 1 138 268,00 zł, nastąpił wzrost wartości umów o 145 528,00 zł. **Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym** - w roku 2012 była finansowana na poziomie 2 504 600,40 zł, a w 2013 roku 2 764 731,45 zł, nastąpił wzrost o 260 131,05 zł. Poprawił się w związku z tym czas oczekiwania z 46 w 2012 roku do 43 dni w 2013 roku.

W Krakowie na świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych czeka się średnio 552 dni. W roku 2013 było dostępnych dla pacjentów 6 placówek, w których mogli kontynuować leczenie, a kwota finansowania ich przez MOW NFZ wynosiła 5 055 068,07 zł. Dla porównania w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału rehabilitacyjnego wynosił 748 dni, w Krakowskim Centrum Rehabilitacji 624 dni, a w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką 90 dni. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej wynosił średnio 237 dni. W Krakowie dostępnych jest 6 placówek (w tym 2 dla dzieci) świadczących usługi w zakresie rehabilitacji neurologicznej. W pododdziale rehabilitacji neurologicznej w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii czas oczekiwania wynosi 343 dni, w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla 372 dni, w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym 0 dni. Poziom finansowania tych świadczeń przez MOW NFZ w 2013 roku wynosił 6 076 971,27 zł. –liczba łóżek 76, w 2012 r. była to kwota 5 209 709,50 – 56 łóżek.

Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym wynosił 134 dni. Dla przykładu w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla było to 343 dni, w Krakowskim Centrum Rehabilitacji i Ortopedii 290 dni, w Centrum Medycyny Profilaktycznej 83 dni. Poziom finansowania tych świadczeń przez MOW NFZ corocznie wzrasta. W 2012 była to kwota 9 120 049,58 a w 2013 – 11 486 295,2.

Informacja dotycząca dostępności do opieki sprawowanej w systemie pomocy społecznej w Krakowie (zasoby) znajduje się na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod adresem <http://www.mops.krakow.pl/mops-w-liczbach-0>.

5.3. Świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do 18 roku życia oraz osobom powyżej 65 roku życia

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2013 roku można zauważyć, że osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 26% pacjentów korzystających z porad specjalistycznych. Ponad 50% wizyt z zakresu diabetologii, kardiologii oraz urologii było udzielanych osobom starszym (Tabela 9).

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

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

Tabela 9. Liczba udzielanych świadczeń w podziale na specjalizacje z udziałem procentowym dzieci i młodzieży w 2013 roku w Krakowie.

Świadczenie specjalistyczne	Liczba porad	Dzieci i młodzież do lat 18	Udział procentowy dzieci	Osoby powyżej 65 r. życia	Udział procentowy seniorów
Alergologia	171083	67084	39,21%	8377	4,90%
Chirurgia urazowo-ortopedyczna	309373	39637	12,81%	82429	26,64%
Chirurgiczne- ogółem	691531	87214	12,61%	185101	26,77%
Choroby wewnętrzne	329180	16762	5,09%	36456	11,07%
Choroby zakaźne	50847	15729	30,93%	5591	11,00%
Dermatologia	273534	29890	10,93%	52086	19,04%
Diabetologia	105981	3436	3,24%	55991	52,83%
Endokrynologia	181137	19011	10,50%	55774	30,79%
Geriatrya	10198		0,00%	9313	91,32%
Ginekologiczno-położnicza	533227	6505	1,22%	51889	9,73%
Gruźlica i choroby płuc	118818	21842	18,38%	45231	38,07%
Kardiologia	391473	21326	5,45%	194974	49,81%
Medycyna sportowa	9006	8092	89,85%		0,00%
Nefrologia	46824	11855	25,32%	19438	41,51%
Neurochirurgia	28698	4024	14,02%	6626	23,09%
Neurologia	304122	34692	11,41%	80465	26,46%
Okulistyka	465638	40346	8,66%	152288	32,71%
Onkologia	140675	9583	6,81%	55222	39,26%
Otolaryngologia	340616	67930	19,94%	68066	19,98%
Pediatryczna	92616	90534	97,75%		0,00%
Poradnia leczenia uzależnień	19796	490	2,48%	619	3,13%
Rehabilitacyjna	130778	21675	16,57%	38444	29,40%
Reumatologiczna	97769	5154	5,27%	43246	44,23%
Urologia	139143	10497	7,54%	74747	53,72%
Zdrowie psychiczne	220141	17981	8,17%	31831	14,46%
Inne specjalizacje	193841	36408	18,78%	55767	28,77%
Przychodnie + praktyki zawodowe	5057974	644036	12,73%	1320916	26,12%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Dzieci rzadziej niż seniorzy korzystali z porad specjalistów, co związane jest z niższą zapadalnością dzieci na choroby przewlekłe. Do najczęstszych porad udzielanych dzieciom należą porady

otolaryngologa, alergologa, dermatologa oraz okulisty. W ostatnich latach nastąpił duży wzrost dzieci chorujących na astmę, alergie i choroby górnych dróg oddechowych. Polskie Towarzystwo Alergologiczne za przyczynę wzrostu porad alergologicznych podaje zmieniające się środowisko, rozwój cywilizacji oraz zmiany zachowań.

Częste wizyty seniorów u specjalistów wynikają ze specyfiki chorób starczych czyli wielochorobowości oraz częstej zapadalności na choroby przewlekłych. Wymaga to ciągłego kontaktu i regularnych konsultacji z lekarzem specjalistą, co skutkuje dużą liczbą udzielanych porad (Tabela 9).

Podstawowa Opieka Zdrowotna jest kluczowym elementem opieki zdrowotnej w Polsce. Lekarz rodzinny jest tzw. gate-keeper'em w polskim systemie ochrony zdrowia, co oznacza, że kieruje pacjentów do określonych specjalistów. Może to być jedną z głównych przyczyn dużej liczby wizyt osób starszych u lekarza pierwszego kontaktu.

Tabela 10. Liczba porad udzielanych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie.

Świadczenia udzielane w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie	Ogółem	W tym porady domowe	dzieciom i młodzieży do lat 18		osobom w wieku 65 lat i więcej	
			razem	w tym porady domowe	razem	w tym porady domowe
Przychodnie + praktyki zawodowe	3156648	76671	713051	7210	993270	43196
Udział procentowy	100%		22,59%		31,47%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Dodatkowo lekarz POZ ma uprawnienia do wypisywania leków na choroby przewlekłe na podstawie wystawionej przez specjalistę Karty Informacyjnej Choroby pacjenta. Seniorzy dzięki takim udogodnieniom nie muszą czekać długo w kolejkach do specjalisty. Spośród wszystkich pacjentów korzystających z porad POZ w Krakowie osoby starsze stanowią 31%, natomiast dzieci 23% (Tabela 10).

Ze danych GUS za 2013 r. wynika, iż osoby starsze rzadko korzystają z opieki stomatologicznej (zaledwie 14% porad stomatologicznych była udzielona seniorom), podczas gdy aż 24% porad stomatologicznych zostało udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia (Tabela 11).

Tabela 11. Liczba porad stomatologicznych w podziale na różne dziedziny stomatologiczne.

Świadczenie	Ogółem	Dzieciom i młodzieży do lat 18	% z ogółu dzieci	Osobom w wieku powyżej 65 lat	% z ogółu seniorów
Przychodnie + praktyki zawodowe	1245323	299566	24,06%	185749	14,92%
Stomatologiczna	908683	214276	23,58%	126975	13,97%
Choroby błon śluzowych przyzębia	70573	2071	2,93%	14223	20,15%
Ortodontyczna	93597	75061	80,20%	342	0,37%
Protetyka stomatologiczna	43464	138	0,32%	19109	43,97%
Chirurgia stomatologiczna	129006	8020	6,22%	25100	19,46%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

W grupie osób powyżej 65 roku życia najczęściej realizowane były porady w ramach:

- protetyki stomatologicznej (43,97%),
- chorób błon śluzowych przyzębia (20,15%),
- chirurgii stomatologicznej (19,46%),
- przychodni i praktyki zawodowej (14,92%),
- stomatologii (13,97%).

W populacji dzieci i młodzieży do 18 roku życia najczęściej udzielano porad w ramach:

- ortodontji (80,2%),
- przychodni i praktyki zawodowej (24,06%),
- stomatologii (23,58%),
- chirurgii stomatologicznej (6,22%),
- chorób błon śluzowych przyzębia (2,93%),
- protetyki stomatologicznej (0,32%).

Dane zawarte w powyższej tabeli (Tabela 11) wskazują, że częstotliwość udzielania poszczególnych porad stomatologicznych jest ściśle związana z wiekiem pacjenta. W grupie osób powyżej 65 roku życia najczęściej udzielane są porady z zakresu protetyki stomatologicznej, podczas gdy w populacji dzieci i młodzieży najczęściej udzielane są świadczenia z zakresu ortodontji. Zwiększenie świadomości dotyczącej odpowiedniej higieny jamy ustnej w grupie dzieci i młodzieży oraz zwiększenie częstotliwości wizyt u stomatologa może wpłynąć na poprawę stanu uzębienia dzieci w wieku młodzieńczym oraz po osiągnięciu dojrzałości.

6. Świadczenia dla pacjentów przewlekle chorych

6.1. Chorzy z problemami w odżywianiu

Żywnienie pozajelitowe stosuje się u chorych (zarówno dzieci jak i dorosłych), u których żywienie przez przewód pokarmowy jest całkowicie niemożliwe lub niewystarczające. Tego typu przypadki dotyczą np. pacjentów, którzy są dotknięci takimi chorobami jak zespół krótkiego jelita czy choroba Leśniowskiego-Crohna.

Żywnienie pozajelitowe to dostarczenie wszystkich niezbędnych do życia składników odżywczych bezpośrednio do układu krwionośnego - z pominięciem przewodu pokarmowego. Składniki odżywcze: białko, węglowodany, tłuszcze, elektrolity, pierwiastki śladowe i witaminy podawane są w postaci specjalnie przygotowanych roztworów dożylnych. Mieszaniny te podawane są w powolnym wlewie kroplowym przy użyciu permanentnego dostępu żylnego – cewnika, dostarczając wszystkich niezbędnych do życia składników odżywczych.

Żywnienie odbywa się w szpitalu, lub jeśli lekarz opiekujący się pacjentem orzeknie, że dalsza hospitalizacja nie jest konieczna, a stan zdrowia pozwala na bezpieczne leczenie w warunkach domowych, bez konieczności całonocnej obserwacji, wówczas chory może zostać objęty opieką w domu.

Jeśli pacjent nie wymaga już hospitalizacji, a nadal potrzebne jest żywienie pozajelitowe lekarz prowadzący chorego w szpitalu zgłasza pacjenta do poradni specjalistycznej (na podstawie skierowania przekazywanego do poradni), gdzie odbywa się kwalifikacja do terapii domowej. Pacjent

otrzymuje worki zawierające mieszaniny odżywcze bezpośrednio do domu – tak często, jak wymaga tego rodzaj schorzenia i przebieg choroby. Pacjent lub opiekun zostają odpowiednio przeszkoleni m.in. w zakresie sposobu przetoczenia mieszanin podawanych choremu oraz postępowania się cewnikiem. Proces terapii nadzorowany jest przez specjalistów, dlatego chory podczas żywienia domowego znajduje się pod stałą opieką zespołu lekarzy i pielęgniarek zapewniających kompleksową terapię - wizyty i badania kontrolne, a w razie potrzeby skierowanie na hospitalizację.

Zastosowanie żywienia dojelitowego konieczne jest wówczas, jeśli chory nie może przyjmować pokarmu drogą doustną, np. z powodu zaburzeń połykania, chorób przełyku, schorzeń neurologicznych (choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, miastenia) czy nowotworowych. Jest to żywienie przez przewód pokarmowy, podczas którego niezbędne substancje podawane są inną drogą niż doustna. Chory otrzymuje potrzebne substancje poprzez sondę dożołądkową lub przetokę odżywczą bezpośrednio do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego.

Jeżeli lekarz opiekujący się pacjentem w szpitalu uzna, że dłuższa hospitalizacja nie jest konieczna i stan zdrowia pozwala na wypisanie do domu, kieruje wówczas chorego na podstawie skierowania do placówki, która zapewnia fachową pomoc w zakresie żywienia dojelitowego. Placówka ta dostarcza do domu pacjenta bezpłatnie sprzęt oraz preparaty odżywcze. Zarówno chory, jaki i opiekunowie są odpowiednio przeszkoleni do opieki i pozostają w stałym kontakcie telefonicznym z lekarzem prowadzącym. Świadczenie obejmuje również domowe wizyty kontrolne lekarza, w czasie których dokonywana jest ocena stanu odżywienia. Co pewien czas chory zgłasza się do placówki realizującej świadczenie w celu wykonania specjalistycznych badań.

6.2. Wspomaganie oddychania za pomocą respiratora

W sytuacji, gdy pacjent przebywa w szpitalu z powodu niewydolności oddechowej i wymaga ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, a nie jest konieczny pobyt w szpitalu, wówczas może otrzymać profesjonalne wsparcie medyczne zespołu długoterminowej opieki domowej. Jednak w przypadku tej formy terapii konieczna jest pomoc rodziny lub innych osób.

O tym, czy chory może przebywać w domu, decyduje lekarz prowadzący pacjenta w szpitalu. Nim podejmie taką decyzję musi uzyskać zgodę na wypis pacjenta ze szpitala, ponieważ osoba z niewydolnością oddechową, u której konieczne jest wspomaganie oddychania za pomocą respiratora – wymaga w domu profesjonalnej opieki ze strony rodziny lub innych osób. Lekarz może zdecydować o przeniesieniu chorego do domu jeśli zakończono leczenie przyczynowe i pełną diagnostykę. Osoby, które będą zajmować się pacjentem muszą przejść odpowiednie szkolenie w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania - w razie potrzeby - pierwszej pomocy medycznej.

Gdy pacjent trafia do domu, osoba opiekująca się nim zostanie wyposażona w niezbędny sprzęt medyczny (respirator, ssaki, sprzęt monitorujący) oraz otrzymuje wsparcie zespołu: lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty - którzy będą odwiedzać chorego minimum dwa razy w tygodniu. Liczba wizyt domowych określana jest indywidualnie przez lekarza prowadzącego. W sytuacjach wymagających nagłej konsultacji lekarz i pielęgniarka są stale dostępni pod telefonem. Chory objęty taką opieką pozostaje pod ciągłą obserwacją, ma zapewnione badania diagnostyczne konieczne do właściwej realizacji terapii w domu. To szpital, w którym przebywa chory, nawiązuje kontakt z taką placówką i ustala kwestie niezbędne do objęcia opieką. Lekarz opiekujący się chorym w szpitalu wystawia skierowanie, do którego dołącza kartę informacyjną leczenia szpitalnego oraz wyniki badań.

6.3. Tlenoterapia

Tlenoterapia jest nowoczesnym sposobem leczenia pacjentów cierpiących na niewydolność oddychania z powodu przewlekłych chorób płuc, najczęściej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) powstałej m.in. wskutek palenia papierosów. Dawniej mogła być ona prowadzona jedynie w szpitalu, natomiast w ostatnich latach nastąpił rozwój tzw. tlenoterapii domowej

Tlenoterapia polega na korzystaniu przez pacjenta z urządzeń, które wzbogacają w tlen powietrze do oddychania. W warunkach domowych, z uwagi na możliwość długotrwałego stosowania bez konieczności uzupełniania źródła tlenu, używane są obecnie tzw. koncentratory tlenowe, czyli urządzenia elektryczne które „zagęszczają” tlen z powietrza. Pacjent korzysta z koncentratora zgodnie ze wskazaniami lekarza, zazwyczaj codziennie przez pewną część doby. Jednocześnie pacjent taki pozostaje pod stałą opieką specjalistycznego ośrodka terapii tlenem.

Kwalifikacja do tlenoterapii odbywa się zwykle na oddziale pulmonologii, gdzie wykonywane są niezbędne badania wstępne, m.in. spirometria (pomiar funkcji płuc) i gazometria (stężenie tlenu we krwi). Następnie pacjent ze skierowaniem wystawionym przez lekarza udaje się do ośrodka domowego leczenia tlenem, w którym dokonywana jest ostateczna kwalifikacja i wypożyczony zostaje do użytku domowego odpowiedni sprzęt.

Pacjent korzysta z koncentratora samodzielnie w domu. Raz na 3 miesiące pielęgniarka z ośrodka terapii tlenem poradni pulmonologicznej odbywa wizytę w domu, by ocenić jego stan. Oprócz tych wizyt konieczne są również regularne badania i wizyty chorego w poradni prowadzącej ośrodek leczenia tlenem.

Pacjent lub jego opiekunowie zostają przeszkoleni w obsłudze koncentratora przez personel ośrodka leczenia tlenem. Domowa tlenoterapia wpływa na poprawę stanu chorego. Ważna jest jednak jego świadomość o celach stosowanego leczenia i konieczności zaprzestania palenia papierosów, co jest warunkiem skuteczności terapii

O zakwalifikowaniu do tlenoterapii w warunkach domowych decyduje lekarz specjalista. Korzyści z tej formy leczenia obejmują m. in. poprawę jakości życia, zmniejszenie częstości nawrotów infekcji układu oddechowego i potrzeby hospitalizacji, wydłużenie życia pacjenta z przewlekłą chorobą płuc. Pacjent może przebywać podczas terapii w domu, co ma pozytywny wpływ na jego ogólne samopoczucie. Do szpitala trafia tylko w okresach zaostrzeń choroby, wymagających intensywnego leczenia.

Pacjenci wymagający przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych zazwyczaj stosują ją bezterminowo, co wynika z najczęściej nieodwracalnego charakteru zaawansowanych chorób płuc.

Chory otrzymuje nieodpłatnie koncentrator oraz przewody tlenowe, a sam opłaca koszty energii elektrycznej zużywanej przez aparat w domu. Bezpłatny jest także serwis techniczny koncentratora oraz przeglądy techniczne z wymianą filtrów, odbywające się co 6 miesięcy.

W województwie małopolskim MOW NFZ finansuje terapię dla ok. 400 osób. W większości ośrodków domowego leczenia tlenem pacjenci wymagający tlenoterapii są kwalifikowani do tej formy leczenia na bieżąco. Koszt leczenia jednego pacjenta w ciągu roku to ok. 3 800 zł. Małopolski Oddział NFZ wydaje rocznie na tlenoterapię ok. 1 500 000 zł.

Placówki na terenie Miasta Krakowa, gdzie znajdują się Zespoły Domowego Leczenia Tlenem:

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II (ul. Prądnicka 80, Kraków),
- Specjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "UNIMED" Sp. z o.o., (ul. Młodej Polski 7, Kraków).

6.4. Dializoterapia

Dializoterapia to leczenie zastępujące funkcję nerek w przypadku ich krótkotrwałej lub przewlekłej niewydolności. Dwie powszechnie stosowane metody leczenia nerkozastępczego to hemodializa i dializa otrzewnowa. Hemodializa (dializa pozaustrojowa) polega na przepuszczeniu krwi pacjenta przez aparat dializacyjny, w którym odbywa się oddzielenie toksycznych produktów przemiany materii od krwi (krew wraca do pacjenta, a toksyny pozostają w aparacie). Kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego dokonywana jest w stacji dializ, do której skierowanie może wystawić zarówno specjalista, jak i lekarz pierwszego kontaktu. W przypadku przewlekłego leczenia pacjent musi mieć wykonany w oddziale chirurgicznym zabieg wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej. Ośrodek dializujący wykonuje również niezbędne dla prowadzenia terapii badania diagnostyczne, w tym ocenę pod kątem ewentualnego przeszczepu nerki.

Zabiegi hemodializy są wykonywane wyłącznie w stacjach dializ. Pacjent korzysta z usług jednej wybranej stacji dializ, według ustalonego planu zabiegów. Zabiegi wykonywane są najczęściej 3 razy w tygodniu i trwają zwykle kilka godzin. Leczenie takie musi być prowadzone długotrwale, często do końca życia (poza przypadkami ostrej i odwracalnej niewydolności nerek), chyba że przeprowadzony zostanie przeszczep nerki.

Hemodializa jest w pełni finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W koszcie hemodializy przewidziany jest również transport pacjenta do stacji i z powrotem do miejsca zamieszkania. Jest on wliczony w koszt dializy, bez względu na stan pacjenta. Powodzenie tego typu leczenia zależy od surowego przestrzegania planu zabiegów. Dzięki rozwojowi sieci stacji dializ, nastąpiło skrócenie czasu dojazdu dla pacjentów. Nie wiąże to tym samym pacjenta z miejscem, gdzie mieszka i jest leczony. W przypadku okresowego pobytu poza miejscem zamieszkania dializę „gościnną” można uzyskać w dowolnej innej lokalnej stacji dializ, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu.

Jeśli zachodzi potrzeba odbycia kuracji w warunkach sanatoryjnych - dializowani pacjenci z Małopolski są kierowani do ośrodka w Wysowej. To jedyne takie sanatorium w Polsce, które oprócz zleconych zabiegów gwarantuje hemodializę, a od 2009 roku również dializy otrzewnowe. Nie oznacza to jednak, że chorzy dializowani nie mogą korzystać z innych rodzajów sanatoriów, np. nad morzem. Należy jednak pamiętać, że w takich przypadkach pacjent musi zadbać o zapewnienie sobie miejsca w stacji dializ.

Liczba pacjentów objętych tą formą leczenia co roku wzrasta. Wynika to z poszerzania wskazań do dializoterapii oraz poprawy dostępności, głównie poprzez rozwój infrastruktury stacji dializ. Obecnie żaden pacjent wymagający leczenia nie spotyka się z odmową lub opóźnieniem leczenia, jakie miały miejsce kilkanaście lat temu.

Dializa otrzewnowa (wewnątrzustrojowa) polega na wprowadzeniu do jamy otrzewnowej (brzuszej) płynu dializacyjnego, do którego z krwi na zasadzie osmozy przechodzą woda i zbędne produkty przemiany materii. Podanie płynu wymaga założenia dostępu poprzez cewnik umieszczony na stałe w jamie brzusznej pacjenta.

Czynności związane z dializą otrzewnową pacjent może wykonywać sam w domu. Worki z płynem są dostarczane bezpośrednio do miejsca zamieszkania chorego. Istnieją dwa rodzaje dializy otrzewnowej: ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa (CADO) i automatyczna dializa otrzewnowa (ADO). Dializa CADO polega na kilkakrotnej wymianie worków z płynem w ciągu doby przez samego pacjenta. W dializie ADO stosowane jest specjalne urządzenie – cykler, które dokonuje automatycznie wymiany płynu dializacyjnego w jamie otrzewnowej. Stwarza to dla pacjenta możliwość stosowania cyklera w nocy, co jest szczególnie korzystne dla chorych prowadzących aktywny tryb życia. Obie formy dializy otrzewnowej stosowane są jako wstępny etap leczenia nerkozastępczego, trwający do kilku lat, pozwalający na opóźnienie leczenia hemodializami. Ze względu na możliwość prowadzenia terapii w domu ta forma leczenia jest bardziej wygodna dla pacjenta, choć wymaga większej samodzielności. Obecnie programem dializ otrzewnowych objętych jest w województwie ok. 100 pacjentów.

Wykaz stacji dializ w Krakowie:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital Uniwersytecki (ul. Kopernika 15, Kraków),
- Uniwersytecki Szpital Dziecięcy (ul. Wielicka 265, Kraków),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Diaverum Kraków Młodości (Os. Młodości 11, Kraków),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej-Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II, (Os. Złotej Jesieni 1, Kraków).

Wykaz ośrodków dializy otrzewnowej.

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki Kraków (ul. Kopernika 15, Kraków),
- Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Kraków (ul. Wielicka 265, Kraków),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej-Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II, (Os. Złotej Jesieni 1, Kraków).

6.5. Opieka domowa dla osób obłożnie i przewlekle chorych

Opieka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, świadczona jest nie tylko w placówkach służby zdrowia. Na pomoc medyczną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia może liczyć również obłożnie chory przebywający w domu.

Jeśli Pacjent jest obłożnie chory i przebywa w domu - warto pamiętać, że ma prawo do pomocy ze strony lekarza pierwszego kontaktu. Jeśli pacjent nie dokonał wcześniej wyboru lekarza pierwszego kontaktu może zrobić to w każdej chwili. W tym celu wystarczy wypełnić i przekazać do przychodni deklarację - druk znaleźć można w każdej przychodni lub na stronie internetowej NFZ.

W przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi można zgłosić telefonicznie potrzebę wizyty domowej u chorego w godzinach pracy przychodni (od 8.00 do 18.00). Podczas wizyty lekarz zbada chorego, skontroluje jego stan, doradzi sposoby leczenia i pielęgnacji, wystawi recepty na leki. Warto również sprawdzić w przychodni, pod jaki numer telefonu należy dzwonić, jeśli będzie potrzebna pilnie wizyta lekarza pierwszego kontaktu wieczorem, nocą, w niedzielę czy święta. Taką pomoc można uzyskać w ramach tzw. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.. Każda przychodnia powinna

umieścić w sposób widocznym informację o miejscu świadczonej opieki całodobowej- wraz z adresem i numerem telefonu.

Może zdarzyć się, że podczas wizyty domowej lekarz stwierdzi, iż ze względu na pogorszenie stanu zdrowia konieczne jest przewiezienie chorego do szpitala, pacjent może w takiej sytuacji liczyć na transport do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej. W każdym przypadku zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia każdy ma prawo również wezwać Pogotowie Ratunkowe.

Pacjent lub opiekun może również w razie konieczności zgłosić potrzebę wizyty domowej lekarza specjalisty. Każda poradnia specjalistyczna mająca umowę z NFZ może udzielić takiej pomocy, należy jednak pamiętać, że do znacznej części specjalistów wymagane są skierowania, tak jak w przypadku wizyt w gabinecie (nie wymagane jest skierowanie do ginekologa, dermatologa, onkologa, okulisty, a także dla osób chorych na gruźlicę, HIV, inwalidów wojennych i osób represjonowanych)

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

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

Pielęgniarka rodzinna pomaga osobie obłożnie i przewlekle chorej tak długo, jak długo wymaga tego jej stan. Jeśli jednak chory potrzebuje na okres dłuższy niż 2 tygodnie dożylniej kroplówki, cewnikowania, zabiegów w przypadku stomii, przetoki; karmienia przez zgłębnik, płukania pęcherza moczowego bądź pielęgnacji ze względu na rurkę tracheotomijną warto wówczas skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej. W uzyskaniu takiej opieki pomoże pielęgniarka POZ opiekująca się chorym, potrzebne będzie również skierowanie wystawione przez lekarza np. podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto, kobieta w każdym okresie swojego życia może zwrócić się do położnej wybranej poprzez złożenie deklaracji po fachową pomoc i opiekę w domu po operacjach ginekologiczno-położniczych, gdy konieczne jest np. aplikowanie zastrzyków domięśniowych czy dożylnych, leczenie i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn.

Jeśli pacjent jest obłożnie chory, nie wymaga pobytu w szpitalu, ale potrzebuje systematycznej opieki pielęgniarskiej może zostać zakwalifikowany do pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, którzy w ocenie według zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. W zakwalifikowaniu chorej osoby do objęcia opieką pomoże pacjentowi lekarz ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarka środowiskowa. Lekarz wystawia stosowne skierowanie określając stan

chorego i rodzaj niezbędnej pomocy; pielęgniarka wypełnia druk kwalifikacji opisując stopień samodzielności chorej osoby (m.in. w zakresie poruszania się, czynności higienicznych itp.). Na podstawie tych dokumentów może zostać choremu przydzielona pielęgniarka opieki długoterminowej. Pielęgniarka opieki długoterminowej odwiedza chorego co najmniej 4 razy w tygodniu. W uzasadnionych medycznie przypadkach dostępna jest również w niedzielę, święta i dni wolne od pracy. Chory może liczyć na pomoc w zakresie edukacji zdrowotnej, w tym również członków rodziny, w przygotowaniu do samoopieki i samopielęgnacji; pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym. Pielęgniarka opieki długoterminowej wykonuje czynności pielęgnarskie oraz pielęgnacyjne zgodnie z ustalonym planem opieki.

6.6. Świadczenia medyczne finansowane przez NFZ dostępne dla chorych na stwardnienie rozsiane

Najczęściej pacjenci chorzy na SM korzystają z pomocy poradni: neurologicznej, okulistycznej, logopedycznej, ortopedycznej, chirurgicznej, psychologicznej, zdrowia psychicznego. Do większości poradni specjalistycznych potrzebne jest skierowanie od lekarza. Skierowanie do specjalisty wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny) bądź lekarz specjalista z poradni lub szpitala, który ma kontrakt z NFZ. Bez skierowania można skorzystać ze świadczeń okulisty i psychiatry. Każda poradnia specjalistyczna może również – w razie konieczności- udzielić pomocy specjalisty w ramach wizyty domowej.

W razie potrzeby lekarz specjalista wystawi skierowanie na badania, które pozwolą na monitorowanie przebiegu choroby i będą pomocne w leczeniu – wśród nich m.in. na tomografię (TK) i badanie rezonansem (MR). Po otrzymaniu skierowania pacjenci mogą skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie pracowni badań TK lub MR. Małopolski Oddział NFZ podpisał umowy na realizację tych świadczeń z 18 pracownikami rezonansu magnetycznego i 34 pracownikami tomografii komputerowej.

Rozwój choroby wiąże się niejednokrotnie z koniecznością hospitalizacji. Skierowanie do szpitala może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarz specjalista - jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Podczas hospitalizacji szpital powinien zapewnić pacjentowi bezpłatne badania, zabiegi, operacje, leki i materiały medyczne potrzebne w procesie leczenia. Pacjentowi przysługuje również transport międzyszpitalny niezbędny dla zachowania ciągłości leczenia w innym szpitalu oraz transport sanitarny po wypisaniu do miejsca zamieszkania, jeżeli ze wskazań medycznych wynika taka konieczność. Dla pacjentów ze zdiagnozowanym stwardnieniem rozsianym dostępny jest terapeutyczny program zdrowotny z zastosowaniem substancji o nazwie: interferon beta-1b, interferon beta-1a oraz glatiramer. Mają one wpływać na zmniejszanie częstości rzutów choroby i ograniczanie występowania ciężkich rzutów choroby oraz opóźnianie postępu choroby.

Do programu kwalifikuje pacjenta lekarz specjalista w dziedzinie neurologii (z poradni specjalistycznej bądź oddziału szpitalnego). Możliwość zakwalifikowania do programu wyznaczają kryteria stworzone przez specjalistów.

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

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

7.1. Reorganizacja i rozbudowa zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie

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

- 1) Uruchomienie łóżek geriatrycznych w miejskich podmiotach leczniczych (Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego tj. przeprowadzenie przebudowy działających w szpitalach oddziałów chorób wewnętrznych.
- 2) Wydzielenie oddziałów geriatrycznych z istniejących oddziałów internistycznych.
- 3) Utworzenie poradni geriatrycznych przy nowopowstałych oddziałach geriatrycznych w szpitalach miejskich.
- 4) Przebudowę pawilonów nr 3 i nr 4 oraz budowę Pawilonu Nr 5 w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, ul. Wielicka wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia medycznego i technicznego. Tak przygotowana baza lokalowa – sprzętowa stanowiłaby podstawę do realizacji drugiego etapu działań tj. wprowadzania zmian organizacyjnych mających na celu utworzenie oddziałów rehabilitacji geriatrycznej.
- 5) Reorganizację i rozbudowę zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie (miejskie podmioty lecznicze - Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego oraz Zakład Opiekuńczo – Leczniczy, ul. Wielicka 267).

W części dotyczącej miejskich podmiotów leczniczych projekt obejmuje swoim zakresem reorganizację i rozbudowę zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej w Krakowie, w tym:

- 6) Uruchomienie łóżek geriatrycznych w miejskich podmiotach leczniczych (Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego oraz w Zakład Opiekuńczo – Leczniczy, ul. Wielicka 267).
- 7) Przebudowę pawilonów nr 3 i nr 4 w ZOL, wraz z infrastrukturą (place, drogi dojazdowe, chodniki, parkingi, rekultywacja zieleni, przebudowa instalacji energetycznej, wykonanie studni głębinowej, adaptacja pawilonu gospodarczego na pomieszczenia magazynowo-techniczne).

Pierwszym etapem realizacji ww. działań będzie przeprowadzenie przebudowy działających w szpitalach oddziałów chorób wewnętrznych i przebudowa pawilonów nr 3 i nr 4 w ZOL wraz

z zakupem niezbędnego wyposażenia medycznego i technicznego. Tak przygotowana baza lokalowa – sprzętowa stanowiła będzie podstawę do realizacji drugiego etapu działań tj. wprowadzania zmian organizacyjnych mających na celu:

- wydzielenie oddziałów geriatrycznych z istniejących oddziałów internistycznych,
- utworzenie oddziałów rehabilitacji geriatrycznej w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym,
- utworzenie poradni geriatrycznych przy nowopowstałych oddziałach geriatrycznych w szpitalach miejskich.

Zgodnie z projektem Kontraktu Terytorialnego dla Małopolski z dnia 14 sierpnia 2013 r. realizacja ww. działań w zakresie miejskich szpitali zaplanowana została w ramach projektu utworzenia Medycznego Centrum Wieku Dojrzałego przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Przedsięwzięcie stanowi propozycje kompleksowego rozwiązywania problemów pojawiających się w podeszłym wieku. Celem projektu jest utworzenie ośrodka diagnostyki i leczenia chorób wieku starszego. Zakres projektu obejmował będzie utworzenie Centrum na bazie Kliniki chorób wewnętrznych i geriatrii w Krakowie (Szpital Uniwersytecki) oraz rozwój opieki geriatrycznej w subregionach poprzez reorganizację i rozwój zasobów stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki geriatrycznej (w krakowskich szpitalach miejskich, szpitalach w Limanowej, Gorlicach i Wadowicach). Szacunkowa wartość projektu to ok. 95 500 000 zł. W chwili obecnej nie ma ustalonej listy projektów kluczowych, planowanych do dofinansowania ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

- 8) Przebudowę Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej zgłoszony do dofinansowania w ramach Programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014.

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

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

Planowane rozłożenie wartości na lata realizacji wynosi odpowiednio:

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

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

7.2. Projektowane działania Gminy Miejskiej Kraków w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

W ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych zgłoszono projekt Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie pn. „Poprawa opieki geriatrycznej dla mieszkańców gmin wchodzących w skład Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych poprzez przebudowę Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie wraz z jego otoczeniem. Szacunkowa wartość projektu to 22 000 000 zł. Zakres rzeczowy obejmował będzie przebudowę wraz z zakupem wyposażenia Pawilonu nr 3, budowę Pawilonu nr 5 wraz z zakupem wyposażenia, dostawę i montaż pomp ciepła, przebudowę budynku socjalnego dla potrzeb budowy instalacji solarnej w Zakładzie oraz przebudowę placów, dróg dojazdowych, chodników, parkingu, rekultywacja zieleni.

Celem przedsięwzięcia będzie rozwój oraz zwiększenie dostępności do specjalistycznej opieki geriatrycznej w Małopolsce oraz dostosowanie jej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych osób starszych. W efekcie realizacji przedsięwzięcia powstanie baza lokalowo – sprzętowa, która stanowiła będzie podstawę do realizacji drugiego etapu działań tj. wprowadzania zmian organizacyjnych w Zakładzie mających na celu między innymi utworzenie oddziałów rehabilitacji dla osób w podeszłym wieku.

Przedmiotowy projekt w pełni wpisuje się w zakres rzeczowy priorytetu inwestycyjnego 9.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych, w ramach 12 Osi Priorytetowej - Infrastruktura Ochrony Zdrowia, 9.7 Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym – w zakresie wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych w ramach 9 Osi Priorytetowej – Region Spójny Społecznie, 4.3 Wspieranie efektywności energetycznej i wykorzystywania odnawialnych źródeł energii w infrastrukturach publicznych i sektorze mieszkaniowym, w ramach 4 Osi Priorytetowej - Regionalna polityka energetyczna przyjazna środowisku.

Uwzględniając prognozy mówiące o dalszym wydłużaniu trwania życia, biorąc pod uwagę zwiększanie się liczby osób w wieku poprodukcyjny oraz weryfikując stan infrastruktury (liczby łóżek) należy stwierdzić, iż istnieje konieczność wspierania i rozwoju opieki długoterminowej. Beneficjentami

przedmiotowego projektu będą pacjenci Zakładu – osoby przewlekle chore, cierpiące na schorzenia nie poddające się leczeniu przyczynowemu, wobec których zastosowano leczenie poprawiające jakość życia ich oraz ich rodzin, w obliczu śmiertelnych chorób, zazwyczaj u kresu życia, wymagający kompleksowej całodobowej opieki medycznej. Beneficjentami projektu będą również pacjenci oczekujący na przyjęcie do ZOL, z Krakowa, gmin ościennych, jak również z terenu całego województwa małopolskiego.

W latach 2010-2012 do Zakładu przyjętych zostało 981 osób, w tym z Krakowa 650 osób, a z terenu województwa małopolskiego 331.

Realizacja przedmiotowego projektu w ramach ZIT jest w pełni uzasadniona, z uwagi na przebywanie w ZOL-u pacjentów z poszczególnych gmin wchodzących w skład Związku ZIT. Dla przykładu przytoczyć można następujące dane (za okres 1.01.2012 – 30.11.2013), dotyczące liczby pacjentów Zakładu z następujących gmin: Kraków – 1191; Biskupice - 13, Kocmyrzów-Luborzyca - 11, Igołomia – Wawrzeńczyce - 13, Liszki - 10, Michałowice - 4, Mogilany - 14, Niepołomice - 14, Skawina - 106, Świątniki Górne - 9, Wieliczka - 146, Wielka Wieś - 10, Zabierzów - 13 Zielonki – 7.

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

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

W ramach przyjętego uchwałą Nr LXXVII/1167/13 Rady Miasta Krakowa „Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Zdrowy Kraków na lata 2013-2015” Miasto Kraków realizować będzie wielokierunkowe działania zorientowane na wzmocnienie potencjału zdrowotnego mieszkańców

Miasta w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych adresowane do konkretnych grup wiekowych.

Działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej będą polegać szczególnie na:

- 1) realizacji miejskich programów zdrowotnych dla mieszkańców Miasta Krakowa,
- 2) realizacji programów profilaktyki zdrowotnej w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa,
- 3) organizacji przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej,
- 4) organizacji przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej,
- 5) prowadzeniu 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:
 - 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,
 - profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób występujących w wieku podeszłym,
 - edukacji chorych na schorzenia przewlekłe, w tym astmę oskrzelową, chorób układu oddechowego, choroby nerek oraz choroby rzadkie.
- 6) zapewnienie mieszkańcom Miasta informacji o realizowanych programach zdrowotnych poprzez:
 - działalność „Całodobowego Telefonu Informacji Medycznej” (12/ 661 22 40),
 - współpracę z lokalnymi środkami masowego przekazu,
 - wykorzystanie komunikacji elektronicznej,
 - 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.

W części dot. Promocji i profilaktyki zdrowia zostały poruszone kwestie dotyczące osób starszych tj.:

- a) upowszechnianie zachowań zdrowotnych poprzez adresowanie programów zdrowotnych do osób starszych tj.:
 - „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia”,

- „Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy”,
 - „Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego”.
- b) podejmowanie działań w ramach poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta,
- c) promowanie zachowań prozdrowotnych dla zapewnienia osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia.
- 10) utworzenie 3 miejskich Centrów Opieki nad Osobą Starszą i Przewlekle Chorą/ Centrów Wieku Dojrzałego (nazwa robocza) na terenie b. dz. adm. Podgórze, Nowa Huta i Krowodrza. Podgórze – jako pilotaż m.in. w ramach realizacji przez GMK w oparciu o zmodernizowaną infrastrukturę ZOL projektu EOG Mechanizm Norweski Pawilon 4. Kolejne 2 centra przy Szpitalu im. Narutowicza (Krowodrza) –np. Budynek Patomorfologii, i przy Szpitalu Żeromskiego (Nowa Huta). W b.dz. Śródmieście w porozumieniu z UJ – to co miało robić Województwo - na bazie Kliniki Geriatrii i Chorób Wewnętrznych. Jednocześnie Centrum przy Klinice pełniłoby rolę koordynatora zadań wykonywanych przez Centra i pełniło nadzór merytoryczny.

8. Kluczowe wnioski i rekomendacje

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały:

- 1) Wnioski z zakresu sytuacji społeczno – demograficznej opracowane w oparciu o dane zawarte w rozdziale III.
- 2) Wnioski z zakresu rozwiązań opieki zdrowotnej w Krakowie skierowanej do osób starszych i osób przewlekle chorych, które przygotowano na podstawie rozdziału IV i V.
- 3) Wnioski i rekomendacje ogólne wynikające z szerszej analizy omawianej problematyki.
- 4) Wnioski i rekomendacje specjalistów, z którymi konsultowane były wcześniejsze wersje prezentowanego opracowania.

Niniejszy Raport jest opracowaniem, które powinno być pomocne do wyznaczania i realizacji zadań w tak ważnym obszarze, jakim jest opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie Miasta Krakowa.

8.1. Wnioski z zakresu sytuacji społeczno - demograficznej

- 1) Liczba ludności Krakowa będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2030, prognozowany jest spadek liczby mieszkańców z 758 992 (stan na 2013r.) do 717 000 w 2030 roku. W latach 2015 – 2035 wśród mieszkańców Krakowa nastąpi znaczący spadek liczby osób w wieku 65 – 69 (spadek z 44 426 do 38 750). W analizowanym okresie czasu prognozowany jest także wzrost liczby ludności w wieku: 70 – 74 z wartości 28 851 (2015 r.) na 34 396 (2035 r.); 75 – 79 z wartości 24 439 (2015 r.) na 36 783 (2035 r.); 80 - 84 z wartości 18 999 (2015 r.) na 31 013 (2035 r.); 85 i więcej z wartości 18 999 (2015 r.) na 31 013 (2035 r.).
- 2) W Krakowie od 2007 do 2011 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wzrosło z 73,5 do 75, 6 lat, a dla kobiet z 80,6 do 81, 9 lat. Przeciętna długość trwania życia zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn jest wyższa w Krakowie w porównaniu do wartości wskaźnika na poziomie całego województwa oraz kraju. Z kolei, w Krakowie w latach 2007 – 2011, przeciętne dalsze trwanie życia (obliczone dla osób w wieku 65 lat) wzrosło dla kobiet z 19,2 do 20,4 lat, a dla mężczyzn z 15,8 do 16,7 lat.
- 3) W Krakowie w latach 2005 – 2012 obserwowalny był stopniowy wzrost liczby urodzeń, poza rokiem 2011, dla którego nastąpił niewielki spadek (pomiędzy rokiem 2010 a 2011 liczba urodzeń spadła o 431.
- 4) W Małopolsce na przestrzeni lat 2002 – 2013 odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 15,1% do 17,7%. Jednocześnie w analizowanym okresie czasu nastąpił znaczący spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym z 23,8% w 2002 roku do 19,2% w 2013 roku. W latach 2009 – 2013 odsetek osób w wieku produkcyjnym zmalał z 63,7% do 63,1%.
- 5) Najczęstszą przyczyną zgonów w Małopolsce są choroby układu krążenia, które stanowią ponad 48% wszystkich zgonów. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są choroby onkologiczne i stanowią blisko 26% i niestety - od kilku lat obserwowany jest stały ich wzrost. W Małopolsce z liczbą mieszkańców blisko 3,4 mln. (12/2012) liczba osób chorujących na różne formy depresji zawiera się w przedziale 330 – 660 tysięcy, jednak osób zagrożonych rozwojem depresji może być drugie tyle.
- 6) W Krakowie w 2013 roku dla osób powyżej 60 roku życia wydano 3541 orzeczeń o stopniu niepełnosprawności z czego największa liczba tj. 1442 wydana była z uwagi na

upośledzenie narządu ruchu, 838 z powodu choroby układów oddechowego i krążenia, 548 z powodu chorób neurologicznych. W województwie małopolskim dominują osoby z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 42% populacji osób niepełnosprawnych.

- 7) W województwie małopolskim w 2009 r. najniższy odsetek osób niepełnosprawnych występował w grupie osób w wieku 0 – 14 lat (1,9%). W kolejnej grupie wiekowej tj. 15 – 29 lat udział osób niepełnosprawnych w populacji mieszkańców Małopolski wynosił 4,6%, w przedziale wiekowym 30 – 49 lat (7,1%), wśród osób w wieku 50 – 69 lat odsetek osób niepełnosprawnych wynosił aż 30,8%, a w grupie osób powyżej 70 roku życia odsetek ten wynosił aż 55,6%.

8.2. Wnioski z zakresu rozwiązań opieki zdrowotnej w Krakowie skierowanej do osób starszych i osób przewlekle chorych

- 1) Opieka nad osobami starszymi realizowana jest obecnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Opiekę domową w systemie opieki zdrowotnej sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowe na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarskie oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej.
- 2) Nakłady na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z roku na rok ulegają zwiększeniu – nakłady w 2013 r. w stosunku do 2011 r. na terenie Miasta Krakowa wzrosły o 30%.
- 3) W obszarze świadczeń ambulatoryjnych najdłuższa kolejka występuje w dostępie do świadczeń z zakresu endokrynologii, gdzie czas oczekiwania wynosił 144 dni w roku 2013 i wzrósł o 41 dni w stosunku do roku 2012. Najkrócej pacjenci czekają na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: położnictwo i ginekologia, gdzie czas oczekiwania wynosił 16 dni w roku 2013 i wzrósł o zaledwie 3 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 13 dni; chirurgii ogólnej, gdzie czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2013 i zwiększył się o 5 dni w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 12 dni; geriatry, gdzie czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2013 i zmniejszył się o 1 dzień w stosunku do roku 2012, kiedy wynosił 18 dni.
- 4) W obszarze świadczeń rehabilitacyjnych średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie wynosił w 2013 roku ok. 136 dni. Najdłuższa kolejka występuje w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - czas oczekiwania wynosił 552 dni w roku 2013. Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym - w roku 2013 były to 3 dni, na świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych - w roku 2013 czekało się 8 dni, a na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej - czas oczekiwania w roku 2013 wyniósł 24 dni.

8.3. Wnioski i rekomendacje ogólne

Analiza danych demograficznych wskazuje na potrzebę zapewnienia osobom starszym i przewlekle chorym odpowiedniej opieki. W Polsce opieka ta jest sprawowana w ramach współdziałania dwóch sektorów: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, a jej zasadniczym celem jest oprócz organizowania opieki, udzielanie wsparcia w sposób umożliwiający jak najdłuższe funkcjonowanie tych osób w środowisku lokalnym.

- 1) W kontekście zachodzących zmian związanych ze starzeniem się społeczeństwa konieczne jest stałe monitorowanie stanu zdrowia, sytuacji demograficznej, zasobów ochrony zdrowia oraz przyjętych rozwiązań organizacyjnych w opiece zdrowotnej osób starszych i przewlekle chorych na terenie Miasta Krakowa.
- 2) Monitorowanie powinno obejmować szczegółowe analizy potrzeb zdrowotnych osób starszych z zastosowaniem odpowiednich narzędzi, uwzględnieniem całego procesu, włączając w to potrzeby zdrowotne obiektywne (określane przez lekarza) i subiektywne (określane przez daną osobę), uświadomione i nieświadomione (np. aktywne wykrywanie chorób oraz problemów zdrowotnych) oraz zrealizowane i niezrealizowane (trudności w dostępności, identyfikacja przyczyn tych trudności).
- 3) Do celu monitorowania należy określić zakres dostępnych wskaźników oraz tych problemów, które identyfikowane są jedynie jakościowo, brak jest obiektywnych danych liczbowych lub dane liczbowe są nieprecyzyjne lub mogące budzić wątpliwości interpretacyjne (np. dane dotyczące niepełnosprawności pochodzą z badań ankietowych Głównego Urzędu Statystycznego, są więc subiektywne oraz z powiatowych zespołów orzekających, które nie obejmują całej populacji potrzebujących). Należy zwrócić uwagę, że zjawisko niepełnosprawności ma nie tylko wymiar fizyczny (utrata anatomicznej struktury lub funkcji), ale także wymiar społeczny i psychiczny, i te aspekty nie są uwzględniane w rutynowych analizach zdrowotnych. Podobna sytuacja dotyczy np. kolejek, które w obecnej postaci raportowania nie oddają faktycznych trudności w dostępności do opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że brak jest rutynowo zbieranych danych opisujących występowanie większości chorób przewlekłych, zwłaszcza w poszczególnych grupach wieku (w tym w wieku podeszłym). Cenne informacje w tym zakresie posiada Narodowy Fundusz Zdrowia, jednakże należy pamiętać, że dane gromadzone przez NFZ są danymi rozliczeniowymi, a nie epidemiologicznymi i dotyczą osób korzystających z powszechnego systemu ubezpieczeń (korzystających z opieki medycznej w instytucjach posiadających kontrakt). W sytuacji, gdzie istnieją braki informacji, a jej posiadanie zostaje uznane za konieczne, należy opracować alternatywne systemy monitorowania. Pełna identyfikacja barier i problemów w dostępie do opieki zdrowotnej możliwa jest po przeanalizowaniu ścieżek pacjentów w opiece zdrowotnej i, jeśli zostanie uznane to za właściwe, należy podjąć zadanie ich identyfikacji w szerszym bądź profilowanym zakresie.
- 4) Analiza możliwych zmian powinna uwzględniać wszystkie etapy związane ze zdrowiem: profilaktykę chorób, odpowiednią diagnostykę (w tym wczesną), właściwe i skuteczne leczenie oraz rehabilitację i wszystkie działania podnoszące jakość życia pacjenta, z włączeniem usług domów opieki oraz opieki domowej. Uwzględnianie możliwości nowych technologii może znacząco usprawnić te procesy. Należy zwrócić uwagę na konieczność intensyfikacji działań diagnostycznych i leczniczych w problemach związanych z pogorszeniem wzroku, słuchu oraz chorób kognitywnych u osób starszych.
- 5) W procesach analiz oraz przyjmowania rozwiązań konieczne jest współdziałanie wszystkich uczestników zachodzących procesów, a więc instytucji odpowiedzialnych za zdrowie populacji, organizujących opiekę zdrowotną i społeczną oraz adresatów tych działań - osób w podeszłym wieku.
- 6) Ważnym elementem jest koordynowanie działań wobec osób starszych sektora opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej oraz działań różnych instytucji wewnątrz tych

sektorów. Należy rozważyć możliwość większej aktywizacji poszczególnych struktur w zakresie opieki nad osobą starszą. Działania instytucji samorządowych powinny uzupełniać i wspomagać obszary w zakresie potrzeb zdrowotnych, które są gorzej zaspokajane przez aktywności instytucji opieki zdrowotnej. Opieka nad osobą starszą nie dotyczy tylko dostępu do porady lekarskiej czy hospitalizacji, ale również opieki w domu pacjenta. Uwzględnienie w zadaniach również opieki nad osobami chorymi przewlekle poszerza grupę odbiorców i konieczność uwzględnienia wszystkich osób z chorobami przewlekłymi, w tym dzieci.

- 7) Celem proponowanych działań jest osoba starsza oraz chora przewlekle, zatem w procesie zbierania informacji, a także proponowania rozwiązań i wdrażania zmian konieczne jest uwzględnienie szerokiej komunikacji z adresatem działań.
- 8) Proponowane rozwiązania powinny uwzględniać dwie perspektywy: bliską, z przyjmowaniem rozwiązań doraźnych oraz perspektywę odległą, z opracowaniem celu oraz strategii postępowania oraz dwa wymiary: organizacyjny oraz finansowy.

8.4. Wnioski i rekomendacje specjalistów

- I. **Dr hab. n. med. Barbara Gryglewska** – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatrici dla Województwa Małopolskiego

Wnioski

- 1) wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia w populacji mieszkańców Krakowa w wieku powyżej 65 lat powinno skutkować zaproponowaniem dla tej części populacji programów pierwotnej prewencji chorób oraz problemów geriatrycznych,
- 2) bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji (około 2 lat na rehabilitację ogólnoustrojową), która jest najbardziej konieczna w przypadku osób starszych, będzie skutkował znaczącym pogorszeniem stanu zdrowia i stopnia niesprawności. W skierowaniu do rehabilitacji w warunkach domowych zwraca uwagę fakt, że świadczenia są ograniczone czasowo (do 6 lub 12 miesięcy) oraz rodzajem schorzeń prezentowanych przez chorego,
- 3) niepokojący jest fakt zmniejszenia dostępności do świadczeń urologicznych i proktologicznych, gdzie dominują głównie osoby starsze oraz jednoczesna zła sytuacja w specjalistycznym leczeniu kardiologicznym i onkologicznym,
- 4) obserwowana jest tendencja do spadku liczby miejsc w domach pomocy społecznej, dziennych domach pomocy i ośrodkach wsparcia, a zwłaszcza w domach dla przewlekle chorych somatycznie oraz wydłużenie czasu oczekiwania na tego typu świadczenia.

Rekomendacje

- 1) Konieczne jest zwiększenie dostępności oraz nakładów finansowych na rehabilitację ogólnoustrojową oraz specjalistyczną prowadzoną w warunkach oddziałów szpitalnych, ambulatoryjnie i w warunkach domowych, celem poprawy sprawności układu ruchu osób starszych ze zmniejszeniem ryzyka upadków oraz zwiększeniem stopnia samodzielności i zdolności samoobsługowej.
- 2) Należy zwiększyć dostępność do specjalistycznych badań okulistycznych, co umożliwi wcześniejsze wykrywanie i lepsze leczenie chorób oczu (zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki,

korekta ostrości wzroku). Konieczne jest także zwiększenie nakładów finansowych i skrócenie czasu oczekiwania na operacje zaćmy.

- 3) Należy zwiększyć dostępność do badań słuchu oraz stopień dofinansowania do aparatów słuchowych dla osób słabo słyszających.
- 4) Należy zorganizować system dożywiania osób starszych (analogicznie jak anglosaskie „meals on the wheels”) zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych z trudnościami w wykonywaniu zakupów, przygotowywaniu posiłków.
- 5) Konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na wczesną diagnostykę zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych w ramach poradni geriatrycznych lub szpitalnych oddziałów geriatrycznych czy neurologicznych, celem jak najwcześniejszego leczenia przyczynowego lub wprowadzenia leczenia prokognitywnego spowalniającego postęp choroby.
- 6) Należy zaplanować rozwój ośrodków opieki przejściowej (hotelowo-pielęgniacyjno-rehabilitacyjnej) dla starszych pacjentów po leczeniu szpitalnym z powodu ostrego schorzenia, które spowodowało pogorszenie ich zdolności samoobsługowej i ograniczyło zdolność do samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych. Osoby takie nie wymagają już hospitalizacji, ale nie nadają się jeszcze do powrotu do domu. Dzięki takim ośrodkom skróceniu ulegnie czas hospitalizacji osób starszych, co zwiększy dostępność leczenia szpitalnego, zaś dzięki rehabilitacji i odpowiedniemu leczeniu żywieniowemu oraz pielęgnacji zwiększy się szansa tych osób na powrót do samodzielności.
- 7) Istotne jest zorganizowanie systemu umożliwiającego rozwój tendencji zmierzającej do odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz rozwijania usług w dziedzinie opieki świadczonej w domu i w ośrodkach lokalnych. Powinno ono objąć dostosowanie mieszkań do sprawności osób starszych, stworzenie systemu telemonitoringu, czy systemów alarmowych w sytuacjach wymagających uzyskania szybkiej pomocy. Mieści się w tym także opracowanie i wdrożenie systemu wsparcia pacjentów i ich opiekunów. Celem optymalnej realizacji tych działań jest szkolenie personelu, zarówno medycznego (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci), ale także pracowników socjalnych oraz opiekunek osób starszych. Ważne jest także szkolenie pracowników Domów Pomocy Społecznej, gdyż starzejąca się populacja mieszkańców tego typu placówek wymaga zmiany podejścia do opieki w tych instytucjach.

II. mgr Barbara Bulanowska – Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Wnioski

- 1) Kolejki osób oczekujących nie są podstawą do oceny poziomu finansowania i zapotrzebowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Liczba osób oczekujących w kolejce na świadczenia to pacjenci pierwszorazowi. Nakłady na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną z roku na rok ulegają zwiększeniu – nakłady w 2013 r. w stosunku do 2011 r. na terenie Miasta Krakowa wzrosły o 30%. Natomiast malejące nakłady w danej specjalności czy obszarze w stosunku do lat poprzednich wynikają często z mniejszego wykonania świadczeń (poziom realizacji umów) w okresie, który posłużył do wyliczenia kwot dla umów anektowanych i przyczyną takiej sytuacji nie jest brak środków finansowych po stronie NFZ tylko np. brak wystarczającej liczby specjalistów na danym terenie, przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych czy rozwiązania umów przez świadczeniodawców z różnych przyczyn.

- 2) Niedługi (w porównaniu z innymi poradniami) czas oczekiwania na świadczenia w poradni geriatrycznej, a także niewysokie nakłady na ten zakres wynikają w głównej mierze z niechęci pacjentów do korzystania z poradni geriatrycznych.
- 3) Nie zawsze poziom finansowania ma wpływ na czas oczekiwania, bowiem w zakresach takich jak: geriatryka, chirurgia onkologiczna czy też neurochirurgia występuje niewykonanie świadczeń, pomimo sprawozdania kolejek oczekujących.

Rekomendacje

- 1) Szeroko rozumiana opieka geriatryczna wymaga rozwoju i wsparcia, z uwagi na zachodzące w społeczeństwie zmiany demograficzne i epidemiologiczne. Rekomendowane jest utworzenie Oddziału Geriatrycznego w Szpitalu w Brzesku oraz Miechowie (powiecie o najstarszej populacji), na co wskazuje zarówno struktura demograficzna i jej trendy dla poszczególnych powiatów, jak i lokalizacja obecnych oddziałów geriatrycznych (Gorlice oraz Wadowice).
- 2) Zwiększenie roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w diagnostyce onkologicznej z pewnością w przyszłości przyniesie wymierne korzyści i przyczyni się do poprawy stanu zdrowotności ludności, także Miasta Krakowa. Kluczową rolę odgrywa tutaj „szybka ścieżka onkologiczna”, która zakłada, że w przypadku podejrzenia wystąpienia u pacjenta nowotworu złośliwego, już lekarz POZ będzie uprawniony do wydania karty szybkiej diagnostyki onkologicznej, która umożliwi pacjentowi wejście w szybką, poza kolejnością, diagnostykę onkologiczną.

- III. **Prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk** – pełnomocnik Prorektora ds. nadzoru nad realizacją porozumienia zawartego pomiędzy Miastem Kraków a Uniwersytetem Jagiellońskim, Collegium Medicum

Wnioski

- 1) Brak łóżek szpitalnych mogących zapewnić opiekę długoterminową ciężkich chorych/terminalnych z chorobami nienowotworowymi – chorzy ci często przebywają na specjalistycznych oddziałach ograniczając możliwości oddziałów specjalistycznych i wydłużając w nich kolejki do uzyskania ww. świadczeń.
- 2) Ze względu na fakt, że w niektórych specjalnościach lekarskich coraz więcej lekarzy po zakończeniu okresu specjalizacji nie podejmuje pracy w jednostkach mających podpisane umowy z NFZ, dochodzi do pozornego spadku specjalistów gdy oceniamy dostępność do konsultacji specjalistycznych. Dostęp do opieki specjalistycznej staje się tu najbardziej utrudniony dla ludzi m.in. starszych (głównie ze względów finansowych).
- 3) Dużym problemem jest kontynuowanie opieki szpitalnej u ciężko chorych (w tym terminalnych) ze schorzeniami nienowotworowymi; długi okres oczekiwania oraz przedłużone hospitalizacje na Oddziałach specjalistycznych. Konieczne jest ustalenie systemowego rozwiązania tego problemu. Dodatkowo ze względu na ograniczenia kontraktów, część tych procedur na Oddziałach szpitalnych specjalistycznych w ogóle nie jest finansowana.

Rekomendacje

- 1) Konieczna jest poprawa finansowania procedur endokrynologicznych, szereg specjalistycznych procedur ma tylko częściową refundację np. wyłącznie na początku terapii a później brak jest możliwości finansowania kontynuacji.
- 2) Konieczne jest zwiększenie finansowania procedur onkologicznych w związku z wprowadzanymi i obowiązującymi aktualnie standardami terapii (w tym również często nie wskazywanej endokrynologii onkologicznej) - terapie te wydłużają przeżycie, ale zwiększają koszty związane np. z leczeniem powikłań.
- 3) Konieczne jest zwiększenie finansowania procedur diagnostycznych (PET-TK, MRI) – wzrost procedur terapeutycznych w onkologii prowadzi do wydłużenia przeżycia, np. PET pozwala też na wcześniejszą diagnostykę chorób nowotworowych i istotnie poprawia współczynnik: koszt a efektywność wpływu wykonania danych procedur na poprawę stanu zdrowia populacji.
- 4) Konieczne jest leczenie w warunkach leczenia uzdrowskiego rehabilitacyjnego także pacjentów z otyłością (z lub bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej - zapobieganie cukrzycy, chorobom sercowo-naczyniowym i chorobom układu ruchu) – w grupie osób powyżej 65 roku życia w aspekcie zachowania zdrowia społeczeństwa można jeszcze wiele korzyści uzyskać walcząc z otyłością.
- 5) Konieczna jest profilaktyka chorób, które w wieku podeszłym mogą spowodować wystąpienie lub znaczne nasilenie powikłań tych chorób dające istotne pogorszenie jakości życia, związane z pogorszeniem jakości życia kosztów leczenia i rehabilitacji.

IV. mgr inż. Małgorzata Lechowicz – Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie

Rekomendacje

- 1) Należy zwrócić uwagę na nowe technologie, które mogą być wsparciem w opiece nad osobami starszymi. Rozwiązania z obszaru teleopieki i telemedycyny mogłyby odciążyć system opieki zdrowotnej, ułatwić codzienne funkcjonowanie i poprawić bezpieczeństwo osób starszych oraz zmniejszyć jednocześnie wysiłek i stres opiekuna. Istotne wydaje się także zwiększenie wsparcia dla opiekunów osób starszych, ponieważ obecnie ciężar zapewnienia opieki dla swoich bliskich spoczywa głównie na rodzinnych opiekunach. Odpowiednio zaprojektowana i opracowana polityka senioralna, w związku z postępującym procesem starzenia się populacji, powinna reagować na aktualne wyzwania, do których niewątpliwie zaliczają się nowe technologie.

V. Prof. dr hab. med. Krzysztof Fyderek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii

Rekomendacje

- 1) Wśród osób przewlekle chorych sporą część pacjentów stanowią dzieci. W całym województwie małopolskim w zakładach opiekuńczo-leczniczych nie ma miejsc dla najmłodszych pacjentów. Pacjenci ci (np. zależni od respiratorów) przebywają na oddziałach (intensywnej terapii, neurologicznych, neurochirurgicznych, pulmonologicznych) lub w domach o ile jest to możliwe z punktu bezpieczeństwa medycznego pod opieką hospicjów domowych (np. w Nowym Sączu jest hospicjum stacjonarne, które przyjmuje dzieci). Taka forma nie zapewnia opieki dla wszytych małych pacjentów i tutaj należałoby w zakładach

opiekuńczo-leczniczych również umożliwić przebywanie dzieciom. W związku z tym, powinno się uwzględnić potrzeby pediatrii. Mowa tutaj o kilku łóżkach w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w skali miasta i województwa, na których stacjonarnie mogłyby przebywać dzieci. Chodzi o długotrwałe leczenie np. respiratoro-terapię, pod fachową opieką medyczną. Zwolniłoby to miejsca w oddziałach specjalistycznych (Intensywna terapia, pulmonologia, neurologia itp.).

VI. Prof. dr hab. n. med. Adam Windak – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

Rekomendacje

- 1) Konieczna jest aktywizacja struktur podstawowej opieki zdrowotnej, a przede wszystkim pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych, które przez odpowiednio zaplanowane i wdrożone działania mogłyby wpływać na utrzymanie i zachowanie zdrowia osób w wieku podeszłym. Powinny to być działania o charakterze edukacyjnym, ukierunkowane na szczególne grupy pacjentów, lub ogół populacji. Ich realizacja nie wiązałaby się z dużymi dodatkowymi nakładami finansowymi, a w znaczący sposób mogłaby się przyczynić do poprawy stanu zdrowia i jakości życia seniorów.

VII. dr hab. med. Katarzyna Szczerbińska – Kierownik Pracowni Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski Collegium Medicum

Rekomendacje

- 1) Bardzo ważnym problemem jest brak skutecznej opieki domowej nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą. Rozwój tej formy opieki obecnie jest jednym z wysoko finansowanych priorytetów polityki UE.

9. Spis tabel

Tabela 1. Liczba żywych urodzeń w latach 2005 – 2012 w Małopolsce i w Krakowie.....	7
Tabela 2. Przeciętne trwanie życia w Polsce, woj. Małopolskim i w Krakowie.....	11
Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w latach 2007-2011.	11
Tabela 4. Udział obywateli w wieku 65+ w latach 1991 – 2035 w Polsce oraz woj. małopolskim.	12
Tabela 5. Prognoza liczby ludności Krakowa powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035.....	15
Tabela 6. Wysokości uposażeń emerytalno-rentowych na przykładzie pacjentów przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie przy ul. Wielickiej.....	20
Tabela 7. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie Miasta Krakowa w latach 2007-2012 (stan na 31.12.2012 r.).	31
Tabela 8. Średnie rzeczywiste czasy oczekiwania liczone w dniach.	36
Tabela 9. Liczba udzielanych świadczeń w podziale na specjalizacje z udziałem procentowym dzieci i młodzieży w 2013 roku w Krakowie.	41
Tabela 10. Liczba porad udzielanych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie.	42
Tabela 11. Liczba porad stomatologicznych w podziale na różne dziedziny stomatologiczne.....	42

10. Spis wykresów

Wykres 1. Udział ludności wg ekonomicznych grup wieku w % ludności ogółem w Polsce w latach 2002 – 2013.....	13
Wykres 2. Udział ludności wg ekonomicznych grup wieku w % ludności ogółem w Małopolsce w latach 2002 – 2013.	14
Wykres 3. Osoby niepełnosprawne prawnie w Małopolsce z podziałem według stopnia niepełnosprawności w 2013 r.	17
Wykres 4. Częstość występowania niepełnosprawności w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce oraz Małopolsce w 2009 r.....	18