



RAPORT O ZDROWIU
MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA
I JEGO UWARUNKOWANIACH
ZA ROK 2004

KRAKÓW



RAPORT O ZDROWIU
MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA
I JEGO UWARUNKOWANIACH
ZA ROK 2004

Opracowano
w Urzędzie Miasta Krakowa

Nadzór merytoryczny:
Stanisława Urbaniak
Zastępca Prezydenta Miasta Krakowa
Paweł Stańczyk
Sekretarz Miasta Krakowa

Zespół redakcyjny:
Krystyna Kollbek
Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych UMK
Michał Marszałek
Marek Jachowicz
Anna Oskarbska
Ryszard Osiński

Spis treści

Wstęp	5
I. Mierniki stanu zdrowia populacji	
1. Urodzenia żywe	8
2. Umieralność	8
3. Zapadalność	22
4. Niepełnosprawność	29
II. Opieka zdrowotna	
1. Zasoby ochrony zdrowia	
a. Stacjonarna opieka zdrowotna	35
b. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	75
c. Kadry medyczne	76
2. Dostępność świadczeń	78
III. Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej	
1. Działania w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, dla których Miasto jest organem założycielskim	92
2. Gospodarowanie lokalami użytkowymi i nakłady inwestycyjne	93
3. Działania projakościowe w szpitalach miejskich	95
4. Ratownictwo medyczne	97
5. Opieka długoterminowa	98
6. Medycyna szkolna	100
7. Edukacja zdrowotna	102
8. Promocja zdrowia	105
9. Profilaktyka uzależnień	108
10. Udział w ponadregionalnych programach prozdrowotnych	113
11. Programy profilaktyczne	116
Podsumowanie	122

Wstęp

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” powstał w roku 2003 jako kontynuacja wieloletniej polityki zdrowotnej Miasta. Głównym celem Programu było wyznaczenie kierunków polityki zdrowotnej na lata 2004-2006 oraz koordynacja działań operacyjnych związanych z realizacją zadań. Założenia oraz kierunki aktualizacji polityki zdrowotnej Miasta Krakowa zostały przygotowane i opracowane przez Zespół Konsultacyjny ds. ochrony zdrowia, powołany zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa. W konsultacji Programu uczestniczyły również organy administracji publicznej, samorządy zawodów medycznych, świadczeniodawcy sektora publicznego i niepublicznego, instytucje zdrowia publicznego, konsultanci wojewódzcy danych dziedzin medycyny.

Miejski Program Ochrony Zdrowia na lata 2004-2006 pokrywa się z założeniami dokumentu rządowego Narodowego Programu Zdrowia oraz Strategii Rozwoju Miasta Krakowa. 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, oddziaływa-

nie na czynniki kształtujące zdrowie oraz prowadzenie działań i edukacji prozdrowotnej.

Dla osiągnięcia głównego celu strategicznego w Programie na lata 2004-2006 określono cele strategiczne długoterminowe w 6 obszarach oraz sformułowano zadania służące ich realizacji. Wyszczególnione zostały cele operacyjne do wykonania w roku 2004 oraz programy profilaktyki zdrowotnej do wdrożenia w 2004 roku. Przyjmując Program, ustalono, że jego realizacja będzie monitorowana raz w roku, z efektem oceny będzie przygotowywany corocznie **Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa i jego uwarunkowaniach**.

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

Niniejszy Raport został przygotowany przez Wydział Spraw Społecznych UMK we współpracy z Towa-

rzystwem Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce.

Przygotowanie Raportu wymagało skorzystania z wielu źródeł danych. Wykorzystano przede wszystkim dokumenty i opracowania Urzędu Miasta Krakowa, zwłaszcza Wydziału Spraw Społecznych UMK, Małopolskiego Oddziału NFZ, Głównego Urzędu Statystycznego, Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

W części I raportu przedstawiono zdrowie mieszkańców Krakowa w oparciu o takie mierniki stanu zdrowia jak: umieralność, zapadalność, niepełnosprawność. Część II obejmuje prezentację zasobów w opiece ambulatoryjnej i stacjonarnej z uwzględnieniem wskaźników obłożenia łóżek i czasu hospitalizacji. Aktywności Miasta w zakresie opieki zdrowotnej, a w szczególności działania ukierunkowane na realizację celów Programu przedstawiono w części III.

Ze względu na obowiązującą sprawozdawczość i możliwość pozyskania niezbędnych informacji dopiero po zamknięciu roku kalendarzowego, założono, iż pierwszy raport opracowany w IV kwartale 2004 roku będzie tzw. raportem

otwarcia, zawierającym dane za rok 2003. Wskaźniki dla roku 2004 zostaną obliczone w miarę dostępności danych w kolejnym roku 2005. Dlatego też w raporcie w części dotyczącej zasobów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza w odniesieniu do wskaźników struktury i realizacji świadczeń, przedstawiono wskaźniki dla roku 2003 w oparciu o najbardziej aktualne dane, udostępnione przez Małopolski Oddział

Wojewódzki NFZ oraz Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Jednym z najistotniejszych celów corocznie wydawanego Raportu jest przekazywanie Radzie Miasta Krakowa informacji z realizacji uchwały Nr XXXIII/280/03 z dnia 3 grudnia 2003 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”. Ponadto zadaniem Raportu jest doprowadzenie do prawidłowych analiz porównywalnych

danych z zakresu ochrony zdrowia, koniecznych do uzyskania obiektywnych wskaźników dotyczących stanu zdrowia populacji mieszkańców Miasta Krakowa na tle porównawczym.

Wraz z zakończeniem bieżącej kadencji samorządu miejskiego Raport za okres 2004-2006 będzie stanowił ocenę efektywności polityki zdrowotnej Miasta oraz ewentualną podstawę dla jej kontynuacji w latach 2006-2010.

MIERNIKI STANU ZDROWIA POPULACJI

1.1. Urodzenia żywe

	1990	2002	zmiana współczynnika
Kraków	11,0	7,8	-29,1%
województwo małopolskie	15,6	10,0	-35,9%
Polska	14,4	9,3	-35,4%

Porównanie współczynników urodzeń (na 1000 ludności) z lat 1990 i 2002.

Oceny stanu zdrowia populacji można dokonać za pomocą mierników pozytywnych (np. urodzenia żywe) i negatywnych (np. wystąpienie zgonu, choroby).

Z roku na rok liczba noworodków żywo urodzonych, zarówno w Krakowie, jak i w województwie małopolskim oraz Polsce maleje. Współczynniki urodzeń na 1000 osób ludności są dla miasta Krakowa niższe niż dla całego kraju, choć w przypadku województwa są one wyższe niż w Polsce. Wynika z tego, że chętniej decydują się na dzieci osoby z naszego regionu zamieszkałe poza miastem.

Spadek liczby urodzeń jest jeszcze bardziej wyraźny, gdy porównamy współczynniki z lat 1990 i 2002. W Krakowie nastąpił spadek współ-

czynnika urodzeń na 1000 osób ludności o blisko 30%, a w województwie i kraju o ponad 35%.

Spadek liczby urodzeń przy stałym poziomie umieralności skutkuje starzeniem się populacji, co ma istotny wpływ na jej stan zdrowia. Dla uzyskania zastępowalności pokoleń konieczne jest prowadzenie polityki społecznej, która pozwoli stworzyć warunki sprzyjające zakładaniu rodziny oraz decydowaniu się na urodzenie dziecka odkładane na późniejszy okres życia. Zwlekanie z macierzyństwem powoduje, że coraz starsze kobiety stają się matkami, co wpływa na przebieg ciąży, porodu, a następnie stan zdrowia noworodka i matki. Wobec powyższych uwag rozważane tendencje należy mieć na uwadze na etapie ustalania priorytetów w zakresie opieki zdrowotnej.

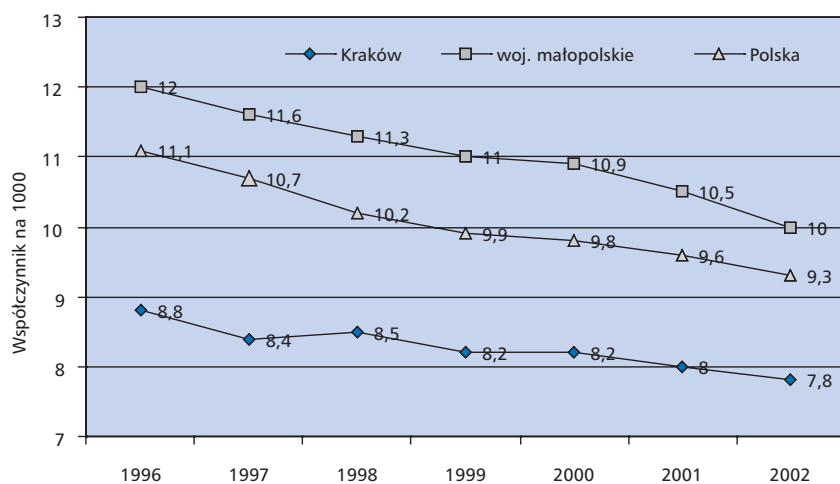
1.2. Umieralność mieszkańców Krakowa

Analiza umieralności jest najczęściej stosowaną metodą oceny stanu zdrowia badanej populacji. Podejmuje się ją ze względu na priorytetowe potraktowanie tych przypadków, które okazały się na tyle poważne, że spowodowały utratę życia. Na wielkość liczby zgonów mają wpływ następujące czynniki:

- liczebność populacji, w której występują,
- struktura badanej populacji pod względem wieku i płci,
- częstość występowania schorzeń, będących przyczynami zgonów.

Celem badania umieralności jest określenie prawdopodobieństwa zgonu w jakiejś populacji dla pewnego przedziału czasowego. Stąd konieczne jest wyrażenie natężenia umieralności za pomocą współczynników, podających liczbę zgonów na umowną jednostkę ludności w określonym miejscu i czasie. W poniższym opracowaniu posłużono się surowymi i standaryzowanymi miernikami umieralności.

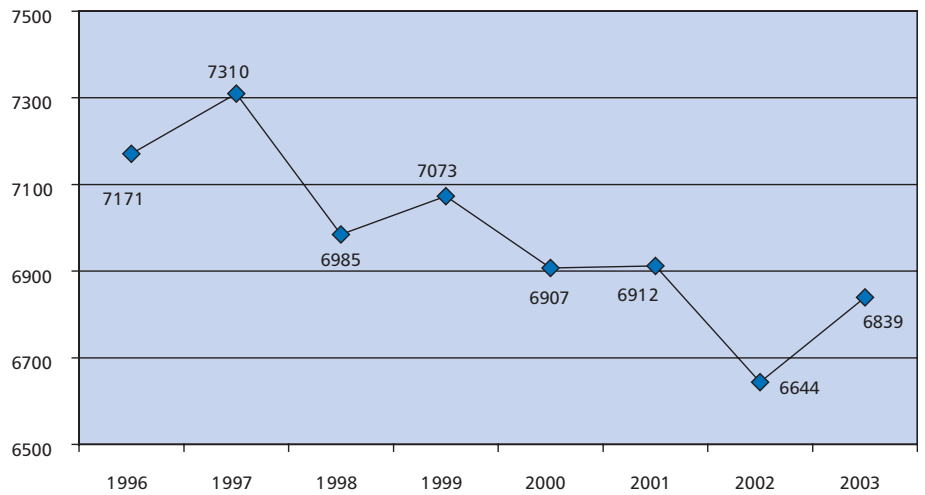
Urodzenia żywe w latach 1996-2002



Bezwzględna liczba zgonów

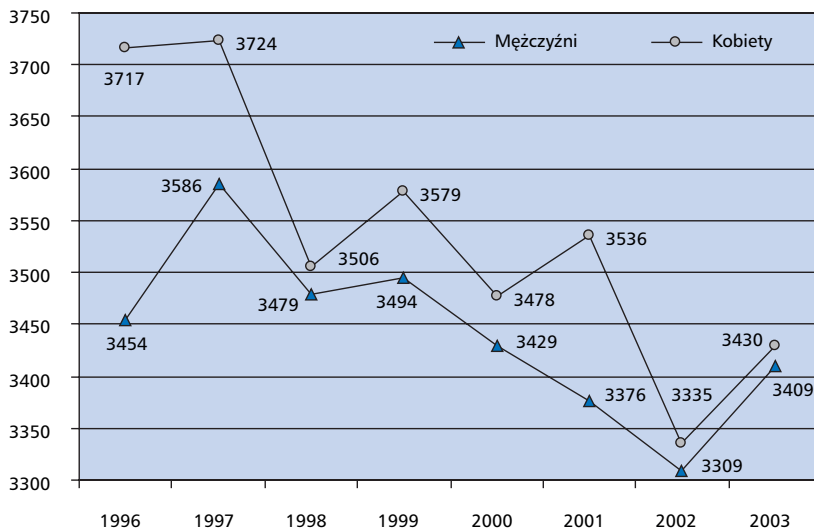
Bezwzględna liczba zgonów w danej populacji jest podstawową informacją wynikającą ze statystyki umieralności.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy w Krakowie spadkowy trend dla bezwzględnej liczby zgonów, choć zdarzają się lata, w których odnoto-



Zgony w Krakowie w latach 1996-2003

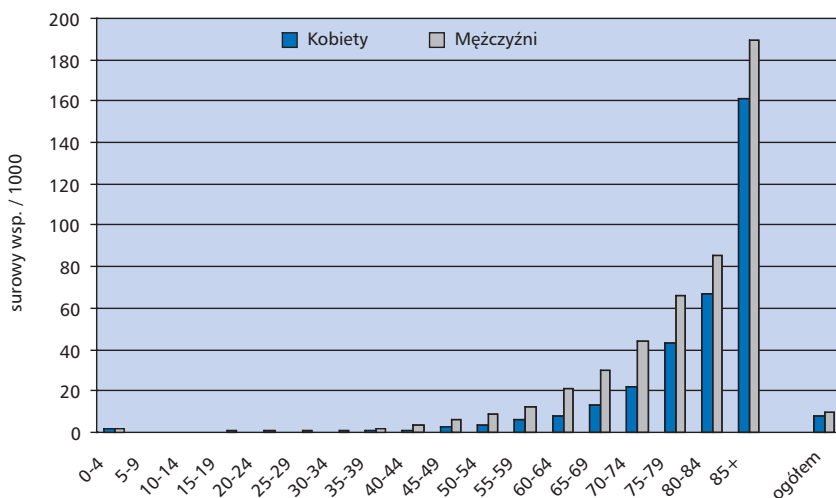
Zgony w Krakowie w latach 1996-2003 według płci



wano więcej zgonów niż w roku poprzednim, w szczególności w roku 2003 zmarło więcej krakowian niż w roku 2002. Takie wahania mogą wynikać między innymi ze zmian liczby ludności oraz zmian w jej strukturze wiekowej, a także z sezonowości zachorowań i nasilania się niekorzystnych zjawisk zdrowotnych.

Spadek umieralności oraz ujemny przyrost naturalny w ciągu ostatnich kilku lat skutkują starzeniem się populacji mieszkańców Krakowa, czyli rosnącym odsetkiem osób w podeszłym wieku.

Surowy współczynnik umieralności w Krakowie w 2002 r. z powodu wszystkich przyczyn według wieku



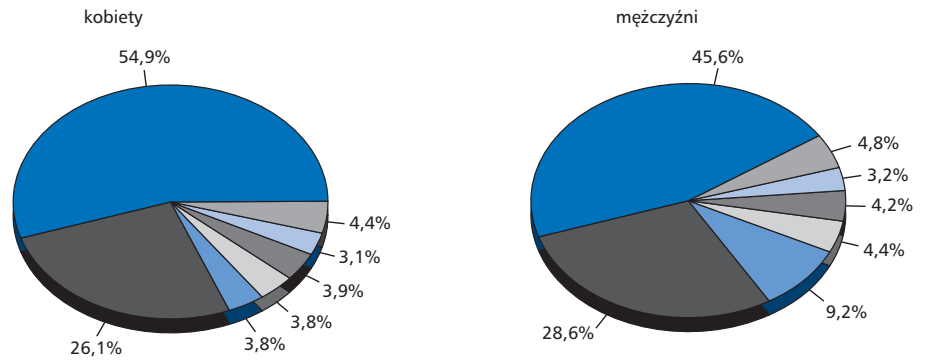
Różnica w bezwzględnej liczbie zgonów kobiet i mężczyzn zmniejszała się od kilku lat i w ostatnich dwóch latach była nieznaczna. Jeśli jednak rozważyć współczynniki umieralności z powodu wszystkich przyczyn, to są one wyższe dla mężczyzn, zarówno ogólny (w roku 2002 9,32/1000 dla mężczyzn i 8,28/1000 dla kobiet), jak i w poszczególnych grupach wiekowych, co skutkuje większą długością życia kobiet i znaczną przewagą kobiet w populacji starszych mieszkańców Krakowa.

Przyczyny zgonów mieszkańców Krakowa

Przyczyny zgonów	2001					
	Liczba zmarłych			Odsetek zmarłych		
K – kobiety, M- mężczyźni	K	M	razem	K	M	razem
				%	%	%
Choroby układu krążenia	1940	1540	3480	54,9	45,6	50,3
Nowotwory	923	964	1887	26,1	28,6	27,3
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	135	311	446	3,8	9,2	6,5
Choroby układu pokarmowego	135	149	284	3,8	4,4	4,1
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	137	141	278	3,9	4,2	4,0
Choroby układu oddechowego	109	109	218	3,1	3,2	3,2
Choroby układu nerwowego	34	42	76	1,0	1,2	1,1
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	29	37	66	0,8	1,1	1,0
Niektóre choroby zakaźne i inwazyjne	20	31	51	0,6	0,9	0,7
Choroby układu moczowopłciowego	25	26	51	0,7	0,8	0,7
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	13	12	25	0,4	0,4	0,4
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	15	8	23	0,4	0,2	0,3
Pozostałe	21	6	27	0,2	0,6	0,4

Przyczyny zgonów	2002					
	Liczba zmarłych			Odsetek zmarłych		
K – kobiety, M- mężczyźni	K	M	razem	K	M	razem
				%	%	%
Choroby układu krążenia	1790	1436	3226	53,7	43,4	48,6
Nowotwory	916	1010	1926	27,5	30,5	29,0
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	133	290	423	4,0	8,8	6,4
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	116	183	299	3,5	5,5	4,5
Choroby układu pokarmowego	121	128	249	3,6	3,9	3,7
Choroby układu oddechowego	111	104	215	3,3	3,1	3,2
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	37	35	72	1,1	1,1	1,1
Choroby układu nerwowego	28	33	61	0,8	1,0	0,9
Niektóre choroby zakaźne i inwazyjne	15	35	50	0,7	0,8	0,8
Choroby układu moczowopłciowego	24	26	50	0,4	1,1	0,8
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	18	7	25	0,5	0,2	0,4
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	4	11	15	0,1	0,3	0,2
Pozostałe	22	11	33	0,7	0,3	0,5

Zgony w roku 2001

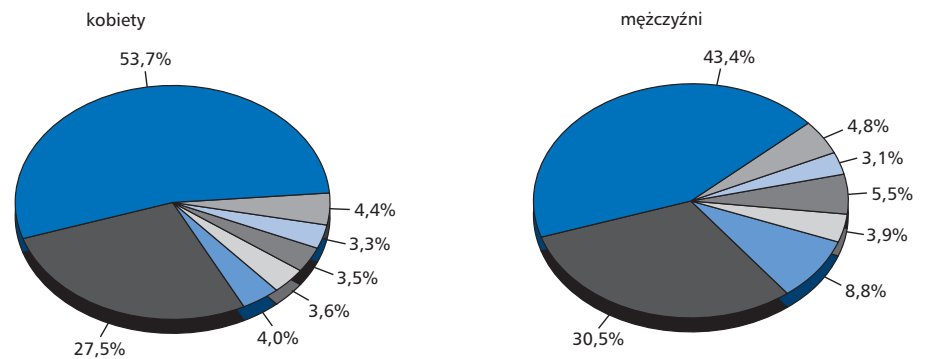


Przyczyny zgonów w latach 2001-2002

Wskaźnik umieralności proporcjonalnej ilustruje proporcję zgonów z powodu określonej przyczyny w stosunku do ogółu zgonów.

W tabelach po lewej przedstawiono zgony w mieście Krakowie w roku 2001 i 2002 z uwzględnieniem ich przyczyny. Dane zostały uporządkowane od przyczyny powodującej najwięcej zgonów wśród ogółu mieszkańców do przyczyny najrzadziej występującej. W obu rozważanych latach, najczęstszymi przyczynami zgonów w Krakowie były **choroby układu krążenia**, które odebrały życie około połowie zmarłych, przy czym odsetek zgonów z tego powodu jest nieco wyższy dla kobiet niż dla mężczyzn. Drugie miejsce wśród przyczyn zgonów zajmują **nowotwory**, na które zmarła co 3-4 osoba. Trzecia przyczyna to zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu, którą odnotowano dla co dziesiątego zmarłego mężczyzny, w przypadku kobiet jej częstość nie jest tak duża.

Zgony w roku 2002



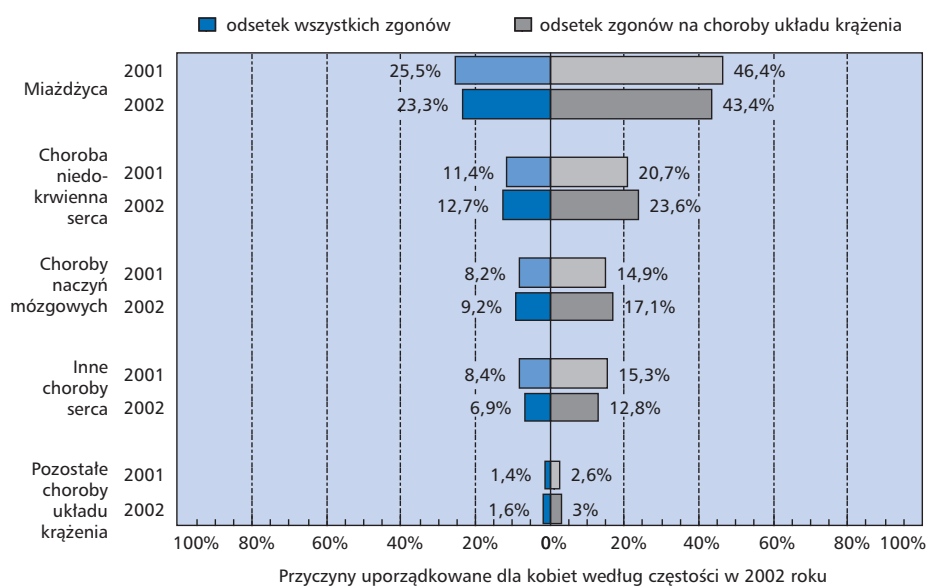
- Choroby układu krążenia
- Nowotwory
- Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu
- Choroby układu pokarmowego
- Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, gdzie indziej niesklasyfikowane
- Choroby układu oddechowego
- Pozostałe

2001						
Choroby układu krążenia	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów		
	K	M	razem	K	M	razem
K – kobiety, M- mężczyźni				%	%	%
Miażdżyca	901	421	1322	25.5	12.5	19.1
Choroba niedokrwienna serca	402	554	956	11.4	16.4	13.8
Inne choroby serca	296	262	558	8.4	7.8	8.1
Choroby naczyń mózgowych	290	224	514	8.2	6.6	7.4
Choroba nadciśnieniowa	25	33	58	0.7	1.0	0.8
Pozostałe choroby układu krążenia	11	38	49	0.3	1.1	0.7
Ostra choroba reumatyczna i przewlekła choroba reumatyczna serca	15	8	23	0.4	0.2	0.3
	1940	1540	3480	54.9	45.6	50.3

2002						
Choroby układu krążenia	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów		
	K	M	razem	K	M	razem
K – kobiety, M- mężczyźni				%	%	%
Miażdżyca	777	409	1186	23.3	12.4	17.9
Choroba niedokrwienna serca	423	523	946	12.7	15.8	14.2
Choroby naczyń mózgowych	306	239	545	9.2	7.2	8.2
Inne choroby serca	230	195	425	6.9	5.9	6.4
Choroba nadciśnieniowa	19	36	55	0.6	1.1	0.8
Pozostałe choroby układu krążenia	21	30	51	0.6	0.9	0.8
Ostra choroba reumatyczna i przewlekła choroba reumatyczna serca	14	4	18	0.4	0.1	0.3
	1790	1436	3226	53.7	43.4	48.6

Choroby układu krążenia – przyczyny zgonów

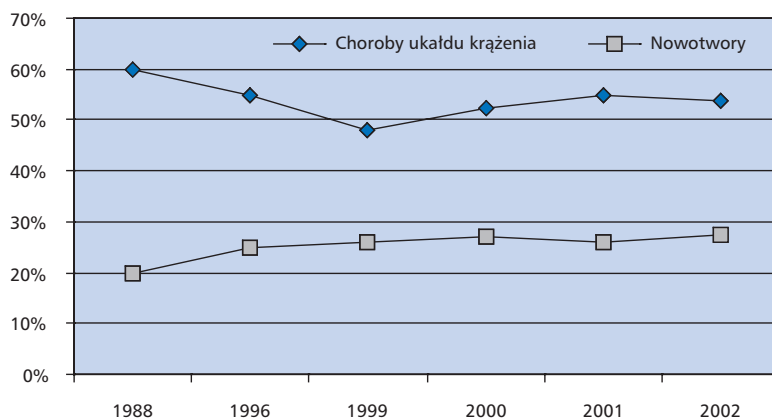
U kobiet umierających z powodu chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów jest **miażdżyca** (zmarła na nią co 4 osoba), a następnie choroba niedokrwienna serca. Na miażdżycę częściej umiera się w wieku starszym, a ponieważ mężczyzn w wieku podeszłym jest mniej niż kobiet, to w ich przypadku choroba niedokrwienna serca jest częstszą przyczyną zgonu niż miażdżyca. Kolejne dwie przyczyny zgonu to inne choroby serca oraz choroby naczyń mózgowych.



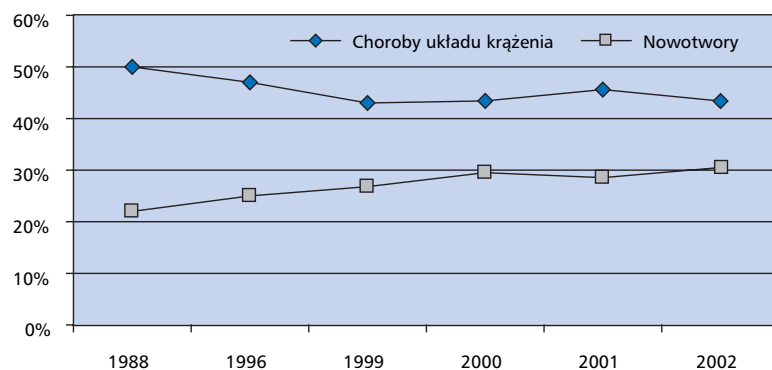
Zgony z powodu chorób układu krążenia – kobiety

W latach 1988-1999 w Krakowie dokonana się nieznaczna zmiana w strukturze zgonów zmniejszył się udział chorób układu krążenia, natomiast wzrósł nowotworów złośliwych.

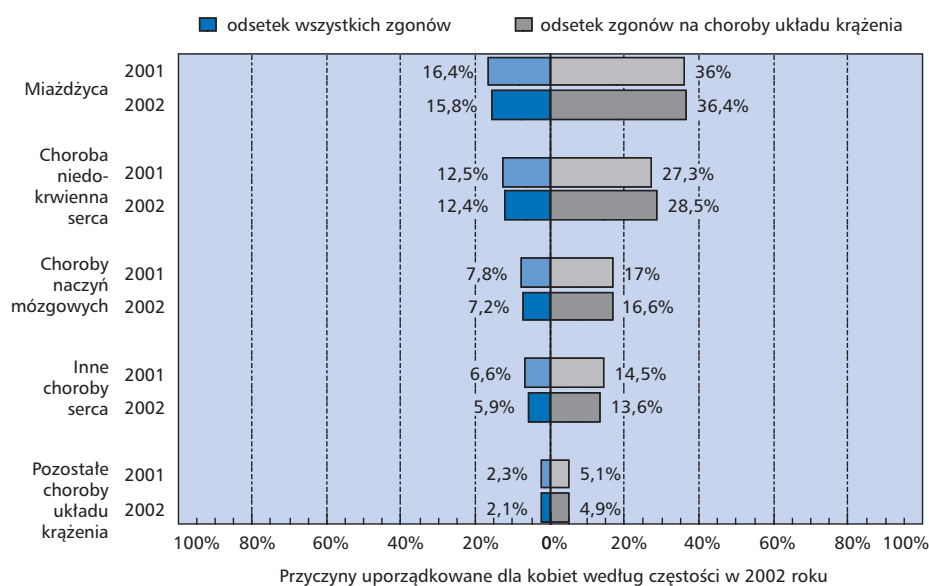
Analiza danych potwierdziła, że nie nastąpiły w ostatnich latach istotne zmiany w strukturze zgonów z powodu nowotworów, uwzględniającej ich lokalizację w organizmie. U kobiet nadal najczęstszymi przyczynami zgonów na nowotwory złośliwe są nowotwór sutka, płuc, jelita grubego i odczynu, a u mężczyzn: rak płuc, odczynu, żołądka oraz prostaty. Często przyczyną zgonów są, zarówno dla kobiet (pierwsze miejsce) jak i dla mężczyzn (drugie miejsce), nowotwory złośliwe o nieokreślonym umiejscowieniu.



Udział nowotworów i chorób układu krążenia we wszystkich zgonach – Kraków, kobiety



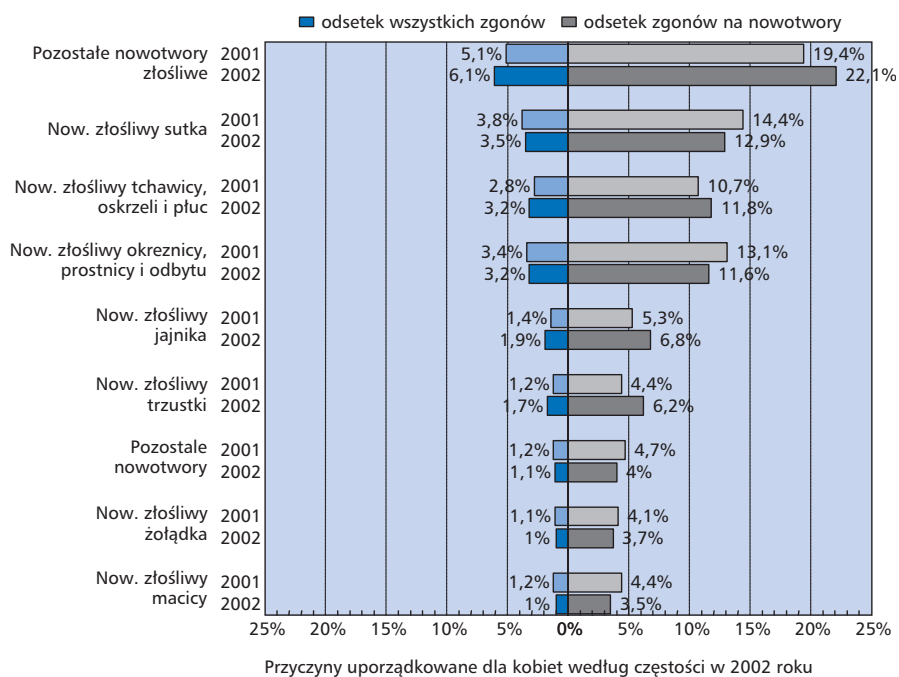
Udział nowotworów i chorób układu krążenia we wszystkich zgonach – Kraków, mężczyźni



Zgony z powodu chorób układu krążenia – mężczyźni

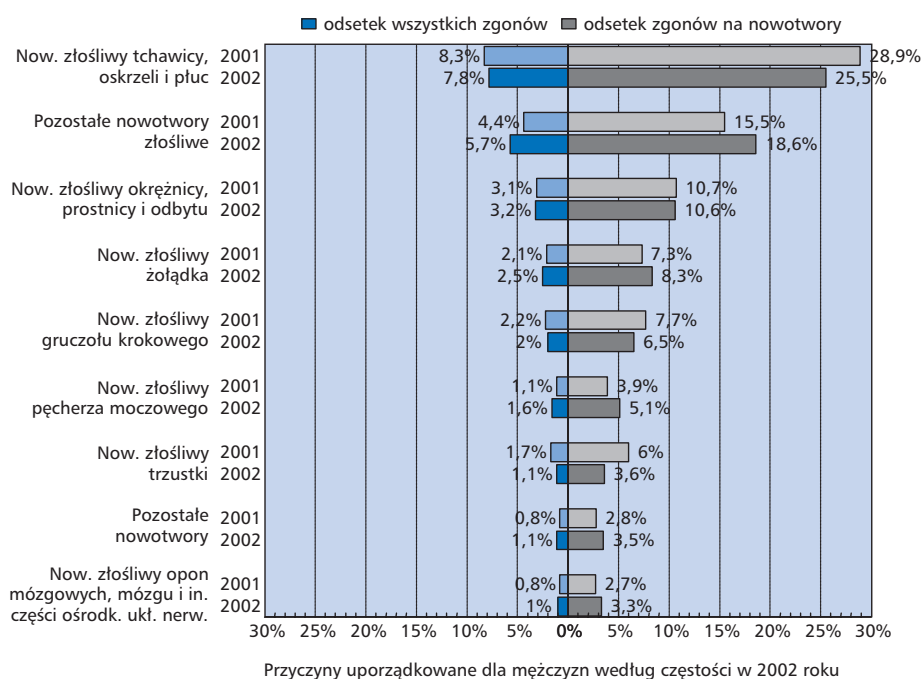
Nowotwory – przyczyny zgonów 2001	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów		
	K	M	razem	K	M	razem
K – kobiety, M- mężczyźni				%	%	%
Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc	99	279	378	2.8	8.3	5.5
Pozostałe nowotwory złośliwe	179	149	328	5.1	4.4	4.7
Nowotwór złośliwy okrężnicy, prostaty i odbytu	121	103	224	3.4	3.1	3.2
Nowotwór złośliwy sutka	133	2	135	3.8	0.1	2.0
Nowotwór złośliwy żołądka	38	70	108	1.1	2.1	1.6
Nowotwór złośliwy trzustki	41	58	99	1.2	1.7	1.4
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	0	74	74	0.0	2.2	1.1
Pozostałe nowotwory	43	27	70	1.2	0.8	1.0
Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	18	38	56	0.5	1.1	0.8
Białaczka	26	30	56	0.7	0.9	0.8
Nowotwór złośliwy jajnika	49	0	49	1.4	0.0	0.7
Nowotwór złośliwy opon mózgowych, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego	21	26	47	0.6	0.8	0.7
Chłoniaki nieziarnicze	25	19	44	0.7	0.6	0.6
Nowotwór złośliwy macicy	41	0	41	1.2	0.0	0.6
Nowotwór złośliwy wargi, jamy ustnej i gardła	18	22	40	0.5	0.7	0.6
Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	11	20	31	0.3	0.6	0.4
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części macicy	25	0	25	0.7	0.0	0.4
Nowotwór złośliwy krtani	4	19	23	0.1	0.6	0.3
Nowotwór złośliwy przełyku	6	15	21	0.2	0.4	0.3
Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych	13	8	21	0.4	0.2	0.3
Czerniak złośliwy	12	5	17	0.3	0.1	0.2
	923	964	1887	26.1	28.6	27.3

Zgony z powodu nowotworu – kobiety



Nowotwory – przyczyny zgonów 2001	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów			
	K – kobiety, M- mężczyźni	K	M	razem	K	M	razem
				%	%	%	
Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc		99	279	378	2.8	8.3	5.5
Pozostałe nowotwory złośliwe		179	149	328	5.1	4.4	4.7
Nowotwór złośliwy okrężnicy, prostaty i odbytu		121	103	224	3.4	3.1	3.2
Nowotwór złośliwy sutka		133	2	135	3.8	0.1	2.0
Nowotwór złośliwy żołądka		38	70	108	1.1	2.1	1.6
Nowotwór złośliwy trzustki		41	58	99	1.2	1.7	1.4
Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego		0	74	74	0.0	2.2	1.1
Pozostałe nowotwory		43	27	70	1.2	0.8	1.0
Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego		18	38	56	0.5	1.1	0.8
Białaczka		26	30	56	0.7	0.9	0.8
Nowotwór złośliwy jajnika		49	0	49	1.4	0.0	0.7
Nowotwór złośliwy opon mózgowych, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego		21	26	47	0.6	0.8	0.7
Chłoniaki niezłośliwe		25	19	44	0.7	0.6	0.6
Nowotwór złośliwy macicy		41	0	41	1.2	0.0	0.6
Nowotwór złośliwy wargi, jamy ustnej i gardła		18	22	40	0.5	0.7	0.6
Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych		11	20	31	0.3	0.6	0.4
Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części macicy		25	0	25	0.7	0.0	0.4
Nowotwór złośliwy krtani		4	19	23	0.1	0.6	0.3
Nowotwór złośliwy przełyku		6	15	21	0.2	0.4	0.3
Szpiczak mnogi i nowotwory z komórek plazmatycznych		13	8	21	0.4	0.2	0.3
Czerniak złośliwy		12	5	17	0.3	0.1	0.2
		923	964	1887	26.1	28.6	27.3

Zgony z powodu nowotworu – mężczyźni



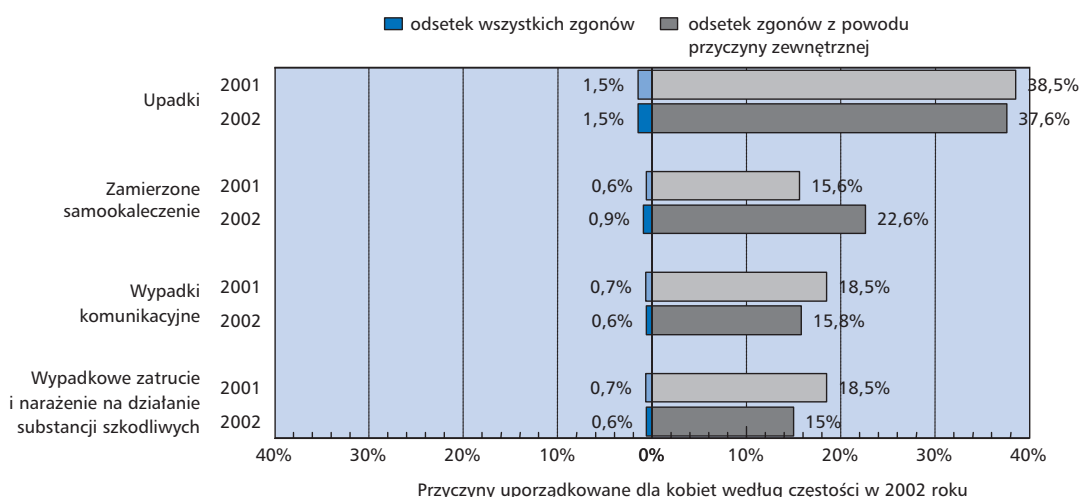
2001						
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów		
	K	M	razem	K	M	razem
K – kobiety, M- mężczyźni				%	%	%
Zamierzone samookaleczenie	21	88	109	0.6	2.6	1.6
Upadki	52	53	105	1.5	1.6	1.5
Wypadkowe zatrucie i narażenie na działanie substancji szkodliwych	25	71	96	0.7	2.1	1.4
Wypadki komunikacyjne	25	48	73	0.7	1.4	1.1
Przestępstwo	5	18	23	0.1	0.5	0.3
Wszystkie inne zewnętrzne przyczyny	6	15	21	0.2	0.4	0.3
Wypadkowe zanurzenie i tonięcie	1	15	16	0.0	0.4	0.2
Narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni	0	3	3	0.0	0.1	0.0
	135	311	446	3.8	9.2	6.5

2002						
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	Liczba zmarłych			Odsetek wszystkich zgonów		
	K	M	razem	K	M	razem
K – kobiety, M- mężczyźni				%	%	%
Upadki	50	60	110	1,5	1,8	1,7
Zamierzone samookaleczenie	30	80	110	0,9	2,4	1,7
Wypadki komunikacyjne	21	51	72	0,6	1,5	1,1
Wypadkowe zatrucie i narażenie na działanie substancji szkodliwych	20	51	71	0,6	1,5	1,1
Wszystkie inne zewnętrzne przyczyny	6	24	30	0,2	0,7	0,5
Wypadkowe zanurzenie i tonięcie	3	8	11	0,1	0,2	0,2
Przestępstwo	1	9	10	0,0	0,3	0,2
Narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni	2	7	9	0,1	0,2	0,1
	133	290	423	4,0	8,8	6,4

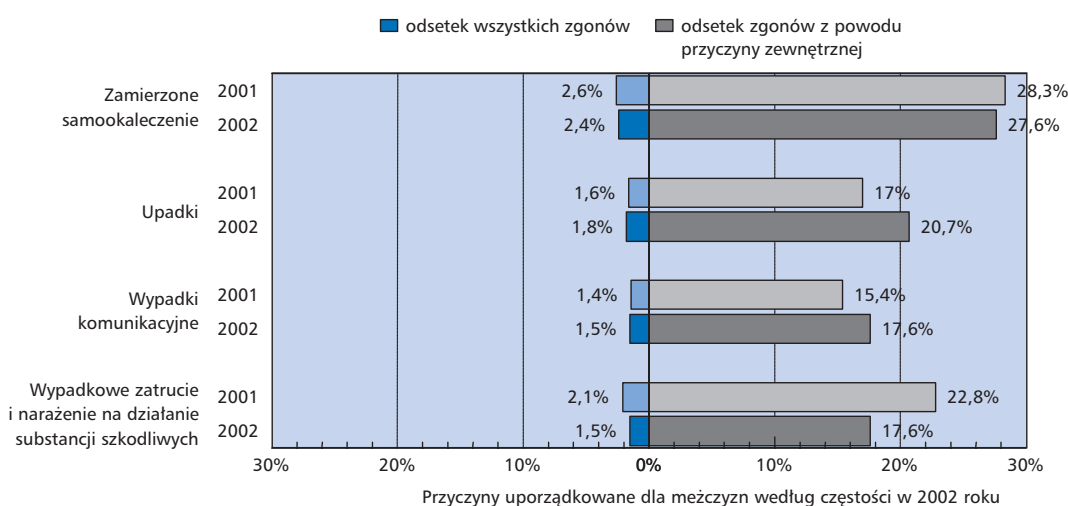
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu

Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu były dwukrotnie częstszą przyczyną zgonów mężczyzn niż kobiet. Mężczyźni najczęściej tracili życie na skutek zamierzonego samookaleczenia, a następnie upadków i wypadków komunikacyjnych. W przypadku kobiet najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów były upadki, które stanowiły odsetek zgonów taki jak trzecia dopiero z rzędu przyczyna u mężczyzn, czyli wypadki komunikacyjne.

Zgony z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu – kobiety



Zgony z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu – mężczyźni



Standaryzowane współczynniki umieralności

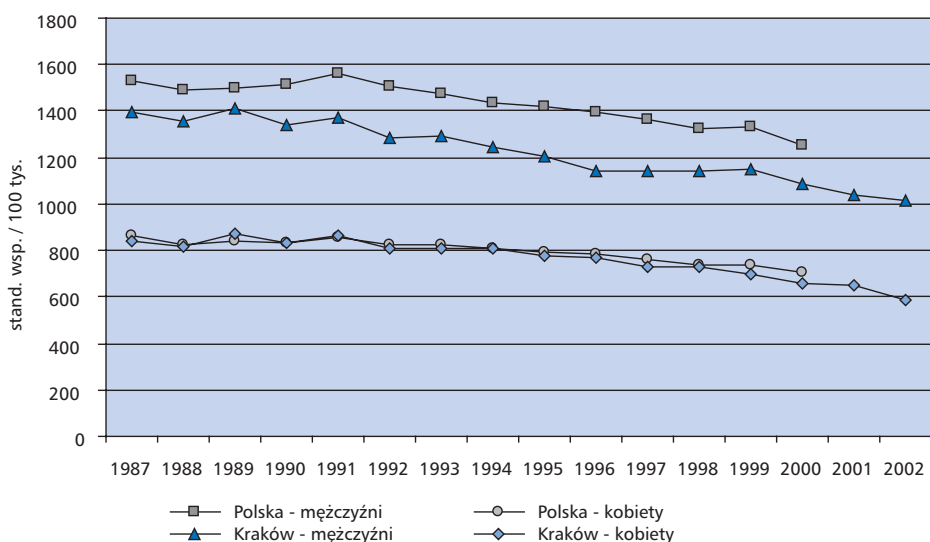
Surowe współczynniki zgonów nie stanowią wystarczającej podstawy do oceny umieralności w analizowanej populacji mieszkańców Krakowa. Na ich wartość wpływa bowiem zarówno natężenie zgonów, jak i struktura populacji według wieku. Z tego powodu w analizie umieralności posłużono się również współczynnikami standaryzowanymi.

Dla okresu 1987-1999 wykorzystano współczynniki zgonów, przedstawione we wcześniejszych raportach o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa. Współczynniki umieralności dla lat 2001 i 2002 dla miasta Krakowa obliczono w oparciu o następujące dane:

- liczba zgonów według przyczyn w grupach wiekowych 5-letnich – dane otrzymane z Krakowskiego Urzędu Statystycznego,
- liczba mieszkańców Krakowa w grupach wiekowych 5-letnich – dane z publikacji US w Krakowie.

Standaryzacji współczynników dokonano w oparciu o standard populacji europejskiej.

Analiza umieralności w Krakowie została utrudniona ze względu na niemożność obliczenia współczynników umieralności dla wszystkich badanych lat ze względu na niekompletność danych, zawartych w części aktów zgonów w latach 1997-1998, a dotyczących przyczyny utraty życia. Obliczenie współczynników umieralności okazało się możliwe jedynie dla całego miasta Krakowa, gdyż po-



Umieralność ogólna w latach 1987-2002

cząwszy od roku 1996 zaprzestano podawania danych o umieralności dla poszczególnych dzielnic.

Rysunek powyżej i kolejne przedstawiają standaryzowany współczynnik zgonów na 100 tys. ludności.

Na przestrzeni ostatnich lat zaobserwowano nieznaczny tendencję spadkową umieralności ogólnej zarówno w Polsce, jak i Krakowie. Umieralność ogólna w Krakowie, w porównaniu ze średnią ogólnopolską,

była niższa u mężczyzn, a u kobiet utrzymywała się na podobnym poziomie.

Trendy umieralności ogólnej są w dużym stopniu ilustracją trendów umieralności z powodu chorób układu krążenia. W porównaniu ze średnią ogólnopolską, w Krakowie współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia jest niższy u mężczyzn. W przypadku kobiet umieralność z powodu chorób ukła-

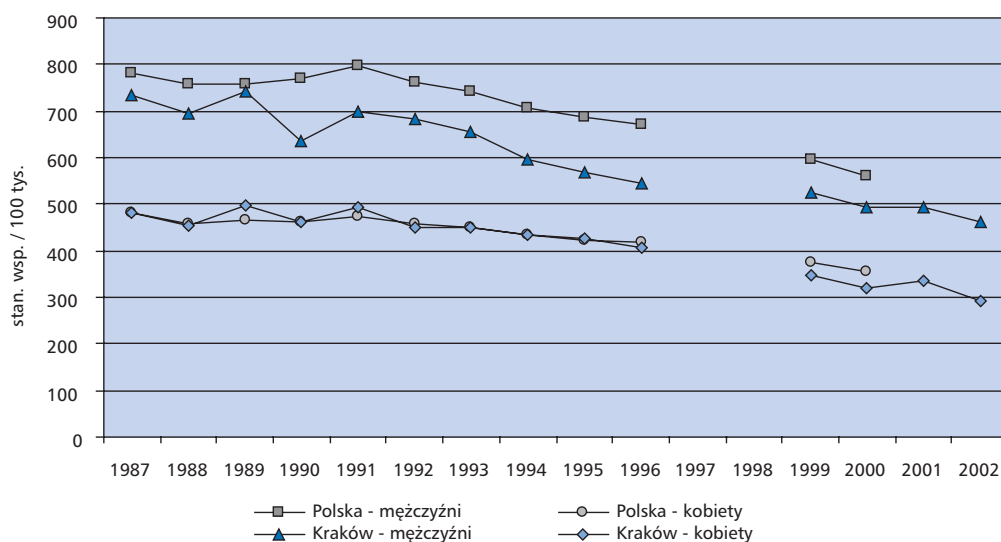
du krążenia utrzymywała się w ciągu ostatnich kilkunastu lat na podobnym poziomie jak w Polsce. Różnica na korzyść mieszkanki Krakowa (umieralność niższa niż ogólnopolska) pojawiła się w 1999 roku i utrzymała w roku 2000.

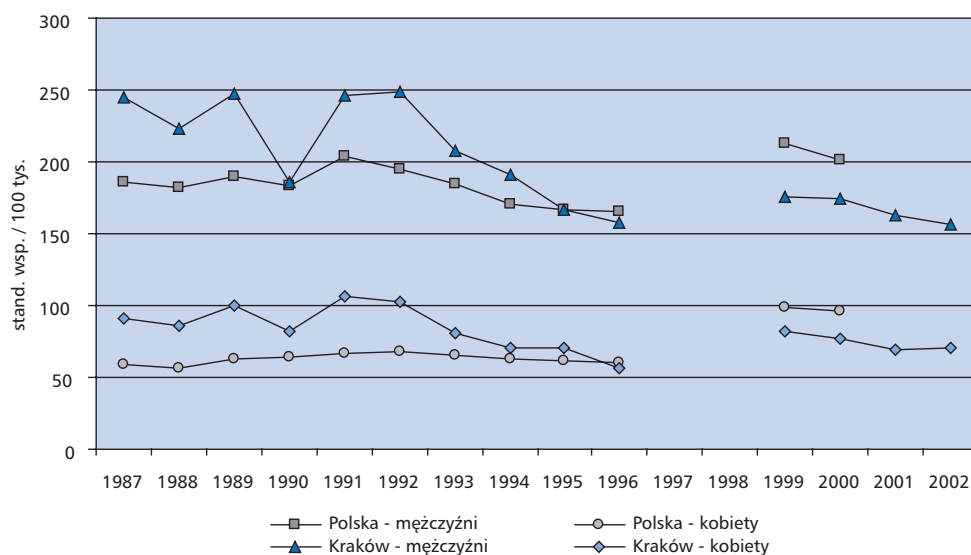
W roku 2001 współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie wzrósł w przypadku kobiet, a u mężczyzn utrzymał się na podobnym poziomie. W roku 2002 współczynniki dla obu płci były niższe niż w roku 2001 i latach wcześniejszych.

Na początku lat 90-tych umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, osiągała w Krakowie wartość wyższą niż w Polsce. Po osiągnięciu podobnych wartości w latach 1995-1996, współczynnik umieralności jest obecnie niższy w Krakowie niż średnia krajowa. Dla mężczyzn rysuje się wyraźna tendencja spadkowa dla współczynnika umieralności na chorobę niedokrwiennej serca.

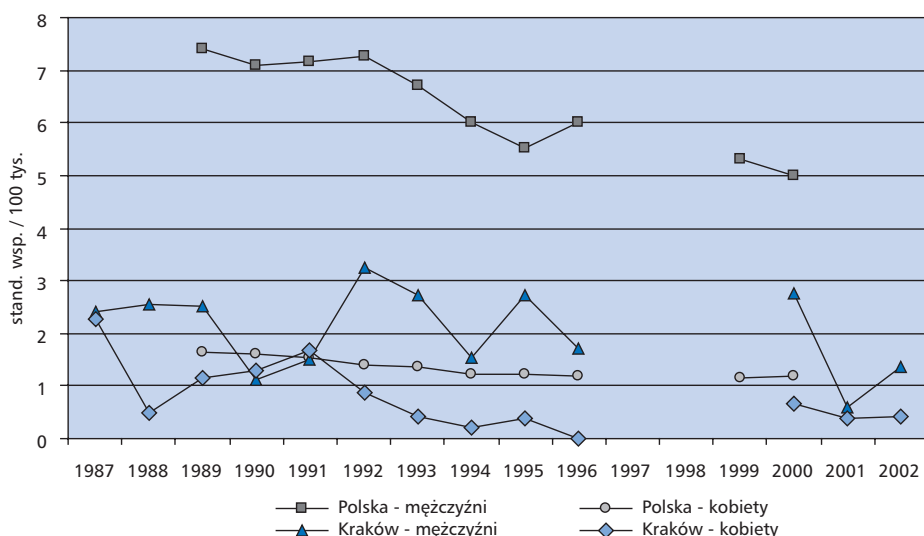
W porównaniu ze średnią ogólnopolską, w Krakowie obserwuje się niższą

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w latach 1987-2002





Umieralność z powodu gruźlicy w latach 1987-2002



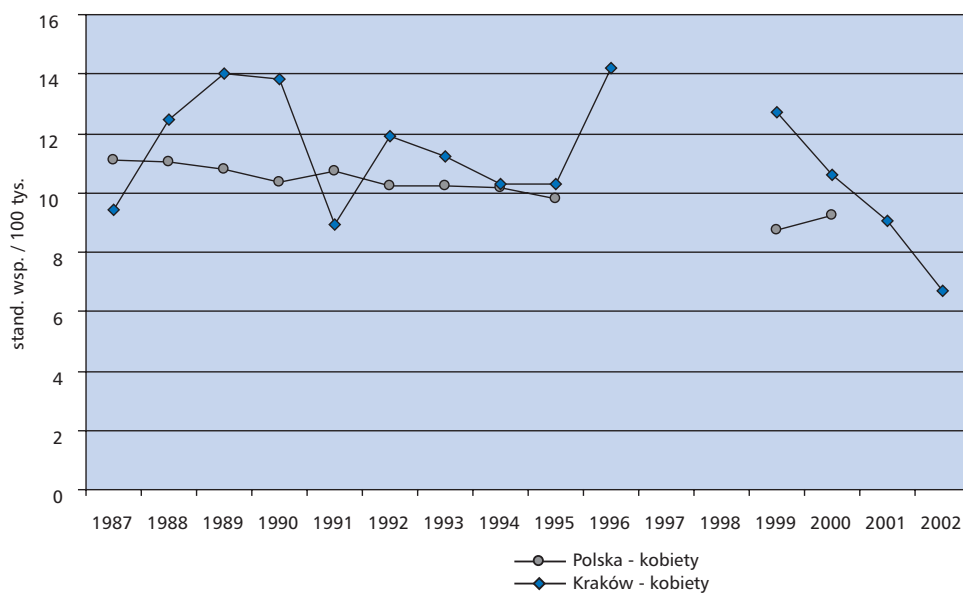
Umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1987-2002

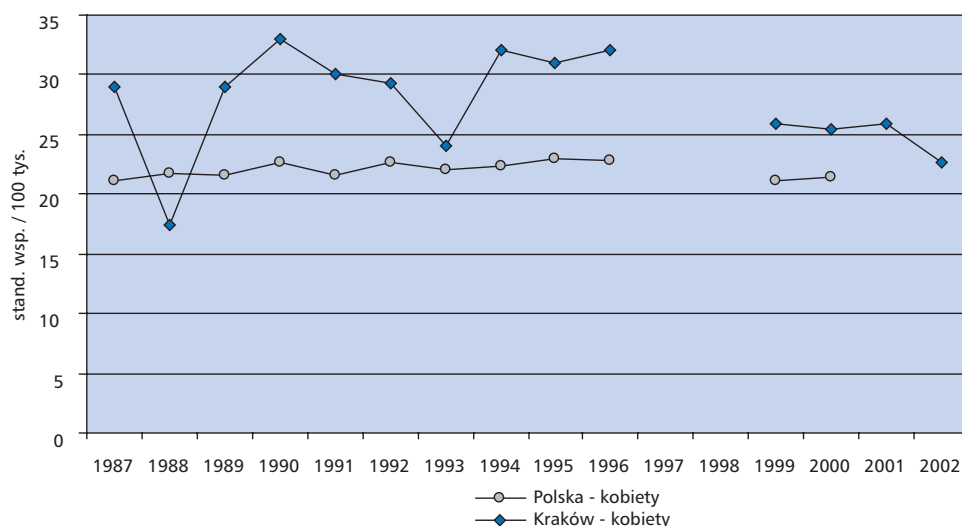
umieralność z powodu gruźlicy, zwłaszcza u mężczyzn. W Krakowie z powodu gruźlicy utraciło życie w 2001 roku 2 mężczyźni i 2 kobiety, a w 2002 roku 5 mężczyzn i 2 kobiety.

Zaobserwowano znaczny spadek umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy i nieco mniejszy dla nowotworów piersi w Krakowie.

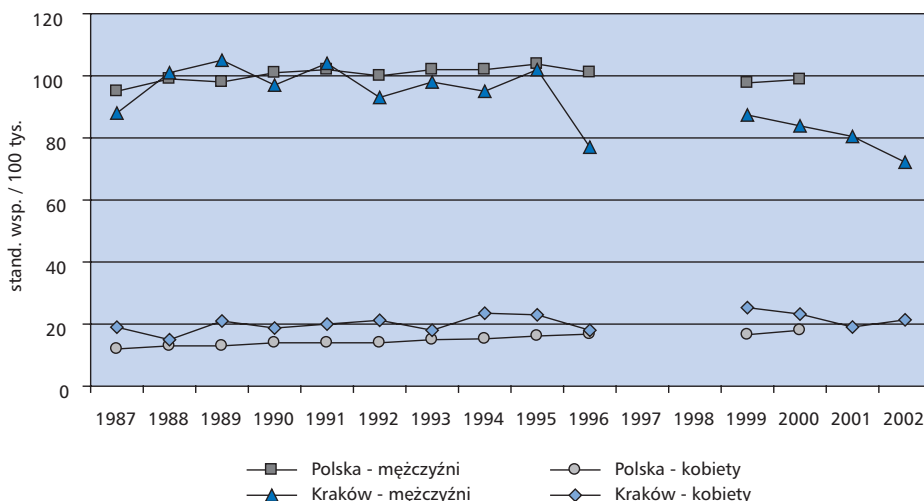
Umieralność z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc jest znacznie wyższa u mężczyzn niż

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy w latach 1987-2002





Umieralność z powodu nowotworów złośliwych piersi w latach 1987-2002



Umieralność z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc w latach 1987-2002

u kobiet. Spadek współczynnika w Krakowie w roku 1996 okazał się najprawdopodobniej jednoroczną fluktuacją. Brak danych dla lat 1997-1998 uniemożliwia sprawdzenie, czy mamy do czynienia z trendem spadkowym. Jednak w latach 1999-2000 umieralność mężczyzn z powodu nowotworu płuc w Krakowie była niższa niż w pierw-

szej połowie lat 90-tych i utrzymywała się na niższym poziomie niż średnia ogólnopolska. Współczynnik umieralności kobiet, po zrównaniu się w roku 1996 ze średnią ogólnopolską, w roku 1999 osiągnął wyższą wartość niż średnia krajowa. W przypadku mężczyzn współczynnik od czterech lat systematycznie maleje.

Rok	Kraków	województwo małopolskie
2000	6,20	7,38
2001	7,57	6,30
2002	7,56	5,93
2003	bd	4,92

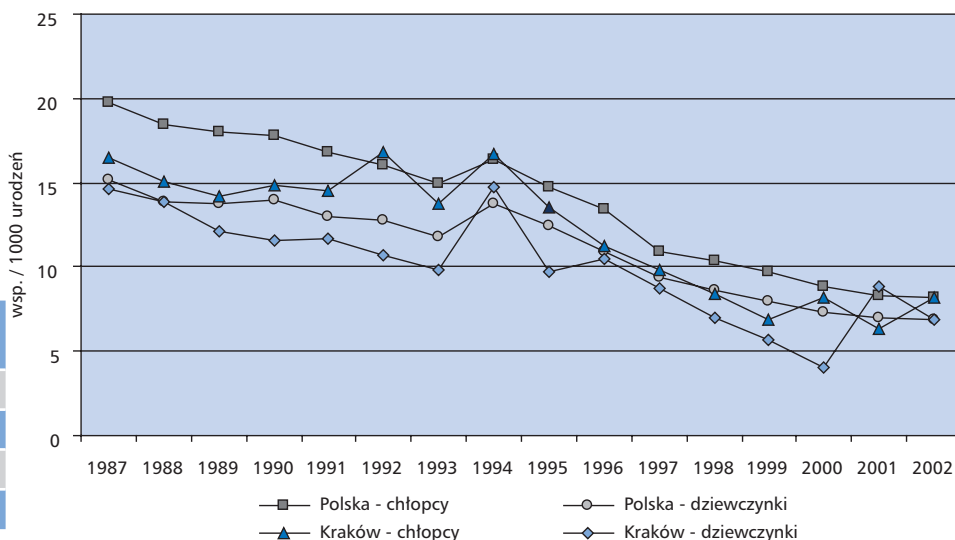
Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych

(Źródło: Dane z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego)

Umieralność niemowląt

Współczynnik umieralności niemowląt jest jednym z powszechnie przyjętych mierników stanów zdrowia danej populacji. Zmniejszenie się jego wartości może świadczyć m.in. o poprawie kondycji danej społeczności.

Począwszy od 1996 roku w Krakowie, podobnie jak w całej Polsce, występuje spadkowy trend dla zgonów niemowląt. Zaobserwowano jednak, iż dla roku 2000 wskaźnik umieralności chłopców w Krakowie nie wykazał tendencji spadkowej (jego wartość była na poziomie roku 1998), w roku 2001 nastąpił spadek wartości do poziomu nieco niższego niż w roku 1999, a w 2002 ponowny wzrost do poziomu z 2000 roku. W przypadku dziewczynek, po



Umieralność niemowląt w latach 1987-2000

wieloletnim obniżaniu się umieralności nastąpił gwałtowny skok do góry w roku 2001 i wartość współczynnika była ponad dwukrotnie wyższa niż w roku wcześniejszym, osiągając poziom najwyższy spośród porównywanych populacji (tj. krakowskiej i polskiej z uwzględnieniem płci). Opisane zmiany spowodowały, iż od roku 2001 nie możemy się chwalić współczynnikami umieralności niższymi niż w Polsce, co miało miejsce do roku 2000.

Analogiczna sytuacja ma miejsce, jeśli porównać współczynniki dla Krakowa z obliczonymi dla województwa małopolskiego.

Najczęstszymi przyczynami zgonów niemowląt w Krakowie w latach 2001-2002 były wady wrodzone i urazy okołoporodowe.

Zgony dzieci starszych

W roku 2000 zmarło w Krakowie 41 osób w wieku 1-19 lat, w 2001 – 29, a w 2002 - 36.

Najczęstszymi przyczynami zgonów dzieci w Krakowie były przyczyny zewnętrzne (2001 – 15 osób, czyli 51,7% wszystkich zgonów, a w 2002 – 16, czyli 44,4% zgonów).

Co piąta śmierć w roku 2002 wśród dzieci w wieku 1-19 lat spowodowana była nowotworem (7 osób, w roku 2001 – 3 zgony), 5 zgonów nastąpiło wskutek choroby układu nerwowego (w 2001 – 4). W 2001 roku 5 dzieci zmarło na skutek wad wrodzonych, a w roku 2002 – 2 dzieci.

Przyczyny zgonów niemowląt w Krakowie

DZ – dziewczynki, CH - chłopcy	2001			2002		
	DZ	CH	Ogółem	DZ	CH	Ogółem
	N=25	N=19	N=44	N=19	N=24	N=43
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	60,0%	42,1%	52,3%	21,1%	45,8%	34,9%
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	24,0%	47,4%	34,1%	78,9%	25,0%	48,8%

1.3. Zapadalność

Miernikiem, który pozwala określić dynamikę rozwoju choroby jest zapadalność. Wskaźnik ten określa liczbę nowych zachorowań, które wystąpiły w określonym czasie w stosunku do liczby osób narażonych na zachorowanie w tym samym okresie.

W celu obliczenia współczynników zapadalności, posłużono się danymi pochodzącymi z następujących źródeł:

- meldunki Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie,
- meldunki Państwowego Zakładu Higieny (dane za rok 2003 tymczasowe, mogą ulec niewielkim zmianom),
- biuletyny Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego,
- dane uzyskane w Urzędzie Statystycznym w Krakowie.

Nowotwory

Zachorowania na nowotwory złośliwe przedstawiono w oparciu o dane Pracowni Epidemiologii Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie przekazywane do Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Weryfikacja danych dotyczących zachorowań na nowotwory jest dokonywana w okresie dwuletnim tzn. że np. ostateczne dane za rok 2001 są dostępne (i zamykane) w roku 2003. Dane za rok 2002 zostały już zweryfikowane w roku 2004 i można

	2002	2003
województwo małopolskie	313,0	305,1
powiat krakowski + Kraków	378,2	381,8

Zapadalność w latach 2002-2003 na 100 tys. ludności

je uznać za ostateczne, a dane z roku 2003 są danymi wstępnymi i po weryfikacji przez Centrum Onkologii mogą ulec zmianie.

Ze względu na brak możliwości pozyskania danych dla samego miasta Krakowa, sytuację zdrowotną w tym zakresie omówiono w oparciu o dane dla powiatu krakowskiego i województwa.

Zapadalność na nowotwory w powiecie krakowskim (wraz z Krakowem) jest wyższa niż w województwie małopolskim. Nie nastąpiły istotne wahania we współczynnikach zapadalności dla roku 2003 w porównaniu z rokiem 2002.

W całym województwie nowotwory nieco częściej wykrywano u mężczyzn, a w powiecie u kobiet.

Zachorowania na nowotwory z uwzględnieniem umiejscowienia

Strukturę zachorowań na nowotwory z uwzględnieniem ich lokaliza-

Odsetek zachorowań na nowotwory względem płci

	2002				2003			
	Mężczyźni		Kobiety		Mężczyźni		Kobiety	
	N	%	N	%	N	%	N	%
województwo	5165	51,0%	4967	49,0%	5186	52,3%	4739	47,7%
powiat krakowski + Kraków	1753	46,5%	2017	53,5%	1862	48,8%	1951	51,2%

cji przedstawiono w oparciu o dane za rok 2002, gdyż są to najpóźniejsze dane już zweryfikowane.

Najwięcej zachorowań w 2002 roku dotyczyło w powiecie wraz miastem Kraków:

- kości, tkanek miękkich, skóry i sutka (915 – 24,3%),
- układu trawiennego i otrzewnej (895 – 23,7%),
- narządów moczowo-płciowych (797 – 21,1%),
- układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (669 – 17,7%).

Struktura zachorowań z uwzględnieniem lokalizacji nowotworu jest różna dla każdej z płci. Nowotwory wykrywane u kobiet najczęściej dotyczą:

- kości, tkanek miękkich, skóry lub sutka (u co trzeciej kobiety),
- narządów moczowo-płciowych (u co czwartej kobiety),
- układu trawiennego i otrzewnej (u co piątej kobiety),
- układu oddechowego i narządów klatki piersiowej.

Te umiejscowienia dotyczą 88% kobiet, u których wykryto nowotwór, przy czym tylko pierwsze trzy dotyczą 80%.

Te cztery grupy umiejscowienia nowotworu są również najpowszechniejsze u mężczyzn, z tym, że kolejność jest dokładnie odwrotna niż u kobiet, co pokazuje poniższy rysunek.

Choroby zakaźne

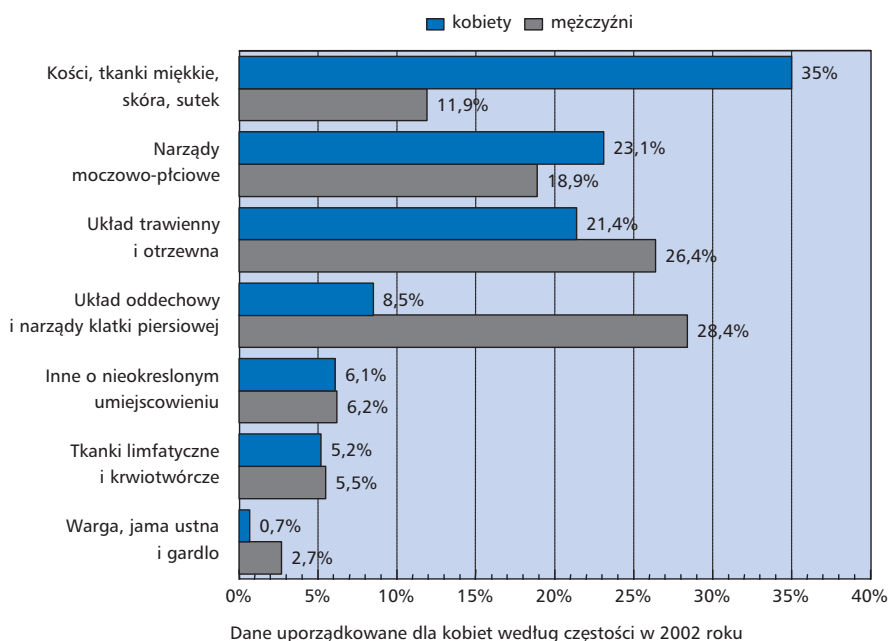
Gruźlica

Współczynnik zapadalności na gruźlicę w Krakowie jest niższy niż w województwie małopolskim i znacznie niższy niż w Polsce. Na podstawie obliczonych wskaźników można stwierdzić, iż generalnie od kilku lat sytuacja

epidemiologiczna w zakresie gruźlicy poprawia się. Jedynie w roku 2002 współczynnik zapadalności dla Krakowa wzrósł wyraźnie w stosunku do roku 2001 i nawet przekroczył wartość z roku 2000, ale już w roku 2003 spadł do poziomu niższego niż w roku 2001 i był blisko dwukrotnie niższy niż pięć lat wcześniej. Odnotowany w roku 2002 wzrost liczby nowo wykrytych przypadków w Krakowie (129 na

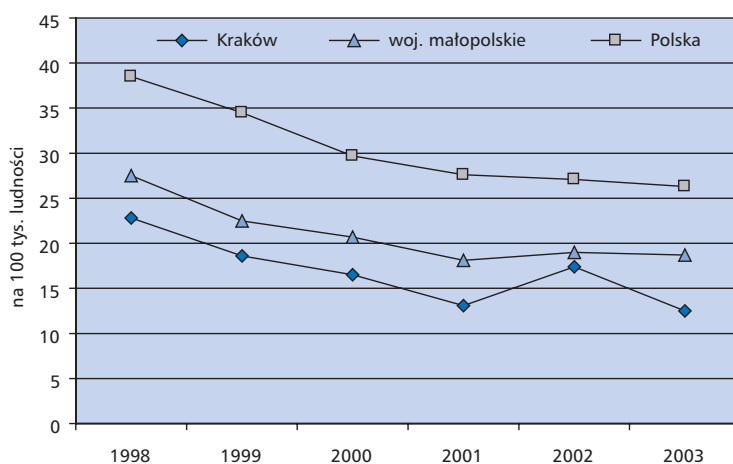
616 w województwie) spowodował, iż współczynnik zapadalności osiągnął wartość bliską wartości uzyskanej dla całego województwa. W roku 2003 zarejestrowano 93 nowe przypadki w Krakowie na 606 w Małopolsce i różnica we wskaźnikach zapadalności ponownie wzrosła na korzyść dla Krakowa.

Niższy współczynnik zapadalności na tę chorobę w roku 2003 w ska-



Zachorowania na nowotwory w powiecie krakowskim, 2002

Zapadalność na gruźlicę



li całego kraju odnotowano jedynie w województwie wielkopolskim. Należy podkreślić, że obecnie gruźlica nie stanowi problemu powszechnego, ale wykrywane przypadki są zaawansowane i trudne w leczeniu.

Wirusowe zapalenie wątroby WZW A

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby A, uwagę zwraca fakt dużej liczby zgłaszanych przypadków w roku 1999, zwłaszcza w Krakowie.

Natomiast począwszy od roku 2000 rejestrowano znacznie mniej przypadków, dlatego dla wygodniejszego prześledzenia dynamiki zachorowań sporządzono rysunek nie uwzględniający roku 1999. W roku 2000 zgłoszono w Krakowie 7 zachorowań na WZW A, a w latach 2001-2003 po jednym przypadku, dzięki czemu współczynniki zapadalności są niższe niż w województwie i w Polsce.

W ciągu pierwszego półrocza 2004 roku w Krakowie nie zarejestrowano ani jednego przypadku WZW A.

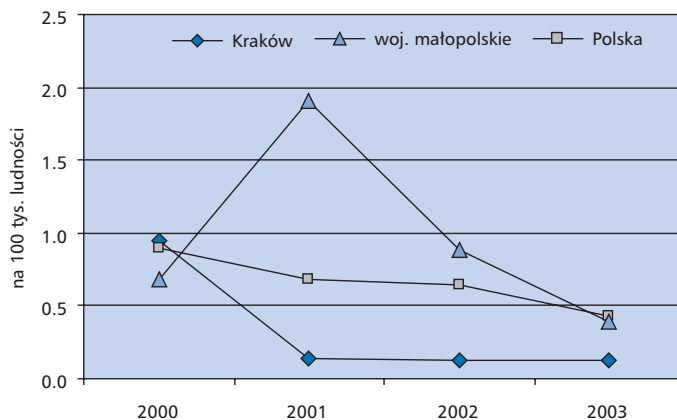
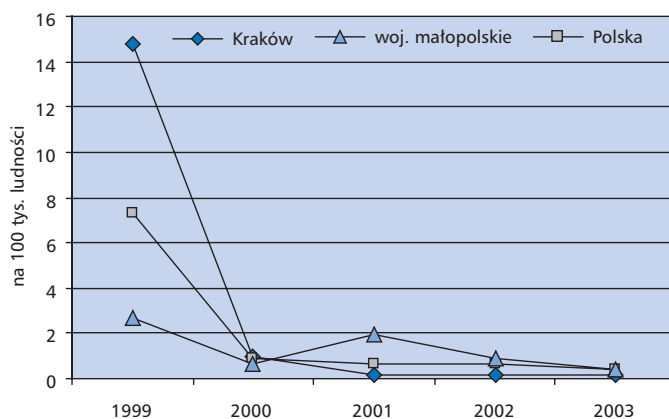
WZW B

Zapadalność na WZW typu B była w latach 2001-2003 zdecydowanie niższa niż w latach 1999-2000. Najwyraźniej taki spadek widać w przypadku Krakowa, w którym współczynniki zapadalności w dwóch pierwszych omawianych latach były znacznie wyższe niż w województwie i Polsce. Dzięki prawie dwukrotnie mniejszej liczbie zachorowań w roku 2001 (40 przypadków) w stosunku do roku 2000 (76 przypadków), zapadalność w naszym mieście była podobna jak w województwie (wyższa o 0,8)

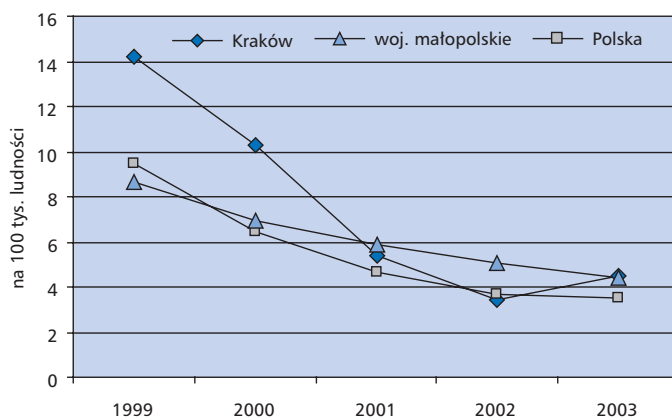
i w Polsce (niższa o 0,5). W roku 2002 odnotowano najmniejszą liczbę nowych przypadków (26) i najniższą zapadalność. W roku 2003 zarejestrowano takich przypadków 34, co spowodowało wzrost współczynnika zapadalności do poziomu 4,5, czyli ta-

kiego samego jak w kraju i nieco wyższego niż w województwie.

Niestety w ciągu pierwszego półrocza 2004 roku w Krakowie zarejestrowano 36 nowych zachorowań, czyli o 2 więcej niż w ciągu całego roku 2003.



Zapadalność na WZW typu A



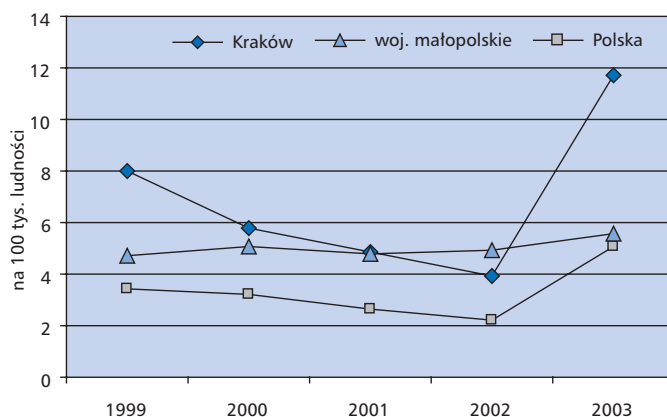
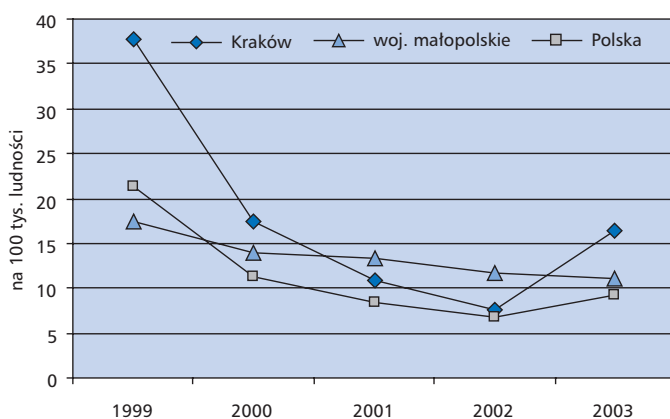
Zapadalność na WZW typu B (bez typu B+C)

WZW C

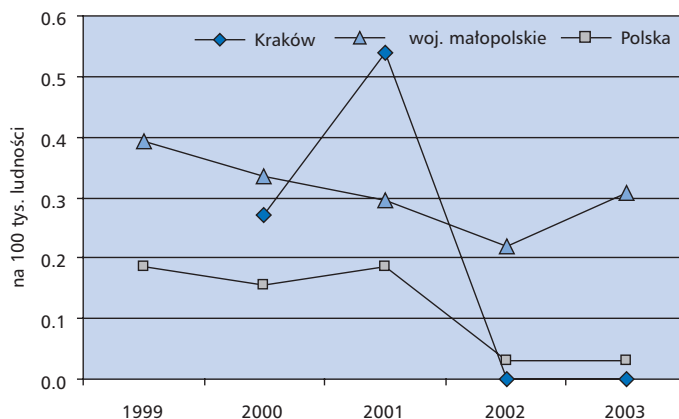
W przypadku nowych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C uwagę przykuwa fakt bardzo dużej liczby przypadków odnotowanych w 2003 roku w Krakowie. Spowodowało to wzrost wskaźnika zapadalności do poziomu 11,75, a więc najwyższego w historii ostatnich lat. Po części za tak duży wskaźnik odpowiada wystąpienie 22 zachorowań wśród pacjentek Kliniki Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ale ponieważ wszystkich zachorowań było 89, to nawet po odjęciu wymienionych pacjentek uzyskamy liczbę 67 przypadków, a z taką mieliśmy do czynienia ostatnio w roku 1998 (68 zachorowań), od którego liczba nowych zachorowań systematycznie malała (w roku 1999 – 59, 2000 – 43, 2001 – 36, 2002 – 30). Dzięki takiemu trendowi spadkowemu zapadalność w Krakowie zrównała się z zapadalnością w Polsce w roku 2001, a w 2002 była nawet niższa. We wszystkich latach zapadalność w mieście była większa niż w województwie. Trend dotyczący zapadalności w województwie na przestrzeni ostatnich lat był podobny do tego w Krakowie – czyli do roku

2002 systematyczny spadek i wzrost w 2003. Według Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego sytuacja z ostatniego roku jest też efektem podjętych działań w kierunku poprawy zgłaszalności.

Zapadalność na WZW



Zapadalność na WZW typu C (bez typu B+C)



Zapadalność na WZW typu B+C

W ciągu pierwszego półrocza 2004 roku w Krakowie zarejestrowano 35 nowych zachorowań.

WZW B+C

W przypadku WZW typu mieszane (czyli B i C) odnotowuje się w Krakowie pojedyncze przypadki (w roku 2000 – 2, 2001 – 4, a w 2002 i 2003 – 0), w związku z czym współczynniki zapadalności są na bardzo niskim poziomie, podobnie jak w województwie i w Polsce.

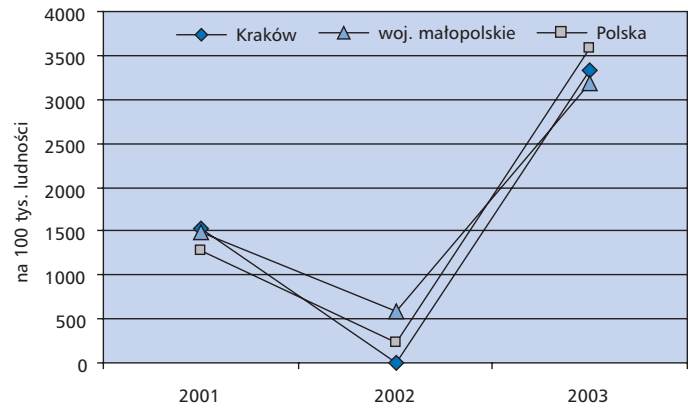
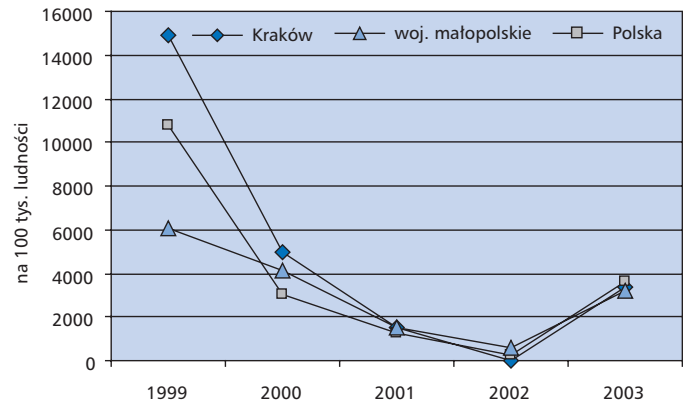
Wszystkie omówione trendy mają swoje odzwierciedlenie we współczynnikach zapadalności liczonych dla zachorowań na WZW ogółem, bo są wypadkową zbieranych danych dla

poszczególnych typów. W roku 1999 zapadalność na WZW A, B, i C w Krakowie była wyższa niż w Polsce i Małopolsce. Omówiona już duża liczba zachorowań na WZW C w 2003 roku poskutkowała również największą zapadalnością na WZW ogółem.

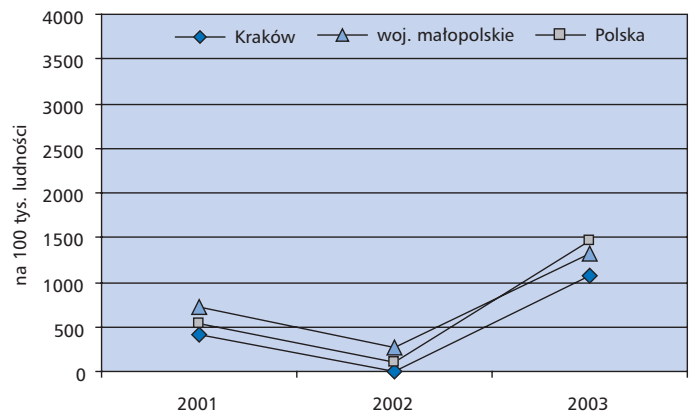
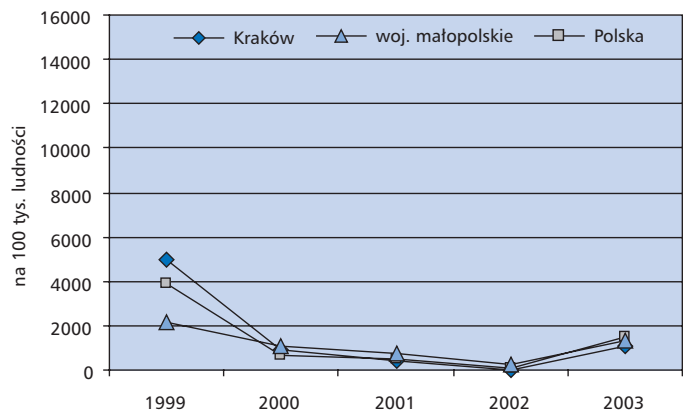
Grypa

Liczba zachorowań na grypę zarówno w Krakowie, jak i w województwie oraz w kraju systematycznie spadała do roku 2002. W roku 2003 odnotowano wyraźny wzrost zachorowań. Dotyczy to zachorowań całej populacji oraz dzieci w wieku 0-14 lat. Zapadalność wśród dzieci jest na niższym poziomie niż wśród wszystkich osób (w Krakowie, w województwie i w Polsce).

Pewne różnice występujące w poziomie zachorowalności łatwiej zauważyć na wykresach uwzględniających tylko 3 ostatnie lata (odrzucając wcześniejsze lata uzyskujemy rozciągnięcie skali). W przypadku krakowian zapadalność wśród dzieci jest niższa niż w województwie czy Polsce, choć dla ogółu była na poziomie porównywalnym. Wynika z tego, że jeśli wyłączyć dzieci, to zapadalność wśród osób w wieku powyżej 14 lat byłaby w Krakowie wyższa niż w Polsce.



Zapadalność na grypę



Zapadalność na grypę wśród dzieci w wieku 0-14 lat

Świnka

Liczba zgłoszonych zachorowań na świnkę w roku 2003 była najwyższa od czterech lat. Dotyczy to wszystkich porównywanych populacji, w których od roku 2001 zaczął się rysować trend wzrostowy dla zapadalności. Liczba przypadków zarejestrowanych tylko w pierwszej połowie 2004 niestety potwierdza wzrost zapadalności – w przypadku Krakowa zachorowania z I półrocza 2004 stanowią 89,8% przypadków z 2003 roku (odpowiednio dla województwa 85,4%, a w Polsce 97%).

W Krakowie i województwie nowe przypadki były również liczniejsze niż w 1999 roku. Na przestrzeni wszystkich lat zapadalność w Krakowie była niższa niż w województwie i w kraju.

Odra

W przypadku odry co roku zgłaszane są w Krakowie pojedyncze przypadki (2000 – 4, 2001 - 4, 2002 – 1, 2003 – 1, I półrocze 2004 – 1), co skutkuje niskimi współczynnikami zapadalności. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w związku z zaplanowaną w Polsce na rok 2007 eliminacją odry, polegającą na przerwaniu szerzenia się zachorowań rodzimych, zgodnie z zaleceniami WHO, w każdym przypadku podejrzenia odry należy wykonać badanie serologiczne w kierunku obecności w surowicy przeciwciał odrowych w klasie IgM.

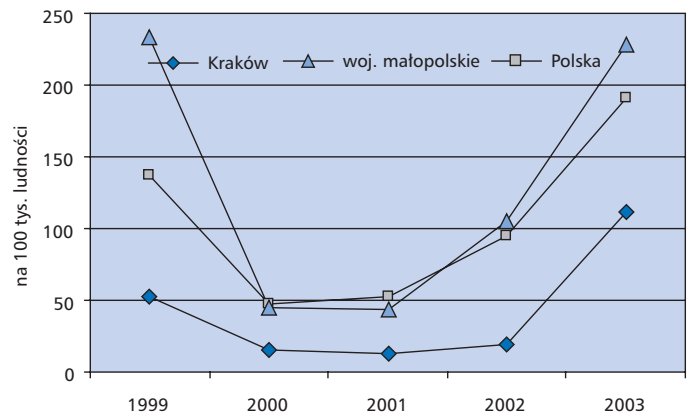
Szkarlatyna (płonica)

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat zapadalność na szkarlatynę zmniejszała się we wszystkich trzech populacjach. W przypadku Krakowa szczególnie zna-

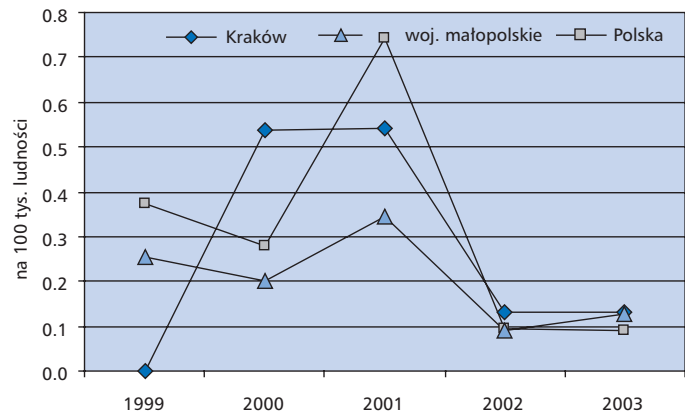
czący spadek liczby nowych przypadków zaobserwowano w roku 2001.

Niestety, z danych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wynika, że tylko w I półroczu 2004 roku odnotowano w Krakowie o połowę

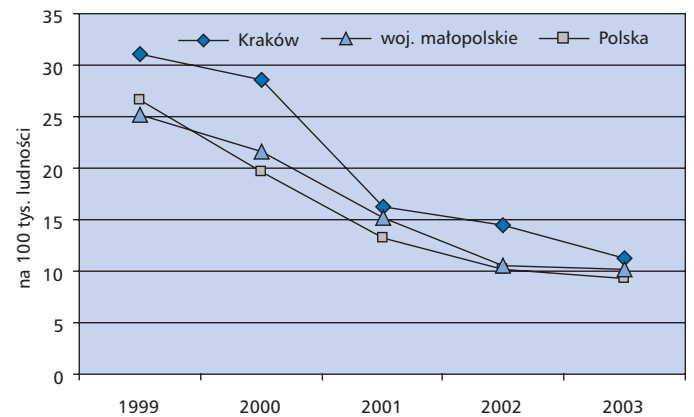
więcej przypadków niż w ciągu całego roku 2003 (2003 – 85, I półrocze 2004 – 127).



Zapadalność na świnkę



Zapadalność na odrę



Zapadalność na szkarlatynę

Różyczka

Począwszy od roku 2001 obserwujemy trend spadkowy dla zapadalności na różyczkę. Współczynniki otrzymane w roku 2003 były najniższe z notowanych od roku 1999.

Na przestrzeni wszystkich omawianych lat zapadalność w Krakowie była niższa niż w województwie i w Polsce.

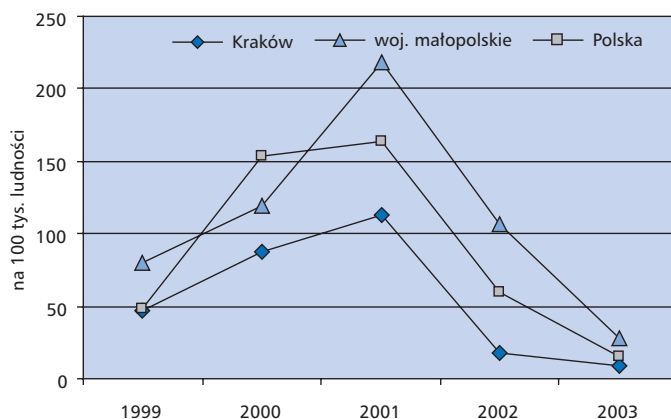
Przypadki odnotowane w Krakowie w I półroczu 2004 roku stanowią 61,2 % zachorowań zgłoszonych w 2003 (w województwie 51,3%, a w Polsce 26,4%).

Ospa wietrzna

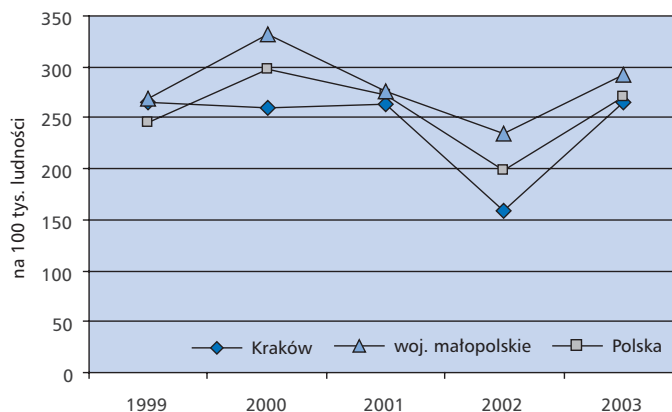
W roku 2003 nastąpił wzrost liczby zachorowań na ospę wietrzną w porównaniu do roku 2002 i osiągnął poziom porównywalny z rokiem 2001. Zapadalność w Krakowie była nieco niższa niż w województwie i w Polsce.

Niestety liczba zachorowań w 2004 roku znacznie wzrosła w stosunku do roku 2003, przypadki zgłoszone w Krakowie w I półroczu 2004 stanowiły 112,7% zachorowań z roku 2003 (w województwie 99,1%, a w Polsce 84,2%).

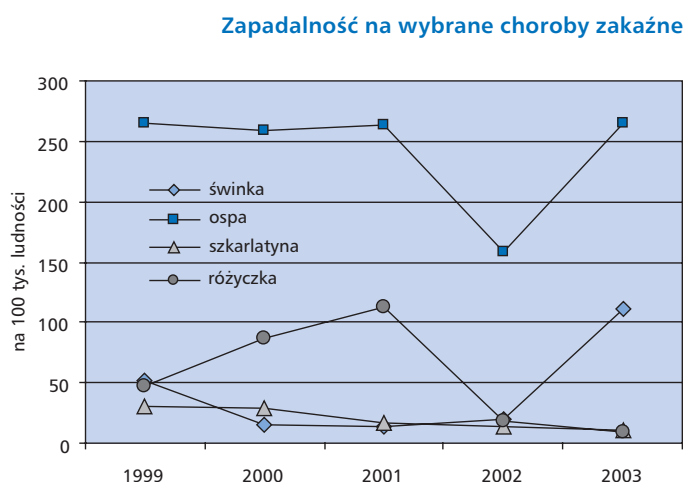
Rysunek po prawej pozwala porównać zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Krakowie. Zdecydowanie najpowszechniejszą chorobą jest ospa wietrzna. Zapadalność na różyczkę wzrastała do roku 2001, po czym w roku 2002 była zdecydowanie niższa i porównywalna z zapadalnością na świnkę i szkarlatynę. W roku 2003 odnotowano znacznie więcej zachorowań na świnkę niż w roku wcześniejszym, co skutkowało silnym wzrostem wskaźnika zapadalności.



Zapadalność na różyczkę



Zapadalność na ospę wietrzną



Zapadalność na wybrane choroby zakaźne

I.4. Niepełnosprawność

Dane na temat występowania niepełnosprawności przedstawiono w oparciu o wyniki spisu powszechnego przeprowadzonego w roku 2002. Dane te powinny dobrze obrazować aktualną sytuację, gdyż z samego założenia powszechności spisu były zbierane w całej populacji. Oczywiście dla części mieszkańców nie było możliwe, z różnych względów, przeprowadzenie spisu z udziałem rachmistrza spisowego, ale dotyczyło to 2% stałych mieszkańców naszego kraju. Dane pozyskano z publikacji Urzędu Statystycznego w Krakowie oraz stron internetowych GUS.

Za **osobę niepełnosprawną** uznawano osobę, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).

Zbiorowość osób niepełnosprawnych została podzielona na 2 podstawowe grupy:

- osoby niepełnosprawne **prawnie**, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony,
- osoby niepełnosprawne **tylko biologicznie**, tj. takie, które nie po-

siadały orzeczenia, ale miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

Kryterium zakwalifikowania danej osoby do zbiorowości osób niepełnosprawnych **prawnie** było:

- dla osób w wieku 16 lat i więcej – posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez odpowiedni organ orzekający, ustalającego niezdolność do pracy, stopień niepełnosprawności, celowość przekwalifikowania lub inwalidztwo,
- dla dzieci poniżej 16 roku życia – tj. urodzonych po 20 maja 1986 r. uprawnienie do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami w NSP 2002 do grupy osób niepełnosprawnych prawnie nie zaliczono osób, które uzyskały orzeczenie o grupie inwalidztwa wydane przez MON lub MSWiA oraz orzeczeń o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanych

przez KRUS po 31.12.1997.

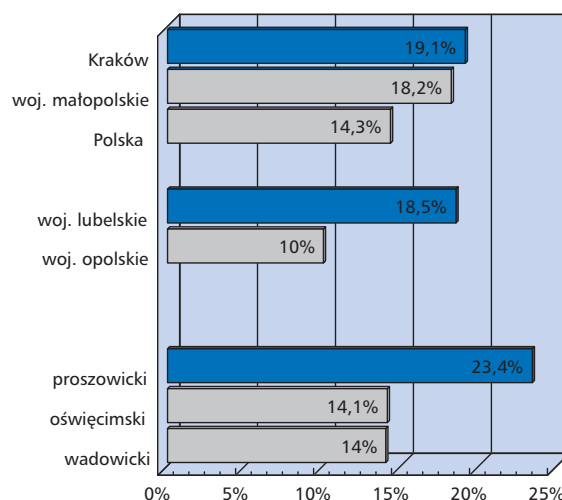
Niepełnosprawność w Krakowie na tle innych regionów

Według danych uzyskanych w ramach spisu, w roku 2002 miasto **Kraków** zamieszkiwało **144 905 osób niepełnosprawnych**. W całym województwie problem dotyczył 589 062 osób.

Odsetek osób niepełnosprawnych zamieszkujących w Krakowie (19,1%) jest nieco wyższy niż w województwie małopolskim (18,2%) i o blisko 5 punktów proc. wyższy niż w całym kraju (14,3%). Wyniki spisu pokazały, że w naszym regionie zjawisko niepełnosprawności jest powszechniejsze niż w pozostałych częściach kraju.

Porównując wskaźniki natężenia zjawiska w obrębie województw, należy podkreślić, iż jedynie w województwie lubelskim odnotowano nieco wyższy odsetek niepełnosprawnych (18,5%) niż w Małopolsce (18,2%), podczas gdy najniższy odsetek wyniósł 10% dla województwa opolskiego.

Niepełnosprawni w Krakowie na tle innych regionów



Również w obrębie samego województwa zaobserwowano znaczne zróżnicowanie w nasileniu problemu. Dotykał on w największym stopniu mieszkańców powiatu proszowickiego (niemal co czwarta osoba niepełnosprawna – 23,4%), a w najmniejszym – w powiatach oświęcimskim (14,1%) i wadowickim (14%), w których uzyskane wskaźniki są nawet nieco niższe niż dla Polski (14,3%).

Niepełnosprawni według kategorii niepełnosprawności

W skali całego kraju 81,6% osób niepełnosprawnych posiadało odpowiednie orzeczenie, a więc były to osoby niepełnosprawne prawnie. Jednocześnie niemal co piąta osoba (18,4%) była niepełnosprawna tylko biologicznie, czyli mimo iż w subiektywnej ocenie odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu podstawowych czynności, to nie posiadała prawnego orzeczenia potwierdzającego ten stan. W mieście Krakowie relacja niepełnosprawnych prawnie i tylko biologicznie wyniosła odpowiednio 89,2% (129 266) i 10,8% (15 639), a więc jedynie co dziesiąty niepełnosprawny nie posiadał prawnego potwierdzenia swej ograniczonej sprawności. Wskaźniki dla całego województwa nie odbiegają istotnie od wskaźników dla Krakowa. Najniższy wskaźnik osób niepełnosprawnych tylko biologicznie w obrębie województwa odnotowano w Nowym Sączu (8,1%), a najwyższy w powiecie dąbrowskim (17,6%).

Należy podkreślić, iż zjawisko niepełnosprawności jest mocno związane z wiekiem, a ponieważ w skali kraju blisko połowę osób niepełno-

sprawnych stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej, to może to przynajmniej w pewnym stopniu tłumaczyć dość wysoki odsetek osób niepełnosprawnych biologicznie z racji wieku, które nie posiadają orzeczenia stopnia niepełnosprawności.

Uwzględniając subiektywną ocenę zdolności do wykonywania podstawowych czynności dla danego wieku, zbiorowość osób niepełnosprawnych **prawnie** można podzielić na dwie grupy:

- osoby niepełnosprawne **prawnie i biologicznie**, tj. osoby, które posiadały orzeczenie i równocześnie miały (odczuwały) całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych,
- osoby niepełnosprawne **tylko prawnie** tj. osoby, które posiadały orzeczenie i nie miały (nie odczuwały)

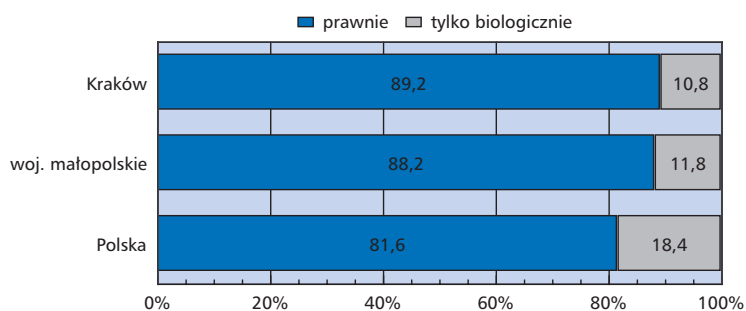
ograniczonej zdolności do wykonywania czynności podstawowych.

W przypadku województwa małopolskiego osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie stanowią 54,9% wszystkich niepełnosprawnych, a co trzecia osoba jest niepełnosprawna tylko prawnie (33,3%)

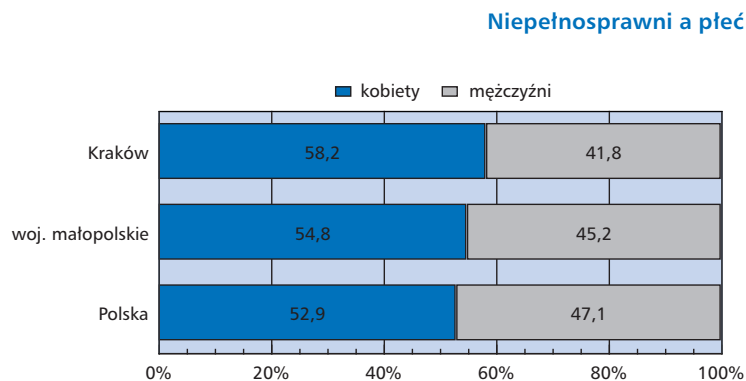
Niepełnosprawność według płci

W populacji niepełnosprawnych przeważały kobiety, co wynika z faktu, iż dominują one w populacji osób starszych, w której zjawisko niepełnosprawności jest najbardziej nasilone.

Gdyby rozpatrywać wskaźniki niepełnosprawności dla każdej płci oddzielnie i uwzględnić wiek, to odsetki osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych są wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet. Dopiero



Niepełnosprawni prawnie i biologicznie



Niepełnosprawni a płeć

w przedziale wieku 70 lat i więcej natężenie niepełnosprawności wśród mężczyzn w relacji do kobiet jest niższe (rozpatrując dane dla województwa) – zatem można stwierdzić że w porównaniu do kobiet mężczyźni w tym wieku są w lepszej kondycji, tylko że jest ich zdecydowanie mniej.

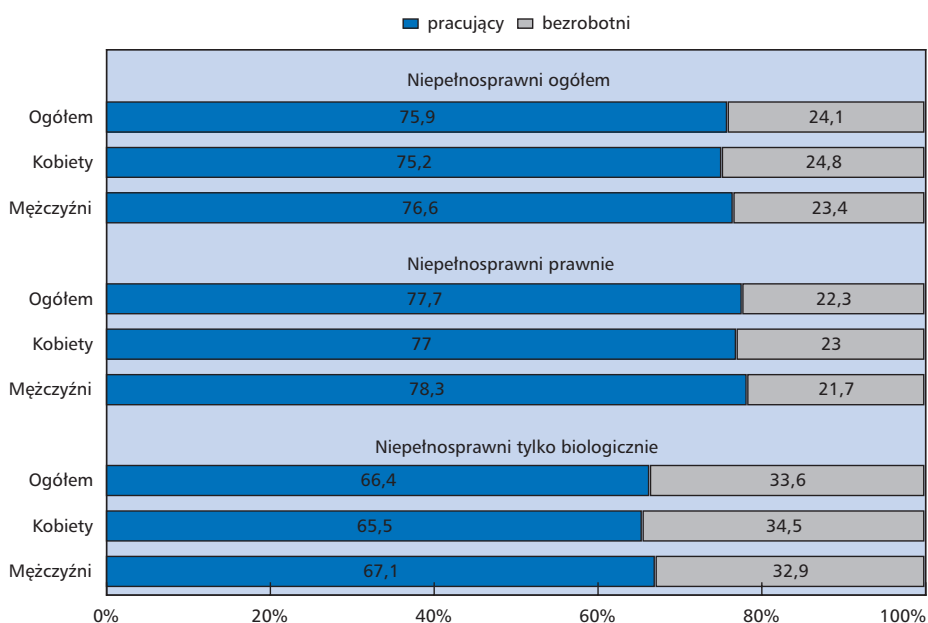
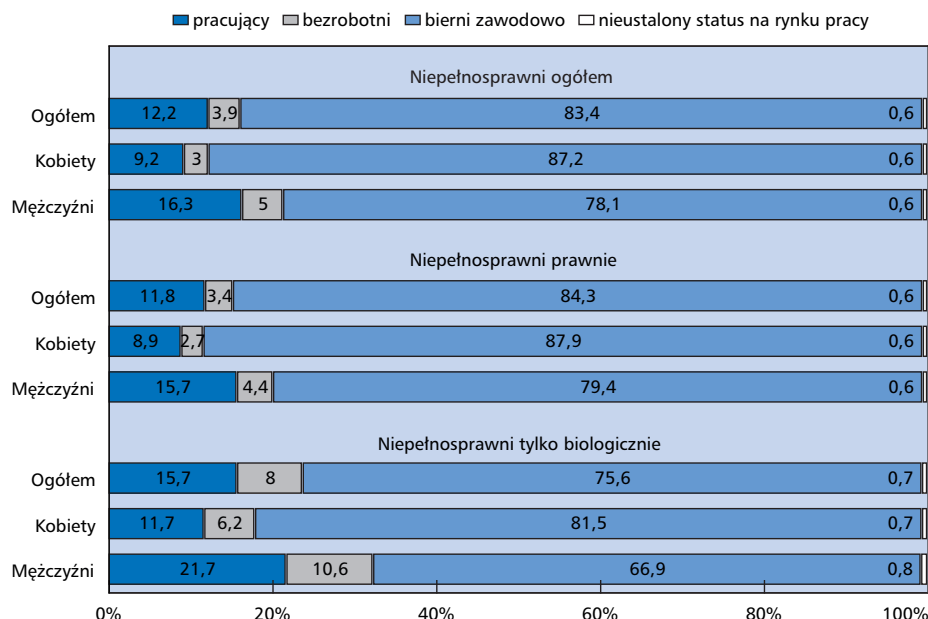
Reasumując wskaźniki częstości niepełnosprawności w poszczególnych grupach wiekowych są wyższe dla mężczyzn niż dla kobiet, ale ponieważ kobiet, zwłaszcza w wieku podeszłym jest więcej niż mężczyzn, to stanowią one większą podgrupę w populacji osób niepełnosprawnych.

Rozpatrując niepełnosprawność w wyróżnionych kategoriach (prawna i tylko biologiczna) dla każdej płci oddzielnie nie zaobserwowano istotnych różnic dla mieszkańców Krakowa. Nieznacznie większy był odsetek niepełnosprawnych posiadających prawne orzeczenie tego stanu wśród mężczyzn (89,6%) w porównaniu do kobiet (88,9%).

Niepełnosprawność według aktywności ekonomicznej

Rozpatrując całą populację niepełnosprawnych mieszkańców Krakowa (łącznie z dziećmi w wieku poniżej 15 lat), obserwujemy większy odsetek osób aktywnych zawodowo (czyli pracujących i bezrobotnych) wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Taka sytuacja ma miejsce zarówno wśród niepełnosprawnych prawnie, jak i niepełnosprawnych tylko biologicznie, przy czym dla obu płci aktywni zawodowo mają większy udział w grupie niepełnosprawnych tylko biologicznie.

Rozważając udział osób pracujących i bezrobotnych w grupie ak-



Niepełnosprawni aktywni zawodowo

tywnych zawodowo osób niepełnosprawnych, zaobserwowano wyższy poziom bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych tylko biologicznie (przeciętnie co trzecia osoba pozostawała bez pracy).

Niepełnosprawni w dzielnicach

W Podgórzu i Nowe Hucie zamieszkuje więcej osób niepełnosprawnych niż w Śródmieściu i Krowodrzy, co

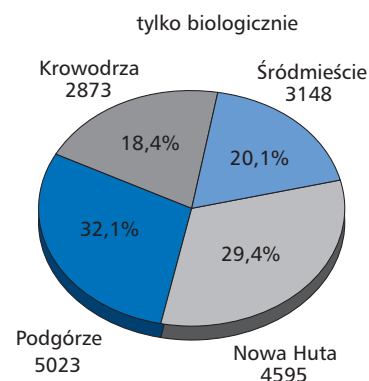
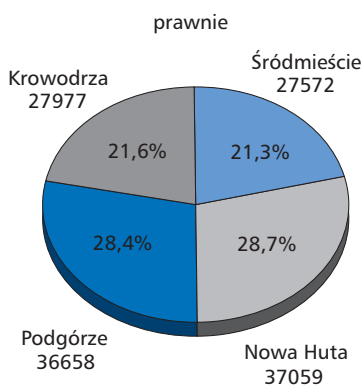
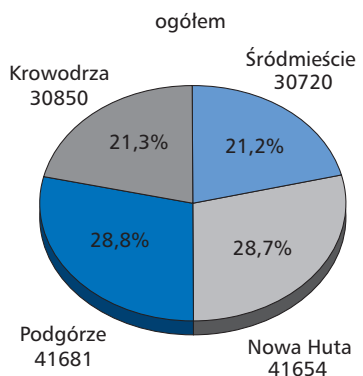
wynika z faktu, iż te dzielnice są zamieszkałe przez większą liczbę osób.

Jeśli porównać odsetek osób niepełnosprawnych z danej dzielnicy wśród wszystkich niepełnosprawnych mieszkańców miasta z odsetkiem mieszkańców tej dzielnicy wśród mieszkańców miasta, to widać podobną strukturę, co obrazuje tabela obok.

Częstość występowania niepełnosprawności nie jest bardzo zróżnicowana pomiędzy dzielnicami Krakowa – z największą mamy do czynienia w Śródmie-

	odsetek niepełnosprawnych z danej dzielnicy wśród wszystkich niepełnosprawnych mieszkańców miasta	odsetek mieszkańców miasta zamieszkały w dzielnicy
Śródmieście	21,2%	19,3%
Krowodrza	21,3%	21,5%
Podgórze	28,8%	30,7%
Nowa Huta	28,7%	28,5%

Niepełnosprawni mieszkańcy Krakowa w dzielnicach



ściu, a najmniejszą w Podgórzu, co może wynikać z faktu, iż Śródmieście jest zamieszkane w większym stopniu przez osoby starsze, a jak już podkreślano niepełnosprawność jest zjawiskiem ściśle związanym z wiekiem.

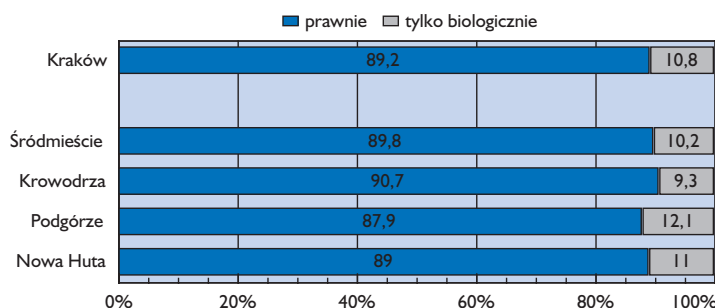
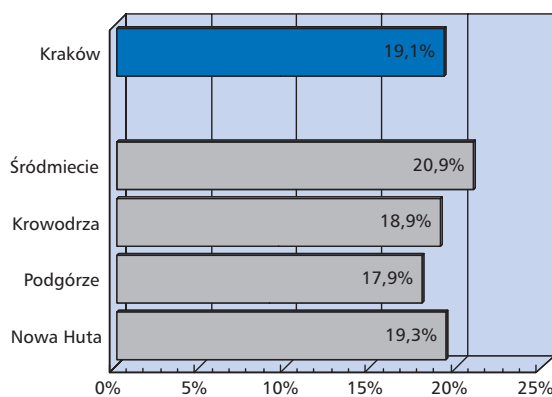
Nie odnotowano też zasadniczych różnic pomiędzy dzielnicami w częstości występowania niepełnosprawności w kategoriach prawnej i tylko biologicznej niepełnosprawności.

Orzeczenia o niepełnosprawności w roku 2003

Wzrost dotacji Wojewody na realizację zadania związanego z rozpatrywaniem wniosków o orzeczenie niepełnosprawności lub jej stopniu, pozwolił:

- zrealizować wszystkie zaległe wnioski z roku 2002,

Odsetek niepełnosprawnych mieszkańców Krakowa



■ skrócić czas oczekiwania na wydanie orzeczenia (w I półroczu 2003 z 10 do 6 miesięcy, a w przypadku dzieci do 3 miesięcy; w II półroczu do maksymalnie 4 miesięcy).

W konsekwencji Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wydał w roku 2003 11583 orzeczenia (w tym 9122 o stopniu niepełnosprawności, a 2461 o niepełnosprawności), czyli ponad dwukrotnie więcej niż w roku 2002 (5637 orzeczeń).

Częstość występowania upośledzeń

Rozważając problem występowania upośledzeń w odniesieniu do rodzin zamieszkałych w Krakowie, można zauważyć, iż częściej mamy do

czynienia z upośledzeniami fizycznymi niż umysłowymi.

Zwraca uwagę fakt, iż liczba rodzin, w której odnotowano osobę z upośledzeniem fizycznym znacznie wzrasta:

- w roku 2003 w stosunku do roku 2002 o 88% (z 3196 do 6024),
- w roku 2002 w stosunku do roku 2001 o 21%.

Odnosząc rok 2003 bezpośrednio do roku 2001, zauważymy iż liczba rodzin z problemami upośledzenia fizycznego wzrosła o 127%, czyli była niemal 2,3 raza większa od liczby rodzin w roku 2001

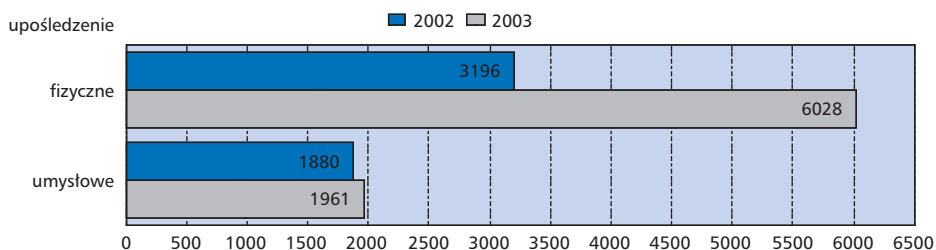
W przypadku upośledzeń umysłowych nastąpił wzrost o 4% (z 1880 w roku 2002 do 1961 w roku 2003), a w roku 2002 liczba rodzin z tym problemem była analogiczna do licz-

by z roku 2001. W konsekwencji rodzin borykających się z problemem niepełnosprawności fizycznej było w roku 2003 trzykrotnie więcej niż rodzin z problemem upośledzenia umysłowego, podczas gdy w roku 2002 było takich rodzin dwa razy tyle. W 2003 roku problem upośledzenia fizycznego występował już w co 5-6 rodzinie.

Rodziny, w których występował problem upośledzenia uzyskiwały pomoc z funduszy pomocy społecznej. Średnia wartość pomocy udzielonej na gospodarstwo domowe była w roku 2003 o 177 złotych niższa niż w roku 2002, ale uzyskało ją znacznie więcej rodzin, gdyż środki przeznaczone na ten cel były znacznie większe niż w roku 2002. W roku 2003 rodziny z problemami upośledzeń uzyskały

Występowanie upośledzeń w rodzinach krakowskich

Upośledzenie	2003			2002		
	Liczba rodzin	% wszystkich rodzin	Zmiana w stosunku do roku 2002	Liczba rodzin	% wszystkich rodzin	Zmiana w stosunku do roku 2001
fizyczne	6024	17,5%	88%	3196	11,1%	21%
umysłowe	1961	5,7%	4%	1880	6,5%	0%



Pomoc społeczna dla rodzin z problemami upośledzeń

	2003			2002		
	Liczba gospodarstw domowych	Łączna kwota udzielonej pomocy	Średnia wartość pomocy na gospodarstwo domowe	Liczba gospodarstw domowych	Łączna kwota udzielonej pomocy	Średnia wartość pomocy na gospodarstwo domowe
Upośledzenie fizyczne lub umysłowe	9393 42,9%	24 077 357 39,0%	2563	6540 21,9%	17 857 193 28,9%	2730

39% z łącznej puli środków na pomoc społeczną (stanowiły 42,9% wszystkich rodzin uzyskujących pomoc), a w roku 2002 – 28,9% (stanowiąc 21,9% rodzin wspieranych finansowo w ranach opieki społecznej).

Podsumowanie części I

W Krakowie, podobnie jak w województwie małopolskim oraz Polsce z roku na rok maleje liczba urodzeń. Współczynniki urodzeń na 1000 osób ludności są dla miasta Krakowa niższe niż dla całego kraju. Spadek liczby urodzeń jest bardzo wyraźny, gdy porównamy współczynniki z lat 1990 i 2002 – w Krakowie nastąpił spadek współczynnika urodzeń na 1000 osób ludności o blisko 30%.

Na przestrzeni ostatnich lat zaobserwowano nieznaczny trend spadkowy umieralności ogólnej zarówno w Polsce, jak i w Krakowie. Umieralność

ogólna w Krakowie, w porównaniu ze średnią ogólnopolską, była niższa u mężczyzn, a u kobiet utrzymywała się na podobnym poziomie.

Spadek umieralności oraz ujemny przyrost naturalny w ciągu ostatnich kilku lat skutkują starzeniem się populacji mieszkańców Krakowa, czyli rosnącym odsetkiem osób w podeszłym wieku. Dla uzyskania zastępowalności pokoleń konieczne jest prowadzenie polityki społecznej, która pozwoli stworzyć warunki sprzyjające zakładaniu rodziny oraz decydowaniu się na urodzenie dziecka odkładane na późniejszy okres życia.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w Krakowie dokonała się nieznaczna zmiana w strukturze zgonów – zmniejszył się udział chorób układu krążenia, natomiast wzrósł nowotworów złośliwych. W latach 2001-2002 najczęstszymi przyczynami zgonów w Krakowie były:

- 1) choroby układu krążenia (miażdżyca i choroba niedokrwienna serca),
- 2) nowotwory (u kobiet nowotwór sutka, płuc, jelita grubego i odbytu, a u mężczyzn: rak płuc, odbytu, żołądka oraz prostaty),
- 3) zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu.

Począwszy od 1996 roku w Krakowie, podobnie jak w całej Polsce, występuje spadkowy trend dla zgonów niemowląt. Najczęstszymi przyczynami zgonów niemowląt w Krakowie w latach 2001-2002 były wady wrodzone i urazy okołoporodowe.

Zapadalność na nowotwory w powiecie krakowskim (wraz z Krakowem) jest wyższa niż w województwie małopolskim. Nie nastąpiły istotne wahania we współczynnikach zapadalności dla roku 2003 w porównaniu z rokiem 2002.

Współczynniki zapadalności na gruźlicę i WZW A w Krakowie są niższe niż w województwie małopolskim i w Polsce. Zapadalność na WZW typu B była w latach 2001-2003 zdecydowanie niższa niż w latach 1999-2000. Niestety w ciągu pierwszego półrocza 2004 roku w Krakowie zarejestrowano 36 nowych zachorowań, czyli o 2 więcej niż w ciągu całego roku 2003.

Liczba zachorowań na grypę zarówno w Krakowie, jak i w województwie oraz w kraju systematycznie spadała do roku 2002. W roku 2003 odnotowano wyraźny wzrost zachorowań.

W przypadku odry co roku zgłaszane są w Krakowie pojedyncze przypadki, co skutkuje niskimi współczynnikami zapadalności. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że w związku z zaplanowaną w Polsce na rok 2007 eliminacją odry, polegającą na przerwaniu szerzenia się zachorowań rodzimych, zgodnie z zaleceniami WHO, w każdym przypadku podejrzenia odry należy wykonać badanie serologiczne w kierunku obecności w surowicy przeciwciał odrowych w klasie IgM.

Spośród zachorowań na świnkę, szkarlatynę, różyczkę i ospę wietrzną, zdecydowanie najpowszechniej odnotowywano ospę. Zapadalność na różyczkę wzrastała do roku 2001, po czym w roku 2002 była zdecydowanie niższa i porównywalna z zapadalnością na świnkę i szkarlatynę. W roku 2003 odnotowano znacznie więcej zachorowań na świnkę niż w roku wcześniejszym, co poskutkowało silnym wzrostem wskaźnika zapadalności. W pierwszej połowie 2004 liczba zgłoszonych przypadków świnki była bliska 90% zachorowań z roku 2003, a w przypadku szkarlatyny była o połowę większa niż w 2003 roku.

OPIEKA ZDROWOTNA

II.1. Zasoby ochrony zdrowia

Stacjonarna opieka zdrowotna

W roku 2003 na terenie miasta Krakowa działało **18 publicznych** i **14 niepublicznych** zakładów opieki stacjonarnej. **18 publicznych** placówek opieki stacjonarnej to:

- 16 szpitali,
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ulicy Wielickiej, posiadający oddziały szpitalne,
- ZOZ dla Szkół Wyższych.

W porównaniu do 2002 roku, liczba publicznych szpitali ogólnych zmniejszyła się o jeden. Z dniem 1.03.2003 r. Szpital Położniczo-Ginekologiczny im. Czerwiakowskiego został przekształcony w Niepubliczny ZOZ Szpital im. Czerwiakowskiego przy ul. Siemiradzkiego.

Zasoby stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz wskaźniki syntetyczne (globalne) dla miasta Krakowa przedstawiono w oparciu o dane pozyskane z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Natomiast szczegółowe wskaźniki dla poszczególnych szpitali i specjalizacji w odniesieniu do struktury i realizacji świadczeń omówiono na bazie informacji uzyskanych w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Część pierwsza, oparta o informacje uzyskane z MCZP bazuje na sprawozdawczości składanej na drukach

Nazwa zakładu	Adres	Organ założycielski
Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	30-393 Kraków ul. Babińskiego 29	Województwo małopolskie
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie	31-115 Kraków ul. Garncarska 11	Minister
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla	31-121 Kraków ul. Skarbowska 4	Województwo małopolskie
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	31-202 Kraków ul. Prądnicka 80	Województwo małopolskie
Krakowskie Centrum Rehabilitacji	30-244 Kraków ul. Modrzewiowa 22	Województwo małopolskie
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Krakowie	30-052 Kraków ul. J. Lea 44	Województwo małopolskie
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	31-503 Kraków ul. Strzelecka 2	Województwo małopolskie
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	31-202 Kraków ul. Prądnicka 35-37	Miasto Kraków
Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie	31-234 Kraków ul. Dożynkowa 61	Województwo małopolskie
Krakowski Szpital Reumatologii i Rehabilitacji	30-119 Kraków Al. Focha 33	Województwo małopolskie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie	31-826 Kraków os. Złota Jesień 1	Województwo małopolskie
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	31-501 Kraków ul. Kopernika 36	UJ
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	30-633 Kraków ul. Wielicka 265	UJ
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	31-913 Kraków os. Na Skarpie 66	Miasto Kraków
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (w swojej strukturze posiada oddziały szpitalne)	30-663 Kraków ul. Wielicka 267	Miasto Kraków
ZOZ dla Szkół Wyższych w Krakowie	30-150 Kraków ul. Armii Krajowej 5	Województwo małopolskie
ZOZ MSWiA w Krakowie	30-053 Kraków ul. Kronikarza Galla 25	Minister
5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie	30-901 Kraków ul. Wrocławska 1-3	Minister

Wykaz publicznych zakładów opieki stacjonarnej

MZ-29 i MZ-30. Prezentowane dane nie uwzględniają danych resortu obrony narodowej i resortu spraw wewnętrznych i administracji (czyli 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego i ZOZ MSWiA w Krakowie) oraz ZOZ-u dla Szkół Wyższych.

Wobec tego prezentowane wskaźniki dla roku 2003 dla miasta Krakowa obliczono w oparciu o dane:

- **15** (48 w województwie) **publicznych** szpitali, w tym **14** (46 w województwie) **ogólnych** i **1** (2 w województwie) szpitala **psychiatrycznego**.
- **11 niepublicznych** placówek opieki stacjonarnej działało (w województwie 17), w tym 3 psychiatrycznych (w województwie 4).

W strukturach zakładów opieki zdrowotnej lub samodzielnie (większość) działały:

- **hospicja** – 5 w województwie, w tym 4 w Krakowie,
- **zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze**, 2 w województwie, oba poza Krakowem,
- **zakłady opiekuńczo-lecznicze** – 18 w województwie, w tym 6 w Krakowie,

co daje razem 9 placówek w Krakowie (w obrębie jednej działają hospicjum i ZOL) i 25 w województwie.

Nazwa zakładu	Adres
Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego w Krakowie	31-061 Kraków ul. Trynatarska 11
ZOZ „Centrum Medyczne Nowa Huta” sp. z o.o.	30-969 Kraków ul. Ujastek 3
NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta sp. z o.o.	30-969 Kraków ul. Ujastek 3
NZOZ Szpital im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie	31-137 Kraków ul. Siemiradzkiego 1
Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby „Dom Gwam”	31-983 Kraków ul. Nadbrzezie 25
NZOZ INTERMEDICA w Krakowie	31-105 Kraków ul. Zwierzyniecka 29
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „Medicina” sp. z o.o. w Krakowie	31-559 Kraków ul. Rogozińskiego 12 31-307 Kraków ul. Barska 12
NZOZ Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla Osób Uzależnionych od Środków Uzależniających	51-983 Kraków ul. Suchy Jar 4a
NZOZ Specjalistyczne Gabinety Lekarskie POPIELA w Krakowie	31-214 Kraków os. Witkowiec Nowe 53
NZOZ Centrum Diagnostyczno-Lecznicze SCANMED w Krakowie	Kraków Al. Pokoju 2a
NZOZ Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Dom Monaru” w Krakowie	51-983 Kraków ul. Suchy Jar 4
Prywatna Klinika „SPES” sp. z o.o. w Krakowie	30-202 Kraków ul. Królowej Jadwigi 15
Prywatny Szpital Ginekologiczno-Położniczy „Ujastek” sp. z o.o. w Krakowie	30-969 Kraków ul. Ujastek 3
FEMINA – Prywatne Centrum Diagnostyczno-Operacyjne Ginekologii i Położnictwa oraz Chorób Sutka	30-432 Kraków ul. Warowna 113

Wykaz niepublicznych zakładów opieki stacjonarnej

Nazwa zakładu	Adres	Typ
NZOZ „VIVA MED.” sp. z o.o.	31-202 Kraków ul. Siemaszki 17	hospicjum
NZOZ Zakład Usług Medyczno-Rehabilitacyjnych Małopolskiego Zarządu Okręgowego PCK	30-052 Kraków ul. J. Lea 44	hospicjum
Ośrodek Opieki Hospicyjnej Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum”	31-831 Kraków ul. Fatimska 17	hospicjum
NZOZ „DOM MED”	31-148 Kraków ul. Helclów 2	hospicjum ZOL
„NEOMEDICA” sp. z o.o. (dawny Krowoderski ZOL)	31-201 Kraków ul. Prądnicka 36	ZOL
NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka”	31-915 Kraków os. Młodości 9	ZOL
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek	31-502 Kraków ul. Kołłątaja 7	ZOL
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ	30-969 Kraków ul. Ujastek 3	ZOL
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (posiada również oddziały szpitalne)	30-663 Kraków, ul. Wielicka 267	ZOL

Wskaźniki działalności szpitali ogólnych w roku 2003 (bez oddziałów noworodków i wcześniaków oraz psychiatrycznych)

Według stanu na dzień 31 grudnia 2003 r. publiczne szpitale ogólne posiadały 13916 łóżek, czyli o 335 mniej niż na koniec roku 2002. Najwięcej łóżek szpitalnych zlikwidowano w szpi-

talach na terenie miasta Krakowa, po zredukowaniu ich liczby o 113 pozostało 5526. Wzrosła natomiast o 26 liczba łóżek niepublicznych.

Łóżka szpitali krakowskich stanowią 40,6% szpitalnych łóżek w województwie (odpowiednio 39,7% w przypadku szpitali publicznych i 69,5% niepublicznych). Odsetek łóżek dla wszystkich szpitali jest bardzo zbliżony do odsetka dla szpitali publicznych, gdyż łóżka publiczne stanowią zdecydowaną większość wszystkich łóżek (95,1%).

Pacjenci leczeni w Krakowie stanowili 41,1% osób leczonych w województwie. W publicznych szpitalach ogólnych, w ciągu całego roku 2003, leczonych było (bez ruchu międzyoddziałowego) 181954 osób, czyli 39,9% leczonych w województwie. Z usług niepublicznych świadczeniodawców częściej korzystano w Krakowie niż w regionie.

Ponieważ liczba łóżek w szpitalach publicznych zmniejsza się systematycznie od kilku lat, maleją wskaźniki

	Liczba szpitali i oddziałów szpitalnych	Liczba łóżek	Ruch chorych			Osobodni leczenia
			Leczeni ogółem*	Wypisani	Zmarli**	
Stan na 31.12						
Szpitale publiczne i niepubliczne						
województwo małopolskie	59	14 322	477 933	457 040	14 377	4 106 336
Kraków	22	5 808	196 668	188 586	5 211	1 663 030
% w województwie		40,6%	41,1%	41,3%	36,2%	40,5%
W tym szpitale publiczne						
województwo małopolskie	46	13 916	456 128	435 761	14 059	3 989 450
Kraków	14	5 526	181 954	174 314	4 927	1 578 378
% w województwie		39,7%	39,9%	40,0%	35,0%	39,6%
W tym szpitale niepubliczne						
województwo małopolskie	13	406	21 805	21 279	318	116 886
Kraków	8	282	14 714	14 272	284	84 652
% w województwie		69,5%	67,5%	67,1%	89,3%	72,4%

	Liczba łóżek	Ruch chorych			Osobodni leczenia
		Leczeni ogółem*	Wypisani	Zmarli**	
Stan na 31.12					
województwo małopolskie					
% publicznych	97,2%	95,4%	95,3%	97,8%	97,2%
% niepublicznych	2,8%	4,6%	4,7%	2,2%	2,8%
Kraków					
% publicznych	95,1%	92,5%	92,4%	94,5%	94,9%
% niepublicznych	4,9%	7,5%	7,6%	5,5%	5,1%

* bez ruchu międzyoddziałowego

** bez izby przyjęć

	Średnia liczba łóżek	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek w dniach	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*	Śmiertelność**
Szpitale publiczne i niepubliczne						
województwo małopolskie	14 447	8,6	284,2	77,9%	33,1	3,05
Kraków	5 828	8,5	285,4	78,2%	33,7	2,69
W tym szpitale publiczne						
województwo małopolskie	14 049	8,7	284,0	77,8%	32,5	3,13
Kraków	5 554	8,7	284,2	77,9%	32,8	2,75

	2002	2003
	wskaźnik na 10 tys. ludności	
Kraków	74,4	72,9
województwo małopolskie	44,0	42,8
Polska	48,4	47,6

Zabezpieczenie ludności w łóżka publicznych szpitali ogólnych

liczby łóżek przypadających na 10 tys. ludności (w roku 1999 wynosiły dla województwa 48,3, a dla Polski 51,6). Wprawdzie w Krakowie wskaźnik jest znacznie wyższy niż w regionie, ale należy pamiętać, że wielu mieszkańców województwa korzysta z opieki stacjonarnej właśnie tutaj.

* bez ruchu międzyoddziałowego
** bez izby przyjęć

Wskaźniki działalności publicznych szpitali psychiatrycznych w 2003 roku

	Liczba szpitali i oddziałów szpitalnych	Liczba łóżek Stan na 31.12	Ruch chorych		Osobodni leczenia
			Leczeni ogółem*	Zmarli**	
Szpitale publiczne					
województwo małopolskie	27	1 076	13 205	135	376 688
Kraków	20	836	10 528	129	290 123
Oddz. psychiatryczne	19	791	9 441	46	275 538
Oddz. neurologiczne	1	45	1 087	83	14 585

Pozostałe 7 oddziałów działało w powiecie wadowickim.

	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek w dniach	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*	Śmiertelność**
Szpitale publiczne					
województwo małopolskie	31,2	350,1	95,9%	11,2	1,20
Kraków					
Oddz. psychiatryczne	29,2*	348,3	95,4%	11,9*	0,57
Oddz. neurologiczne	13,4*	324,1	88,8%	24,2*	7,79

Wskaźniki działalności publicznych szpitali psychiatrycznych w 2003 r. (z ruchem międzyoddziałowym)

Działalność wybranych oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych

Chirurgia ogólna i dziecięca Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	1589	68027	7,0	292,5	80,1%	42,1
2003	1548	65557	6,8	284,7	78,0%	41,9
Kraków						
2002	376	14946	7,1	275,4	75,4%	38,7
2003	369	14796	7,0	276,5	75,7%	39,8

* z ruchem międzyoddziałowym

Chirurgia urazowo-ortopedyczna Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	909	30072	9,1	301,1	82,5%	33,1
2003	881	29381	8,8	287,4	78,7%	32,8
Kraków						
2002	254	8537	9,4	314,8	86,2%	33,6
2003	251	8224	9,4	307,2	84,2%	32,8

* z ruchem międzyoddziałowym

Choroby zakaźne Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	552	15978	8,5	246,6	67,6%	29,1
2003	519	14931	8,1	223,1	61,1%	27,4
Kraków						
2002	237	6818	9,0	253,3	69,4%	28,3
2003	237	6469	8,3	226,2	62,0%	27,3

* z ruchem międzyoddziałowym

Ginekologia i położnictwo Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	1498	70768	5,4	245,3	67,2%	45,5
2003	1435	68839	5,1	239,6	65,6%	46,8
Kraków						
2002	413	20614	5,3	254,6	69,8%	47,9
2003	403	21328	5,1	259,8	71,2%	51,4

* z ruchem międzyoddziałowym

Kardiologia Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	662	26 505	7,7	318,2	87,2%	41,2
2003	672	29 577	6,9	304,4	83,4%	43,8
Kraków						
2002	326	12 774	7,7	302,6	82,9%	39,3
2003	335	14 969	6,5	289,0	79,2%	44,2

* z ruchem międzyoddziałowym

Neurologia Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	592	18913	10,1	323,7	88,7%	31,9
2003	593	18681	10,1	315,4	86,4%	31,3
Kraków						
2002	293	7811	11,7	310,6	85,1%	26,6
2003	298	7935	11,7	310,5	85,1%	26,5

* z ruchem międzyoddziałowym

Otolaryngologia Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	258	13123	6,0	302,7	82,9%	50,9
2003	250	12959	6,0	309,0	84,6%	51,2
Kraków						
2002	173	9436	5,7	308,9	84,6%	54,5
2003	169	9416	5,8	321,7	88,1%	55,7

* z ruchem międzyoddziałowym

Rehabilitacja Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	674	9837	23,8	339,9	93,1%	14,3
2003	706	9332	22,6	298,5	81,8%	13,2
Kraków						
2002	113	1503	24,0	319,4	87,5%	13,3
2003	113	1547	23,1	316,6	86,7%	13,7

* z ruchem międzyoddziałowym

Urologia Szpitale publiczne

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	345	14008	6,7	271,4	74,4%	40,4
2003	331	13460	6,4	258,4	70,8%	40,2
Kraków						
2002	176	7310	6,3	259,8	71,2%	41,5
2003	174	7285	6,1	256,4	70,2%	41,9

* z ruchem międzyoddziałowym

**Oddziały dziecięce,
niemowlęce oraz oddział
patologii noworodka
Szpitale publiczne**

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	821	30219	6,6	246,1	67,4%	37,1
2003	822	28757	6,3	220,1	60,3%	35,0
Kraków						
2002	207	6383	8,6	266,2	72,9%	30,8
2003	212	6379	7,8	234,2	64,2%	29,9

* z ruchem międzyoddziałowym

**Oddziały gruźlicy i chorób płuc
Szpitale publiczne**

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	897	20132	12,0	271,3	74,3%	22,6
2003	834	19998	11,6	274,1	75,1%	23,7
Kraków						
2002	249	6798	9,7	260,1	71,2%	26,9
2003	249	6874	8,1	223,4	61,2%	27,6

* z ruchem międzyoddziałowym

Psychiatria

Publiczne szpitale ogólne

(oddziały funkcjonujące w ramach szpitali ogólnych oprócz szpitali psychiatrycznych, których działalność przedstawiono wcześniej)

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
				w dniach		
województwo małopolskie						
2002	384	4912	28,4	352,3	96,5%	12,4
2003	387	4841	28,3	356,3	97,6%	12,6
Kraków						
2002	150	1497	36,8	367,4	100,7%	10,0
2003	153	1447	38,2	368,2	100,9%	9,6

* z ruchem międzyoddziałowym

**Zakłady pielęgnacyjno-
-opiekuńcze, hospicja,
oddziały geriatryczne,
dla przewlekle chorych,
opiekuńczo-lecznicze,
opieki paliatywnej**

	Liczba łóżek	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżek w dniach	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*
Publiczne						
województwo małopolskie						
2002	724	6298	38,8	335,2	91,8%	8,6
2003	1215	6915	60,1	340,5	93,3%	5,7
Kraków						
2002	72	457	34,2	217,2	59,5%	6,3
2003	402	1115	120,8	339,3	93,0%	2,8
Niepubliczne						
województwo małopolskie						
2002	244	1422	53,6	331,3	90,8%	6,2
2003	1019	3144	110,8	351,5	96,3%	3,2

* z ruchem międzyoddziałowym

Za rok 2002 sprawozdania sporządziły tylko ZOL-e typu pielęgnacyjnego, za rok 2003 wszystkie.

W drugiej części działu „Zasoby ochrony zdrowia” przedstawiono dane na temat leczenia stacjonarnego uwzględniając szpitale, które podpisały z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia kontrakty na rok 2003.

Przedstawione dane zostały pozyskane z Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i są rocznym podsumowaniem opartym na comiesięcznej, przekazywanej bezpośrednio ze szpitali, sprawozdawczości z realizacji świadczeń w leczeniu stacjonarnym za rok 2003, obejmującej pacjentów ubezpieczonych w NFZ.

Raport obejmuje wszystkie jednostki o statusie „szpitala” niezależnie od organu założycielskiego. Wobec tego

nie uwzględniono jednostek typu „Zakład Opiekuńczo-Leczniczy” czy „Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy”.

Wskaźniki uzyskane dla 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego nie są oparte o pełne dane, gdyż uwzględniają jedynie pacjentów hospitalizowanych w ramach kontraktu z Małopolską Kasą Chorych (do 31.03.2003), a od 01.04.2003 roku z Małopolskim Oddziałem NFZ. Nieuwzględnienie pacjentów objętych finansowaniem przez Branżową Kasę Chorych może zaniżyć wskaźnik obłożenia łóżek i zmieniać średnią długość pobytu na oddziale. Z tego też względu nie wykazano danych dla oddziałów Szpitala MSWiA w Krakowie, a niekiedy i dla 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego.

Szpitale, które przekazywały niepełne dane lub uzyskane informacje nie mogły zostać uznane za wiarygodne, **pomijano** nie prezentując ich wskaźników.

W części tabel zawierających wskaźniki związane z realizacją świadczeń (długość pobytu, obłożenie łóżek) podano średnią liczbę łóżek obliczaną jako średnią arytmetyczną liczby łóżek z początku i końca roku.

Obłożenie łóżek przekraczające 100%, wydaje się być niemożliwe do zrealizowania, ale mogło pojawić się w konsekwencji jednej lub kilku przyczyn:

- realizacji świadczeń na tzw. dostawkach,
- wykazywaniu zabiegów ambulatoryjnych jako hospitalizacji,

- zmniejszeniu liczby łóżek pod koniec roku,
- błędów sprawozdawczych.

Globalny wskaźnik liczby zakontraktowanych łóżek na 10 tys. mieszkańców województwa wynosi **54,7**, a dla samego miasta Krakowa **106,9**.

W tabeli zawarto listę szpitali, których dane są prezentowane na str. 48-75. Każdemu szpitalowi przypisano skróconą nazwę, którą posłużono się w dalszej części opracowania dla przejrzystości prezentowanych informacji.

Nazwa szpitala	Skrócona nazwa
Szpital im. dr J. Babińskiego w Krakowie	Babiński
Szpital Zakonu Bonifratrów w Krakowie	Bonifratrzy
Centrum Medyczne Nowa Huta w Krakowie	CenMedNH
NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta	CenChirNH
Centrum Onkologii w Krakowie	CenOnk_Kr
NZOZ im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie	CzerwiakNZ
Szpital im. J. Dietla w Krakowie	Dietl
Ośrodek „Dom Gwam”	Dom_Gwam
NZOZ INTERMEDICA w Krakowie	INTERMED
Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie	Jan Paweł II
Krakowskie Centrum Rehabilitacji w Krakowie	KCR
Szpital Kolejowy w Krakowie	Kolejowy
Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	Św. Ludwik
„Medicina” w Krakowie	Medicina
NZOZ „Dom Monaru” w Krakowie	Monar
ZOZ MSWiA w Krakowie	MSWiA_Kr
Szpital im. G. Narutowicza w Krakowie	Narutowicz
Szpital Okulistyczny w Krakowie	Okuli_Kr
NZOZ Ośrodek L-R dla Osób Uzależnionych	Oś_Uz_Kr
NZOZ „Popiela” w Krakowie	Popiela
Szpital Reumatologii i Rehabilitacji w Krakowie	ReumR_Kr
Szpital im. L. Rydygiera w Krakowie	Rydygier
SCANMED w Krakowie	SCANMED
Prywatna Klinika „SPES” w Krakowie	SPES_Kr
ZOZ dla Szkół Wyższych w Krakowie	SzkWyżKr
Szpital Ginekologiczno-Położniczy „Ujastek” w Krakowie	Ujastek
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Uniw_Kr
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	USD_Kr
5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie	Wojskowy
Szpital im. S. Żeromskiego w Krakowie	Żeromski

Lista szpitali w układzie alfabetycznym wg skróconej nazwy szpitala

Struktura szpitali według organu założycielskiego

Podział terytorialny	Szpitale publiczne/organ założycielski					Szpitale niepubliczne	Ogółem
	Minister	UJ	Województwo małopolskie	Miasto Kraków	Gmina		
Kraków	3	2	10	2	0	13	30
województwo małopolskie	4	3	18	23	1	16	65

Łóżka			
Zabiegowe		Zachowawcze	
Kraków	województwo małopolskie	Kraków	województwo małopolskie
3055 38,1%	7207 40,7%	4963 61,9%	10489 59,3%
w tym			
		Niezabiegowe długoterminowe	286 3,6%
		Niezabiegowe psychiatryczne	1204 15,0%
		Niezabiegowe rehabilitacyjne	123 1,5%
		Pozostałe	3350 41,8%
			909 5,1%
			1678 9,5%
			716 4,0%
			7186 40,6%

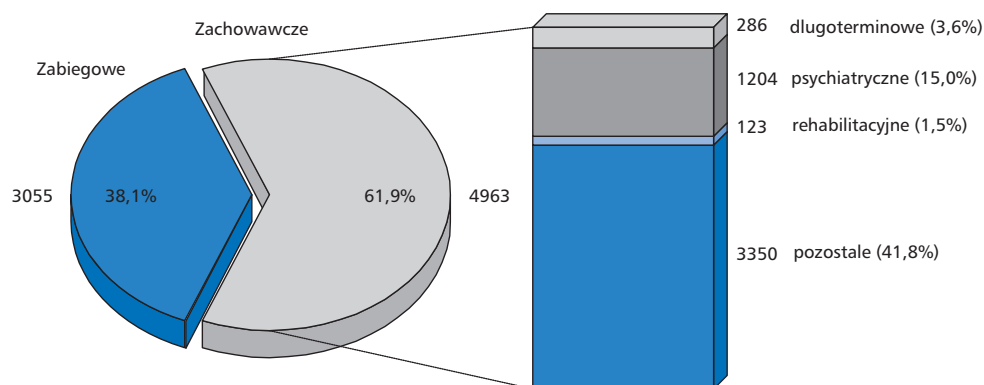
Liczba łóżek w oddziałach szpitalnych

Zabiegowe (17)	Zachowawcze (27)
Chirurgia klatki piersiowej	Niezabiegowe psychiatryczne (4)
Chirurgia naczyniowa	Leczenie uzależnień
Chirurgia ogólna	Psychiatria
Chirurgia onkologiczna	Psychiatria sądowa
Chirurgia plastyczna	Psychosomatyka
Chirurgia szczękowo-twarzowa	Niezabiegowe długoterminowe (5)
Chirurgia urazowo-ortopedyczna	Choroby przewlekłe
Ginekologia i położnictwo	Geriatrya
Intensywna opieka medyczna	Medycyna paliatywna
Kardiochirurgia	Opiekuńczo-lecznicze
Neonatologia	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
Neurochirurgia	Niezabiegowe rehabilitacyjne (1)
Okulistyka	Rehabilitacja
Otolaryngologia	Niezabiegowe pozostałe (17)
Szpitalny oddział ratunkowy	Alergologia
Transplantologia	Angiologia
Urologia	Choroby wewnętrzne
	Choroby zakaźne
	Dermatologia
	Endokrynologia
	Gastroenterologia
	Hematologia
	Immunologia kliniczna
	Kardiologia
	Nefrologia
	Neurologia
	Onkologia
	Pediatrya
	Pulmonologia
	Reumatologia
	Toksykologia

Po lewej przedstawiono przypisanie poszczególnych oddziałów szpitalnych do jednej z grup:

Wskaźniki działalności szpitali według specjalizacji

Wskaźniki związane z działalnością szpitali w roku 2003 zaprezentowano kolejno dla poszczególnych specjalizacji – dla każdej z nich opracowano trzy tabele.



Łóżka w szpitalach Krakowa, 2003

W tabeli pierwszej, podając liczbę łóżek w mieście Krakowie podano w nawiasie, jaki stanowi ona odsetek łóżek w województwie małopolskim.

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
			(...%)

W tabeli drugiej szpitale zostały posortowane rosnąco według wskaźnika liczby łóżek na 1 etat lekarski (czyli od najmniejszej liczby łóżek do największej).

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski

W tabeli trzeciej szpitale zostały posortowane malejąco według wskaźnika obłożenia (czyli od największego obłożenia do najmniejszego).

	średnia liczba łóżek*	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002

*średnią liczbę łóżek obliczono jako średnią arytmetyczną liczby łóżek z początku i końca roku.

Alergologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
2	1	105	25 (23,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	25	26,14	33	47	47	0,96	0,53

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	25	0,0%	10,3	-7,1%	43,2%	-1,2%

Świadczenia tej specjalności zakontraktowano na terenie Krakowa w jednym szpitalu, to jest w Szpitalu Uniwersyteckim. Liczba łóżek w szpitalu w roku 2003 wynosiła 25 i nie zmieniła się w stosunku do roku 2002.

Przeciętny pobyt pacjenta na oddziale trwał 10,3 dnia i był o 7,1% krótszy niż w roku wcześniejszym. Łóżka na oddziale były obłożone w 43,2%, a w roku 2002 w 44,4%.

Angiologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
1	1	20	20 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	20	2,5	3	11	11	8,0	1,82

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	20	0,0%	9,5	-8,4%	117,4%	7,9%

Szpital Uniwersytecki jako jedyny w Krakowie i całym województwie świadczył usługi medyczne z angiologii. Średnia liczba łóżek w szpitalu w roku 2003 wynosiła 20 i nie zmieniła się w stosunku do roku 2002. Przeciętny pobyt pacjenta na oddziale trwał 9,5 dnia i był o 8,4% krótszy niż w roku wcześniejszym. Obłożenie

łóżek na oddziale wzrosło w stosunku do roku 2002 o 7,9 pkt proc. i osiągnęło poziom 117,4%.

Chirurgia klatki piersiowej

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
4	2	147	69 (46,9%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Jan Paweł II	37	16	16	41	41	2,31	0,9
Wojskowy	32	6,25	7	10	10	5,12	3,2

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Jan Paweł II	37	0,0%	12,1	10,9%	92,9%	22,6%

Świadczenia z zakresu chirurgii klatki piersiowej udzielał w ramach kontraktu z NFZ Szpital im. Jana Pawła II, dysponujący na oddziale tej specjalności średnio 37 łóżkami, podobnie

jak w roku 2002. Pobyt na oddziale wydłużył się o 10,9% w stosunku do roku 2002 i trwał średnio 12,1 dnia. Wzrosło znacznie wykorzystanie łóżek z 70,3% w 2002 roku do 92,9% w ro-

ku 2003. Drugim szpitalem świadczącym usługi w tym zakresie był 5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie, nie ujęty w części sprawozdania dotyczącej realizacji świadczeń.

Chirurgia naczyniowa

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
3	3	50	50 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Medicina	1	5,5	10	3,3	5	0,18	0,3
Wojskowy	5	1,75	2	1	1	2,86	5
Bonifratrzy	44	9	9	20	20	4,89	2,2

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Bonifratrzy	32	48,8%	8,5	30,3%	117,3%	-21,7%
Medicina	1,5	40,0%	0,6	-17,8%	41,5%	15,1%

NFZ zakontraktował świadczenia tej specjalności w trzech jednostkach działających na terenie Krakowa: w Szpitalu Zakonu Bonifratrów, „Medicine” i 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie. Zarazem były to jedyne jednostki

świadczące usługi zdrowotne z chirurgii naczyniowej w całej Małopolsce.

Wskaźniki otrzymane dla Medicyny wskazują na wykonywanie zabiegów głównie w trybie jednego dnia. Znaczny wzrost liczby łóżek w Szpi-

talu Zakonu Bonifratrów przełożył się na spadek wskaźnika obciążenia łóżek, który jednak wciąż pozostaje na wysokim poziomie, na co po części wpływa fakt, iż wydłużyła się długość pobytu pacjentów.

Chirurgia ogólna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
33	13	1709	530 (31,0%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Popiela	3	7,5	20	5,8	16	0,4	0,52
Medicina	7	13,5	28	6	10	0,52	1,17
SCANMED	2	1,5	9	3,4	24	1,33	0,59
Bonifratrzy	20	9,25	10	14,86	15	2,16	1,35
CenChirNH	16	7	7	8	8	2,29	2
Narutowicz	65	28	29	38,5	39	2,32	1,69
CzerwiakNZ	4	1,5	3	2	2	2,67	2
MSWiA-Kr	33	9,35	13	13	13	3,53	2,54
USD_Kr	37	10,38	17	24	24	3,56	1,54
Żeromski	64	17	18	37	37	3,76	1,73
Uniw_Kr	167	35,12	48	215,75	216	4,76	0,77
Kolejowy	35	6	6	10	10	5,83	3,5
Rydygier	77	10	10	31	31	7,7	2,48

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	37	0,0%	4,2	7,8%	85,3%	16,2%
CenChirNH	16	0,0%	5,3	-2,1%	80,6%	-6,8%
Żeromski	64	0,0%	7,3	1,0%	79,3%	-2,6%
Narutowicz	68,5	-13,3%	6,5	-9,4%	73,4%	8,3%
Uniw_Kr	153	0,0%	7,2	-11,5%	72,2%	4,0%
Rydygier	77	0,0%	7,8	0,1%	67,1%	-3,9%
Bonifratrzy	33	-26,7%	4,5	-17,0%	59,5%	-2,36%
Kolejowy	35	0,0%	6,8	-12,7%	40,7%	8,6%
Popiela	3	0,0%	0,3	65,8%	33,0%	19,8%
Medicina	10	11,1%	0,04	14,4%	2,6%	0,3%
SCANMED	2	0,0%	0,03	-83,1%	1,2%	-10,5%

Świadczenia z zakresu chirurgii ogólnej zakontraktowano w 2003 roku w 13 jednostkach na terenie Krakowa (2 z nich: 5 Wojskowy Szpital Kliniczny i NZOZ im. R. Czerwiakowskiego nie ujęte w części sprawozdania dotyczącej realizacji świadczeń).

Średnia liczba łóżek u większości świadczeniodawców utrzymała się

na takim samym poziomie jak w roku 2002. W dwóch szpitalach – Bonifratrów i Narutowicza – zmniejszono liczbę łóżek. Zdecydowanie największą liczbą łóżek dysponował Szpital Uniwersytecki, a następnie dwukrotnie niższą Szpital im. Rydygiera. Nie wiele mniejszą liczbą łóżek na chirurgii ogólnej posiadały Szpital im. Naruto-

wicza i Szpital im. Żeromskiego. Również w tych szpitalach pacjenci byli najdłużej hospitalizowani.

Najmniej łóżek posiadały SCANMED, Popiela i Medicina, nastawione na zabiegi w trybie jednego dnia, osiągające w związku z tym bardzo niskie wartości wskaźnika długości pobytu.

Chirurgia onkologiczna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
2	2	102	102 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
CenOnk_Kr	92	24	24	43	43	3,83	2,14
Wojskowy	10	1	1	2	2	10	5

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
CenOnk_Kr	92	7,0%	5,3	-3,6%	25,7%	-0,5%

Centrum Onkologii w Krakowie było, poza 5 Wojskowym Szpitalem Klinicznym, jedyną jednostką świadczącą usługi w ramach ubezpieczenia z chirurgii onkologicznej dla całego

województwa, a pomimo to uzyskało bardzo niski wskaźnik obciążenia łóżek, których liczbę zwiększono w stosunku do roku 2002 o 6, czyli 7%.

Chirurgia plastyczna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
3	3	65	65 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	48	11	11	36	36	4,36	1,33
USD_Kr	16	3,45	5	10	10	4,64	1,6
SCANMED	1	0,2	4	1,7	12	5	0,59

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	16	0,0%	9,4	20,0%	52,2%	7,8%
Rydygier	45,5	5,8%	9,2	8,2%	50,4%	-2,9%

Usługi medyczne z zakresu chirurgii plastycznej w ramach ubezpieczenia świadczyły trzy placówki krakowskie: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, Szpital im. Rydygiera

i SCANMED. Byli to zarazem jedyni świadczeniodawcy z terenu województwa, którzy podpisali kontrakt z NFZ. Obciążenie łóżek w dwóch pierwszych wymienionych jednost-

kach kształtuje się na poziomie około 50%.

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
1	1	30	30 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	30	8,54	10	27	27	3,51	1,11

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	34,5	-11,5%	7,4	1,9%	74,0%	9,9%

Szpital im. Rydygiera był jedynym szpitalem w Małopolsce świadczącym pomoc z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej w ramach kontraktu z NFZ. Przeciętny pobyt pacjenta w szpitalu trwał tydzień, a obłoże-

nie łóżek wyniosło 74% i było większe o blisko 10 pkt proc. w stosunku do roku wcześniejszego, co m.in. było efektem zmniejszenia liczby łóżek na oddziale.

Chirurgia urazowo-ortopedyczna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
22	8	931	301 (32,3%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Medicina	4	11,2	19	5	6	0,36	0,8
SCANMED	1	0,3	6	1,7	12	3,33	0,59
Rydygier	74	16,5	19	47	47	4,48	1,57
KCR	45	8,05	11	20,3	21	5,59	2,22
Żeromski	56	9	10	26	26	6,22	2,15
Wojskowy	45	7	7	13	13	6,43	3,46
USD_Kr	49	6,4	10	25	25	7,66	1,96
Kolejowy	27	3	3	12	12	9	2,25

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	75,5	-1,9%	11,0	-0,2%	103,3%	2,8%
USD_Kr	49	0,0%	10,3	2,9%	82,8%	12,1%
Żeromski	56	-5,9%	8,9	1,1%	70,6%	0,6%
KCR	45	38,5%	9,2	-11,3%	68,3%	-40,4%
Uniw_Kr	28	-44,0%	6,2	-12,3%	67,4%	19,1%
Kolejowy	27	-5,3%	6,6	-3,0%	48,9%	9,1%
Wojskowy	45	-6,3%	5,5	0,0%	27,7%	-2,1%
SCANMED	2	-33,3%	0,04	53,0%	3,7%	1,9%
Medicina	4,5	0,0%	0,1	1023,5%	2,5%	2,4%

Pacjenci potrzebujący pomocy z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej, mogli ją uzyskać w ramach ubezpieczenia w 8 jednostkach na terenie Krakowa (oraz w Szpitalu Uniwersyteckim w ramach wydzielonej części jednego z oddziałów chirurgicznych).

Największą liczbą łóżek na oddziale tej specjalności dysponował Szpital im. Rydygiera, który uzyskał również najwyższy wskaźnik obciążenia łóżek (103,3%). Należy podkreślić, że również w tym szpitalu długość pobytu na oddziale była najwyższa.

Po raz kolejny uzyskane dane wskazują, iż SCANMED i Medicina udzielają świadczeń w trybie jednego dnia. Bardzo duży wzrost procentowy średniej długości pobytu w Medicynie wynika z faktu dokonywania procentowania na niskim wskaźniku z roku poprzedniego.

Choroby przewlekłe

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
17	3	689	264 (38,3%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	20	2	2	8	8	10	2,5
SzkWyżKr	227	1,25	4	4	4	181,6	56,75
Narutowicz	17	0	0	10	10		1,7

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Wojskowy	20	-20,0%	20,8	-0,5%	143,5%	44,2%
Narutowicz	17	0,0%	49,8	-8,7%	93,6%	13,4%
SzkWyżKr	227	0,0%	138,6	-1,3%	55,0%	2,5%

Pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe i potrzebujący opieki zdrowotnej w ramach leczenia stacjonarnego, mogli ją uzyskać w 3 krakowskich placówkach. Bardzo wysoki wskaźnik obciążenia łóżek uzyskano dla

5 Wojskowego Szpitala Klinicznego, co po części wynika zapewne z faktu zmniejszenia liczby łóżek na oddziale chorób przewlekłych, ewentualnie hospitalizowaniu chorych na dostawkach.

Najdłużej trwał pobyt podopiecznych w ZOZ dla Szkół Wyższych w Krakowie, co wynika z odrębnej specyfiki tej jednostki i udzielanych przez nią świadczeń. ZOZ prowadzi tzw. internat dla studentów z przewlekłymi problemami

zdrowotnymi, w którym zamieszkują oni tak jak studenci w akademiku.

Na oddziałach chorób przewlekłych hospitalizacje trwały dłużej niż na oddziałach innych specjalności, ale wynika to ściśle ze specyfiki schorzeń.

Choroby wewnętrzne

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
32	10	2354	952 (40,4%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarzki
Dietl	177	60,5	66	58	60	2,93	3,05
Narutowicz	130	35,9	40	53	53	3,62	2,45
Uniw_Kr	127	34,98	67	84	84	3,63	1,51
Bonifratrzy	53	12,5	13	19	19	4,24	2,79
Rydygier	78	17,75	18	32	32	4,39	2,44
Kolejowy	60	13,5	15	25	25	4,44	2,4
MSWiA_Kr	62	12,25	14	24,3	24	5,06	2,55
CenMedNH	25	4	5	11,5	12	6,25	2,17
Wojskowy	35	5	5	7	7	7	5
Żeromski	205	24,5	25	87	87	8,37	2,36

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Bonifratrzy	53	-1,9%	11,1	11,6%	99,7%	11,0%
Dietl	177	4,7%	9,5	-0,2%	97,1%	-1,5%
Żeromski	205	0,0%	9,1	5,1%	88,7%	4,9%
Narutowicz	135	-7,2%	9,4	-5,0%	83,3%	3,9%
CenMedNH	25	-12,3%	8,5	1,8%	77,9%	-8,9%
Rydygier	78	0,0%	13,6	-1,1%	74,2%	-0,9%
Uniw_Kr	123,5	4,2%	11,0	-7,3%	67,4%	-5,2%
Kolejowy	60	-15,5%	11,8	-2,4%	33,5%	25,7%
Jan Paweł II	15	20,0%	1,3	-5,1%	19,5%	-11,2%

Największą liczbą łóżek na oddziałach chorób wewnętrznych dysponowały trzy szpitale: Żeromski, Dietl i Narutowicz, w których przeciętny pobyt pacjenta trwa mniej więcej tyle samo – od 9,1 do 9,5 dnia. Szpital Uniwersytecki dysponował nieznacznie mniej-

szą liczbą łóżek od Szpitala im. Narutowicza, ale pomimo dłuższego pobytu pacjentów osiągnął znacznie niższy wskaźnik obłożenia łóżek.

Najniższe obłożenie łóżek odnotowano w Szpitalu im. Jana Pawła II, a następnie w Szpitalu Kolejowym.

Tak niski wskaźnik obłożenia (19,5%) w Szpitalu im. Jana Pawła II jest zapewne związany z bardzo krótkimi pobytami pacjentów.

Najdłuższe hospitalizacje, blisko dwutygodniowe miały miejsce w Szpitalu im. Rydygiera.

Choroby zakaźne

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
15	4	544	247 (45,4%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	10	2	2	7	7	5	1,43
Żeromski	66	10,75	12	28	28	6,14	2,36
Jan Paweł II	116	17,76	19	65	65	6,53	1,78
Uniw_Kr	55	7,8	17	50	50	7,05	1,1

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Jan Paweł II	116	0,0%	9,0	1,8%	51,9%	18,7%
Żeromski	66	0,0%	6,4	-19,9%	51,9%	-15,3%
Uniw_Kr	55	-4,3%	13,5	13,9%	50,4%	7,2%
Wojskowy	10	-33,3%	6,2	3,9%	8,7%	-0,2%

Świadczenia z zakresu chorób zakaźnych zakontraktowano w 4 jednostkach krakowskich. Oprócz 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego (nie wiadomo, jaki był faktyczny wskaźnik) we wszystkich odnotowano podobne obciążenie łóżek na poziomie około 50%. W Szpitalu im. Żeromskiego pobyty uległy skróceniu do niecałego tygodnia, a w Szpitalu Uniwersyteckim wydłużyły się do blisko dwóch tygodni.

Dermatologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
6	5	168	143 (85,1%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	15	4	4	5	5	3,75	3
Żeromski	40	10,05	12	19	19	3,98	2,11
Uniw_Kr	40	6,28	15	21	21	6,37	1,9
Rydygier	38	5,5	6	12	12	6,91	3,17
USD_Kr	10	1,33	3	4	4	7,52	2,5

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	40	0,0%	10,0	3,9%	74,0%	-3,2%
Żeromski	40	0,0%	14,4	0,7%	64,8%	-12,1%
Rydygier	41	-6,8%	8,2	5,5%	64,3%	2,3%
USD_Kr	10	0,0%	9,8	-4,2%	49,0%	1,2%
Wojskowy	15	0,0%	8,3	21,1%	6,3%	0,6%

Pacjenci z problemami dermatologicznymi mogli skorzystać w ramach ubezpieczenia z pomocy 5 szpitali na terenie miasta Krakowa. Poza tym na obszarze województwa zakontraktowano jeszcze świadczenia z tego zakresu w Szpitalu im. Szczeklika w Tarnowie. Najdłużej – przeciętnie dwa tygodnie – hospitalizowano pacjentów w szpitalu im. Żeromskiego. Najwyższe obciążenie łóżek uzyskał Szpital Uniwersytecki.

Endokrynologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
3	3	65	65 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	44	13,16	25	26	26	3,34	1,69
Wojskowy	5	1	1	4	4	5	1,25
USD_Kr	16	2,44	7	9	9	6,56	1,78

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	16	0,0%	7,9	-3,9%	72,1%	4,5%
Uniw_Kr	44	0,0%	15,2	-1,5%	69,8%	-7,9%

NFZ zakontraktował na rok 2003 świadczenia z endokrynologii w trzech szpitalach – Uniwersyteckim, Uniwersyteckim Dziecięcym oraz Wojskowym

Klinicznym (dane nie wykazane w raporcie). Obciążenie łóżek w obu szpitalach uniwersyteckich było na poziomie 70%. Dorosły pacjent spędził

blisko dwa razy więcej czasu na leczeniu w oddziale niż dziecko.

Gastroenterologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
4	4	116	116 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	41	10,85	22	17	17	3,78	2,41
USD_Kr	20	5,17	11	12	12	3,87	1,67
Wojskowy	15	2	2	5	5	7,5	3
Św. Ludwik	40	4,25	7	20	20	9,41	2

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	46	-9,8%	9,7	-2,3%	111,3%	16,0%
Uniw_Kr	20	0,0%	9,4	-6,6%	81,6%	14,7%
Wojskowy	15	0,0%	4,4	-2,7%	31,6%	-7,8%

Świadczenia z zakresu gastroenterologii świadczyły w Krakowie 4 szpitale (3 wykazane w tabeli oraz Szpi-

tal Dziecięcy im. św. Ludwika). Szpital Uniwersytecki po znacznym wzroście w stosunku do roku 2002 uzyskał

obciążenie łóżek na poziomie 81,6%. Z kolei duży wzrost wskaźnika obciążenia dla Uniwersyteckiego Szpitala

Dziesiętego spowodował przekroczenie 100% o 11,3 pkt proc. Taki stan rzeczy mógł zaistnieć m.in. na skutek spadku liczby łóżek o blisko 10%.

Geriatrya

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
3	1	74	5 (6,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniariski
Wojskowy	5	1	1	2	2	5	2,5

W obrębie tej specjalności świadczyły swoje usługi w ramach ubezpieczenia dwie jednostki zlokalizowane poza Krakowem – SP ZOZ w Gorlicach i ZOZ w Zakopanem oraz 5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie.

Ginekologia i Położnictwo

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	W tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
32	10	1697	590 (34,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniariski
SCANMED	1	1,35	7	1,7	12	0,74	0,59
Ujastek	32	17	36	15,4	19	1,88	2,08
SPES_Kr	10	5	6	4,2	5	2	2,38
Żeromski	83	29,5	30	47	47	2,81	1,77
Wojskowy	11	3,75	4	8	8	2,93	1,38
CzerwiakNZ	50	10,75	14	14	16	4,65	3,57
Uniw_Kr	197	35,19	75	139	139	5,6	1,42
Narutowicz	81	13,13	18	57,5	58	6,17	1,41
Rydygier	65	7	7	21	21	9,29	3,1
MSWiA_Kr	60	4,25	5	7,75	9	14,12	7,74

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Żeromski	83	-11,2%	3,9	-6,4%	92,4%	17,2%
SPES_Kr	10	0,0%	2,6	-10,1%	89,0%	3,4%
Ujastek	30	-1,6%	2,9	6,3%	87,7%	0,7%
Narutowicz	86	-16,9%	5,1	-7,0%	68,8%	4,2%
Rydygier	51	37,8%	5,2	-0,3%	63,3%	-22,8%
CzerwiakNZ	50	0,0%	5,1	-1,5%	63,2%	3,7%
Uniw_Kr	197	0,0%	5,2	-6,9%	60,5%	-10,4%
Wojskowy	11	0,0%	3,5	8,0%	18,9%	-2,6%

Pacjentki miały do wyboru 10 jednostek świadczących usługi z zakresu ginekologii i położnictwa (8 w tabeli oraz SCANMED i Szpital MSWiA). Największe obciążenie łóżek odnotowano w Szpitalu im. Żeromskiego (92,4%), które znacznie wzrosło w stosunku do roku wcześniejszego (o 17,2 pkt proc.), m.in. na skutek zmniejszenia

liczby łóżek. Porównywalne wskaźniki zaobserwowano w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym „Ujastek” i w Prywatnej Klinice „SPES”, w których średnia długość pobytu była niższa niż w pozostałych szpitalach.

W Szpitalu im. Rydygiera zwiększono liczbę łóżek, a ich obciążenie spadło w stosunku do roku poprzednie-

go o 22,8 pkt proc. Największą liczbą łóżek dysponował na oddziałach ginekologiczno-położniczych Szpital Uniwersytecki, w którym odnotowano najniższe obciążenie, jeśli nie brać pod uwagę niskiego wskaźnika dla 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego, obliczonego w oparciu o niekompletne dane.

Hematologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
3	3	132	132 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	40	13	13	17	17	3,08	2,35
Uniw_Kr	39	11,16	22	40	40	3,49	0,98
USD_Kr	53	8,07	17	35	35	6,57	1,51

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	39,5	1,3%	6,6	-6,0%	85,5%	-4,8%
USD_Kr	53	0,0%	6,0	-12,7%	77,6%	15,7%
Uniw_Kr	38	0,0%	13,8	2,4%	62,1%	14,5%

Świadczenia z zakresu hematologii zakontraktowano w trzech szpitalach krakowskich. W Szpitalu im. Rydygiera odnotowano największe obciążenie łóżek. Pacjenci Szpitala Uniwersyteckie-

go spędzali na oddziale hematologii około dwóch tygodni, czyli dwukrotnie więcej niż w Szpitalu im. Rydygiera i dzieci w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym.

Immunologia kliniczna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
1	1	19	19 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	19	2,13	3	10	10	8,92	1,9

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	19	0,0%	11,4	-1,9%	56,5%	-5,6%

Szpital Uniwersytecki jako jedyny w całym województwie realizował w ramach ubezpieczenia świadczenia z zakresu immunologii klinicznej, a mimo to uzyskał obciążenie łóżek poniżej 60%.

Intensywna opieka medyczna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
30	10	241	95 (39,4%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Narutowicz	6	10,25	11	16	16	0,59	0,38
Żeromski	7	11,5	12	40,5	41	0,61	0,17
Wojskowy	8	13	13	24	24	0,62	0,33
Kolejowy	4	4	4	13	13	1	0,31
Bonifratrzy	6	5	5	18,75	19	1,2	0,32
Rydygier	17	14	14	47	47	1,21	0,36
KCR	3	1,8	2	15	15	1,67	0,2
MSWiA_Kr	6	3,45	6	15	16	1,74	0,4
USD_Kr	24	13,59	16	36	36	1,77	0,67
Jan Paweł II	14	4	4	85	85	3,5	0,16

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Narutowicz	6	0,0%	4,3	2,3%	68,8%	2,9%
Żeromski	7	0,0%	9,3	2,3%	57,8%	2,4%
Bonifratrzy	5	25,0%	3,1	5,0%	52,5%	-9,7%
USD_Kr	24	0,0%	5,8	28,4%	51,0%	8,0%
Rydygier	17,5	-2,8%	12,4	0,8%	44,5%	2,4%
Wojskowy	8	14,3%	11,1	-0,8%	18,3%	-1,6%
KCR	3	0,0%	8,3	-43,7%	7,5%	-1,2%

Oddziały intensywnej opieki medycznej, w których można było uzyskać pomoc w ramach ubezpieczenia działały w 10 placówkach na terenie Krakowa (7 w tabeli oraz Szpital im.

Jana Pawła II, Szpital Kolejowy oraz Szpital MSWiA). Największą liczbą łóżek na tego typu oddziałach dysponowały: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy oraz Szpital im. Rydygiera,

w którym przeciętny pobyt pacjenta trwał najdłużej (12,4 dnia). Najkrótsze pobyty odnotowano w Szpitalu Zakonu Bonifratrów i w Szpitalu im. Narutowicza.

Kardiochirurgia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
2	2	172	172 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
USD_Kr	18	5,63	6	14	14	3,2	1,29
Jan Paweł II	154	40,65	43	113	113	3,79	1,36

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	18	0,0%	19,0	7,2%	97,3%	31,6%
Jan Paweł II	154	1,3%	10,6	0,0%	65,4%	18,9%

Pacjenci potrzebujący pomocy z zakresu kardiochirurgii, mogli ją uzyskać w ramach ubezpieczenia w dwóch krakowskich szpitalach. Obciążenie łóżek w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym znacznie wzrosło w stosunku do roku 2002 i zbliżyło się do 100%. W Szpitalu im. Jana Pawła II wskaźnik obciążenia łóżek, pomimo wzrostu kształtował się na poziomie 65,4%.

Kardiologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
15	7	717	380 (53,0%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	62	35,32	48	45	45	1,76	1,38
Jan Paweł II	107	49,33	61	86	86	2,17	1,24
Rydygier	37	16,5	18	26	26	2,24	1,42
Narutowicz	60	19	20	35	35	3,16	1,71
Dietl	39	10,2	11	24	24	3,82	1,63
Wojskowy	45	8	8	14	14	5,63	3,21
USD_Kr	30	5,21	13	17	17	5,76	1,76

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Dietl	39	2,6%	11,8	-0,9%	87,8%	1,4%
Uniw_Kr	63	-1,6%	5,8	-12,1%	84,2%	6,4%
Rydygier	37	0,0%	8,6	-6,0%	83,9%	1,1%
Narutowicz	62	-3,1%	9,1	-20,5%	80,3%	-5,6%
Jan Paweł II	99,5	-1,5%	4,3	-17,5%	74,9%	26,5%
USD_Kr	30	0,0%	10,2	-2,4%	60,5%	16,9%
Wojskowy	45	28,6%	5,9	0,1%	16,5%	-8,9%

Po pomoc specjalistów kardiologów w ramach leczenia stacjonarnego pacjenci mogli się zgłaszać do 7 szpitali w Krakowie. Największą liczbą

łóżek na oddziale kardiologicznym dysponuje Szpital im. Jana Pawła II, w którym przeciętny pobyt pacjenta trwał najkrócej – 4,3 dnia. Najdłużej

byli hospitalizowani pacjenci w Szpitalu im. Dietla i w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym.

Leczenie uzależnień

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
6	5	281	195 (69,4%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	5	1	1	2	2	5	2,5
Oś_Uz_Kr	15	2	2	5	6	7,5	3
Babiński	85	4,5	5	22	22	18,89	3,66
Dom_Gwam	30	0,25	1	0	0	120	
Monar	60	0,5	1	0	0	120	

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Monar	50	81,8%	125,0	27,5%	85,9%	-12,3%
Babiński	85	0,0%	14,1	-9,8%	83,5%	3,4%
Oś_Uz_Kr	15	0,0%	8,4	-0,1%	78,8%	15,0%
Dom_Gwam	30	0,0%	139,5	-6,2%	50,9%	6,8%

Małopolski Oddział NFZ podpisał kontrakty z 5 ośrodkami udzielającymi świadczeń związanych z leczeniem uzależnień (4 w tabeli oraz 5 Wojskowy Szpital Kliniczny). Poza nimi na terenie województwa jego mieszkańcy mo-

gli liczyć na pomoc medyczną w tym zakresie w Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie. Szpital im. dr Babińskiego i NZOZ „Dom Monaru” uzyskały wskaźniki obciążenia ponad 80%, a NZOZ Ośrodek L-R dla Osób Uzależ-

nionych blisko 80%. Największą ilością łóżek dysponował Szpital im. dr J. Babińskiego, w którym przeciętny pobyt trwał 2 tygodnie. Podopieczni „Domu Monaru” i „Domu_Gwam” spędzali w nich zazwyczaj po kilka miesięcy.

Medycyna paliatywna

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
4	1	46	17 (37,0%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	17	1	1	3	3	17	5,67

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Wojskowy	17	0,0%	19,2	-28,2%	49,0%	4,0%

Na terenie Krakowa tylko 5 Wojskowy Szpital Kliniczny udzielał pomocy z medycyny paliatywnej w ramach ubezpieczenia (na terenie województwa oprócz niego 3 jednostki). Obciążenie łóżek ukształtowało się na poziomie 49%.

Nefrologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
8	3	155	91 (58,7%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	26	16	16	16	16	1,63	1,63
Uniw_Kr	47	21,46	29	134,75	137	2,19	0,35
USD_Kr	18	4,78	8	10	10	3,77	1,8

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	26	0,0%	10,6	38,5%	100,7%	-14,6%
USD_Kr	18	0,0%	6,8	1,2%	68,1%	13,3%
Uniw_Kr	45	4,7%	17,6	0,7%	38,7%	-1,1%

Małopolski Oddział NFZ podpisał kontrakty z 3 szpitalami krakowskimi na udzielanie świadczeń z zakresu nefrologii. Najwięcej łóżek dla pacjentów

z problemami nefrologicznymi posiadał Szpital Uniwersytecki, w którym pobyty trwały zdecydowanie najdłużej, ale mimo to łóżka w porównaniu

z pozostałymi szpitalami były wykorzystane w najmniejszym stopniu. W Szpitalu im. Rydygiera obciążenie łóżek osiągnęło poziom 100%.

Neonatologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
28	7	840	228 (27,1%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
SPES_Kr	6	4,6	7	4,4	10	1,3	1,36
USD_Kr	20	4,81	9	29	29	4,16	0,69
Ujastek	21	4,25	11	7	6	4,94	3
Rydygier	19	3,75	4	10	10	5,07	1,9
Narutowicz	50	5,6	6	23	23	8,93	2,17
Uniw_Kr	67	7,21	13	80	80	9,29	0,84
CzerwiakNZ	45	1,5	2	4	4	30	11,25

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	20	0,0%	31,4	15,0%	91,2%	10,6%
Narutowicz	50	-10,7%	5,5	-7,3%	53,0%	-6,3%
SPES_Kr	6	0,0%	3,0	-6,7%	43,4%	-21,4%

Kłopot z porównaniem oddziałów neonatologicznych w różnych szpitalach polega na tym, że noworodki przychodzące na świat w danej jednostce są wykazywane w sprawozdawczości szpitali w różny sposób – jedne wykazują je na oddziałach neonatolo-

gicznych, inne na pediatrycznych albo ginekologiczno-położniczych.

Dlatego też na terenie miasta 7 placówek udzielało pomocy medycznej najmniejszemu pacjentom, a w tabeli mamy dane dla czterech. Najdłużej na oddziale neonatologicznym prze-

bywali mali pacjenci Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego (około 1 miesiąca), co związane jest z faktem przekazywania tam najtrudniejszych przypadków z innych placówek. Tam również obciążenie łóżek było największe.

Neurochirurgia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
4	3	129	104 (80,6%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	69	14,84	22	87	87	4,65	0,79
Wojskowy	6	1	1	4	4	6	1,5
USD_Kr	29	2,43	4	14	14	11,93	2,07

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	69	0,0%	10,9	-2,7%	64,6%	-2,8%
USD_Kr	29	0,0%	11,1	-4,6%	60,1%	2,3%

Świadczeń z zakresu neurochirurgii udzielały na terenie Krakowa w ramach ubezpieczenia dwa szpitale uniwersyteckie – dla dorosłych i dziecięcy oraz 5 Wojskowy Szpital Kliniczny. Wskaźnik obciążenia łóżek w szpitalach uniwersyteckich kształtował się w okolicy 60%, a pobyt trwał około 11 dni.

Neurologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
21	10	704	384 (54,5%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	65	17,36	29	52	52	3,74	1,25
Żeromski	25	5,5	6	16	16	4,55	1,56
Wojskowy	28	6	6	12	12	4,67	2,33
MSWiA_Kr	21	4,25	5	10	10	4,94	2,1
Dietl	45	8,7	9	20,5	21	5,17	2,2
Św. Ludwik	40	7	9	18	18	5,71	2,22
Rydygier	40	6,44	7	21	21	6,21	1,9
Narutowicz	35	5,5	7	13	13	6,36	2,69
USD_Kr	40	6,14	10	26	26	6,51	1,54

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	40	0,0%	17,3	-0,4%	95,1%	21,2%
Żeromski	25	-5,7%	10,4	6,7%	91,7%	7,4%
Dietl	45	18,4%	11,6	-3,3%	89,5%	-15,5%
Babiński	45	0,0%	13,1	-29,0%	86,6%	-4,6%
Uniw_Kr	65	0,0%	13,5	5,3%	85,3%	10,4%
Rydygier	40	0,0%	12,9	0,4%	81,0%	2,1%
Narutowicz	36,5	-6,4%	10,2	-11,5%	70,7%	-0,1%
Św. Ludwik	40	0,0%	7,1	-6,1%	69,6%	-4,6%
Wojskowy	28	-3,4%	7,9	16,9%	19,7%	3,7%

Spośród 21 szpitali, które zawarły kontrakt na świadczenia z neurologii, 10 funkcjonowało w Krakowie (9 w tabeli i Szpital MSWiA). Dwa szpitale udzielały pomocy dzieciom: Uniwersytecki Dziecięcy, dla którego charakterystyczne są najdłuższe pobyty i największe obłożenie łóżek oraz Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika z taką samą liczbą łóżek, ale znacznie krótszymi pobytami, co związane może być z przyjmowaniem lżejszych przypadków. W szpitalach dla dorosłych w największym stopniu wykorzystał swe łóżka oddział neurologiczny Szpi-

tala im. Żeromskiego, posiadający ich najmniej (25). Podobne obłożenie odnotowano w Szpitalu im. Dietla, które znacznie spadło z poziomu 105% w roku 2002, a to zapewne m.in. w związku ze zwiększeniem liczby łóżek o 18,4%, które miało miejsce tylko w tym szpitalu. W pozostałych utrzymano stan łóżek taki sam lub nieznacznie zmniejszono.

Okulistyka

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
11	9	318	260 (81,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
INTERMED	5	3	3	2	2	1,67	2,5
Uniw_Kr	40	16,98	28	34,75	35	2,36	1,15
SCANMED	1	0,41	8	1,7	12	2,44	0,59
USD_Kr	3	1	2	1	1	3	3
Wojskowy	20	6	8	11	11	3,33	1,82
Kolejowy	8	2	2	1	1	4	8
Okuli_Kr	120	29,7	31	65,5	66	4,04	1,83
Żeromski	30	6	6	11	11	5	2,73
Rydygier	33	5,96	7	16	16	5,54	2,06

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	40	0,0%	5,7	4,0%	72,0%	5,3%
Okuli_Kr	120	0,0%	5,4	-14,1%	59,5%	-6,1%
Rydygier	33	0,0%	3,5	2,3%	56,9%	-3,8%
Wojskowy	20	-11,1%	4,0	-0,2%	49,7%	-7,6%
Żeromski	30	0,0%	7,9	-11,3%	44,0%	-16,3%
Kolejowy	8	0,0%	5,7	-1,1%	30,6%	28,6%
SCANMED	1,5	-25,0%	0,3	4,2%	15,7%	7,9%
INTERMED	5	nie dotyczy	0,0	nie dotyczy	0,0%	nie dotyczy

Na 10 jednostek świadczących pomoc stacjonarnie z zakresu okulistyki, 9 działało w Krakowie (8 w tabeli oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy). Maksymalne obciążenie łóżek nie było bardzo wysokie – wyniosło 72% i miało miejsce w Szpitalu Uniwersyteckim.

Onkologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
8	4	222	179 (80,6%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	12	6,47	11	12	12	1,85	1
Rydygier	29	8,5	9	17	17	3,41	1,71
Wojskowy	10	2,5	3	3	3	4	3,33
CenOnk_Kr	128	26,5	27	30	30	4,83	4,27

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	12	0,0%	50,8	9,0%	1187,9%	-127,0%
Rydygier	29	18,4%	7,2	-20,6%	210,1%	-92,9%
CenOnk_Kr	128	0,0%	6,1	-11,2%	102,8%	2,8%

Oddziały onkologiczne udzielające pomocy w ramach ubezpieczenia działały w 4 krakowskich szpitalach (3 w tabeli oraz 5 Wojskowy Szpital Kliniczny). Wszystkie miały wysokie

obciążenie łóżek. Szczególnie widać to w przypadku Szpitala Uniwersyteckiego, co z informacji udzielonych przez Małopolski Oddział NFZ wynika z faktu wykonywania dużej ilości wle-

wów. Procedury te są na tyle krótkotrwałe, że w ciągu jednego dnia jedno łóżko jest wykorzystywane dla wielu pacjentów, co z kolei skutkuje wysokim wskaźnikiem obciążenia.

Otolaryngologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
12	8	283	202 (71,4%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
SCANMED	1	1,25	6	1,7	12	0,8	0,59
Uniw_Kr	50	14,77	20	49	49	3,39	1,02
Narutowicz	15	3,75	4	10	10	4,0	1,5
Żeromski	40	9	9	29,5	30	4,44	1,36
Wojskowy	28	6,25	7	8,75	9	4,48	3,2
Rydygier	36	5,5	6	17	17	6,55	2,12
USD_Kr	17	2,5	5	8	8	6,8	2,13
Kolejowy	15	1,75	2	6	6	8,57	2,5

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Uniw_Kr	50	0,0%	8,7	0,9%	103,1%	1,4%
Narutowicz	15	0,0%	4,8	8,8%	100,0%	23,0%
Żeromski	40	0,0%	6,3	-1,9%	82,1%	0,3%
Rydygier	36	0,0%	4,0	1,7%	78,9%	-1,3%
USD_Kr	17	0,0%	3,7	6,7%	41,2%	3,1%
Kolejowy	15	0,0%	5,3	5,9%	36,8%	11,9%
Wojskowy	28	-3,4%	4,7	8,3%	23,3%	-2,9%

Najwyższe obciążenie łóżek na oddziałach otolaryngologicznych odnotowano w Szpitalu Uniwersyteckim i w Szpitalu im. Narutowicza (w obu na poziomie około 100%), a na

stępnie w Szpitalu im. Żeromskiego i Szpitalu im. Rydygiera (około 80%). Wymienione szpitale, poza Narutowiczem, dysponowały liczbą łóżek większą niż pozostałe.

Pediatrya

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	W tym w Krakowie
23	4	830	183 (22,0%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
MSWiA_Kr	25	7,25	10	11	11	3,45	2,27
Żeromski	41	9,5	10	22	22	4,32	1,86
USD_Kr	92	18,3	26	50	50	5,03	1,84
Narutowicz	25	4,75	6	17,5	18	5,26	1,43

	średnia liczba łóżek	Zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Narutowicz	26,5	-5,4%	7,0	-7,1%	74,9%	-1,9%
USD_Kr	92	0,0%	7,8	-15,2%	57,1%	-0,7%
Żeromski	41	0,0%	5,6	-8,7%	49,2%	-11,4%

Oddziały pediatryczne świadczące usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia działały w 4 krakowskich szpitalach (3 w tabeli i Szpital MSWiA). Zdecydowanie największy oddział tej specjalności mieści się w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym, natomiast największe obciążenie łóżek (74,9%) odnotowano

w oddziale Szpitala im. Narutowicza, który ma najmniej łóżek pediatrycznych w porównaniu z pozostałymi.

Psychiatria

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
11	6	1263	921 (72,9%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	100	71,66	95	58	58	1,4	1,72
Rydygier	28	4	5	16	16	7	1,75
Wojskowy	50	5	5	7	7	10	7,14
Św. Ludwik	25	2,25	3	12	12	11,11	2,08
Babiński	668	51,67	59	246,75	248	12,93	2,71
MSWiA_Kr	50	1,25	2	2,2	3	40	22,73

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	28,5	-1,7%	28,6	12,2%	111,3%	5,8%
Babiński	668	-1,1%	31,1	1,9%	80,1%	3,5%
Św. Ludwik	25	0,0%	80,3	16,7%	58,4%	4,6%
Wojskowy	50	11,1%	26,3	2,2%	57,5%	-10,2%
Uniw_Kr	98	2,1%	34,3	25,5%	16,8%	5,0%

Pacjenci potrzebujący pomocy psychiatrycznej, mogli ją uzyskać na terenie miasta w 6 szpitalach (5 w tabeli oraz Szpital MSWiA). Hospitalizacje

trwały przeciętnie około miesiąca, z wyjątkiem Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika, gdzie pobyt wynosił średnio 2-3 miesiące. W szpitalu najwięk-

szym, czyli Szpitalu im. dr J. Babińskiego, obłożenie łóżek wyniosło 80,1% i tylko w Szpitalu im. Rydygiera było większe, przekraczając próg 100%.

Psychiatria sądowa

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
1	1	50	50 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Babiński	50	1,5	2	3	3	33,33	16,67

Psychosomatyka

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
2	1	84	38 (45,2%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Babiński	38	3,05	4	12	12	12,46	3,17

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Babiński	38	0,0%	80,4	1,5%	45,3%	5,1%

Z zakresu psychosomatyki na terenie województwa świadczeń w trybie stacjonarnym udzielały dwie placówki, w tym jedna z Krakowa, a mia-

nowicie Szpital im. dr Babińskiego. Mimo to obciążenie łóżek nie było wysokie (45,3%).

Pulmonologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
19	5	853	248 (29,1%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Uniw_Kr	66	20,63	22	55	55	3,2	1,2
Wojskowy	20	4	4	8	8	5	2,5
Jan Paweł II	99	17,66	20	33	33	5,61	3
Św. Ludwik	40	4,25	6	25	25	9,41	1,6
USD_Kr	23	2,34	7	12	12	9,83	1,92

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	23	0,0%	5,2	-28,1%	69,6%	2,7%
Św. Ludwik	40	0,0%	8,0	-10,3%	60,2%	-0,8%
Uniw_Kr	66	0,0%	14,7	1,5%	49,1%	0,0%
Jan Paweł II	109,5	-11,7%	6,9	-33,0%	48,6%	-16,2%
Wojskowy	20	-20,0%	6,2	-6,2%	13,2%	2,5%

Oddziały pulmonologiczne udzielające świadczeń w ramach kontraktu działały w 5 krakowskich szpitalach. Największe obciążenie łóżek miało miejsce w szpitalach dziecięcych. Najwięcej łóżek posiadał oddział w Szpitalu im. Jana Pawła II.

Rehabilitacja

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
12	4	716	123 (17,2%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	37	5	5	13	13	7,4	2,85
KCR	52	6,5	10	15	15	8	3,47
Wojskowy	10	1	1	0	0	10	
USD_Kr	24	1,86	4	10	10	12,9	2,4

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
KCR	52	11,8%	22,6	0,8%	94,3%	8,5%
Rydygier	37	0,0%	26,2	-4,1%	86,4%	-5,2%
USD_Kr	24	0,0%	21,8	-7,9%	63,0%	-7,3%

Rehabilitacji w trybie stacjonarnym można było się poddać w 4 placówkach krakowskich (3 w tabeli oraz w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym). Obciążenie łóżek w Krakowskim Cen-

trum Rehabilitacyjnym, mimo zwiększenia ich liczby, wzrosło do poziomu 94,3%. Tak wysokie wskaźniki świadczą o dużym zapotrzebowaniu na tego rodzaju świadczenia. Niższy

wskaźnik odnotowano w oddziale dla dzieci Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego. Pobytu trwały przeciętnie 3-4 tygodnie.

Reumatologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	W tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
4	3	131	115 (87,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	5	1	1	2	2	5	2,5
ReumR_Kr	51	7,01	8	14	14	7,28	3,64
Dietl	59	6	7	16,5	17	9,83	3,58

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Dietl	59	18,0%	16,8	7,3%	89,0%	-14,2%
ReumR_Kr	51	0,0%	18,9	-0,4%	89,2%	8,6%

Świadczenia z zakresu reumatologii były udzielane przez oddziały 3 krakowskich szpitali (2 w tabeli oraz 5 Wojskowy Szpital Kliniczny). Przebiegi pobyty w Szpitalu im. Dietla

i w Szpitalu Reumatologii i Rehabilitacji trwał 17-19 dni, a obłożenie łóżek w obu wymienionych jednostkach osiągnęło poziom bliski 90%.

Szpitalny oddział ratunkowy

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
16	5	127	48 (37,8%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	4	5,75	6	20	20	0,7	0,2
Rydygier	6	13	15	15	15	0,46	0,4
Żeromski	8	13,5	15	27	27	0,59	0,3
MSWiA_Kr	12	4,7	9	9	9	2,55	1,33
USD_Kr	18	4,34	5	11	11	4,15	1,64

W roku 2003 w oddziale ratunkowym szpitala im. Narutowicza nie zakontraktowano świadczeń z NFZ (na podstawie biuletynu Małopolskiego Oddziału NFZ).

Toksykologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
1	1	51	51 (100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Rydygier	51	10,49	16	32	32	4,86	1,59

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobytu	zmiana % w stosunku do roku 2002	obłożenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Rydygier	48	20,0%	6,9	7,9%	48,1%	-6,2%

Świadczeń z zakresu toksykologii udzielał wszystkim mieszkańcom województwa oddział Szpitala im. Rydygiera, dysponujący 48 łózkami (ich

liczbę zwiększono w 2003 roku) obłożonymi w 48,1%.

Transplantologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
1	1	18	18(100%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
USD_Kr	18	2,4	7	12	12	7,5	1,5

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
USD_Kr	12	100,0%	30,2	-25,9%	11,9%	-7,7%

Pacjenci, u których wykonano transplantację w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym przebywali w szpitalu przeciętnie 1 miesiąc, obciążenie łóżek było niskie.

Urologia

Liczba placówek		Liczba łóżek	
w województwie	w tym w Krakowie	w województwie	w tym w Krakowie
12	7	348	191 (54,9%)

	Liczba łóżek	Liczba etatów lekarzy	Liczba lekarzy	Liczba etatów pielęgniarek	Liczba pielęgniarek	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat lekarski	Wskaźnik liczby łóżek na 1 etat pielęgniarski
Wojskowy	17	4	4	8	8	4,25	2,13
Żeromski	29	5	5	10,9	11	5,8	2,66
Uniw_Kr	43	7	7	35	35	6,14	1,23
Narutowicz	35	5	7	20	20	7	1,75
USD_Kr	18	2,45	3	9	9	7,35	2
Kolejowy	16	2	2	7	7	8	2,29
Rydygier	33	4	4	15	15	8,25	2,2

	średnia liczba łóżek	zmiana % w stosunku do roku 2002	średnia długość pobyt	zmiana % w stosunku do roku 2002	obciążenie łóżek	zmiana w pkt proc. w stosunku do roku 2002
Narutowicz	35	0,0%	5,3	-1,0%	90,7%	18,4%
USD_Kr	18	0,0%	9,2	7,2%	67,6%	-4,6%
Rydygier	34	-2,9%	4,7	-7,8%	58,5%	-1,8%
Żeromski	29	0,0%	6,3	-9,2%	54,7%	-6,8%
Uniw_Kr	43	0,0%	5,3	-1,0%	37,6%	-16,0%
Kolejowy	16	0,0%	3,3	-0,6%	34,6%	7,8%
Wojskowy	17	6,3%	5,6	13,1%	16,3%	-7,8%

Stacjonarną opiekę z zakresu urologii oferowało w ramach ubezpieczenia 7 szpitali w Krakowie. Największe obłożenie łóżek odnotowano w Szpitalu im. Narutowicza (90,7%), a najniższe w Szpitalu Kolejowym i w Szpitalu Uniwersyteckim. Najdłuższe hospitalizacje miały miejsce w przypadku dzieci.

Zasoby ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Zasoby ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiono w oparciu o dane udostępnione przez Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W 2003 roku ambulatoryjną opiekę zdrowotną w Krakowie zapewniały 463 zakłady opieki zdrowotnej, przy czym zdecydowaną większość (74,3%) stanowiły jednostki niepubliczne. Działały 73 praktyki lekarskie (15,8% wszystkich zakładów).

Porady dla ogółu ludności i przy zakładach pracy

W zakładach opieki zdrowotnej i praktykach lekarskich w ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej (łącznie z jednostkami przyzakładowymi) lekarze udzielili w 2003 roku 6 398 227 porad, a w 2002 roku 6 069 051, czyli nastąpił wzrost liczby porad o 5,4%. Lekarze stomatolodzy udzielili 949 683 porady w roku 2003, czyli o 4,3%

	Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie i praktyki lekarskie	w tym		
		w zakładach publicznych	w zakładach niepublicznych	praktyki lekarskie
województwo małopolskie				
2002	1460	365 (25,0%)	686 (47,0%)	409 (28,0%)
2003	1593	324 (20,3%)	816 (51,2%)	453 (28,4%)
Kraków				
2003	463	46 (9,9%)	344 (74,3%)	73 (15,8%)

Zasoby ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

mniej niż w roku 2002 (992 335 porad). W ramach podstawowej opieki zdrowotnej krakowianie skorzystali z 2 915 883 porad w roku 2003 i 2 651 729 w roku 2002 (wzrost o blisko 10%). W poradniach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielono 3 482 344 porady w roku 2003 i 3 417 322 w roku 2002 (o 1,9% więcej).

Porady w ambulatoryjnej podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)

Kraków	Porady udzielone przez lekarzy	w tym			W przychodniach przyzakładowych
		w zakładach publicznych	w zakładach niepublicznych	w praktykach lekarskich	
2002	2651729	230383	2421346	-	154641
2003	2915883	213393	2702490	-	51284

	2002	2003	Zmiana
Choroby wewnętrzne, w tym:	649253	751035	κ
Alergologiczne	86946	89556	κ
Diabetologiczne	54044	55387	κ
Kardiologiczne	185728	186181	κ
Inne specjalności zachowawcze, w tym:	788123	803159	κ
Dermatologiczna	180338	172922	μ
Neurologiczna	211245	206062	μ
Rehabilitacyjna	105970	97332	μ
Opieka nad matką i dzieckiem, w tym:	380309	385739	κ
Pediatria	17925	18141	κ
Ginekologiczno-położnicza	355275	361452	κ
Zabiegowe, w tym:	1032321	1051413	κ
Chirurgia ogólna	253767	249038	μ
Chirurgia urazowo-ortopedyczna	103863	102338	μ
Okulistyka	291629	322198	κ
Otolaryngologia	240781	250572	κ
Choroby psychiczne i uzależnienia, w tym:	214648	198267	μ
Zdrowie psychiczne	209828	191584	μ
Leczenie odwykowe	3345	4404	κ
Ogółem	3064654	3189613	κ

Porady udzielone w poradniach specjalistycznych (bez przychodni przyzakładowych)

Co trzecia porada udzielona w roku 2003 miała miejsce w poradni zabiegowej (33%), przy czym najwięcej porad tego typu udzielono z zakresu okulistyki (10,1%). Nieco częściej pacjenci, a właściwie kobiety korzystały z wizyt w poradniach ginekologiczno-położniczych (11,3%).

W porównaniu do roku 2002 odnotowano znaczny wzrost liczby porad z zakresu chorób wewnętrznych i spory spadek w poradniach zdrowia psychicznego i poradniach rehabilitacyjnych.

Kadry medyczne

Przedstawione informacje dotyczą liczby osób zatrudnionych w wybranych zawodach personelu medycznego służby zdrowia, bez względu na formę zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, kontrakt). Każda z osób została uwzględniona tylko raz, według podstawowego miejsca zatrudnienia.

Według danych na dzień 31 grudnia 2003 r., zatrudnienie personelu medycznego z wyższym wykształceniem w wybranych zawodach kształtowało się następująco:

- 3631 lekarzy (κ wzrost o 114 osób),
- 650 lekarzy stomatologów (κ wzrost o 19 osób),
- 217 farmaceutów (μ spadek o 4 osoby),
- 135 analityków medycznych (κ wzrost o 11 osób),
- 257 magistrów pielęgniarstwa (κ wzrost o 32 osoby),
- 253 magistrów rehabilitacji (μ spadek o 25 osób),
- 245 psychologów (κ wzrost o 2 osoby).

Zatrudnienie personelu z wykształceniem średnim przedstawiało się następująco:

- 5940 pielęgniarek (μ spadek o 17 osób),
- 628 położnych (μ spadek o 32 osoby),
- 83 techników dentystycznych (κ wzrost o 5 osób),
- 114 techników farmaceutycznych (μ spadek o 28 osób),
- 349 techników analityki medycznej (μ spadek o 28 osób),
- 436 techników elektroradiologii (μ spadek o 11 osób),
- 265 techników fizjoterapii (κ wzrost o 4 osoby),
- 105 techników masażystów (μ spadek o 6 osób),
- 207 dietetyków (μ spadek o 23 osoby).

W przypadku personelu z wyższym wykształceniem zatrudnienie w większości przedstawionych zawodów w roku 2003 było wyższe niż w roku 2002, odwrotną tendencję zaobserwowano dla personelu z wykształceniem średnim.

W Krakowie wskaźniki liczby ludności przypadającej na osobę wybranego zawodu medycznego są niższe niż w województwie, ale po raz kolejny należy podkreślić, że z pomocy kadry medycznej w Krakowie często korzystają osoby przyjezdne. Spadła liczba osób przypadających na lekarzy i stomatologów, wzrosła liczba kobiet na 1 położną.

W 2003 roku w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich zatrudnionych było 2784 lekarzy specjalistów, w tym 958 ze specjalizacją I° (o 63 mniej niż w roku 2002) i 1826 ze specjalizacją II° (o 823 więcej niż w roku 2002).

Podsumowanie – zasoby ochrony zdrowia

Analiza działalności wybranych oddziałów szpitalnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie miasta Krakowa w roku 2003 pozwala zastanowić się nad słabym wykorzystaniem łóżek w niektórych szpitalach. Przyczyną mogą być niskie kontrakty, co powoduje, że szpitale nie przyjmują więcej pacjentów, lub nadmiar łóżek w niektórych oddziałach i w związku z tym potrzeba restrukturyzacji łóżek szpitalnych lub przeprofilowania oddziałów.

Analiza danych dotyczących zasobów szpitalnych w zakresie ginekologii

Liczba osób przypadająca na:	Kraków		województwo małopolskie	
	2002	2003	2002	2003
1 lekarza	215	209	431	430
1 lekarza stomatologa	1201	1166	2412	2356
1 pielęgniarkę	123	122	201	212
1 położną	1148	1207	1670	1763

Podstawowe zatrudnienie lekarzy specjalistów od liczby największej do najmniejszej

Specjaliści	I°	II°	razem
Chorób wewnętrznych	259	257	516
Pediatrici	119	121	240
Położnictwa i ginekologii	57	112	169
Chirurgii ogólnej	62	87	149
Okulistyki	52	92	144
Anestezjologii i intensywnej terapii	42	92	134
Psychiatrii	43	88	131
Neurologii	51	77	128
Medycyny rodzinnej	Nie ma	114	114
Radiodiagnostyki	48	58	106
Otolaryngologii	22	74	96
Dermatologii i wenerologii	26	50	76
Medycyny pracy	56	17	73
Chorób płuc	3	55	58
Chirurgii dziecięcej	14	22	36
Chorób zakaźnych	0	24	24

wskazuje na niskie wykorzystanie łóżek w szeregu szpitali, w tym m.in. w Szpitalu im. Narutowicza, przy czym liczba łóżek ginekologicznych jest bardzo duża. W tej sytuacji, jeśli dane za rok 2004 wykażą podobną sytuację, należy rozważyć zmniejszenie liczby łóżek ginekologicznych o kilkanaście. Możliwe też jest zmniejszenie liczby personelu.

Analiza danych zasobów szpitalnych zakresie okulistyki wskazuje na generalnie niskie wykorzystanie łóżek szpitalnych. Oznacza to, iż zasoby znacznie przewyższają zapotrzebowanie. Jeżeli dane za rok 2004 potwierdziłyby ten

stan, należałoby rozważyć redukcję liczby oddziałów okulistycznych. W tej sytuacji Szpital im. Żeromskiego mógłby całkowicie skoncentrować się na usługach ambulatoryjnych, rezygnując z oddziału szpitalnego. W Nowej Hucie jest oddział w Szpitalu im. Rydygiera, który wraz ze Szpitalem Uniwersyteckim oraz Witkowicami mógłby całkowicie przejąć zabezpieczenie pacjentów do tej pory hospitalizowanych w Szpitalu im. Żeromskiego.

Wykorzystanie łóżek pediatrycznych jest generalnie niskie. Jest to zjawisko ogólnopolskie i dotyczy też szpitali kra-

kowskich. W Szpitalu im. Żeromskiego jest jednak ono wybitnie niskie, bo poniżej 50%. W tej sytuacji oddział ten winien być zmniejszony z 41-łóżkowego do jednego oddziału 20 -łóżkowego. Reorganizacja winna spowodować też wyraźną redukcję personelu.

Analiza wykorzystania łóżek pulmonologicznych wskazuje, iż ich liczba w szpitalu im. Jana Pawła II jest zdecydowanie zbyt duża. Stwarza to uzasadnienie dla zmniejszenia liczby oddziałów i ograniczenia zarówno łóżek jak i personelu.

Analiza wykorzystania zasobów szpitali w zakresie urologii wykazuje, iż poza szpitalem im. Narutowicza jest ona niska. W przypadku Szpitala im. Narutowicza wynika to z bardzo dobrej renomy tego oddziału. Tymczasem w Szpitalu im. Żeromskiego wykorzystanie łóżek jest nieco poniżej 50% i oddział ten powinien być poddany restrukturyzacji, a liczba łóżek ograniczona, o ile dane za rok 2004 wykażą sytuację podobną do 2003 r.

II.2. Dostępność świadczeń

Jednym z najważniejszych wskaźników określających jakość świadczonych usług jest **dostępność** rozumiana jako **możliwość uzyskania** przez pacjenta potrzebnej opieki zdrowotnej. Głównym czynnikiem określającym ten wskaźnik jest ilość świadczeń zakontraktowanych przez płatnika. Jest to czynnik obiektywny, niezwiązany bezpośrednio z organizacją pracy zakładów opieki zdrowotnej. Kształtuje go przede wszystkim wymiar finansowy czyli ilość pieniędzy przeznaczona przez budżet centralny na finansowanie usług zdrowotnych. Pozostałe elementy wpływające na dostępność mają już swoje źródło w samej placówce. Są one bezpośrednio związane z czasem i trybem pracy personelu medycznego wyższego i średniego szczebla, poczynając od lekarzy, a kończąc na rejestratorkach. Składają się na to:

- czas pracy personelu ośrodka – limity przyjęć, zastępstwa za osoby nieobecne,
- sposób rejestracji pacjenta – telefoniczna, osobista, na określony termin,
- skierowania – w wypadku dostępności specjalistycznych badań medycznych, gdzie trzeba uzyskać skierowanie od lekarza rodzinnego.

Ważną rolę w procesie oceny dostępności odgrywa także obiektywny czynnik jakim jest ukształtowanie te-

renu, na którym znajduje się placówka. Mogą na przykład istnieć bariery uniemożliwiające dostęp do ośrodka osobom niepełnosprawnym, takie jak brak podjazdu dla wózków inwalidzkich lub też niekorzystne jego położenie, gdzie jest ograniczony dojazd środkami komunikacji miejskiej.

W ramach badania dostępności do ambulatoryjnych świadczeń medycznych Urząd Miasta Krakowa przeprowadza, począwszy od IV kwartału 2000 r., anonimową telefoniczną akcję rejestracji, której celem jest sprawdzenie czasu oczekiwania przeciętnego ubezpieczonego pacjenta na wizytę u lekarzy specjalistów, w ramach zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia usług medycznych. Badania prowadzone są zarówno w publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne w poszczególnych kwartałach 2001-2003 i dwóch pierwszych kwartałach 2004

Przy interpretacji wyników prosimy mieć na uwadze, że podawane odsetki dotyczą poradni udzielających świadczeń, a nie samych pacjentów, czyli np. 28% poradni wyznaczyło w II kwartale 2004 termin wizyty na „bieżący”, co nie oznacza, że 28% pacjentów mogło na bieżąco uzyskać świadczenie. Wynika to z faktu, iż różne poradnie udzielają świadczeń różnej liczbie pacjentów. Najbardziej optymistycznym wariantem byłoby, gdyby to z poradni o największej dostępności usług zdrowotnych, korzy-

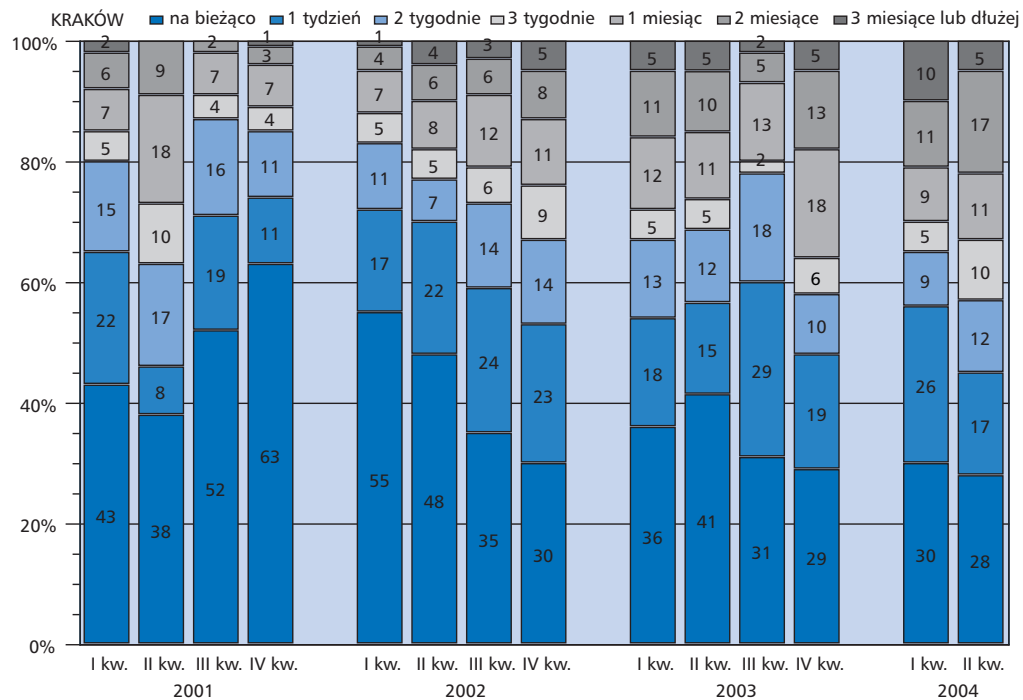
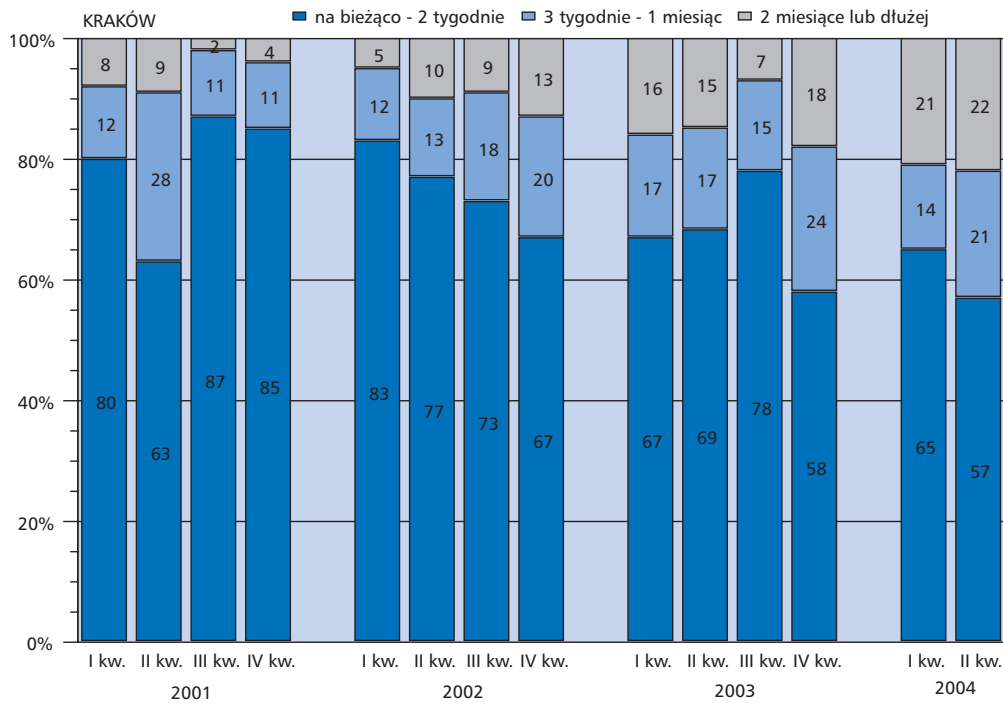
stało najwięcej pacjentów. Z najgorszą sytuacją mielibyśmy do czynienia, gdyby największa ilość pacjentów korzystała z poradni o najmniejszej dostępności.

Czas oczekiwania na usługi medyczne jest uwarunkowany liczbą z kontraktowanych przez NFZ świadczeń. Problem niedostatecznego poziomu kontraktowania świadczeń szczególnie wyraźny staje się pod koniec każdego roku, co obrazują kolejne wykresy sporządzone dla Krakowa i poszczególnych dzielnic. Maleje liczba poradni przyjmujących pacjentów „na bieżąco” lub w ciągu 1-2 tygodni, a wzrasta tych, gdzie na udzielenie świadczenia wyznacza się odległe terminy (1 miesiąc, 2 miesiące, 3 miesiące lub więcej). Drugą przyczyną, po wyczerpaniu rocznych limitów przyznanych przez NFZ, jest wzrost zachorowań bądź nasilanie się objawów chorobowych w okresie jesienno-zimowym, co skutkuje większą liczbą pacjentów zainteresowanych uzyskaniem porady. Mniejsza liczba osób potrzebuje skorzystać z poradni w okresie letnim (III kwartał), dzięki czemu dostępność do świadczeń w tym okresie jest lepsza niż w poprzedzającym, II kwartale. Doskonale te tendencje obrazują dane dla roku 2003 – w III kwartale poprawa w stosunku do pierwszych dwóch kwartałów, a następnie w IV kwartale pogorszenie i utrzymanie się stanu rzeczy z IV kwartału 2003 w roku 2004.

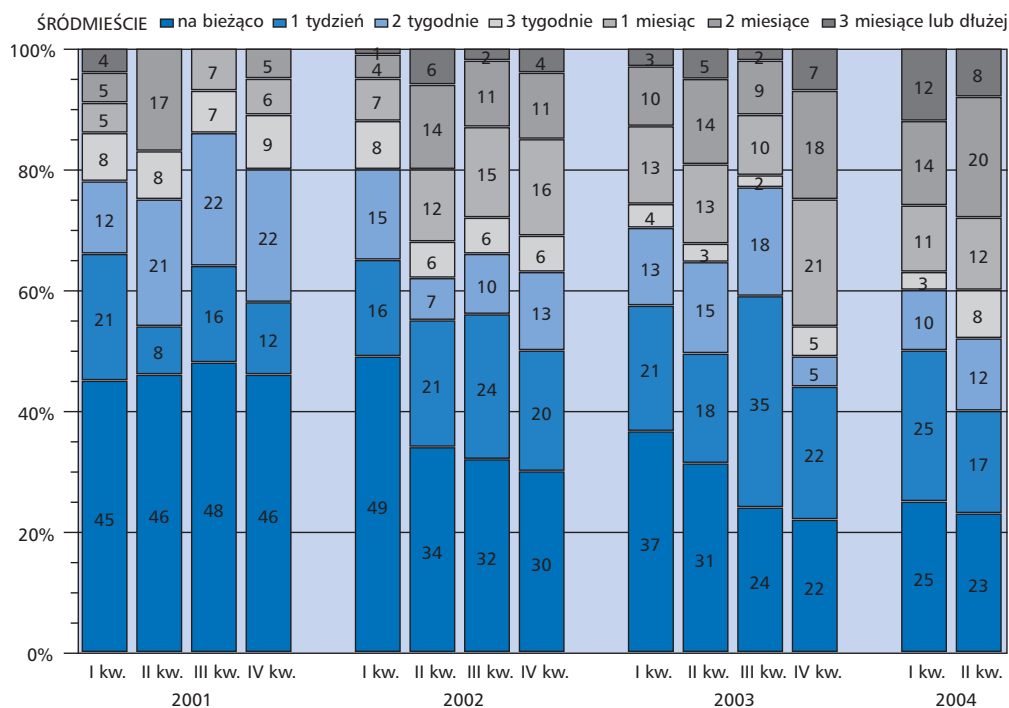
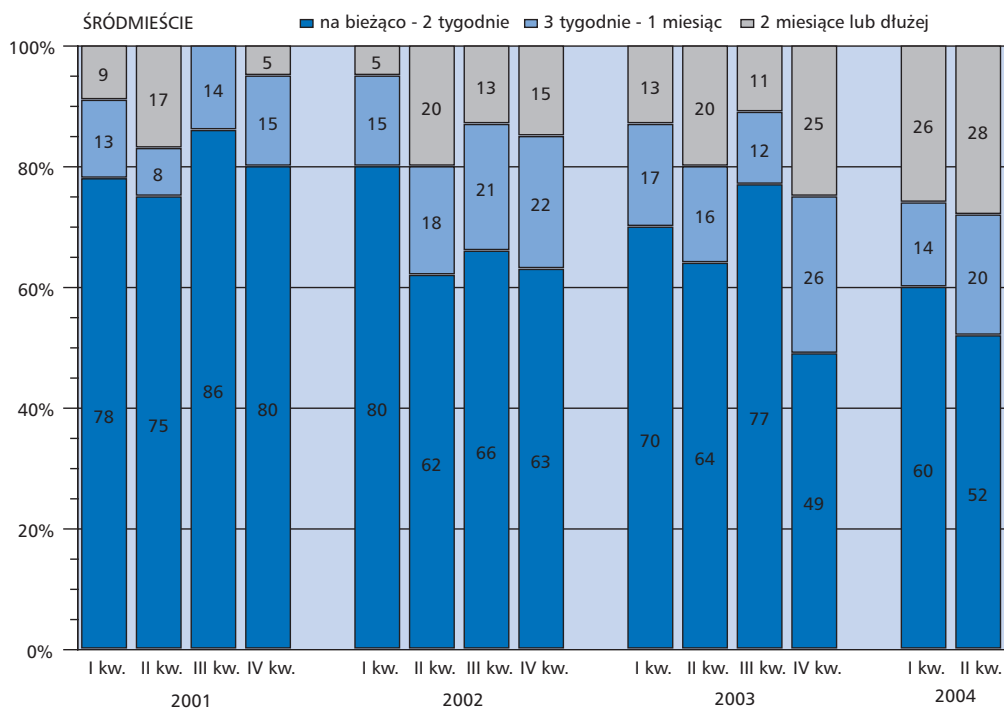
Dostępność świadczeń w I półroczu 2004 roku była zdecydowanie gorsza niż w roku 2001 i 2002 – przeciętnie co piąta poradnia (odpowiednio 21% i 22% w I i II kwartale) wyznaczała termin odległy o co najmniej 2 miesiące, a jedynie co trzecia proponowała zgłaszanie się na bieżąco (odpo-

wiednio 30% i 28% w I i II kwartale). W roku 2001 na uzyskanie świadczenia oczekiwało się ponad 2 miesiące tylko w 8% poradni w I kwartale i w 9% poradni w II kwartale, natomiast 43% i 38% w tym czasie proponowało terminy bieżące.

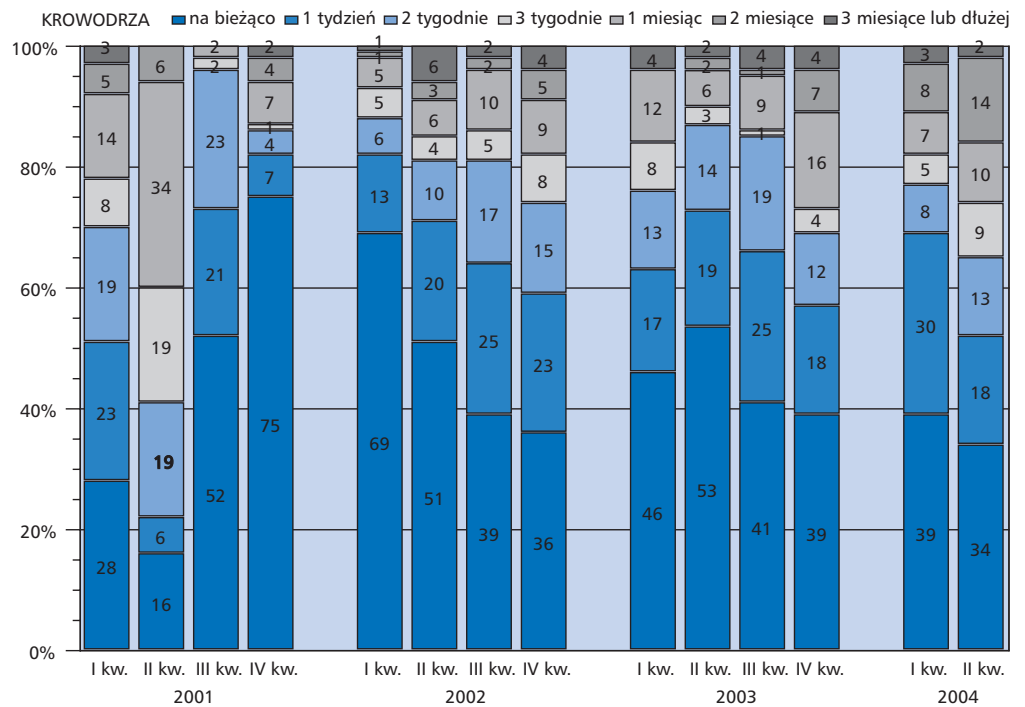
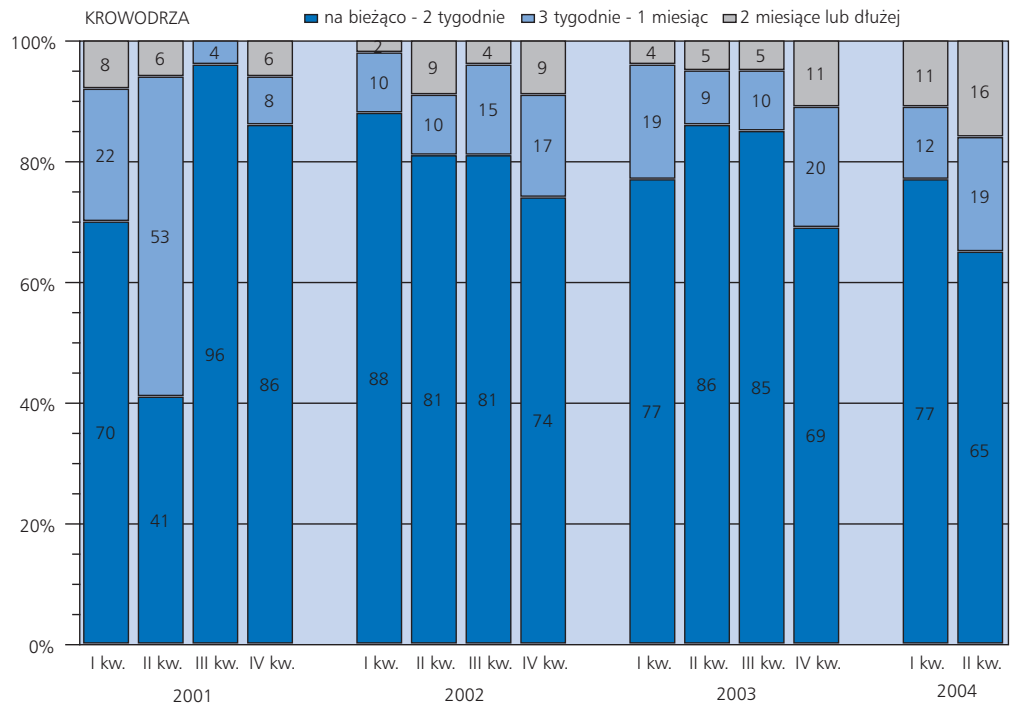
Kolejne rysunki obrazują szczegółowo omawiane dane dla Krakowa i dla każdej dzielnicy osobno. W każdym przypadku sporządzono 2 wykresy – jeden wstępny z podziałem czasu oczekiwania na 3 kategorie i drugi – dający możliwość bardziej wnikliwej analizy w 7 kategoriach czasowych.



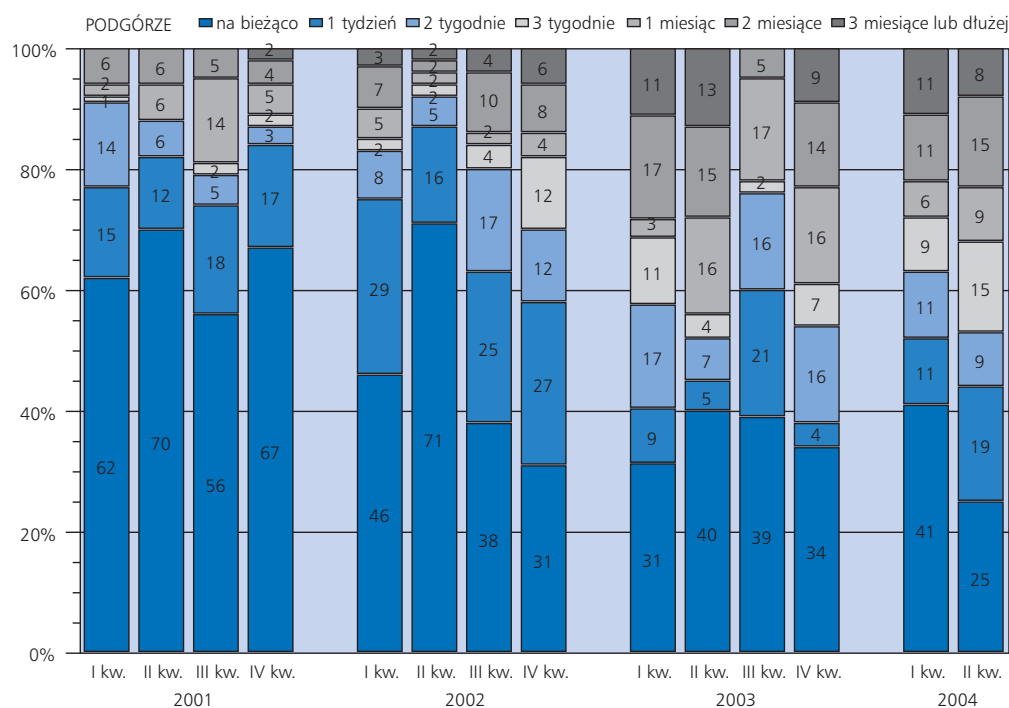
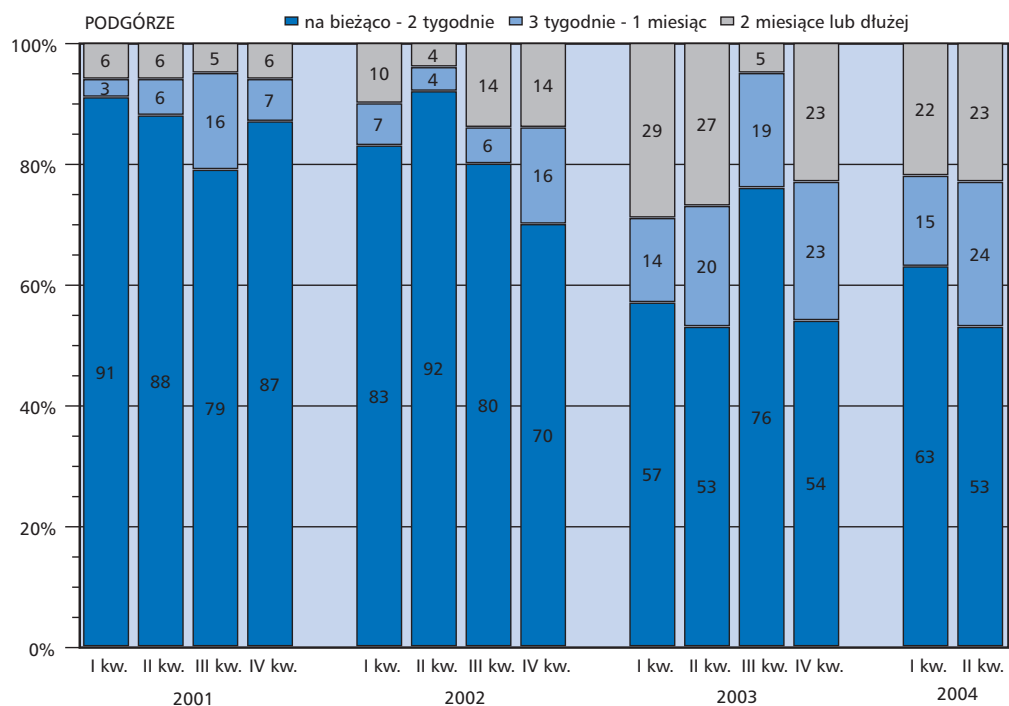
Czas oczekiwania w poradniach w latach 2001-2004 - Kraków



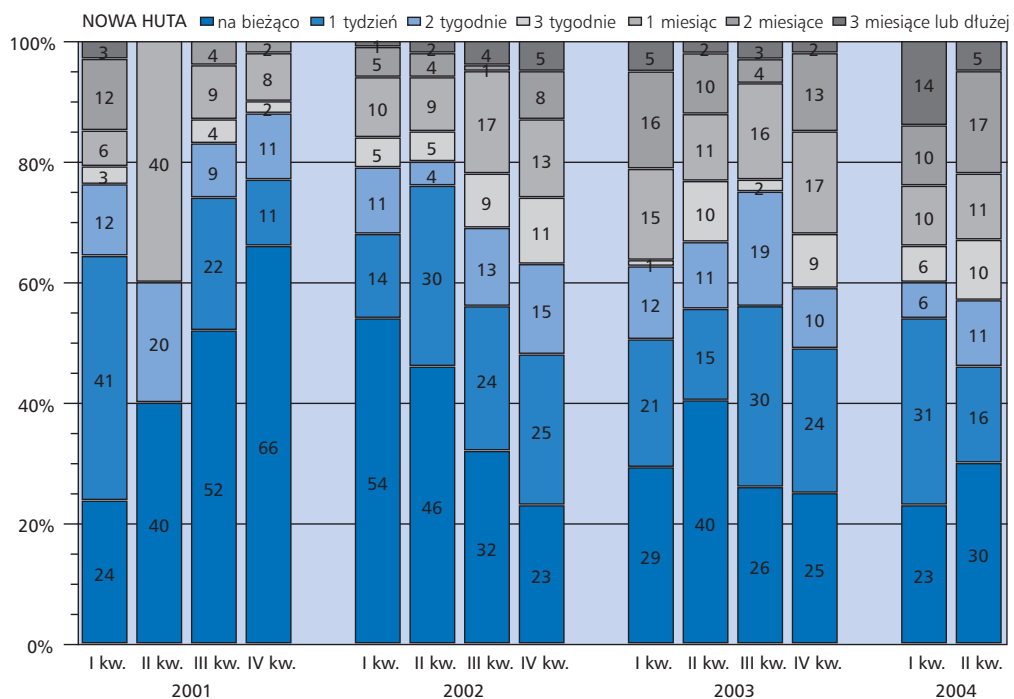
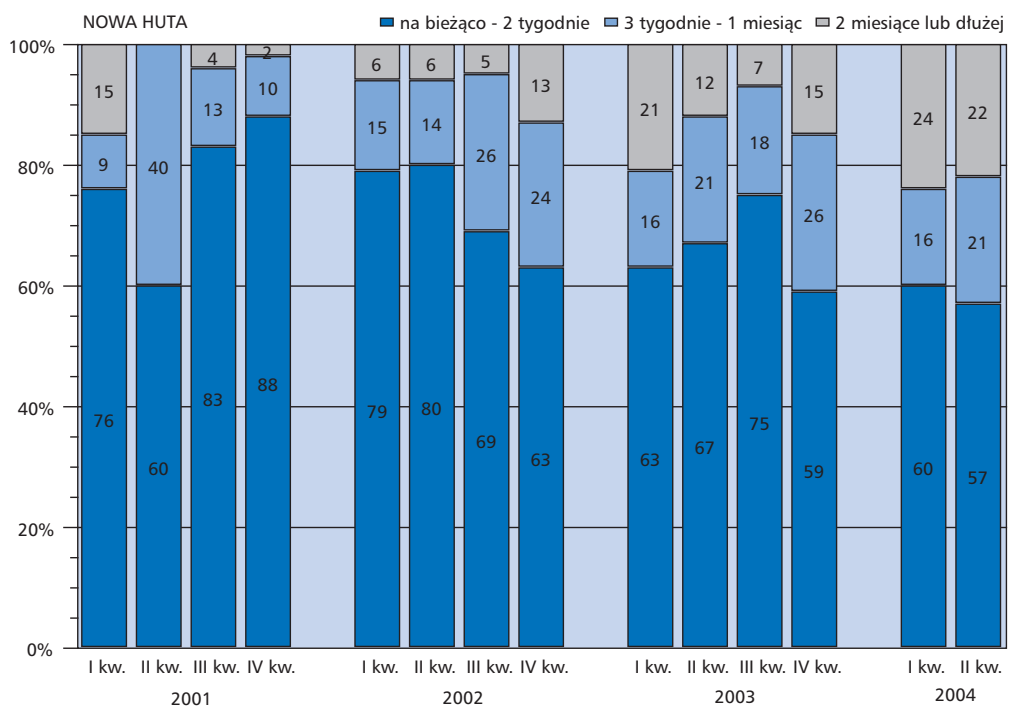
Czas oczekiwania w poradniach w latach 2001-2004 - Śródmieście



Czas oczekiwania w poradniach w latach 2001-2004 - Krowodrza



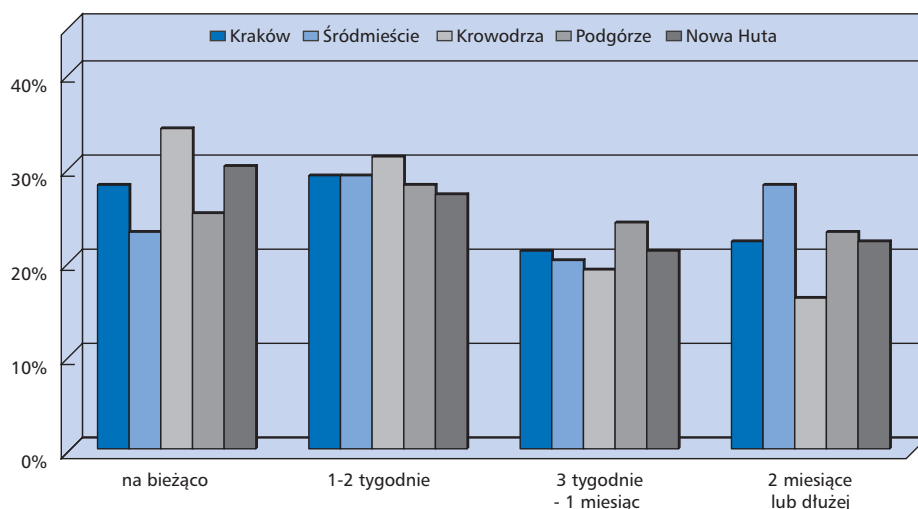
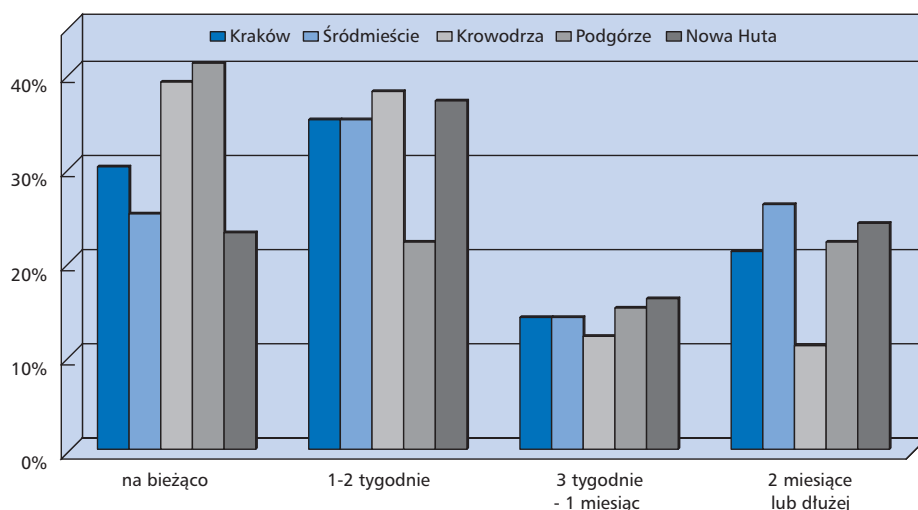
Czas oczekiwania w poradniach w latach 2001-2004 - Podgórze



Czas oczekiwania w poradniach w latach 2001-2004 – Nowa Huta

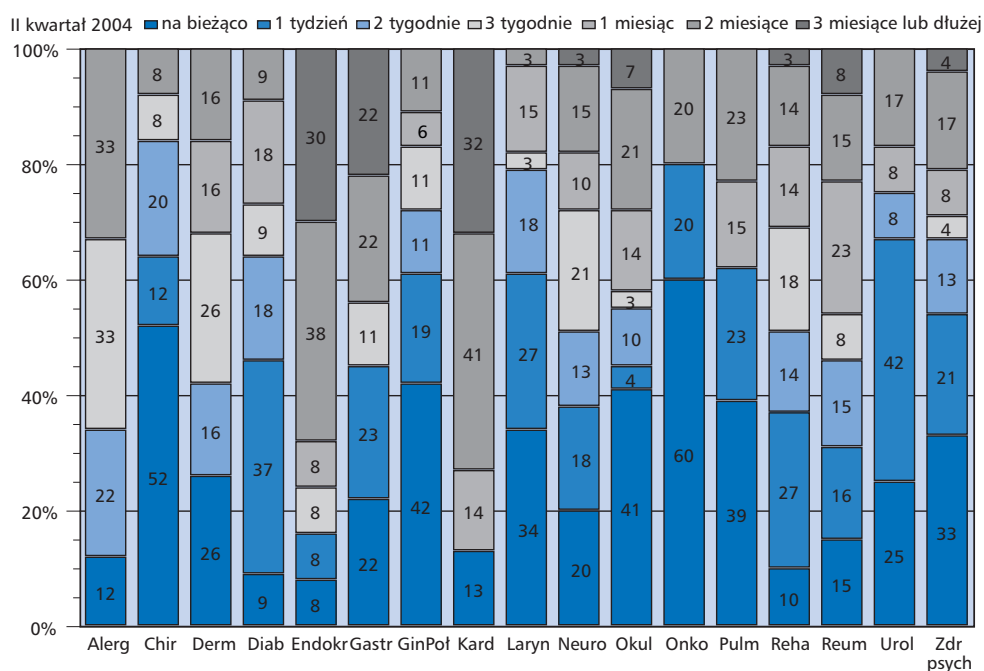
W I kwartale 2004 roku najkrótsze terminy mogli uzyskać pacjenci poradni w Krowodrzy, największa ilość poradni przyjmujących „na bieżąco” mieści się w Podgórzu, ale z kolei jeśli nie uzyska się bieżącej pomocy, to trudno o termin 1-2-tygodniowy. W II kwartale 2004 roku najłatwiejszy dostęp do świadczeń był w placówkach zlokalizowanych w Krowodrzy, a najtrudniejszy w Śródmieściu, podobnie jak w I kwartale 2004.

Należy zwrócić uwagę, iż w II kwartale 2004 najdłuższy okres oczekiwania na poradę występował w poradniach endokrynologicznych – około 70% poradni wyznaczało termin odległy o 2 miesiące lub więcej. Najwięcej poradni oferujących bieżące terminy było w przypadku onkologii i chirurgii.



Czas oczekiwania w poradniach w I kwartale 2004

Czas oczekiwania w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym



Czas oczekiwania w wybranych poradniach	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Poradnia kardiochirurgiczna		
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	953	60
Poradnia kardiologiczna		
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	128	77
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	3034	75
NZOZ „ZŁOTA JESIEŃ” Sp. z o.o.	741	64
Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej „REMEDI” Sp. J.	41	63
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SPZOZ w Krakowie	202	60
NZOZ Poradnie Kardiologiczne KROWODRZA	169	57
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	22	54
Ośrodek Diagnostyczny i Przychodnia Specjalistyczna im. Św. Rafała w Krakowie	934	47
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	515	40
NZOZ Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	398	34
Klinika Krakowska Przychodnia Specjalistyczna	465	33
NZOZ „KRAKMED” Spółka Lekarzy Specjalistów Sp. z o.o.	25	33
NZOZ Centrum Medyczne „Piast” sp. z o.o.	28	30
NZOZ Przychodnia Rodzinna „COR VITA”	45	10
NZOZ „Vadimed”	136	8
NZOZ „KARDIOLOG” S.C. Zofia Skowrońska-Oleksik, Małgorzata Szlezynger-Tekielska	77	7
Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych „BATOREGO 3”	34	4
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie	150	3
Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	0	0
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	0	0
Zespół Przychodni Specjalistycznych DIAB-END-COR Sp. z o.o.	0	0

Analizując problem dostępności usług medycznych, uwzględniono również dane o kolejkach oczekujących na świadczenia w krakowskich placówkach w oparciu o informacje prezentowane na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Poniżej przedstawiono czas oczekiwania w poradniach specjalistycznych oraz lecznictwie zamkniętym w oparciu o sprawozdania nadesłane przez świadczeniodawców na dzień 23 listopada 2004 r.

W ambulatoryjnym lecznictwie specjalistycznym najtrudniej dostać się do okulisty, w niektórych porad-

niach trzeba czekać na wizytę powyżej 3 miesięcy. Równie długie czasy oczekiwania występują w poradniach kardiologicznych i endokrynologicznych. Średni czas oczekiwania na usługi specjalistyczne zależy jednak od charakteru placówki. Najdłużej oczekuje się w poradniach przyszpitalnych (Woj. Szpital Okulistyczny, Woj. Szpital im. Rydygiera, KSS im. Jana Pawła II), co może być związane z koniecznością kwalifikacji pacjentów na zabiegi lub kontynuacją leczenia poszpitalnego. Znacznie krótsze czasy oczekiwania odnotowuje się w poradniach niepublicznych.

Trudności w uzyskaniu wizyty u ww. specjalistów są problemem nie tylko krakowskiej służby zdrowia. Potwierdzają to wyniki ogólnopolskich badań dostępności, w których ankietowani wskazywali na największe trudności w dostępie do okulisty, kardiologa, ortopedy, reumatologa i stomatologa. Niemal połowa respondentów w tych badaniach uznała za trudny dostęp do okulisty (w tym 1/4 określiła go jako zdecydowanie trudny).

Szpitale uporządkowano w obrębie każdej specjalności według czasu oczekiwania od najdłuższego do najkrótszego.

	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Poradnia okulistyczna		
Wojewódzki Szpital Okulistyczny	533	109
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	30	102
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	151	70
NZOZ „ZŁOTA JESIEŃ” Sp. z o.o.	587	68
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SPZOZ w Krakowie	315	45
Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	24	40
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	526	37
NZOZ Centrum Medyczne „Piast” sp. z o.o.	30	30
Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.	330	30
NZOZ Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	278	29
NZOZ „Vadimed”	211	27
NZOZ „OKO-MED” S.C. Urszula Piątkiewicz i Magdalena Madej	309	15
Zespół Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych w likwidacji	51	15
Klinika Krakowska Przychodnia Specjalistyczna	90	15
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” Sp.z o.o.	30	14
NZOZ „PERCEPTIO” Sp. z o.o.	180	10
Centrum Medyczne NZOZ „KRAKUS”	507	8
NZOZ Przychodnia Rodzinna „COR VITA”	35	7
Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych „BATOREGO 3”	81	5
Przychodnia Specjalistyczna „MED-SKARPA”	312	1
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	0	0
NZOZ Centrum Medyczne Prokocim Nowy	0	0
NZOZ „HIPOKRATES” Sp. J.	0	0
Zespół Przychodni Specjalistycznych DIAB-END-COR Sp. z o.o.	0	0
NZOZ „Spółka Lekarska Na Kozłowiec”	0	0

	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Poradnia rehabilitacyjna		
NZOZ „KRAKMED” Spółka Lekarzy Specjalistów Sp. z o.o.	188	60
Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Św. Łazarza”	28	40
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – SPZOZ w Krakowie	200	40
NZOZ „Vadimed”	159	28
NZOZ „SANA-MED” Sp. z o.o.	97	24
NZOZ KRAKÓW - POŁUDNIE	376	24
NZOZ Ośrodek Reumatologiczno - Rehabilitacyjny Sp. z o.o.	1320	23
Ośrodek Diagnostyczny i Przychodnia Specjalistyczna im. Św. Rafała w Krakowie	156	21
NZOZ Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	150	21
NZOZ „ŚRÓDMIEŚCIE” Sp. z o.o.	35	21
NZOZ Krakowski Ośrodek Diagnostyki Kręgosłupa	72	21
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	15	20
Klinika Krakowska Przychodnia Specjalistyczna	139	18
NZOZ „HIPOKRATES” Sp. J.	64	14
Zakład Usług Rehabilitacyjnych „SPRAWNOŚĆ” S.C.	264	14
NZOZ „ZŁOTA JESIEŃ” Sp. z o.o.	188	6
NZOZ Rehabilitacja „FIZJO-MED2”	10	6
Krakowski Ośrodek Rehabilitacji Wieków Rozwojowego	24	3
Specjalistyczny Zakład Rehabilitacyjny „Widok” S.C.	19	2
Przychodnia Specjalistyczna „MED-SKARPA”	137	1
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	0	0
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	0	0
NZOZ Centrum Medyczne Prokocim Nowy	0	0
NZOZ „Osiedle Urocze” Sp. z o.o.	0	0
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	54	0
	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Poradnia endokrynologiczna		
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Piast” sp. z o.o.	5	90
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medyczne Centrum Diabetologiczno-Endokrynologiczno-Metaboliczne „Diab-Endo-Met”	291	77
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZŁOTA JESIEŃ” Sp. z o.o.	495	65
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	223	60
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA	180	50
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „KRAKMED” Spółka Lekarzy Specjalistów Sp. z o.o.	15	32
Centrum Medyczne „MED-ALL”	51	30
Ośrodek Diagnostyczny i Przychodnia Specjalistyczna im. Św. Rafała w Krakowie	612	25
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	167	13
Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych „BATOREGO 3”	56	11
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	0	0
Zespół Przychodni Specjalistycznych DIAB-END-COR Sp. z o.o.	0	0

	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Poradnia zdrowia psychicznego		
Szpital Specjalistyczny im. Dr Józefa Babińskiego	188	126
NZOZ Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	135	56
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	199	43
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	192	28
Krakowski Zespół Zdrowia Psychicznego „MediNorm”	40	9
Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DOCTOR JAN” Sp. z o.o.	85	7
Klinika Krakowska Przychodnia Specjalistyczna	64	7
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” Sp.z o.o.	32	5
Zespół Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych w likwidacji	64	4
Przychodnia Specjalistyczna „MED-SKARPA”	54	3
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	0	0
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	0	0

Czas oczekiwania w pracowniach diagnostycznych	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Pracownia diagnostyki obrazowej		
Ośrodek Diagnostyczny i Przychodnia Specjalistyczna im. Św. Rafała	511	29
NZOZ „SCANMED” Centrum Diagnostyczno Lecznicze Sp. z o.o.	0	0
Pracownia MR		
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	468	30
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” Sp. z o.o.	124	14
NZOZ „SCANMED” Centrum Diagnostyki Obrazowej Sp. z o.o.	150	14
Pracownia RTG zabiegowa		
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	41	89
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	753	60
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	84	3
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie	20	2
Pracownia TK		
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	72	16
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	949	14
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	63	14
NZOZ „SCANMED” Centrum Diagnostyki Obrazowej Sp. z o.o.	200	14
Pracownia USG		
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie	310	240
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	100	14

Czas oczekiwania w lecznictwie zamkniętym

Najdłuższe kolejki pacjentów oczekujących na zabiegi planowe występują w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyki oraz kardiochirurgii i kardiologii.

W niektórych szpitalach średni czas oczekiwania wynosi nawet kilkanaście miesięcy – około 600 dni w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej Szpitala im. Żeromskiego, 330 dni w Krakowskim Szpitalu Reumatologii i Rehabilitacji. W przy-

padku oddziałów rehabilitacyjnych i chirurgii urazowej występuje bardzo duże zróżnicowanie czasu oczekiwania w zależności od placówki. Tak długie kolejki oczekujących są uwarunkowane limitowaniem świadczeń przez NFZ, co staje się widoczne zwłaszcza pod

Czas oczekiwania na świadczenia planowe	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
Oddział kardiochirurgiczny		
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	299	84
Oddział kardiologiczny		
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	460	142
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	7	12

Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej		
Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	1499	593
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	99	210
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	19	89
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” Sp.z o.o.	25	50
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	13	18
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	17	11
NZOZ „SCANMED” Centrum Diagnostyczno Lecznicze Sp. z o.o.	60	2

Oddziały okulistyczne		
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	64	191
Wojewódzki Szpital Okulistyczny	376	175
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	1010	127
Okręgowy Szpital Kolejowy w Krakowie SPZOZ	24	103
Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	21	8
NZOZ „SCANMED” Centrum Diagnostyczno Lecznicze Sp. z o.o.	140	5

Oddziały rehabilitacyjne		
Krakowski Szpital Reumatologii i Rehabilitacji w Krakowie	372	330
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	17	73
Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Krakowie	85	12
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ w Krakowie	1	1

koniec roku (dane w tabeli odzwierciedlają średni czas oczekiwania na koniec października 2004). Po podpisaniu nowych kontraktów szpitale mogą wznowić wykonywanie zawieszonych zabiegów planowych, powodując

skrócenie czasu oczekiwania. Niestety dane nie pokazują, jaki jest faktyczny czas oczekiwania na wykonanie konkretnej procedury w ramach poszczególnych specjalności.

Podsumowanie części – dostępność świadczeń

Czas oczekiwania na usługi medyczne jest uwarunkowany liczbą zakontraktowanych przez NFZ świadczeń. Problem niedostatecznego poziomu kontraktowania świadczeń szczególnie wyraźny staje się pod koniec każdego roku.

Dostępność świadczeń w I półroczu 2004 roku była zdecydowanie gorsza niż w roku 2001 i 2002 – przeciętnie co piąta poradnia wyznaczała termin odległy o co najmniej 2 miesiące, a jedynie co trzecia proponowała zgłaszanie się na bieżąco.

Należy zwrócić uwagę, iż w II kwartale 2004 r. najdłuższy okres oczekiwania na poradę występował w poradniach **endokrynologicznych** – około 70% poradni wyznaczało termin odległy o 2 miesiące lub więcej. Najwięcej poradni oferujących bieżące terminy było w przypadku **onkologii i chirurgii**. W ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym najtrudniej dostać się do okulisty, w niektórych poradniach trzeba czekać na wizytę powyżej 3 miesięcy. Równie długie czasy oczekiwania występują w poradniach kardiologicznych.

Najdłuższe kolejki pacjentów oczekujących na zabiegi planowe występują w oddziałach **chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistyki oraz kardiochirurgii i kardiologii**. W niektórych szpitalach średni czas oczekiwania wynosi nawet kilkanaście miesięcy.

DZIAŁANIA MIASTA W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

III.1. Działania w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, dla których Miasto na prawach powiatu jest organem założycielskim

Miasto Kraków jest organem założycielskim dla dwóch szpitali. Są to Szpital Miejski Specjalistyczny im. Narutowicza oraz Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego.

Szpital im. Narutowicza w chwili obecnej dysponuje 519 łóżkami na 14 oddziałach. Najwięcej łóżek znajduje się na oddziałach: Chorób Wewnętrznych – 130, Ginekologiczno-Położniczym – 81, Chirurgii Ogólnej – 65, i Kardiologii z Intensywną Terapią – 66. Od kilku lat obserwuje się tendencję, zgodną z prawidłowością demograficzną, największego obłożenia łóżek na oddziałach, gdzie przebywa najwięcej osób starszych: kardiologicznym, wewnętrznym oraz pielęgnacyjnym. Ma to związek ze starzeniem się populacji oraz częstym występowaniem w tej grupie wiekowej chorób układu krążenia i nowotworów. Wysoki wskaźnik obłożenia na tych oddziałach sugeruje konieczność zwiększenia na nich ilości łóżek oraz uwzględnienia tych danych w negocjowaniu kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Najmniejszy wskaźnik wykorzystania łóżek

w 2003 roku wykazywały oddziały: neonatologiczny (53%), ginekologiczno-położniczy (68,8%), intensywnej opieki medycznej (68,8%) i neurologii (70,7%). Największe 100% obłożenie odnotowano na oddziale Otolaryngologii.

Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego posiadał na koniec 2003 roku 694 łóżka na 13 oddziałach (łącznie z SOR-em). Najbardziej obłożone były oddziały Ginekologiczno-Położniczy (92,4%) oraz Neurologiczny (91,7%). Najmniejsza liczba pacjentów przebywała w tym okresie na oddziałach Okulistycznym (obłożenie 44%), Pediatrii (49,2%), Chorób Zakaźnych (51,9%) oraz Urologii (54,7%). Te wskaźniki, podobnie jak w drugim szpitalu miejskim, są wskazówką do zracjonalizowania opieki medycznej na poszczególnych oddziałach szpitalnych, z uwzględnieniem ilości leczonych chorych. Powinno mieć to również odbicie w renegotjacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Obowiązkiem władz miasta jest wyznaczenie strategii działania dla dwóch szpitali miejskich mających na celu ciągłe podnoszenie jakości świadczeń medycznych, a tym samym zwiększanie konkurencyjności placówek. Idą one w wielu kierunkach. Pierwszy z nich ma wymiar materialny, czyli inwestowanie w infrastrukturę szpitala. Temu przede wszystkim mają służyć nakłady inwestycyjne na prace remontowo-budowlane prowadzone od kilku lat oraz zakupy nowoczesnego sprzętu medycznego – wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt diagnostyczny, laboratoryjny oraz inkubatory. Należy również zmodernizować pracownie diagnostyki obrazowej w szpitalach miejskich wraz z wdrożeniem

systemu kontroli jakości pracowni oraz procedur radiologicznych.

Zmniejszenie kosztów funkcjonowania szpitali zamierza się osiągnąć poprzez zbycie zbędnych nieruchomości, a uzyskane w ten sposób środki zostałyby przeznaczone na bardziej racjonalne wykorzystanie pozostałej bazy szpitalnej oraz zakup sprzętu medycznego.

Restrukturyzacja kosztów napotyka na znaczne trudności spowodowane czynnikami zewnętrznymi – wysokością kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Sytuacja prawna wyklucza odmowę udzielenia świadczenia nawet, gdy nie jest objęte finansowaniem z NFZ, lub wykracza poza limity usług zakontraktowanych z płatnikiem. W 2004 roku wchodzi w życie nowe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, a jak one wpłyną na koszty funkcjonowania szpitali będzie wiadomo za kilka miesięcy.

Pomimo obiektywnych przeszkód, na które trafiają dyrektorzy szpitali miejskich, podejmowane są działania, by ustabilizować sytuację finansową placówek. Polegają one z jednej strony na dochodzeniu roszczeń od Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącego zaległych wypłat, a z drugiej strony na bardziej efektywnym wykorzystaniu istniejącej bazy szpitalnej. Chodzi tu przede wszystkim o zracjonalizowanie wykorzystania łóżek na każdym z oddziałów szpitalnych: tzw. wskaźniku obłożenia łóżka.

III.2. Gospodarowanie lokalami użytkowymi i nakłady inwestycyjne

Ocena działań miasta związanych z realizacją zasad gospodarowania lokalami użytkowymi, przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych

Zasady gospodarowania lokalami użytkowymi, będącymi w posiadaniu władz miejskich, w których mieszczą się ośrodki opieki zdrowotnej, są regulowane Zarządzeniem nr 839/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 20 maja 2004 r. Treść zarządzenia uwzględniła uwagi środowisk medycznych oraz podmiotów zaopatrujących ośrodki opieki zdrowotnej w sprzęt medyczny. Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania i zgodnie z jego treścią miały zostać zmienione m.in. warunki umowy najmu.

Regulacje wprowadzone powyższym zarządzeniem dotyczą wszystkich lokali użytkowych przeznaczonych na ośrodki opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy są to lokale w budynkach po samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej czy też w pozostałych nieruchomościach.

Zarządzenie ustala następujące zasady gospodarowania lokalami przeznaczonymi na ośrodki medyczne:

1. Obniża się o 50% stawkę wynajmu lokali położonych w całości lub w części w piwnicach przeznaczonych na magazyny lub archiwa.
2. Obniża się o 25% stawkę najmu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni wspólnych budynku.
3. Stawka miesięczna czynszu w lokalach, w których wykonuje się świadczenia zdrowotne, zostaje ustalona na 3,67 zł netto za 1 m² powierzchni użytkowej. Będzie ona obowiązywała do 1 lutego 2006 r., a następnie będzie poddawana waloryzacji pod warunkiem, że wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok kalendarzowy, poprzedzający rok w którym dokonuje się waloryzacji, wyliczony i ogłoszony przez Główny Urząd Statystyczny, będzie równy lub wyższy niż 2%.
4. Stawka najmu lokalu, w którym są wykonywane świadczenia zdrowotnej, nie objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest waloryzowana corocznie, poczynając od lutego każdego roku o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym dokonuje się waloryzacji, wyliczony i ogłoszony przez Główny Urząd Statystyczny.
5. Umowy najmu lokali mogą być podpisywane z najemcą na czas nieokreślony, z możliwością wypowiedzenia umowy przez właściciela lokalu z zachowaniem trzymiesięcznego wypowiedzenia, lub na czas określony, nie krócej jednak niż na 10 lat.
6. Umowa najmu zawarta na czas określony może ulec rozwiązaniu z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku wygaśnięcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lub jego nieprzedłużenia.
7. Wolne lokale użytkowe będą w pierwszej kolejności wynajmowane z przeznaczeniem na realizację świadczeń zdrowotnych, zgodnie z założeniami wojewódzkiego planu zdrowotnego uchwalanego, co roku przez Sejmik Województwa Małopolskiego.
8. Prezydent Miasta może przeznaczyć lokal, w którym wykonywano świadczenia zdrowotne na inny cel.
9. W przypadku zmian własnościowych i organizacyjnych po stronie najemcy, prowadzących do zmiany podmiotu umowy, zarządca obowiązany jest ogłosić przetarg celowy na najem lokalu. Zarządca może wyrazić zgodę na użytkowanie lokalu przez dotychczasowego najemcę do dnia przejęcia lokalu przez nowy podmiot wyłoniony w drodze przetargu. Dopuszczalne jest zawarcie umowy bez przeprowadzenia przetargu w razie spełnienia następujących warunków:
 - 1) zgłoszenie zarządcy zamiaru dokonania zmian (po stronie dotychczasowego najemcy) własnościowych lub organizacyjnych – co najmniej na 30 dni przed ich dokonaniem,
 - 2) przedłożenie porozumienia zawartego między nowopowstałymi podmiotami, co do dalszego sposobu użytkowania lokalu, przy zachowaniu dotychczasowego rodzaju świadczeń zdrowotnych prowadzonych w lokalu.
10. W przypadku rozwiązania umowy przez najemcę i jednoczesnego przeznaczenia lokalu do wynajęcia w przetargu celowym na dotychczasowy rodzaj działalności, dopuszcza się możliwość

przeznaczenia do przetargu lokalu zajętego, bez konieczności opróżnienia go przez dotychczasowego użytkownika, do czasu rozstrzygnięcia przetargu.

Wielkość nakładów inwestycyjnych na szpitalnictwo w mieście Krakowie

Inwestycje realizowane przez Urząd Miasta mają charakter długofalowy i trwają kilka lat. Kompleksowe prace modernizacyjne prowadzone są w dwóch krakowskich szpitalach miejskich oraz w krakowskim zakładzie opiekuńczo-leczniczym. W przypadku szpitala im. Żeromskiego prace rozpoczęto w 1999 roku, a w dwóch pozostałych placówkach w roku 2000. Zakończenie prac zaplanowano na rok 2006.

Z roku na rok zwiększane są nakłady inwestycyjne w szpitalach miejskich i ZOL. W 2003 roku przeznaczono na ten cel 3 289 000 zł, a w 2004 roku 3 515 000 zł, czyli o 226 000 zł więcej. Największą część tych środków przeznaczają się na zadania inwestycyjne w dwóch krakowskich szpitalach miejskich.

W Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego prowadzone są prace przy modernizacji Bloku Operacyjnego. W 2003 roku przeprowadzony został pierwszy etap prac, polegający na przebudowie trzech sal operacyjnych wspomnianego bloku wraz z salą wybudzeniową oraz wykonanie zewnętrznego dźwigu towarowego. Ponadto w 2003 roku przeprowadzono modernizację Centralnej Sterylizacji, w tym wentylację i klimatyzację, montaż sterylizatora gazowego oraz

dwóch sztuk sterylizatorów parowych. Zakupiono również dwa respiratory z monitorem wielofunkcyjnym i odpowiednim modułem pomiarowym gazów. W 2004 roku kontynuowano prace przy modernizacji Bloku Operacyjnego (drugi etap). Remontowano kolejne trzy sale operacyjne wraz z zapleczem. Prowadzono prace adaptacyjne strychu dla potrzeb socjalno-technicznych w łącznej liczbie dwudziestu dwóch pomieszczeń. W salach operacyjnych założono instalacje: elektryczne, niskoprądowe, gazów medycznych, wodno-kanalizacyjne, centralnego ogrzewania oraz wentylacji mechanicznej i klimatyzacji. Zakupiono również sześć kolumn anestezjologicznych oraz sześć kolumn chirurgicznych. Z otrzymanych, od jednostki samorządu terytorialnego – Miasta Kraków, dotacji planuje się również wymianę dźwigu chirurgicznego.

W drugim, krakowskim szpitalu miejskim im. Narutowicza, prace remontowe dotyczą przede wszystkim adaptacji pomieszczeń dla Izby Przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. W 2003 roku wykonano pierwszy etap prac adaptacyjnych. Na rok 2004 zaplanowano kontynuację w zakresie montażu kilku rodzajów instalacji: gazów medycznych, elektrycznej, klimatyzacyjnej, wodno-kanalizacyjnej oraz centralnego ogrzewania. Prowadzono

również prace nad wymianą stolarki drzwiowej, sufitu podwieszanego oraz wyburzenia ścianek działowych. Pod koniec roku 2004 zaplanowano zakończenie prac nad adaptacją Izby Przyjęć Oddziału Ratunkowego. Podobnie pod koniec roku mają zakończyć się prace nad remontem pomieszczeń przeznaczonych dla Oddziału Urazowego i Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej na III piętrze budynku głównego. Obejmują one wymianę stolarki drzwiowej i okiennej oraz okładzin ściennych i podłogowych, wyburzenia ścianek działowych, wymianę kilku rodzajów instalacji. W 2003 roku, w tymże szpitalu, prowadzono również prace dachowe oraz dostosowywano pomieszczenia szpitalne i ogólnoszpitalne do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych. Zakończył się także remont poradni Ambulatoryjnych.

Na terenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ulicy Wielickiej 267 prace remontowe prowadzone są od 2002 roku i obejmują termomodernizację przewiązek. W roku 2003 zakończono drugi etap prac. W roku 2004 przyznano tej placówce sześć razy więcej funduszy niż w ubiegłym, celem kontynuacji termomodernizacji przewiązek, w tym docieplenia ścian zewnętrznych i podłóg, wymiany instalacji centralnego ogrzewania oraz posadzek.

Nakłady inwestycyjne w lecznictwie zamkniętym w latach 2003-2004

Placówka	2003	2004
Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego	1 812 500	1 500 000
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza	1 672 500	1 500 000
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267	44 000	270 000
Inne cele	-	245 000
Ogółem	3 289 000 zł	3 515 000 zł

Zrealizowane cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

- Stworzenie warunków dla normalizacji sytuacji ekonomicznej szpitali – zbilansowania kosztów i przychodów poprzez:
 - przeprowadzenie (częściowe, gdyż prace jeszcze trwają) „termomodernizacji budynków szpitalnych”,
 - zakupy sprzętu medycznego dla oddziału geriatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (sprzęt rehabilitacyjny, RTG) oraz odnowienie medycznej bazy aparaturowo-sprzętowej Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Narutowicza w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory) i Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory)
- Utrzymanie dodatniego wyniku finansowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie.

Niezrealizowane cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

- Modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej w szpitalach miejskich, w powiązaniu z wdrożeniem systemu kontroli jakości pracowni i procedur radiologicznych (zgodnie z opinią Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie radiologii)

Zgodnie z art. 44 ust.1 w związku z art. 46 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.) przedstawione w planach inwestycyjnych szpitali miejskich zadanie pn. modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej zostało uznane przez dyrektorów wyżej wymienionych jednostek za przeznaczone do realizacji w ramach środków finansowych pochodzących z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej – Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego na lata 2004 – 2006.

III.3. Działania pro jakościowe w szpitalach miejskich

(Na przykładzie Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie)

Szpital miejski stara się aktywnie działać na polu podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych. Są to działania konieczne, by być konkurencyjnym na rynku usług medycznych, co powinno mieć bezpośrednie przełożenie na lepsze wyniki finansowe szpitala.

Działania pro jakościowe w Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego prowadzone są dwutorowo. Po pierwsze, stale monitorowane są opinie pacjentów na temat szpitala. Realizacją badań satysfakcji pacjentów zajmuje się niezbyt liczny 2-osobowy Dział ds. Jakości. Do tej pory przeprowadzono następujące badania satysfakcji:

- ankieta w oddziałach szpitalnych. Stworzono cztery rodzaje ankiet przeznaczonych dla pacjentów ogólnych, pacjentów na oddziałach zabiegowych, opiekunów na oddziałach dziecięcych, pacjentek oddziału położniczego;
- ankieta dla pacjentek oddziału położniczego przeprowadzona w ramach akcji ogólnopolskiej „Rodzić po ludzku”;
- ankieta pocztowa dla pacjentów korzystających z pomocy Oddziału Pomocy Doraźnej i Szpitalnego

- Oddziału Ratunkowego;
- ankieta dla pacjentów poradni przyszpitalnych;
- ankieta dotycząca karmienia piersią „Szpital przyjazny dziecku”;
- ankieta wśród społeczności lokalnej na temat opinii o szpitalu;
- ankieta pocztowa dotycząca przyjęć i wypisów ze szpitala.

Oprócz Działu ds. Jakości, zajmującego się zbieraniem opinii pacjentów, w szpitalu funkcjonuje jeszcze pięć innych zespołów, których celem jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych. Są to:

- Zespół ds. Wartościowania Jakości Świadczeń Medycznych,
- Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych,
- Szpitalny Komitet Promocji Zdrowia,
- Komisja ds. Antybiotykoterapii,
- Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn.

Zespół ds. Wartościowania Jakości Świadczeń Medycznych zajmuje się projektowaniem działań na rzecz podnoszenia jakości usług szpitalnych i przedstawiania dyrekcji szpitala nowych rozwiązań, które sprawią, że poziom leczenia w szpitalu będzie się podnosił. Zespół stale monitoruje jakość świadczeń poprzez analizę wyników satysfakcji pacjentów i wdrażanie rozwiązań korzystnych z punktu widzenia świadczeniobiorców. Pracownicy tego zespołu przygotowują od podstaw badania satysfakcji, a potem analizują ich wyniki, dublując w ten sposób kompetencje Działu ds. Jakości. Jest to sztuczne podzielenie odpowiedzialności na dwa zespoły, tym bardziej nienaturalne, że Dział ds. Jakości liczy tylko dwie osoby. Należałoby więc połączyć te dwa zespoły (Dział ds. Jakości i Zespół ds. Wartościowania Jakości Świadczeń

Medycznych) w jeden, z jasno określonymi kompetencjami.

Od marca 2002 roku w szpitalu działa Rzecznik Praw Pacjenta. Jego kompetencje obejmują monitorowanie opinii pacjentów wyrażanych w postaci skarg i wniosków, rozpatrywanie tych skarg oraz podejmowanie interwencji w przypadkach, gdy są one zasadne. Rzecznik Praw Pacjenta jest obowiązany również współpracować z innymi osobami, pełniącymi analogiczne funkcje w ramach struktur lokalnych i ogólnopolskich.

Inną płaszczyzną działania na rzecz podnoszenia jakości świadczeń, oprócz monitorowania opinii pacjentów, jest stałe podnoszenie kwalifikacji personelu. Służą temu szkolenia, których harmonogram opracowuje Zespół ds. Wartościowania Jakości Świadczeń Medycznych, a realizuje między innymi Dział ds. Jakości. Personel pielęgniarski został objęty programem szkoleń z zakresu jakości opieki pielęgniarskiej oraz relacji pielęgniarka – pacjent. W 2002 roku Rzecznik Praw Pacjenta przygotował cykl szkoleń dla personelu medycznego z zakresu praw, które przysługują pacjentom w szpitalu. Dyrekcja czyni starania, by pacjenci również wiedzieli o swoich prerogatywach. Na każdym oddziale została wywieszona Karta Praw Pacjenta oraz informacja o możliwości zgłaszania skarg i zażaleń. Uwagi, zarówno negatywne jak i pozytywne, zawrzeć również można w kwestionariuszu ankiety.

Wyrazem dbałości dyrekcji szpitala o wizerunek placówki jest uczestnictwo w ogólnopolskich akcjach promujących działania ukierunkowane na zapewnienie pacjentom najlepszej możliwie opieki. Dotyczyły one głównie opieki nad kobietą na od-

dziale położniczym i udział w akcjach, zainicjowanych przez redakcję Gazety Wyborczej „Rodzic po ludzku” oraz „Szpital Przyjazny Dziecku”.

Certyfikaty posiadane przez Szpital im. Żeromskiego świadczą, że działania podejmowane przez dyrekcję placówki są doceniane w środowisku lekarskim. Szpital posiada dyplom uczestnictwa w Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a także jego odpowiednik WHO – Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie oraz WHO/UNICEF – Szpital Przyjazny Dziecku.

III.4. Ratownictwo medyczne

System Państwowego Ratownictwa Medycznego funkcjonuje na podstawie dwóch ustaw: ustawy z dnia 25 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz uchwalonej rok później ustawy z dnia 6 grudnia 2002 roku o świadczeniu usług ratownictwa medycznego. Działając zgodnie z rządowymi rozporządzeniami, szczególnie z uchwałą Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2002 roku w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, miasto Kraków przygotowuje każdego roku „Plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych”. Priorytetowymi zadaniami w zakresie ratownictwa medycznego niezmiennie pozostaje skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala w związku z nagłymi wypadkami wymagającymi natychmiastowej pomocy lekarskiej, a tym samym zmniejszenia ilości zgonów okołourazowych i związanych ze zbyt długim oczekiwaniem na przyjęcie do szpitala.

W dwóch krakowskich szpitalach dla których organem prowadzącym jest Miasto – Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego oraz Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Narutowicza – zostały utworzone oddziały ratunkowe. Posiadają wykwalifikowaną kadrę lekarską i odpowiedni sprzęt medyczny.

Poza szpitalami miejskimi oddziały ratunkowe utworzono w pięciu innych krakowskich szpitalach: Szpitalu Uniwersyteckim, Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera, Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką oraz Dziecięcym Szpitalu Uniwersyteckim. Każdy z tych oddziałów obejmuje swym zasięgiem część obszaru Krakowa oraz okolicznych miejscowości.

W lipcu 2003 roku Miasto Kraków podpisało porozumienie z Krakowskim Pogotowiem Ratunkowym w kwestii utworzenia i prowadzenia Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa (CPR), będącym realizacją ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o państwowym ratownictwie medycznym. Celem utworzenia Centrum była poprawa koordynacji działań ratowniczych w mieście, zapewniająca szybką i skuteczną pomoc w razie nagłych wypadków. Niezbędne stało się opracowanie odpowiednich procedur zapewniających możliwie jak najkrótszy czas od momentu przyjęcia zgłoszenia do przetransportowania chorego do szpitala, umożliwiających swobodne przemieszczanie się w oparciu o sieć dróg oraz powszechną i bezpłatną łączność z dowolnego miejsca w województwie do właściwego centrum dyspozycyjnego. W oparciu o program CPR należało również stworzyć system certyfikacji zespołów ratowniczych. Taki certyfikat powinien uprawniać do wykonywania zawodu, a wydawany winien być przez konsultanta wojewódzkiego w zakresie ratownictwa. Każdy Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) powinien również uzyskać akredytację gwarantującą najwyższą jakość usług.

Kolejnym zadaniem stojącym przed systemem ratownictwa medycznego jest ujednoczenie kształcenia przyszłych lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie. Wiele instytucji zajmuje się prowadzeniem kursów i szkoleń w tym zakresie, a ich programy nauczania znacznie się od siebie różnią, dlatego też właściwa wydaje się pewna standaryzacja nauczanego przedmiotu.

Niestety te ambitne zamierzenia zostały poważnie utrudnione, a nawet uniemożliwione, przez niedopatrzenie legislacyjne w Ministerstwie Zdrowia. 1 października 2004 r. weszła w życie ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Artykuł 219 tejże ustawy zawiesił przepisy prawne z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w tym paragrafy nakładające na Prezydenta Miasta Krakowa obowiązek administrowania systemem ratownictwa medycznego. Zawieszenie ustawy o ratownictwie medycznym ma swoje bezpośrednie przełożenie na modyfikację celów określonych w programie „Zdrowy Kraków 2004-2006”. W ramach obowiązujących przepisów prawa Prezydent Miasta Krakowa nie ma bowiem wystarczających kompetencji w zakresie zarządzania systemem ratownictwa medycznego. Nie ma możliwości wpływania na politykę kadrową Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (za to odpowiedzialny jest kierownik placówki), nie udzielono mu pełnomocnictw do wprowadzenia wymagalności certyfikatów do ratownictwa medycznego. Również postulat, by wszystkie jednostki prowadzące działalność ratowniczą posiadały certyfikat akredytacji, świadczący

o ich profesjonalizmie, pozostaje jedynie na papierze, gdyż akredytacja jest dobrowolna i tylko dyrekcja zakładu opieki zdrowotnej może podjąć decyzję o przystąpieniu do procedury uzyskania certyfikatu jakości.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego pozostaje natomiast w strukturze Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, a za jego działalność odpowiada samorząd województwa. Prezydent Miasta nie ma żadnych kompetencji, by w jakikolwiek sposób wpływać na ich pracę. Zawieszenie ustawy o Ratownictwie Medycznym praktycznie uniemożliwiło Prezydentowi Miasta Krakowa koordynowanie i zarządzanie na obszarze Miasta systemem ratownictwa medycznego. W świetle obowiązujących od 2001 r. części przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wszelkie kompetencje w zakresie planowania i wyznaczania zadań oraz koordynowanie działań jednostek systemu ratownictwa medycznego pozostawiono w wyłącznej kompetencji Wojewody Małopolskiego.

Zrealizowane operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

- Rozszerzenie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie miasta Krakowa. (Szpital im. L. Rydygiera, Szpital im. G. Narutowicza, Szpital MSWiA, Kliniczny Szpital Wojskowy)

Niezrealizowane cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

- Uzyskanie akredytacji przez poszczególne SOR-y do prowadzenia specjalizacji z medycyny ratunkowej (zapewnienie możliwie najwyższego profesjonalizmu zespołów lekarskich SOR)
- Doprowadzenie do pełnej kontroli nad nauczaniem ratownictwa. Wymaganie stosownych certyfikatów, wydawanych przez konsultanta wojewódzkiego w oparciu o wytyczne nadzoru krajowego. Modyfikacja programów nauczania ratownictwa w szkołach średnich
- Stworzenie warunków dla zatrudnienia 30 studentów CM UJ, którzy w 2004 roku uzyskają stopień licencjata w zawodzie ratownika medycznego

Cele te nie zostały zrealizowane wskutek obiektywnych przeszkód, które wynikają z przesunięcia na dzień 1 stycznia 2006 r. wejścia w życie przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które umożliwiają realizację powyższych zadań przez starostów (Prezydenta Miasta Krakowa).

III.5. Opieka długoterminowa¹

W Krakowie działają dwa szpitale miejskie: Szpital Miejski Specjalistyczny im. Narutowicza oraz Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego. Miasto jest również organem założycielskim dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego znajdującego się przy ul. Wielickiej 267. Za pośrednictwem tych trzech placówek miasto może kształtować politykę zdrowotną w obszarze opieki długoterminowej. Konieczne jest prowadzenie własnej polityki skierowanej na zaspokojenie potrzeb osób starszych poprzez własne placówki, a w szerszym zakresie koordynacja działań z samorządem terytorialnym, by pomoc była dostępna dla wszystkich potrzebujących.

Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego, pomimo, że istnieje taka potrzeba, nie stworzył dotychczas oddziału opieki długoterminowej. Jedynym szpitalem miejskim, który dysponuje takim oddziałem jest Szpital Miejski im. Narutowicza. Oddział Pielęgnacyjny liczy tylko siedemnaście miejsc, co biorąc pod uwagę wskaźnik obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach, wskazuje na konieczność powiększenia liczby łóżek. W roku 2001 i 2002 wskaźnik obłożenia łóżek na oddziale pielęgnacyjnym był jednym z najwyższych. Taki wysoki procent wykorzystania bazy lokalowej wskazuje na konieczność istotnego przyrostu liczby łóżek, co

jest zgodne z obecnymi trendami demograficznymi (starzenie się populacji) oraz badaniami epidemiologicznymi (częstsze współwystępowanie wielu schorzeń w tym przewlekłych u osób starszych).

Także w Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego należy utworzyć oddział opieki długoterminowej. Jeden szpital miejski, patrząc na wykorzystanie łóżek na oddziale pielęgnacyjnym, nie zaspokaja rosnących potrzeb populacji. Prognozy demograficzne wskazują, że sytuacja z roku na rok będzie się stawała coraz poważniejsza i tylko zdecydowane działania na rzecz rozszerzenia długoterminowej opieki szpitalnej pomogą rozwiązać narastające problemy. Trudności związane z bieżącą kondycją finansową szpitali mają swoje przełożenie na zmniejszone inwestycje w bazę lokalową, pomimo obserwowanych trendów demograficzno-społecznych.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy przy ulicy Wielickiej dysponuje 338 miejscami, co stanowi ponad połowę wszystkich miejsc we wszystkich krakowskich ZOL-ach (559 łóżek ogółem). W Krakowie istnieje siedem placówek opiekuńczo-leczniczych świadczących usługi dla osób w podeszłym wieku. W porównaniu do 2002 roku liczba placówek niepublicznych zwiększyła się o dwa ośrodki, a liczba miejsc o 97. W tym samym czasie liczba oczekujących wzrosła o 75 osób. Można, więc stwierdzić, że liczba miejsc w placówkach rośnie szybciej niż liczba oczekujących, a czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu znacznie się skróci. Obecnie czas oczekiwania w miejskim ZOL-u wynosi około 2 – 4 tygodni, co w porównaniu z innymi krakowskimi ZOL-ami jest czasem znacznie krótszym. Dzieje się tak za-

pewne dlatego, że ZOL na ulicy Wielickiej dysponuje wystarczającą bazą łóżkową.

Oprócz stacjonarnej opieki medycznej obejmującej jedynie czasową pomoc, niektóre osoby z racji wieku, choroby przewlekłej lub innej przyczyny mogą ubiegać się o przyjęcie do domów pomocy społecznej. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej (DZ.U. nr 82, poz. 929 z 2000 r.) ustalającym tryb i zasady przyjmowania do domów pomocy społecznej, jednostki samorządu terytorialnego są zobligowane do zapewnienia całodobowej opieki pielęgnacyjnej oraz zaspokojenie potrzeb życiowych osobom samotnym lub takim, którym z różnych przyczyn rodzina nie może zapewnić pomocy.

Według danych z sierpnia 2003 r., w Krakowie działa siedemnaście domów opieki społecznej (DPS-ów). Nie są one przeznaczone tylko dla osób w podeszłym wieku, ale również dla innych przewlekle chorych. Długi czas oczekiwania na przyjęcie do DPS-ów oscylujący od roku do kilku lat świadczy o tym, że zapotrzebowanie na tego typu usługi jest duże. Stanowi również wskazówkę, że pomimo tak dużej ilości miejsc w krakowskich domach pomocy społecznej (2175 według stanu na sierpień 2003 roku) należy podjąć działania, by podwoić liczbę miejsc w zakresie opieki długoterminowej.

Cele strategiczne Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005 przyjętego przez Sejmik Województwa Małopolskiego nie uwzględniają potrzeby zwiększenia ilości łóżek opieki długoterminowej, pomimo tego, że stwierdza się wyraźnie, że społeczeństwo Małopolski jest relatywnie stare. Taka struktura demogra-

ficzna ludności występuje m.in. na obszarze powiatów: Miasta Krakowa oraz powiatu krakowskiego. Tendencja starzenia się społeczeństwa nie stanowi odzwierciedlenia w celach operacyjnych Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia. Jest w nim jedynie mowa o konieczności zwiększenia liczby łóżek opieki długoterminowej z obecnych 9,5 na 10 tysięcy mieszkańców do 12 na 10 tysięcy mieszkańców. W tym względzie Miejski Program Ochrony Zdrowia zdaje się dostrzegać problem o wiele wyraźniej. Powodem może być fakt, że miejski program powstał roku 2003, dysponował, więc nowszymi danymi, w oparciu, o które sformułowano jego cele. Tymczasem wojewódzki program został przyjęty w roku 2001 i obejmuje okres 2001-2005 i realizowany jest w cyklu pięcioletnim.

Miejski Program Ochrony Zdrowia stawia sobie za cel zwiększenie ilości łóżek opieki geriatrycznej w mieście, docelowo utworzenie szpitala geriatryczno-rehabilitacyjnego z uwzględnieniem profilu psychiatrycznego, liczącego maksymalnie 150 łóżek. Akcentuje również konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego pracującego z osobami starszymi oraz poszerzania oferty programowej dla mieszkańców w podeszłym wieku w celu podtrzymywania kontaktów z otoczeniem i zapobieżenia poczuciu izolacji.

1) Użytkownicy opieki długoterminowej: osoby wieku podeszłego; osoby niepełnosprawne (fizycznie/psychicznie); chorzy psychicznie; przewlekle chorzy.

III.6. Medycyna szkolna

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje jej integralna część, której zakres obejmuje opiekę medyczną w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych. Opiekę te sprawują podmioty, które wyłoniono w drodze konkursu na świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny szkolnej. W roku 2003 Małopolski Oddział NFZ podpisał stosowne umowy z 43 podmiotami w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, włącznie ze szczepieniami ochronnymi.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku, w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umów o udzielanie świadczeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej nad uczniami, jest zobowiązany przedstawić wojewodzie dane zawierające: nazwę i adres świadczeniodawcy, miejsce udzielania profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oraz liczbę uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę. W przypadku, gdy liczba uczniów korzystających ze świadczeń ulega zmianie na skutek przypadków losowych np. przeniesienia ucznia do innej szkoły, dokumentacja medyczna tego ucznia jest przekazywana rodzicom lub opiekunom prawnym, którzy są zobligowani do dostarczenia

jej placówce oświatowej, do której przeniesiono ucznia.

Medycyna szkolna obejmuje trzy rodzaje świadczeń: świadczenia udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki (higienistki) oraz lekarza stomatologa.

Do zadań lekarza POZ należy:

- wykonywanie powszechnych lekarskich badań profilaktycznych oraz ocena stanu zdrowia i określanie potrzeb w zakresie działań naprawczych;
- nadzorowanie i kwalifikacja do szczepień ochronnych zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień;
- orzecznictwo związane ze stanem zdrowia i realizacją nauki w szkole dla potrzeb ucznia i szkoły obejmujące m.in. ocenę dojrzałości szkolnej, orzecznictwo o przydatności do ćwiczeń WF, gimnastyki korekcyjnej oraz sportu szkolnego, orzecznictwo dotyczące kształcenia i nauki zawodu. Obowiązki pielęgniarki (higienistki) w środowisku szkolnym obejmują:

- wykonywanie testów przesiewowych, ich interpretację, kierowanie postępowaniem poprzęsiewowym i egzekwowanie jego wyników;
- organizowanie i udział w powszechnych profilaktycznych badaniach lekarskich – zbieranie i analiza wyników;
- organizacja i wykonywanie szczepień ochronnych;
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji i sprawozdawczości;
- wypełnianie kart na kolonie i obozy;
- udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach;
- współpraca z personelem placówki nauczania i wychowania, rodzicami

uczniów, TSSE, samorządem lokalnym i innymi organizacjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży;

- realizacja zadań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – promowanie zachowań prozdrowotnych, zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- zapewnienie całokształtu opieki profilaktycznej i opiekuńczej uczniom placówek opiekuńczo-wychowawczych, realizacja stałych zleceń lekarskich.

Lekarz stomatolog jest zobowiązany do:

- prowadzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej;
- profilaktycznych badań stomatologicznych;
- profilaktyki próchnicy zębów;
- profilaktycznych badań ortodontycznych;
- kwalifikowania do szczególnej opieki stomatologicznej.

Z dniem 1 stycznia 2005 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, które zastąpiło poprzednią regulację z dnia z 25 czerwca 2003 roku. W porównaniu z poprzednimi przepisami wprowadza on obowiązek sprawowania opieki nad uczniami do czasu zakończenia nauki w szkole ponadgimnazjalnej czyli do 19 roku życia, a nie jak było poprzednio do ukończenia 18 roku. Umożliwia on także sprawowanie opieki zdrowotnej w gabinetach profilaktyki zdrowotnej oraz gabinetach przedlekarskich. Wprowadza również jednolitą dokumentację medyczną ucznia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 roku

w sprawie zasad i warunków, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej od 1 września 2002 roku, określa maksymalny limit uczniów przypadający na jedną pielęgniarkę lub higienistkę, wynosi on 1000 uczniów, natomiast na jednego lekarza POZ 3000 uczniów. Czas pracy pielęgniarki oraz lekarza ustala świadczeniodawca (dyrektor szkoły jako bezpośredni organ nadzorujący), a zależny jest on od rodzaju placówki oświatowej oraz liczby uczniów. Każda zmiana harmonogramu pracy pielęgniarki szkolnej musi być dostarczona do właściwego oddziału NFZ.

W celu oceny realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia, dotyczącego zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, przeprowadzono badania ankietowe w szkołach, dla których organem założycielskim jest Gmina Kraków. Na 212 placówek oświatowych odpowiedzi udzieliły 203 szkoły, co stanowi 96% ogółu. Wszystkie ankietowane szkoły przyznały, że zostały objęte opieką lekarską, a 202 pielęgniarską. O wiele gorzej wygląda sytuacja z funkcjonowaniem w placówkach oświatowych gabinetów stomatologicznych. Jedynie 38% ankietowanych szkół posiada na swoim terenie gabinet stomatologiczny (uruchomienie gabinetu dentystrycznego w placówce oświatowej jest działaniem fakultatywnym i nie wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r.), natomiast opieką dentystryczną w ramach kontraktu z NFZ objętych jest nieco więcej, bo 44% szkół. Pomimo tego należy podjąć starania, by programem profilaktycznym przeciwdziałania próchnicy poprzez regularne kontrole stanu uzę-

bienia objąć wszystkie placówki. Tym bardziej konieczne jest uzupełnienie bazy stomatologicznej, gdyż próchnica jest najczęstszą chorobą wśród dzieci i młodzieży. Z badań wynika, że około 93% populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest dotkniętych tym schorzeniem. Nie tylko konieczna jest regularna opieka stomatologiczna, ale i program profilaktyczny, który skutecznie rozpowszechnia wiedzę o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej, Tymczasem program zapobiegania próchnicy wśród dzieci i młodzieży jest zawężony do uczniów początkowych klas szkoły podstawowej, a wśród starszych dzieci podejmowane działania są niepełne. Potrzebna jest tu nie tylko opieka zdrowotna, ale przede wszystkim działalność edukacyjna. Największą dostępność usług dentystrycznych można osiągnąć uruchamiając gabinety stomatologiczne w każdej placówce.

Jednym z ważniejszych celów medycyny szkolnej, oprócz objęcia podstawową opieką medyczną całej populacji uczącej się młodzieży i dzieci w szkołach podstawowych, gimnazjach oraz szkołach średnich, jest monitorowanie stopnia zaszczepienia populacji Krakowa. Rodzaj szczepień określa kalendarz ministerialny. Obejmują one szczepienia przeciwko polio (11 rok życia), gruźlicy (12 rok życia), różyczce (13 rok życia), WZW typu B, błonicy i tężcowi (14-19 rok życia). Porównując dane z roku 2002 oraz wcześniejszych można stwierdzić, że stan uodpornienia dzieci i młodzieży poprawił się. Jedynym wyjątkiem są szczepienia przeciw WZW typu B, gdzie ilość szczepień się zmniejszyła. Należy jednak utrzymać możliwość szczepienia dzieci i młodzieży szkol-

nej w placówkach oświatowo-wychowawczych, gdyż jest to najłatwiejszy i najbardziej dostępny sposób uodporniania ich przed chorobami. Tym bardziej, że chociaż z roku na rok rośnie odsetek szczepionych uczniów, to i tak wskaźnik zaszczepienia w Krakowie jest niższy niż średnia w województwie małopolskim.

Polityka uświadamiania młodzieży o pożądanych z medycznego punktu widzenia postawach jest realizowana za pomocą prowadzonych programów profilaktycznych. Jednym z nich jest ogólnopolski „Profilaktyczny program zdrowotnego zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka choroby”.

Gmina Miejska Kraków realizuje również w środowisku szkolnym „Program profilaktyki wad postawy”. Jest on niezbędny, gdyż badania pokazują, że właśnie w szkole dzieci nabawiają się wad postawy wskutek niewłaściwego ułożenia ciała podczas siedzenia w szkolnych ławkach. Brak reakcji na wadliwą postawę dziecka powoduje utrwalenie tego zachowania, a z czasem jej skorygowanie jest trudniejsze, gdyż dziecko nabiera złych nawyków. Podejmowane odpowiednio wcześnie działania profilaktyczne mobilizują ucznia do pracy nad sobą i podjęcia wysiłku skorygowania niewłaściwych zachowań. Pozwalają również uniknąć w przyszłości leczenia skoliozy i innych skrzywień kręgosłupa.

**Zrealizowane
cele operacyjne
(krótkoterminowe
na rok 2004):**

- Poprawa infrastruktury lokalowo-sprzętowej w placówkach oświatowych pod względem wyposażenia i posiadania gabinetów medycyny szkolnej
- Kontynuacja programów profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży.
- Kompleksowość działań profilaktycznych

Zgodnie z sugestiami zgłaszanymi przez środowiska medyczne z zakresu medycyny rodzinnej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży (między innymi Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży), a także przedstawicieli Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego (skupiającego 60% pediatrów z obszaru Miasta Krakowa) te standardy powinny być wypracowane według kryteriów odpowiadających badaniom naukowym. W związku z tym Miasto Kraków ogłosiło w ramach tzw. „małej profilaktyki” na lata 2005-2006 konkurs na realizację programów profilaktyki zdrowotnej adresowanych do uczniów szkół specjalnych.

III.7. Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna to integralny czynnik każdej polityki zdrowotnej. Poprawa świadomości zdrowotnej ludności wiąże się bezpośrednio z monitorowaniem stanu swojego zdrowia i przekazywaniem informacji lekarzowi. Sami powinniśmy inspirować działania prozdrowotne, wyrażać troskę i zainteresowanie własnym zdrowiem, a nie być tylko biernym odbiorcą odgórnie określonych celów.

Nowocześnie rozumiana edukacja zdrowotna koncentruje się przede wszystkim na człowieku i środowisku, w którym żyje, a nie wyłącznie na określonej jednostce chorobowej. Działania edukacyjne winny być zróżnicowane w zależności od grupy społecznej, na którą są ukierunkowane. Wskazane jest, by użytkownicy opieki długoterminowej, będący największymi odbiorcami świadczeń zdrowotnych, uzyskiwali edukację w kierunku podnoszenia swojej jakości życia chociażby dlatego, że u wielu z nich występują choroby przewlekłe czy schorzenia współistniejące. Dlatego ważne jest, by nie ograniczać informacji do tematu zapobiegania tym chorobom, ale informować jak prowadzić zdrowy tryb życia podnoszący jakość życia pomimo chorób współistniejących. Aktywność fizyczna i umysłowa, rezygnacja z nałogów minimalizują ryzyko wystąpienia ewentualnych istotnych powikłań, wiążących się z pobytem

chorego w szpitalu, a tym samym podnoszącym koszty leczenia.

Zupełnie inna strategia dotyczy dzieci i młodzieży. Ze względu na wiek oraz mniejsze doświadczenie życiowe młodzi nie przywiązują wagi do prowadzonego trybu życia, który często warunkuje ryzyko wystąpienia poważnych chorób w przyszłości. Perspektywa przyszłych problemów zdrowotnych wydaje się zbyt odległa w kontekście propagowanego w mediach modelu konsumpcyjnego i hedonistycznego trybu życia.

Trudna finansowa sytuacja ośrodków, które w założeniu powinny wspierać aktywność fizyczną skutkuje upowszechnianiem modelu biernego, „siedzącego” trybu życia spowodowanego brakiem ruchu i aktywności fizycznej. Kraków ma wciąż zbyt mało ogólnie dostępnych ośrodków sportowych dla młodzieży, a w większości tych, które funkcjonują, koszty użytkowania są zbyt wygórowane. Efektem takiej polityki kultury fizycznej jest określony styl życia młodzieży, cechujący się rosnącą tendencją do uzależnienia, złymi nawykami żywieniowymi, niewłaściwym spędzaniem czasu przeznaczonego na rekreację. Tymczasem nawet niewielka aktywność fizyczna, niekoniecznie wiążąca się z wyczynowym uprawianiem sportu, pozwala ograniczyć ryzyko wystąpienia w przyszłości poważnych chorób układu krążenia.

Efektywne działania edukacyjne ukierunkowane na młodzież i dzieci muszą zakładać regularność i cykliczność oraz posiadać interdyscyplinarny charakter. Działania takie zapoczątkowuje się w szkołach podstawowych, by kontynuować je na wyższych szczeblach edukacji szkolnej i pozaszkolnej.

Program poprawy stanu zdrowia mieszkańców miasta „Zdrowy Kraków 2004-2006” oparty jest na takich właśnie zasadach. Większość strategicznych celów to oferta programowa skierowana głównie do dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki antynikotynowej i antyalkoholowej. Działania te powinny być prowadzone na wszystkich szczeblach aktywności społecznej młodzieży, poczynając od rodziny i szkoły, a kończąc na środkach masowego przekazu. Dostosowane do środowiska, w którym żyje młodzież, przekazywane ich językiem i za pomocą symboli, którymi młodzież się posługuje.

Oferta edukacyjna winna być również nakierowana na personel medyczny, którego zadaniem jest przekazywanie informacji prozdrowotnych. Przyczyną częstego rozdźwięku pomiędzy adresatem i nadawcą informacji są problemy komunikacyjne i stosowanie niezrozumiałej przez pacjenta terminologii medycznej. Fakt przekazania informacji nie zawsze jest jednoznaczny z jej zrozumieniem. Dlatego istotne jest by personel medyczny posługiwał się językiem dostosowanym do wieku, wykształcenia oraz kompetencji językowych pacjenta.

W ramach programu „Zdrowy Kraków 2004-2006” zorganizowano szereg imprez o charakterze edukacyjnym. Były one przeznaczone głównie dla dzieci i młodzieży i nakierowane na przeciwdziałanie uzależnieniom. Programy były finansowane przez Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jednym z nich był program „Młody Las”. Bezpłatne zajęcia odbywały się w godzinach popołudniowych i miały charakter lekcji sportowo-rekreacyj-

nych. Dzieci uczestniczyły w nich od poniedziałku do soboty, w wymiarze czterech godzin dziennie. Ze względu na duże walory wychowawcze główny nacisk położono na organizację zajęć o charakterze sportowo-rekreacyjnym, który promuje zdrowy, aktywny tryb życia, jest skutecznym sposobem na przeciwdziałanie patologiom wśród dzieci i młodzieży. Różnorodny charakter zajęć pod okiem wykwalifikowanej kadry skutecznie, zdaniem autorów programu, zniechęca do zachowań negatywnych, wynoszonych często z domu. Program, skierowany do dzieci i młodzieży z rodzin patologicznych, był realizowany głównie w dzielnicach najbardziej narażonych na zjawisko alkoholizmu; głównym celem była propozycja alternatywnych zachowań wobec negatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Prócz zajęć sportowych odbywały się pogadanki edukacyjne na temat szkodliwości alkoholizmu i nikotynizmu promujące życie bez nałogów i akcentujące rolę sportowych wzorców i autorytetów.

Gminy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach swoich zadań statutowych dofinansowywał w roku 2004 programy autorskie realizowane przez krakowskie placówki oświatowe – Samorządowe Przedszkole Nr 46 (świetlica socjoterapeutyczna), Zespół Szkół Specjalnych Nr 14 (konkurs plastyczny „Szczęśliwy świat bez uzależnień”).

Oprócz zajęć pozalekcyjnych, z funduszy miejskich sfinansowano częściowo obozy śródroczne oraz wakacyjny wypoczynek dzieci i młodzieży (akcja „Zima – Lato”). Ci, którzy czas wypoczynku spędzili w Krakowie, mogli bezpłatnie skorzystać z bogatej oferty

krakowskich domów kultury, a także z ofert innych placówek kulturalnych, jak kina, muzea czy teatry. Młodzież mogła również skorzystać z jednodniowych wyjazdów poza Kraków. W ten sposób sport i rekreację łączyło z turystyką i poznawaniem walorów krajoznawczych okolic Krakowa.

Charakter wyjazdowy miały również obozy naukowe organizowane głównie w terenie podkrakowskim. Realizowano tam program opracowany przez dyrekcje szkół, uwzględniający również prozdrowotną edukację uczniów połączoną z czynnym wypoczynkiem.

Szeroki zakres miał Miejski Program Przeciwdziałania Przemępczości Młodzieży (MPPPM), którego koordynatorem został ksiądz Andrzej Augustyński. Składał się on z kilku etapów. Najważniejsza była identyfikacja skali zagrożenia. Służyły temu badania socjologiczne. W pierwszej fazie projektu (2003 rok) przeprowadzono kilka badań określających potrzeby i specyfikę środowiska o największym ryzyku zagrożeń. Na zlecenie Urzędu Miasta najbardziej kompleksowe badania przeprowadziło Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Raport z badań na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Krakowie oraz sporządzenie bazy danych zasobów miasta z zakresu profilaktyki, leczenia i terapii uzależnień obejmowały nie tylko badania ankietowe przeprowadzane wśród reprezentatywnej grupy mieszkańców Krakowa z każdej grupy wiekowej (dzieci, młodzież i dorośli), ale również świetlic i ośrodków terapeutycznych, działających na terenie miasta. Celem drugiej części projektu było uzyskanie informacji o efektywności działania tych placówek, źródeł

finansowania, oferty programowej oraz zakresu dostępnej pomocy terapeutycznej oraz psychologicznej. Ten projekt pochłonął największą część środków przeznaczonych na realizację programu w 2003 roku – 100 000 zł. Faza rozpowszechnienia wyników badań ankietowych wśród uczestników konferencji „Forum Nowa Huta”, w której brali udział pedagodzy szkolni, liderzy społeczni i przedstawiciele Rad Dzielnic, kosztowała dalsze 15 880 zł.

W ramach projektu przeprowadzono też badanie socjologiczne „Gimnazjaliści w Nowej Hucie” ukierunkowane na węższą grupę ankietowanych, nie o tak powszechnym charakterze jak te realizowane przez CMJ. Kwestionariusz ankiety składał się z czterech części, dotyczących różnych sfer przystosowania społecznego młodzieży: czasu wolnego, relacji młodzież – dorośli, zagrożeń dla młodzieży. Proszono też o dane osobowe ankietowanych z uwzględnieniem nie tylko typowych danych osobowych jak wiek i płeć, ale również sytuacji rodzinnej i społeczno-finansowej badanego nastolatka. Dopełnieniem badań, mających na celu identyfikację zagrożeń, był realizowany w 2004 roku projekt socjologicznych badań porównawczych młodzieży gimnazjalnej i wychowanków placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży.

Działania prewencyjne podjęto w oparciu o teoretyczną wiedzę o skali zagrożeń oraz znajomość proponowanych środków zaradczych. Działania prowadzone były na wielu płaszczyznach. Część z nich była finansowana ze źródeł unijnych w ramach projektu DEMOS. Z funduszy Unii Europejskiej w całości sfinansowano między innymi publikacje wrę-

czane każdemu młodemu krakowiakowi odbierającemu dowód osobisty: „Wstyd nie wiedzieć – księga wejścia młodego krakusa” oraz pierwszy egzemplarz periodyku „Śmigło”, przeznaczonego dla młodzieży i redagowanego przez młodzież. Czasopismo było przesyłane do krakowskich gimnazjów wraz z propozycją współpracy. Dotychczas ukazały się trzy jego wydania, nr 2 i 3 zostały już sfinansowane przez budżet miasta.

W ramach współpracy międzynarodowej z władzami samorządowymi Lipska i niemieckiej organizacji pozarządowej Internationaler Bund zajmującej się pracą z młodzieżą, planuje się uruchomienie projektu „streetworker”, realizującego pracę wychowawczą z młodzieżą bezpośrednio na ulicy. Niemieccy partnerzy, mający doświadczenie w tego typu projektach, wyrazili chęć pomocy Polakom w uruchomieniu tego programu, zobowiązując się do organizacji cyklu szkoleń dla krakowskich wychowawców.

W ramach projektu MPPPM zorganizowano szereg imprez rekreacyjno-sportowych, koncertów, itp. Wskazując młodzieży alternatywne sposoby spędzania wolnego. Największą z imprez była JULIADA (3-18 lipca 2004), szósta już edycja tej imprezy pod patronatem Prezydenta Miasta prof. Jacka Majchrowskiego z hasłem przewodnim „Młodzież przeciw przemocy”. Zawody sportowe oraz występy muzyczne odbywały się przez trzy lipcowe weekendy. Początek imprezy odbywał się pod znakiem skateboardingu oraz tenisa stołowego. Wieczorem zagrał zespół hip-hopowy Trzeci Wymiar. Czas urozmaicały również pokazy cyklotrialu, breakdance oraz rolek. Dzień później

odbyły się zawody In Line Skate wraz z koncertem młodzieżowych grup muzycznych. W następny weekend (10-11 lipca) zorganizowano turnieje finałowe o mistrzostwo Nowej Huty w piłce nożnej dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum. Na scenie wystąpili rugbiści, cheerleaderki oraz mistrzowie Polski w rock'n'rollu. JULIADA zakończyła się w dniach 17-18 lipca 2004 roku Turniejem Koszykówki Ulicznej oraz Otwartym Turniejem Szachowym. W turnieju koszykówki uczestniczyły służby mundurowe. Oprócz imprez sportowych publiczność obejrzała pokazy walk oraz szermierki i wspinaczki sportowej. Przez okres trwania imprez sportowych udostępniono nieodpłatnie dzieciom i młodzieży skate park, boiska do koszykówki oraz ścianę wspinaczkową. Ponadto dzieci mogły uczestniczyć w warsztatach „Barwy Świata Małolata”. W dniach 31 maja – 1 czerwca 2004 r. dla dzieci i młodzieży współorganizowano Dzień Dziecka w Dolince Bolechowickiej dla krakowskich wychowanków ośrodków wsparcia dziennego.

Równolegle z promocją zdrowego i trzeźwego stylu życia, opartej na aktywności fizycznej, prowadzono szeroko zakrojone szkolenia dla wychowawców mających realizować programy prewencyjne. Zapoznano ich z wynikami badań socjologicznych realizowanych na zlecenie władz miejskich, a także umożliwiono w toku konferencji i wykładów (wspomniana już konferencja „Forum Nowa Huta” oraz inna „Dziecko pod parasolem prawa”) zdobycie informacji, jak skutecznie się poruszać w młodzieżowym środowisku, by zdobyć zaufanie podopiecznych warunkujące skuteczność stosowanych metod. Informacje

były przekazywane zarówno w formie wykładów, jak i folderów.

Skuteczne działania przeznaczone dla jak najszerszej grupy odbiorców muszą mieć charakter interdyscyplinarny. Oprócz psychologów, terapeutów, wychowawców, nauczycieli z ośrodków specjalizujących się w pomocy osobom zagrożonym uzależnieniem, powinny obejmować też służby porządkowe: Straż Miejską i Policję. Działania prewencyjne z udziałem tych służb są realizowane za pośrednictwem Programu Prewencji Aktywnej (policja) oraz projektu „Współpracujmy” (Straż Miejska). Programy omówione powyżej były adresowane głównie do dzieci i młodzieży. Ta niewątpliwie bogata oferta odbywa się jednak kosztem działań edukacyjnych skierowanych do starszej, dorosłej populacji Krakowa. Częściowe walory edukacyjne miały jedynie programy profilaktyczne realizowane w ramach projektu „Zdrowy Kraków 2003” i kontynuowane przez „Zdrowy Kraków 2004-2006”. Były to jednak programy o ograniczonym zasięgu z uwagi na zakontraktowany w ramach poszczególnych programów limit świadczeń zdrowotnych. Część każdego z nich stanowi pogadanka edukacyjna, w jaki sposób minimalizować ryzyko wystąpienia danej choroby. Wymaga to umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych. Konieczna jest nie tylko informacja, ale także znajomość mechanizmów perswazji i przekonywania. O tym, że jest to trudne świadczą działania zmierzające do ograniczenia palenia np. ostrzegawcze napisy na opakowaniach papierosów, na które nie zwracamy szczególnej uwagi.

III.8. Promocja zdrowia

Edukacja zdrowotna ukierunkowana jest na dwa zasadnicze elementy wpływające na zdrowotność populacji. Pierwszy z nich to działanie edukacyjne ukierunkowane na konkretną jednostkę chorobową, schorzenie, z którym pacjent przychodzi do lekarza lub które jest diagnozowane w gabinecie lekarskim. Umiejętność samoopieki jest szczególnie ważna w przypadku chorób przewlekłych, toteż funkcja edukacyjno-informacyjna powinna być realizowana razem z leczniczą. Jednak lekarze często nie są do tego należycie przygotowani. Powodem jest niedostateczny czas przeznaczony na wizytę lekarską (często uniemożliwia dokonanie właściwej diagnozy i przekazanie treści edukacyjnych), a także brak empatii i paternalistyczne podejście do pacjenta.

Drugim elementem edukacji zdrowotnej jest działanie zorientowane na czynniki ryzyka, mogące mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń zdrowotnych w przyszłości. Działanie to ma przede wszystkim charakter profilaktyczny. Ukierunkowane jest na osoby, które z powodu pewnych złych nawyków i nałogów są szczególnie narażone na zachorowanie. Taką grupą są na przykład palacze tytoniu, którzy z racji swojego nałogu znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka płuc lub przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a także ludzie młodzi, którzy podążając za modą podkreślają

swoją dorosłość poprzez stosowanie używek, uzależniając się od papierosów i alkoholu.

W przypadku osób, które jeszcze nie przekroczyły progu pełnoletności lub niedawno skończyły osiemnaście lat, działania profilaktyczne są utrudnione, gdyż młodzi, z racji wieku, nie postrzegają realnie zagrożeń wynikających z uzależnienia – perspektywa zapadnięcia na poważną chorobę wydaje się zbyt odległa by się nad tym zastanawiać. Zagrożenie staje się bardziej realne wraz z wiekiem, co skutkuje częstszymi wizytami u lekarzy.

Działania, mające na celu promocję zdrowia w odniesieniu do przede wszystkim starszej populacji krakowian, są realizowane w toku programów profilaktycznych w ramach projektu „Zdrowy Kraków 2004-2006” będącym kontynuacją programu „Zdrowy Kraków 2003”. Zdecydowana większość programów profilaktycznych jest realizowanych w cyklu wieloletnim, co pozwala na objęcie badaniami większej liczby osób na tle ogólnej populacji. W porównaniu z rokiem poprzednim, w 2004 roku wprowadzono do projektu „Zdrowy Kraków” program profilaktyki wtórnego udaru mózgu, a zrezygnowano z programów przeciwdziałania raka gruczołu krokowego i programu profilaktyki narządów ruchu.

Każdy program składa się z dwóch modułów. Pierwszy obejmuje badania przesiewowe nakierowane na obecność schorzeń wśród osób objętych programem, drugi moduł to rozmowa profesjonalisty medycznego (lekarza lub pielęgniarki) z uczestnikami badania, zarówno tymi, u których wykryto daną chorobę, jak i tymi, którzy okazali się zdrowi. Pierwsza grupa jest informowana jak zmodyfikować swoje

postępowanie tak, by jakość życia nie uległa znaczącemu pogorszeniu, druga jest pouczana jak postępować, by w przyszłości uniknąć kłopotów zdrowotnych. W ramach niektórych programów prowadzona była oddzielna akcja edukacyjna zorganizowana w postaci szkoleń np. program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2 obejmował kurs na temat „Edukacja prozdrowotna w prewencji pierwotnej miażdżycy i cukrzycy typu 2”. Uczestnicy otrzymali zaświadczenia o udziale w kursie, a także materiały edukacyjne dla pacjentów i personelu medycznego, mającego się zająć prewencją tych dwóch schorzeń w przyszłości. Podobna akcja informacyjna na temat szkodliwości palenia, ale tym razem nie w postaci szkoleń, a materiałów drukowanych, była prowadzona w ramach programu profilaktycznego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Przystąpienie do programu oznaczało konieczność spełnienia pewnych wymogów np. w każdym ośrodku realizującym program na zewnątrz upubliczniano informację na jego temat; kolejna informacja musiała znajdować się na tablicy informacyjnej w poczekalni. Treść informacji obejmowała, określenie zasad naboru do programu, czas trwania i godziny przyjmowania chętnych. Do większości ośrodków dostarczono również informatory/biuletyny na temat szkodliwości palenia „Zadbaj o siebie czyli jak rzucić palenie” oraz legitymację zdrowia płuc, gdzie wpisywano wyniki spirometrii. Łącznie przekazano ośrodkom 1000 takich książeczek i 1000 legitymacji.

Trzy programy profilaktyczne były adresowane do dzieci i młodzieży uczącej się. Były to: program profilaktyki zapobiegania i leczenia astmy oraz chorób alergicznych, program

profilaktyki próchnicy oraz program profilaktyki wad postawy. Z uwagi na powszechność schorzeń narządów ruchu i wad postawy, takie badania są jak najbardziej celowe, jednak pozwalają one zarysować jedynie ogólny schemat problemu. Wymagane byłyby bardziej regularne akcje, podejmowane z inicjatywy samych środowisk szkolnych. Także, zaplanowane w ramach programu profilaktyki próchnicy, jedynie dwie wizyty kontrolne u stomatologa to stanowczo za mało. Dla skutecznego zapobiegania próchnicy konieczna jest systematyczna kontrola stanu uzębienia w szkolnych gabinetach stomatologicznych. Tymczasem z ankiety przeprowadzonej w placówkach oświatowych w 2003 roku, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kraków wynika, że jedynie 38% z nich ma na swoim terenie gabinet dentystyczny, a opieką stomatologiczną jest objętych zaledwie 44% placówek. Trudno więc mówić o zapewnieniu właściwej prewencji i skutecznych działaniach profilaktycznych. Winą za taki stan rzeczy nie należy jedynie obwiniać gmin jako jednostek, do których zadań własnych należy tworzenie i prowadzenie publicznych szkół podstawowych oraz gimnazjów, ale przede wszystkim naczelne organy państwa. Brak jest bowiem odpowiednich regulacji prawnych, nakładających na gminy obowiązek umieszczania w placówkach oświatowych gabinetów stomatologicznych. Zgodnie z paragrafem 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 130, poz. 1196) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz stomatolog sprawują profilaktyczną opie-

kę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielaniu świadczeń medycznych. Wspomniane rozporządzenie nakłada jedynie obowiązek utworzenia na terenie szkół gabinetów pielęgniarskich.

Obecne przepisy prawne nie tylko nie zobowiązują do obligatoryjnego obejmowania dzieci i młodzieży opieką stomatologiczną w szkole, ale nie będą nowelizowane w przyszłości. Przyczyną jest trwający już od jakiegoś czasu kryzys w państwowej służbie zdrowia, skutkujący niedostatkami środków finansowych. Jedyne co w takiej sytuacji się zaleca, to zachowanie istniejących już na terenie szkół gabinetów dentystycznych. Z obecnie obowiązujących przepisów wynika więc, że jedynie od dobrej woli władz gminnych, wspartych odpowiednią ilością funduszy zależy, czy dzieci i młodzież szkolna będą objęte specjalistyczną opieką lekarską w dziedzinie stomatologii.

Działania prozdrowotne realizowane są również w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Adresowane są głównie do dzieci i młodzieży, a akcja edukacyjno-rekreacyjna prowadzona jest na kilku frontach. Pierwszym jest organizacja imprez masowych o charakterze sportowo-rekreacyjnym, na przykład „JULIADA” – zawody w koszykówce ulicznej, jakie odbyły się w 2003 roku na Rynku Głównym (w tym roku pod nazwą JULIADA 2004, które to zawody odbyły się w dniach 3-18 lipca przed Centrum Handlowym M1), czy też sfinansowanie wyjazdu Szkoły Podstawowej nr 88 na Ogólnopolski Turniej Mini Koszykówki Mistrzów Szkół Podstawowych w Inowrocławiu. Kontynuowane są, cieszące się dużym powodzeniem, akcje „Mło-

dy Las” oraz „Lato w mieście” i „Zima w mieście”. W czasie wakacji w 2004 roku zorganizowano szereg imprez pod hasłem „Sport jako profilaktyka”. Ponadto, co roku celebrytuje się corocznie Dzień Dziecka na świeżym powietrzu. W 2003 roku na Błoniach odbył się „Największy Dzień Dziecka w Unii Europejskiej, w którym wzięło udział ponad 2 500 uczestników. W 2004 roku imprezę masową z tej okazji zorganizowano w Dolince Bolechowickiej dla wychowanków krakowskich ośrodków wsparcia dziennego.

W 2004 roku w ramach „rozwoju i poprawy funkcjonowania bazy sportowo-rekreacyjnej” zaplanowano budowę sali gimnastycznej przy Szkole Podstawowej Nr 72 i Szkole Podstawowej nr 132, boiska wielofunkcyjnego przy Szkole Podstawowej nr 92 i Młodzieżowym Domu Kultury im. J. Korczaka na os. Kalinowym, Centrum Aktywnego Wypoczynku na stadionie Klubu Sportowego „Borek” oraz modernizację obiektów sportowych Hutnika.

Na rzecz promocji zdrowia są też prowadzone działania edukacyjne o charakterze oddziaływania poprzez sztukę. Realizują je krakowskie placówki kulturalne i oświatowe, takie jak młodzieżowe domy kultury czy też w ramach Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Młodzieży. Obejmują konkursy plastyczne, organizację I Festiwalu Filmów Krótkometrażowych oraz Prezentacji Multimedialnych dla młodych twórców, propagujących życie w trzeźwości, czy też wydawanie magazynu „Śmigło”, redagowanego przez młodych dziennikarzy, przeznaczonego dla uczniów gimnazjów i rozprowadzane bezpłatnie w szkołach.

Władze miejskie organizują również szereg konferencji, umożliwia-

jących wymianę doświadczeń w zakresie powielania i promowania pożądanych wzorców zachowań. W 2003 roku zorganizowano dwie takie konferencje. Pierwsza, poprzedzona badaniami socjologicznymi wśród młodych mieszkańców dzielnicy Nowa Huta, pod tytułem „Forum – Nowa Huta”, a druga „Dziecko pod parasolem prawa”, którego tematem była pomoc dzieciom z rodzin patologicznych, będących ofiarami przemocy domowej, często ze strony rodziców – alkoholików.

W roku 2004 władze miejskie w ramach Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Młodzieży współorganizowały wraz z ośrodkiem Monar – Kraków konferencję na temat leczenia uzależnienia od narkotyków oraz wzięły udział w przygotowaniu kolejnego spotkania ekspertów pod nazwą „Czyja jest socjoterapia? Wychowanie w otwartych środowiskach młodzieżowych”. Do tej ostatniej konferencji opracowano zestaw materiałów informacyjnych.

Właściwe wzorce postępowania młodzieży, spędzanie wolnego czasu w sposób aktywny i przede wszystkim trzeźwy są promowane w różnego typu broszurach i materiałach drukowanych adresowanych do środowiska ludzi młodych. W 2004 roku każdy młody krakowianin uzyskując w urzędzie dowód osobisty, otrzymał też publikację w formie poradnika „Wstyd nie wiedzieć – księga wejścia młodego Krakusa”. Ponadto przygotowano szereg publikacji w ramach prowadzonej akcji „Młodzież przeciwko przemocy”, kontynuowanej w tym roku. W 2004 roku sfinansowano specjalny numer biuletynu informacyjnego Stowarzyszenia Galicyjska Szkoła Zdrowia, przygotowany na Magistrac-

ką Lekcję Zdrowia na temat „Uzależnienia! Nie życzę sobie”, opracowano broszury „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Informator 2004-2006”, zakupiono książki i materiały profilaktyczne oraz prenumeratę pism: „Remedium” i „Świat Problemów”. Na prośbę Wydziału Spraw Społecznych w gazetach dzielnicowych ukazały się wykazy krakowskich placówek terapii uzależnień; plansza z tym wykazem została również umieszczona w programach telewizyjnych „Rak trzustki” i „Rak żółtaka”, wyemitowanych w „Magazynie Medycznym” TVP3 Kraków.

Analizując działania podejmowane przez Gminę i Miasto Kraków w zakresie promocji zdrowego stylu życia, wolnego od uzależnień, można stwierdzić, że podejmowanych jest wiele cennych inicjatyw w tym zakresie: organizacja imprez sportowych, popularyzacja wiedzy na różnego typu konferencjach, upowszechnienie tej wiedzy w mediach. Szkoda tylko, że jedyną grupą docelową jest najmłodsza populacja krakowian, dla której Miasto i Gmina przygotowały najszerzą ofertę. Oznacza to konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych, szczególnie w mediach elektronicznych i telewizji jako szczególnie popularnych nośnikach informacji wśród młodzieży. Efektywność takiego przekazu wzrośnie, gdy do akcji włączą się osoby o uznanym autorytecie w kręgach młodzieżowych np. znani aktorzy czy idole sceny młodzieżowej. Takie reklamy plasuje się w paśmie programów o wysokiej oglądalności młodzieżowej, a nie tylko w obszarze publicystyki o tematyce zdrowotnej i społecznej np. po lub przed emisją „Magazynu Medycznego”.

III.9. Profilaktyka uzależnień

Władze miasta Krakowa są zobligowane, przez art. 4, ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, do podejmowania działań interwencyjnych i profilaktycznych w zakresie środowisk zagrożonych nałogiem alkoholowym. Takie działania, wynikające z ustawy oraz osobnych uchwał władz miasta, mają charakter długofalowy, wieloletni i pochłaniają znaczne sumy z budżetu miasta. Co-roczenie określany jest zakres działań ujęty w Gminnym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Fundusze na jego finansowanie pochodzą ze środków wpłacanych przez właścicieli lokali, którzy uzyskali zezwolenie na obrót napojami alkoholowymi. W 2003 roku na realizację Programu wydatkowano 12 572 937 zł.

W ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2004 realizowano następujące zadania.

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Miasto w tym przypadku finansuje część świadczeń zdrowotnych dla osób dotkniętych problemem alkoholowym, nie tylko samych alkoholików, ale również członków ich rodzin, ofiar przemocy domowej itp. Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje wystarczającej ilości świadczeń dla takich osób, dlatego Miasto pokrywa ten niedobór podpisując umowy na udzielanie usług medycznych. W 2004 r. dokonano zakupu dodatkowych usług zdrowotnych w 11 placówkach wyłonionych w publicznych konkursach ofert. Środki przeznaczone na ten cel wynosiły 1 499 950 zł.

W 2004 roku współpraca z placówkami leczniczymi pomagającymi wyjść z nałogu osobom uzależnionym jest kontynuowana. Podpisano jednak mniej umów z centrami medycznymi niż w roku 2003, w związku z czym zmniejszy się liczba osób objętych specjalistyczną pomocą medyczną. W 2004 roku na ten cel wyasygnowano 1 499 950 zł, o 383 240 zł mniej niż w 2003 roku.

Gmina Kraków finansuje również telefony zaufania dla osób uzależnionych i ich rodzin. W 2003 roku prze-

prowadzono 27297 rozmów, na które składały się:

- rozmowy z Całodobową Informacją Medyczną – prowadzoną przez Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, Informator Krakowski;
- rozmowy w ramach Młodzieżowego Telefonu Zaufania obsługiwane-go przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną od czerwca 2003;
- rozmowy w ramach poradnictwa anonimowego prowadzonego przez Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień;
- rozmowy w ramach całodobowego telefonu zaufania dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin obsługiwane-go przez Izbę Wytrzeźwień od lipca 2003.

Na ten cel wydano 163 184 zł, w związku z czym średni koszt udzielenia porady telefonicznej wyniósł 5,93 zł.

Największą część wydatków na telefony zaufania pochłonęła w roku 2003 Całodobowa Informacja Medyczna (94 340 zł), choć trzeba pamiętać, że problemy związane z nadużywaniem alkoholu stanowią zapewne niewielki procent rozmów telefonicznych. Tym niemniej przeprowadzono za jego pośrednictwem 26 296 rozmów, co stanowiło wskazówkę do znacznego zwiększenia dotacji na ten cel. W 2004 roku wyasygnowano na udzielanie telefonicznej informacji medycznej niemal dwa razy więcej niż w ubiegłym – 161 510 złotych.

Liczba pacjentów objętych programem terapii uzależnień

	Pacjenci uzależnieni			Pacjenci współuzależnieni			
	K	M	Razem	K	M	Razem	
Do 20 lat	90	356	446	798	290	1088	1534
Powyżej 20 lat	586	3368	3954	2128	392	2520	6474
	676	3724	4400	2926	682	3608	8008

Pomoc psychospołeczna i prawna dla rodzin, w których występują problemy alkoholowe, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie

Działania terapeutyczne, skierowane na współuzależnionych oraz rodziny zagrożone problemem alkoholowym i przemocą domową, były realizowane w ramach usług placówek leczniczych, których programy wybrano w publicznych konkursach. Dla ww. grup pacjentów świadczone m.in.: psychoterapię indywidualną i grupową, systemową terapię rodzin, konsultacje, poradnictwo, badania psychologiczne, interwencje socjalne i rodzinne, treningi umiejętności psychologicznych służących zdrowieniu współuzależnionych.

Za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej udzielano pomocy instytucjonalnej i systemowej rodzinom z problemami alkoholowymi.

■ **Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego** udzieliły pomocy dla **1893 dzieci**, otrzymując na ten cel 700 000 zł. Dofinansowano 4 podmioty prowadzące 10 świetlic. Działania placówek obejmowały promowanie trzeźwego i bezpiecznego sposobu spędzania wolnego czasu, pomoc w nauce, rozwijanie zainteresowań, wydawanie posiłków. Prowadzono również działania o charakterze profilaktycznym terapeutycznym i resocjalizacyjnym w celu wspomaganie lub korygowania rozwoju emocjonalnego i kształcenia umiejętności interpersonalnych. Celem nadrzędnym był rozwój właściwych postaw wobec korzystania z używek.

■ **Schronisko i Przystulisko dla Bezdomnych Kobiet** (ul. Sołtysowska 13c), które może zapewnić pomoc dla 42 kobiet z dziećmi, było miejscem pobytu **82 osób** (35 kobiet i 47 dzieci). Ponadto z noclegowej części placówki skorzystało **48 osób**. Oprócz zaspokajania podstawowych potrzeb bytowych udzielano pomocy psychologicznej i prawnej. Celem tych działań, dofinansowanych kwotą 75 000 zł, było wzmocnienie psychiczne, uwolnienie od współuzależnienia i doprowadzenie do samodzielnego życia w środowisku. W efekcie **39 osób usamodzielniało się** (21 kobiet i 18 dzieci), 12 korzystających z części noclegowej zostało przeniesionych do innych placówek. Poza tym 10 kobiet podjęło pracę zarobkową, 5 skierowano na badania specjalistyczne i leczenie, 4 uzyskały prawo do alimentów, 3 podjęły terapię w Nowohuckim Centrum Psychoterapii i Terapii Uzależnień.

■ **Miejska Noclegownia dla Bezdomnych Mężczyzn** prowadzona przez PCK (ul. Makuszyńskiego 19) dysponująca 90 miejscami, których liczbę w okresie zimowym zwiększano do 140, dała w ciągu całego roku 2003 schronienie **892 mężczyznom**. W ramach działań profilaktycznych terapeutyci przeprowadzili rozmowy z 20 mieszkańcami noclegowni i wyselekcjonowano 12 osób z problemem alkoholowym, które zgodziły się na uczestnictwo w programie terapeutycznym. Z kwoty 50 000 zł przyznanej na dofinansowanie noclegowni wykorzystano 96,21%.

■ **Schronisko dla Ofiar Przemocy w Rodzinie** (os. Krakowiaków 46)

posiadające 60 miejsc dla matek z dziećmi, było miejscem pobytu **245 osób** (108 kobiet i 137 dzieci). Większość, poza kilkunastoma, kobiet-ofiar pochodziła z miasta Krakowa. Przy schronisku prowadzono dwie grupy psychoedukacyjne dla dzieci i młodzieży (23 uczestników) oraz grupę wsparcia dla ofiar przemocy zarówno dla mieszkańców jak i innych nie przebywających w placówce (20 uczestników). Omówiona działalność została wsparta kwotą 225 000 zł.

■ **Ośrodek interwencji kryzysowej**, ul. Radziwiłłowska 8b udzielił 13771 porad prawnych, socjalnych, konsultacji psychiatrycznych, psychoterapii krótkoterminowej dla około **4454 osób**. Prowadzono również grupy wsparcia i grupę terapeutyczną dla kobiet będących ofiarami przemocy w rodzinie oraz grupy psychoedukacyjne dla dzieci. Na te działania przeznaczono 75 000 zł.

■ **Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Chłopców**, ul. Ks. Popiełuszki 36 podjął działania profilaktyczno-wychowawcze w celu wypracowania odpowiednich postaw i systemu wartości wśród **18 wychowanków** jednostki zagrożonych uzależnieniem od środków psychotropowych. Działalność ośrodka w tym zakresie wsparto kwotą 70 000 zł.

■ **Zespół Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych Nr 1**, os. Szkolne 27 zorganizował dla **33 wychowanków** warsztaty dotyczące zagrożeń uzależnienia od środków psychoaktywnych w celu wypracowania odpowiednich postaw wobec tych zagrożeń, otrzymując na ten cel 300 zł.

■ **Pogotowie Opiekuńcze**, ul. Górka Narodowa 116 realizowało program „Alkohol – stop” skierowany do **28 dzieci** przebywających w pogotowiu w celu wypracowania odpowiednich postaw wobec spożywania alkoholu. Na realizację programu przeznaczono 3500 zł.

■ **Dom Pomocy Społecznej**, ul. Łanowa 41b we współpracy z Aresztem Śledczym Kraków Podgórze realizował program „Duet” w celu re-adaptacji osób z problemem alkoholowym, pozbawionych wolności poprzez pracę z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną. Na te działania wyasygnowano 30 900 zł. W programie od września 2002 roku wzięło udział 19 skazanych, z czego 2 po opuszczeniu więziennej celi znalazło w tym domu zatrudnienie na zasadzie umowy o pracę. Program DUET przynosi więc pierwsze efekty resocjalizacyjne i nie powinien być zaniechany.

■ **program „Systemowa praca środowiskowa z rodziną zagrożoną problemem alkoholowym”** został wsparty kwotą 181 000 zł, którą w całości przeznaczono na finansowanie posiłków dla dzieci z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym.

W roku 2004 kontynuowano programy profilaktyczno-terapeutyczne i interwencyjno-pomocowe. Zrealizowano również programy socjoterapeutyczne dla dzieci z grup ryzyka, w świetlicach i na obozach oraz dofinansowano szkolenie dla instruktorów ZHR w zakresie profilaktyki uzależnień.

Profilaktyczna działalność informacyjna i edukacyjna, w szczególności dla dzieci i młodzieży

Do 213 placówek samorządowych funkcjonujących na terenie Krakowa (szkoły podstawowe, gimnazja i ponadgimnazjalne) przekazano środki w wysokości 701 798 zł na działania profilaktyczne wśród uczniów i zwiększanie wiedzy nauczycieli i rodziców nt. problematyki uzależnień. Działania objęły **103 314 uczniów (100%), 26 210 rodziców i 7355 nauczycieli.**

W wybranych 8 szkołach Krakowa realizowano program pozalekcyjnych, popołudniowych zajęć sportowo-rekreacyjnych dla dzieci i młodzieży „Młody Las”. Szkoły wybrano na podstawie analizy map zagrożeń przestępczością nieletnich oraz biorąc pod uwagę brak zorganizowanych form spędzania czasu, umiejscowienie placówek na terenie dużych osiedli mieszkaniowych, zainteresowanie dyrekcji i nauczycieli. Poprzez szeroki wachlarz zajęć rekreacyjno-sportowych promowano aktywny, zdrowy i trzeźwy styl życia, starając się przyciągnąć osoby potrzebujące pomocy w organizacji czasu wolnego i nauce szkolnej, żyjące w rodzinach patologicznych, z problemem alkoholowym lub uczestniczących w nieformalnych grupach młodzieżowych o charakterze subkulturowym. Na realizację programu przeznaczono kwotę 569 166 zł, co pozwoliło sfinansować **91 687 osobodni dla uczestników** i 90 000 posiłków regeneracyjnych. Przez osobodzień należy rozumieć uczestnictwo jednej osoby w jednym dniu zajęć trwającym średnio 4 godziny.

W ramach Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocności Mł-

dzieży podejmowano działania w wielu obszarach, część zadań realizując wspólnie z projektem DEMOS finansowanym z funduszy unijnych. Przeprowadzono badania socjologiczne ankietowe mające na celu określenie zakresu i specyfiki potrzeb młodych mieszkańców Nowej Huty oraz badania jakościowe wśród nauczycieli i rodziców, których wyniki przedstawiono na konferencji „Forum Nowa Huta” i rozpowszechniono wśród pedagogów szkolnych, liderów społecznych i przedstawicieli Rad Dzielnic w formie raportu „Gimnazjaliści w Nowej Hucie” (800 egz.).

Zlecono Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przeprowadzenie badań na temat problemów uzależnień od substancji psychoaktywnych w mieście Krakowie oraz sporządzenie bazy danych, zawierającej zasoby miasta Krakowa z zakresu profilaktyki, leczenia i terapii uzależnień. Raport z badań „Postawy dzieci i młodzieży wobec substancji uzależniających” (800 egz.) rozpowszechniono wśród pedagogów szkolnych, liderów społecznych i przedstawicieli Rad Dzielnic, biorących udział w konferencji „Forum Nowa Huta”.

W ramach konferencji „Dziecko pod parasolem prawa” terapeuci z Fundacji „Dzieci Niczyje” przeprowadzili warsztaty (15 godzin) dla pedagogów, psychologów, kuratorów sądowych i policjantów – specjalistów ds. nieletnich, w których wzięło udział 22 osoby. Celem szkolenia było rozszerzenie wiedzy dotyczącej dziecka – ofiary przestępstwa i zasad udzielania pomocy dziecku i jego rodzinie w toku interwencji, nabywanie umiejętności nawiązywania kontaktu z dzieckiem.

14 kwietnia 2003 roku w Urzędzie Miasta Krakowa wspólnie z Małopolską Wojewódzką Komendą Ochotniczych Hufców Pracy zorganizowano Targi pracy – „Unia Europejska – Szansa – Młodzież”, w ramach, których zaproponowano 1549 miejsc pracy, szkolenia i warsztaty z zakresu rynku pracy oraz aktywnego poszukiwania pracy, indywidualne i grupowe poradnictwo zawodowe, seminarium „Szansa młodzieży na europejskim rynku pracy”. W przedsięwzięciu uczestniczyli uczniowie, pedagodzy i dyrektorzy z około 70 krakowskich szkół, a ogółem przybyło około 3000 osób.

Wydano poradnik „Wstyd nie wiedzieć – Księga Wejścia młodego Krakusa” (5000 egz.) wręczany każdemu mieszkańcowi Krakowa, odbierającemu swój pierwszy dowód osobisty. Publikacja dostępna jest na stronach internetowych dla młodzieży www.mlodziej.org, www.mlodziej.info oraz www.demos.org.pl.

Współpracowano z Komendą Miejska Policji w Krakowie (w ramach Policyjnego Zespołu Prewencji Aktywnej) i Strażą Miejską Miasta Krakowa (w ramach projektu „Wychowawca środowiskowy” i programu „Współpracujemy”), włączając funkcjonariuszy do pracy środowiskowej z młodzieżą. Zorganizowano dla dzieci i młodzieży imprezy rekreacyjno-sportowe: „Największy Dzień Dziecka w Unii Europejskiej” na Błoniach (ponad 2500 uczestników, koszt 11 959 zł) i „JULIADA 2003” na Rynku Głównym (około 10 000 uczestników, koszt 29 950 zł). Zlecono opracowanie i produkcję prezentacji multimedialnej pt. „Dorastanie”, której celem jest pobudzenie do myślenia i dyskusji (1500 sztuk). Przygotowano opracowanie dotyczące narkotyków i narkomanii (1000 egz.)

dla nauczycieli, pedagogów szkolnych, kuratorów, policji i innych profesjonalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą.

W ramach realizacji dodatkowych działań psychoterapeutycznych i profilaktycznych zaprezentowano podczas koncertu charytatywnego w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie pierwszy rockowy musical dotyczący problemu uzależnienia od alkoholu „Minnesota Blues”, którego premiera miała miejsce w grudniu 2002, również dzięki wsparciu Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zorganizowano również kilka obozów profilaktycznych („Dziękuję, nie piję”, „Bądź sobą bez nałogów”) oraz turnus terapeutyczny dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych dotkniętych chorobą alkoholową, program psychoterapeutyczny dla Dorosłych dzieci Alkoholików.

Realizatorzy MPPPM nawiązali współpracę międzynarodową z władzami samorządowymi Lipska i niemieckiej organizacji pozarządowej Internationaler Bund. Partnerzy będą współpracować przy realizacji akcji „streetworker” dotyczącej pracy z młodzieżą bezpośrednio na ulicy. Niemcy prowadzą takie działania już od pewnego czasu i mają doświadczenie w tej dziedzinie, zobowiązali się więc do przeszkolenia polskich partnerów.

Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

W ramach współpracy Miasta Krakowa z organizacjami pozarządowymi w dziedzinie profilaktyki i terapii uzależnień dofinansowano w 2003 roku działalność 162 instytucji i stowarzyszeń, zajmujących się profilaktyką przeciwalkoholową i pomocą osobom uzależnionym od alkoholu, oraz 7 organizacji przeciwdziałających narkomanii. Były to organizacje zarówno świeckie jak i kościelne oraz kluby abstynenta. Rozdysponowano na ten cel 2 043 357 zł. W roku 2004 przeznaczono podobną kwotę (2 049 068 zł), ale ograniczono znacznie ilość dofinansowanych placówek (124 ośrodki). Oznacza to, że ośrodki, które spełniły wymagania urzędu miejskiego dostaną więcej pieniędzy z budżetu, będą więc mogły rozszerzyć zakres działań.

W ramach dofinansowania instytucji i stowarzyszeń realizujących profilaktyczną strategię alternatyw w roku 2003 dofinansowano działalność 60 uczniowskich i parafialnych klubów sportowych kwotą 737 375 zł. Rok później przeznaczono na ten cel 1 000 000 zł, rozdysponowanych wśród 59 klubów sportowych.

Obsługa Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Zespołu Interwencyjnego i Punktu Konsultacyjnego przy Izbie Wyrzeźwień w Krakowie, współpraca z Policją i służbami miejskimi

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wymogła na władzach miasta powołanie Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, obsługiwanej przez Referat Zdrowia. Składa się ona z szesnastu członków. W roku 2003 Komisja zebrała się na 15 posiedzeniach plenarnych, 2 razy obradowało Prezydium Komisji, a 27 razy jej zespoły problemowe, które wizytowały placówki profilaktyczne i terapeutyczne finansowane przez Gminę Miejską Kraków.

Podczas dyżurów pełnionych przez członków Komisji w Zespole Interwencyjnym przy Rynku Podgórskim 4/2a przyjęto **183 osoby uzależnione od alkoholu** (148 mężczyzn i 35 kobiet), **317 współuzależnionych** (23 mężczyzn i 267 kobiet) i 22 dorosłych dzieci alkoholików – wszystkich motywowano do podjęcia terapii. **W 11 przypadkach wystąpiono do sądu o zobowiązanie do leczenia odwykowego.** Wydatki związane z funkcjonowaniem Komisji wyniosły 153 557 zł. W roku 2004 na ten cel przeznaczono 214 640 zł.

Krakowska izba wyrzeźwień jest częściowo dofinansowywana z budżetu miejskiego, gdyż sama nie jest w stanie się utrzymać jedynie ze składek osób odwożonych do niej przez Policję lub Straż Miejską. Pewna część „pensjonariuszy” wywodzi się ze środowisk bądź osób bezdomnych, bądź

bardzo ubogich, a na dodatek wielokrotnych klientów izby, którzy nie są w stanie sami zapłacić za pobyt, a egzekucje należności na drodze sądowej nie przynoszą rezultatów. Izba Wyrzeźwień przyjęła w 2003 r. 5917 klientów, w tym 703 kobiety, 114 małoletnich, 2507 bezdomnych i 73 cudzoziemców. Łączna liczba pobytów wyniosła 9091. Koszt pobytu w Izbie utrzymał się na poziomie z roku 2002 i wynosił 300 zł. W pierwszym półroczu 2004 roku odnotowano 3903 pobyty, w tym: 242 kobiet, 31 małoletnich, 1111 bezdomnych, 1121 wielokrotnych, 15 cudzoziemców i 128 osób z gmin ościennych. Ogółem przyjęto 2723 osoby, w tym 544 bezdomnych.

GPPiRPA finansuje działalność Punktu Konsultacyjnego przy Izbie Wyrzeźwień. Zajmuje się on poradnictwem dla osób uzależnionych, przeprowadza rozmowy informacyjno-motywuujące. W ramach punktu działa całodobowy telefon zaufania. Zatrudnienie w Punkcie wynosi cztery etaty: psycholog, terapeuta, instruktor terapii uzależnień oraz lekarze dyżurni. W 2003 roku przeznaczono na cele Punktu 173 640 zł, w tym na działalność podstawową 90000 zł. Pracownicy punktu udzielili 5160 osobom informacji na temat choroby alkoholowej oraz możliwości podjęcia leczenia w określonych placówkach. W roku 2004 zwiększono dotację, przeznaczając na ten cel kwotę 252 800 zł.

Ograniczanie dostępności do alkoholu

Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zajmuje się przydzielaniem zezwoleń na obrót napojami wysokoprocentowymi. Wydano 2578 zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi 940 w detalu, 813 w gastronomii, 2 w cateringu, 129 na wyprzedaż posiadanych zapasów i 216 jednorazowych). Za wydanie zezwoleń i korzystanie z nich w 2003 r. pobrano kwotę 10 949 287 zł. Przeprowadzono 881 kontroli i wizji placówek prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych (z czego 604 w placówkach handlowych i 46 w placówkach gastronomicznych przed wydaniem zezwoleń). W stosunku do 26 placówek prowadzono postępowanie w sprawie cofnięcia zezwoleń.

Zrealizowane cele operacyjne (krótkoterminowe na rok 2004):

- Kontynuacja działań w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, zgodnie z zapisami Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uchwalanego corocznie przez Radę Miasta Krakowa, zgodnie z zapisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi poprzez:
 - wykorzystanie (częściowe) potencjału, jaki niesie ze sobą reklama społeczna dla propagowania trzeźwego stylu życia, szczególnie ukierunkowana na grupy celowe, jak dzieci i młodzież,

- promocję instytucji leczących uzależnienia,
- poszerzenie oferty organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży.

**Niezrealizowane
cele operacyjne
(krótkoterminowe
na rok 2004):**

- Edukacja rodziców w zakresie zagrożeń związanych z używaniem alkoholu przez młodzież
- Przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim – w tym przypadku niezbędne jest szersze uświadomienie społeczeństwa, czym grozi nadmierna tolerancja dla tego typu zjawisk
- Wykorzystanie w znacznie większym stopniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy winni stanowić pierwsze ogniwo profilaktyki i pomocy uzależnionym
- Ze względu na rozwijające się zjawisko używania, szczególnie przez młodzież, narkotyków i to tych o szczególnie destruktywnym charakterze, jak amfetamina czy heroina, położenie nacisku na programy związane z profilaktyką uzależnień od substancji narkotycznych – w dalszym ciągu kładzie się dużo większy nacisk na pomoc alkoholikom, narkotyki stawiając nieco na uboczu działań.

III.10. Udział w ponadregionalnych programach prozdrowotnych

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” pokrywa się z celami Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), który został przyjęty przez Radę Ministrów w 1996 r. jako dokument rządowy kształtujący cele i priorytety polskiej polityki zdrowotnej do roku 2005. Pierwszym jego celem było zwiększenie dostępności do działań profilaktycznych, mających na celu zahamowanie zwiększonej zachorowalności i umieralności ludności Polski. Wraz z powstawaniem kolejnych wersji programu (obecna jest już trzecia) powstała konieczność modyfikacji jego celów uwzględniających zmiany finansowania oraz nadzoru merytorycznego NPZ. Niemniej jednak nadrzędnym celem NPZ jest poprawa zdrowia ludności w Polsce oraz związanej z nim jakości życia.

Eksperti ministerialni opracowujący założenia Narodowego Programu Zdrowia sformułowali 18 celów operacyjnych dokumentu:

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

4. Zmniejszenie wskaźnika spożycia alkoholu oraz ograniczanie szkód powodowanych przez alkohol.
5. Zmniejszanie spożycia substancji psychoaktywnych oraz szkód zdrowotnych z nimi związanych.
6. Edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz promocja zdrowia.
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w domu i pracy.
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.
10. Zmniejszenie częstości wypadków, zwłaszcza drogowych.
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.
12. Zwiększenie dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki oraz opieki nad osobami z ryzykiem niedokrwiennej choroby serca.
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki oraz zwiększenie efektywności leczenia nowotworów szyjki macicy oraz sutka.
16. Stwarzanie warunków umożliwiającym reintegrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem.
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.
18. Działania profilaktyczne w zakresie zapobiegania próchnicy oraz chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” realizuje priorytetowe cele Narodowego Programu Zdrowia poprzez działania zwiększające dostępność mieszkańców miasta do usług medycznych, realizowane programy profilaktyczne w odniesieniu do poszczególnych chorób oraz wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych, działania w sferze uzależnień, opieki nad niepełnosprawnymi. Formułowanie celów strategicznych programów z zakresu „Zdrowy Kraków” uwzględnia również szereg szczegółowych celów Narodowego Programu Zdrowia.

Opracowywanie założeń programu profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2 brało pod uwagę cel nr 1 NPZ „Zwiększenie aktywności fizycznej”, cel nr 2 „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości żywności” oraz cel nr 14 „Usprawnienie wczesnej diagnostyki oraz opieki nad osobami z ryzykiem niedokrwiennej choroby serca”.

Organizowane w ramach badań profilaktycznych badania przesiewowe w celu wczesnego wykrycia nowotworów piersi oraz szyjki macicy uwzględniały cel operacyjny nr 15 NPZ „Usprawnienie wczesnej diagnostyki oraz zwiększenie efektywności leczenia nowotworów szyjki macicy oraz sutka”.

Z kolei program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc miał powiązanie z celem nr 3 „Zmniejszenie popularności palenia tytoniu”. Program profilaktyczny ukierunkowany na zapobieganie i leczenie przypadków próchnicy realizowany w krakowskich szkołach był realizacją celu nr 18 NPZ „Działania profilaktyczne w zakresie zapobiegania próchnicy oraz chorób przyzębia u dzieci, mło-

dzieży oraz kobiet ciężarnych”. Opiekę nad dziećmi upośledzonymi umysłowo realizowano w odniesieniu do celu nr 16 programu ogólnopolskiego NPZ „Stwarzanie warunków umożliwiających reintegrację osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem”

Działania w zakresie uzależnień z ramienia gminy Kraków przez Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych był odzwierciedleniem celów operacyjnych NPZ nr 4 „Zmniejszenie wskaźnika spożycia alkoholu oraz ograniczanie szkód powodowanych przez alkohol” oraz nr 5 „Zmniejszanie spożycia substancji psychoaktywnych oraz szkód zdrowotnych z nimi związanych”.

Narodowy Program Zdrowia jest programem ogólnopolskim, którego strategiczne cele ustalają urzędnicy ministerialni. Wszystkie jednostki samorządu terytorialnego oraz inne terenowe organy władzy są zobowiązane realizować wytyczone cele. Jednak nie jest on jedynym programem ponadregionalnym realizowanym w Małopolsce, w którego działania aktywnie włączyła się Gmina Miejska Kraków. Małopolski Program Ochrony Zdrowia przyjęty w 2001 roku przez Sejmik Województwa Małopolskiego ustala strategię polityki zdrowotnej władz województwa na lata 2001-2005. Koresponduje ściśle z Narodowym Programem Zdrowia, programami opracowanymi przez WHO oraz uwzględnia porozumienia na tle polityki zdrowotnej podpisane między Światową Organizacją Zdrowia, a Unią Europejską.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia jest elementem szerszej strategii rozwoju województwa małopolskiego. Ukierunkowany jest na realizację siedmiu najważniejszych celów:

1. Zwiększenie skuteczności regionalnego systemu ratownictwa medycznego poprzez:

- a) działalność informacyjną w zakresie udzielania pierwszej opieki medycznej,
- b) organizację sieci powiatowych centrów powiadamiania ratunkowego,
- c) organizację sprawnego systemu transportu chorych w województwie,
- d) integrację w systemie transportu sanitarnego oraz działów pomocy doraźnej;

2. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i terapii chorób układu krążenia poprzez:

- a) wdrożenie systemu prewencji chorób układu krążenia,
- b) wdrożenie specjalistycznego systemu oceny czynników ryzyka i prewencji miażdżycy,
- c) zwiększenie dostępności do poradni diabetologicznych i kardiologicznych,
- d) zwiększenie dostępności do specjalistycznych ośrodków terapii i schorzeń układu krążenia;

3. Poprawa wyleczalności nowotworów złośliwych poprzez:

- a) szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ,
- b) kampanię informacyjną o czynnikach ryzyka chorób nowotworowych i sposobach prewencji,
- c) utworzenie przynajmniej jednego oddziału onkologicznego w każdym subregionie przy zachowaniu wiodącej roli ośrodka krakowskiego,
- d) realizację programów przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów, między innymi: piersi, płuca, jelita grubego czy gruczolu krokowego;

4. Poprawa dostępności, ciągłości oraz kompleksowości świadczeń zdrowotnych oraz poziomu satysfakcji pacjentów poprzez:

- a) zwiększanie kompetencji kadry medycznej w zakresie propagowania zdrowego stylu życia oraz promocji zdrowia z równoczesnym zwiększaniem środków finansowych na ten cel,
- b) opracowanie programów opieki nad kobietą ciężarną i małym dzieckiem oraz dla osób chorych przewlekle,
- c) organizację sieci placówek POZ łączących praktykę lekarza rodzinnego ze sopedjalistycznym poradnictwem,
- d) opracowanie dla każdej gminy programu ochrony zdrowia oraz planu zabezpieczenia podstawowej opieki medycznej;

5. Poprawa zdrowia psychicznego oraz redukcja szkodliwych skutków uzależnień poprzez

- a) ograniczanie dostępności do alkoholu poprzez zmniejszanie ilości punktów sprzedaży oraz ich właściwą alokację,
- b) skutecznie egzekwowanie ustawodawstwa prawnego w zakresie sprzedaży i spożycia alkoholu,
- c) wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego adresowanych do grup zwiększonego ryzyka: bezrobotnych, pracujących w warunkach stresu, młodzieży i osób starszych,
- d) organizację efektywnej opieki psychiatrycznej w województwie;

6. Promocja zdrowia oraz prewencja chorób cywilizacyjnych poprzez:

- a) upowszechnianie wiedzy o głównych uwarunkowaniach zdrowia,
- b) zwiększenie puli zajęć sportowych we wszystkich rodzajach szkół,
- c) rozwój bazy sportowo-rekreacyjnej w województwie,
- d) promocja zasad zdrowego żywienia jako element działalności POZ;

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

- a) zwiększenie ilości łóżek opieki długoterminowych do 12/10 000 mieszkańców i łóżek opieki psychiatrycznej do 5,5 na 10 000 mieszkańców,
- b) ustalenie sieci szpitali o kluczowym znaczeniu dla regionalnego systemu opieki zdrowotnej w województwie,
- c) restrukturyzację łóżek szpitalnych w układzie powiatowym, subregionalnym i regionalnym w oparciu o przyjęte wcześniej założenia.

Działania podejmowane w ramach projektu „Zdrowy Kraków 2004-2006” doskonale wpisują się w strukturę zadań Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia. Jednym z elementów skuteczności regionalnych systemów ratownictwa medycznego jest opracowany corocznie plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w Mieście Krakowie.

Zaprobowane do realizacji programy profilaktyczno-zdrowotne stanowią natomiast element szerszych działań na rzecz prewencji i zapobiegania chorobom cywilizacyjnym i nowotworowym w całym województwie. Małopolski Program Ochrony Zdrowia jako jeden z priorytetowych celów nakreślił walkę z nałogiem alkoholowym. Działania tego typu na terenie miasta realizuje Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wspierający finansowo działalność ośrodków leczenia uzależnień.

III.11. Programy prozdrowotne i profilaktyczne

Miasto Kraków każdego roku podejmuje działania w kierunku przygotowania i wdrożenia programów profilaktycznych i prozdrowotnych. Programy te w roku 2004 realizowane były w ramach Programu „Zdrowy Kraków 2004-2006” będącego kontynuacją Programu „Zdrowy Kraków 2003”. Realizacja programów profilaktycznych jest również elementem Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia.

Większość programów realizowanych w 2003 roku jest kontynuowana w latach następnych w ramach programu „Zdrowy Kraków 2004-2006”. W porównaniu z rokiem poprzednim, w 2004 roku zrezygnowano z programów profilaktyki raka gruczołu krokowego oraz narządu ruchu. Wprowadzono natomiast do realizacji program profilaktyki wtórnego udaru mózgu. Ogółem na realizację wszystkich programów profilaktycznych w ramach projektu „Zdrowy Kraków 2004-2006” na rok 2004 przeznaczono 2 097 000 zł. Program profilaktyki astmy jest finansowany ze środków Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej. Autorami oraz koordynatorami programów są konsultanci wojewódzcy z dziedzin medycyny, których te programy dotyczą. Zostały one

opracowane przez zespół ekspertów składający się z autorytetów medycznych, który biorąc udział w przygotowywaniu celów programowych wzięł tym samym odpowiedzialność za ich realizację.

Oto lista programów realizowanych w 2004 roku na podstawie sprawozdań koordynatorów:

1. Program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2

Celem ogólnym programu jest ograniczenie zachorowalności na choroby układu krążenia i cukrzycy typu 2 poprzez identyfikację osób z ryzykiem rozwoju miażdżycy, nadciśnienia i cukrzycy typu 2 oraz przeprowadzenie interwencji niefarmakologicznej dla wszystkich osób z ryzykiem.

Program adresowany był do wszystkich mieszkańców Krakowa, powyżej 25 roku życia, z wyłączeniem osób z rozpoznaną wcześniej chorobą niedokrwinną mięśnia sercowego lub chorobą naczyniową mózgu oraz z rozpoznaną już cukrzycą, którzy zgłosili się do realizujących program placówek podstawowej opieki zdrowotnej i praktyk lekarza rodzinnego.

Program obejmował ankietę na temat czynników ryzyka miażdżycy i cukrzycy, pomiary antropometryczne oraz ciśnienia tętniczego, a także badanie lipidów i glikemii, a następnie szkolenia modyfikujące nieprawidłowy styl życia. W kolejnym etapie kontrolowano pacjentów ze stwierdzonymi wcześniej zaburzeniami gospodarki lipidowej (3 miesiące po rozpoczęciu programu interwencyjnego) oraz osoby z upośledzoną tolerancją glukozy (12 miesięcy po interwencji niefarmakologicznej).

W programie wzięło udział 23 816 osób. Kilkuetapowość badań wydaje się czynnikiem koniecznym, by oszacować stopień ryzyka występowania chorób. Chorzy bowiem w większości postrzegają swój styl życia jako odpowiedni.

2. Program wczesnego rozpoznawania raka piersi

Wczesna diagnoza raka piersi u kobiet ma znaczenie kluczowe. Jest to najczęściej wykrywany nowotwór u kobiet, który niestety w 50% przypadków kończy się śmiercią pacjentki, gdyż jest wykrywany zbyt późno i już małe szanse na wyleczenie. W takim przypadku jedyną szansą na wyleczenie jest operacyjne usunięcie piersi, które nie tylko okalecza kobietę fizycznie, ale i dostarcza cierpień psychicznych.

Program skierowano do kobiet rozpoczynających 40 rok życia w 2004 roku. Program zakładał badanie pacjentki przez lekarza specjalistę, edukację w kierunku samobadania piersi oraz wykonanie badania mammograficznego, a w przypadku stwierdzenia podejrzanych zmian, skierowanie do ośrodka onkologicznego z powiadomieniem lekarza rodzinnego.

W badaniach przesiewowych wzięło udział 8 placówek, spełniających warunki pod względem sprzętu (mammografy), pomieszczeń, personelu i jego kwalifikacji. Zastosowano screening aktywny, wysyłając do każdej kobiety z rocznika 1964 imienne zaproszenie.

Ogółem przebadano 4296 kobiet, jednak tylko co 3. pacjentka pochodziła z rocznika 1964. Pozostałe 2/3 pacjentek to kobiety w wieku powyżej 40 lat, a więc w założeniu spoza zasięgu programu. Zaobserwowano

Lp.	Programy	Kwota przyznana	Liczba osób objętych badaniem	Liczba udzielonych świadczeń			Liczba udzielonych świadczeń ogółem
				I etap	II etap	III etap	
1	Program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia	707 142 zł	23 816 osób	I etap 23 816 osób	II etap 6391 osób	III etap 1121 osób	31 328
2	Program wczesnego wykrywania raka piersi	279 780 zł	4296 kobiet	-	-	-	4296
3	Program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy	231 609,20zł	7248 kobiet	-	-	-	7248
4	Program profilaktyki raka jelita grubego (etap I i II)	121 207 zł	2597 badań ankietowych (w tym 233 badania kolonoskopowe)	I etap 2597 osób	II etap 487 osób	-	3084
5	Program profilaktyki raka tarczycy (etap I i II)	101 013,50 zł	1 696 kobiet	I etap 1696 kobiet	II etap 1009 kobiet	-	2705
6	Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	161 600 zł	3805 osób	-	-	-	3805
7	Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu (etap I i II)	212 850 zł	441 osób	-	-	-	441
8	Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych (Część A etap I i II, część B)	150 000 zł	1722 dzieci, 142 młodzieży	Etap 1A 1722 osoby Etap 2A 142 osoby	Etap 1B 759 osób	-	2623
9	Program profilaktyki próchnicy	90 905 zł	1928 dzieci	-	-	-	1928
10	Program profilaktyki wad postawy (etap I i II)	90 900 zł	3903 osób	Etap I 3903 dzieci	Etap II 924 dzieci	-	4827
11	Programy autorskie	99 993 zł	2722 osób	-	-	-	2722

Programy profilaktyczne realizowane przez Miasto Kraków w 2004 roku

istotne różnice, co do proporcji ilościowej badanych kobiet, w zależności od placówki.

Odsetek zmian patologicznych wynosił średnio 2,7% w przebadanej populacji czterdziestolatek i 5,3% wśród kobiet starszych.

W celu lepszej realizacji programu proponuje się w kolejnym roku rozpocząć badania w pierwszych miesiącach, a kobiety z roczników wyższych poddawać badaniu w IV kwartale roku w miarę wolnych miejsc.

3. Program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy

W Polsce rak szyjki macicy zajmuje, po raku sutka, drugie miejsce pod względem częstości zachorowalności na nowotwory złośliwe, a umieralność należy do najwyższych w Europie. Badanie przesiewowe raka szyjki macicy to działanie interwencyjne, mające na celu wykrycie choroby w jej najwcześniejszym, w pełni wyleczalnym stadium.

Program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy skierowany był do kobiet, które ukończyły 30 rok życia. Program obejmował badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy oraz poradę ginekologiczną, podczas której informowano pacjentkę o wynikach badania i sposobie dalszego postępowania.

W programie wzięło udział 17 publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które wykonały łącznie 7248 badań cytologicznych

u kobiet w wieku od 30 lat. W badaniu uczestniczyły również kobiety w wieku postmenopauzalnym. Z przedstawionego sprawozdania nie wynika, ile kobiet zostało skierowanych do dalszego leczenia.

W celu większej skuteczności programu planuje się zwiększenie populacji badanych, wprowadzenie tzw. screeningu aktywnego czyli wysyłania listownych zaproszeń do kobiet kwalifikujących się do badania oraz stworzenie bazy danych pacjentek poddawanych profilaktycznym badaniom cytologicznym. Pozwoliłoby to znacząco zwiększyć wykrywalność stanów przedrakowych i wczesnych nowotworowych dających gwarancję wyleczenia.

W kolejnym roku trwania programu należy zwrócić większą uwagę na szkolenia personelu oraz edukację uczestniczek badania w zakresie nowej terminologii i klasyfikacji rozmazów cytologicznych, tzw. systemu Bethesda.

4. Program wczesnego rozpoznawania raka jelita grubego

Program zakładał zwiększenie wykrywalności nowotworu jelita grubego w jego wczesnych stadiach oraz stanów przedrakowych celem poprawy wyników leczenia i zmniejszenia umieralności. Program skierowano do kobiet i mężczyzn z roczników 1930-1965, zgłaszających dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego oraz osób bez objawów ale obciążonych występowaniem tego nowotworu wśród krewnych I stopnia. Pierwszy etap programu obejmował badania ankietowe mające ocenić stopień ryzyka zachorowania na raka,

uwzględniając prowadzony tryb życia oraz predyspozycje genetyczne w rodzinie. W II etapie zakładano przeprowadzenie badań kolonoskopowych.

W 16 placówkach POZ przeprowadzono wywiad z 2597 osobami, urodzonymi w latach 1930-1965, wśród których 64% stanowiły kobiety a 36% mężczyźni. W oparciu o wyniki badania ankiet do pogłębionej diagnostyki skierowano 623 pacjentów (24%). Z tej grupy 142 osoby odmówiły udziału w dalszej części programu, tak więc ostatecznie do II etapu skierowano 481 pacjentów. W sprawozdaniu z realizacji programu wykazano, iż wykonano 233 badania kolonoskopowe. Brak natomiast informacji o pozostałych 248 osobach.

Badania wykazały istnienie nacieku nowotworowego u 3 osób (1,3% poddanych kolonoskopii) oraz polipy jelita grubego u 44 osób (18,9%). Zmiany polipowate zostały usunięte u 23 osób, a ponadto u osób ze zmianami wyglądu jelita grubego pobierano kawałki tkanki do dokładniejszych badań histopatologicznych, by ostatecznie wykluczyć ryzyko nowotworu.

5. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Celem programu jest wczesne rozpoznawanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w jej początkowym bezobjawowym stadium, a u osób z wykrytą chorobą zastosowanie aktywnego doradztwa antynikotynowego i wdrożenie programu terapeutycznego.

Omawiany program realizowali lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, pulmonologii i alergologii oraz pielęgniarki środowiskowe w 16 ośrodkach

opieki zdrowotnej. Program adresowano do mieszkańców w wieku od 40 lat, palących obecnie lub w przeszłości przez okres 10 paczkolet. O programie informowano (plakaty, tablice informacyjne) w przychodniach realizujących program i w przychodniach sąsiedzkich w najbliższej okolicy.

Skonsultowano łącznie 3805 osób, w tym 56% kobiet i 44% mężczyzn. Połowa badanych to osoby palące aktualnie. Średni wiek badanych wynosił 56 lat. Wykonano 3634 badania spirometryczne z testem odwracalności obturacji, 1945 testów Fagerstroma (stopień uzależnienia od nikotyny) oraz tyleż testów Schneidera (motywacja do zerwania z nałogiem). Wśród pacjentów z nieprawidłową spirometrią, u 15%, rozpoznano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a u 5,5%, co okazało się ubocznym skutkiem wdrożenia programu, badanie lekarskie ujawniło astmę oskrzelową. Prawie jedna piąta palących pacjentów objętych programem jest w wysokim stopniu uzależniona od nikotyny narażając się na poważne kłopoty zdrowotne w przyszłości, a jedna siódma nie wykazuje chęci do zaprzestania palenia. Według koordynatora programu, w porównaniu z latami ubiegłymi, stwierdzono zmniejszenie ilości osób o dużym stopniu uzależnienia od nikotyny, zdecydowane zwiększenie ilości osób o dużym stopniu motywacji do rzucenia palenia, a także wyższą jakość wykonywanych spirometrii.

6. Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 roku życia

Program badań przesiewowych pozwalający wykryć zmiany patologiczne w gruczole tarczycy u kobiet powyżej 40 roku życia składał się z dwóch etapów. W I etapie badanie fizykalne tarczycy zostało wykonane u 1696 chętnych kobiet. Drugi etap, do którego zakwalifikowano 1009 pacjentek, obejmował dokładniejsze badania gruczołu (badanie poziomu TSH, USG tarczycy oraz w uzasadnionych przypadkach biopsję cienkoigłową) i konsultację lekarską po wykonanych badaniach. Wszystkie ośrodki przeprowadzające badania tarczycy wskazywały, że program cieszył się dużym zainteresowaniem, a ilość zakontraktowanych w jego obrębie świadczeń nie dorównywała ilości zainteresowanych skorzystaniem z bezpłatnych badań lekarskich.

7. Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych

Badania profilaktyczne w celu wczesnego wykrycia astmy i chorób alergicznych były adresowane do dzieci i młodzieży. Pierwsza część programu (A) dotyczyła dzieci w wieku 7-9 lat i obejmowała ankietyzację, celem wyłonienia uczniów z objawami alergii dróg oddechowych, skóry lub przewodu pokarmowego, następnie konsultację alergologiczną oraz badania diagnostyczne pozwalające ocenić istnienie i rodzaj alergii. Część druga programu (B) obejmowała uczniów szkół zawodowych w wieku 16-18 lat, z kierunków fryzjerstwo, gastronomia i poligrafia. Celem programu

było wczesne rozpoznanie alergii zawodowej u uczniów podczas nauki w szkole i skierowanie ich pod nadzór alergologiczny.

W realizacji programu A etap I brało udział 9 poradni, w tym 2 alergologiczne oraz 3 Poradnie Alergologiczne w etapie II. Program B był realizowany przez 3 poradnie Alergologiczne, w tym 2 interdyscyplinarne. W programie wzięły udział szkoły, które wykazały wolę współpracy. W sprawozdaniu z realizacji programu nie wykazano ile szkół zostało zaproszonych do programu.

W ramach części A etap I przebadano 1722 dzieci, spośród których wyłoniono grupę 759 uczniów podejrzanych o dolegliwości alergiczne. Wykazano, iż jedynie co 3. dziecko pozostaje w leczeniu alergologicznym. W II etapie przebadano 502 uczniów, potwierdzając najczęstsze występowania alergii nosa, wyprysków skórnych oraz spastycznego nieżytu oskrzeli lub astmy. Program B objął 142 uczniów szkół zawodowych, zakwalifikowanych do badań specjalistycznych spośród 300 ankietowanych. Co 2. badana osoba cierpiała na nieżyt alergiczny nosa, a co 7. na astmę lub astmatyczny nieżyt oskrzeli. U 27% stwierdzono wypryski alergiczne. Jedynie 9% spośród badanych, o wiele mniej niż w przypadku młodszych uczniów, pozostawało pod nadzorem alergologicznym.

W ramach realizacji programu wykonano 269 spirometrii u chorych z podejrzeniem astmy. Wyniki badań nie wykazały odchyień od normy.

Zdaniem nadzorującego program, zagrożenie alergią zawodową wśród uczniów przystępujących do zawodu narasta z latami nauki. Wymaga to opracowania zaleceń prewencyjnych

dopuszczania do nauki w zawodach o wysokim stopniu zagrożenia alergią, jak i zasad wczesnego jej rozpoznawania.

8. Program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup z wysokiego ryzyka

Próchnica występuje u 95% dzieci w Polsce. Są to dane na tyle niepokojące, że należy podejmować odpowiednie środki zaradcze już od najmłodszych lat, kiedy nie są utrwalone jeszcze nawyki sprzyjające powstawaniu choroby. Objąć one winny edukację rodziców, przestrzeganie zasad racjonalnego żywienia i dbałości o higienę jamy ustnej oraz regularną kontrola stanu uzębienia.

Celem programu jest obniżenie występowania próchnicy zębów wśród dzieci oraz zwiększenie świadomości rodziców i dzieci, co do przyczyn powstawania próchnicy oraz jej zapobiegania. Programem objęci zostali uczniowie od 6 do 14 lat. Program składał się z dwuetapową realizację, w każdym z nich doszło do jednej wizyty w gabinecie stomatologicznym. Przerwa między wizytami wynosiła od 3 do 6 miesięcy. W trakcie pierwszej wizyty uczeń miał mieć dokonaną ocenę stanu uzębienia wraz z usunięciem bakteryjnej płytki nazębnej, lakierowaniem zębów lakierem fluorkowym oraz dodatkowo przekazane zalecenia dla rodziców o stanie uzębienia i sposobie dalszego postępowania. W trakcie drugiej wizyty u dzieci z podwyższonym ryzykiem wystąpienia choroby zostało przeprowadzone lakowanie zębów trzonowych oraz u wszystkich uczestników lakierowanie całych łuków zębowych.

Program był realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi w zakresie stomatologii dziecięcej. Przebadano 1928 dzieci.

9. Program profilaktyki wad postawy

Powszechnym problemem w polskich szkołach są wady postawy u dzieci i młodzieży szkolnej. Niewłaściwe nawyki są niestety utrwalane w trakcie edukacji szkolnej. Uczniowie nabawiają się skrzywień kręgosłupa wskutek złego ułożenia ciała w pozycji siedzącej i zbyt długiego przebywania w takiej pozycji. Takie postawy nie są korygowane przez nauczycieli, wskutek czego po opuszczeniu szkoły młodzi ludzie niejednokrotnie wymagają już leczenia rehabilitacyjnego.

Upowszechnianiu właściwych postaw służył wdrożony przez Urząd Miasta program profilaktyki wad postawy. Program skierowano do dzieci w wieku od 11 do 12 lat. W sprawozdaniu nie sprecyzowano kryteriów doboru szkół do uczestniczenia w programie. Etap I obejmował badanie fizykalne postawy ciała. Dzieci z podejrzeniem skolioz otrzymywały pisemną informację dla rodziców o możliwości dodatkowych badań. W II etapie dokonywano weryfikacji stwierdzonych wcześniej zmian oraz wykonywano rentgenogramy A-P kręgosłupa w pozycji stojącej.

W I etapie przebadano 3903 uczniów, spośród których 39% (1513 osób) zostało skierowanych do dalszej części programu. W II etapie uczestniczyło tylko 924 dzieci. W 17 (2,8%) przypadkach stwierdzono postawę prawidłową, a w pozostałych potwierdzono wykrytą wcześniej wadę postawy ciała.

10. Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu

Udar mózgu to choroba będąca przyczyną trzeciej co do częstości liczby zgonów na świecie. Charakteryzuje się ona nagłym pojawieniem się rozległego ogniska zapalnego w mózgu, będącego przyczyną upośledzenia tego organu skutkującego trwałym upośledzeniem psychicznym pacjenta, a nawet zgonem.

W Polsce rejestruje się około 60 000 zachorowań rocznie. Zważywszy na fakt, że jedynie 3% chorych kwalifikuje się do skutecznego leczenia farmakologicznego, tym ważniejsze jest zapobieganie chorobie. Mając to na względzie w 2004 roku zainicjowano po raz pierwszy program zapobiegania udarowi mózgu w mieście Krakowie. Program adresowany jest szczególnie do mieszkańców miasta, którzy zachorowali na udar niedokrwienny mózgu w roku 2004. Składał się z dwóch etapów. W pierwszym dokonano identyfikacji osób kwalifikujących się do udziału w programie na podstawie dokumentacji lekarskiej z oddziałów krakowskich szpitali leczących przypadki udaru. W drugim natomiast przekazano zaproszenie do uczestnictwa w programie osobom wyselekcjonowanym, które następnie zostały poddane specjalistycznym badaniom lekarskim na okoliczność występowania schorzeń poudarowych oraz ogólnego stanu neurologicznego. Badania takie zostały powtórzone w przeciągu 6 miesięcy po pierwszej wizycie u lekarza.

Uzupełnieniem badań lekarskich był wywiad przeprowadzony z pacjentem w kierunku występowania padaczki pourazowej oraz badający ogólny stan aktywności pacjen-

ta. W pierwszym roku realizacji programu, który będzie kontynuowany w następnych latach wzięło udział 441 osób.

11. Mała profilaktyka

W roku 2004 prowadzone były również jednoroczne programy autorskie w ramach tzw. „małej profilaktyki” (tabela obok).

Nazwa programu	Nazwa realizatora	Adres
Wielospecjalistyczna diagnostyka i wczesne leczenie stomatologiczno-ortodontyczno-logopedyczne u dzieci niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie	Krakowska Poradnia Stomatologiczna NZOZ Pro-Stom	ul. Lipińskiego 15
Autorski program rehabilitantów, psychologów, logopedów dla dzieci niepełnosprawnych	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265
Padaczka-zdrowie-edukacja	NZOZ Wielospecjalistyczne Centrum Medyczne	ul. Józefitów 19 B
Program dla dzieci i młodzieży z autyzmem	„EFFATHA” Sp. z o.o. NZOZ Ośrodek Dla Osób z Autyzmem	ul. Szopkarzy 8
Program edukacyjny wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet	NZOZ Ginekologii i Położnictwa GEMELLI Sp z o.o.	os. Jagiellońskie1
Stworzenie regionalnego systemu profilaktyki astmy i chorób alergicznych oraz monitorowania skuteczności leczenia i jakości opieki zdrowotnej, edukacja chorych i ich opiekunów w domu i szkole	Centrum Medyczne „MED-ALL”	ul. Budziszewska 1
Terapia osób uzależnionych od nikotyny w ramach profilaktyki chorób krążenia	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 17
Program edukacyjny dla opiekunów osob chorych na otępienie	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Śniadeckich 10
Edukacja Prozdrowotna z zastosowaniem technik behawioralno-poznawczych w przebiegu modyfikacji zachowań dezadaptacyjnych u chorych leczonych przewlektymi dializami i ich rodzin	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 15
Kompleksowy program edukacji oraz wstępnej profilaktyki zaburzeń depresyjnych i lękowych	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 21
Problemy wieku dojrzewania młodzieży	Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Ujastek” Sp. z o.o.	ul. Ujastek 3
Program terapii dla osób uzależnionych od nikotyny jako kontynuacja programu profilaktyki POCHP	NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień	ul. Wielicka 73
Program profilaktyczny „ADHD”	NZOZ Wielospecjalistyczne Centrum Medyczne	ul. Józefitów 19 b
Odkryć własne ja – wartości pracy terapeutycznej w aktywizowaniu, usprawnianiu i integracji osób niepełnosprawnych	NZOZ Dzienny Ośrodek Adaptacyjny Sp. z o.o.	ul. Piekarska 3
Profilaktyka zaburzeń depresyjnych, lękowych i psychosomatycznych	NZOZ PSYCHE – med Poradnia Psychiatryczno Psychologiczna	ul. Rusznikarska 17
Lekcja zdrowia w Kopalni Soli Wieliczka	Kopalnia Soli „Wieliczka” Podziemny Ośrodek Rehabilitacyjno-Lecznicy	Park Kingi 6

Programy autorskie w ramach tzw. „małej profilaktyki”

Podsumowanie

Rok 2004 był pierwszym rokiem realizacji trzyletniego **Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia 2004-2006**. W analizowanym okresie nie osiągnięto jeszcze znaczących efektów związanych z realizacją Programu. Poczynione działania stwarzają jednak racjonalne podstawy do założenia, iż satysfakcjonujące rezultaty zostaną osiągnięte w zakładanym horyzoncie czasowym tj. do końca 2006 roku.

Większość krótkoterminowych celów operacyjnych na rok 2004 została zrealizowana.

W zakresie **inwestycji** stworzono warunki dla normalizacji sytuacji ekonomicznej szpitali poprzez przeprowadzenie termomodernizacji budynków gminnych oraz zakupy sprzętu medycznego dla oddziału geriatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (sprzęt rehabilitacyjny, RTG) oraz odnowienie medycznej bazy aparaturowo-sprzętowej Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Narutowicza w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory) i Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie (wyposażenie bloków operacyjnych, sprzęt laboratoryjny, sprzęt diagnostyczny, inkubatory).

Utrzymano dodatni wynik finansowy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie.

W zakresie **ratownictwa medycznego** rozszerzono sieć szpitalnych oddziałów w ratunkowych na terenie miasta Krakowa. (Szpital im. Rydygiera, Szpital im. Narutowicza, Szpital MSWiA, Kliniczny Szpital Wojskowy).

Wskutek obiektywnych przeszkód wynikających ze zmiany sytuacji prawnej (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie której zawieszono przepisy o Państwowym Ratownictwie Medycznym) nie zrealizowano następujących zadań:

- Uzyskanie akredytacji przez poszczególne SOR-y do prowadzenia specjalizacji z medycyny ratunkowej,
- Doprowadzenie do pełnej kontroli nad nauczaniem ratownictwa. Wymaganie stosownych certyfikatów, wydawanych przez konsultanta wojewódzkiego w oparciu o wytyczne nadzoru krajowego. Modyfikacja programów nauczania ratownictwa w szkołach średnich.
- Stworzenie warunków dla zatrudnienia 30 studentów CM UJ, którzy w 2004 roku uzyskają stopień licencjata w zawodzie ratownika medycznego.

Zmiana ustawy spowodowała, iż Prezydent Miasta Krakowa do dnia 31 grudnia 2005 r. nie ma kompetencji do zarządzania systemem państwowego ratownictwa medycznego na terenie Miasta Krakowa, a utworzone dla Miasta Krakowa i Powiatu Krakowskiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego pozostaje w strukturach Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, dla którego organem założycielskim jest samorząd Województwa Małopolskiego.

W zakresie **profilaktyki i leczenia uzależnień** od substancji psychoaktywnych kontynuowano działania, zgodnie z zapisami Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W analizowanym okresie kontynuowano współpracę z placówkami leczniczymi pomagającymi wyjść z nałogu, realizowano liczne programy edukacyjne i przeprowadzono szereg imprez sportowo-rekreacyjnych dla dzieci i młodzieży (Juliada 2004, Młody Las, Dzień Dziecka w Dolince Bolechowickiej). W celu zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych promowano instytucje leczące uzależnienia poprzez wydanie broszury „GPPIRPA. Informator 2004-2006”, reklamę w gazetach dzielnicowych, programach telewizyjnych.

Więszego zaangażowania wymagają natomiast działania ukierunkowane na edukację rodziców w zakresie zagrożeń związanych z używaniem alkoholu przez młodzież oraz szersze uświadomienie społeczeństwu, czym grozi nadmierna tolerancja dla takich zjawisk jak nieprzestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim. W znacznie większym stopniu należałoby też wykorzystać lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy winni stanowić pierwsze ogniwo profilaktyki i pomocy uzależnionym.

Celem poprawy mierników zdrowia populacji niezwykle ważne jest wdrażanie nawyków prozdrowotnych i utrwalanie pożądanych zachowań w tym zakresie, co stanowi ważny element programów profilaktyki i promocji zdrowia, skierowanych zwłaszcza do dzieci i młodzieży. W 2004 roku realizowano trzy programy obejmujące populację uczniów: **profilaktyki astmy oraz**

chorób alergicznych, profilaktyki wad postawy oraz zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka.

Siedem programów profilaktycznych **prewencji miażdżycy i cukrzycy typu 2, wczesnego rozpoznawania raka piersi, wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy, badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego, profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, profilaktyki chorób tarczycy oraz profilaktyki wtórne- go udaru mózgu** skierowano do dorosłych. Łącznie w programach wzięło udział 54 316 osób.

Po przeanalizowaniu całości materiałów dotyczących programów profilaktycznych zatwierdzonych na lata 2004-2006 i realizowanych w 2004 roku proponuje się przyjęcie następujących rekomendacji. Poniżej przedstawione propozycje dzielą się na dwie grupy, dotyczące aktualnych programów i oraz wnioski na przyszłość.

Rekomendacje dotyczące aktualnych programów profilaktycznych:

1. Programy zatwierdzone i rozpoczęte kontynuować, zgodnie z planem do 2006 roku.
2. Na zakończenie 3-letniej realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia (w roku 2006) koniecznym będzie:
 - refleksja,
 - próba uzupełnienia braków w projektach poszczególnych programów,
 - ewentualne skorygowanie tych elementów, których zmiana byłaby korzystna, a jest możliwa w ramach danego programu.
 - Kontynuowanie lub zmiana profilu programów zdrowotnych.

Celem tego typu działań powinno być poszukiwanie możliwości poprawy jakości istniejących już programów. Pod żadnym pozorem nie należy sprawiać wrażenia, iż działania zmierzają do krytykowania kogokolwiek, a w szczególności osób zaangażowanych.
3. W ramach obowiązku sprawozdawczego należy wprowadzić też zasadę, iż kierujący programami podają:
 - jakie zasadnicze problemy z ich realizacją pojawiły się w okresie, którego dotyczy sprawozdanie,
 - jakie działania podjęli lub zamierzają podjąć dla skorygowania problemów pojawiających się w trakcie realizacji programu.

Rekomendacje dotyczące przyszłych programów:

1. Podjąć już obecnie przygotowania dla kolejnego okresu programów zdrowotnych. Winny one zacząć się w III kwartale roku 2006. Elementem kluczowym winno być przyjęcie jednolitych kryteriów oceny w przypadku rozpatrywania propozycji programów profilaktycznych.
2. Przy rozpatrywaniu w przyszłości programów wprowadzić zasadę, iż Urząd Miasta Krakowa będzie współpracował z osobami mającymi doświadczenie w ocenie technologii medycznych lub EBM przygotowując sprawozdanie z realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia.
3. Przy wyborze powinno się preferować opcję wybrania jednego realizatora wszystkich zaplanowanych programów. Umożliwiłoby to poprawę systemu rekrutacji uczestników, co w obecnych programach jest najślabszym elementem. Pozwoliłoby to również na lepszy i bardziej sprawiedliwy dostęp do programów tych mieszkańców Krakowa, którzy potencjalnie mogą najwięcej skorzystać na takim udziale.
4. Ustanawiając programy należy w drodze konkursowej wyłonić niezależnego od wykonawców ewaluatora, który na bieżąco, na miejscu winien oceniać poprawność realizacji programów.

Bibliografia

1. R. Nizankowski, M. Bedlicki, K. Pajerska – Stanach, M. Piotrowski:
Ocena funkcjonowania szpitali miejskich. Kraków 2003.
2. *Monitorowanie i podnoszenie jakości usług zdrowotnych – działania podejmowane w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie*.
3. *Wybrane działania gminy miejskiej Kraków w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w roku 2003*.
4. *Sprawozdanie z realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych za pierwsze półrocze 2004*.
5. *Sprawozdanie z realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w roku 2003*.
6. *Dla TPJ – ratownictwo medyczne*.
7. *Budżet Krakowa 2004*.
8. *Program profilaktyki astmy oraz chorób alergicznych – opis*.
9. *Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – opis*.
10. *Program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka choroby – opis*.
11. *Program profilaktyki wad postawy – opis*.
12. *Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 r.ż – opis*.
13. *Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 r.ż. – opis*.
14. *Program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy*.
15. *Liczba osób objętych programem profilaktycznymi*.
16. *Program prewencji miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia – opis*.
17. *Program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego – opis*.
18. *Program wczesnego rozpoznawania raka piersi – opis*.
19. *Sprawozdanie – Program wczesnego rozpoznawania i prewencji Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc*.
20. *Środki na programy profilaktyczne – 2004*.
21. *Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu – opis*.
22. *Sprawozdanie z programu profilaktyki wad postawy*.
23. *Zbiorcze sprawozdanie z realizacji programu profilaktycznego pod nazwą: Program Wczesnego Rozpoznawania Raka Szyjki Macicy finansowanego przez Miasto Kraków za rok 2004*.
24. *Miejski Program Ochrony Zdrowia 2004 – 2006*.



URZĄD MIASTA
KRAKOWA

WYDZIAŁ
SPRAW SPOŁECZNYCH

Adres:
ul. Grunwaldzka 8
31-526 Kraków

Tel.: +48 12 616 96 11
Fax: +48 12 616 96 16

Magiczny Kraków - Miejska Prezentacja Internetowa

www.krakow.pl

