



RAPORT O ZDROWIU  
MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA  
I JEGO UWARUNKOWANIACH  
ZA ROK 2005

KRAKÓW



URZĄD MIASTA  
KRAKOWA

RAPORT O ZDROWIU  
MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA  
I JEGO UWARUNKOWANIACH  
ZA ROK 2005

Referat Zdrowia  
Wydział Spraw Społecznych  
Urzędu Miasta Krakowa  
Kraków 2006

Opracowano  
w Referacie Zdrowia  
Wydziału Spraw Społecznych  
Urzędu Miasta Krakowa

Nadzór merytoryczny:  
Stanisława Urbaniak  
*Zastępca Prezydenta Miasta Krakowa*

Zespół redakcyjny:  
Krystyna Kollbek-Myszka  
*Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych UMK*  
Andrzej Bodosiewicz  
*Z-ca Dyrektora Wydziału Spraw Społecznych UMK*  
Paweł Lipowski  
Marek Jachowicz  
Anna Chodorowska  
Bożena Opach  
Maria Piętań-Frączek  
Karolina Kaczor  
Grażyna Jędrzejewska  
Wiesława Śliżowska  
Anna Oskarbska  
Ryszard Osiński

# Spis treści

Spis tabel	4
Spis rysunków	6
Wprowadzenie	8
Część I. Mierniki stanu zdrowia populacji	9
1. Ludność według płci oraz ruch naturalny	10
2. Struktura ludności	11
3. Oczekiwana długość życia	12
4. Umieralność niemowląt	12
5. Umieralność	12
6. Zachorowalność i chorobowość	19
7. Niepełnosprawność	21
Część II. Opieka zdrowotna	25
1. Zasoby ochrony zdrowia	26
A. Stacjonarna opieka zdrowotna	26
B. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	37
C. Ratownictwo medyczne	40
D. Kadry medyczne	41
2. Dostępność świadczeń ambulatoryjnych	42
Część III. Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej	45
1. Działania w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, dla których Kraków jest organem założycielskim	46
2. Działania na rzecz poprawy jakości w szpitalach miejskich	48
3. Opieka nad osobami w wieku podeszłym	51
4. Działania w zakresie edukacji zdrowotnej i szkoleń specjalistycznych	57
5. Medycyna szkolna	60
6. Działania promujące zdrowie i zdrowy styl życia	62
A. Miejski Program Przeciwdziałania Przemocności Młodzieży – główne zadania realizowane w latach 2000-2005	64
7. Programy prozdrowotne i profilaktyczne realizowane w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” w latach 2000-2005	68
8. Profilaktyka uzależnień w Krakowie	75
9. Prozdrowotne programy ponadregionalne	82
10. Programy profilaktyczne i prozdrowotne realizowane w Krakowie w 2005 r.	86
11. Podsumowanie raportu i dalsze kierunki działań	93
Załączniki	95
Bibliografia	107

## Spis tabel

Tab. I-1.	Dzietność, przyrost naturalny i wskaźnik migracji w latach 1980-2005 w Krakowie	10
Tab. I-2.	Oczekiwana długość życia w Krakowie, woj. małopolskim i w Polsce, 2004 rok	13
Tab. I-3.	Umieralność niemowląt wg przyczyn w Krakowie i woj. Małopolskim	13
Tab. I-4.	Przyczyny zgonu w roku 2004 – liczba i udział w strukturze zgonów (obie płcie łącznie)	16
Tab. I-5.	Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w latach 2001-2004 w Krakowie	20
Tab. I-6.	Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.	22
Tab. I-7.	Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r. – osoby poniżej 16 roku życia	24
Tab. II-1.	Wykaz publicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie powiatu grodzkiego Kraków	26
Tab. II-2.	Wykaz niepublicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie powiatu grodzkiego Kraków	27
Tab. II-3.	Działalność zakładów opieki zdrowotnej w Mieście Krakowie w latach 2004-2005	28
Tab. II-4.	Wskaźniki działalności publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych w Mieście Krakowie w latach 2000-2004	29
Tab. II-5.	Wskaźniki działalności publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych w Polsce, województwie małopolskim, Krakowie w latach 2000-2004	29
Tab. II-6.	Liczba łóżek według oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych Krakowa	32
Tab. II-7.	Działalność wybranych oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych	33
Tab. II-8.	Działalność zakładów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w Krakowie w latach 2004-2005	35
Tab. II-9.	Liczba łóżek na oddziałach Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w latach 2004-2005	36
Tab. II-10.	Liczba łóżek w psychiatrycznych niepublicznych zakładach opieki stacjonarnej w latach 2004-2005	36
Tab. II-11.	Wskaźniki działalności oddziałów psychiatrycznych w publicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Krakowa w latach 2002-2005	36
Tab. II-12.	Działalność publicznych i niepublicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz hospicjów w Krakowie w latach 2004-2005	37
Tab. II-13.	Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych zakładach pielęgnacyjno opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjach w Mieście Krakowie w latach 2004-2005	37
Tab. II-14.	Ilość świadczeniodawców usług zdrowotnych w Krakowie, z którymi zawarto umowy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2002-2006	38
Tab. II-15.	Ilość etatów świadczeniodawców usług zdrowotnych w Krakowie z którymi zawarto umowy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego	38
Tab. II-15a.	Liczba podpisanych umów w POZ w podziale na zakresy	38
Tab. II-16.	Rozmieszczenie przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (stan na dzień 31.XII)	39
Tab. II-17.	Działalność ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w Małopolsce i w Mieście Krakowie w latach 2001-2004	39
Tab. II-18.	Porady udzielone w wybranych poradniach specjalistycznych dla ogółu ludności w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w Małopolsce i w Mieście Krakowie w latach 2001-2004	40
Tab. II-19.	Zatrudnienie ogółem w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie Krakowa – stan na 31.XI2005	42
Tab. II-20.	Specjalistyczne lecznictwo ambulatoryjne w Krakowie - średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w latach 2004-2005	45
Tab. II-21.	Specjalistyczne psychiatryczne lecznictwo ambulatoryjne w Krakowie - średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w latach 2004-2005	44
Tab. III-1.	Wielkość środków przeznaczonych na inwestycje w latach 2003-2005 w miejskich SPZOZ	46
Tab. III-2.	Pomoc finansowa udzielona miejskim SPZOZ z budżetu Miasta Krakowa w 2005 r.	46
Tab. III-3.	Liczba łóżek opieki długoterminowej w Krakowie w latach 2003-2005	51
Tab. III-4.	Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja w Krakowie (stan na dzień 31.XII.2005 r.)	52
Tab. III-5.	Publiczne domy pomocy społecznej	53
Tab. III-6.	Niepubliczne domy pomocy społecznej	53
Tab. III-7.	Średni czas oczekiwania na miejsce w poszczególnych typach domów pomocy społecznej	54
Tab. III-8.	Liczba miejsc, czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w domach pomocy społecznej w Krakowie w latach 2003-2005	54
Tab. III-9.	Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2003-2005	55
Tab. III-10.	Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze zrealizowane w Krakowie w latach 2003-2005	55
Tab. III-11.	Realizacja programów profilaktycznych w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” w latach 2000-2005	71
Tab. III-12.	Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w Krakowie w latach 2000-2005	71
Tab. III-13.	Liczba osób objętych programami profilaktycznymi w Krakowie w latach 2000-2005	73
Tab. III-14.	Środki wydatkowane na profilaktykę i promocję zdrowia w Dzielnicach w latach 2000-2005	74

Tab. III-15. Udział procentowy wydatków poszczególnych Dzielnic na profilaktykę w latach 2000-2005	74
Tab. III-16. Kwota wydatkowana na profilaktykę w przeliczeniu na jednego mieszkańca w latach 2000-2005	75
Tab. III-17. Struktura „klientów” Izby Wyrzeźwień klientów latach 2000-2005	78
Tab. III-18. Liczba rodzin w Krakowie w trudnej sytuacji życiowej spowodowanej alkoholizmem i narkomanią w Krakowie w latach 2002-2005	80
Tab. III-19. Wydatki na zwalczanie narkomani i przeciwdziałanie alkoholizmowi (wydatki wg klasyfikacji budżetowej w ramach budżetu miasta)	80
Tab. III-20. Programy profilaktyczne realizowane przez Miasto Kraków w 2005 r.	88
Tab. III-21. Zaangażowanie finansowe poszczególnych dzielnic Krakowa w realizację programów profilaktycznych w 2005 r.	88
Tab. III-22. Kwota wydatkowana przez Dzielnice na profilaktykę w 2005 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca	89
Tab. III-23. Liczba osób uczestniczących w programach dzielnicowych w 2005 r.	90
Tab. III-24. Procentowe wykonanie szczepień w latach 2004/2005	91

## Spis rysunków

Rys. I-1.	Liczba żywych urodzeń na 1000 osób	10
Rys. I-2.	Urodzenia i zgony w 2000-2002 roku i prognoza do 2030 roku w Krakowie	11
Rys. I-3.	Liczba ludności w 2000-2002 roku i prognoza do 2030 roku w Krakowie	11
Rys. I-4.	Struktura wiekowa populacji Krakowa w 5-letnich przedziałach, 2005 rok, liczba osób	11
Rys. I-5.	Struktura wiekowa populacji Krakowa, procent osób danej płci w 5 letnich przedziałach wiekowych, 2005 rok	11
Rys. I-6.	Liczba mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie	12
Rys. I-7.	Odsetek mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie	12
Rys. I-8.	Zmiana procentowego udziału liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 1980-2005 w Krakowie	12
Rys. I-9.	Zmiana liczby mężczyzn w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w Krakowie	12
Rys. I-10.	Zmiana liczby kobiet w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w Krakowie	12
Rys. I-11.	Współczynnik umieralności w Krakowie i średnio w Polsce u mężczyzn i kobiet	14
Rys. I-12.	Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w grupach wiekowych w latach 2002-2003	14
Rys. I-13.	Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w grupach wiekowych w latach 2002-2003	14
Rys. I-14.	Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w grupach wiekowych w latach 2002-2003	14
Rys. I-15.	Struktura zgonów w Krakowie (mężczyźni), 2004 rok	15
Rys. I-16.	Struktura zgonów w Krakowie (kobiety) 2004 rok	15
Rys. I-17.	Struktura zgonów województwie małopolskim (mężczyźni) 2004 rok	15
Rys. I-18.	Struktura zgonów województwie małopolskim (kobiety) 2004 rok	15
Rys. I-19.	Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni	16
Rys. I-20.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004	16
Rys. I-21.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni 1987-2002	17
Rys. I-22.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004	17
Rys. I-23.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 1987-2002	17
Rys. I-24.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004	17
Rys. I-25.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok	18
Rys. I-26.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca w Krakowie i średnio w Polsce, mężczyźni i kobiety 1987-2002	18
Rys. I-27.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety	18
Rys. I-28.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety	18
Rys. I-29.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 2004 rok	19
Rys. I-30.	Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu oddechowego w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 2004 rok	19
Rys. I-31.	Współczynnik zachorowań na HIV (1999-2003) według województw	20
Rys. I-32.	Współczynnik zachorowań na AIDS (1999-2003) według województw	20
Rys. I-33.	Liczba osób niepełnosprawnych ogółem, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	21
Rys. I-34.	Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg stopnia niepełnosprawności, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	22
Rys. I-35.	Liczba wydanych orzeczeń wg wieku i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.	22
Rys. I-36.	Liczba wydanych orzeczeń wg płci i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.	23
Rys. I-37.	Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	23
Rys. I-38.	Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	23
Rys. I-39.	Wykształcenie osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	23
Rys. I-40.	Zatrudnienie osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie	24
Rys. I-41.	Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2002-2005 w Mieście Krakowie	24
Rys. I-42.	Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2002-2005 w Mieście Krakowie	25



Rys. I-43.	Liczba wydanych orzeczeń wg wieku i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.	25
Rys. I-44.	Liczba wydanych orzeczeń wg płci i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.	25
Rys. II-1.	Średni okres pobytu pacjenta w dniach w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	27
Rys. II-2.	Średnie wykorzystanie łóżek w dniach w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	28
Rys. II-3.	Średnie wykorzystanie łóżek w % w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	28
Rys. II-4.	Liczba chorych na 1 łóżko w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	28
Rys. II-5.	Liczba łóżek na 10 000 mieszkańców w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	30
Rys. II-6.	Liczba leczonych na 10 000 mieszkańców w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004	31
Rys. II-7.	Liczba zawartych umów w ramach leczenia ambulatoryjnego w latach 2002-2006 w Krakowie	38
Rys. II-8.	Pracownicy medyczni z wyższym wykształceniem zatrudnieni w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Krakowa – wg stanu na 31.XII.2005	42
Rys. II-9.	Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Krakowa – wg stanu na 31.XII.2005	42
Rys. II-10.	Średni czas oczekiwania w poradniach w Krakowie w roku 2005 (powyżej 14 dni) w porównaniu z rokiem 2004	43
Rys. II-11.	Średni czas oczekiwania w poradniach ambulatoryjnych leczenia psychiatrycznego w Krakowie w latach 2004-2005	44
Rys. III-1.	Inwestycje w miejskich SPZOZ-ach w latach 2003-2005	46
Rys. III-2.	Środki wydane przez Dzielnice na profilaktykę i promocję zdrowia w latach 2000 – 2005	69
Rys. III-3.	Udział procentowy wydatków poszczególnych Dzielnic na profilaktykę w latach 2000-2005	69
Rys. III-4.	Średnia kwota wydatkowana rocznie przez Dzielnice na profilaktykę w przeliczeniu na 1 mieszkańca w latach 2000-2005	70
Rys. III-5.	Środki wydatkowane przez poszczególne Dzielnice na programy profilaktyczne w 2005 r.	89
Rys. III-6.	Kwota wydatkowana przez Dzielnice na profilaktykę w 2005 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca	89



## Wprowadzenie

Podobnie jak w roku ubiegłym w ramach realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” został opracowany niniejszy „Raport o stanie zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2005”.

W opracowaniu poszczególnych części Raportu wykorzystano dokumenty i źródłowe dane pochodzące m.in. z:

- Urzędu Miasta Krakowa, głównie Wydziału Spraw Społecznych, Wydziału Świadczeń Socjalnych i Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej,
- Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego,
- Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie,
- Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego w Krakowie,
- Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto w opracowaniu wykorzystano dane statystyczne pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny, Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i wielu innych instytucji

gromadzących dane statystyczne z zakresu zagadnień analizowanych w niniejszym Raporcie.

W związku z obowiązującym systemem sprawozdawczości i dostępności danych statystycznych, tam gdzie było to możliwe korzystano z danych za rok 2005, w niektórych jednak przypadkach cytowano najbardziej aktualne dostępne informacje, czyli dane na koniec 2004 r.

Głównym celem przedmiotowego raportu jest przekazanie Radzie Miasta Krakowa informacji na temat realizacji Uchwały Nr XXXIII/280/03 z dnia 3 grudnia 2003 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia – „Zdrowy Kraków 2004-2006”.

Zawarte w nim treści stanowią także bazę wyjściową dla stworzenia Miejskiego Programu Ochrony i Promocji Zdrowia – „Zdrowy Kraków 2007-2009”, służącą określeniu rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia medyczne, wspartego odpowiednim sposobem gromadzenia i weryfikacji danych, sprawozdawczością oraz wykorzystaniem generowanych informacji w procesie planowania interwencji, charakteryzującym się precyzyjnym wyborem obszaru działań, właściwym sposobem interwencji oraz

efektywnym wykorzystaniem dostępnych środków na cele prozdrowotne, takie jak: promocja zdrowia, profilaktyka chorób, diagnostyka i leczenie oraz rehabilitacja.

Raport składa się z następujących rozdziałów:

1. Mierniki stanu zdrowia populacji – część opisująca strukturę ludności według wieku i płci, dane demograficzne oraz zachorowalność i umieralność.
2. Opieka zdrowotna – część zawierająca analizę danych dotyczących zasobów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej na terenie Krakowa.
3. Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej – część prezentująca informacje o działaniach w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, dla których Miasto Kraków jest organem założycielskim oraz opis działań z zakresu promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, medycyny szkolnej, profilaktyki uzależnień i realizowanych programów profilaktycznych.

Końcowa część dokumentu zawiera podsumowanie całości analizowanych zagadnień oraz nakreślenie kierunków dalszych działań Miasta w zakresie ochrony zdrowia.

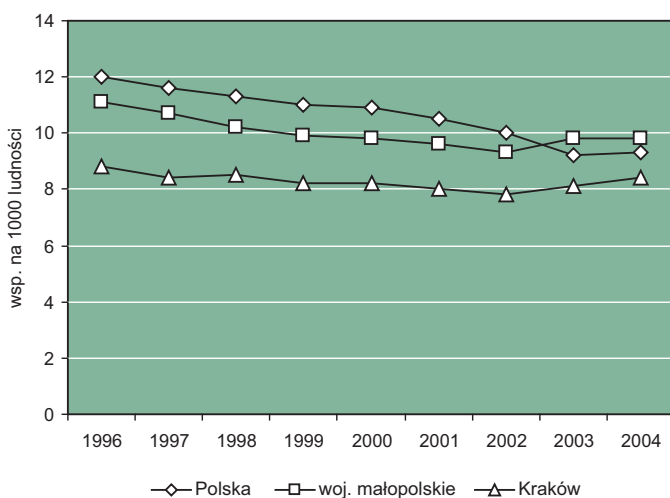
**Część I**  
Mierniki stanu  
zdrowia populacji

## Wstęp

Stan zdrowia populacji uwarunkowany jest przez czynniki genetyczne, środowiskowe, jakość opieki zdrowotnej i strukturę populacji. Ocena stanu zdrowia populacji może zostać dokonana poprzez określenie stanu zdrowia poszczególnych jej członków, w tzw. pomiarze bezpośrednim stanu zdrowia. Inną metodą, tzw. pośrednią, jest wykorzystanie do tego celu licznych wskaźników zdrowotnych, z których najważniejsze dotyczą długości życia, zachorowalności i umieralności. W Polsce jedynym w pełni funkcjonującym systemem, który jest wykorzystywany w analizach stanu zdrowia jest rejestr przyczyn zgonów. Inne, ważne elementy oceny stanu zdrowia oparte o wskaźniki zapadalności, chorobowości i śmiertelności są z konieczności pomijane z powodu braku pełnych danych. Analiza współczynników umieralności jako podstawowego źródła informacji o stanie zdrowia oparta

jest na założeniu, że (poza przypadkami nagłymi) zgon nastąpił z przyczyny przewlekłej, na którą dana osoba wcześniej cierpiała. Stąd w oparciu o umieralność następuje pośrednie szacowanie chorobowości, jako wskaźnika najbardziej potrzebnego do celów planowania opieki zdrowotnej i zapobiegania występowaniu chorób. Nowoczesne wskaźniki epidemiologiczne zwracają coraz większą uwagę nie tylko na długość życia, ale i jego jakość. Współczynniki długości życia standaryzowane do jakości życia, lub też stopnia sprawności (DALY, QALY<sup>1</sup>) stanowiąc będą w przyszłości jedno z podstawowych narzędzi służących do oceny stanu zdrowia populacji i możliwości interwencji. Ich kalkulacja wymaga jeszcze znacznych przygotowań organizacyjnych.

1 Disability Adjusted Life Years, Quality Adjusted Life Years



Rys. I-1. Liczba żywych urodzeń na 1000 osób

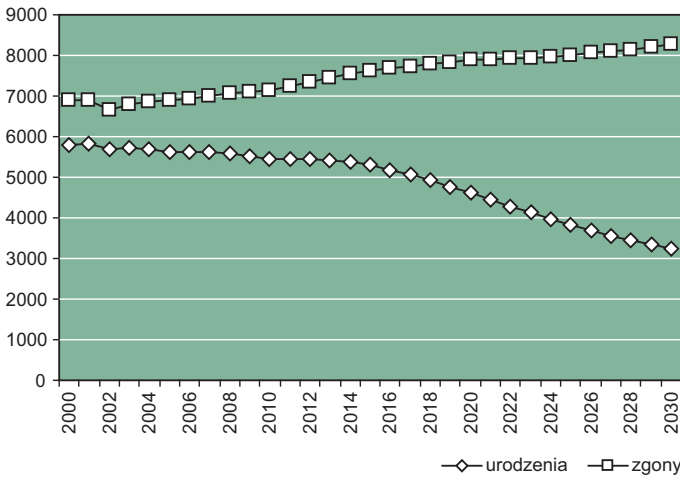
## 1. Ludność według płci oraz ruch naturalny

Strukturę ludności według płci i wieku kształtują urodzenia i zgon oraz ruch naturalny ludności. Miasto Kraków zajmuje powierzchnię 327 km<sup>2</sup>. Zaludnienie wynosi 2.316 na 1 km<sup>2</sup>. W Krakowie w dniu 31.12.2005 r. zamieszkiwało 756.629 osób, z czego 354.068 (46,8%) mężczyzn oraz 402.561 (53,2%) kobiet. Na 100 mężczyzn w Krakowie przypadało 113 kobiet, przy średniej ogólnopolskiej 106,6.

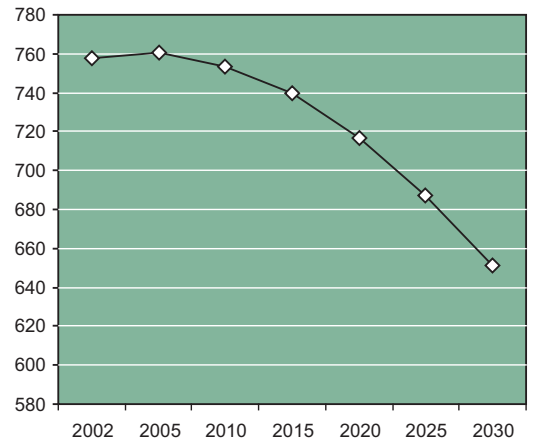
Przyrost naturalny na 1.000 mieszkańców wynosił w 2005 roku – 0,8/1000 mieszkańców i po okresie obniżenia (od poziomu 7,0 w 1980 roku) nie uległ dużym zmianom w ostatnich latach. Dla całej Polski współczynnik przyrostu naturalnego wynosił 1,5 na 1.000 ludności. Tendencja obniżania się wartości współczynnika przyrostu naturalnego wynika m.in. ze spadku liczby żywych urodzeń i jest ściśle związana z dietnością (Rys. I-1). Współczynnik dietności spadł z 1,9 w 1985 roku do 1,09 w 2005 roku. W Krakowie tendencja ta jest bardziej wyraźna niż średnio w Polsce. W porównaniu z danymi województwa małopolskiego i Polski liczba żywych urodzeń przeliczana na 1000 osób ludności jest w Krakowie niższa, i do roku 2002 spadała, choć w ostatnich 2 latach obserwuje się odwrócenie tego trendu (Rys. I-1). Ponadto, liczba żywych urodzeń jest mniejsza od liczby zgonów i w prognozach na następne 20 lat ocenia się, że zjawisko to będzie narastało. W 2002 roku w Krakowie mieszkało 757.500 mieszkańców, szacunki wskazują, że w 2030 roku liczba ta będzie wynosić ok. 651.200 (Rys. I-2, I-3).

Tab. I-1. Dietność przyrost naturalny i wskaźnik migracji w latach 1980-2005 w Krakowie

Rok	dietność	przyrost naturalny	wskaźnik migracji
1980	bd	7,0	6,5
1985	1,9	5,4	1,3
1990	1,6	1,0	2,1
1995	1,3	-1,4	0,8
2000	1,1	-1,5	1,3
2002	1,006	-1,3	2,5
2004	1,03	-0,8	1,5
2005	1,06	-0,8	2,0



Rys. I-2. Urodzenia i zgony w 2000-2002 roku i prognoza do 2030 roku w Krakowie



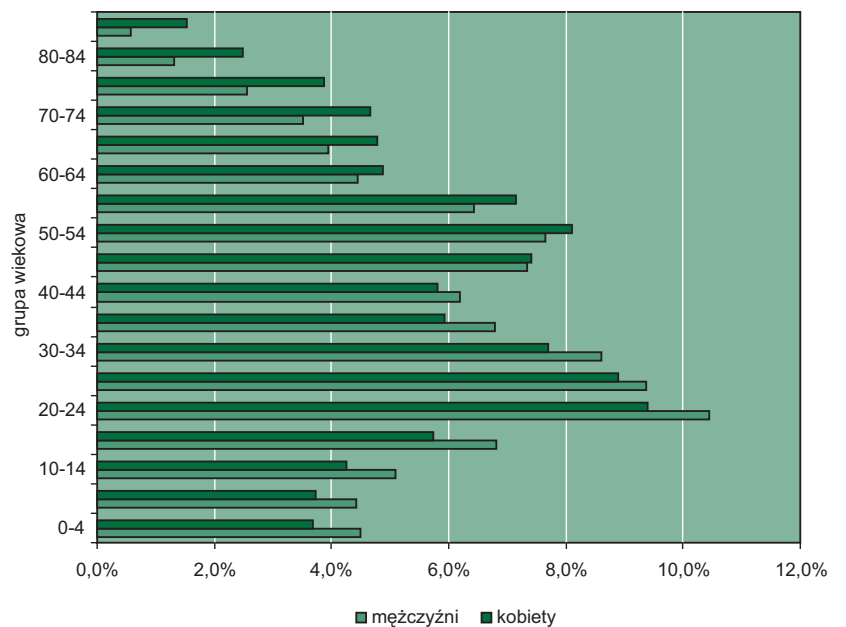
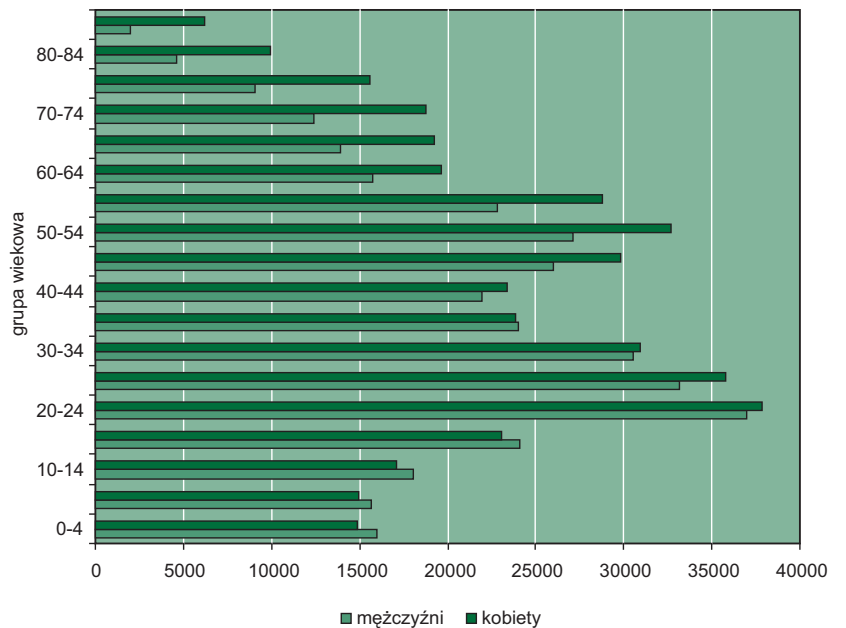
Rys. I-3. Liczba ludności w Krakowie (w tys. osób) w latach 2000-2002 roku i prognoza do 2030 roku

Rys. I-4. Struktura wiekowa populacji Krakowa w 5-letnich przedziałach, 2005 rok, liczba osób

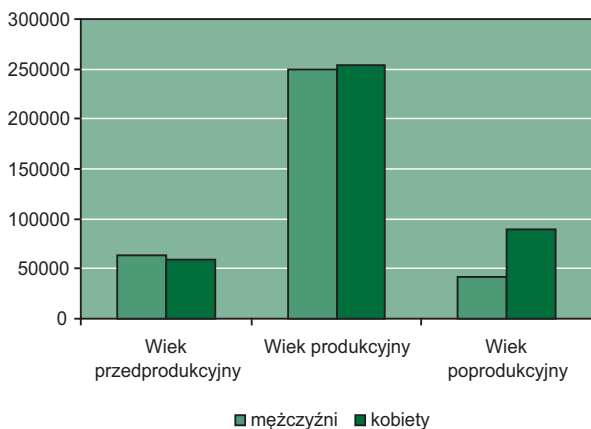
## 2. Struktura ludności

Rozkład populacji Krakowa wg wieku obrazuje rysunek I-4 i I-5. Na Rys. I-4 przedstawiono liczbę bezwzględną kobiet i mężczyzn w 5-letnich grupach wiekowych. Do 24 roku życia zaznacza się przewaga liczby mężczyzn, później, w związku z większą umieralnością mężczyzn, przewaga liczby kobiet. Na wykresie procentowym (Rys. I-5) brak lub nadmiar mężczyzn w niektórych grupach wiekowych są jeszcze wyraźniej widoczne. Największa różnica w stosunku do średniej w Polsce dotyczy odsetka mężczyzn i kobiet w wieku powyżej 45 lat.

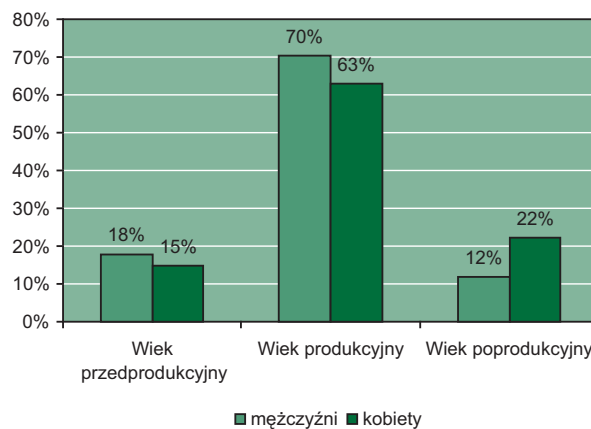
Zmniejszający się przyrost naturalny i wzrost długości życia zmienia strukturę wiekową populacji, spada także odsetek osób w wieku produkcyjnym. Niższy odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym pośrednio świadczy o niższym przyroście naturalnym w minionych latach, co w przyszłości będzie skutkowało mniej korzystniejszym stosunkiem liczby osób pracujących do osób w wieku poprodukcyjnym (obarczonych m.in. wyższym ryzykiem zachorowania na choroby przewlekłe). Struktura wiekowa mieszkańców w podziale na grupy produkcyjne zobrazowana jest na Rys. I-6 i I-7. W wieku poprodukcyjnym jest niemal połowę mniej mężczyzn niż kobiet (wiąże się to także z wyższym dla mężczyzn wiekiem emerytalnym). W wieku przedprodukcyjnym jest 18% mężczyzn



Rys. I-5. Struktura wiekowa populacji Krakowa, % osób danej płci w 5-letnich przedziałach wiekowych, 2005 rok



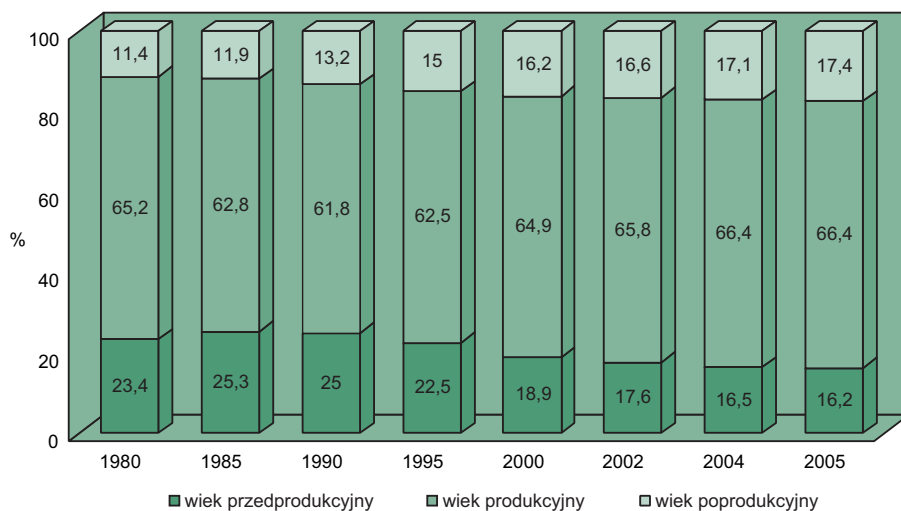
Rys. I-6. Liczba mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie



Rys. I-7. Odsetek mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie

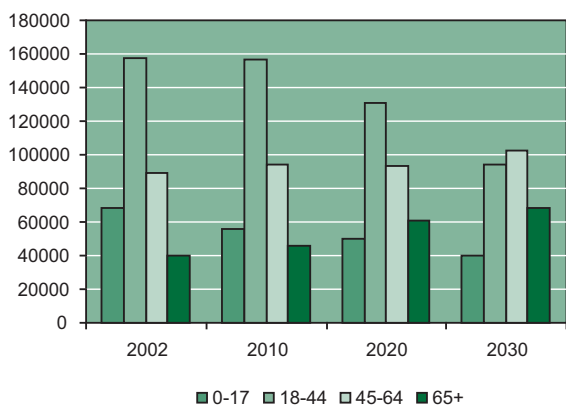
i 15% kobiet, a w wieku poprodukcyjnym 12% mężczyzn i 22% kobiet. Łącznie dla obu płci pomiędzy rokiem 1980 a 2005 nastąpiło wyraźne zwiększenie się odsetka osób starszych z 11,4% do 17,5% oraz spadek odsetka osób młodych z 23,4% do 16,2% (Rys. I-8).

Jak wspomniano wcześniej, prognozy wskazują na spadek liczby mieszkańców Krakowa. Ponadto odsetek osób w wieku powyżej 64-tego roku życia ulegnie dalszemu zwiększeniu. Szacuje się, że w Krakowie odsetek mężczyzn w wieku powyżej 64 r.ż. wzrośnie z 11% w roku 2002 do 22% w roku 2030, a kobiet powyżej 60 r.ż. z 21% w roku 2002 do 36% w roku 2030. Równocześnie będzie zmniejszać się liczba osób w grupach wiekowych: 0-17 i 18-44 (Rys. I-9, I-10).

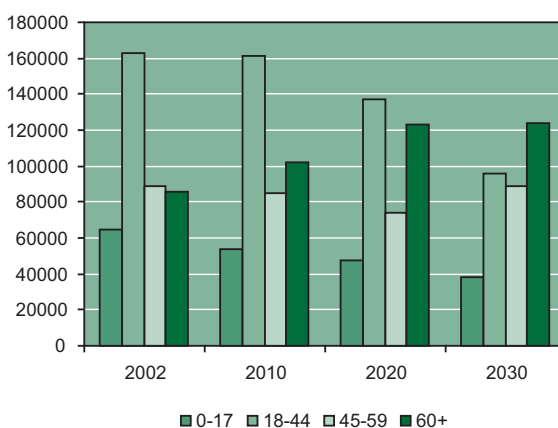


Rys. I-8. Zmiana procentowego udziału liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 1980-2005 w Krakowie

Rys. I-9 Zmiana liczby mężczyzn w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w Krakowie



Rys. I-10. Zmiana liczby kobiet w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w Krakowie



### 3. Oczekiwana długość życia

Oczekiwana długość życia<sup>2</sup> noworodka w Krakowie w roku 2004 była wyższa od średniej ogólnopolskiej i wynosiła dla chłopców 73,3 lat (w woj. małopolskim – 72,02, średnia ogólnopolska – 70,67) a dziewczynek 80,3 (w woj. małopolskim – 80,29, średnia ogólnopolska 79,23). Były to wartości jedne z najwyższych w Polsce, jednak niższe niż w Unii Europejskiej (dla chłopców – 75,5 lat, dla dziewczynek – 81,7 lat – dane z 2000 r.). Dla mężczyzny w wieku 60 lat oczekiwana długość życia wynosiła 18,8, a dla kobiety 22,9 lat. Jest to więcej dla mężczyzn o ok. 1 rok niż średnia w woj. małopolskim i 1,5 roku niż średnia w Polsce, natomiast u kobiet wartości te są zbliżone. Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet oczekiwana długość życia w wieku 60 lat jest znacznie poniżej średnich w Unii Europejskiej (Tab. I-2).

### 4. Umieralność niemowląt<sup>3</sup>

Obniżanie się umieralności niemowląt jest jedną z przyczyn zwiększania się oczekiwanej długości życia. Na jej wysokość mają wpływ zarówno czynniki genetyczne, jak również jakość opieki nad matką i dzieckiem oraz czynniki ryzyka zależne od matki. Trendy spadkowe umieralności niemowląt są obserwowane w Polsce od kilkudziesięciu lat. Umieralność niemowląt w Krakowie obniżała się po roku 1989 podobnie jak średnio w Polsce. W 2004 w Krakowie umieralność niemowląt wynosiła 7,9/1000. Wartości te są nieco wyższe od danych ogólnopolskich (2000 r. – 5,59/1000), i 2-krotnie wyższe od średniej dla starych krajów Unii Europejskiej (2000 r. – 3,34/1000). Obecnie średnia dla poszerzonej Unii Europejskiej wynosiła w 2004 roku 4,74/1000. Głównym powodem zgonów niemowląt w Krakowie były wady wrodzone (43%) (Tab. I-3).

	Mężczyźni w wieku lat				
	0	15	30	45	60
Kraków	73,3	58,9	44,4	30,6	18,8
woj. małopolskie	72,02	57,74	43,34	29,64	17,98
Polska	70,67	56,40	42,12	28,59	17,38

	Kobiety w wieku lat				
	0	15	30	45	60
Kraków	80,3	65,8	51,0	36,4	22,9
woj. małopolskie	80,29	65,84	51,04	36,47	23,01
Polska	79,23	64,88	50,13	35,68	22,48

Tab. I-2. Oczekiwana długość życia w Krakowie, woj. małopolskim i w Polsce, 2004 rok

Tab. I-3. Umieralność niemowląt wg przyczyn w Krakowie i woj. małopolskim

Przyczyna zgonu	Kraków (2003)			woj. małopolskie (2004)		
	Liczba zgonów	Współczynnik umieralności (%)	Udział (%)	Liczba zgonów	Współczynnik umieralności (%)	Udział (%)
urazy okołoporodowe	15	0,46	9,43	26	0,8	15,56
stany niedotlenienia	15	0,46	9,43	13	0,4	7,78
inne przyczyny śmiertelności okołoporodowej	23	0,71	14,47	2	0,06	1,2
wady wrodzone, aberacje chromosomowe	69	2,14	43,4	76	2,33	45,51
zapalenia płuc	3	0,09	1,89	2	0,06	1,2
choroby metaboliczne i endokrynologiczne	1	0,03	0,63	1	0,03	0,6
sepsa	17	0,53	10,69	18	0,55	10,78
inne choroby infekcyjne	3	0,09	1,89	4	0,12	2,4
nieznana przyczyna zgonu	5	0,15	3,14	1	0,03	0,6
inne niezapalne choroby CSN	1	0,03	0,63	17	0,52	10,18
urazy, zatrucia, wypadki	2	0,06	1,26	1	0,03	0,6
inne choroby nieinfekcyjne	5	0,15	3,14	6	0,18	3,59
nowotwory	8	0,24	4,08	bd	bd	bd
<b>Razem</b>	<b>159</b>	<b>4,92</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>5,13</b>	<b>100</b>

### 5. Umieralność

Współczynniki zgonów są pochodnymi liczby zgonów i liczby ludności na danym terenie w jednostce czasu. W stabilnych warunkach nie zachodzą w nich znaczące zmiany. Jednakże w małych populacjach i przy analizie poszczególnych przyczyn zgonów może występować coroczna

fluktuacja, która jednak nie ma związku z długoterminowymi trendami. By móc obserwować długoterminowe zmiany, dane o sytuacjach zdrowotnych winny być analizowane w co najmniej kilkuletnim okresie czasowym. W Polsce po 1989 roku nastąpiła zmiana trendów w umieralności, zwłaszcza w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia.

2 Oczekiwana długość życia w wieku 0 lat to liczba lat jaką ma do przeżycia noworodek przy założeniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia.

3 Umieralność niemowląt to liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (do 1993 roku w Polsce liczona była w nieco inny sposób)

Współczynnik zgonów ze wszystkich przyczyn (współczynnik umieralności ogólnej) w Krakowie wynosił w 2004 r. 889/100.000 i był niższy od średniej ogólnopolskich (950/100.000). Surowy współczynnik zgonów przedstawia liczbę zgonów w stosunku do liczby ludności. Zróżnicowanie jego wysokości pomiędzy województwami i powiatami wynika nie tylko z różnicy w stanie zdrowia, ale również innych cech, które wpływają na zgon, np. struktury wiekowej i struktury płci w danej populacji. W warunkach polskich istnieje znaczna różnica pomiędzy współczynnikami umieralności pomiędzy mężczyznami i kobietami, stąd też konieczność ich analizowania w podziale na płeć.

Współczynnik umieralności ogólnej u mężczyzn w Krakowie wynosił w 2004 r. 940/100.000 i był niższy niż średnio w Polsce (1050/100.000). U kobiet współczynnik umieralności wynosił 844/100.000 w Krakowie i był również nieco niższy od średniej ogólnopolskiej (860/100.000) (Rys. I-11).

Sposób przedstawienia współczynnika umieralności w postaci surowego wskaźnika zgonów przedstawia obraz wymagań, co do zapewnienia usług zdrowotnych w określonej liczbie, przy założeniu, że różnice we współczynnikach zgonów oddają we właściwy sposób różnice w chorobowości na odpowiadające im przyczyny. Nie przedstawia natomiast różnic w stanie zdrowia pomiędzy populacjami, z uwagi na opisywaną już różną strukturę wiekową w różnych populacjach (zwłaszcza miejskich i wiejskich). W celu umożliwienia analizy porównawczej z populacjami o innej strukturze wiekowej (np. Polską i Unią Europejską) konieczne jest postępowanie się standaryzowanymi do wieku

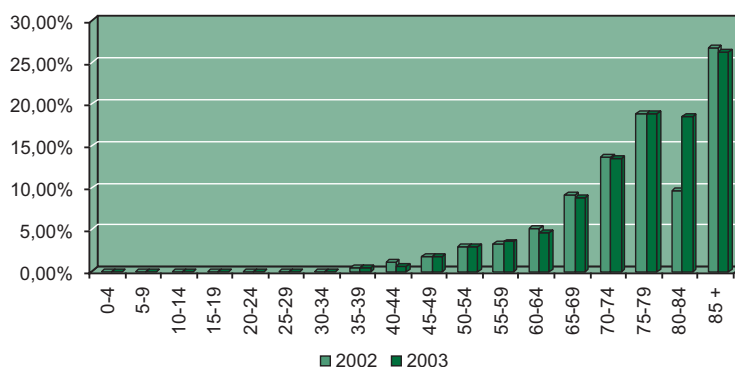
współczynnikami umieralności<sup>4</sup>. Standaryzowany współczynnik mówi o potrzebach zdrowotnych w kontekście możliwej ich zmiany (np. przez porównanie z po-

pułacjami o podobnych uwarunkowaniach geograficznych i genetycznych) ale nie odpowiada na pytania o konkretną liczbę koniecznych interwencji.

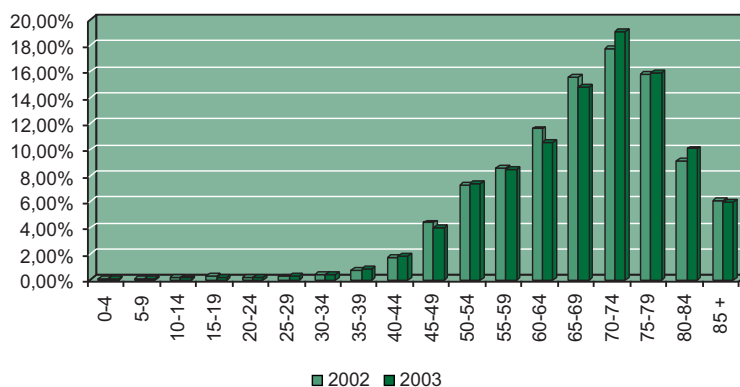
4 Współczynnik umieralności to liczba zgonów w stosunku do liczby mieszkańców. Standaryzacja do wieku polega na przeliczeniu współczynnika dla struktury wiekowej populacji standardowej. Pozwala to na wykluczenie przy porównaniach współczynników między populacjami różnic w umieralności wynikających z odmiennych struktur wiekowych. Standaryzacji dokonano w oparciu o standardowa strukturę populacji europejskiej

### Rozkład zgonów wg wieku

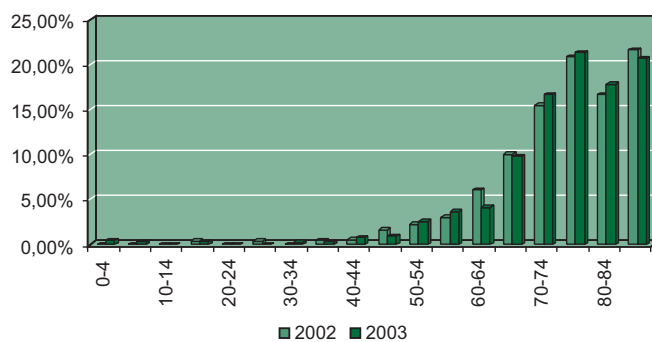
Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest najwyższa w grupach wiekowych powyżej 75 roku życia i była podobna w roku 2002 i 2003. Najwyższe wartości współczynnika zgonu z powodu nowotworów złośliwych występują w grupie wieku 60-79 lat. W roku 2003



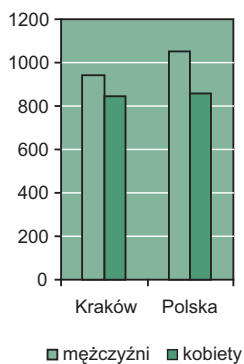
Rys. I-12. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w grupach wiekowych w latach 2002-2003



Rys. I-13. Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w grupach wiekowych w latach 2002-2003



Rys. I-14. Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w grupach wiekowych w latach 2002-2003



Rys. I-11. Współczynnik umieralności w Krakowie i średnio w Polsce u mężczyzn i kobiet



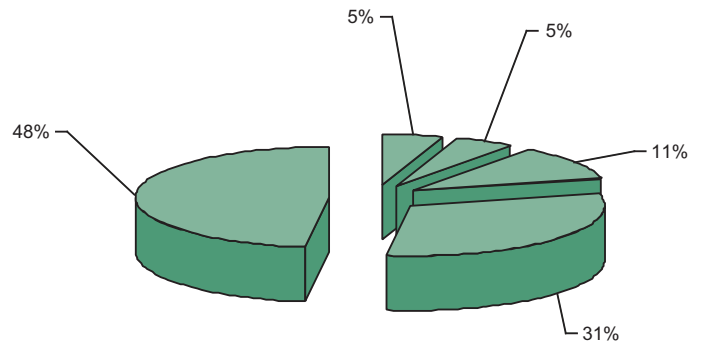
wartość tego wskaźnika uległa nieznacznemu obniżeniu w porównaniu z rokiem 2002, choć należy obserwować dłuższy okres czasu, by stwierdzić czy to jest trwała zmiana. Z kolei umieralność z powodu chorób układu oddechowego ma najwyższe wartości dla grup wieku powyżej 70 roku życia (Rys. I-12, I-13, I-14).

### Struktura zgonów wg przyczyn

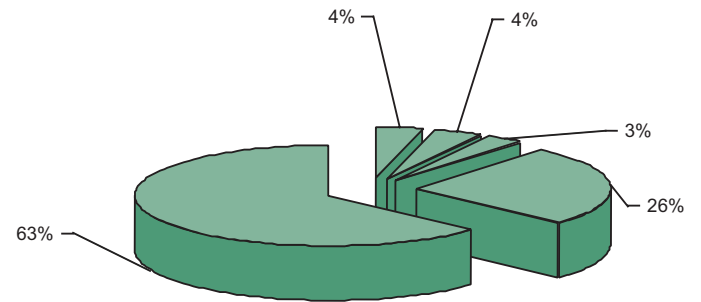
Na rysunkach od I-15 do I-18 przedstawiono rozkład zgonów w Krakowie oraz w województwie małopolskim w roku 2004. Struktura zgonów w Krakowie różniła się nieco od średniej dla województwa w odniesieniu do nowotworów złośliwych u obu płci i chorób układu krążenia u kobiet.

Najczęstszą przyczyną zgonów w Krakowie były choroby układu krążenia, które stanowiły 48% u mężczyzn i 63% u kobiet. Drugą kolejną przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe, odpowiednio 31% u mężczyzn i 26% u kobiet. Na trzecim miejscu znajdują się zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc – 11% u mężczyzn i 3% u kobiet. W stosunku do danych wojewódzkich odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia był w Krakowie podobny u mężczyzn, a wyższy u kobiet (średnio w woj. małopolskim u mężczyzn 46%, u kobiet – 58%). Umieralność z powodu nowotworów była wyższa u mężczyzn i u kobiet w stosunku do danych ogólnopolskich (średnio w woj. małopolskim u mężczyzn 35%, u kobiet – 31%). Współczynnik zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn był podobny w Krakowie w stosunku do danych w Małopolsce zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. Inne główne przyczyny zgonu to choroby układu oddechowego i trawiennego. Wynosiły one ok. 3-4% wszystkich zgonów, były podobne u obu płci i także nie różniły się od wskaźnika dla województwa małopolskiego. Informację o pozostałych przyczynach zgonów podano w Tab. I-3.

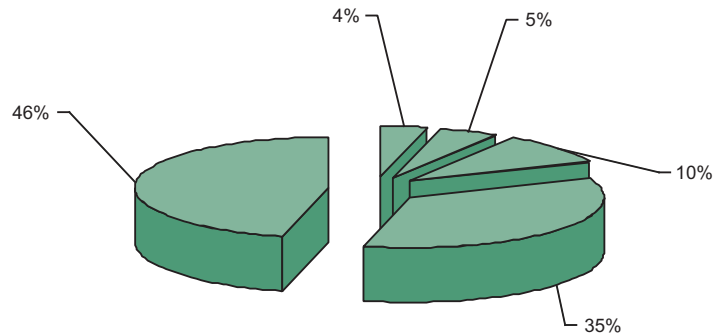
Choroby układu oddechowego stanowiły 3,5% wszystkich zgonów u obu płci, a choroby układu trawiennego 4,0%, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej stanowiły 1,3% wszystkich przyczyn zgonów a choroby układu nerwowego – 1,4%. Osobną kategorię stanowiły objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane, których było wśród przyczyn zgonów 5,1%. Inne kategorie przyczyn zgonów miały wartości poniżej 1%. (Tab. I-3).



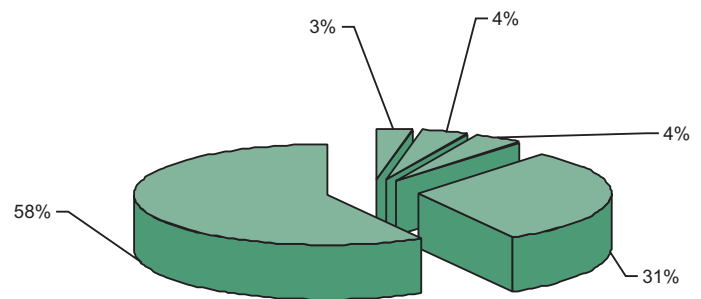
Rys. I-15. Struktura zgonów w Krakowie (mężczyźni), 2004 rok



Rys. I-16. Struktura zgonów w Krakowie (kobiety) 2004 rok



Rys. I-17. Struktura zgonów w województwie małopolskim (mężczyźni) 2004 rok



Rys. I-18. Struktura zgonów w województwie małopolskim (kobiety) 2004 rok

Wartości współczynników umieralności ogólnej w Krakowie są niższe niż ogólnopolskie, szczególnie u mężczyzn, choć wyższe niż średnie dla Unii Europejskiej. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej mężczyzn wynosił w roku 2004 w Krakowie 963/100.000 i był znacznie niższy od średniej ogólnopolskiej

(1.192/100.000) i wyższy od średniej dla Unii Europejskiej (865/100.000). Współczynnik umieralności ogólnej kobiet wynosił w Krakowie 558/100.000, podczas gdy średnia dla Polski wynosi 635/100.000, a średnia dla Unii Europejskiej 517/100.000. Współczynnik umieralności ogólnej w Polsce obniża się ciągle od roku 1991 (podob-

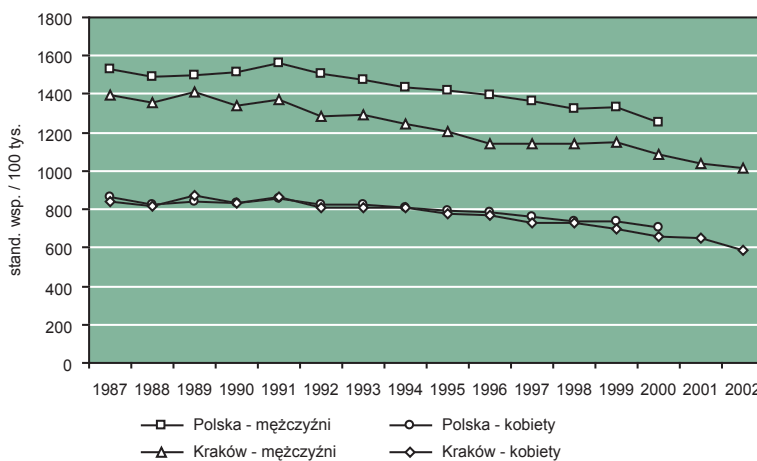
Wszystkie przyczyny		6 839	100,0%
Choroby zakaźne i pasożytnicze	A00.0-B99	47	0,7%
Nowotwory	C00.0-D48.9	1945	28,4%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	D50.0-D89.9	11	0,2%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	E00.0-E90	90	1,3%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	F00.0-F99	2	0,0%
Choroby układu nerwowego	G00.0-G99.8	97	1,4%
Choroby oka i przydatków oka	H00.0-H59.8	0	0,0%
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	H60.0-H95.9	0	0,0%
Choroby układu krążenia	I00-199	3 270	47,8%
Choroby układu oddechowego	J00-J99.8	236	3,5%
Choroby układu trawiennego	K00.0-K93.8	274	4,0%
Choroby skóry i tkanki podskórnej	L00-L99.8	2	0,0%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	M00.0-M99.9	15	0,2%
Choroby układu moczowo-płciowego	N00.0-N99.9	65	1,0%
Ciąża, poród i połóg	O00.0-O99.8	0	0,0%
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00.0-P96.9	10	0,1%
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	Q00.0-Q99.9	22	0,3%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane	R00.0-R99	351	5,1%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	V01.0-Y98	402	5,9%

Tab. I-4. Przyczyny zgonu w roku 2004 – liczba i udział w strukturze zgonów (obie płcie łącznie)

ny trend ma umieralność ogólna w Krakowie) i wydaje się, że jest on stabilny. Średnie dla Unii Europejskiej są jednak w dalszym ciągu niższe (a zwłaszcza średnie w krajach Europy Zachodniej), co pokazuje, że trend ten jest możliwy do utrzymania. (Rys. I-19, I-20).

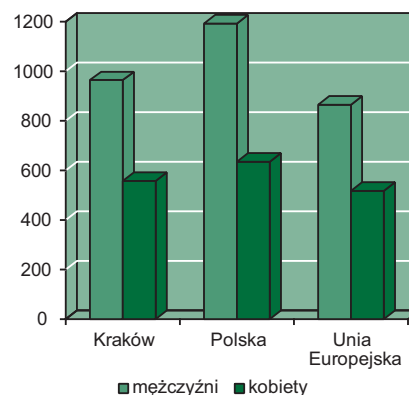
Umieralność z powodu głównej co do wielkości przyczyny, chorób układu krążenia była w 2004 roku u mężczyzn i u kobiet w Krakowie na niższym poziomie (u mężczyzn wynosiła 400/100.000, a u kobiet 269/100.000) jak średnio w Polsce (u mężczyzn wynosiła 510/100.000 a u kobiet 314/100.000). Współczynniki te były wyższe od średniej w Unii Europejskiej (u mężczyzn 320/100.000 a u kobiet 207/100.000) (Rys. I-22, I-23). Współczynniki umieralności ogólnej, o czym wspomniano wcześniej, obniżają się głównie dzięki trwałemu trendowi spadkowemu umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zjawisko to obserwujemy u obu płci. Podobnie jak w przypadku umieralności ogólnej, różnica pomiędzy średnią ogólnopolską a wartościami umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie jest większa u mężczyzn niż u kobiet.

Część współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia stanowi umieralność z powodu choroby niedo-



Rys. I-19. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni

Rys. I-20. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004



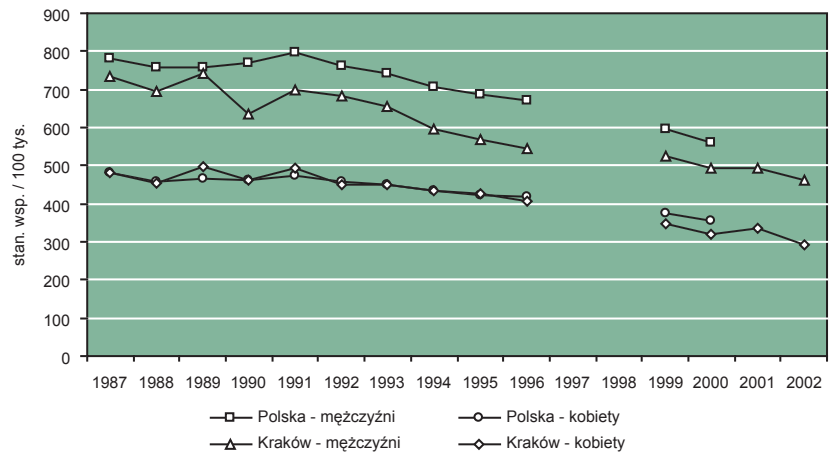
krwiennej serca (w tym zawału serca) oraz chorób naczyń mózgowych (w tym udaru mózgu). Współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca były w Krakowie niższe od ogólnopolskich i wyższe od średnich w Unii Europejskiej (Rys. I-23, I-24). W 2002 roku zgoni z powodu choroby niedokrwiennej serca stanowiły u mężczyzn 15,8% wszystkich zgonów, a u kobiet 12,7%. Zgoni z powodu chorób naczyń mózgowych 7,2% u mężczyzn i 9,2% u kobiet, zgoni z powodu choroby nadciśnieniowej 1,1% u mężczyzn i 0,6% u kobiet, a miążdżycy 12,4% u mężczyzn i 23,3% u kobiet.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem oraz ich najczęstszych rodzajów przedstawiono na rysunkach od I-25 do I-28. W Krakowie u mężczyzn współczynnik ten był niższy od ogólnopolskich i wynosił dla mężczyzn 285/100.000 w Krakowie (302/100.000 w Polsce). U kobiet w Krakowie współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych był wyższy od danych ogólnopolskich i wynosił 164/100.000 w Krakowie (154/100.000 w Polsce). Współczynniki były znacznie wyższe od średnich w Unii Europejskiej (247/100.000 u mężczyzn oraz 138/100.000 u kobiet). W 2002 roku zgoni z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc stanowiły u mężczyzn 5,7% wszystkich zgonów, a u kobiet 6,1%. Zgoni z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy, prostaty i odbytu 3,2% u mężczyzn i u kobiet, zgoni z powodu nowotworu złośliwego piersi 3,5% u kobiet, nowotworu złośliwego żołądka 2,5% u mężczyzn i 1,0% u kobiet, nowotworu złośliwego trzustki 1,1% u mężczyzn i 1,7% u kobiet, nowotworu złośliwego prostaty 2,0% u mężczyzn. Zgoni z powodu nowotworu złośliwego jajnika u kobiet stanowiły 1,9% zgonów ogółem, a nowotworu złośliwego macicy 1,0% wszystkich zgonów.

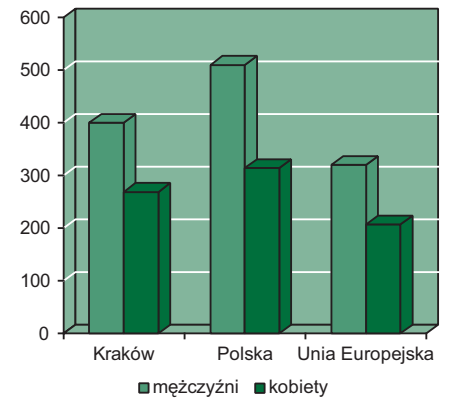
Główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych były nowotwory płuc u mężczyzn, u kobiet – a piersi, szyjki macicy i płuc.

Umieralność z powodu nowotworów płuca była w Krakowie u mężczyzn niższa od średniej ogólnopolskiej, a u kobiet wyższa. W Krakowie obserwuje się w ostatnich latach spadek umieralności z tego powodu u mężczyzn (Rys. I-26).

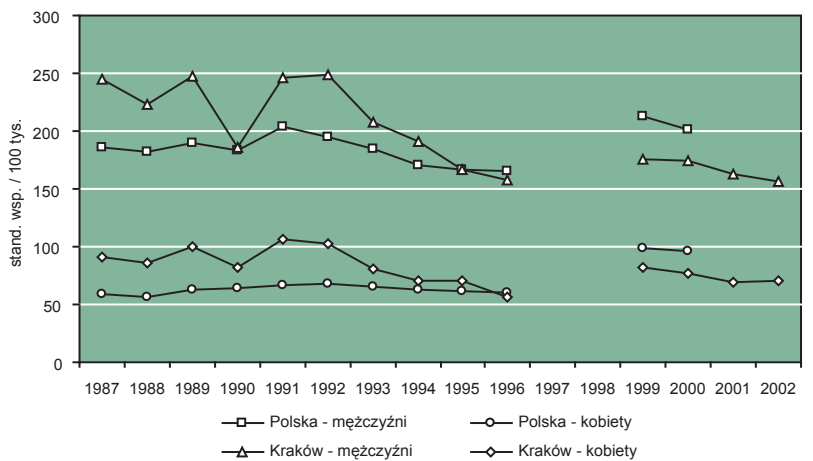
Wartości współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi były u kobiet w Krakowie podobne do danych ogólnopolskich (21/100.000). Wartości te w Unii Europejskiej wynosiły 27/100.000 (Rys. I-27). Wyższe wartości



Rys. I-21. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni 1987-2002

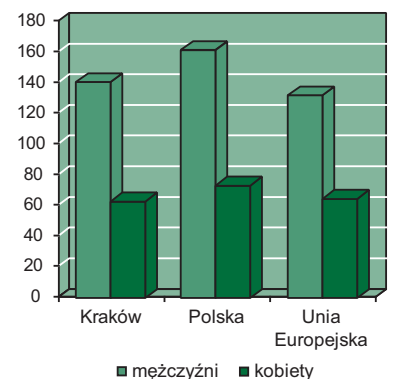


Rys. I-22. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004



Rys. I-23. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 1987-2002

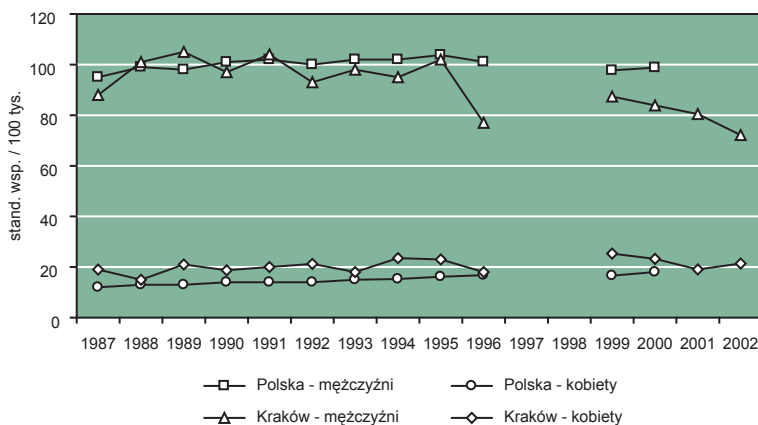
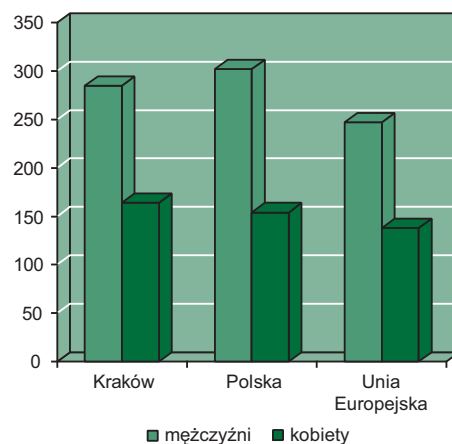
Rys. I-24. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004



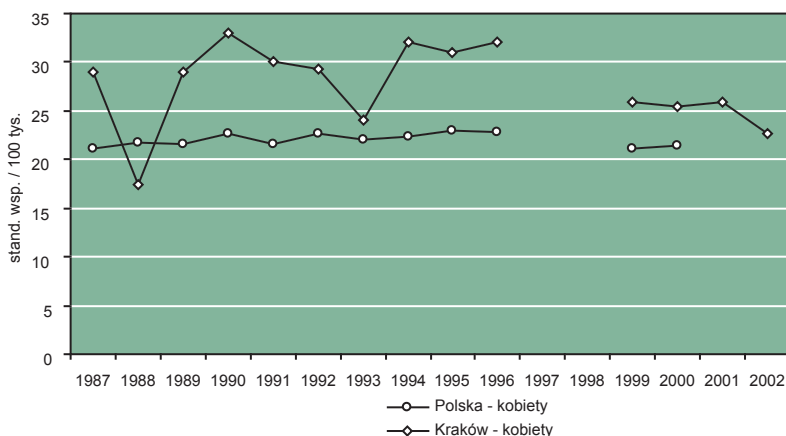
od danych ogólnopolskich (8,7/100.000) miała w Krakowie umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy. Umieralność z tego powodu była wyższa od średniej w Unii Europejskiej (2,6/100.000), co odzwierciedla ogromny zakres możliwej interwencji (Rys. I-28).

Trzecią główną przyczyną zgonu były zewnętrzne przyczyny zgonu, wśród nich urazy i zatrucia, zabójstwa, samobójstwa i wypadki komunikacyjne (Rys. I-29). Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych u mężczyzn (w Krakowie

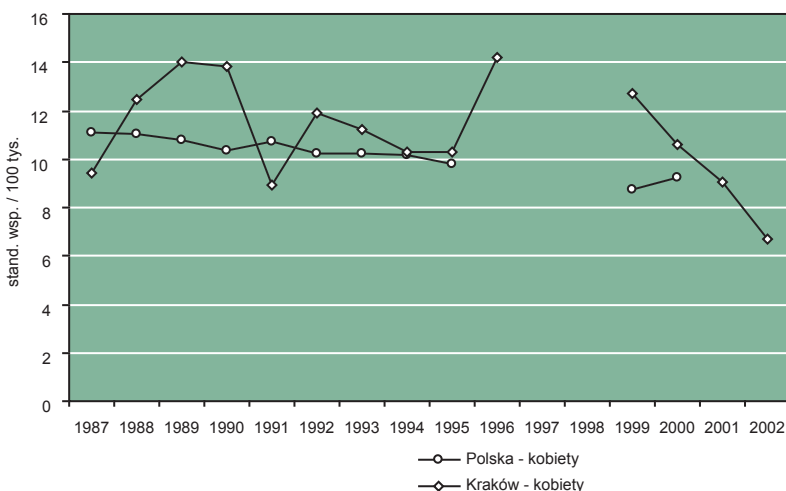
**Rys. I-25. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**



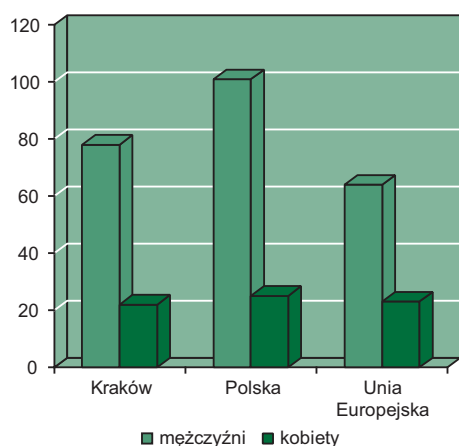
**Rys I-26. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca w Krakowie i średnio w Polsce, mężczyźni i kobiety 1987-2002**



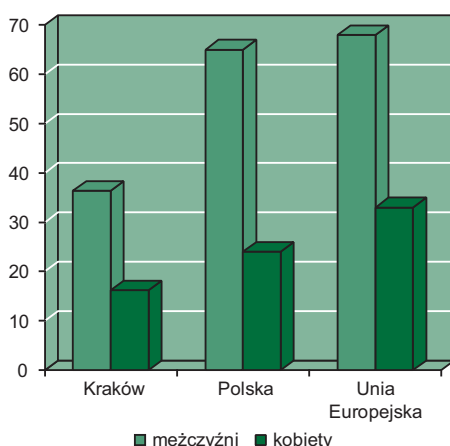
**Rys I-27. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety**



**Rys I 28. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety**



**Rys I-29. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**



**Rys I-30. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu oddechowego w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**

– 78/100.000) była niższa od średniej ogólnopolskiej (101/100.000). U kobiet umieralność z tego powodu ma niemal 4-krotnie niższe wartości niż u mężczyzn (22/100.000 w Krakowie) i jest na poziomie średniej dla Polski (25/100.000). Umieralność z przyczyn zewnętrznych jest w Krakowie wyższa od danych dla Unii Europejskiej (64/100.000 u mężczyzn i 23/100.000 u kobiet). W 2002 roku zgony z powodu wypadków komunikacyjnych stanowiły u mężczyzn 1,5%, a u kobiet 0,6% wszystkich zgonów, zgony z powodu zamierzonego samookaleczenia 2,4% u mężczyzn i 0,9% u kobiet, wypadków 1,8% u mężczyzn i 1,5% u kobiet, a zgony z powodu wypadkowego zatrucia i narażenia na działanie substancji szkodliwych 1,5% zgonów u mężczyzn i 0,6% zgonów u kobiet.

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego była w 2004 roku w Krakowie u mężczyzn niższa niż średnio w Polsce i niższa niż w Unii Europejskiej, i wynosiła u mężczyzn 36,4/100.000 oraz u kobiet 16,2/100.000 (średnia dla Polski u mężczyzn 65/100.000 oraz u kobiet 24/100.000, średnia w Unii Europejskiej u mężczyzn 68/100.000 oraz u kobiet 33/100.000) (Rys. I-30).

## 6. Zachorowalność i chorobowość

Najlepsze możliwości oceny stanu zdrowia dają wskaźniki zapadalności i chorobowości, liczone jako liczba osób, które zapadają na daną chorobę w jednostce czasu (np. roku) w stosunku do liczby danej populacji lub liczba osób, które chorują w jednostce czasu w stosunku do liczby osób w danej populacji. Niestety dane te zbierane są wyłącznie w rejestrach obejmujących zachorowania na choroby nowotworowe, choroby zakaźne oraz choroby zawodowe. Nawet te rejestry posiadają pewne ograniczenia, bowiem określają w sensie dosłownym nie zapadalność ale „zarejestrowanie” danego rozpoznania, co zakłada zgłoszenie się chorego do jednostki opieki zdrowotnej i przeprowadzenie procesu diagnostycznego.

Informacje dotyczące zachorowań i liczby osób chorych zbierane jako liczby osób leczonych w poradniach specjalistycznych oraz podstawowej opiece zdrowotnej są obciążone dużymi błędami spowodowanymi niejednorodną zgłaszalnością się osób chorych, niepełnymi badaniami skryningowymi populacji przez lekarzy POZ oraz niedokładnością prowadzenia statystyk. Z tego względu korzystanie z tych informacji musi być ograniczone, a interpretacje ostrożne. Przykładem takich danych są informacje dotyczące osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, których wskaźnik na 100.000 ludności waha się znacznie w okresie kilkuletnim i analiza przyczyn jak i skutków takich wskaźników jest bardzo utrudniona, a związek np. ze wskaźnikami samobójstw bardzo niestabilny.

W Krakowie współczynnik zapadalności na choroby zakaźne był niższy od średnich w Polsce. Współczynniki zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby wynosił w 2004 roku 17,42 i miał tendencję wzrostową. Zapadalność na wzw typu B wynosiła w Krakowie 6,6/100.000 ludności i podlegała niewielkiemu wzrostowi, natomiast zapadalność na wzv typu C osiągała bardzo wysokie wartości (11,75/100.000 w 2003 roku i 10,55 w 2004 roku) (Tab. I-5). Pełną tabelę zapadalności na choroby zakaźne przedstawiono w Załączniku nr 7 w Aneksie do Raportu.

Ostatnie dane o zapadalności na nowotwory złośliwe udostępnione przez Pracownię Epidemiologii Centrum Onkologii pochodzą z 2003 roku i dotyczą Miasta łącznie z powiatem krakowskim ziemskim. Zapadalność na nowotwory złośliwe była w Krakowie i powiecie krakowskim w 2003 roku wyższa niż w województwie małopolskim i wynosiła 381,8/100.000 (dla Małopolski 305,1/100.000). Dane o strukturze zachorowań pochodzą z 2002 roku. Najwięcej zachorowań u kobiet dotyczyło kości, tkanek miękkich, skóry i sutka (35%), narządów moczowo-płciowych (23,1%), układu trawiennego i otrzewnej (21,4%). Rzadsze zachorowania u kobiet dotyczyły układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (8,5%), tkanek limfatycznych i krwiotwórczych (5,2%) oraz wargi i jamy ustnej (0,7%). U mężczyzn najwięcej zachorowań objęło układ oddechowy i narządy klatki piersiowej (28,4%), narządy moczowo-płciowe (18,9%), układ trawienny i otrzewną (26,4%), kości, tkanki miękkie, skórę i sutki (11,9%).

W roku 2004 zgłoszono 10.272 zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia związkami chemicznymi, z czego hospitalizowano 12,3% (1.266 osób). Główne przyczyny zachorowań to grypa (36% wszystkich zachorowań) i ospa wietrzna (29% wszystkich zachorowań). W stosunku do 2003 roku zaobserwowano znaczny spadek zachorowań, spowodowany mniejszą liczbą zgłoszeń zachorowań na grypę. Wzrost liczby zachorowań w 2004 roku w stosunku do 2003 dotyczył świnki, ospy wietrznej, boreliozy, szkarlatyny, wzv B, krztuśca, salmonellozy, wirusowego i innego (określonego) zakażenia jelitowego, biegunki u dzieci do 2 roku życia, zapalenia opon mózgowych, róży, pokąsania przez zwierzęta (po których podjęto szczepienie przeciw wściekliczynie), mononukleozy, grzybic skóry, posocznicy, zapalenia płuc o etiologii zakaźnej. W Krakowie współczynnik zapadalności na choroby zakaźne był niższy od średnich w Polsce.



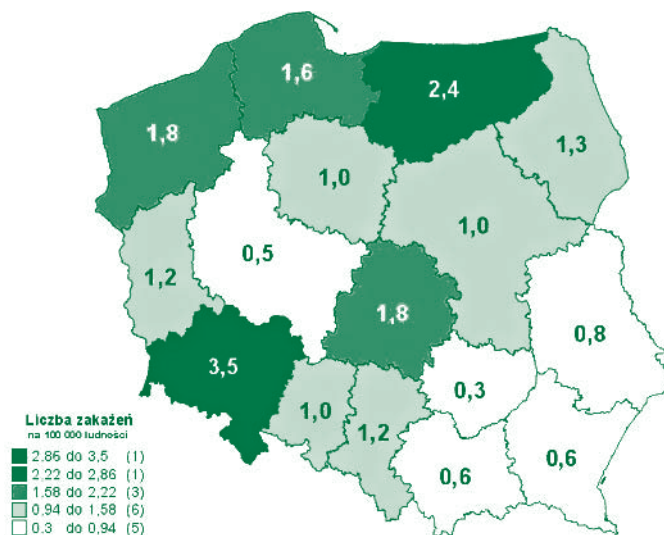
	2001		2002		2003		2004	
	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik
Wirusowe zapalenie wątroby: razem	81	10,92	5178	13,40	124	16,37	132	17,42
w tym: typu A	1	0,13	738	1,91	1	0,13	1	0,13
typu B	40	5,39	2277	5,89	34	4,49	50	6,6
typu C	36	4,85	1837	4,75	89	11,75	80	10,55
typu B+C	4	0,54	114	0,30	0	0	1	0,13
inne i nie określone	-	-	212	0,55	0	0	0	0
Grypa: ogółem	11382	1534,97	576449	1491,80	25227	3329,48	3698	487,89
w tym: dzieci (0-14 lat)	3067	3102,40	275358	3851,44	8182	8648,13	715	787,97

**Tab. I-5. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w latach 2001-2004 w Krakowie**

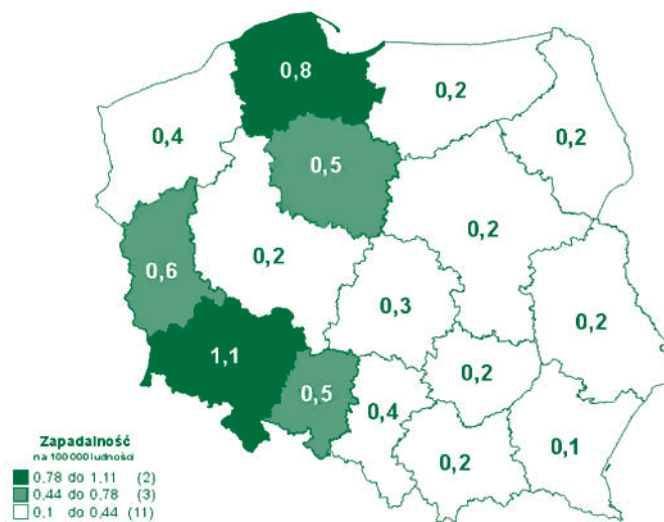
Współczynnik zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby wynosił w 2004 roku 17,42 i miał tendencję wzrostową. Zapadalność na wzv typu B wynosiła w Krakowie 6,6/100.000 ludności i podlegała niewielkiemu wzrostowi, natomiast zapadalność na wzv typu C osiągała bardzo wysokie wartości (11,75/100.000 w 2003 roku i 10,55 w 2004 roku) (tab. I-5). Spośród 50 zachorowań na wzv typu B, 14 było powiązanych czasowo z leczeniem w zakładach opieki zdrowotnej, natomiast w przypadku wzv typ C-9 przypadków zachorowań na 80 stwierdzonych. Współczynnik zapadalności na gruźlicę był w 2003 roku niższy niż w kilku latach poprzedzających (mimo wyższego współczynnika odnotowanego w 2002 roku w porównaniu do 2001). Zarejestrowano 93 nowe przypadki. Wskaźnik zapadalności na gruźlicę jest jednym z najniższych w Polsce. Pełną tabelę zapadalności na choroby zakaźne przedstawiono w załączniku 7 w Aneksie do Raportu.

**Współczynnik zapadalności na HIV i AIDS**

Wskaźnik zachorowań na HIV wynosił w województwie małopolskim 0,6/100.000 ludności i był jednym z niższych w Polsce. Współczynnik zachorowań na AIDS był jeszcze niższy i wynosił 0,2/100.000 ludności, choć w zestawieniu ze współczynnikiem zachorowań na HIV wydaje się prawdopodobny trend wzrostowy. (Rys. I-31, I-32)



**Rys. I-31. Współczynnik zachorowań na HIV (1999-2003) według województw**



**Rys. I-32. Współczynnik zachorowań na AIDS (1999-2003) według województw**

## Podsumowanie stanu zdrowia mieszkańców Krakowa

Stan zdrowia mieszkańców Krakowa oceniany za pomocą wskaźników długości życia oraz umieralności jest znacznie lepszy w porównaniu do średniej ogólnopolskiej.

Niestety, analizowane wskaźniki zdrowotne w większości wypadków są gorsze niż średnia w krajach Unii Europejskiej, a zwłaszcza w zachodnich krajach unijnych (krajach tzw. „starej Unii”).

Ważnym dla planowania opieki zdrowotnej jest wskaźnik przyrostu naturalnego i prognozy ludności z uwzględnieniem struktury wiekowej, w której dominuje obecnie ludność w wieku produkcyjnym. Zwiększająca się widocznie grupa osób po 60/65 roku życia będzie potrzebować więcej usług zdrowotnych, zatem ważne jest też prowadzenie szerokiej profilaktyki zapobiegania chorobom przewlekłym i chorobom wieku podeszłego.

1. Umieralność ogólna w Krakowie ulega stałemu obniżeniu od kilkunastu lat. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet, choć u mężczyzn mieszkających w Krakowie ten trend jest bardziej zaznaczony. Należy również podkreślić, że wartości współczynników umieralności ogólnej są niższe niż ogólnopolskie, szczególnie u mężczyzn.
2. W strukturze zgonów nadal dominują choroby układu krążenia. W porównaniu z województwem małopolskim zaobserwowano nieco więcej zgonów z powodu chorób układu krążenia u kobiet i nieco mniej zgonów z powodu nowotworów (zarówno u mężczyzn jak i kobiet).
3. Zgony z powodu chorób układu krążenia w 2004 roku stanowiły u mężczyzn 48%, u kobiet 63% wszystkich zgonów. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia są w Krakowie niższe od średnich dla Polski, i w dalszym ciągu ulegają obniżeniu.
4. Nowotwory złośliwe były przyczyną 31% zgonów mężczyzn i 26% zgonów kobiet. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest u mężczyzn w Krakowie niższa od średnich dla Polski, natomiast dla kobiet wyższa. W porównaniu z danymi dla Unii Europejskiej umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest wyższa u obu płci. Szczególnie istotny jest wyższy w Krakowie w stosunku do danych ogólnopolskich współczynnik umieralności z powodu no-

wotworów złośliwych płuca u kobiet. Wskazuje to, że w przeciwieństwie do mężczyzn kobiet chętniej dotyczy nałóg palenia papierosów. Wskaźniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi są w dalszym ciągu niższe od średnich dla Unii Europejskiej natomiast wyższe od danych ogólnopolskich, natomiast umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy jest wyższa od średnich unijnych. Wartości te wskazują na dalszą możliwość ich obniżania poprzez analizę możliwych przyczyn i dostępności do programów wczesnego wykrywania, a przede wszystkim zwiększenia ich kompletności.

Zarówno w przypadku chorób układu krążenia (choroby niedokrwiennej serca, głównie z zawałem serca) jak i w przypadku nowotworów płuca wydaje się konieczne skupienie na oddziaływaniu na świadomość społeczną (m.in. edukacja pacjentów) i leczeniu ostrych przypadków. W skali wieloletniej należy utrzymać i poszerzać akcje profilaktyczne związane z czynnikami ryzyka.

5. W zakresie chorób zakaźnych na szczególną uwagę zasługuje wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Wysokie wartości oraz trend rosnący wymaga analiz przyczyn i podtrzymania oraz poszerzenia działań prewencyjnych. Odsetek zachorowań związanych czasowo z leczeniem w zakładach opieki zdrowotnej wskazuje na konieczną poprawę w tych jednostkach.

## 7. Niepełnosprawność

Analizę dotyczącą osób niepełnosprawnych w Krakowie w latach 2000-2005 sporządzono na podstawie danych otrzymanych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności powiatowe zespoły wydają orzeczenia o:

- niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
- stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia,
- wskazaniach do ulg i uprawnień osób, które posiadają orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy.

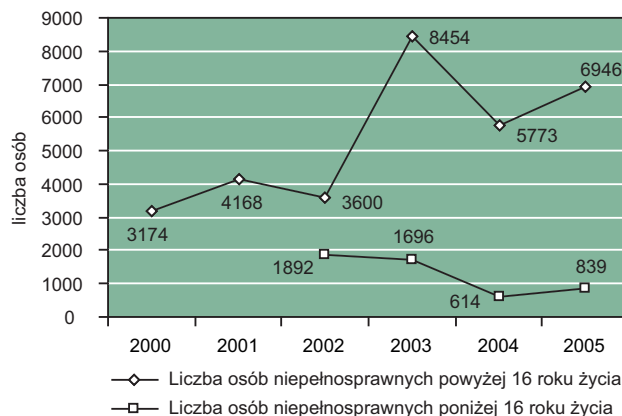
Ocena niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia odbywa się na podstawie kryteriów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia.

Liczbę osób niepełnosprawnych w Krakowie z podziałem na grupy wiekowe (poniżej oraz powyżej 16 roku życia) przedstawiono na Rys. I-33. Analizowany okres czasu, to w przypadku osób powyżej 16 roku życia lata 2000-2005, natomiast w przypadku osób poniżej 16 roku życia, ze względu na brak wcześniejszych danych, analizą objęto lata 2002-2005.

W analizowanym okresie obserwujemy malejącą liczbę osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia. W stosunku

**Rys. I-33. Liczba osób niepełnosprawnych ogółem, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**

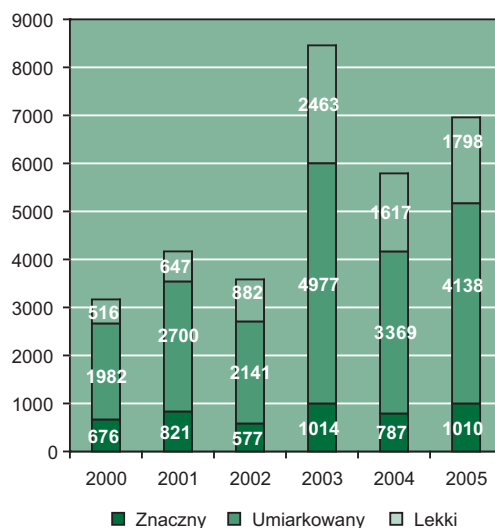
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie





do 2002 r. różnica w liczbie osób niepełnosprawnych w tej grupie wynosi 1053 osoby (839 osób w 2005 r.). W Krakowie najmniejszą liczbę osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 2004 r., – 614 osób. Odwrotną tendencję (wzrostową) obserwujemy w przypadku liczby osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia. W 2005 r. w porównaniu do 2000 r. nastąpił wzrost o 3 772 osoby.

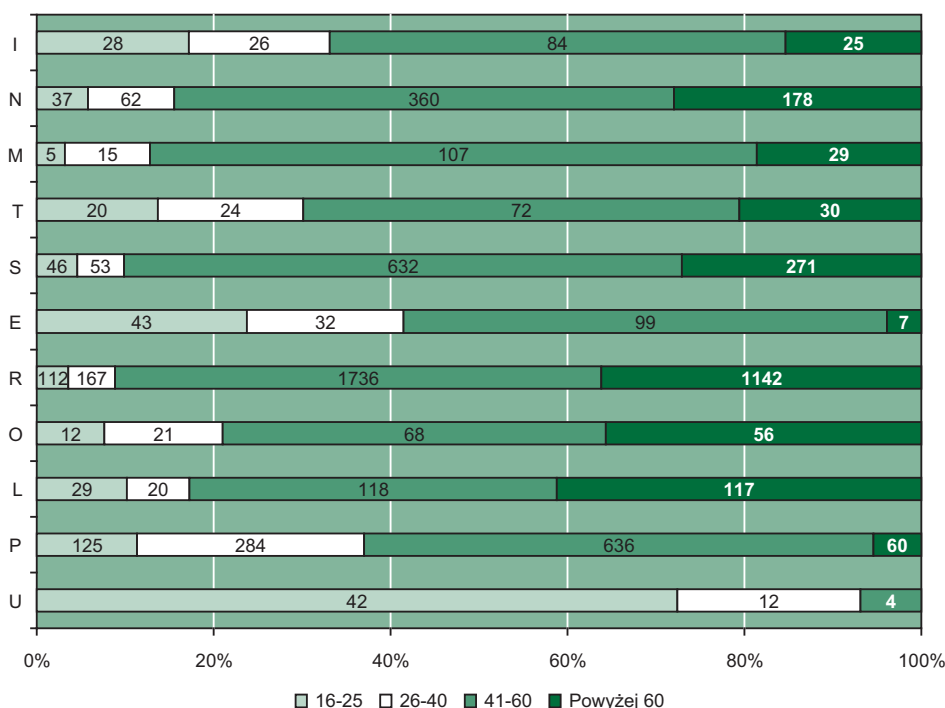
**Rys. I-34. Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg stopnia niepełnosprawności, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**  
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



**Tab. I-6. Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**  
źródło: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

L.p.	Przyczyna niepełnosprawności	Razem liczba orzeczeń	Wiek				Płeć	
			16-25	26-40	41-60	> 60	Kobiety	Mężczyźni
1	U – upośledzenie umysłowe	58	42	12	4	0	24	34
2	P – choroby psychiczne	1105	125	284	636	60	539	566
3	L- zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	284	29	20	118	117	147	137
4	O – choroby narządu wzroku	157	12	21	68	56	76	81
5	R – upośledzenie narządu ruchu	3157	112	167	1736	1142	1966	1191
6	E – epilepsja	181	43	32	99	7	68	113
7	S – choroby układu oddechowego i krążenia	902	46	53	632	271	418	484
8	T – choroby układu pokarmowego	146	20	24	72	30	56	90
9	M – choroby układu moczowo-płciowego	156	5	15	107	29	116	40
10	N – choroby neurologiczne	637	37	62	360	178	310	327
11	I – inne	163	28	26	84	25	91	72

**Rys. I-35. Liczba wydanych orzeczeń wg wieku i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**  
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

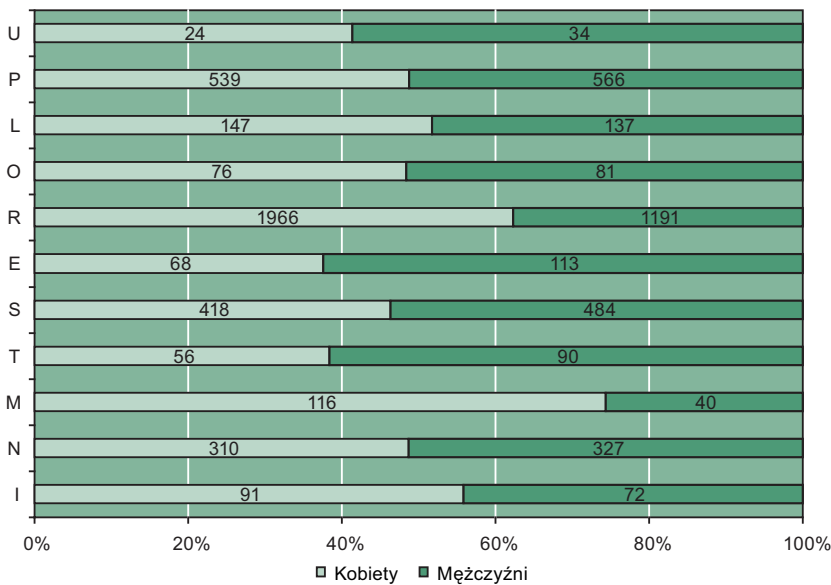


### Osoby niepełnosprawne powyżej 16 roku życia

Zgodnie z powstałym Rozporządzeniem, osoba niepełnosprawna powyżej 16 roku życia jest kwalifikowana do jednego z trzech stopni niepełnosprawności: lekki, umiarkowany lub znaczny. Największy odsetek osób niepełnosprawnych w 2005 r. stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (59,57% wszystkich osób niepełnosprawnych). Począwszy od 2003 r. wskaźnik liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym maleje, co obrazuje Rys. I-34. W tej grupie osób najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były upośledzenia narządu ruchu (2.037 osób).

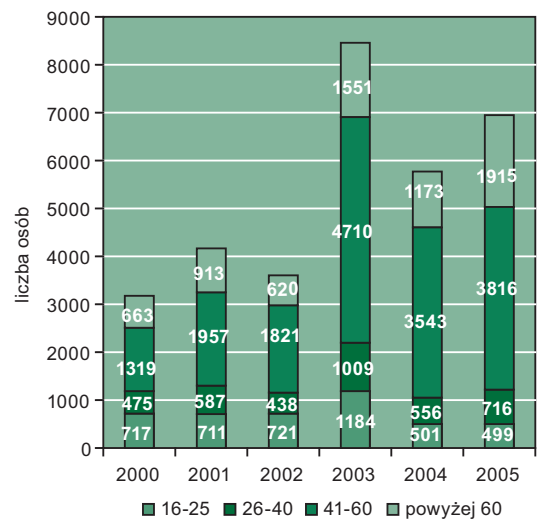
Załącznik 1 w Aneksie do Raportu zawiera szczegółowe informacje na temat liczby osób niepełnosprawnych, uwzględniające strukturę niepełnosprawności, wiek, płeć oraz wykształcenie.

Najwięcej osób posiada orzeczenie o niepełnosprawności w grupie wiekowej pomiędzy 41, a 60 rokiem życia. W 2005 r. 3.816 osób niepełnosprawnych



Rys. I-36. Liczba wydanych orzeczeń wg płci i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

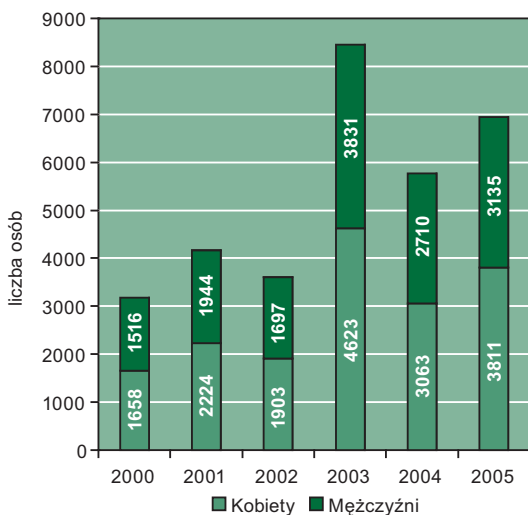


Rys. I-37. Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

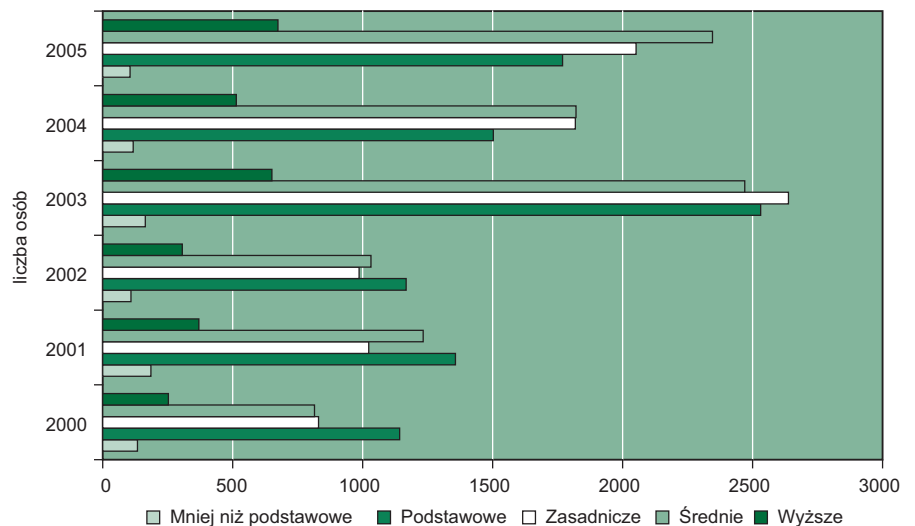
Rys. I-38. Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



Rys. I-39. Wykształcenie osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



należało do tego przedziału, co stanowi 55% wszystkich osób niepełnosprawnych. Główną przyczyną niepełnosprawności tych osób były upośledzenia narządu ruchu (1.736 osób). W grupie 16-25 lat najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były choroby psychiczne (125 osób) i upośledzenia narządu ruchu (112 osób).

Struktura niepełnosprawności wg płci w Krakowie w sześciolatnym okresie czasu wskazuje na przewagę liczby kobiet nad mężczyznami. W 2005 r. różnica

ta wynosiła 676 osób, a kobiety stanowiły ok. 55% wszystkich osób niepełnosprawnych.

Największy odsetek osób niepełnosprawnych posiada wykształcenie średnie i zasadnicze. Obserwuje się jednak tendencję wzrostową udziału osób z wykształceniem wyższym.

Analizując poniższy rysunek możemy zauważyć, że zatrudnienie osób niepełnosprawnych od 2000 r. stale wzrasta i na przestrzeni 5 lat wzrosło o ok. 30%.

Napawa to umiarkowanym optymizmem wzięwszy pod uwagę, że stosunek liczby osób zatrudnionych do ogólnej liczby osób niepełnosprawnych w 2005 r. wynosi tylko 15,46%.

Należy się spodziewać, że dzięki realizacji Wojewódzkiego Programu Dotyczącego Wyrównania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych w Województwie Mało-

polskim w 2006 r., liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych nadal będzie wzrastać.

### Osoby niepełnosprawne poniżej 16 roku życia

Przedział wiekowy obejmujący okres od urodzenia do 3 roku życia, to okres w którym liczba rejestrujących się osób niepełnosprawnych jest najmniejsza. Często diagnostyka i wykrywalność niektórych chorób w tym wieku jest znacznie utrudniona.

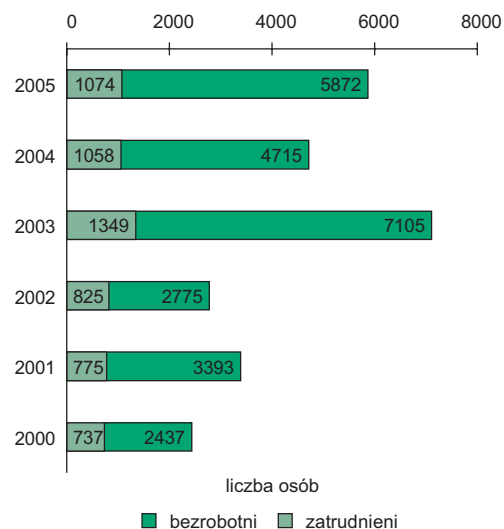
Wraz z upływem czasu oraz większym narażeniem na czynniki chorobotwórcze rośnie liczba osób niepełnosprawnych (221 w przedziale między 4 a 7 rokiem życia, 455 osób niepełnosprawnych w wieku 8-16 lat). Wśród przyczyn niepełnosprawności osób w wieku od 8 do 16 roku życia, najczęściej obserwuje się choroby układu oddechowego i krążenia oraz choroby psychiczne, często związane z okresem dojrzewania i z podjęciem przez te osoby obowiązku edukacji (Tab. I-7).

Wysoka liczba osób niepełnosprawnych w 2002 i 2003 r. związana jest ze zmianą uregulowań prawnych dotyczących przyznawania zasiłków pielęgnacyjnych, stąd wzrost liczby osób zgłaszających się do Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności.

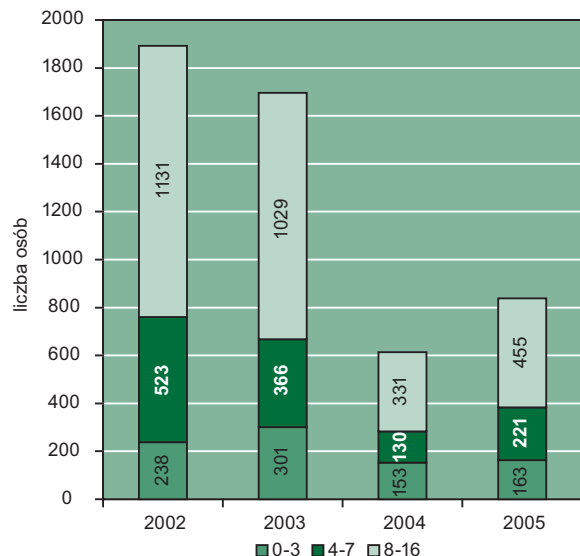
W grupie osób poniżej 16 roku życia przeważają chłopcy, stanowiąc ok. 60% dzieci niepełnosprawnych w 2005 r.

**Tab. I-7. Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r. –osoby poniżej 16 roku życia**  
źródło: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

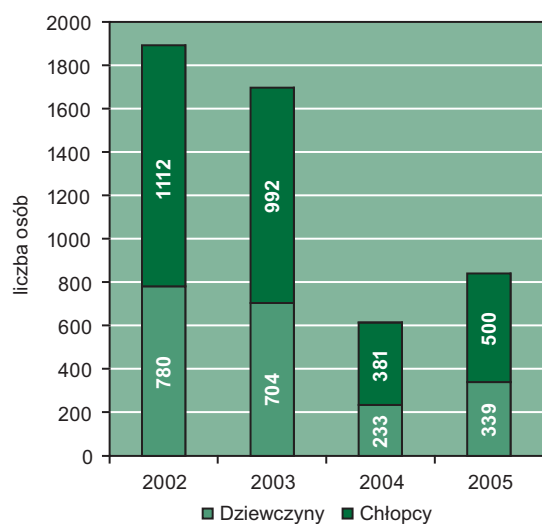
L.p.	Przyczyna niepełnosprawności	Razem liczba orzeczeń	Wiek			Płeć	
			0-3 lat	4-7 lat	8-16 lat	Dziewczynki	Chłopcy
1	U – upośledzenie umysłowe	31	4	8	19	11	20
2	P – choroby psychiczne	174	9	41	124	44	130
3	L- zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	56	15	14	27	23	33
4	O – choroby narządu wzroku	29	4	9	16	12	17
5	R – upośledzenie narządu ruchu	78	25	16	37	39	39
6	E – epilepsja	97	12	34	51	48	49
7	S – choroby układu oddechowego i krążenia;	200	39	54	107	74	126
8	T – choroby układu pokarmowego	23	2	4	17	11	12
9	M – choroby układu moczowo-płciowego	15	5	4	6	10	5
10	N – choroby neurologiczne	48	23	11	14	24	24
11	I – inne	88	25	26	37	43	45



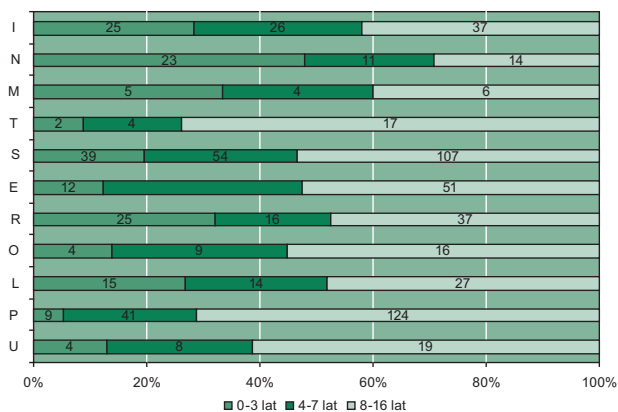
**Rys. I-40. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w latach 2000-2005 w Krakowie**  
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



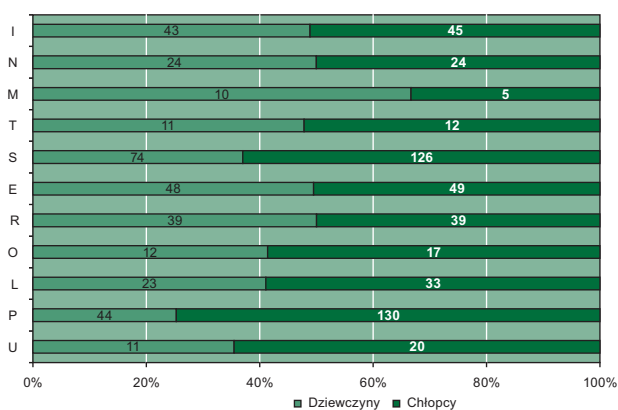
**Rys. I-41. Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2002-2005 w Krakowie**  
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



**Rys. I-42. Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2002-2005 w Krakowie**  
 źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie



**Rys. I-43. Liczba wydanych orzeczeń wg wieku i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**



**Rys. I-44. Liczba wydanych orzeczeń wg płci i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**

## Część II Opieka zdrowotna

## 1. Zasoby ochrony zdrowia

### A. Stacjonarna opieka zdrowotna

W 2005 r. na terenie miasta Krakowa działało 13 publicznych oraz 14 niepublicznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej (Tab. II-1 oraz II-2).

Prezydent Miasta Krakowa jest organem założycielskim dla trzech zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej:

1. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza,
2. Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego,
3. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

Według stanu na dzień 31.12.2005 r. publiczne i niepubliczne szpitale ogólne w Krakowie dysponowały łącznie 5.528 łózkami, tj. o 195 mniej niż w 2004 r. Szpitale miejskie w Krakowie dysponowały w 2005 r. 1.171 łózkami, nastąpił więc wzrost o 22 łóżka w stosunku do 2004 r. Ogółem w Krakowie w 2005 r. leczono 214.294 pacjentów, o 4.631 osób więcej niż w 2004 r. (szczegóły prezentuje Tab. II-3).

Liczba łóżek w ogólnych szpitalach publicznych w Krakowie w 2005 r. wynosiła 5.240, co stanowiło 94,8% całkowitej liczby łóżek. Szpitale niepubliczne dysponowały 288 łózkami (5,2%). Liczba pacjentów leczonych w publicznych jednostkach w 2005 r. wynosiła 201.224, co stanowiło 93,9%. W niepublicznych szpitalach ogólnych leczonych było 13.070 pacjentów (tj. 6,1%). Liczba łóżek w szpitalach publicznych w Krakowie zmniejszyła się o 178 w porównaniu do roku 2004, a w szpitalach niepublicznych o 17 łóżek.

Pomimo malejącej liczby łóżek w ogólnych szpitalach publicznych obserwuje się wzrost liczby leczonych w tych zakładach z 196.062 osób w 2004 r. do 201.224 w 2005 r. (wzrost o 5.162), natomiast w niepublicznych szpitalach ogólnych liczba leczonych pacjentów spadła z 13.601 w 2004 r. do 13.070 w 2005 r. (spadek o 531).

Szczegółowe informacje na temat liczby łóżek w poszczególnych publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych w Krakowie prezentowane są w Załączniku 2 i Załączniku 3 w Aneksie do Raportu.

Analiza wskaźników działalności szpitali ogólnych funkcjonujących w Krakowie w 2005 r. (bez resortowej służby zdrowia) wskazuje, że średni okres pobytu w dniach wynosił w szpitalach publicznych – 7,2 dnia i zmniejszył się w stosunku

Nazwa i adres zakładu	Organ założycielski
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków	Prezydent Miasta Krakowa
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków	Marszałek Województwa
Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie ul. Skarbowska 4, 31-121 Kraków	Marszałek Województwa
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, os. Na Skarpie 66	Prezydent Miasta Krakowa
Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie, ul. Dożynkowa 61, 31-234 Kraków	Marszałek Województwa
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków	Marszałek Województwa
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków	Marszałek Województwa
Krakowskie Centrum Rehabilitacji al. Modrzewiowa 22, 30-244 Kraków	Marszałek Województwa
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie ul. Wielicka 267	Prezydent Miasta Krakowa
Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków	Uniwersytet Jagielloński
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265, 30-633 Kraków	Uniwersytet Jagielloński
Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Oddział w Krakowie ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków	Rada Ministrów
Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Babińskiego SP ZOZ, ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków	Marszałek Województwa

Tab. II-1. Wykaz publicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie powiatu grodzkiego Kraków

Tab. II-3. Działalność zakładów opieki zdrowotnej w Mieście Krakowie w latach 2004-2005  
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Wyszczególnienie	Szpitale ogólne – publiczne				Zakłady ogólne niepubliczne	
	ogółem		w tym miejskie		2004 r.	2005 r.
	2004 r.	2005 r.	2004 r.	2005 r.		
Ilość <sup>1</sup> – stan 31.XII	14	12	3	3	11	11
Ilość łóżek – stan 31.XII	5 418	5 240	1149	1171	305	288
Ilość pacjentów <sup>2</sup>	196062	201224	44091	47623	13601	13070
Średni okres pobytu w szpitalu	7,7	7,2	7,1	6,4	5,1	4,9

1) liczba szpitali i zakładów opieki zdrowotnej z oddziałami szpitalnymi

2) bez ruchu międzyoddziałowego

Nazwa i adres zakładu	Organ właścicielski
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie ul. Trynitaraska 11, 31-061 Kraków	Konwent Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego w Krakowie
NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego ul. Siemiradzkiego 1, 31-137 Kraków	Spółka z o.o.
Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne – Nowa Huta” sp. z o.o. ul. Ujastek 3, 30-969 Kraków	Spółka z o.o.
FEMINA – Prywatne Centrum Diagnostyczno-Operacyjne Ginekologii i Położnictwa oraz Chorób Sutka ul. Warowna 113, 30-432 Kraków	Spółka cywilna
Niepubliczny ZOZ Specjalistyczne Gabinety Lekarskie POPIELA os. Witkowiec Nowe 53, 31-234 Kraków	Spółka z o.o.
Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” sp. z o.o. ul. Rogozińskiego 12, 31-559 Kraków	Spółka z o.o.
Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej Centrum Chirurgiczne Nowa Huta spółka z o.o. ul. Ujastek 3, 30-969 Kraków	Spółka z o.o.
Niepubliczny ZOZ Prywatna Klinika SPES spółka z o.o. ul. Królowej Jadwigi 15, 30-202 Kraków	Spółka z o.o.
Szpital Położniczo-Ginekologiczny „UJASTEK” sp. z o.o. ul. Ujastek 3, 30-969 Kraków	Spółka z o.o.
Niepubliczny ZOZ „Orto-Med” Ośrodek Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu ul. Lubicz 25/6, 31-503 Kraków	Spółka z o.o.
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARKA” Sp. z o.o. ul. Królowej Jadwigi 15, 30-200 Kraków	Spółka z o.o.
Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Osób Uzależnionych od Środków Odurzających ul. Suchy Jar 4a, 31-983 Kraków	Stowarzyszenie MONAR – Centrum Terapii Narkomanów MONAR Kraków
Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „DOM MONARU” ul. Suchy Jar 4, 31-983 Kraków	Stowarzyszenie MONAR – Centrum Terapii Narkomanów MONAR Kraków
Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby „DOM GWAN” ul. Nadbrzezie 25, 31-983 Kraków	Zarząd Główny Stowarzyszenia MONAR

Tab. II-2. Wykaz niepublicznych zakładów leczenia stacjonarnego na terenie powiatu grodzkiego Kraków (szpitale ogólne)

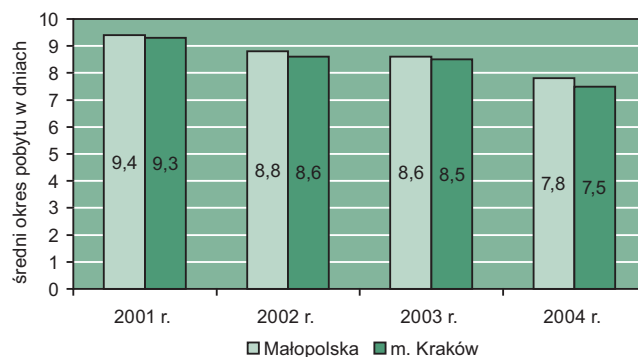
do 2004 r. o 0,5 dnia. W szpitalach miejskich okres pobytu w 2005 r. wyniósł 6,4 dnia i był krótszy o 0,7 dnia w stosunku do roku 2004.

Tendencja spadkowa tego wskaźnika w latach 2001-2004, zauważalna jest również w przypadku średniego okresu pobytu pacjenta w dniach w szpitalach publicznych i niepublicznych województwa małopolskiego oraz Miasta Krakowa. Dla województwa wskaźnik ten spadł z wartości 9,4 w 2001 r. do 7,8 w 2004 r. (różnica 1,6 dnia), dla Miasta Krakowa różnica jest nieco większa: 1,8 dnia.

Wskaźniki działalności publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych przedstawione w kolejnych tabelach pokazują, że od 2001 r. następuje spadek średniego wykorzystania łóżek w dniach (spadek z 287,8 dnia w 2001 r. do 274,7 dnia w 2004 r., tj. o 13,1 dnia). Średnie procentowe wykorzystanie łóżek w spadło z 78,8% w 2001 r. do 75,3% w 2004 r., tj. o 3,5%.

Wskaźnik liczby chorych na 1 łóżko w szpitalach Miasta Krakowa zwiększył się w analizowanym okresie czasu z 31,0 w 2001 r. do 36,6 w 2004 r. (różnica 5,6).

Rys. II-1. Średni okres pobytu pacjenta w dniach w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Krakowa w latach 2001-2004.  
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego





Dla województwa małopolskiego różnica ta wynosi 4,3 (Tab. II-4).

Działalność publicznych szpitali ogólnych w województwie małopolskim w 2004 r. charakteryzowały następujące wskaźniki (Tab. II-4):

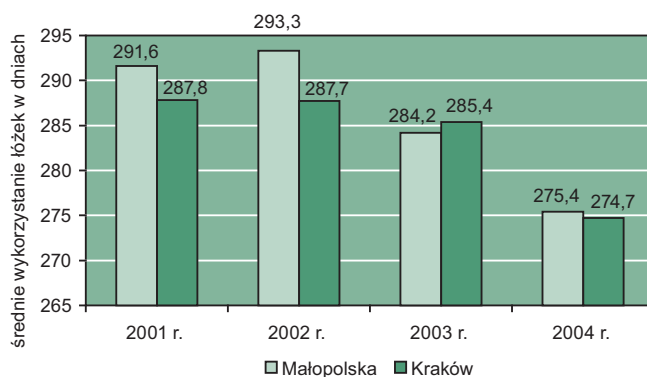
- średni okres pobytu w dniach – 7,9 dnia (spadek w porównaniu z 2000 r. o 2,0 dni z 9,9 dnia),
- średnie wykorzystanie łóżek w dniach – 276,2 (spadek w porównaniu z 2000 r. o 9,1 dnia z 285,3 dnia),
- średnie wykorzystanie łóżek w % – 75,5% (spadek w porównaniu z 2000 r. o 2,5% z 78,0%),
- liczba chorych na 1 łóżko – 35,2 (wzrost w porównaniu do 2000 r. o 6,5 z 28,7).

Wskaźniki działalności publicznych szpitali ogólnych w Krakowie, w 2004 r. wynosiły (Tab. II-4):

- średni okres pobytu w dniach – 7,7 dnia (spadek w porównaniu z 2000 r. o 2,4 dnia z 10,1 dnia),
- średnie wykorzystanie łóżek w dniach – 277,3 (spadek w porównaniu z 2000 r. o 8,1 dnia z 285,4 dnia),
- średnie wykorzystanie łóżek w % – 75,8% (spadek w porównaniu z 2000 r. o 2,2% z 78,0%),
- liczba chorych na 1 łóżko – 36,1 (wzrost w porównaniu do 2000 r. o 7,8 z 28,3).

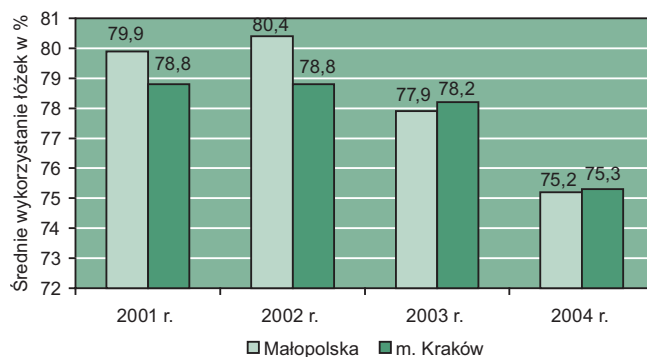
Wskaźnik liczby łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na 10.000 mieszkańców w województwie małopolskim spadł z 45,7 w 2000 r. do 43,7 w 2004 r. Ten sam wskaźnik w Krakowie również wykazywał tendencję malejącą, jednak osiągał wartości wyższe ze względu na dużą liczbę jednostek opieki zdrowotnej w Mieście.

Wraz ze wzrostem liczby leczonych pacjentów rośnie wartość wskaźnika liczby leczonych na 10.000 mieszkańców.



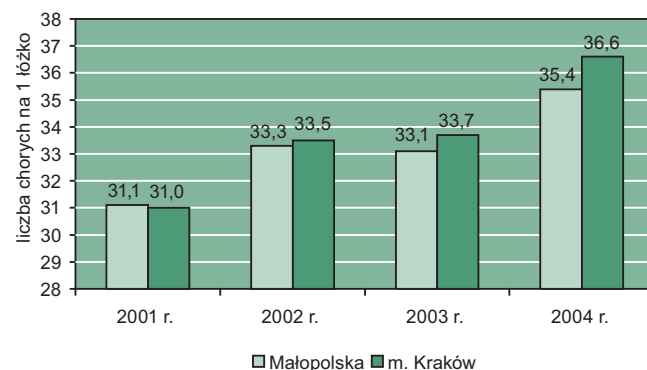
Rys. II-2. Średnie wykorzystanie łóżek w dniach w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego



Rys. II-3. Średnie wykorzystanie łóżek w % w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Krakowa w latach 2001-2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego



Rys. II-4. Liczba chorych na 1 łóżko w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego



Wyszczególnienie		Szpitale publiczne i niepubliczne						w tym szpitale publiczne:					
		liczba łóżek	średni okres pobytu*	średnie wykorzystanie łóżek	średnie wykorzystanie łóżek w %	liczba chorych na 1 łóżko*	śmiertelność**	średnia liczba łóżek	średni okres pobytu*	średnie wykorzystanie łóżek	średnie wykorzystanie łóżek w %	liczba chorych na 1 łóżko*	śmiertelność**
			w dniach						w dniach				
Małopolska	2000 r.	15 054	9,9	285,0	77,9	28,8	3,31	14 885	9,9	285,3	78,0	28,7	3,34
	2001 r.	14 785	9,4	291,6	79,9	31,1	3,04	14 512	9,5	292,1	80,0	30,8	3,08
	2002 r.	14 631	8,8	293,3	80,5	33,3	2,90	14 360	9,0	293,8	80,5	32,7	2,97
	2003 r.	14 322	8,6	284,2	77,9	33,1	3,05	14 049	8,7	284,0	77,8	32,5	3,13
	2004 r.	14 255	7,8	275,4	75,2	35,4	2,75	13 745	7,9	276,2	75,5	35,2	2,85
Kraków	2000 r.							5 952	10,1	285,4	78,0	28,3	3,12
	2001 r.	5 953	9,3	287,8	78,8	31,0	2,80	5 781	9,5	288,3	79,0	30,4	2,80
	2002 r.	5 895	8,6	287,7	78,8	33,5	2,60	5 680	8,9	288,4	79,0	32,4	2,67
	2003 r.	5 808	8,5	285,4	78,2	33,7	2,69	5 554	8,7	284,2	77,9	32,8	2,75
	2004 r.	5 723	7,5	274,7	75,3	36,6	2,37	5 431	7,7	277,3	75,8	36,1	2,46

\*\* – bez izby przyjęć

Tab. II-4. Wskaźniki działalności publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych w Mieście Krakowie w latach 2000-2004 (bez oddziałów noworodków i wcześniaków)

Źródło: na podstawie informacji zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2000-2004

Region		Średnia liczba łóżek	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	Liczba leczonych ogółem**	Liczba leczonych na 10 tys. ludności <sup>x</sup>	Osobodni leczenia
Polska	2002 r.	190 503***	49,8	6 651 929	1 819,4	530 442 000
	2003 r.	187 454 ***	49,1	6 881 097	1 801,8	512 902 000
	2004 r.	183 280***	48,0	7 000 983*	1 834,0	480 954 000
Małopolska	2000 r.	15 146	45,7	436 511	1 321,0	4 316 353
	2001 r.	14 848	45,6	461 423	1 423,7	4 330 216
	2002 r.	14 735	45,2	491 210	1 517,4	4 321 741
	2003 r.	14 447	44,0	477 933	1 469,2	4 106 336
	2004 r.	14 326	43,7	507 400	1 556,3	3 945 550
Kraków	2000 r. <sup>1</sup>	5 952	80,26	168 736	2 275,6	1 698 642
	2001 r.	6 024	80,4	186 650	2 519,8	1 733 438
	2002 r.	5 936	77,8	199 016	2 627,1	1 707 755
	2003 r.	5 828	76,6	196 668	2 595,6	1 663 030
	2004 r.	5 734	75,6	209 663	2 768,0	1 575 183

\* – z ruchem międzyoddziałowym

\*\* – bez ruchu międzyoddziałowego

\*\*\* – tzw. łóżka rzeczywiste

x – bez ruchu międzyoddziałowego

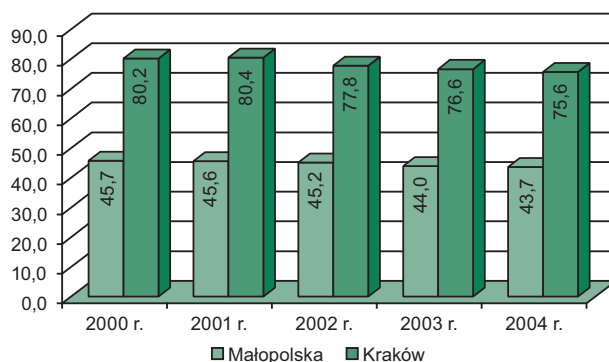
1) tylko szpitale publiczne

Tab. II-5. Wskaźniki działalności publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych (bez MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości) w Polsce, województwie małopolskim, Mieście Krakowie w latach 2000-2004 (stan na 31 grudnia)

Źródło: dane dla Polski: źródło – Biuletyn statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za rok 2002, 2003 i 2004, dane dla województwa małopolskiego – na podstawie informacji zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2000-2004

W województwie małopolskim wartość tego wskaźnika w analizowanym okresie czasu (lata 2001-2004) wzrosła o 132,6 z 1.423,7 w 2001 r. do 1.556,3 w 2004 r. W Krakowie różnica wynosiła 248,2 (wzrost z 2.519,8 w 2001 r. do 2.768,0 w 2004 r.).

W 2005 r. w publicznych szpitalach ogólnych Miasta Krakowa funkcjonowało łącznie 147 oddziałów wg następującej struktury:

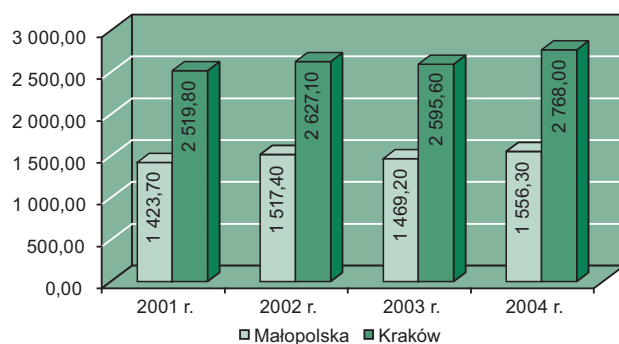


Rys. II-5. Liczba łóżek na 10.000 mieszkańców w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego

	Liczba oddziałów	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
liczba łóżek	147	5240
liczba miejsc dla noworodków w oddz. neonatologicznych		178 miejsc
alergologiczny	5	77
anestezjologii i intensywnej terapii	5	79
chemioterapii	2	54
chirurgii dziecięcej	2	67
chirurgii endoskopowej	1	31
chirurgii klatki piersiowej – (torako-chirurgiczny)	1	48
chirurgii ogólnej	3	187
chirurgii ogólnej i naczyniowej	1	32
chirurgii oka	1	30
chirurgii onkologicznej	1	52
chirurgii plastycznej	1	30
chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i oparzeń	1	16
chirurgii przewodu pokarmowego	1	76
chirurgii ratunkowej i obrażeń wielonarządowych	1	28
chirurgii szczękowo-twarzowej	1	32
chirurgii urazowo-ortopedycznej	1	49
chorób infekcyjnych dzieci i hepatologii dziecięcej	1	30
chorób metabolicznych	1	27
chorób wewnętrznych i geriatryczny	1	79
chorób zakaźnych	1	55
dializ	1	4
dziecięcy	2	61
elektrokardiologii	1	18

	Liczba oddziałów	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
endokrynologiczny	2	62
endokrynologii ginekologicznej	1	18
gastroenterologiczny	1	30
gastroenterologii i żywienia	1	24
ginekologii i niepłodności	1	60
ginekologii i położnictwa septycznego	1	17
gruźlicy i chorób płuc	2	107
hematologiczno- onkologiczny	1	43
hematologiczny	2	99
immunologiczny	1	6
internistyczny	9	546
kardiochirurgiczny	2	138
kardiologiczny	8	304
kardiologii interwencyjnej	1	16
laryngologiczny	5	166
leczenia bólu, opieki paliatywnej i farmakologii	1	19
leczenia zeza i niedowidzenia	1	30
nefrologiczny	2	71
nefrologii i dializoterapii	1	36
neurochirurgiczny	2	64
neuroinfekcji, neurologii dziecięcej	1	35
neurologiczny	6	251
neurologiczny i chorób tkanki łącznej	1	40
neurotraumatologiczny	1	29
niemowlęcy	2	52
obserwacyjno-zakaźny dla dorosłych i dzieci	1	66



Rys. II-6. Liczba leczonych na 10.000 mieszkańców w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2001-2004

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego

	Liczba oddziałów	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
ogólnoniemowlęcy i patologii noworodka	1	40
okulistyczny	4	106
onkologiczno-hematologiczny czasowego pobytu	1	10
onkologiczny	1	12
onkologii ginekologicznej	1	40
opieki paliatywnej	1	20
patologii i intensywnej opieki noworodka	1	20
pediatrii i chorób środowiskowych	1	26
pediatryczny czasowego pobytu	1	6
pielęgniacyjny ogólny i opiekuńczo-leczniczy dla byłych więźniów	1	22
położniczo- ginekologiczny	3	195
położniczo- ginekologiczny i onkologii	1	83
przeszczepiania komórek krwiotwórczych	1	6
psychiatrii dzieci	1	25
psychiatryczny	1	28
psychiatryczny dla dorosłych	1	80
psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	1	20
pulmonologiczny	2	52
pulmonologiczny dzieci starszych	1	20
pulmonologii i alergologii	1	23
pulmonologii niemowlęcej	1	20
radioterapii	1	94
rehabilitacyjny	5	154

	Liczba oddziałów	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
reumatologiczny	3	84
skórno – wenerologiczny	4	116
toksykologii i detoksykacji	1	41
urazowo – ortopedyczny	5	154
urazów oka	1	30
urazów wielonarządowych, ortopedii i neuroortopedii	1	39
urologiczny	5	158
wirusowego zapalenia wątroby – zakaźny	1	25

Szczegółowe zestawienie liczby łóżek na poszczególnych oddziałach publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych w Krakowie w latach 2004-2005 przedstawia Załącznik 4 i Załącznik 5 w Aneksie do Raportu.

Strukturę łóżek na oddziałach szpitali ogólnych, których organem założycielskim jest Prezydent Miasta Krakowa prezentuje Tab. II-6.

Analizując liczbę łóżek na oddziałach Szpitala Specjalistycznego im. St. Żeromskiego możemy stwierdzić, że:

- ogólna liczba łóżek w szpitalu w latach 2004 i 2005 nie uległa zmianie i wynosi 686,
- w 2005 r. 5 łóżek z oddziału dziecięcego zamieniono na łóżka na oddziale chirurgii dziecięcej.

Struktura łóżek na oddziałach Szpitala Specjalistycznego im. G. Narutowicza uległa następującym zmianom:

- wzrost ogólnej liczby łóżek o 22 w 2005 r.,
- otwarto nowy oddział urazowo-ortopedyczny z 20 łóżkami,
- zwiększono o 2 liczbę łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Szczegółowe informacje dotyczące wskaźników funkcjonowania wybranych oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2002-2005 prezentuje tabela na następnej stronie.

Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004 r.	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
Miasto Kraków liczba łóżek	1 129	1 151
liczba miejsc dla noworodków w oddziałach neonatologicznych	71 miejsc	90 miejsc
Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego – Kraków os. Na Skarpie 66	686	686
oddział: internistyczny – (3 oddziały)	205	205
dziecięcy	41	36
neurologiczny	25	25
skórno-wenerologiczny	40	40
obserwacyjno – zakaźny dla dorosłych i dzieci	66	66
chirurgii ogólnej	45	45
chirurgii dziecięcej	19	24
anestezjologii i intensywnej terapii	7	7
okulistyki	30	30
urazowo – ortopedyczny	56	56
laryngologiczny	40	40
położniczo – ginekologiczny	83	83
urologiczny	29	29
noworodków i wcześniaków	21 miejsc	40 miejsc
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza – Kraków ul. Prądnicka 35-37	443	465
oddział: internistyczny – (2 oddziały)	110	110
kardiologiczny	60	60
dziecięcy	25	25
neurologiczny	35	35
chirurgii ogólnej	65	65
urazowo-ortopedyczny	0	20
anestezjologii i intensywnej terapii	6	8
laryngologiczny	15	15
położniczo – ginekologiczny	70	70
urologiczny	35	35
pielęgnacyjny ogólny i opiekuńczo-leczniczy dla byłych więźniów	22	22
noworodków i wcześniaków	50 miejsc	50 miejsc

Tab. II-6. Liczba łóżek według oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych Miasta Krakowa  
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Wyszczególnienie	Liczba łóżek stan 31.XII	Liczba leczonych **/	Średni okres pobytu **/	Średnie wykorzystanie łóżka	Wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko **/	
			w dniach				
1	2	3	4	5	6	7	
oddziały internistyczne i chorób metabolicznych							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	2 076	82 726	8,6	331,9	90,9	38,7
	2003 r.	2 102	79 062	8,6	322,7	88,4	37,7
	2004 r.	2 101	80 671	8,0	311,2	85,0	38,7
	2005 r.	1 994	81 868	7,7	309,4	84,8	40,4
Kraków	2002 r.	780	26 145	9,6	320,4	87,8	33,3
	2003 r.	762	25 444	9,8	326,6	89,5	33,2
	2004 r.	745	25 490	9,2	311,6	85,1	33,8
	2005 r.	652	25 426	8,6	318,7	87,3	37,1
oddziały kardiologiczne							
Ogółem woj. małopolskie	2002 r.	662	26 505	7,7	318,2	87,2	41,2
	2003 r.	672	29 577	6,9	304,4	83,4	43,8
	2004 r.	672	34 546	5,8	296,7	81,1	51,4
	2005 r.	653	31 185	6,4	303,0	83,0	47,5
Kraków	2002 r.	326	12 774	7,7	302,6	82,9	39,3
	2003 r.	335	14 969	6,5	289,0	79,2	44,2
	2004 r.	335	19 276	4,8	276,8	75,6	57,5
	2005 r.	320	15 591	5,9	287,6	78,8	48,7
oddziały urologiczne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	345	14 008	6,7	271,4	74,4	40,4
	2003 r.	331	13 460	6,4	258,4	70,8	40,2
	2004 r.	331	15 471	5,0	234,7	64,1	46,7
	2005 r.	315	14 551	4,7	212,2	58,1	45,0
Kraków	2002 r.	176	7 310	6,3	259,8	71,2	41,5
	2003 r.	174	7 285	6,1	256,4	70,2	41,9
	2004 r.	174	8 662	4,7	232,5	63,5	49,8
	2005 r.	158	8 069	4,3	210,6	57,7	48,6
oddziały otolaryngologiczne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	258	13 123	6,0	302,7	82,9	50,9
	2003 r.	250	12 959	6,0	309,0	84,6	51,2
	2004 r.	251	13 208	5,3	281,0	76,8	52,6
	2005 r.	231	12 930	5,1	285,7	78,3	55,5
Kraków	2002 r.	173	9 436	5,7	308,9	84,6	54,5
	2003 r.	169	9 416	5,8	321,7	88,1	55,7
	2004 r.	170	9 288	5,4	296,9	81,1	54,6
	2005 r.	166	8 928	5,5	300,7	82,4	54,4
oddziały chirurgii ogólnej i dziecięcej							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	1 589	68 027	7,0	292,5	80,1	42,1
	2003 r.	1 548	65 577	6,8	284,7	78,0	41,9
	2004 r.	1 458	67 837	5,8	269,7	73,7	46,4
	2005 r.	1 405	68 275	5,5	264,8	72,5	47,7
Kraków	2002 r.	376	14 946	7,1	275,4	75,4	38,7
	2003 r.	369	14 796	7,0	276,5	75,7	39,8
	2004 r.	375	16 759	5,9	264,4	72,2	44,7
	2005 r.	345	16 413	5,6	253,1	69,3	45,3

Tab. II-7. Działalność wybranych oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa  
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Wyszczególnienie		Liczba łóżek stan 31.XII	Liczba leczonych **/	Średni okres pobytu **/	Średnie wykorzystanie łóżka	Wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko **/
				w dniach			
1	2	3	4	5	6	7	
oddziały urazowo-ortopedyczne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	909	30 072	9,1	301,1	82,5	33,1
	2003 r.	881	29 381	8,8	287,4	78,7	32,8
	2004 r.	933	31 553	7,6	260,3	71,1	34,1
	2005 r.	905	30 518	7,3	244,2	66,9	33,3
	Kraków	2002 r.	254	8 537	9,4	314,8	86,2
2003 r.		251	8 224	9,4	307,2	84,2	32,8
2004 r.		251	7 990	8,0	253,7	69,3	31,8
2005 r.		242	7 625	8,2	247,5	67,8	30,0
oddziały neurologiczne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	592	18 913	10,1	323,7	88,7	31,9
	2003 r.	593	18 681	10,1	315,4	86,4	31,3
	2004 r.	611	19 769	9,4	303,6	83,0	32,4
	2005 r.	611	20 215	9,0	299,1	82,0	33,1
	Kraków	2002 r.	293	7 811	11,7	310,6	85,1
2003 r.		298	7 935	11,7	310,5	85,1	26,5
2004 r.		291	8 304	10,7	304,7	83,3	28,5
2005 r.		291	8 516	10,1	294,4	80,7	29,3
oddziały dziecięce, niemowlęce i patologii noworodka							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	821	30 219	6,6	246,1	67,4	37,1
	2003 r.	822	28 757	6,3	220,1	60,3	35,0
	2004 r.	790	30 857	5,5	212,3	58,0	38,3
	2005 r.	756	31 099	5,2	211,8	58,0	40,4
	Kraków	2002 r.	207	6 383	8,6	266,2	72,9
2003 r.		212	6 379	7,8	234,2	64,2	29,9
2004 r.		210	7 491	6,3	224,1	61,2	35,7
2005 r.		205	7 480	5,8	210,6	57,7	36,5
oddziały ginekologiczno-położnicze i ginekologiczne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	1 498	70 768	5,4	245,3	67,2	45,5
	2003 r.	1 435	68 839	5,1	239,6	65,6	46,8
	2004 r.	1 366	68 503	4,8	236,4	64,6	49,6
	2005 r.	1 326	67 949	4,6	235,5	64,5	50,7
	Kraków	2002 r.	413	20 614	5,3	254,6	69,8
2003 r.		403	21 328	5,1	259,8	71,2	51,4
2004 r.		373	21 406	4,6	262,4	71,7	56,8
2005 r.		373	21 786	4,4	256,9	70,4	58,4
oddziały zakaźne							
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	552	15 978	8,5	246,6	67,6	29,1
	2003 r.	519	14 931	8,1	223,1	61,1	27,4
	2004 r.	505	15 396	7,4	218,6	59,7	29,7
	2005 r.	455	14 810	6,9	216,4	59,3	31,2
	Kraków	2002 r.	237	6 818	9,0	253,3	69,4
2003 r.		237	6 469	8,3	226,2	62,0	27,3
2004 r.		237	6 584	7,5	207,1	56,6	27,8
2005 r.		211	6 604	6,8	197,6	54,1	29,0

Wyszczególnienie	Liczba łóżek stan 31.XII	Liczba leczonych **/	Średni okres pobytu **/	Średnie wykorzystanie łóżka	Wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko **/
			w dniach			
1	2	3	4	5	6	7
oddziały rehabilitacyjne						
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	674	9 837	23,8	339,9	14,3
	2003 r.	706	9 332	22,6	298,5	13,2
	2004 r.	705	10 109	21,9	313,6	14,3
	2005 r.	745	10 091	23,2	328,8	14,2
Kraków	2002 r.	113	1 503	24,0	319,4	13,3
	2003 r.	113	1 547	23,1	316,6	13,7
	2004 r.	154	2 267	22,4	330,2	14,7
	2005 r.	154	2 289	22,6	338,1	15,0
oddziały gruźlicy i chorób płuc						
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	897	20 132	12,0	271,3	22,6
	2003 r.	834	19 998	11,6	274,1	23,7
	2004 r.	793	21 618	10,6	275,9	26,1
	2005 r.	801	20 618	10,3	265,1	25,7
Kraków	2002 r.	249	6 798	9,7	260,1	26,9
	2003 r.	249	6 874	8,1	223,4	27,6
	2004 r.	214	7 702	7,0	249,9	35,8
	2005 r.	222	7 394	6,7	221,8	33,0

\*) Bez szpitali podległych MSWiA oraz MON  
\*\*) Leczeni z tzw. ruchem międzyoddziałowym

Tab. II-7. Działalność wybranych oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa  
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

## Stacjonarne leczenie psychiatryczne

W województwie małopolskim w 2004 r. funkcjonowało 5 placówek stacjonarnej opieki psychiatrycznej: 2 publiczne i 3 niepubliczne (ośrodki MONAR-U leczniczo-rehabilitacyjne, readaptacyjne i detoksykacyjne dla osób uzależnionych). Dysponowały one łącznie 1.230 łóżkami, tj. o 12 więcej niż w 2003 r. (1.218) i o 23 więcej niż w 2002 r. (1.207). Liczba leczonych w 2004 r. w tych placówkach wynosiła 12.864 i była o 30 większa niż w roku 2003 (12.834) i o 207 mniejsza niż w 2002 r. Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności kształtował się na poziomie 3,8 (3,7 w 2003 i 2002 r.), a wskaźnik leczonych na 10 tys. ludności – na poziomie 39,5 (39,5 w 2003 r. i 40,4 w 2002 r.).

Wyszczególnienie	Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego		Zakłady psychiatryczne niepubliczne	
	2004 r.	2005 r.	2004 r.	2005 r.
Ilość <sup>1</sup> – stan na 31.XI.	1	1	3	3
Ilość łóżek – stan na 31.XII.	874	826	116	123
Ilość pacjentów	9.393	9.123	818	906
Średni okres pobytu	30,3	30,7	53,1	49,7

1) liczba szpitali i zakładów opieki zdrowotnej z oddziałami szpitalnymi

Tab. II-8. Działalność zakładów stacjonarnej opieki psychiatrycznej w Mieście Krakowie w latach 2004-2005  
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego



Pozostałe wskaźniki działalności publicznych szpitali psychiatrycznych w Małopolsce za rok 2004 przedstawiają się następująco:

- liczba leczonych na 10 tys. ludności – 36,9 (37,2 w 2003 r. i 37,8 w 2002 r.),
- liczba leczonych na 1 łóżko – 10,7 (11,2 w 2003 r. i 11,3 w 2002 r.),
- średni okres pobytu w dniach – 30,3 (31,2 w 2003 r. i 31,7 w 2002 r.),
- średnie wykorzystanie łóżek w dniach – 325,0 (350,1 w 2003 r. i 357,6 w 2002 r.),
- średnie wykorzystanie łóżek w % – 88,8 (95,9 w 2003 r.)

W Szpitalu Specjalistycznym im. dr Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie w 2005 r. funkcjonowało 826 łóżek, tj. o 48 mniej niż w roku 2004. Liczba pacjentów leczonych w szpitalu w roku 2005 spadła o 270 osób, a średni okres pobytu w szpitalu wydłużył się o 0,4 dnia.

Spadek liczby łóżek w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Babińskiego w 2005 r. spowodowany był następującymi zmianami:

- likwidacją 135 łóżek na oddziałach psychiatrycznych ogólnych,
- utworzeniem 2 oddziałów psychiatryczno-rehabilitacyjnych z łączną liczbą łóżek – 60,
- utworzeniem oddziału leczenia zaburzeń osobowości i nerwic na 30 łóżek,
- utworzeniem oddziału psychogeriatrycznego na 30 łóżek,
- likwidacją oddziału psychiatryczno-internistycznego na 30 łóżek,
- zmniejszeniem o 3 liczby łóżek na oddziale psychiatryczno-pulmonologicznym.

W trzech niepublicznych psychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej w Krakowie w 2005 r. znajdowały się 123 łóżka, o 7 łóżek mniej niż w 2004 r. Łóżka w niepublicznych zakładach opieki psychiatrycznej stanowią 13% ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych w Mieście. Liczba pacjentów hospitalizowanych w 2005 r. wynosiła 906 i była o 88 osób mniejsza niż w 2004 r. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu, mimo spadku w porównaniu do 2004 r. o 3,4 dnia, nadal pozostaje dużo wyższy niż czas pobytu w szpitalu publicznym (różnica w 2005 r. to 19 dni).

**Tab. II-11. Wskaźniki działalności oddziałów psychiatrycznych w publicznych szpitalach ogólnych województwa małopolskiego i Miasta Krakowa w latach 2002-2005**

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005
Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego – Kraków, ul. Babińskiego 29	874	826
oddział: psychiatryczny ogólny (11 oddziałów)	626	491
rehabilitacyjno-psychiatryczny (2 oddziały)	0	60
leczenia zaburzeń osobowości i nerwic	0	30
psychiatryczny-internistyczny	30	0
psychogeriatryczny	0	30
psychiatryczny-pulmonologiczny	38	35
psychiatrii sądowej	50	50
interwencji kryzysowej	25	25
odwykowy	60	60
neurologiczny	45	45

**Tab. II-9. Liczba łóżek na oddziałach Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w latach 2004-2005**

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Lp.	Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005
Kraków (liczba łóżek)		116	123
1.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „DOM MONARU” – Kraków, ul. Suchy Jar 4		
	ośrodek terapii uzależnienia	63	70
2.	Ośrodek Lecznico-Rehabilitacyjny dla osób Uzależnionych od Środków Odurzających – Kraków, ul. Suchy Jar 4a		
	ośrodek leczniczo- rehabilitacyjny dla osób uzależnionych (detoksykacja)	15	15
3.	Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby „DOM GWAN” – Kraków, ul. Nadbrzezie 25		
	ośrodek terapii uzależnienia	38	38

**Tab. II-10. Liczba łóżek w psychiatrycznych niepublicznych zakładach opieki stacjonarnej w latach 2004-2005**

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Wyszczególnienie		Liczba łóżek stan 31.XII	Liczba leczonych*	Średni okres pobytu*	Średnie wykorzystanie łóżka	Wykorzystanie łóżek w %	Liczba chorych na 1 łóżko*/
Ogółem województwo małopolskie	2002 r.	384	4 912	28,4	352,3	96,5	12,4
	2003 r.	387	4 841	28,3	356,3	97,6	12,6
	2004 r.	387	5 096	27,0	355,1	97,0	13,2
	2005 r.	462	5 352	26,8	339,0	92,9	12,7
Kraków	2002 r.	150	1 497	36,8	367,4	100,7	10,0
	2003 r.	153	1 447	38,2	368,2	100,9	9,6
	2004 r.	153	1 525	36,4	362,7	99,1	10,0
	2005 r.	153	1 601	34,2	358,1	98,1	10,5

\*) Leczeni z tzw. ruchem międzyoddziałowym

### Zakłady opieki długoterminowej: hospicja, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze

W 2004 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 28 zakładów opieki długoterminowej (w tym: 2 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 21 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne, 3 hospicja). 3 hospicja niepubliczne specjalizują się wyłącznie w opiece paliatywnej. Spośród 25 pozostałych jednostek 7 to zakłady publiczne, a 18 zakłady niepubliczne (w tym 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne). Ponadto, w publicznych szpitalach ogólnych w Małopolsce w 2004 r. działało 19 oddziałów opieki długoterminowej: geriatryczne, medycyny paliatywnej i dla przewlekle chorych. We wszystkich ww. jednostkach łącznie w 2004 r. funkcjonowało 2 331 łóżek, tj. o 97 więcej niż w 2003 r. (2.234), a liczba leczonych wynosiła 9.924, tj. o 135 mniej niż w 2003 r. (10.059).

W 2005 r. w Krakowie działało 12 publicznych i niepublicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych, w tym jeden zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny i jeden oddział hospicyjny. Zakłady te dysponowały łącznie 875 łóżkami, a liczba leczonych wynosiła 2.081.

### B. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

W roku 2005 Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na realizację świadczeń zdrowotnych ze 126 świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej w Krakowie (w tym 94 umowy w zakresie świadczeń lekarskich, 116 umów z zakresu usług pielęgniarki rodzinnej, 59 umów z zakresu położnej rodzinnej). Liczba podpisanych umów na świadczenia ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej wyniosła 135, a rehabilitacji leczniczej 49. Ponadto zawarto 42 umowy ze świadczeniodawcami usług z zakresu leczenia psychiatrycznego i uzależnień. Usługi stomatologiczne zostały zakontraktowane u 69 świadczeniodawców.

Jak wynika z informacji uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia (prezentowanych w poniższej tabeli oraz na rysunku II-7) liczba umów podpisanych w 2005 roku w przypadku wszystkich kategorii świadczeniodawców była większa w porównaniu do roku 2004.

Wyszczególnienie	Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja	
	2004 r.	2005 r.
Ilość <sup>1</sup> – stan na 31.XII.	12 <sup>2</sup>	12 <sup>2a</sup>
Ilość łóżek – stan na 31.XII.	887	875
Ilość pacjentów	1 966	2 081
Średni okres pobytu	144,5	146

1) liczba szpitali i zakładów opieki zdrowotnej z oddziałami szpitalnymi

2) w tym 1 zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny

2a) w tym 1 zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny i 1 oddział hospicyjny

Tab. II-12. Działalność publicznych i niepublicznych zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz hospicjów w Mieście Kraków w latach 2004-2005

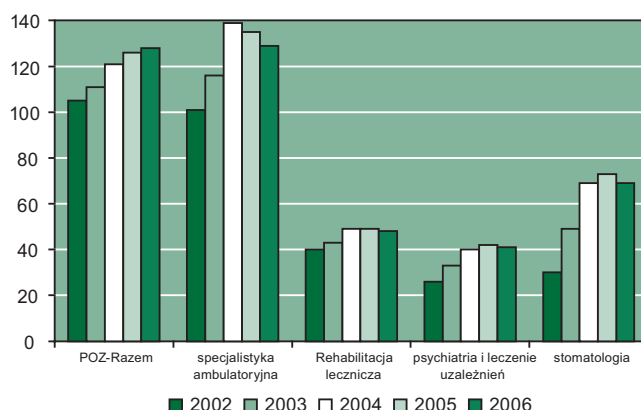
Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Lp.	Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005
Kraków (liczba łóżek)		887	875
1.	Niepubliczny ZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej TPCZ HOSPICIUM Kraków, ul. Fatimska 17 opieka paliatywna – hospicjum	30	30
2.	Zakład Usług Medyczno-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK, Kraków, ul. J. Lea 44 zakład opiekuńczo-leczniczy	25	30
3.	Niepubliczny ZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka” – Kraków, os. Młodości 9 zakład opiekuńczo-leczniczy	60	74
4.	NEOMEDICA sp. z o.o. (dawny Krowoderski ZOL) – Kraków, ul. Prądnicka 36 zakład opiekuńczo-leczniczy	33	36
5.	Niepubliczny ZOZ „VIVA-MED.” sp. z o.o. Kraków, ul. Siemaszki 17 zakład opiekuńczo-leczniczy	55	50
6.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek Kraków, ul. Kołłątaja 7 zakład opiekuńczo-leczniczy	72	72
7.	Niepubliczny ZOZ „DOM-MED” Kraków, ul. Helclów 2 zakład opiekuńczo-leczniczy	110	91
	hospicjum stacjonarne	-	10
8.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ – Kraków, ul. Ujastek 3 zakład opiekuńczo-leczniczy	92	92
9.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Kraków, ul. Wielicka 267 zakład opiekuńczo-leczniczy	305	305
	zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	45	45
10.	ZOZ „Centrum Medyczne – Nowa Huta” Sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3 zakład opiekuńczo-leczniczy	40	40
11.	Okręgowy Szpital Kolejowy – Kraków, ul. J. Lea 44 zakład opiekuńczo-leczniczy	20	0

Tab. II-13. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjach w Mieście Krakowie w latach 2004-2005

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego

Szczegółowe informacje na temat liczby porad w ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej w latach 2001-2004 prezentują Tab. II-17 i I-18. Jak wynika z tych informacji liczba porad we wszystkich analizowanych specjalnościach medycznych wykazuje stałą tendencję wzrostową. Trend ten dotyczy zarówno zakładów działających w Mieście Krakowie, jak również całego województwa małopolskiego.



Rys. II-7. Liczba zawartych umów w ramach leczenia ambulatoryjnego w latach 2002-2006 w Krakowie

Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Tab. II-14. Ilość świadczeniodawców usług zdrowotnych w Krakowie, z którymi zawarto umowy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2002-2006  
Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Rok	lecnictwo ambulatoryjne							
	POZ – razem	POZ – świadczenia lekarza	POZ – zakres pielęgniarstwa rodzinnej	POZ – zakres położnej rodzinnej	Specjalistyka ambulatoryjna	Rehabilitacja lecznicza	Psychiatria i leczenie uzależnień	Stomatologia
2002	105	79	74	53	101	40	26	30
2003	111	85	75	54	116	43	33	49
2004	121	88	83	57	139	49	40	69
2005	126	94	116	59	135	49	42	73
2006	128	91	113	63	129	48	41	69

Rodzaj etatu	2005	2006
Lekarze POZ i rodzinni	658	647
Lekarze pediatry	bd	183
Lekarze ginekolodzy	bd	239
Pielęgniarki środowiskowo-rodzinne	335	332
Położne środowiskowo-rodzinne	92	72
Pielęgniarki środowiskowe w środowisku nauczania i wychowania	bd	bd
Lekarze stomatolodzy	274	254

Tab. II-15. Ilość etatów świadczeniodawców usług zdrowotnych w Krakowie z którymi zawarto umowy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Zakres umowy	2005	2006
Lekarze POZ	94	91
Pielęgniarki środowiskowo-rodzinne	116	113
Położne środowiskowo-rodzinne	59	63
Pielęgniarki środowiskowe w środowisku nauczania i wychowania	26	26

Tab. II-15a. Liczba podpisanych umów w POZ w podziale na zakresy  
Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Wyszczególnienie		Liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich ogółem	z tego:		
			liczba przychodni, ośrodków zdrowia i poradni w zakładach publicznych	liczba przychodni, ośrodków zdrowia i poradni w zakładach niepublicznych	liczba praktyk lekarskich
Ogółem	2002 r.	1460	365	686	409
	2003 r.	1593	324	816	453
	2004 r.	1539	307	837	395
	2005 r.	1558	284	884	390
W tym:					
Kraków	2003 r.	463	46	344	73
	2004 r.	459	42	352	65
	2005 r.	453	30	361	62

Tab. II-16. Rozmieszczenie przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (stan na dzień 31.XII.)  
Źródło: Wojewódzki Urząd Statystyczny

Wyszczególnienie	Małopolska				Kraków			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich	729	1460	1593	1539	197	390	463	459
Liczba udzielonych porad:	21 387 712	21 952 751	22 137 810	22 155 930	6 545 857	7 061 386	7 347 910	7 306 532
– w tym lekarskie	18 833 445	19 202 185	19 442 975	19 659 067	5 612 575	6 069 051	6 398 227	6 402 462
– w tym stomatologiczne	2 554 267	2 750 566	2 694 835	2 496 863	933 282	992 335	949 683	904 070
Liczba porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej (lekarskie):	11 770 981	11 488 008	11 752 350	11 730 145	2 665 241	2 651 729	2 915 883	2 875 996
– w zakładach publicznych	-	4 505 162	4 210 365	4 029 164	-	230 383	213 393	225 589
– w zakładach niepublicznych	-	6 742 129	7 224 608	7 447 529	-	2 421 346	2 702 490	2 650 407
– w praktykach lekarskich*	-	240 717	317 377	253 452	-	-	-	-
Liczba porad udzielonych w specjalistycznej opiece zdrowotnej:	9 616 731*	10 464 743	10 385 460	10 425 785	3 880 616	4 409 657	4 432 027	4 430 536
– lekarskie	7 062 464	7 714 177	7 690 625	7 928 922	2 947 334	3 417 322	3 482 344	3 526 466
– stomatologiczne	2 554 267	2 750 566	2 694 835	2 496 863	933 282	992 335	949 683	904 070

\* sprawozdawczością objęto tylko te praktyki lekarskie i stomatologiczne, które udzielały porad w ramach umowy zawartej z NFZ, sp zoz, samorządem terytorialnym lub w ramach służby medycyny pracy  
\* od 2001 r. poradnie medycyny pracy i stomatologiczne zostały włączone do opieki specjalistycznej

Tab. II-17. Działalność ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w Małopolsce i w Mieście Krakowie w latach 2001-2004

Źródło: na podstawie danych zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2002, 2003, 2004 – dane zostały opracowane w oparciu o informacje z Głównego Urzędu Statystycznego w Krakowie

Nazwa poradni	Małopolska				Kraków			
	2001	2002*	2003*	2004**	2001**	2002*	2003*	2004**
chorób wewnętrznych w tym:	1 147 081	1 289 245	1 384 000	1 614 386	568 255	649 253	751 035	881 658
alergologiczna	147 133	185 822	191 795	221 469	70 943	86 946	89 556	104 525
diabetologiczna	110 831	128 553	129 946	147 451	47 538	54 044	55 387	59 398
kardiologiczna	286 321	346 333	344 192	415 700	147 808	185 728	186 181	208 121
inne – zachowawcze w tym:	1 649 962	1 825 652	1 773 661	1 878 168	690 196	788 123	803 159	856 232
dermatologiczna	426 956	459 823	418 308	409 761	168 230	180 338	172 922	165 744
neurologiczna	441 196	521 905	499 441	545 482	171 323	211 245	206 062	223 012
rehabilitacyjna	193 144	215 208	199 619	242 427	83 500	105 970	97 332	128 918
Opieki nad matką i dzieckiem w tym:	1 008 159	1 072 437	1 035 246	1 091 149	303 337	380 309	385 739	460 541
pediatryczna	64 455	38 730	30 299	36 457	15 044	17 925	18 141	26 590
ginekologiczno- położnicza	919 920	1 020 310	995 608	1 045 199	280 679	355 275	361 452	427 231
Zabiegowe w tym:	2 532 840	2 700 404	2 714 761	2 883 629	941 131	1 032 321	1 051 413	1 120 415
chirurgii ogólnej	596 456	625 958	631 556	661 552	231 117	253 767	249 038	247 880
urazowo-ortopedyczna	374 215	395 820	395 289	459 540	97 603	103 863	102 338	131 653
okulistyczna	742 043	799 834	836 764	842 807	264 169	291 629	322 198	333 654
otolaryngologiczna	567 648	610 770	605 376	636 390	223 770	240 781	250 572	265 406
Chorób psychicznych i uzależnień w tym:	405 956	452 767	444 439	461 590	172 368	214 648	198 267	207 620
zdrowia psychicznego	385 674	436 409	427 848	446 793	164 520	209 828	191 584	202 610
leczenia odwykowego	14 501	13 113	13 656	14 797	3 231	3 345	4 404	5 010
Stomatologiczne	2 486 508	2 730 972	2 678 662	2 496 863	875 385	977 265	937 303	904 070

\* bez poradni przy zakładach pracy  
 \*\* z poradniami przy zakładach pracy

Tab. II-18. Porady udzielone w wybranych poradniach specjalistycznych dla ogółu ludności w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w Małopolsce i w Mieście Krakowie w latach 2001-2004

Źródło: na podstawie danych zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2002, 2003 i 2004

### C. Ratownictwo medyczne

Zasady funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego zostały uregulowane zapisami dwóch ustaw:

- ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.)
- ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 z późn. zm.).

Celem nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest usprawnienie dotychczasowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewniania edukacji z zakresu pierwszej pomocy. Wejście ustawy w życie planowane jest na dzień 1 stycznia 2007 roku.

Aktualnie wdrażana jest nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która zakłada:

1. wprowadzenie do dnia 01 września 2009 do szkół na wszystkich poziomach i typach kształcenia, edukacji w zakresie pierwszej pomocy;
2. określa wykształcenie i szczegółowe zadania ratowników i ratowników medycznych;
3. planowanie i organizację systemu, a w szczególności sporządzanie przez wojewodę tzw. wojewódzkiego planu działania systemu, prowadzenie w sposób elektroniczny lub w formie pisemnej ewidencji jednostek systemu z obszaru województwa oraz tworzenie centrum powiadamiania ratunkowego i zespołów koordynacji ratownictwa medycznego;
4. finansowania z budżetu państwa centrum powiadamiania ratunkowego oraz zespołów koordynacji ratownictwa me-

dycznego, zadań zespołów ratownictwa medycznego a szpitalnych oddziałów ratunkowych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z obowiązującymi ustawami i wydanymi na ich podstawie rozporządzeniami priorytetowymi zadaniami w zakresie ratownictwa medycznego jest skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala ofiar nagłych wypadków wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej, a tym samym zmniejszenie ilości zgonów okołourazowych i tych związanych ze zbyt długim oczekiwaniem na przyjęcie do szpitala.

Na podstawie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2002 roku w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, miasto Kraków wraz z Powiatem Krakowskim przygotowuje co roku plan



## D. Kadry medyczne

zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych dla Miasta Krakowa i Powiatu Krakowskiego, uwzględniający szereg danych, w tym usytuowanie i wyposażenie centrum powiadamiania ratunkowego, czas dojazdu do miejsca zdarzenia, liczba, rodzaj i rozmieszczenie w terenie zespołów ratownictwa medycznego, planowanych na rok sporządzania planu nowych jednostkach systemu a także kalkulacje kosztów.

W obu krakowskich szpitalach, dla których organem założycielskim jest Miasto Kraków, zostały utworzone oddziały ratunkowe, posiadające wykwalifikowaną kadrę medyczną i odpowiedni sprzęt medyczny. Ponadto oddziały ratunkowe utworzono w sześciu 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, Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla. Każdy z tych oddziałów obejmuje swym zasięgiem część obszaru Krakowa oraz okolicznych miejscowości.

W lipcu 2003 roku Miasto Kraków podpisało porozumienie z Powiatem Krakowskim i Krakowskim Pogotowiem Ratunkowym w kwestii utworzenia i prowadzenia Centrum Powiadamiania Ratunkowego Miasta Krakowa (CPR), w ramach realizacji zapisów ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Celem utworzenia Centrum była poprawa koordynacji działań ratowniczych w mieście i powiecie krakowskim, zapewniająca szybką i skuteczną pomoc w razie nagłych wypadków.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 919/2005 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 20.05.2005 r. w sprawie podziału na wewnętrzne komórki organizacyjne oraz szczegółowego zakresu działania Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Krakowa, Wydział ten przejął zadania z zakresu ratownictwa medycznego z dniem 01.06.2005 r. W roku 2005 z budżetu państwa została przyznana dotacja na wydatki poza-płaćcowe dla CPR w Krakowie w wysokości 122.000 zł zgodnie z ustawą z dnia 06.12.2002r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 z późn. zm.).

Zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej są kluczowym elementem decydującym o jakości i dostępności do świadczeń medycznych.

Ze względu na system gromadzenia danych dotyczących zatrudnienia kadr medycznych, rzetelne porównanie wskaźników zatrudnienia w kolejnych latach jest bardzo trudne (różne formy prawne wykonywania pracy oraz wykazywanie części osób zatrudnionych w kilku miejscach pracy). Dlatego na potrzeby niniejszego raportu oparto się na danych statystycznych za rok 2005.

Szczegółowe informacje dotyczące zatrudnienia pracowników na terenie Miasta Krakowa, według stanu na dzień 31 grudnia 2005 przedstawiono w Załączniku 6 w Aneksie do Raportu.

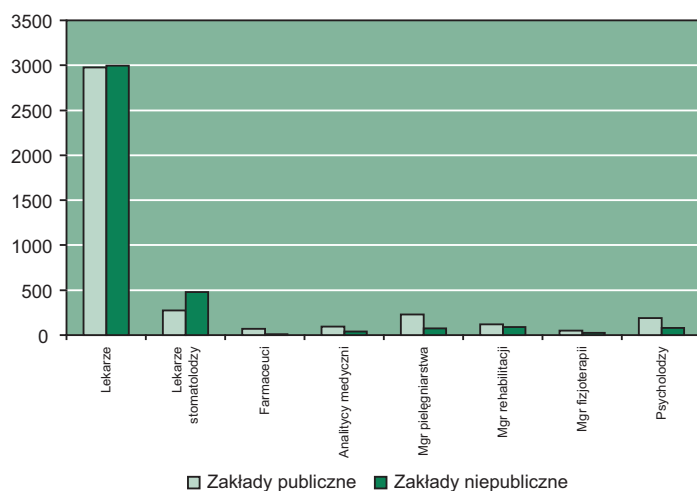
W poniższej tabeli przedstawiono natomiast informację o liczbie osób z poszczególnych grup zawodów medycznych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

W przypadku personelu medycznego z wyższym wykształceniem zatrudnienie w większości kategorii zawodów było wyższe w roku 2005 w porównaniu z latami wcześniejszymi, odwrotna tendencja obserwowana jest w przypadku zawodów z wykształceniem średnim.

**Tab. II-19. Zatrudnienie ogółem w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie Krakowa (stan na 31.XII.2005 r.)**

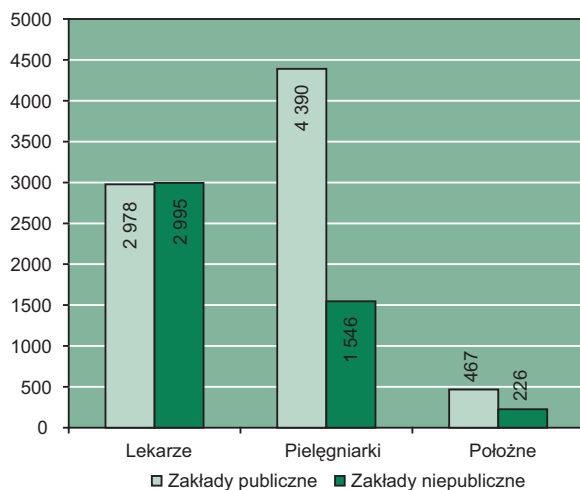
	Zakłady publiczne	Zakłady niepubliczne
<b>Pracownicy medyczni z wyższym wykształceniem</b>		
Lekarze	2.978	2.995
Dentyści	272	478
Farmaceuci	70	9
Analitycy medyczni	97	41
Mgr pielęgniarstwa	231	73
Mgr rehabilitacji	120	92
Mgr fizjoterapii	48	24
Psycholodzy	187	81
<b>Pracownicy medyczni z wykształceniem średnim</b>		
Pielęgniarki	4.390	1.546
Położne	467	226
Technicy dentyści	29	32
Technicy farmaceutyczni	67	5
Technicy/laboranci analityki medycznej	188	74
Technicy/analitycy elektroradiologii	324	130
Technicy fizjoterapii	125	128
Technicy masażyści	40	68





Rys. II-8. Pracownicy medyczni z wyższym wykształceniem zatrudnieni w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Krakowa – wg stanu na 31.XII.2005 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego



Rys. II-9. Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej Krakowa – wg stanu na 31.XII.2005 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego

## 2. Dostępność świadczeń ambulatoryjnych

W Miejskim Programie Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” jako cel strategiczny w zakresie lecznictwa otwartego zapisano: „stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o jak najwyższej jakości i dostępności, a przez to zapewnienie mieszkańcom Krakowa możliwie najlepszej opieki medycznej”.

Jedną z najbardziej zauważalnych przez pacjentów dysfunkcji w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej jest ograniczona dostępność do niektórych świadczeń (długi czas oczekiwania na wizytę, badania diagno-

styczne, leczenie, ograniczone możliwości korzystania z niektórych świadczeń) oraz nierówny dostęp do nich (nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców, różnice w długości czasu oczekiwania na świadczenia deficytowe, nadmierne zróżnicowanie jakości udzielanych świadczeń). Problem dostępności można zatem opisać w kategoriach czasu oczekiwania, możliwości wyboru danego lekarza czy placówki, systemu rejestracji i przyjęć na określoną godzinę, czy możliwości uzyskania informacji o świadczeniach. Możliwość uzyskania świadczenia przez pacjenta jest w znacznym stopniu warunkowana ilością zakontraktowanych przez płatnika usług. Pozostałe uwarunkowania dostępności są mocniej związane już z samym świadczeniodawcą usług zdrowotnych, tj. liczbą personelu medycznego, organizacją pracy placówki (w tym sposób rejestracji pacjentów, udostępnianie informacji na temat możliwości uzyskania świadczenia w innej placówce), lokalizacją placówki (odległość od miejsca zamieszkania), występowaniem barier architektonicznych, utrudniających korzystanie ze świadczeń osobom starszym lub niepełnosprawnym.

Miasto Kraków podjęło inicjatywę oceny dostępności do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2000 r. i od IV kwartału tego roku przeprowadzono badania w formie anonimowej telefonicznej rejestracji na tzw. symulowanego pacjenta. Urzędnicy podający się za pacjentów, próbowali zarejestrować się na wizytę otrzymując w ten sposób informację zwrotną dotyczącą czasu oczekiwania na przyjęcie do lekarza. Celem tych działań było sprawdzenie czasu oczekiwania przeciętnego ubezpieczonego pacjenta na wizytę u lekarza specjalisty. W obszarze zainteresowań badających były usługi świadczone przez publicznych i niepublicznych świadczeniodawców w ramach kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dane o wynikach badania zostały umieszczone na stronie internetowej Miasta Krakowa ([www.krakow.pl](http://www.krakow.pl)) gdzie podano czas oczekiwania na przyjęcie w poszczególnych placówkach. Szczegółowa analiza wyników badania została zamieszczona również w „Raporcie o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2004”. Zbierane przez pracowników Referatu Zdrowia Wydziału Spraw Społecznych UMK dane poddawane były kwartalnym analizom w odniesieniu do całego Krakowa oraz poszczególnych jego dzielnic. We wszystkich badanych jednostkach pacjenci w stanach nagłego

zagrożenia zdrowia lub życia przyjmowani byli na bieżąco. Większość świadczeniodawców wprowadziła możliwość telefonicznej rejestracji pacjentów. Najdłuższy okres oczekiwania występował w poradniach endokrynologicznych oraz kardiologicznych. Czas oczekiwania w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej kształtował się na poziomie od „na bieżąco” do 90 dni, a w niektórych przypadkach i dłużej. Najdłużej oczekiwali na wizytę pacjenci wysokospecjalistycznych poradni, wyposażonych w bardzo dobrą aparaturę medyczną i zatrudniających wysokiej klasy specjalistów.<sup>5</sup>

Z analizy przedstawionej w w/w raporcie wynika, że problem dostępności świadczeń nasila się w końcowym okresie roku, kiedy to, ze względu na wyczerpujący się limit zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń, zmniejsza się liczba poradni przyjmujących pacjentów „na bieżąco” lub do 14 dni, a zwiększa tych, które wyznaczają odległe terminy wizyt – powyżej 30 dni. Dostępność w poradniach związana jest również z sezonowością zachorowań lub nasileniem się objawów chorobowych. Większa liczba pacjentów korzystających ze świadczeń zwiększa bowiem czas oczekiwania na nie, a zatem powoduje zmniejszenie ich dostępności. Mniejsza liczba pacjentów zgłaszających się do specjalistów w okresie letnim powoduje wzrost dostępności w tym czasie w porównaniu z okresem zimowo-wiosennym (II kwartał) lub jesienno-zimowym (IV kwartał).

Dostępność świadczeń w I półroczu 2004 roku, według informacji zawartych w raporcie, uległa pogorszeniu w stosunku do roku 2001 i 2002. W około 20% poradniach wyznaczano ponad 60-dniowe terminy wizyt lekarskich, a tylko w około 30% poradniach pacjent mógł uzyskać poradę „na bieżąco”. W II kwartale 2004 r. najdłuższy czas oczekiwania na poradę zanotowano w poradniach endokrynologicznych (w blisko 70% tych poradni pacjent oczekiwał na poradę 60 dni lub dłużej). Najwięcej poradni oferujących usługi „na bieżąco” było w przypadku onkologii i chirurgii.

Raport informuje również, że dane o kolejkach oczekujących na świadczenia w krakowskich placówkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zawarte na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, według stanu na 23 listopada

2004 r., wskazywały, że najtrudniej uzyskać poradę u okulisty – czas oczekiwania powyżej 90 dni oraz w poradniach kardiologicznych i endokrynologicznych (równie długie terminy oczekiwania).

Badanie dostępności usług opieki ambulatoryjnej w Krakowie prowadzone było do połowy 2004 r. tj. do wejścia w życie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), kiedy to świadczeniodawcy, na podstawie przepisów tej ustawy, zostali zobowiązani do prowadzenia listy oczekujących na usługi i przekazywania jej do NFZ, który publikuje ją na swojej stronie internetowej.<sup>6</sup>

Według danych MOW NFZ średni czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjne lecznictwa specjalistycznego w Krakowie w 2005 r., w stosunku do roku 2004, wzrósł w 23 rodzajach poradni, przy czym największy wzrost dotyczył poradni (Tab. II-20):

- chirurgii ogólnej – z 4 do 15 dni,
- chirurgii plastycznej – z 0 do 13 dni,
- chirurgii szczękowej – z 0 do 10 dni,
- chorób naczyń – z 36 do 70 dni,

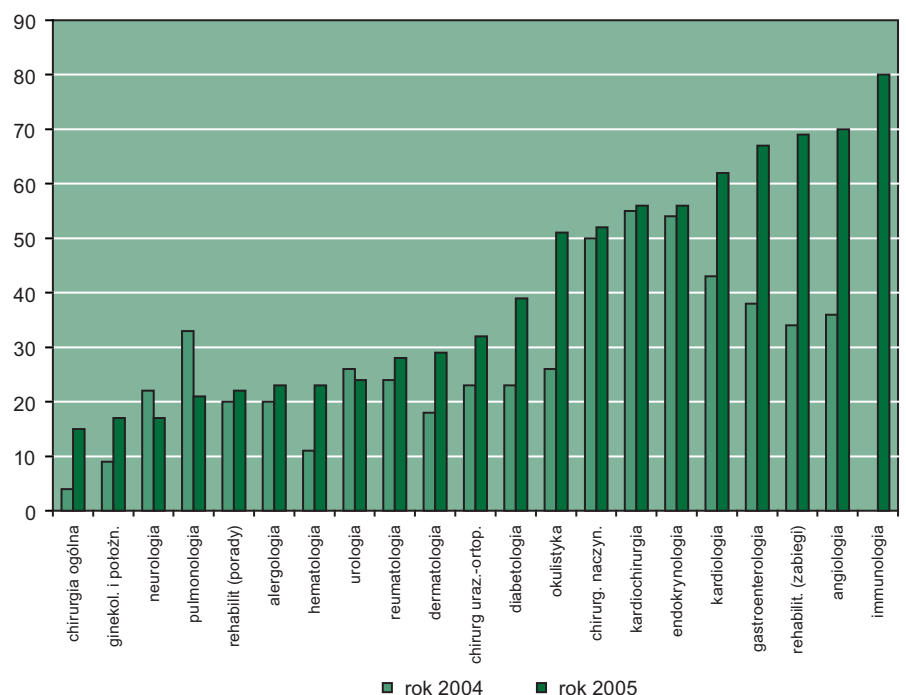
- dermatologicznych – z 18 do 29 dni,
- diabetologicznych – z 23 do 39 dni,
- gastroenterologicznych – z 38 do 67 dni,
- hematologicznych – z 11 do 23 dni,
- immunologicznych – z 0 do 80 dni,
- kardiologicznych – z 43 do 62 dni,
- okulistycznych – z 26 do 51 dni,
- rehabilitacyjnych (zabiegów) – z 34 do 69 dni.

Spadek średniego czasu oczekiwania na świadczenia w poradniach Krakowa w 2005 r., w stosunku do roku 2004, nastąpił w poradniach:

- chirurgii onkologicznej – z 40 do 7 dni,
  - neonatologicznych – z 10 do 3 dni,
  - neurologicznych – z 22 do 17 dni,
  - pulmonologicznych – z 33 do 21 dni.
- Najdłuższe średnie czasy oczekiwania (powyżej 14 dni) w 2005 r. odnotowano w 21 poradniach, w tym (Tab. II-20):
- immunologicznych – 80 dni,
  - chorób naczyń – 70 dni,
  - rehabilitacyjnych (zabiegów) – 69 dni,
  - gastroenterologicznych – 67 dni,
  - kardiologicznych – 62 dni,
  - endokrynologicznych – 56 dni,
  - kardiologicznych – 56 dni,
  - chirurgii naczyniowej – 52 dni,
  - okulistycznych – 51 dni,
  - diabetologicznych – 39 dni,
  - chirurgii urazowo-ortopedycznej – 32 dni.

6 na podstawie danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – średni czas oczekiwania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w roku 2004 i 2005 opracowany został na podstawie comiesięcznych raportów przesyłanych przez świadczeniodawców.

Rys. II-10. Średni czas oczekiwania w poradniach w Krakowie w roku 2005 (powyżej 14 dni) w porównaniu z rokiem 2004



5 na podstawie danych zawartych w *Raporcie o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za 2004 r.*

W odniesieniu do ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego, pacjenci w 2005 r. najdłużej musieli oczekiwać na wizytę w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci – 21 dni, a w dalszej kolejności w poradniach:

- zdrowia psychicznego dla dorosłych – 19 dni,
- psychologicznych – 18 dni,
- logopedycznych – 16 dni,
- terapii uzależnień od narkotyków i substancji psychoaktywnych – 9 dni.

W stosunku do 2004 r., wzrost średniego czasu oczekiwania w 2005 r. nastąpił w 3 rodzajach poradni:

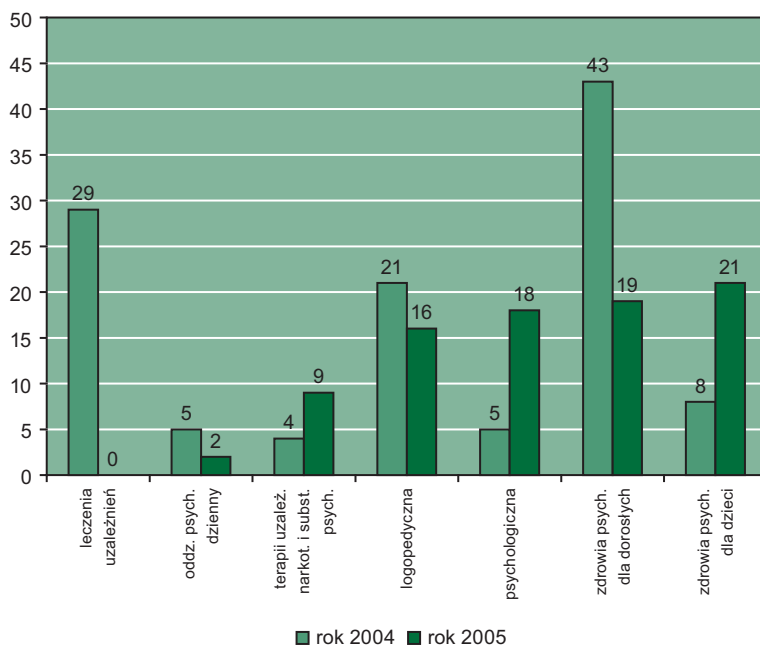
- zdrowia psychicznego dla dzieci – z 8 dni w 2004 r. do 21 dni w 2005 r.,
- psychologicznych – z 5 dni w 2004 r. do 28 dni w 2005 r.,
- terapii uzależnień od narkotyków i substancji psychoaktywnych – z 4 dni w 2004 r. do 9 dni w 2005 r.

Skrócenie średniego czasu oczekiwania na wizytę w 2005 r., w stosunku do roku poprzedniego, nastąpiło w 4 rodzajach poradni, w tym (Tab. II-21):

- leczenia uzależnień – z 29 dni w 2004 r. do przyjęcia „na bieżąco” w 2005 r.,
- logopedycznych – z 21 dni w 2004 r. do 16 dni w 2005 r.,
- zdrowia psychicznego dla dorosłych – z 43 dni w 2004 r. do 19 dni w 2005 r.

Jak już wspomiano wcześniej, dostępność do usług medycznych, w tym specjalistyki ambulatoryjnej, jest uwarunkowana, zdaniem świadczeniodawców, w znacznej mierze liczbą zakontraktowanych przez płatnika usług. Czas oczekiwania na poradę w konkretnej poradni specjalistycznej może się wydłużać również w związku z zasadą swobodnego wyboru lekarza, zgodnie z którą w poradniach na terenie Miasta Krakowa mogą się leczyć i leczą się mieszkańcy z całej Małopolski, jak również spoza województwa.

Szczególnie niepokojące wydaje się wydłużenie w 2005 r., w stosunku do roku poprzedniego, średniego czasu oczekiwania w poradniach kardiologicznych (o blisko 45%) oraz terapii uzależnień od narkotyków i substancji psychoaktywnych (o ponad 100%). Z uwagi na fakt, że zarówno profilaktyka chorób układu krążenia, jak i uzależnień, jest jednym z podstawowych działań Miasta Krakowa w zakresie poprawy zdrowia mieszkańców, wydłużenie się czasu oczekiwania do poradni świadczących usługi w tym zakresie wymaga głębszego zdiagnozowania i analizy.



Rys. II-11. Średni czas oczekiwania w poradniach ambulatoryjnych leczenia psychiatrycznego w Krakowie w latach 2004-2005

		Lecznictwo psychiatryczne			
Lp.	Nazwa poradni	Kraków		Małopolska	
		2004 r.	2005 r.	2004 r.	2005 r.
1	zdrowia psychicznego dla dorosłych	43	19	38	52
2	zdrowia psychicznego dla dzieci	8	21	12	17
3	psychoterapii	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
4	psychosomatyczna	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
5	leczenia uzależnień	29	0	29	0
6	terapii uzależnienia od alkoholu	0	0	0	5
7	terapii uzależnienia od narkotyków i substancji psychoaktywnych	4	9	8	9
8	psychologiczna	5	18	15	6
9	psychologiczna dziecięca	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
10	autyzmu	b.d.	b.d.	0	0
11	logopedyczna	21	16	48	24
12	oddział psychiatryczny dziennej	5	2	19	7
13	zespół psychiatryczny dziennej opieki domowej	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
14	zespół ds. domowej hospitalizacji psychiatrycznej dzieci	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Tab. II-21. Specjalistyczne psychiatryczne lecznictwo ambulatoryjne w Krakowie – średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w latach 2004-2005

Źródło: na podstawie danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

lp.	Nazwa specjalności	Kraków		Małopolska	
		2004 r.	2005 r.	2004 r.	2005 r.
1	alergologia	20	23	75	43
2	chirurgia ogólna	4	15	14	4
3	chirurgia onkologiczna	40	7	29	34
4	chirurgia klatki piersiowej	0	0	0	0
5	chirurgia naczyniowa	50	52	51	57
6	kardiochirurgia	55	56	55	71
7	chirurgia urazowo – ortopedyczna	23	32	30	21
8	chirurgia plastyczna	0	13	0	13
9	chirurgia szczękowa	0	10	0	0
10	choroby naczyń (angiologia)	36	70	80	54
11	choroby wewnętrzne	0	0	0	0
12	choroby zakaźne	5	0	11	18
13	dermatologia	18	29	18	33
14	diabetologia	23	39	19	19
15	endokrynologia	54	56	51	64
16	gastroenterologia	38	67	49	67
17	genetyka	0	0	0	0
18	ginekologia i położnictwo	9	17	27	35
19	hematologia	11	23	66	67
20	immunologia	0	80	0	80
21	kardiologia	43	62	57	70
22	medycyna paliatywna	0	0	14	0
23	nefrologia	13	14	43	57
24	neonatologia	10	3	30	30
25	neurochirurgia	0	0	0	16
26	neurologia	22	17	51	44
27	okulistyka	26	51	45	35
28	onkologia	10	12	25	37
29	otolaryngologia	12	14	17	21
30	pediatria	0	0	0	0
31	pulmonologia	33	21	73	41
32	rehabilitacja (porady)	20	22	28	43
33	rehabilitacja (zabiegi)	34	69	24	47
34	reumatologia	24	28	30	47
35	toksykologia	0	0	0	0
36	transplantologia	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
37	urologia	26	24	47	43

Tab. II-20. Specjalistyczne lecznictwo ambulatoryjne w Krakowie – średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w latach 2004-2005

Źródło: na podstawie danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

### Część III Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej

## 1. Działania w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, dla których Kraków jest organem założycielskim

Miasto Kraków jest organem założycielskim dla trzech zakładów opieki zdrowotnej:

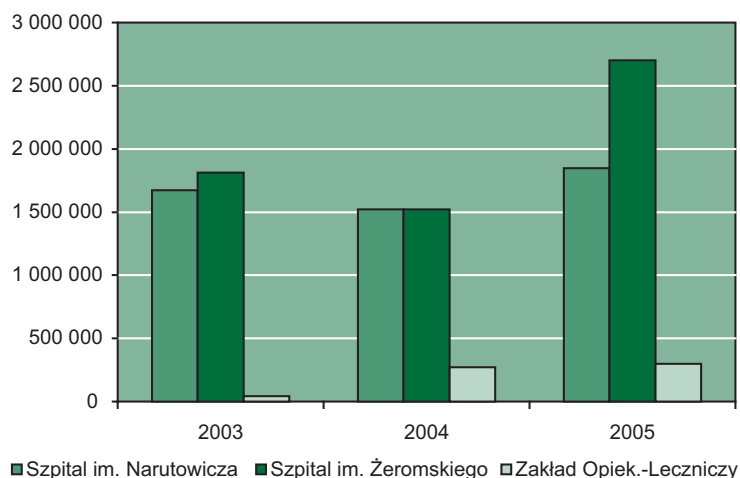
1. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza,
2. Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego,
3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy ul. Wielicka 267.

Pomoc finansowa podległym zakładom opieki zdrowotnej udzielana jest na podstawie następujących regulacji prawnych:

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.),
- Uchwała Nr XXXIII/280/03 Rady Miasta Krakowa z dnia 3 grudnia 2003 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” 2004-2006
- Uchwała Nr LXV/602/04 RMK z dnia 17 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu ubiegania się przez SPZOZ o środki finansowe z budżetu Miasta Krakowa w latach 2005-2006.
- Zarządzenie nr 1984/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 18 listopada 2004 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w związku z wnioskiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o przyznanie

SPZOZ	2003	2004	2005	RAZEM
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza	1 672 500	520 000	1 846 000	5 038 500
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego	1 812 500	1 500 000	2 675 000	5 987 500
Dotacje z Dzielnic		20 000	25 000	45 000
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy ul. Wielicka 267	44 000	270 000	300 000	614 000
<b>Razem</b>	<b>3 529 000</b>	<b>3 310 000</b>	<b>4 846 000</b>	<b>11 685 000</b>

Tab. III-1. Wielkość środków przeznaczonych na inwestycje w latach 2003-2005 w miejskich SPZOZ  
Źródło danych: Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa



Rys. III-1. Inwestycje w miejskich SPZOZ-ach w latach 2003-2005

dotacji oraz o udzielenie pożyczki, a także określenia zasad nadzoru nad realizacją tych umów.  
Informację na temat wysokości środków przeznaczonych na działania inwestycyjne w miejskich zakładach opieki zdrowotnej w latach 2003 – 2005 przedstawia tabela III-1.

Tab. III-2. Pomoc finansowa udzielona miejskim SP ZOZ z budżetu Miasta Krakowa w 2005 roku  
Źródło danych: Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa

SPZOZ	Dotacje na inwestycje	Zadania Dzielnic	Udzielona pożyczka długoterminowa*	Udzielona pożyczka krótkoterminowa**	Razem
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza	1 846 000		2 629 000	3 800 000	8 275 000
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego	2 675 000	25 000	1 418 000	0	4 118 000
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy ul. Wielicka 267	300 000		0	0	300 000
<b>Razem</b>	<b>4 821 000</b>	<b>25 000</b>	<b>4 047 000</b>	<b>3 800 000</b>	<b>12 693 000</b>



## Pomoc finansowa udzielona miejskim SPZOZ w 2005 r.

W roku 2005 ze środków budżetu Miasta Krakowa udzielono pomocy finansowej miejskim zakładom opieki zdrowotnej na łączną kwotę 12.693.000 zł.

Oprócz środków finansowych przekazanych na zadania inwestycyjne, w roku 2005 Miasto Kraków jako organ założycielski udzieliło Szpitalowi Miejskiemu Specjalistycznemu im. G. Narutowicza pożyczki krótkoterminowej w wysokości 3.800.000 zł na prefinansowanie projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w zakresie podlegającym zwrotowi od Wojewody Małopolskiego (do czasu uzyskania dotacji z tych środków).

Ponadto została udzielona szpitalom miejskim pożyczka długoterminowa z przeznaczeniem na spłatę zobowiązań wobec pracowników z tytułu tzw. „Ustawy 203” oraz na spłatę zobowiązań wobec dostawców towarów i usług na łączną kwotę 4.047.000 zł, w tym: Szpitalowi Miejskiemu Specjalistycznemu im. G. Narutowicza – 2.629.000 zł a Szpitalowi Specjalistycznemu im. S. Żeromskiego – 1.418.000 zł

## I. Zrealizowane inwestycje w 2005 r.

### 1. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza:

- Zadanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (6.316.000 zł dotacja z Programu oraz 1.765.000 zł dotacja Miasta Kraków – tzw. wkład własny) i 340.000 zł (wkład Szpitala) pt.: „Modernizacja pomieszczeń i zakup nowych urządzeń medycznych dla Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie”, w tym:
  - a) modernizacja pomieszczeń dla potrzeb oddziałów: Urazowo-Ortopedycznego (II etap) oraz Ginekologiczno-Położniczego,
  - b) wykonanie wejścia, parkingów i miejsc postojowych dla osób niepełnosprawnych (126 m<sup>2</sup>),
  - c) wymiana urządzeń dźwigowych dla osób niepełnosprawnych (4 szt.),
  - d) zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wyposażenia technicznego dla zmodernizowanych pomieszczeń (156 sztuk za łączną kwotę 6.120.000 zł, w tym aparatura do diagnostyki obrazowej: spiralny tomograf komputerowy, aparat RTG z ramieniem C i przewoźny

aparat RTG, ultrasonograf LOGIQ 7 i ultrasonograf VOLUSON 730 PRO, a także aparat do hemodializy, aparat do znieczulania, objętościowa pompa infuzyjna (16 szt.), strzykawkowa pompa infuzyjna (26 szt.), kardiomonitor (8 szt.), defibrylator z kardiowersją (3 szt.), nóż harmoniczny z oprzyrządowaniem, bronchofiberoskop (2 szt.), gastrofiberoskop (2 szt.), artroskop z wyposażeniem i inne).

- Zakup wyposażenia dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Zakup sprzętu specjalistycznego dla Oddziału Urologii.

### 2. Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego

- Modernizacja Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyni (etap I – odcinek dla kobiet),
- Wymiana windy pięcioprzystankowej dla Bloku Operacyjnego Chirurgicznego,
- Wykonanie centralnej wymiennikowni para/woda dla potrzeb wentylacji mechanicznej,
- Opracowanie dokumentacji dla wykonania modernizacji Oddziału Chorób Zakaźnych i Oddziału Dermatologii oraz Oddziału Ginekologiczno – Położniczo – Noworodkowego,
- Zakup pierwszego podstawowego wyposażenia dla Bloku Operacyjnego Chirurgicznego ze stali nierdzewnej,
- Zakup tomografu komputerowego,
- Zakup defibrylatora z kardiowersją (2 szt.) dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Ponadto w ramach środków Dzielnicy XVIII dokonano modernizacji sali intensywnego nadzoru oraz modernizacji sanitariatu III Oddziału Wewnętrznego na łączną kwotę 25.000 zł.

### 3. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy ul. Wielicka 267

- Termomodernizacja Pawilonu Socjalnego, w tym: wymiana stolarki okiennej, wymiana instalacji centralnego ogrzewania, docieplenie ścian bocznych i stropu.
- Wykonanie zadaszania podjazdu przed wejściem do Pawilonu 4.

## II. Pomoc w pozyskiwaniu środków zewnętrznych

Na podkreślenie zasługuje, że wszystkie miejskie zakłady opieki zdrowotnej podejmowały w 2005 r. intensywne starania o pozyskanie dodatkowych zewnętrznych

środków finansowych, w czym znaczącą pomocą Miasta jest zagwarantowanie udzielenia dotacji na zabezpieczenie tzw. wkładu własnego.

1. W ramach drugiego naboru wniosków o współfinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach ZPORR złożone zostały projekty:

- zakup wyposażenia dla bloku operacyjnego Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie,
- zakup sprzętu diagnostyki obrazowej dla Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie,
- termomodernizacja, przebudowa i rozbudowa obiektów Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego wraz z zakupem sprzętu medycznego.

Pomimo ich pozytywnej oceny i kwalifikacji przez panele ekspertów, projekty te z uwagi na brak środków nie zostały zrealizowane.

2. Oprócz tego, mimo skomplikowanych procedur aplikacyjnych i konieczności opracowania obszernej dokumentacji projektowej, wszystkie zakłady aplikowały o środki w ramach Mechanizmu Finansowego (EOG) i Norweskiego Mechanizmu Finansowego:

- Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza – projekt „Wsparcie dla promocji prawidłowych wzorców opieki nad matką i dzieckiem w SMS im. G. Narutowicza w Krakowie”,
- Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego – projekt „Poprawa jakości usług Oddziału Ginekologiczno – Położniczo – Noworodkowego w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego”,
- Zakład Opiekuńczo – Lecznicy – Projekt „Termomodernizacja, czyli docieplenie ścian i stropu, wymiana drzwi wejściowych i okien, połączona zabudowa balkonów oraz modernizacja instalacji ciepłowniczej w zespole obiektów Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Krakowie, tj. w Pawilonach Nr 3 i Nr 4, przeznaczonych na pobyt osób ciężko i nieuleczalnie chorych.”

## III Pożyczka długoterminowa

Nowatorskim rozwiązaniem w skali kraju była pomoc w formie pożyczki długoterminowej w wysokości ponad 4 mln zł (4.047.000 zł) udzielona szpitalom miejskim na spłatę zobowiązań wobec pracowników z tytułu tzw. Ustawy 203 oraz na spłatę zobowiązań wobec dostawców towarów i usług. Decyzja ta miała wymiar zarówno społeczny, jak i ekonomiczny. Zaspokojone zostały roszczenia pracownicze, a zawar-



te ugody pozwoliły uniknąć dodatkowych kosztów komorniczych i sądowych. Warunkiem udzielenia pożyczki przez Gminę Miejską Kraków było zobowiązanie szpitali do przeprowadzenia zmian organizacyjnych i przedsięwzięć zmierzających do poprawy wyniku finansowego. Szpitale ze swych zobowiązań wywiązały się w sposób zadawalający i zaplanowane przedsięwzięcia restrukturyzacyjne zrealizowały. Wymierne efekty tych działań można już zaobserwować obecnie.

Poprzez uzyskanie pożyczki z Gminy Miejskiej Kraków w powiązaniu z pożyczką uzyskaną z budżetu państwa na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684), obejmującej zobowiązania do końca 2004 roku:

- Szpital Narutowicza uregulował wszystkie zobowiązania wobec pracowników z tytułu „ustawy 203”, a najstarsze zobowiązania z tytułu dostaw towarów i usług nie przekraczają 12-tu miesięcy,
- Szpital Żeromskiego uregulował zaległe zobowiązania pracownicze z tytułu „ustawy 203” oraz wszystkie zaległe zobowiązania dotyczące wierzycieli cywilnoprawnych objętych ugodami restrukturyzacyjnymi. Zobowiązania pracownicze z tytułu „ustawy 203” należności główne za lata 2001-2004 zostały uregulowane w całości. W roku 2005 począwszy od miesiąca sierpnia wszyscy pracownicy, którym przysługiwał wzrost wynagrodzeń z ustawy, otrzymali podwyżki. Natomiast zobowiązania przysługujące pracownikom za okres I-VII. 2005 r zostały wypłacone częściowo, a z pozostałymi pracownikami, którym nie wypłacono tych zobowiązań zawarto ugody na przesunięcie wypłaty sukcesywnie do 2008 roku.

Dzięki powyższym działaniom Szpitale nie ponoszą dodatkowych kosztów finansowych na odsetki i koszty egzekucji komorniczych oraz sądowych.

Należy podkreślić, że w związku z podjętymi działaniami szpitali oraz dzięki wsparciu finansowemu organu założycielskiego, szpitale poprawiły swoje wyniki finansowe.

W wyniku spełnienia wymagań art. 26 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Szpitale będą mogły ubiegać się o umorzenie nawet do 70% kwoty pożyczki, co przyczyni się do poprawy ich płynności finansowej.

## Gospodarowanie lokalami użytkowymi przeznaczonymi na realizowanie świadczeń zdrowotnych

Gospodarowanie lokalami przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych reguluje Zarządzenie Nr 839/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 20 maja 2004 r. w sprawie zasad gospodarowania miejskimi lokalami użytkowymi przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzenie Nr 1923/2004 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 9 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania przez najemców remontów lokali użytkowych zaliczonych do zasobu lokalowego przeznaczonego na realizowanie świadczeń zdrowotnych.

Powyższe zarządzenia określają:

1. sposób zawierania i rozwiązywania umów z najemcami lokali;
2. wysokości stawek wynajmu lokali (różne w zależności od rodzaju i położenia pomieszczeń);
3. rozliczanie kosztów poniesionych na remont lokalu;
4. sposób postępowania w przypadku zmiany podmiotu umowy;
5. sposób postępowania dotyczący włączenia lokali użytkowych do zasobu lokalowego przeznaczonego na realizowanie świadczeń zdrowotnych;
6. sposób postępowania w przypadku najmu lokalu na cel inny, niż świadczenie usług medycznych.

Powyższe zarządzenia przed podjęciem były konsultowane ze środowiskami medycznymi celem określenia zakładom opieki zdrowotnej, jak najlepszych warunków dla świadczenia usług medycznych na rzecz mieszkańców.

## 2. Działania na rzecz poprawy jakości w szpitalach miejskich

Szpitale miejskie podejmują szereg aktywności w zakresie poprawy poziomu jakości udzielanych świadczeń oraz działań zmierzających do przystosowania swojej działalności do zmieniających się warunków na rynku usług medycznych. Wynikają one zarówno z istniejącej w ochronie zdrowia sytuacji (konkurencyjność), jak również są elementem polityki dykcji oraz pomyślności i aktywności pracowników.

### SPZOZ Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza

Łacińska maksyma „Salus aegroti suprema lex”, czyli „Dobro chorego najwyższym prawem”, doskonale oddaje cele, które stawia sobie Szpital. Obecnie funkcjonuje w nim 14 oddziałów, w tym jedyny w Polsce oddział leczniczy dla byłych więźniów obozów koncentracyjnych oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy i 17 poradni specjalistycznych. Szpital dysponuje 525 łóżkami<sup>7</sup> i wykonuje pełny zakres usług diagnostycznych. Zatrudnia 783 pracowników. Przyjmuje rocznie 60 tysięcy pacjentów i ciągle się rozwija. W 2004 r. obchodzono 70-lecie jego istnienia.

W celu poprawy jakości udzielanych świadczeń, powołano w Szpitalu do życia kilka zespołów zajmujących się szczegółowymi zagadnieniami. Należą do nich<sup>8</sup>:

- Komitet Kontroli Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych – który swą działalność rozpoczął w 1996 roku i działa w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy prawne, zalecenia Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, Grupy Roboczej ds. Zakażeń Szpitalnych przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego oraz Dyrektyw Unii Europejskiej. Do jego zadań należy m. in.: kontrola zakażeń szpitalnych, interwencje w przypadkach epidemii zakażeń szpitalnych, edukacja personelu oraz współpraca z podobnymi organami poza szpitalem. W ramach Komitetu działa Zespół Kontroli Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych,

7 stan na 31 grudnia 2005 r. bez miejsc dla noworodków i wcześniaków, łóżek w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

8 na podstawie informacji zawartych na stronie internetowej Szpitala [www.narutowicz.krakow.pl](http://www.narutowicz.krakow.pl)

który na bieżąco monitoruje i rejestruje zakażenia szpitalne, aktywnie je zwalczając, prowadzi identyfikację i kontrolę endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych, a także opracowuje, wprowadza i kontroluje realizację i skuteczność procedur, rekomendacji i standardów. Aktualnie działający Komitet Kontroli Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych został powołany zarządzeniem Dyrektora w listopadzie 2002 roku;

- Komitet Terapeutyczny – funkcjonujący w Szpitalu od 1999 roku, zajmujący się tworzeniem zasad racjonalnej farmakoterapii oraz aktualizacją receptariusza szpitalnego. Komitet Terapeutyczny w 2003 roku przekazał problem antybiotykoterapii w gestię Komitetu ds. Antybiotykoterapii;

- Komitet ds. Antybiotykoterapii – został powołany w styczniu 2003 roku i skoncentrował się na działaniach związanych z kreowaniem racjonalnej polityki antybiotykowej, wytyczaniem zasad gospodarki antybiotykami w Szpitalu oraz aktualizowaniem zasad i rodzajów używanych antybiotyków;

- Zespół ds. Jakości Świadczonej Usług – został powołany w dniu 20 kwietnia 2004 roku w miejsce pracującej do tej pory, Komisji ds. Jakości Świadczonej Usług, w celu inicjowania działań na rzecz poprawy jakości świadczeń oraz koordynowania działań w tym zakresie na terenie Szpitala.

Wśród innych działań Szpitala podejmowanych na rzecz poprawy jakości udzielanych świadczeń należy wymienić m. in. powołanie w 2002 r. Rzecznika Praw Pacjenta, który w kwietniu 2002 r. rozpoczął cykl szkoleń dla pracowników medycznych z zakresu praw pacjenta. Z powodu braku danych, w raporcie nie zawarto informacji na temat skarg i wniosków zgłaszanych do Rzecznika Praw Pacjenta. W Szpitalu prowadzone są badania satysfakcji pacjentów takie jak: ankieta środowiskowa przeprowadzana na oddziałach szpitalnych (od 2001 r.), ankieta pocztowa dla pacjentów korzystających z pomocy Oddziału Pomocy Doraźnej i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (od 2002 r.), ankieta środowiskowa przeprowadzana we wszystkich poradniach przyszpitalnych (od 2002 r.)<sup>9</sup>.

Szpital kładzie szczególny nacisk na proces budowania dobrego wizerunku w społeczności lokalnej oraz informowania pa-

cjentów o swoich działaniach. W prasie lokalnej często pojawiają się artykuły na temat działalności szpitala, a w 2003 r. uruchomiono stronę internetową [www.narutowicz.krakow.pl](http://www.narutowicz.krakow.pl), na której zamieszczone zostały informacje o Szpitalu, jego strukturze, oddziałach, personelu, pracownikach wraz z numerami telefonów oraz godzinami przyjęć. Pacjent może znaleźć tam również informacje na temat realizowanych programów profilaktycznych oraz prowadzonych systematycznie akcji pt.: „biała niedziela” oraz „otwarte dni”.

Wśród innych działań mających na celu podniesienie jakości usług oferowanych przez Szpital wymienić możemy także:

- udział w programach „Szpital Przyjazny Dziecku”, „Rodzic po ludzku”, „Szpital Promujący Zdrowie” – od 29 października 2001 roku Szpital jest członkiem Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a od 3 marca 2003 roku został przyjęty do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia,

- udział w akcjach organizowanych przez miasto Kraków np. Światowy Dzień Serca na Rynku Głównym, Dni Otwarte Magistratu (2003 r.),

- realizację programów profilaktycznych i prozdrowotnych dotowanych ze środków Urzędu Miasta Krakowa w ramach programu „Zdrowy Kraków 2004-2006” takich jak:

- profilaktyka wtórnego udaru mózgu,
- profilaktyka chorób tarczycy dla kobiet po 40. roku życia – II etap,
- badania przesiewowe dla wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy,

- przeprowadzenie akcji o nazwie „biała niedziela” – cykl profilaktycznych badań oraz działań promujących zdrowy styl życia, prowadzonych co 2 tygodnie od października do grudnia 2004 r. Każde spotkanie poświęcone było innemu problemowi medycznemu i organizowane było przez pracowników poszczególnych oddziałów szpitalnych (otolaryngologiczny, neurologiczny, kardiologiczny, ginekologiczno-położniczy oraz chorób wewnętrznych),

- sprzedaż cegiełek, z której dochód przeznaczony jest na zakup sprzętu medycznego – od 2004 r.

- działania w celu systematycznego dokształcania personelu, w tym organizacja:

- IV Dnia Klinicznego (maj 2004 r.) – dla lekarzy rodzinnych, połączonego z prezentacją Szpitala, jego osiągnięć, możliwości leczniczo-diagnostycznych oraz merytorycznymi dyskusjami,

- sesji szkoleniowej pt.: „Wybrane proble-

my onkologii klinicznej” (czerwiec 2003 r.) przy współpracy z Centrum Onkologii m. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie,

- sesji naukowo-szkoleniowej pt.: „Chirurgiczne leczenie skrajnej otyłości” (kwiecień 2003 r.) zorganizowanej w formie telekonferencji, wspólnie z Centrum Chirurgii Minimalnie Inwazyjnej Szpitala Mount Sinai w Nowym Jorku, w ramach której po raz pierwszy została wykonana pokazowa operacja laparoskopowego opaskowania żołądka.

- współpracę z uniwersyteckim szpitalem w Hamilton w amerykańskim stanie New Jersey w celu wymiany doświadczeń w zakresie poprawy poziomu świadczonych usług (2002 r.). W ramach tej współpracy, w 2004 r. w Szpitalu odbyły się wykłady prowadzone przez profesorów uniwersytetów amerykańskich dla lekarzy szpitala i zaproszonych gości,

- przygotowania do procesu akredytacji. We wrześniu 2005 roku Szpital otrzymał wyróżnienie w Ogólnopolskim Konkursie „Modernizacja roku 2004”. w kategorii „Obiekty Zdrowia i Opieki Społecznej”, za kompleksową modernizację oddziałów szpitalnych, wzorową organizację robót oraz wysoką jakość zastosowanych materiałów i wykonawstwa.

### SPZOZ Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego

Misją Szpitala jest leczenie i pielęgowanie wszystkich potrzebujących, mieszkańców Krakowa i regionu Małopolski oraz promowanie zdrowia. Misję tę spełnia m. in. poprzez ustawiczne podnoszenie jakości świadczeń, dostosowując się do potrzeb i oczekiwań pacjentów, poprawiając warunki pracy, doskonaląc umiejętności personelu oraz tworząc wizerunek szpitala przyjaznego pacjentowi. Szpital oferuje szeroki zakres usług, badań diagnostycznych oraz wysokospecjalistyczną opiekę medyczną w 17 oddziałach (w tym Szpitalny Oddział Ratunkowy), 20 poradniach przyszpitalnych oraz dodatkowo w poradniach pielęgniarskich funkcjonujących przy poszczególnych oddziałach Szpitala. Dysponuje 686 łóżkami<sup>10</sup> i przeciętnie hospitalizuje ok. 30 tysięcy pacjentów rocznie oraz udziela ponad 60 tysięcy porad w ambulatoriach i poradniach przyszpitalnych. Posiada rozbudowaną diagnostykę oraz infrastrukturę

9 na podstawie Raportu o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa za 2001, CMJ 2002 r.

10 według stanu na 31 grudnia 2005 r. bez miejsc dla noworodków i wcześniaków oraz łóżek na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

techniczną. Świadczy usługi medyczne dla pacjentów nie tylko Krakowa, ale również województwa małopolskiego.

Szpital świadczy swoje usługi już od 52 lat, przyjmując pierwszych pacjentów w roku 1954.

W celu poprawy jakości udzielanych świadczeń, powołano w Szpitalu do życia kilka zespołów zajmujących się szczegółowymi zagadnieniami. Należą do nich:

- Zespół Wartościowania Jakości Świadczeń Medycznych – powołany Zarządzeniem Dyrektora z dnia 7 października 2003 r.
- Zespół ds. Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń Szpitalnych – zajmuje się problematyką zapobiegania zakażeniem szpitalnym, a w szczególności zakażeniem żółtaczką typu B i C, opracowywaniem procedur kontroli procesu sterylizacji, przygotowywaniem zasad systemu bezkontaktowego pobierania krwi,
- Szpitalny Komitet Promocji Zdrowia,
- Komisja ds. Antybiotykoterapii,
- Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn.

Działania tych zespołów mają zapewnić systematyczny wzrost jakości oferowanych usług, monitorowanie satysfakcji pacjentów oraz dostosowywanie działań do ich potrzeb i oczekiwań.

Wiele wysiłków i działań jest podejmowanych w Szpitalu z myślą o ułatwieniu pacjentom otrzymania kompleksowych świadczeń medycznych. Działania jakościowe szpital prowadzi wielopłaszczyznowo m. in. poprzez badania satysfakcji pacjentów oraz powołanie Rzecznika Praw Pacjenta.

W maju 1998 r. we wszystkich oddziałach Szpitala zostało przeprowadzone badanie pilotażowe satysfakcji pacjenta. Stanowiło ono wstępny etap wdrażanego w szpitalu procesu monitorowania jakości usług zdrowotnych. Proces ten jest kontynuowany, aby na bieżąco dostosowywać poziom usług medycznych do potrzeb i oczekiwań pacjentów. Badanie pilotażowe pozwoliło oszacować stan wyjściowy świadczonych usług zdrowotnych oraz zdefiniować wymagania stawiane na przyszłość.<sup>11</sup>

W okresie od 2000 r. do 2005 r. w Szpitalu były prowadzone badania satysfakcji pacjentów w formie anonimowych ankiet. Ankiety zostały przygotowane dla 4 różnych grup pacjentów: pacjenci ogólni, pacjenci oddziałów zabiegowych, dla rodziców lub opiekunów dzieci w oddziałach dziecięcych oraz dla pacjentek oddziału

położniczego. Pytania zawarte w ankietach dotyczyły oceny:

- Izby Przyjęć, w tym m. in.:
- uprzejmości personelu, czasu oczekiwania, zapewnienia intymności w trakcie badania,
- pobytu w Szpitalu, w tym m. in.: czystości i hałasu w oddziale, estetyki sal i ogrodu, toalet, jakości jedzenia,
- pracy pielęgniarek – życzliwość, szybkość reagowania, udzielanie informacji, czas poświęcony pacjentowi,
- pracy lekarzy – życzliwość, szybkość reagowania, udzielanie informacji, czas poświęcony pacjentowi,
- oddziału.

Ankiety przeznaczone dla pacjentów oddziałów zabiegowych, dziecięcych oraz położniczego dodatkowo uzupełniono o pytania związane bezpośrednio z ich specyfiką. Wszystkie grupy ankiet zawierały pytania dotyczące przekazywania przez personel informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, palenia papierosów przez personel szpitala oraz nieformalnych opłat w czasie pobytu w Szpitalu. Ankiety pozwoliły również na uzyskanie informacji dotyczących czasu oczekiwania na przyjęcie do Szpitala. Badania te są kontynuowane również w 2006 r.

W latach 2000-2005 w badaniu „Ankieta Satysfakcji Pacjentów” wzięło udział około 630 pacjentów. Dokonywana systematycznie analiza porównawcza poszczególnych edycji badań satysfakcji pacjentów umożliwia Dyrekcji Szpitala podejmowanie i wdrażanie racjonalnych działań, których celem jest stałe podnoszenie jakości świadczonych usług medycznych.

Dużą rolę w działaniach na rzecz poprawy jakości usług Szpitala odgrywa również, powołany w 2002 r., Rzecznik Praw Pacjenta. Jednym z jego zadań jest analiza opinii pacjentów na temat funkcjonowania Szpitala, wyrażana zarówno w badaniach satysfakcji, jak i w postaci skarg i wniosków (zgłaszanych ustnie lub w formie pisemnej). W latach 2000-2005 wpłynęło 212 skarg pisemnych (w tym 32 uzasadnione) oraz 218 ustnych. Najczęściej skargi i wnioski dotyczyły takich zagadnień, jak: odmowa udzielenia świadczenia, brak informacji, nieuprzejmość, arogancja personelu medycznego, zlekceważenie pacjenta, odmowa transportu sanitarnego, niewłaściwa terapia, zła organizacja pracy, błąd w sztuce lekarskiej, żądanie dodatkowej opłaty, źle prowadzona dokumentacja, zwrot kosztów leczenia i materiału medycznego.

W 2002 r. Rzecznik przygotował i prze-

prowadził cykl szkoleń dla personelu medycznego dotyczących zakresu praw przysługujących pacjentom w Szpitalu.

Od 2004 r. funkcjonuje strona internetowa Szpitala im. S. Żeromskiego – [www.zeromski-szpital.pl](http://www.zeromski-szpital.pl). Na stronie przedstawiona została oferta medyczna Szpitala, jego oddziały, poradnie i personel tam pracujący. Wyczerpująco zaprezentowano także proces restrukturyzacji placówki i cele, jakie dyrekcja i pracownicy chcieliby osiągnąć. Odrębną część poświęcono historii Szpitala, który pierwotnie pełnił funkcję miejskiego szpitala w Nowej Hucie.

Wśród działań pro jakościowych podejmowanych przez Szpital należy wymienić również udział w:

- Ogólnopolskim Systemie Czynnej Rejestracji Zakażeń – program Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych,
- programie „Sieci Szpitali Promujących Zdrowie” – Szpital należy do sieci krajowej oraz małopolskiej,
- programie „Szpital Przyjazny Dziecku” – ankieta dotycząca karmienia piersią,
- programie „Rodzić po ludzku”,
- programie „Motylkowe Szpitale dla Dzieci” – Szpital systematycznie uczestniczy w konkursach fundacji „Porozumienie bez barier”, których celem jest wprowadzenie do szpitali i/lub oddziałów dziecięcych elementów „tęczo-wo-barwnego baśniowego światła”, co poprawia nastawienie dzieci do szpitali, zmniejsza ich opory psychiczne i strach przed pobytom w takich placówkach oraz pozytywnie wpływa na wynik leczenia; w 2004 r. Szpital im. Żeromskiego w Krakowie został jednym z laureatów V edycji konkursu na „Najpiękniejszy Motylkowy Szpital” (spośród 46 szpitali uczestniczących w konkursie) oraz otrzymał okolicznościowy dyplom i nagrodę w wysokości 10 tys. złotych.

Poprawie jakości udzielanych świadczeń oraz funkcjonowania Szpitala na zmieniającym się rynku usług zdrowotnych ma służyć również opracowany i wdrażany program restrukturyzacji jednostki. Jego cele strategiczne to m. in.:

- utworzenie centrum szybkiej diagnostyki (wyposażone w najnowszej generacji aparat USG i tomograf komputerowy),
- nowoczesne i efektywne zarządzanie jednostką,
- rozbudowanie systemów informacyjnych,
- szkolenie personelu,
- tworzenie warunków szpitala przyjaznego pacjentowi.

11 na podstawie informacji Szpitala

Wszystkie te działania świadczą o dbałości Szpitala o jakość i dostępność oferowanych usług, zadowolenie pacjentów oraz dobry wizerunek placówki w środowisku społeczności lokalnej.

### 3. Opieka nad osobami w wieku podeszłym

Opieka nad osobami starszymi obejmuje zarówno opiekę zdrowotną, jak i pomoc w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lub, gdy samodzielne funkcjonowanie jest niemożliwe, pomoc instytucjonalną w formie umieszczenia danej osoby w domu pomocy społecznej.

Ludność Krakowa, podobnie jak i Małopolski, jest populacją starzejącą się. Z jednej strony wydłuża się okres życia ludności, ale z drugiej strony, zjawisko to wiąże się z występowaniem chorób charakterystycznych dla tego wieku, przewlekłych oraz współwystępowaniem różnych problemów, które często uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie osób starszych.

Prognozy demograficzne GUS wskazują, że ludzie starszych będzie z roku na rok przybywać. W 2005 r. osoby w wieku powyżej 60 lat stanowiły 19,5% populacji Krakowa – 147.248 osób. Proces starzenia się populacji postępuje, odsetek ludzi w wieku powyżej 60 lat będzie wzrastał i do roku 2030<sup>12</sup> w Krakowie osiągnie poziom 29,6% (192 480 osób).

Zjawisko to powinno znaleźć odzwierciedlenie w działaniach podejmowanych przez samorząd lokalny zarówno w chwili obecnej, jak i w związku z tendencją wzrostową liczby osób starszych, w latach następnych. Wraz z wydłużaniem się życia populacji, wzrastać będzie bowiem procent osób wymagających opieki długoterminowej lub ukierunkowanej na osoby starsze. Pociągnie to za sobą również znaczne nakłady finansowe.

W ramach obecnego modelu opieki nad osobą starszą funkcjonują:

- w strukturach szpitali ogólnych: oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, dla przewlekłe chorych, geriatryczne,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- oddziały medycyny paliatywnej i hospicja – dla osób terminalnie chorych,
- opieka i leczenie środowiskowe,
- domy pomocy społecznej.

<sup>12</sup> według prognoz GUS w 2030 r. liczba ludności Krakowa wynosić będzie 651 188 osób [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)

### Opieka długoterminowa

Świadczenia w ramach opieki długoterminowej finansowane są w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z kryteriami przyjętymi dla Polski liczba łóżek długoterminowych powinna wynosić 14 na 10 tys. ludności<sup>13</sup>. Uwzględniając kryteria przyjęte dla Polski, w Krakowie w 2005 r. powinno funkcjonować około 1059 łóżek długoterminowych<sup>14</sup>. Miasto dysponowało bazą 978 łóżek (wskaźnik 12,9 na 10 tys. ludności), przy czym w jednostkach, dla których organem założycielskim jest miasto Kraków: funkcjonowały łącznie 392 łóżka, w tym 370 w samym ZOL-u.<sup>15</sup>

Profesor Józef Kocemba, w raporcie poświęconym sytuacji opieki nad osobą starszą w Krakowie, sugeruje, że 60% łóżek przeznaczonych do opieki długoterminowej powinno być zorganizowane przez samorząd miejski Krakowa. Oznacza to, że ok. 635 łóżek powinno być stworzonych w ramach instytucji miejskich. Obecnie Miasto dysponuje bazą 392 łóżek, czyli potrzeby w tym względzie zaspokojone są w około 62%.<sup>16</sup>

Zakłady opieki stacjonarnej dysponowały w 2005 r. 978 łózkami opieki długoterminowej, z czego 61 łóżek w publicznych szpitalach ogólnych, 42 w publicznych szpitalach ogólnych podległych MON i MSWiA oraz 875 w publicznych i niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjach. W 2004 r. liczba ta wynosiła 976 (odpowiednio 42 w zakładach publicznych, 47 podległych MON i MSWiA i 887 w publicznych i niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjach) (Tab. III-3).

<sup>13</sup> Narodowa ochrona zdrowia – „Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003”, dokument przyjęty przez radę ministrów (2002 r.).

<sup>14</sup> według danych GUS liczba ludności faktycznie zamieszkałej w Krakowie na dzień 31 grudnia 2005 r. wynosiła 756.629

<sup>15</sup> Raport o stanie zdrowia za 2001 r. CMJ, 2002 r.

<sup>16</sup> na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

**Tab.III-3. Liczba łóżek opieki długoterminowej w Krakowie w latach 2003-2005**  
Źródło: na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

	Liczba łóżek	Publiczne szpitale ogólne	Szpitale MON i MSWiA	Publiczne i niepubliczne z.o.z. piel.-opiek, opiek.-lecz., hospicja
2005 r.	978	61	42	875
2004 r.	976	42	47	887
2003 r.	878	64	37	777



Łóżka opieki długoterminowej w 2005 r. funkcjonowały w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. G. Narutowicza, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Wielickiej, 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ, Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA oraz publicznych i niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjach. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny przy ul. Wielickiej dysponował w 2005 roku 370 łózkami, podobnie jak w latach 2003 i 2004, czyli prawie 40% wszystkich łóżek opieki długoterminowej w Krakowie w 2005 r. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza dysponował w 2005 r. 42 łózkami w oddziale pielęgnacyjnym ogólnym i opiekuńczo-leczniczym dla byłych więźniów. W Szpitalu im. Żeromskiego oddział opieki długoterminowej nie został uruchomiony.

W Krakowie w 2005 r. stacjonarną opiekę zdrowotną nad osobami przewlekle chorymi sprawowało 10 publicznych i niepublicznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i hospicjów. Rok wcześniej było ich 11 (Tab. III-4).

W województwie małopolskim na koniec 2005 r. funkcjonowało 27 publicznych i niepublicznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych oraz hospicjów. W rzeczywistości było ich 29, gdyż ZOL w Krakowie przy ul. Wielickiej w swojej strukturze posiada zarejestrowany zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu ogólnym i o profilu psychiatrycznym, a zakład długoterminowej opieki medycznej im. Św. K. Sieneńskiej w Makowie Podhalańskim w swojej strukturze posiada zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i zakład opiekuńczo-leczniczy.

Na rok 2005 Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ podpisał 31 umów na świadczenia opieki długoterminowej z 30 świadczeniodawcami prowadzącymi działalność na obszarze Krakowa na kwotę 22.822.045,50 zł<sup>17</sup>. Na rok 2006 wartość umów wzrosła do 24.118.001,50 zł, a liczba umów i świadczeniodawców zmalała do 29.

Lp.	Nazwa zakładu	Adres
1	Ośrodek Opieki Hospicyjnej Towarzystwa Przyjaciół Chorych „HOSPICIUM”	31-831 Kraków, ul. Fatimska 17
2	Niepubliczny ZOZ Zakład Usług Medyczo-Rehabilitacyjnych Małopolskiego Zarządu Okręgowego PCK	30-052 Kraków, ul. J. Lea 44
3	Niepubliczny ZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczny „Czwórka”	31-915 Kraków, os. Młodości 9
4	„NEOMEDICA” sp. z o.o. (dawny Krowoderski ZOL)	31-201 Kraków, ul. Prądnicka 36
5	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VIVA MED” sp. z o.o.	31-202 Kraków, ul. Siemaszki 17
6	Zakład Opiekuńczo-Leczniczny prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek	31-502 Kraków, ul. Koftątaja 7
7	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DOM MED”	31-148 Kraków, ul. Helclów 2
8	Zakład Opiekuńczo-Leczniczny „Serdeczna Troska” NZOZ	30-969 Kraków, ul. Ujastek 3
9	Zakład Opiekuńczo-Leczniczny	30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
10	Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Nowa Huta” sp. z o.o. (w swojej strukturze posiada szpital i ZOL)	30-969 Kraków, ul. Ujastek 3

**Tab. III-4. Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja w Krakowie (stan na dzień 31.XII.2005 r.)**  
Źródło: na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

### Domy pomocy społecznej<sup>18</sup>

Uchwałą Rady Miasta Krakowa Nr XIII/106/99 z dnia 17 marca 1999 roku został powołany System Pomocy Społecznej Miasta Krakowa, a Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej określony został podstawową jednostką organizacyjną Systemu, koordynującą jego prawidłowe funkcjonowanie i sprawującą nadzór merytoryczny nad jednostkami tworzącymi system pomocy społecznej.

W ramach systemu podejmowane są również działania skierowane na osoby starsze oraz niepełnosprawne. MOPS nie prowadzi osobnych statystyk dla osób starszych, dlatego w poniższej analizie będą pojawiać się często dane dotyczące obydwu tych grup łącznie.<sup>19</sup>

Zakres działań pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym obejmuje m. in.:

1. poradnictwo i pracę socjalną – działania w tym zakresie skierowane są na przekazanie informacji o istniejących możliwościach uzyskania pomocy lub wsparcia w ramach zadań realizowanych przez MOPS, inne jednostki systemu

pomocy społecznej lub inne instytucje i podmioty; drugim istotnym kierunkiem działań jest mobilizowanie i pobudzanie sił osób starszych i niepełnosprawnych, aby w adekwatny do swoich możliwości sposób podejmowali się uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym;

2. świadczenia pieniężne dla osób starszych i niepełnosprawnych – renty socjalne, zasiłek stały wyrównawczy, zasiłki pielęgnacyjne, świadczenia z Państwowego Funduszu Kombatanów,
3. usługi opiekuńcze – przysługują osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub inwalidztwa wymagają pomocy innych osób; podstawowy zakres usług dotyczy zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych,
4. dzienne ośrodki wsparcia – Miejskie Dzielnicowe Domy Pomocy Społecznej – są to ośrodki wsparcia dla osób o zmniejszonej sprawności psychofizycznej, osób w wieku emerytalnym, dorosłych i małoletnich będących w trudnej sytuacji rodzinnej i mieszkaniowej; w 2000 roku średnia liczba podopiecznych w Miejskich Dziennych Domach Pomocy Społecznej wynosiła 636 osób miesięcznie;
5. domy pomocy społecznej – zapewniające całodobową opiekę, gdy nie istnieje jej możliwość zabezpieczenia jej w śro-

<sup>18</sup> na podstawie danych zawartych w *Raporcie o stanie miasta za 2000 r.*

<sup>19</sup> na podstawie danych zawartych w *Raporcie o stanie miasta za 2000 r.*

<sup>17</sup> na podstawie danych MOW NFZ [www.nfz.krakow.pl](http://www.nfz.krakow.pl)

dowisku (ze względów zdrowotnych czy społecznych), a rodzina i gmina nie są w stanie takiej opieki zorganizować; dom pomocy społecznej zaspokaja niezbędne potrzeby bytowe, edukacyjne, społeczne i religijne.<sup>20</sup>

Na terenie Gminy Miejskiej Kraków w 2005 r. istniało 19 domów pomocy społecznej, z czego 15 domów to miejskie jednostki organizacyjne, natomiast 4 domy prowadzone były przez podmioty niepubliczne (Tab. III-5 i III-6). Według stanu na dzień 31.12.2005 r. domy zapewniały 2.215 miejsc (2.031 w publicznych DPS i 184 w niepublicznych). Wśród w/w funkcjonowały 3 domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób w podeszłym wieku (257 miejsc). W roku 2005 w domach pomocy społecznej znalazło opiekę 2 624 osoby. Na bieżącą działalność wszystkich domów pomocy społecznej w roku 2005 MOPS wydatkował kwotę 53.054.960,41 zł, w tym 50.504.875,12 zł to wydatki jednostek publicznych.<sup>21</sup>

We wrześniu 2003 roku otwarty został Dom Pomocy Społecznej przy ul. Sołtysowskiej 13c przeznaczony dla osób starszych. W placówce tej 40 miejsc przeznaczonych zostało dla repatriantów z Kazachstanu, a pozostałe 27 dla osób pochodzących z terenu Gminy Miejskiej Kraków.

W 2005 roku do MOPS wpłynęło 614 wniosków osób starających się o umieszczenie w domu pomocy społecznej. Łącznie wydano 4.524 decyzji i postanowień w sprawach klientów DPS. W roku 2005 zmalała liczba wniosków o skierowanie do domu pomocy społecznej, niemniej jednak utrzymuje się wysoka liczba osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Na dzień 31 grudnia 2005 r. liczba oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej wynosiła ogółem 234 osoby (dotyczy wszystkich domów pomocy społecznej).

Domy pomocy społecznej (publiczne i niepubliczne) dysponowały w latach 2000-2005 miejscami w liczbie:

- 2000 r. – 2 196,
- 2001 r. – 2 204,
- 2002 r. – 2 175,
- 2003 r. – 2 242,
- 2004 r. – 2 247,
- 2005 r. – 2 215.

W domach dla osób w podeszłym wieku liczba miejsc w poszczególnych latach wynosiła:

Lp.	Nazwa placówki	Adres	Liczba miejsc
1.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Kluzeka 6, 31-222 Kraków	95
2.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Praska 25, 30-329 Kraków	93
3.	Dom Pomocy Społecznej	os. Sportowe 9, 31-965 Kraków	37
4.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Helclów 2, 31-148 Kraków	455
5.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Nowaczyńskiego 1, 30-320 Kraków	185
6.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Radziwiłłowska 8, 31-026 Kraków	64
7.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Łanowa 39, 30-066 Kraków	155
8.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Łanowa 43a, 30-725 Kraków	140
9.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Łanowa 41 b, 30-725 Kraków	85
10.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Babińskiego 25, 30-393 Kraków	90
11.	Dom Pomocy Społecznej	os. Hutnicze 5, 31-917 Kraków	37
12.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Krakowska 55, 31-066 Kraków	222
13.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Łanowa 41, 30-725 Kraków	220
14.	Dom Pomocy Społecznej	ul. Łanowa 43 b, 30-725 Kraków	103
15.	Dom Pomocy Społecznej	os. Szkolne 28, 31-977 Kraków	50
<b>Razem</b>			<b>2 031</b>

Tab. III-5. Publiczne domy pomocy społecznej  
Źródło: na podstawie danych MOPS

Nazwa placówki	Liczba miejsc	Podmiot prowadzący
DPS ul. Podgórczy Tynieckie 96	50	Zgromadzenie Sióstr Służebniczek NMP NP. Prowincja Krakowska, ul. Kordylewskiego 12
DPS ul. Sołtysowska 13d	67	Fundacja „Zdrowie dla Budowlanych” os. Młodości 9
DPS im. Św. Antoniego ul. Krowoderska 7	52	Prowincja M.B. Anielskiej Zakonu Braci Mniejszych
DPS Ul. Ułanów 25	15	Fundacja dla Domu Pomocy Społecznej Dzieci Głęboko Upośledzonych w Krakowie ul. Łanowa 43a

Tab. III-6. Niepubliczne domy pomocy społecznej

- 2000 r. – 236,
- 2001 r. – 236,
- 2002 r. – 236,
- 2003 r. – 298,
- 2004 r. – 298,
- 2005 r. – 257.

Okres oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej jest aktualnie zróżnicowany w zależności od typu domu, jego lokalizacji oraz płci osób oczekujących. W domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku średni czas oczekiwania na miejsce w 2005 r. wynosił 10 miesięcy w przypadku kobiet oraz 12 miesięcy dla mężczyzn. W 2004 r. mężczyźni oczekiwali na miejsce w domu pomocy społecznej tak samo długo, a kobiety krócej (tj. około 8 miesięcy). Od 2003 r. czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej systematycznie się wydłuża. Najlepsza sytuacja pod tym względem występowała w 2003 r., kiedy to na miejsce trzeba było czekać średnio do 5 miesięcy (Tab. III-7).

Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku dysponowały w 2005 r. 257 miejscami, tj. o 41 mniej niż w latach 2003-2004, a liczba oczekujących wynosiła 37 osób, i była o 19 osób mniejsza niż w roku 2004, ale o 30 osób większa niż w roku 2003 (Tab. III-8).

<sup>20</sup> na podstawie danych MOPS w Krakowie

<sup>21</sup> na podstawie danych zawartych w *Raporcie o stanie miasta za 2003 r.*



Typ placówki	Średni okres oczekiwania na miejsce w danym roku							
	2000	2001	2002	2003	2004		2005	
					Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
dla osób w podeszłym wieku	17 m-cy	11 m-cy	7 m-cy	do 5 m-cy	8 m-cy	1 rok	10 m-cy	1 rok
dla osób przewlekle, somatycznie chorych	17 m-cy	11 m-cy	do 3 m-cy	do 3 m-cy	4 m-ce	7 m-cy	4 m-ce	7 m-cy
dla osób przewlekle, psychicznie chorych	6 lat	4 lata	3 lata	3 lata	1 rok	3 lata	1 m-c	1 rok
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	7 lat	5 lat	4 lata	3 lata	1 rok	2 lata	b.d.	b.d.

Tab. III-7. Średni czas oczekiwania na miejsce w poszczególnych typach domów pomocy społecznej  
Źródło: na podstawie danych MOPS

### Opieka i leczenie środowiskowe

Miasto Kraków w sposób bezpośredni oddziałuje na kształtowanie świadczeń wobec osób starszych w zakresie pomocy środowiskowej poprzez ich finansowanie za pośrednictwem MOPS. Opieka ta pochłania znaczne środki, które przeznaczane są na pokrycie kosztów wsparcia dla osób starszych, niepełnosprawnych i osób z zaburzeniami psychicznymi. Poprzez tę formę działań osoby te mogą zaspokoić bardzo ważną potrzebę kontaktu i integracji społecznej, bez ostatecznego zerwania więzi z rodziną i środowiskiem lokalnym. Otrzymują jednocześnie wsparcie specjalistów, przede wszystkim rehabilitację społeczną i usprawniającą. Niemal 70% wszystkich osób, ubiegających się o pomoc czyni to z trzech głównych przyczyn: długotrwałej choroby, bezradności w sprawach opiekuńczych oraz upośledzenia fizycznego i psychicznego. Znaczna część podopiecznych, korzystających z różnych form opieki społecznej, to właśnie osoby starsze. Osoby starsze stanowią większościową populację korzystających z zamkniętej opieki medycznej. Szacuje się, że ta grupa wiekowa absorbuje ponad 60% potencjału leczniczego i zużywa ponad 50% leków<sup>22</sup>.

Pomoc społeczna, realizująca pracę społeczną w środowisku, skupia się na wielu aspektach działań mających na celu utrzymanie osoby starszej w środowisku oraz zapewnienie jej podstawowych potrzeb życiowych. Wśród nich znajdują się:

- zapewnienie stałego źródła dochodu – zasiłki finansowane z budżetu państwa;
- udzielenie pomocy celowej przeciwdziałającej izolacji osób starszych (np. po-

		2003*	2004*	2005*
osoby w podeszłym wieku	liczba miejsc	298	298	257
	czas oczekiwania	do 5 mies.	śred. 9 mies.	śred. 11 mies.
	liczba oczekujących	7	56	37
osoby przewlekle, somatycznie chore	liczba miejsc	1070	1075	1020
	czas oczekiwania	do 3 mies.	5 mies.	5 mies.
	liczba oczekujących	91	192	135
osoby przewlekle, psychicznie chore	liczba miejsc	568	568	630
	czas oczekiwania	3 lata	2 lata	6 mies.
	liczba oczekujących	80	76	56
osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie	liczba miejsc	117	117	127
	czas oczekiwania	3 lata	18 mies.	6 mies.
	liczba oczekujących	28	14	4
dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie	liczba miejsc	189	189	181
	czas oczekiwania	0	0	0
	liczba oczekujących	0	3	2

\*dane na 31 grudnia

Tab. III-8. Liczba miejsc, czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w domach pomocy społecznej Krakowie w latach 2003-2005  
Źródło: na podstawie danych Urzędu Miasta Krakowa

siłek, odzież, żywność, leki, dopłaty do wydatków mieszkaniowych) – zasiłki i pomoc rzeczowa finansowana z budżetu gminy;

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze;
- możliwość korzystania z usług realizowanych przez miejskie dzienne domy pomocy społecznej – dofinansowywane przez gminę za pośrednictwem MOPS – organizowana jest tutaj rehabilitacja, posiłki, imprezy kulturalne i towarzyskie, wycieczki itp.,
- praca socjalna i poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne).<sup>23</sup>

W Krakowie, według stanu na dzień 31 grudnia 2005 r. funkcjonowały 3 ośrodki wsparcia dla osób starszych. Koszt funk-

cjonowania wszystkich ośrodków wsparcia w Krakowie w roku 2005 wyniósł 2.666.698 zł, w tym 2.630.981 zł to wydatki jednostek publicznych.

Od 1 listopada 2005 roku, na zlecenie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie, Stowarzyszenie Pomocy Społecznej „Gaudium et Spes” prowadzi ośrodek wsparcia dla osób starszych na os. Górali 23-24, dysponujący 70 miejscami dla osób starszych, kombatantów i niepełnosprawnych<sup>24</sup>.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej współpracuje również z „Fundacją Familii Wentzlów”, której celem jest prowadzenie działalności charytatywnej, polegającej między innymi na niesieniu pomocy starszym kobietom znajdującym się

22 prof. dr hab. n. med. Józef Kocemba, Włodzimierz Biel, „Organizacja opieki zdrowotnej nad osobą starszą i przewlekle chorą w Krakowie”; s.5.

23 na podstawie *Sprawozdania z działalności MOPS za rok 2005*.

24 na podstawie danych MOPS w Krakowie

w trudnej sytuacji finansowej. Współpraca z Fundacją realizowana jest na podstawie porozumienia o współpracy z dnia 30 sierpnia 2002 roku. W 2005 r. w ramach realizacji porozumienia udzielono 110 zapomóg finansowych na łączną kwotę 16.500 zł.

W ramach pomocy społecznej świadczonej dla mieszkańców Krakowa udzielane jest również wsparcie w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Korzystają z nich również osoby starsze. Brak jednak osobnych danych dotyczących tej wyselekcjonowanej grupy. W 2005 r. usługami tymi objęto grupę 2.443 osób, o 21 osób mniej niż w roku 2004 (2.464 osoby) oraz o 56 osób więcej niż w roku 2003.

Na zadania związane z usługami opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w 2005 r. przeznaczono środki w wysokości 6.514.126,24 zł, w tym: 5.318.547,44 na usługi opiekuńcze i 1.195.578,80 zł na specjalistyczne usługi opiekuńcze. W roku 2004 kwota przeznaczona na te usługi wynosiła 5.730.661,76 zł (o 783.464,48 zł mniej niż w 2005 r.), z czego 5.300.861,76 zł to wydatki na usługi opiekuńcze, a 429.800,00 zł – na specjalistyczne usługi opiekuńcze. W 2003 r. wydatki wynosiły odpowiednio: 5.831.058 zł ogółem, w tym: 5.398.518,92 zł na usługi opiekuńcze, a 432.540 zł na specjalistyczne usługi opiekuńcze (Tab. III-10).

Analiza dostępnych informacji wskazuje, że w Krakowie, w zakresie opieki nad osobami starszymi, działania pro-

Rodzaj usług	2003 r.	2004 r.	2005 r.
usługi opiekuńcze	2 205	2 288	2 073
specjalistyczne usługi opiekuńcze	182	176	370

Tab. III-9. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2003-2005

wadzone są na dwóch płaszczyznach – opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W ramach tej pierwszej oferowane są usługi dla osób chorych w oddziałach i zakładach opieki długoterminowej w szpitalach ogólnych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjach. W porównaniu ze wskaźnikami przyjętymi dla Polski (14 łóżek na 10 tys. ludności) w Krakowie obserwuje się niedostosowanie zasobów tej opieki do potrzeb ludzi starszych (wskaźnik 12,9 łóżek na 10 tys. ludności). Wskazuje to na konieczność podjęcia działań w tym zakresie, zwłaszcza w sytuacji, gdy prognozy ludnościowe GUS pokazują tendencję wzrostową liczby osób po 60 roku życia w następnych latach (do roku 2030).

Specyfika sytuacji zdrowotnej ludzi starszych (choroby przewlekłe, współistniejące) wymusza również dostosowanie struktury zakładów opieki zdrowotnej do potrzeb tej grupy osób. Stworzenie specjalnych oddziałów i zakładów dla długotrwałej opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, zmniejszy liczbę tych osób w oddziałach opieki krótkoterminowej, zredukuje koszty ich działalności

oraz spowoduje zwiększenie dostępności tych oddziałów dla innych pacjentów. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi wymaga również dostosowania rodzaju oferowanych świadczeń do ich potrzeb i oczekiwań, zwiększenia działań pielęgnacyjnych i opiekuńczych nad działaniami leczniczymi.

Stworzony w Krakowie system pomocy społecznej dla osób starszych obejmuje wiele obszarów działań od wsparcia finansowego, poprzez usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, możliwość korzystania z usług realizowanych przez miejskie domy pomocy społecznej, poradnictwo specjalistyczne, aż do możliwości umieszczenia danej osoby w domu pomocy społecznej. Ta ostatnia forma działania powinna być wykorzystywana jednak w ostateczności, gdy nie ma możliwości organizacji takiej pomocy osobie starszej, aby mogła jak najdłużej i najlepiej funkcjonować w środowisku rodzinnym, sąsiedzkim, w miejscu zamieszkania. Wymaga to ciągłego rozwoju form pomocy środowiskowej dla osób starszych oraz dostosowywania ich do potrzeb i oczekiwań odbiorców.

Tab. III-10. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze zrealizowane w Krakowie w latach 2003-2005

usługi opiekuńcze		2003 r.	
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	II, III	121.550,00	832.617,50 zł
Małopolski Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie, ul. Studencka 19	IV, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII	413.518,70	2.601.032,62 zł
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka” w Krakowie, os. Młodości 9	I, V, VII	283.940,57	1.964.868,80 zł
	Łącznie	819.009,27	5.398.518,92 zł
specjalistyczne usługi opiekuńcze			
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	I – XVIII	54.067,50	432.540,00 zł

usługi opiekuńcze 2004 r.			
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
styczeń – luty			
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	II, III	20.152,25	138.042,91 zł
Małopolski Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kakowie, ul. Studencka 19	IV, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII	68.900,00	433.381,01 zł
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Lecznicy „Czwórka” w Krakowie, os. Młodości 9	I, V, VII	43.836,00	303.345,12 zł
marzec – grudzień			
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	I, II, III	240.021,50	1.548.138,71 zł
Małopolski Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kakowie, ul. Studencka 19	IV, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII	350.610,00	2.257.928,40 zł
Małopolski Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Lenartowicza 14	V, VII	96.427,00	620.025,61 zł
	łącznie 2004 r.:	819.946,75	5.300.861,76 zł
specjalistyczne usługi opiekuńcze			
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	I – XVIII	53.725,00	429.800,00 zł
usługi opiekuńcze 2005 r.			
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	I, II, III	284.586,50	1.895.346,09 zł
Małopolski Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie, ul. Studencka 19	IV, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII	398.978,50	2.653.207,03 zł
Małopolski Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Lenartowicza 14	V, VII	115.963,00	769.994,32 zł
	łącznie	799.528,00	5.318.547,44 zł
specjalistyczne usługi opiekuńcze			
realizator	Dzielnice	liczba zrealizowanych godzin	wartość zrealizowanych godzin
Małopolski Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie, ul. Studencka 19*	I – XVIII	99.475,00	748.052,00 zł
Fundacja Na Rzecz Budowy i Prowadzenia Pensjonatów dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane i Inne Schorzenia Narządu Ruchu im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5	I – XVIII	54.180,00	447.526,80 zł
	łącznie	153.655,00	1.195.578,80 zł

\* PCK realizował specjalistyczne usługi opiekuńcze w okresie od marca do grudnia 2005

Tab. III-10. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze zrealizowane w Krakowie w latach 2003-2005

Źródło: na podstawie danych Urzędu Miasta Krakowa

#### 4. Działania w zakresie edukacji zdrowotnej i szkoleń specjalistycznych

Od połowy lat siedemdziesiątych wiadomo, że udział poszczególnych czynników warunkujących stan zdrowia jednostki jest zróżnicowany. Zgodnie z koncepcją Lalonda (1974 r.), za stan zdrowia jednostki w 20% odpowiedzialne są obciążenia genetyczne, w 20% warunki środowiskowe, w 10% działania systemu ochrony zdrowia, a w 50% styl życia. Do tej ostatniej grupy zaliczyć należy m. in. takie czynniki jak: palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, zły sposób odżywiania się, picie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych, stres. Na większość z tych czynników możemy wpływać, ograniczając negatywny ich wpływ na zdrowie. Do tego niezbędna jest jednak wiedza oraz możliwość realizacji działań prozdrowotnych w środowisku życia, pracy, nauki. Obszar tych zagadnień znajduje się w sferze zainteresowań promocji zdrowia, a w szczególności edukacji zdrowotnej.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 1999-2005 wśród 18 celów operacyjnych znalazł się cel Nr 6 – „Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia”, co podkreśla wagę tych zagadnień w działaniach na rzecz zachowania i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Realizacja każdego z pozostałych celów operacyjnych NPZ zawiera w sobie element edukacji zdrowotnej, bez którego osiągnięcie celu nie byłoby możliwe.

Edukacja zdrowotna to podstawowe narzędzie promocji zdrowia, którego celem jest upowszechnianie zachowań prozdrowotnych. Nowocześnie rozumiana edukacja zdrowotna koncentruje się przede wszystkim na człowieku i środowisku, w którym żyje, a nie wyłącznie na określonej jednostce chorobowej. Działania edukacyjne powinny być zróżnicowane w treści i formie w zależności od grupy społecznej, na którą są ukierunkowane: dzieci i młodzież, osoby dorosłe, osoby starsze i powinny mieć miejsce na różnych poziomach: polityki zdrowotnej i społecznej, środków przekazu, grup społecznych, instytucji – szkoła, zakład pracy, placówki opieki zdrowotnej, rodziny, indywidualnych osób.

Edukacja zdrowotna powinna obejmować m. in.: prowadzenie działań promujących zdrowy styl życia, prowadzenie walki z uzależnieniami, budowanie koalicji dla zdrowia poprzez współpracę takich instytucji jak: szkoła, podstawowa opieka

zdrowotna, rodzina, rozpowszechnienie wiedzy na temat ryzyka chorób będących najczęstszymi przyczynami zgonów, systematyczne informowanie o prowadzonych akcjach, kampaniach, programach.

Szczególne działania w zakresie edukacji zdrowotnej należy kierować na grupę dzieci i młodzieży, których złe nawyki (brak ruchu, złe nawyki żywieniowe, uzależnienia) mogą skutkować w przyszłości pojawieniem się poważnych chorób. Powinna ona dotyczyć nie tylko informacji, jak zapobiegać chorobom, ale również informować jak prowadzić zdrowy tryb życia: aktywność fizyczna i umysłowa, rezygnacja z nałogów, przykłady dobrych działań. Do realizacji założeń edukacji zdrowotnej potrzebne są odpowiednie warunki np. w formie rozbudowanej i łatwo dostępnej bazy sportowej, przygotowanych konkretnych propozycji – programów, imprez zachęcających i umożliwiających dzieciom i młodzieży podejmowanie działań w zakresie zachowania zdrowia w latach następnym.

Miasto Kraków podejmuje działania w celu umożliwienia młodzieży dostępu do obiektów sportowych zarówno podczas organizowanych masowych imprez sportowych, jak i na co dzień, poprzez organizację sportowych zajęć pozalekcyjnych np. w ramach programu „Młody las”. Rozbudowywana jest również baza sportowa, a w latach 2004-2005 zaplanowano szereg inwestycji w tym względzie m.in. budowę sal gimnastycznych przy szkołach podstawowych Nr 72 i 132 oraz rozbudowę i modernizację zaplecza sportowego klubów Clepardia, Grzegórzki, Wanda, Borek, Krakowianka, a także budowę Młodzieżowego Centrum Sportu i Edukacji.

W działaniach Miasta na rzecz zdrowia jego mieszkańców, działalność edukacyjno-informacyjna odgrywa ogromną rolę i jest realizowana systematycznie w stosunku do różnych grup odbiorców, ze szczególnym naciskiem na dzieci i młodzież. Podejmowana jest ona m. in. w ramach realizacji:

- Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia,
- Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży.

Miasto prowadzi corocznie akcję edukacyjno-informacyjną dotyczącą realizacji w/w programów m. in. poprzez wydawanie informatora zawierającego nie tylko informacje na temat założeń programów,

ale także wykaz placówek realizujących programy oraz udzielających świadczeń i wsparcia (w przypadku Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Ostatni informator z uaktualnioną bazą jednostek został wydany w 2005 r. Informacje o programach zostały zawarte również na stronie internetowej Miasta Krakowa w dziale zdrowie oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Krakowa.

Edukacja zdrowotna jest jednym z elementów programów profilaktycznych. W 2005r. szczególne znaczenie miały elementy edukacyjne programów dotyczących: profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2. i nadciśnienia, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, wczesnego rozpoznawania raka piersi u kobiet po 40. r. ż., zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka oraz profilaktyki wad postawy. Elementy edukacji zdrowotnej były też składnikiem programów autorskich oraz programów realizowanych przez Dzielnice Krakowa, a w szczególności dotyczących: szczepień przeciwko grypie i żółtaczce, profilaktyki osteoporozy oraz dotyczących próchnicy i wad postawy u dzieci.

Edukacja zdrowotna w zakresie programów dotyczyła przede wszystkim informacji w jaki sposób minimalizować ryzyko wystąpienia danej choroby oraz jak ograniczać jej rozwój i/lub poprawić jakość życia chorego. Najczęściej realizowana była w formie pogadanek prowadzonych przez personel medyczny z pacjentami, dostarczanie materiałów edukacyjnych np.: plakaty, książeczki o szkodliwości palenia tytoniu pt. „Zadbaj o siebie, czyli jak rzucić palenie”<sup>25</sup>, ulotki, itp.

W programach przewidziano również szkolenie personelu zakładów opieki zdrowotnej realizujących programy – lekarzy, pielęgniarek, dotyczące zarówno sposobu przeprowadzenia programu, naboru pacjentów, gromadzenia danych i ewaluacji, jak również założeń merytorycznych (np. przed realizacją programu profilaktyki wad postawy przypomniano podstawowe informacje dotyczące charakterystyki i leczenia wad postawy ciała ze szczególnym uwzględnieniem skolioz, a w programie profilaktyki POCHP – wymogi sprzętowe dotyczące spirometru oraz zasady prawidłowego wykonywania spirometrii z praktyczną demonstracją i zwróceniem uwagi na najczęściej popełniane błędy).

<sup>25</sup> w przypadku realizacji programu profilaktyki POCHP



Edukacja zdrowotna stanowi jeden z komponentów realizacji programów profilaktycznych. Pomimo ograniczonego zasięgu – do populacji docelowej programu, edukacja zdrowotna stanowi ważny element działań w zakresie poprawy zdrowia, na który Miasto Kraków kładzie duży nacisk.

Realizacja Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych skupia się przede wszystkim na działaniach skierowanych do dzieci i młodzieży. Główny nacisk położono w nich na organizację imprez o charakterze sportowo-rekreacyjnym promujących zdrowy, aktywny styl życia, skutecznie przeciwdziałający patologiom i zniechęcający do negatywnych zachowań typu uzależnienia czy przemoc.

Oprócz promowania aktywnych form spędzania wolnego czasu (w formie pozalekcyjnych zajęć sportowych w ramach np. programu „Młody las”), szkolnych zawodów sportowych, czy akcji „Zima w mieście”, „Lato w mieście” działania zawierały również elementy edukacji zdrowotnej w formie pogadek (prowadzonych najczęściej w szkołach i przedszkolach), materiałów edukacyjnych, filmów, konkursów (np. konkurs plastyczny „Jestem wolny”).

Na zapewnienie 117.696 uczniom różnego rodzaju działań profilaktycznych (realizowanych w ramach szkolnych programów profilaktyki), w tym szczególnie edukacji zdrowotnej w samorządowych przedszkolach, szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych Miasto przekazało w 2005 r. kwotę 781.400 złotych. W szkołach należących do Małopolskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (w Krakowie 16 placówek edukacyjnych należy do Sieci – posiadają certyfikat, a 24 kolejne aplikują do niej) realizowane były programy wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szerszym zakresie, w tym m. in. działania edukacyjne dla uczniów na temat zasad prawidłowego żywienia przekazywane w ramach ścieżek przedmiotowych, godzin wychowania fizycznego oraz zajęć biologii i przyrody.

Charakter edukacyjny miała też akcja „Mnie to nie bierze” organizowana w maju we współpracy z „Gazetą Krakowską”, w ramach której ukazało się 15 artykułów na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i promocji aktywnych form spędzania czasu wolnego dla młodych ludzi. W wyniku tej akcji powstał informator, który w liczbie 20 tys. sztuk trafił do krakowskich gimnazjalistów. Włączono się w obchody

Światowego Roku Sportu i Wychowania fizycznego ONZ poprzez uczestnictwo w ogólnopolskiej kampanii społecznej „Zachowaj trzeźwy umysł”, w ramach której przekazano do szkół materiały profilaktyczne, organizowano konkursy i zawody sportowe uczniów.

Działania edukacji zdrowotnej objęły też swoim zasięgiem osoby dorosłe sprawujące opiekę nad młodzieżą (np. Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień przeprowadziło szkolenie psychologów klinicznych i terapeutów uzależnień w zakresie terapii uzależnienia od tytoniu, a dla personelu medycznego, za fundusze Miasta, zorganizowano szkolenie w zakresie edukacji prozdrowotnej w prewencji pierwotnej miazdżycy i cukrzycy typu 2). We współpracy z Komendą Miejską Policji – Policijnym Zespołem Prewencji Aktywnej przy Sekcji ds. Nieletnich przeprowadzono szkolenie nauczycieli i wychowawców z zakresu procedur postępowania nauczycieli i metod współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją.

Na szczególną uwagę w zakresie edukacji zdrowotnej zasługują działania realizowane w ramach Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży. Na jego realizację w 2005 r. Miasto przeznaczyło kwotę 249.723,07 zł. Wszystkie działania podejmowane w ramach tego projektu, mające za zadanie wskazać młodzieży alternatywne do uzależnień formy spędzania wolnego czasu m. in. poprzez aktywność fizyczną i sport, zawierały elementy edukacji zdrowotnej. Wielkim zainteresowaniem cieszyła się cykliczna już impreza lipcowa „JULIADA”, organizowana pod hasłem przewodnim „Młodzież przeciw przemocy”, realizowana w kilkunastu punktach miasta, która wpisała się już na stałe w kalendarz imprez sportowo-rekreacyjnych w Krakowie, czy „Krakowskie Dni Rodziny”, „X Chrześcijańskie Dni Żaka” i obchody Dnia Dziecka. Wszystkie te imprezy, bogate w różnorodne gry, zabawy, zawody sportowe, badania lekarskie, porady zdrowotne oddziałują na dzieci, młodzież i rodziny zachęcając do podejmowania działań na rzecz zdrowia, aktywności i realizacji zasad zdrowego trybu życia.

Cel edukacyjny przyświecał również wydawcom trzeciej już edycji „Poradnika Młodego Krakusa” (w ilości 10 tys. egzemplarzy), który otrzymuje każdy 18-latek odbierający dowód osobisty, interdyscyplinarnej książki pt.: „Między domem a ulicą. Wokół problemów globalizacji i kultury masowej” (1000 egzemplarzy), czy maga-

zynu „Śmigło” redagowanego przez młodzież i dla młodzieży, stanowiącego forum dla młodych ludzi do przedyskutowania interesujących tematów, czy podzielenia się własnymi pomysłami (wydrukowano 9 numerów w ilości 3.500 sztuk).

Młodzież miała również możliwość podzielenia się problemami, wątpliwościami, wiedzą i doświadczeniami w ramach działalności klubów magazynu „Śmigło” na 6 spotkaniach klubowych zorganizowanych w 2005 r. w Magistracie.

Rok 2005 był także początkiem tworzenia Krakowskiej Akademii Samorządności, inicjowanej i współtworzonej przez młodzież, której działalność zainaugurował Konkurs Samorządów Szkół Gimnazjalnych Krakowa planowany jako impreza cykliczna, która ma wyzwalać aktywność oraz stwarzać młodym ludziom szansę na praktyczną edukację.

W 2005 r. realizowano, rozpoczęte w latach poprzednich programy „streetworker” (praca wychowawcza pedagogów ulicznych z młodzieżą bezpośrednio na ulicy) oraz DEMOS (współpraca z miastami europejskimi), których głównym celem jest edukacja osób pracujących z młodzieżą w formie szkoleń, konferencji, wymiany doświadczeń oraz tzw. dobrych praktyk. Działania skierowane były do szerokiej grupy odbiorców: psychologów, terapeutów, wychowawców, nauczycieli i opiekunów osób specjalizujących się w pomocy osobom zagrożonym uzależnieniami. Dla pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, MOPS, Policji i Straży Miejskiej zorganizowano warsztaty „Standardy pracy z dziećmi i rodziną” oraz przygotowano i dostarczono materiały edukacyjne.

Przedstawione powyżej działania to tylko wybrane przykłady z całej gamy aktywności prowadzonych w Krakowie dla jego mieszkańców w zakresie edukacji zdrowotnej. Skierowane były one głównie do dzieci oraz młodzieży i przybierały formy: imprez masowych, sportowo-rekreacyjnych, zawodów sportowych, konkursów, pogadek, filmów, poradników, szkoleń, nauki przez działanie, ścieżek edukacji prozdrowotnej w szkołach itp. W mniejszym stopniu były skierowane do pozostałej, starszej części społeczeństwa Krakowa. Do tej grupy adresowano działania w zakresie edukacji zdrowotnej głównie w ramach realizowanych programów profilaktycznych, artykułów prasowych, poradników, audycji radiowych i telewizyjnych, kampanii edukacyjnych oraz pikników rodzinnych. Osobną grupę odbiorców działań edukacyjnych stanowili specjaliści – lekarze, pielęgniarki

ki, psychologowie, terapeuci, nauczyciele, wychowawcy, bowiem od ich wiedzy, umiejętności przekazywania informacji, motywowania, perswazji i doświadczenia zależy skuteczność działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży. Dlatego też edukacja tej grupy wydaje się być niezmiernie ważna w procesie edukacji zdrowotnej społeczności Krakowa.

Ważnym elementem oddziaływania jest włączenie w działania edukacyjne mediów (prasa, radio, TV) oraz wielu instytucji i organizacji tworzących bazę do rozwoju tego typu działań w przyszłości. Tak dzieje się w Krakowie, ale konieczne wydaje się zintensyfikowanie działań w celu większego zaangażowania mediów w sprawy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pozyskania szerszego grona instytucji i osób, celem wzmocnienia wiedzy i motywacji mieszkańców Krakowa do podejmowania działań w trosce o własne zdrowie.

Wiele imprez realizowanych w 2005 r., jak podkreślano wcześniej, ma charakter cykliczny, np. „JULIADA” czy obchody „Chrześcijańskich Dni Żaka”, Dnia Dziecka, „Dni Rodziny” czy „Dni Światowej Organizacji Zdrowia” (np. „Dzień bez Papierosa”) i, prowadzone od wielu lat, weszły już na stałe do kalendarza imprez edukacyjno-rekreacyjno-sportowych w Krakowie. Te działania powinny być kontynuowane w latach następnych. Od 2003 r. realizowany jest również projekt współpracy z władzami samorządowymi Lipska oraz niemiecką organizacją pozarządową Internationaler Bund o nazwie „streetworker”, przygotowujący pedagogów do pracy z dziećmi na ulicy.

Podkreślić należy fakt, że działania podejmowane w Krakowie, w tym również o charakterze edukacyjnym, oparte zostały na konkretnych wynikach badań dotyczących problematyki uzależnień<sup>26</sup> i sposobów spędzania wolnego czasu przez młodzież w Krakowie i ten trend powinien być kontynuowany w latach następnych. Realizacja działań opartych na rzeczywistych potrzebach, oczekiwaniach i problemach społeczności lokalnej daje większe szanse na skuteczność oraz poprawę sytuacji zdrowotnej mieszkańców Krakowa.

Cenną inicjatywą, którą należy kontynuować i rozwijać jest również funkcjonowanie stron internetowych [www.mpppm.pl](http://www.mpppm.pl), [www.mlodziej.info](http://www.mlodziej.info), [www.krakow.pl](http://www.krakow.pl) informujących o działaniach podejmowa-

nych w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, uzależnień i ich rezultatach oraz aktualnych ofertach zagospodarowania wolnego czasu.

Małopolskie, a szczególnie Krakowianie, mieli w 2004 i 2005 r. możliwość skorzystania z zakrojonej na szeroką skalę, kampanii edukacyjnej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia „Nadzieja nie umiera nigdy” – w walce z chorobami nowotworowymi. Program zakładał wykłady dla pacjentów, prowadzone przez wybitnych specjalistów oraz publikację materiałów edukacyjnych. Podczas spotkań zainteresowani tematyką nowotworową mieli okazję m. in. zdobyć wiedzę na temat diagnostyki i leczenia nowotworów oraz informacje gdzie szukać pomocy w obliczu choroby. Zaproszeni prelegenci – specjaliści zajmujący się na co dzień chorobami nowotworowymi, psychologowie, rehabilitanci oraz przedstawiciele stowarzyszeń wspierających pacjentów i ich bliskich starali się przekazać najcenniejsze informacje i wskazówki dotyczące skutecznej walki z rakiem. Druga część programu została wzbogacona o wykłady dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy są bardzo istotnym ogniwem diagnostyki nowotworowej, a co podkreślali prelegenci, wciąż mają zbyt małą świadomość i wrażliwość onkologiczną.

Każdy miesiąc poświęcony był problematyce związanej z tymi typami nowotworów, które występują najczęściej. Tematyka wykładów obejmowała zagadnienia dotyczące m. in. : raka piersi, płuc, jelita grubego, skóry, żołądka, narządów rodnych, trzustki, mózgu, układu krwiotwórczego oraz nowotworów u dzieci. Patronat medialny nad akcją objęły: Telewizja Kraków, Radio Kraków, Dziennik Polski, Pacjent Polski. Uroczyste zakończenie programu „Nadzieja nie umiera nigdy” miało miejsce 11 maja 2005 r. Podczas uroczystości ponad stu lekarzom rodzinnym wręczono certyfikaty uczestnictwa w cyklu szkoleń: „Spotkania z wiedzą o raku i psychoonkologią”.

„Nadzieja nie umiera nigdy” to pierwszy w Polsce kompleksowy program profilaktyki przez wiedzę, prowadzony przez oddział NFZ. Podczas 13 odcinków odbyły się 92 godziny bezpłatnych wykładów prowadzonych przez 71 prelegentów, w których udział wzięło ok. 3000 słuchaczy oraz 120 lekarzy rodzinnych i pediatrów z całej Małopolski. Do rąk mieszkańców Małopolski trafiło ok. 450 000 sztuk materiałów edukacyjnych (broшуry, ulotki), a dzięki patronom medialnym wyemito-

wano: 260 spotów radiowych dotyczących programu, 13 godzin audycji radiowych, kilka godzin programów telewizyjnych, ukazały się 84 informacyjne i merytoryczne artykuły prasowe<sup>27</sup>.

Działania o charakterze edukacyjnym dla mieszkańców Krakowa prowadziła w 2005 r. również Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie.<sup>28</sup> Były to m. in. programy:

- „Radosny uśmiech, radosna przyszłość” – kształtowanie właściwych nawyków zdrowotnych i higienicznych dotyczących jamy ustnej (dzieci),
- „Przedszkolny program profilaktyki wzw typu A” – uświadamianie rodzicom i opiekunom dzieci przedszkolnych zagrożeń związanych z zakażeniem wzw typu A oraz sposobach zapobiegania poprzez szczepienia ochronne,
- „Szczepienia dobrodziejstwem dla dzieci i młodzieży. Zapobieganie odrze, śwince i różyczce. Witaj szkoło” – zapobieganie trzem chorobom zakaźnym poprzez szczepienia ochronne oraz uświadamienie rodzicom i opiekunom dzieci zagrożeń i powikłań towarzyszącym ewentualnym zachorowaniom,
- „Różowa wstążeczka” – uwrażliwienie kobiet na fakt występowania i ryzyko zachorowania na raka piersi, nauczanie technik i wykształcenie nawyku samobadania piersi,
- „Stres pod kontrolą” – zwiększenie umiejętności młodzieży klas maturalnych radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych,
- „Program pierwotnej profilaktyki wad cewy nerwowej” – zapobieganie wczesnym wadom cewy nerwowej u noworodków poprzez wprowadzenie nawyku suplementacji diety kobiet w okresie rozrodczym odpowiednią dawką kwasu foliowego,
- „Wolność oddechu – zapobiegaj astmie” – edukacja rodziców i opiekunów dzieci w zakresie umiejętności obserwacji objawów astmy, uświadamienie im znaczenia wczesnej profilaktyki, a także zmiana percepcji dziecka z astmą jako osoby z pełnymi możliwościami rozwojowymi – rodzice i dzieci klas I-III szkół podstawowych, wychowawcy tych dzieci, pielęgniarki środowiskowe,

27 na podstawie danych zawartych na stronie [www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)

28 materiały konferencyjne z konferencji Integracja instytucji w programach zdrowotnych III Krakowskie Dni Zdrowia, 23-24 września 2005 r., Kraków

26 2005 r. PBS „Wzorce konsumpcji alkoholu w Krakowie”; „Postawy wobec substancji uzależniających”, 2000 Instytut Socjologii UJ



- „Program profilaktyki HIV/AIDS” – dla młodzieży szkół ponadpodstawowych i pacjentów placówek służby zdrowia – dostarczenie wiedzy i kształtowanie właściwych postaw wobec osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz zapobieganie zakażeniom HIV,
- „Program profilaktyki grypy” – dla uczniów placówek nauczania i wychowania, nauczycieli, rodziców i pacjentów placówek ochrony zdrowia – zapobieganie zachorowaniom na grype i powikłaniom poprzez szczepienia ochronne,
- „Codzienne nadzorowanie szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolu” – uświadomienie dzieciom konieczności mycia zębów i wyrobienia nawyków systematycznego ich mycia po każdym posiłku oraz działania związane z obchodami „Światowego Dnia Zdrowia”, „Światowego Dnia bez Tytoniu”, „Światowego Dnia Rzucania Palenia”, „Światowego Dnia Osteoporozy”, „Światowego Dnia AIDS”, „Miesiąca Profilaktyki Raka Piersi”, „Żółtego Tygodnia”.

## 5. Medycyna szkolna

Zagadnienia medycyny szkolnej w Polsce reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282, poz. 2814). Określa ono również zakres informacji o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami, przekazywanych wojewodzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z tym rozporządzeniem profilaktyczna opieka nad uczniami obejmuje:

- testy przesiewowe,
- postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego testu przesiewowego,
- profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia),
- profilaktyczne badania stomatologiczne,
- udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- obowiązkowe szczepienia ochronne,
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą sprawują: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz dentysta i pielęgniarka albo higienistka szkolna. Zgodnie z zapisami w/w rozporządzenia, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń (zatem niekoniecznie w placówce oświatowo-wychowawczej), natomiast pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawują tę opiekę w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

W lipcu 2005 r. w placówkach oświatowo-wychowawczych prowadzonych przez Gminę Miejską Kraków przeprowadzono badanie ankietowe. Na 208 placówek, do których wysłano ankiety, odpowiedziało 187, tj. 89,9%. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że spośród 187 placówek, które odpowiedziały na ankietę, 185 zostało objętych opieką pielęgniarską (tj. 98,9%), a 77 placówek (tj. 41,2%) objętych zostało opieką dentystyczną.

Jednym z celów polityki zdrowotnej Miasta Krakowa, określonych w Miejskim Programie Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”, jest poprawa zdrowotności dzieci i młodzieży. Miasto Kraków podejmuje szereg działań zmierzających do realizacji zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. Do współpracy w tym za-

kresie zostali zaproszeni przedstawiciele Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie, Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów Kas Chorych oraz Konsultant wojewódzki ds. stomatologii dziecięcej.

W celu uporządkowania zagadnień związanych z medycyną szkolną oraz poprawy jej organizacji i funkcjonowania Gmina Miejska Kraków podpisała w dniu 26 kwietnia 2005 r. porozumienia z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie stanowiące pisemną deklarację woli współpracy w zakresie realizacji zadań publicznych w ochronie zdrowia i profilaktyce zdrowotnej. Treścią obydwu porozumień jest „prowadzenie wspólnych działań mających na celu poprawę stanu zdrowotnego ludności w Gminie Miejskiej Kraków, w tym w szczególności poprzez realizację celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005 oraz realizację programów z zakresu prewencji pierwotnej i wtórnej takich schorzeń jak: cukrzyca, miażdżyca, choroby nowotworowe, choroby tarczycy, choroby narządu ruchu, choroby układu oddechowego, a także realizację zadań z zakresu organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą<sup>29</sup>.

W wyniku podjętych prac w dniu 21 czerwca 2005 r. zostało przyjęte do realizacji Zarządzenie nr 1088/2005 Prezydenta Miasta Krakowa w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2005-2006, które ustaliło zasady organizacji medycyny szkolnej w latach 2005-2006 oraz podział zadań, mający na celu zorganizowanie funkcjonowania medycyny szkolnej zgodnie z kompetencjami, pomiędzy Wydziałem Edukacji i Wydziałem Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa.

Zadania Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Krakowa, zgodnie z zapisami Zarządzenia to m. in.:

<sup>29</sup> na podstawie treści porozumień o współpracy zawartych pomiędzy Gminą Kraków a Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie

- zapewnienie infrastruktury lokalowej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych w celu umożliwienia funkcjonowania gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wraz z uregulowaniem zasad korzystania z lokali przez świadczeniodawców sprawujących opiekę profilaktyczną,
- udostępnianie funkcjonujących gabinetów dentystycznych oraz regulowaniu zasad korzystania z lokali przez dyrektorów szkół dla świadczeniodawców sprawujących opiekę dentystyczną,
- ubieganie się o środki z rezerwy części oświatowej subwencji ogólnej na dofinansowanie kosztów adaptacji pomieszczeń szkolnych przeznaczonych na gabinety profilaktyczne,
- tworzenie i organizacja brakujących gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, które odpowiadają wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w odrębnych przepisach,
- przygotowywanie zasobu lokalowego w samorządowych szkołach, na terenie których nie funkcjonują gabinety dentystyczne do udostępniania pomieszczeń świadczeniodawcom sprawującym profilaktyczną opiekę dentystyczną,
- przesyłanie do dyrektorów samorządowych szkół ankiet na temat funkcjonowania na terenie szkół gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz szkolnych gabinetów dentystycznych.

W celu usprawnienia realizacji zadań w zakresie medycyny szkolnej, Wydział Edukacji zorganizował w dniach 10-17 listopada 2005 r. konferencję dla dyrektorów szkół i placówek samorządowych, której tematyka obejmowała m. in. zagadnienia medycyny szkolnej. Problematykę dotyczącą zasad finansowania i organizacji świadczeń z zakresu medycyny szkolnej przybliżyli słuchaczom przedstawiciele Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Uczestników poinformowano również o wynikach ankietyzacji przeprowadzonej w lipcu 2005 r. na temat współpracy szkół z podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne na terenie placówek oświatowych.

Według zapisów Zarządzenia Nr 1088/2005 do zadań Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa należy m. in.:

- koordynacja realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki wad postawy, chorób wzroku i słuchu, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz próchnicy,
- przygotowywanie dla dyrektorów samorządowych szkół ankiet na temat funkcjonowania na terenie szkół gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz szkolnych gabinetów dentystycznych,
- przygotowywanie informacji na temat zabezpieczenia medycyny szkolnej w placówkach oświatowych na terenie Krakowa.

W 2005 r. w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” realizowane były następujące programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży:

- program profilaktyki wad postawy – na jego realizację w 2005 r. przeznaczono kwotę 90.900 zł,
- program profilaktyki astmy i chorób alergicznych – na jego realizację przeznaczono kwotę 150.000 zł (ze środków Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Krakowie),
- program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka – na jego realizację przeznaczono kwotę 90.905 zł.

W ramach programów finansowanych przez Dzielnice Krakowa w 2005 r. zrealizowano:

- program profilaktyki próchnicy u dzieci – na jego realizację przeznaczono łącznie 20.000 zł w Dzielnicach IV i VII,
- program profilaktyki wad postawy u dzieci – na jego realizację przeznaczono łącznie kwotę 67.330 zł w Dzielnicach: I, II, VII, IX, XIV i XVII,
- program profilaktyki wzroku u dzieci – na jego realizację przeznaczono łącznie kwotę 118.000 w Dzielnicach: I, III, V i XV.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny, w ramach podpisanego porozumienia, podjął w 2005 r. szereg działań uwzględnionych w harmonogramie COŚTAM wyżej porozumienia, w tym m. in.<sup>30</sup>:

- zabezpieczył i dostarczył preparaty szczepionkowe do realizacji obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży

oraz szczepień uzupełniających dla 153 świadczeniodawców z terenu powiatu krakowskiego grodzkiego,

- sprawował nadzór nad wykonywaniem szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień – przeprowadzono 595 kontroli punktów szczepień na terenie Miasta Krakowa oraz dokonano analizy procentowej wykonania szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży w Krakowie w latach 2004-2005,
- przeprowadził kontrole w 38 niepublicznych placówkach oświatowo-wychowawczych prowadzonych przez osoby prawne i fizyczne w celu sprawdzenia realizacji zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 116, poz. 985 z późn. zm.),
- propagował wiedzę na temat szczepień w szkołach i placówkach wychowawczych poprzez realizację programów profilaktyczno-edukacyjnych: „Przed-szkolny program profilaktyki wzw typu A”, „Szczepienia dobrodziejstwem dla dzieci i młodzieży. Zapobiegaj odrze, śwince i różyczce. Witaj szkoło”, „Program profilaktyki grypy” oraz w ramach akcji: „Żółty tydzień”, „Nie bądź żółty po wakacjach – zaszczep się przed podróżą”, „Bezpieczeństwo zdrowotne dzieci i młodzieży podczas wakacji”.

Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, jako płatnik, sprawuje nadzór nad realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w zakresie wynikającym z treści umów zawartych z usługodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie medycyny szkolnej. W ramach swoich kompetencji i finansowych możliwości, w listopadzie 2005 r. podwyższono stawkę kapitacyjną w zakresie pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania do kwoty 28,92 zł rocznie (do października 2005 r. wynosiła ona 24,96 zł), która obowiązuje również w roku 2006. Od stycznia 2006 r. zwiększono również (o 10% w stosunku do roku 2005) ilość świadczeń oraz wycenę punktu rozliczeniowego w zakresie produktu leczenia dzieci do 18 r. ż.<sup>31</sup>

Miasto Kraków podejmuje szereg działań zmierzających do poprawy organizacji i funkcjonowania medycyny szkolnej w samorządowych placówkach oświatowo-wychowawczych. Zarządzenie Prezy-

30 na podstawie sprawozdania Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego z realizacji porozumienia z Gminą Kraków w 2005 r.

31 na podstawie informacji MOW NFZ w Krakowie

denta Miasta Nr 1088/2005 porządkuje i uszczegóławia zadania Wydziału Edukacji i Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa, a podpisane porozumienia z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym o współpracy, podkreślają wagę tego zagadnienia i zwracają uwagę na konieczność intensyfikacji i rozwoju wspólnych działań w tym zakresie. Wyniki prowadzonych badań ankietowych wskazują na konieczność zintensyfikowania działań w celu objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną, zwłaszcza lekarską i dentystyczną, jak największej populacji dzieci i młodzieży. Służyć temu ma również realizacja programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży, a dotyczących m. in. takich problemów jak wady postawy, próchnica zębów, astma i choroby alergiczne. Działania w tym zakresie również powinny być kontynuowane i rozszerzane na jak największą populację dzieci i młodzieży. Badania wskazują bowiem, że problemy te, a zwłaszcza wady postawy i próchnica zębów stanowią istotne problemy zdrowotne populacji dzieci i młodzieży.

## 6. Działania promujące zdrowie i zdrowy styl życia

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawą. Jego celem jest wyposażenie jednostek i grup w taki poziom wiedzy i umiejętności oraz w takie możliwości działania, aby mogły nie tylko reagować właściwie w sytuacjach zagrożenia zdrowia, ale także na co dzień przyjąć i realizować prozdrowotny styl życia.

W centrum uwagi promocji zdrowia leży zdrowie i wzmacnianie jego zasobów w całej populacji. Działania w ramach promocji zdrowia kierowane są w pierwszym rzędzie na osoby zdrowe, a następnie osoby narażone na zachorowania, a potem chore. Podstawowym obiektem oddziaływania promocji zdrowia są wszystkie czynniki, które odpowiadają za utrzymanie i wzmocnienie zdrowia. Promocja zdrowia jest i powinna być przedsięwzięciem angażującym różne środowiska, jednostki i społeczności, głównie spoza sektora ochrony zdrowia oraz stwarzać warunki dla szerokiego uczestnictwa społeczności lokalnych w działaniach dotyczących zarówno planowania, jak i wdrażania programów dla zdrowia.

Na promocję zdrowia składa się z jednej strony edukacja zdrowotna przygotowująca do działań na rzecz zdrowia (zorientowana na czynniki ryzyka), lub ukierunkowana na konkretną jednostkę chorobową, a z drugiej strony współpraca międzysektorowa – działania środowiskowe umożliwiające realizację założeń edukacyjnych w codziennym życiu. Podejście środowiskowe do promocji zdrowia potwierdza, że zmiany w postępowaniu ludzi są możliwe wyłącznie wtedy, kiedy zostaną zintegrowane z życiem codziennym i środowiskiem, w którym ludzie żyją, uczą się i pracują. Stąd rozwój sieci zdrowych miast, szkół promujących zdrowie, czy sieci szpitali promujących zdrowie.

Miasto Kraków co roku jest organizatorem lub współorganizatorem działań promujących zdrowy styl życia i upowszechniających działania na rzecz zdrowia. Te działania są zgodne z celami Narodowego Programu Zdrowia, a w szczególności z jego celem strategicznym: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”. Założenia promocji zdrowia Miasto Kraków realizuje m. in. poprzez:

- budowanie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających,

- rozwój umiejętności indywidualnych w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia,
- wzmacnianie działań społecznych,
- tworzenie warunków niezbędnych do utrzymania zdrowia,
- umożliwienie działań niezbędnych do rozwijania potencjału zdrowotnego.<sup>32</sup>

Kraków jest jednym z 45 miast w Polsce należących do Stowarzyszenia Zdrowych Miast Polskich (i jednym z czterech z terenu województwa małopolskiego), powstałego w oparciu o projekt WHO „Zdrowe Miasto”. Przystąpił do Stowarzyszenia w 1994 r. i realizuje jego priorytety, za które uznano profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia oraz nowotworowych (raka: piersi, szyjki macicy, płuc, stercza, jelita grubego, skóry), redukcję i zapobieganie uzależnieniom (od alkoholu, narkotyków, nikotyny, leków), problemy osób niepełnosprawnych, a także ochronę środowiska.

Stowarzyszenie wspiera swoich członków w ich wysiłkach na rzecz zdrowia społeczności lokalnych, organizuje spotkania problemowe, dając możliwość wymiany doświadczeń w zakresie realizacji działań, szkolenia dla koordynatorów lokalnych oraz pracowników opieki zdrowotnej. Od 1994 roku organizowane są dla miast członkowskich konkursy na najciekawsze i najbardziej wartościowe programy, w których Kraków również uczestniczy.<sup>33</sup>

Innym obszarem działania w zakresie promocji zdrowia jest sieć szpitali promujących zdrowie. Idea szpitala jako miejsca, w którym promocja zdrowia może i powinna być rozwijana pojawiła się pod koniec lat 70-tych w Deklaracji Światowej Organizacji Zdrowia. W 1988 roku powstał projekt „Szpitala Promującego Zdrowie” w celu włączenia koncepcji, wartości i standardów promocji zdrowia w organizacyjną strukturę i kulturę szpitala. Warunkiem uzyskania statusu Szpitala Promującego Zdrowie jest: włączenie zespołu promocji zdrowia w strukturę szpitala, prowadzenie edukacji zdrowotnej, podejmowanie działań na temat zdrowego żywienia, prowadzenie działań antynikotynowych i antyalkoholowych oraz współpraca ze środowiskiem lokalnym.

32 materiały konferencyjne „Ochrona zdrowia w wielkich miastach. Profilaktyka zdrowotna, planowanie zdrowotne”, 20-21.10.2003 r., Kraków

33 szczegóły na temat działań Krakowa w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich w części dotyczącej ponadregionalnych programów prozdrowotnych

Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie (SPZ) powstała na początku 1992 roku z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ) w Warszawie. W ślad za tymi wydarzeniami zaczęto tworzyć regionalne sieci szpitali promujących zdrowie, w tym Małopolską Regionalną Sieć Szpitali Promujących Zdrowie. Do Małopolskiej Sieci należą również szpitale, dla których organem założycielskim jest miasto Kraków: Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza oraz SPZOZ Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego, które realizują założenia szpitala promującego zdrowie zarówno pacjentów, jak i pracowników. Działania na rzecz promocji zdrowia obu tych jednostek polegają przede wszystkim na realizacji programów profilaktycznych i prozdrowotnych, organizowaniu akcji profilaktycznych np. „białe niedziele” lub „białe soboty” oraz prowadzeniu edukacji pacjentów objętych programami.

Szpital im. G. Narutowicza od 29 października 2001 r. należy również do Krajowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a od 3 marca 2003 r. do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia. Jednym z wielu przykładów działań Szpitala w zakresie promocji zdrowia jest realizacja programu: „Szpital wolny od dymu tytoniowego”. W październiku 2003 r. wdrożono pilotażowo w Oddziale Neurologii Szpitala standard edukacji zdrowotnej w zakresie zwalczania nikotynizmu, a jego celem jest wdrażanie różnych form i metod walki z nikotynizmem, zarówno w środowisku pracowników, jak i względem pacjentów. Standard powstał w Dziale Promocji Zdrowia i Marketingu Szpitala.

Ponadto w Szpitalu im. G. Narutowicza w latach 2004-2005 realizowane były, dotowane przez miasto Kraków, cztery programy profilaktyczne:

1. program profilaktyki badań dla wczesnego wykrywania raka szyjki macicy u kobiet po 30. r. ż.,
2. program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 r. ż. – II etap,
3. program profilaktyki badań dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II etap,
4. program profilaktyki wtórnego udaru mózgu – II etap.

Innym przykładem działań prowadzonych w Krakowie w ramach działań promujących zdrowie jest rozwój sieci szkół promujących zdrowie. Koncepcja szkoły promującej zdrowie powstała w Europie w połowie lat osiemdziesiątych. Polska przystąpiła do projektu w 1992 r. Rozpoczęto

wówczas realizację projektu w 14 szkołach podstawowych. Szkoła promująca zdrowie to siedlisko, w którym członkowie społeczności szkolnej – pracownicy i uczniowie podejmują starania, aby poprawić swoje samopoczucie i zdrowie, uczą się jak zdrowiej żyć i jak tworzyć zdrowe środowisko oraz zachęcają ludzi w swoim otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych starań. Zgodnie z założeniami Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, której Polska jest członkiem, nadrzędnym celem szkoły promującej zdrowie jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej. W województwie małopolskim również funkcjonuje i rozwija się sieć szkół promujących zdrowie, co roku wzbogacając się o nowych członków. Jej działania na terenie Małopolski koordynuje Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie. Na koniec 2005 r. do Małopolskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie zgłoszonych było 221 placówek z Małopolski, w tym 40 z terenu Krakowa. 122 placówki legitymują się certyfikatem, w tym 16 z Krakowa. W 2005 r. przyznano certyfikaty 32 placówkom z Małopolski w tym 3 z Krakowa.

W szkołach promujących zdrowie prowadzone są szeroko zakrojone działania w zakresie promocji zdrowia dostosowane do potrzeb i oczekiwań społeczności szkolnej, skierowane zarówno do uczniów, nauczycieli, jak i rodziców. Przykładem takich działań prowadzonych w 2005 r. mogą być:

- programy edukacji zdrowotnej: „Moje zdrowie”, „Promujemy zdrowie”, „Szkoła zdrowa i bezpieczna” dotyczące kształtowania postaw prozdrowotnych, przygotowania do samodzielnego wyboru zachowań własnych dla utrzymania zdrowia i podnoszenia jego poziomu, pokazujące zalety ruchu, zdrowego odżywiania, dbania o zdrowie, czy bezpieczeństwa,
- pogadanki na lekcjach wychowawczych np.: „Co to znaczy być zdrowy”, „Od próbowania do uzależnienia”, „Jak atrakcyjnie i zdrowo spędzać wolny czas”, „W zdrowym ciele zdrowy duch”, „Dlaczego młodzi ludzie zaczynają palić?”, „Radzimy sobie ze stresem”,
- organizacja festynów osiedlowych np. „Żyj zdrowo i bezpiecznie”, w organizację którego włączyła się społeczność szkolna, Rada Dzielnicy XV, straż Miejska, Policja, Straż Pożarna,
- międzyszkolne konkursy promocji zdrowia – organizowane w celu promocji zdrowia i bezpiecznych zachowań, uczące dzieci troski o własne zdrowie oraz ostrożności i umiejętności

radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia, np. konkurs organizowany przez SP Nr 89, w którym brały udział zespoły z 10 innych szkół podstawowych, a uczestnicy musieli się wykazać wiedzą i umiejętnościami z tematów: dziecko na drodze, w zdrowym ciele zdrowy duch, bezpiecznie w domu i na osiedlu, ostrożnie z ogniem,

- szkolenia dla rodziców, nauczycieli i wychowawców: „Zasady postępowania z dzieckiem z ADHD”, „Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci”, „Trening umiejętności wychowawczych”, „Procedury postępowania w sytuacji zagrożenia dzieci i młodzieży demoralizacją”.

Szeroki zakres działań prozdrowotnych realizowany był w 2005 r. również w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocności Młodzieży. Obejmowały one m. in.:

- organizację imprez sportowych i rekreacyjnych,
- realizację programów rozwoju i upowszechniania kultury fizycznej,
- rozwój i poprawę funkcjonowania bazy sportowo-rekreacyjnej,
- współpracę różnych instytucji w celu opracowywania i wdrażania programów promocji zdrowia i edukacyjno-informacyjnych,
- opracowywanie i wydawanie materiałów edukacyjno-informacyjnych promujących właściwe wzorce postępowania młodzieży,
- upowszechnianie wiedzy w mediach.

Adresatami tych aktywności były głównie dzieci i młodzież. Mniejszy wachlarz propozycji skierowany był do starszej populacji mieszkańców Krakowa.

Z szeregu bogatej oferty działań w zakresie promocji zdrowia podkreślić należy kontynuację corocznej lipcowej imprezy „JULIADA”, gromadzącej w różnych punktach miasta (w tym również na Rynku Głównym) dzieci i młodzież odnajdujące w sporcie i aktywności fizycznej sposób na nudę, rozwój, realizację własnych ambicji, czy ucieczkę od zagrożeń typu uzależnienia, organizację „X Chrześcijańskich Dni Żaka”, „Krakowskich Dni Rodziny”, czy Dnia Dziecka gromadzących na wspólnych imprezach, konkursach, grach i zawodach całe rodziny.

Promocję właściwych wzorców zachowań dzieci i młodzieży, życia bez nałogów, alternatywnych form zagospodarowania wolnego czasu podejmowano również w wydawnictwach i materiałach



informacyjno-edukacyjnych: książkach, broszurach, czasopismach, poradnikach, plakatach M.in.: w 2005 r. ukazała się III edycja „Poradnika Młodego Krakusa”, publikacja „Między domem a ulicą. Wokół problemów wychowania w dobie globalizacji i kultury masowej”, kolejne wydania magazynu dla młodzieży „Śmigło”, plakaty: „Młodzież przeciw przemocy” i „Krakowska Akademia Samorządności”, uaktualniony informator „Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia – Zdrowy Kraków 2004-2006”.

Pod patronatem Prezydenta Miasta Krakowa odbyło się w 2005 r. szereg imprez z zakresu promocji zdrowia w tym m. in.:

- IV Ogólnopolski „Tydzień mukowiscydozy” organizowany z „Fundacją Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę MATIO”,
- kolejne edycje „Magistrackich Lekcji Zdrowia” kierowanych do młodzieży szkolnej,
- III Krakowskie Dni Zdrowia – „Biała Sobota” – na Rynku w Krakowie, podczas których lekarze, pielęgniarki i technicy EKG ze Szpitala im. Narutowicza, Szpitala im. Żeromskiego oraz wybranych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej wykonywali bezpłatne badania, udzielali porad specjalistycznych oraz prowadzili edukację z zakresu cukrzycy i nadciśnienia. W ramach „Krakowskich Dni Zdrowia” odbyła się również konferencja dotycząca profilaktyki i promocji zdrowia pt. „Integracja instytucji w programach zdrowotnych (23-24.09.2005 r.),
- obchody „Światowego Dnia Serca” na Rynku w Krakowie organizowane wraz z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym.
- marsz Amazonek pt. „Rak wczesne wykrycie – zwiększa szansę na życie” – organizowany wraz z Krakowskim Towarzystwem „Amazonki”,
- konferencja „Choroby krwi” organizowana z Fundacją Urszuli Smok „Podaruj Życie” Rejestr Dawców Szpiku Kostnego.

W latach 2003 i 2004 kalendarz tego typu imprez obejmował, podobnie jak w roku 2005, m. in.: organizację „Tygodnia mukowiscydozy”, „Krakowskich Dni Zdrowia – Biała Sobota”, „Światowego Dnia Serca” oraz akcję na temat profilaktyki onkologicznej skierowaną głównie do kobiet pod hasłem „Rak wczesne wykrycie – zwiększa szansę na życie”(18.10.2003 r.), „Festiwal Piątka” – akcję promującą ideę dawstwa szpiku kostnego (2003 r.), II Spotkania

Otwarte „Unicorn 2003 – Żyj z chorobą nowotworową” (2003 r.), organizację ogólnopolskiej konferencji „Ochrona zdrowia w wielkich miastach. Profilaktyka zdrowotna, planowanie zdrowotne” (20-21.10.2003 r.).

Przykłady wielu cennych inicjatyw w zakresie promocji zdrowego, aktywnego stylu życia, wolnego od nałogów realizowanych w Krakowie w 2005 r. można mnożyć, pamiętając jednocześnie o działaniach w tym zakresie podejmowanych przez poszczególne Dzielnice, placówki oświatowo-wychowawcze, organizacje pozarządowe, zakłady pracy itp. Podkreślić należy różnorodność podejmowanych działań (szkolenia, konferencje, imprezy sportowo-rekreacyjne, wydawnictwa, programy edukacyjne, strony internetowe) oraz rozwijającą się współpracę w tym zakresie pomiędzy różnymi podmiotami – lokalnymi instytucjami i organizacjami reprezentującymi różne sektory. Ta współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia powinna być w dalszym ciągu rozwijana i wzmacniana. Należy również zintensyfikować działania informacyjne i promocyjne, z wykorzystaniem mediów elektronicznych, prasy, radia i telewizji, w celu upowszechniania wiedzy na temat zdrowia, sposobów wzmacniania jego potencjału, realizowanych działań prozdrowotnych.

Inicjatywy w zakresie promocji zdrowia, podejmowane w roku 2005 były, w znacznej części, kontynuacją tych, rozpoczętych w latach poprzednich, znanych już mieszkańcom Krakowa, i w których z roku na rok coraz chętniej uczestniczą. Każdy rok przynosi jednak też działania jednorazowe, akcyjne, powstające na bazie pomysłowości i aktywności ludzi i instytucji oraz wynikające z aktualnych potrzeb i oczekiwań społeczności lokalnych. Trudno zatem dokonywać jakichkolwiek porównań dotyczących realizacji tych działań na przestrzeni kilku lat.

## 6A. Miejski Program Przeciwdziałania Przemocy Młodzieży – główne zadania realizowane w latach 2000-2005

Od roku 2000 realizowany jest w Krakowie Miejski Program Przeciwdziałania Przemocy Młodzieży (w ramach Programu Poprawy Bezpieczeństwa dla Miasta Krakowa pn. „Bezpieczny Kraków”) o charakterze profilaktycznym i badawczym.<sup>34</sup> Jego celem jest redukcja czynników mających wpływ na wzrost przestępczości wśród młodzieży oraz wzmacnianie czynników chroniących środowiska młodzieżowe przed przyjmowaniem postaw społecznych i demoralizacją. Powstał jako odpowiedź na narastające problemy związane z przestępczością młodzieży.

Program zakłada podejmowanie szeroko zakrojonych działań w obszarach wyjątkowo istotnych dla przeciwdziałania przestępczości młodzieży jak m. in.: rozwój współpracy i pozyskiwanie partnerów do działań, wymiana informacji, projektów i doświadczeń, gromadzenie danych na temat aktualnej sytuacji z zakresu problematyki młodzieżowej (zlecenie badań i sondaży), monitoring zjawisk społecznych, kształcenie pedagogów i wychowawców, rozwój i poprawa jakości oferty pomocy środowiskowej realizowanej przez placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego i inne środowiska wychowawcze, inicjowanie i rozwój nowych form pracy z młodzieżą poprzez uaktywnianie rówieśniczych grup wsparcia oraz przygotowywanie do pracy wychowawców środowiskowych tzw. „streetworkerów”, współdziałanie z organami porządku publicznego (Policja, Straż Miejska, Sądy) w zakresie działań prewencyjnych, upowszechnianie sportu, rekreacji, turystyki i bezpiecznej rozrywki poprzez udostępnienie istniejących i budowę nowych obiektów sportowych i rekreacyjnych oraz organizowanie i promocję różnego typu zdarzeń sportowych i rozrywkowych, organizowanie konferencji, sympozjów, warsztatów i spotkań dla środowisk pracujących z młodzieżą, poświęconych szeroko rozumianej problematyce młodzieżowej, w tym w szczególności zagadnieniom profilaktyki uzależnień i przestępczości oraz zwalczaniu patologii społecznej.

Jednym z istotniejszych elementów realizacji programu jest rozwój rzetelnej

<sup>34</sup> na podstawie danych zawartych na stronie internetowej [www.mpppm.pl](http://www.mpppm.pl)

i wielopłaszczyznowej współpracy różnych podmiotów reprezentujących samorząd, organizacje pozarządowe, instytucje edukacyjne i opiekuńczo-wychowawcze, Kościół, środowiska naukowe oraz organy porządku publicznego. Obecność tych podmiotów w realizacji programu jest gwarantem jego skuteczności, zwłaszcza w obszarze działań prewencyjnych skierowanych do młodzieży.

W latach 2000-2005 w ramach realizacji Programu podejmowano szereg inicjatyw zmierzających do przeciwdziałania przestępczości młodzieży o różnym charakterze i różnym zasięgu. Poniżej zaprezentowano wykaz najważniejszych działań podejmowanych w tym zakresie w poszczególnych latach.

W roku 2005 podejmowano działania m. in. w zakresie:

- organizacji Krakowskich Dni Rodziny (maj) na Błoniach, w czasie których odbywały się liczne imprezy, konkursy, gry, zabawy i rodzinne zawody sportowe. Dodatkowymi atrakcjami były m.in.: park zabaw dla dzieci, wesołe miasteczko, bezpłatne badania lekarskie;
  - w trakcie obchodów X Chrześcijańskich Dni Żaka (maj) pod hasłem „Młodzież przeciw przemocy” zorganizowano koncert na Rynku Głównym, którego motywem przewodnim były słowa piosenki zespołu Budzik „Nie 7, lecz 77” – Młodzi przeciwko przemocy”;
  - w lipcu zorganizowano masową imprezę rekreacyjno-sportową pn. „JULIADA 2005”, realizowana jako cykl imprez w kilkunastu punktach miasta. Od 1999 r. impreza ta wpisała się na stałe w kalendarz imprez w Krakowie i cieszy się coraz większym zainteresowaniem wśród młodzieży oraz ich rodzin;
  - na przełomie kwietnia i maja zorganizowana została akcja pn.: „Mnie to nie bierze”, adresowana do młodzieży i jej opiekunów (nauczycieli i rodziców). Podczas trwania akcji na łamach Gazety Krakowskiej ukazywały się liczne artykuły oraz konkursy dla młodzieży. Głównym celem przedsięwzięcia było przedstawienie i uświadomienie zagrożeń związanych z takimi nałogami, jak alkoholizm i narkomania. W ostatnim dniu akcji ukazało się specjalne wydanie Gazety, zawierające dodatek poświęcony tematyce związanej z profilaktyką uzależnień oraz propozycje alternatywnych form zagospodarowania czasu wolnego;
  - rozpoczęto współpracę i zorganizowano spotkanie z przedstawicielami GPAS – Group de Pedagogie et d’Animation Sociale – organizacją pozarządową, działającą we Francji od 1980 r., koncentrującą się na walce z marginalizacją ekonomiczną, socjalną, kulturalną oraz geograficzną dzieci. Działalność GPAS skupiona jest na tematyce „dzieci ulicy” – dzieci, dla których ulica jest miejscem, które kształtuje ich osobowość i tożsamość;
  - podjęto działania w celu realizacji programu pilotażowego Parasol-Planty, który ma na celu m.in. zdiagnozowanie problemu prostytucji nieletnich w Krakowie i jest finansowany przede wszystkim przez Groupe de Pedagogie et d’Animation Sociale;
  - przygotowano akcję zachęcającą mieszkańców Krakowa do wpłacenia 1% podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego, co skutkowało zwiększeniem możliwości ich działania, a w związku z tym i większymi możliwościami zagospodarowania czasu wolnego dzieciom i młodzieży;
  - kontynuowano, nawiązaną w 2003 r., współpracę z przedstawicielami władz samorządowych Lipska i organizacji pozarządowych w celu realizacji projektu „streetworker” oraz realizowano program „Rakowicka 10”, we współpracy ze Stowarzyszeniem Centrum Edukacji i Profilaktyki Społecznej „Parasol” inicjujący nową formę pracy z młodzieżą poprzez wdrożenie pedagogów ulicznych do pracy w terenie tzw. „streetworkerów”;
  - w ramach projektu DEMOS kontynuowano współpracę z miastami biorącymi udział w realizacji projektu w celu wymiany wiedzy i doświadczeń oraz opisów „dobrych praktyk”;
  - wydano drukiem, w ilości 1000 sztuk, interdyscyplinarną książkę pt. „Między domem a ulicą. Wokół problemów w dobie globalizacji i kultury masowej”;
  - wydrukowano 9 numerów magazynu dla młodzieży gimnazjalnej „Śmigło” w ilości 3 500 sztuk oraz koordynowano działalność sieci klubów tego magazynu w krakowskich gimnazjach, jako forum dla młodych ludzi przedyskutowania interesujących tematów i przekazania własnych pomysłów – w 2005r. odbyło się w Magistracie 6 spotkań klubowych;
  - wydrukowano 10 tys. egzemplarzy „Poradnika Młodego Krakusa”, który otrzymuje każdy 18-latek odbierający dowód osobisty (trzecia edycja) – jego zadaniem jest informowanie kto może pomóc w trudnych sytuacjach i gdzie szukać potrzebnych informacji;
  - we współpracy ze Stowarzyszeniem „U Siemachy” zorganizowano wakacyjny kurs języka angielskiego dla niezamożnej młodzieży gimnazjalnej;
  - we wrześniu rozpoczęto realizację projektu utworzenia Krakowskiej Akademii Samorządności, inicjowanego i współtworzonego przez młodzież. Jej działania zainaugurował, ogłoszony we wrześniu, Konkurs Samorządów Szkół Gimnazjalnych Krakowa planowany jako inicjatywa cykliczna, która ma wyzwać aktywność oraz stwarzać młodym ludziom szansę na praktyczną edukację;
  - przygotowano i sfinansowano druk materiałów dydaktycznych do szkoleń prowadzonych przez Policyjny Zespół Prewencji Aktywnej w krakowskich szkołach i przedszkolach;
  - prowadzono i uaktualniano witryny internetowe m. in. [www.mpppm.pl](http://www.mpppm.pl), [www.mlodziez.info](http://www.mlodziez.info)
- W 2005 r. na realizację MPPPM poniesiono wydatki w wysokości 249 723,07 zł.<sup>35</sup>
- W 2004 r., we współpracy z Unią Metropolii Polskich, zorganizowano konferencję pn.: „Trzy żywioły, czyli co zagraża młodym. Integralna profilaktyka uzależnień”, poświęconą zagadnieniom profilaktyki uzależnień, przestępczości i zwalczaniu patologii społecznej. Punktem wyjścia do dyskusji nt. alkoholu, narkotyków i popkultury „obrazkowej” w życiu polskiej młodzieży była premiera multimedialnej prezentacji pod tytułem „Trzy Żywioły”. Prezentowano także wyniki krakowskich badań dotyczących uzależnień wśród dzieci i młodzieży oraz doświadczenia innych samorządów lokalnych w obszarze działań profilaktycznych. Ponadto zorganizowano:
- we współpracy z Wyższą Szkołą Filozoficzno-Pedagogiczną „IGNATIUM” w Krakowie (wrzesień), w ramach IV Światowego Dnia FAS – Fetal Alcohol Syndrome (Zespół Alkoholowy Płodu), konferencję naukową, na której przedstawiono wyniki badań dotyczących wiedzy kobiet ciężarnych na temat ryzyka związanego z piciem alkoholu w czasie ciąży oraz FAS;
  - (w lipcu) masową imprezę rekreacyjno-sportową pn. „JULIADA” kierowaną do młodych krakowian pozostających w mieście podczas wakacji. Była to szósta edycja imprezy. Wzorem lat

35 na podstawie informacji zawartych w Sprawozdaniu z realizacji Programu Poprawy Bezpieczeństwa „Bezpieczny Kraków” za rok 2005, UMK



- ubiegłych hasłem przewodnim imprezy było: „Młodzież przeciw przemocy”. Strategicznym partnerem imprezy było Centrum Handlowe „M1”. Dzięki temu kolejna edycja imprezy mogła odbywać się nie przez 2 dni, jak dotychczas, lecz trzy tygodnie. Przez ten okres do dyspozycji młodzieży oddano bezpłatnie skate park i boiska do koszykówki;
  - imprezę rekreacyjno-sportową z okazji Dnia Dziecka dla wychowanków dziennych ośrodków socjoterapii;
  - warsztaty przeznaczone dla praktyków pracujących z młodzieżą w placówkach wsparcia dziennego, podczas których zostały omówione i przeanalizowane wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych wśród krakowskiej młodzieży przez pracowników Instytutu Socjologii UJ;
  - konferencję „Czyja jest socjoterapia? Wychowanie w otwartych środowiskach młodzieżowych”, której celem było zainicjowanie debaty nad aktami wykonawczymi do ustawy o specjalistycznych placówkach wsparcia dziennego, jako nowej formule przeciwdziałania przestępczości młodzieży w środowisku miejskim;
  - konferencję nt. leczenia choroby narkotykowej (wraz z MONAR-em), w której uczestniczyli pracownicy służby więziennej, aresztów śledczych, Collegium Medicum UJ, uczestnicy programu metadonowego oraz przedstawiciele UMK i MONAR Kraków;
  - krakowskie eliminacje do I Festiwalu Filmów Krótkometrażowych i Prezentacji Multimedialnych „STOP”, którego ideą było wspieranie młodych twórców, których działania artystyczne mają na celu promocję zdrowego stylu życia, życia bez uzależnień, życia twórczego i aktywnego.
- W ramach działalności edukacyjno-informacyjno-wydawniczej:
- opracowano i wydano II edycję poradnika dla młodego obywatela pt.: „Poradnik Młodego Krakusa”, a całość publikacji umieszczono na stronie internetowej: [www.mlodziex.info](http://www.mlodziex.info);
  - opracowano i wyprodukowano film reklamowy pt. „Cracow Trusts Young People” („Kraków ufa młodym”), który otrzymał główną nagrodę w konkursie zorganizowanym przez Stowarzyszenie Eurocities Award 2004. Organizacja skupiająca największe metropolie europejskie oceniała krótkie filmy reklamowe, prezentujące miejską politykę społeczną oraz działania na rzecz

- zwiększania obywatelskiego zaangażowania mieszkańców w życie miasta;
  - wyprodukowano film dokumentalny pt. „ULICA”, dotyczący wychowania młodzieży w ośrodkach socjoterapii w trzech wersjach językowych, polskiej, niemieckiej i angielskiej, który prezentowany był w trakcie konferencji organizowanych przez MPPPM;
  - wydano opracowanie pn.: „Czyja jest socjoterapia? Wychowanie w otwartym środowisku młodzieżowym”, stanowiące vademecum działalności placówki socjoterapeutycznej.
- W czerwcu kończył się trzyletni Europejski program DEMOS i na Konferencji Miast Europejskich w Edynburgu podsumowano działalność miast europejskich, uczestników Projektu. Reprezentanci Krakowa przedstawili swoje osiągnięcia, prowadząc zajęcia z uczestnikami konferencji w formie warsztatowej oraz prezentując film dokumentalny.

W ramach pomocy środowiskowej dla Nowej Huty utworzony został, pierwszy w tej dzielnicy, Dzienny Ośrodek Socjoterapii, na os. Górali 19. Wychowankowie ośrodka to około 150 dzieci z terenu całej Nowej Huty. Powstanie ośrodka poprzedziły badania socjologiczne mające na celu określenie zakresu i specyfiki potrzeb środowiska. W październiku podsumowano wyniki przeprowadzonych, socjologicznych badań porównawczych dotyczących młodzieży gimnazjalnej z terenu Nowej Huty oraz z placówek wsparcia dziennego. Badania wykonał Instytut Socjologii UJ, jako partner naukowy Projektu DEMOS.

Na realizację działań w 2004 r. przeznaczono środki w wysokości 283 317,51 zł.

W 2003 r., podobnie jak i w innych latach, podejmowano działania będące kontynuacją rozpoczętych w roku poprzednim oraz realizowano nowe inicjatywy i aktywności m. in.: zorganizowano:

- tradycyjnie w drugi weekend lipca, cykliczną imprezę sportowo-rekreacyjną pn. „JULIADA” – zawody w koszykówce ulicznej na Rynku Głównym. Impreza propagująca aktywność sportową przebiegała pod hasłem „Młodzież przeciw przemocy”, a organizatorom towarzyszyło przekonanie o potrzebie promocji sportu masowego i rozwoju „bezpiecznych zainteresowań” wśród młodzieży, które są w istotny sposób wpływać na redukcję zjawiska przestępczości. Proponowane przez organizatorów JULIADY dyscypliny, nie wymagające dużych nakładów finansowych i organizacyjnych, stają się popularne w krakowskich „blokawkach”;

- imprezę rekreacyjno-sportową pn. „Największy Dzień Dziecka w Unii Europejskiej”. Na młodych uczestników zabawy czekało na murawie Błóń wiele konkursów i rozgrywek sportowych – udział wzięło około 2 500 uczestników;
  - konferencję „Forum Nowa Huta” (wraz z projektem DEMOS) dla przedstawicieli wszystkich środowisk związanych z Nową Hutą. Celem konferencji było: przedstawienie wyników badań „Gimnazjaliści w Nowej Hucie” przeprowadzonych w czerwcu przez Instytut Socjologii UJ w ramach projektu Demos oraz badań nt. uzależnień przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w ramach realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, debata na temat sytuacji społecznej oraz możliwości przeciwdziałania skutkom głębokich zmian socjoekonomicznych w Nowej Hucie z udziałem wszystkich zaproszonych środowisk oraz prezentacja podejmowanych inicjatyw (wymiana „dobrych praktyk”);
  - (maj) konferencję „Dziecko pod parasolem prawa” poświęconą doskonaleniu procedur interwencji prawnej w przypadkach przestępstw wobec dzieci – ofiar przemocy;
  - w kwietniu, we współpracy z Komendantem Małopolskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczego Hufca Pracy w Krakowie w Urzędzie Miasta Krakowa Targi Pracy pt. „Unia Europejska – Szansa – Młodzież” dla uczniów szkół średnich, studentów uczelni krakowskich i młodzieży bezrobotnej.
- W dniach 15-17 maja 2003 r. – Miejski Program Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży wystąpił jako współorganizator V Międzynarodowej Konferencji: DEMOS. Projekt jest realizowany przez osiem miast europejskich (Antwerpia, Solingen, Chios, Turku, Utrecht, Edynburg, Aberdeen i Kraków) i ma służyć zwiększeniu udziału społecznego w zarządzaniu miastem i rozwiązywaniu problemów mieszkańców. Miasto Kraków uczestniczy w projekcie od 2002 roku. Podczas konferencji reprezentantom miast europejskich został przedstawiony krakowski wkład do projektu – badania socjologiczne w Nowej Hucie i strony internetowe dla młodzieży, a jako przykłady inicjatyw i aktywności obywatelskich poradnik pt. „Wstyd Nie Wiedzieć – Księga Wejścia Młodego Krakusa” i gazetka dla gimnazjalistów, oba dzieła zrealizowane dla młodzieży przez grupy rówieśników.

Ponadto w styczniu 2003 r. opracowano, we współpracy z niemieckim miastem Lipsk, projekt szkolenia wychowawców ulicznych.

Rok 2002, podobnie jak następne obfitował również w działania na rzecz zapobiegania przestępczości wśród dzieci i młodzieży. Należały do nich m. in.:

- organizacja: otwartej dla dzieci krakowskich mikołajkowej imprezy sportowej połączonej z nauką jazdy na motorach czterokołowych, „JULIADY 2002” cyklicznej imprezy rekreacyjno-sportowej organizowanej od 2000 r. (wzrastająca z roku na rok popularność tej imprezy wśród młodzieży spowodowała, że do eliminacji w rozgrywkach koszykówki ulicznej przystąpiło ponad 120 drużyn reprezentujących szkoły, osiedla i grupy koleżeńskie), (czerwiec) koncertu edukacyjnego dla młodzieży krakowskiej w hali Wisły pn. „Zawsze życie” (wspólnie ze słuchaczami Policealnej Szkoły Pracowników Służb Socjalnych), połączonego z prezentacją krakowskich instytucji pomocowych, imprezy rekreacyjnej pn. „Latające marzenia” z okazji „Dnia Dziecka” dla wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych, która odbyła się na lotnisku Aeroklubu Krakowskiego (główną atrakcją imprezy był przelot samolotem każdego z 650 uczestników imprezy), spotkania informacyjno-promocyjnego przedstawicieli środowisk pracujących na rzecz młodzieży pn. „Młodzież multimedialnie” wraz z pokazem prezentacji „Stawanie” będącej punktem wyjścia do dyskusji o sytuacji młodego pokolenia;

- opracowanie i wydanie na płytach CD (maj) prezentacji multimedialnej pn. „Stawanie” – dotyczącej problemów związanych z dorastaniem młodego człowieka i próbą wskazania sposobów ich rozwiązania;

- otwarcie dwóch nowych dziennych ośrodków socjoterapii (1 luty) – przy ul. Konopnickiej 19 i przy ul. Na Kozłowiec 25. Zarząd i Rada Miasta Krakowa zdecydowały o przeznaczeniu dwóch obiektów miejskich na placówki środowiskowe i przyznały fundusze na ich adaptację i podstawowe wyposażenie. W ośrodkach prowadzonych przez Centrum Młodzieży „U Siemachy” znalazło opiekę 400 wychowanków.

W roku 2001 zrealizowano następujące działania:

- zainaugurowano: działania Policyjnego Zespołu Prewencji Aktywnej MPPPM, utworzonego przy Sekcji ds. Nieletnich i Patologii Miejskiej Komendy Po-

licji do pracy profilaktycznej w środowiskach młodzieżowych (wrzesień), kampanię plakatową skierowaną przeciw przemocy i uzależnieniom – plakaty o tytułach „Ludzka głowa jest krucha jak jajko” i „Jeden człowiek – jedno życie” eksponowane były na wiatach przystanków tramwajowych, funkcjonowanie witryny internetowej dla młodzieży – [www.mlodziez.krakow.pl](http://www.mlodziez.krakow.pl), program szkoleniowo-warsztatowy dla pedagogów szkolnych ze szkół podstawowych w Krakowie – cykliczne comiesięczne spotkania;

- zorganizowano: konferencję dla placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego pn. „Niechroniony czas młodych ludzi”, mającą na celu zbilansowanie potencjału krakowskich placówek opiekuńczo-wychowawczych i wypromowanie działalności środowiskowej na rzecz dzieci i młodzieży, warsztaty muzyczne „Bandwatch” dla młodzieżowych nieprofesjonalnych zespołów muzycznych wraz z trzema koncertami towarzyszącymi, rajd rowerowy po Europie – wspólne przedsięwzięcie młodzieży polskiej i amerykańskiej, tysiąc mil po Europie w ciągu 18 dni, imprezę sportowo-rekreacyjną pn. „JULIADA 2001”, przebiegającą pod hasłem „Młodzież przeciw przemocy”, promującą masowy sport i rozwój „bezpiecznych zainteresowań” wśród młodzieży, dwutygodniowy wakacyjny kurs języka angielskiego dla gimnazjalistów pozostających w okresie wakacji w mieście oraz artystyczno-sportową imprezę z okazji Dnia Dziecka pod nazwą „Dzień Tysiąca Dzieci” zorganizowaną w „Atomic” – Świat Rozrywki, inaugurującą działalność Międzyszkolnej Ligi Bowlingowej i regularne współzawodnictwo drużyn gimnazjalnych.

Rok 2000 to pierwszy rok funkcjonowania programu oraz początek działań mających na celu wzmocnienie roli pedagoga szkolnego – warsztatowe szkolenia dla pedagogów gimnazjalnych z zakresu komunikacji społecznej prowadził Paul Fenech – dyrektor Centrum Języków Obcych i Komunikacji Społecznej w St. Julian na Malcie. W roku tym m. in.:

- zorganizowano konkurs dla pedagogów gimnazjalnych na autorski program z zakresu profilaktyki uzależnień – realizowany z grupą uczniów podczas wakacji;
- opracowano badania ankietowe na temat spędzania wolnego czasu przez młodzież gimnazjalną, a następnie przeprowadzono te badania we wszystkich gimnazjach krakowskich (czerwiec),

- opracowano socjo-społeczną analizę sytuacji występującej na rynku branży alkoholowej, z uwzględnieniem ograniczenia sprzedaży alkoholu nieletnim i przedstawiono dokument w Sejmowej Komisji Zdrowia podczas posiedzenia Podkomisji Nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego i poselskich projektów ustaw o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (listopad);

- zorganizowano: dwutygodniowy kurs języka angielskiego dla gimnazjalistów – w ramach oferty wakacyjnej dla dzieci pozostających w mieście, imprezę sportowo-rekreacyjną pn. „JULIADA 2000”, turnus wakacyjny w Zakopanym dla gimnazjalistów, na którym pedagodzy realizowali autorski program z zakresu profilaktyki uzależnień z wybraną grupą wychowanków, I Krakowską Konferencję Pedagogów Gimnazjalnych na temat roli pedagoga w gimnazjum i różnych aspektów jego pracy, w kontekście eliminowania zagrożeń dotyczących środowiska młodzieży gimnazjalnej.

W listopadzie tego roku opublikowano raport z badań ilościowych „Mój wolny czas” przygotowany w oparciu o badania ankietowe krakowskich gimnazjalistów na temat spędzania wolnego czasu, a w grudniu utworzono Policyjny Zespół Prewencji Aktywnej – nową formę pracy prewencyjnej policji oraz dokonano zakupu samochodu, który ma służyć do pracy Zespołu działającego wyłącznie w środowiskach młodzieżowych.

## 7. Programy prozdrowotne i profilaktyczne realizowane w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” w latach 2000-2005

Od kilku lat Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania najbardziej optymalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa. Programy opracowywane są w oparciu o opinie merytoryczne konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny. Programy realizują jednostki ochrony zdrowia w Krakowie, które swoją bazą kadrową i materialną, doświadczeniem oraz możliwościami spełniają niezbędne kryteria do realizacji programów profilaktycznych. W latach 2000-2003 oferta programów profilaktycznych przygotowywana była w ramach opracowywanego corocznie Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”, a od 2004 r. w formie wieloletniego programu „Zdrowy Kraków 2004-2006” przyjętego do realizacji w grudniu 2003 r.

Corocznie Miasto prowadzi także akcję edukacyjno-informacyjną dotyczącą realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia. Miasto Kraków, przyjmując do realizacji programy profilaktyczne określa jednocześnie środki finansowe przeznaczone na Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia w danym roku. Ich wysokość od 2000 r. wzrosła prawie 2,5-krotnie, a od 2002 r. utrzymuje się na zbliżonym poziomie, i w poszczególnych latach wynosiła<sup>36</sup>:

- w roku 2000 – 837.000 zł,
- w roku 2001 – 1.293.609 zł,
- w roku 2002 – 2.373.163 zł (w tym 133.344 z GFOŚiGW),
- w roku 2003 – 2.230.000 zł (w tym 150.000 z GFOŚiGW),
- w roku 2004 – 2.246.999,70 zł (w tym 150.000 z GFOŚiGW),
- w roku 2005 – 2.272.006,70 zł (w tym 150.000 z GFOŚiGW).

Od roku 2002 kwota wydatkowana przez Miasto na realizację programów profilaktycznych dla mieszkańców Krakowa była uzupełniana przez środki pochodzące z Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej przeznaczone na finansowanie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, w tym

w zakresie profilaktyki astmy. W 2002 r. wynosiła ona 133.344 zł, a w latach 2003-2005 – po 150.000 zł.

W przeliczeniu na 1 mieszkańca wydatki Miasta Krakowa w poszczególnych latach wynosiły:<sup>37</sup>

- w 2000 r. – 1,10 zł,
- w 2001 r. – 1,71 zł,
- w 2002 r. – 3,13 zł,
- w 2003 r. – 2,94 zł,
- w 2004 r. – 2,97 zł,
- w 2005 r. – 2,75 zł.

Programy prozdrowotne i profilaktyczne opracowywane i realizowane dla mieszkańców Krakowa obejmują najważniejsze obszary zdrowotne w oparciu o dokładne analizy epidemiologiczne stanu zdrowia populacji i są to:

- choroby układu krążenia,
- nowotwory,
- choroby płuc,
- profilaktyka zdrowia dzieci i młodzieży – astma, alergie, próchnica, wady postawy.

Zmiany w tym zakresie w poszczególnych latach są niewielkie. W latach 2000-2002, w ramach tzw. programów kardiologicznych osobno realizowane były: program profilaktyki miażdżycy, program zapobiegania i skuteczności leczenia cukrzycy oraz program ochrony serca – promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia, które w 2003 r. realizowane były w formie jednego „Programu profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2”, a od 2004 pod nazwą „Programu profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia”.

W ramach programów onkologicznych modyfikacje w latach 2000-2005 również są niewielkie. Przez wszystkie lata podejmowano działania w kierunku profilaktyki onkologicznej w formie programów badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznawania raka piersi i szyjki macicy. Od 2001 r. corocznie realizowany jest program profilaktyki raka jelita grubego. Program profilaktyki raka gruczołu krokowego realizowany był przez 3 lata – od 2001-2003 i w roku 2004 zaprzestano jego realizacji. Od 2004 r. nie jest realizowany również program profilaktyki narządów ruchu (pełna nazwa: „Program profilaktyki zmian w narządzie ruchu i poprawy jakości życia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów”), a rozpoczęto realizację programu profilaktyki wtórnego udaru mózgu. W 2003 r. włączono

do Miejskiego Programu program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (Tab. III-11 i III-12).

W latach 2000-2003 corocznie zmieniła się liczba podmiotów realizujących programy (wyłanianych w drodze postępowania konkursowego) oraz liczba programów w ramach poszczególnych obszarów aktywności – 13 w 2002 r., 12 w 2003 r., natomiast w trzyletnim programie na lata 2004-2006 liczba realizatorów jest stała, programy stanowią kontynuację działań podejmowanych w latach poprzednich (jest ich 11) i możliwe staje się porównywanie rezultatów ich wdrażania.

W latach 2001-2005 realizowane były również programy autorskie w ramach tzw. małej profilaktyki skierowane w znacznej mierze do dzieci niepełnosprawnych. W roku 2005 realizowano 21 takich programów autorskich, w obszarach: edukacji zdrowotnej, profilaktyki dróg oddechowych, profilaktyki zdrowia dzieci niepełnosprawnych oraz medycyny sportowej – np.: program alergicznego nieżytu nosa, profilaktyka schorzeń górnych dróg oddechowych, autorski program rehabilitantów, psychologów, logopedów dla dzieci niepełnosprawnych, program wczesnego wykrywania niedowidzenia i wad wzroku, wczesnego wykrywania zaburzeń rozwoju psychoruchowego u niemowląt, edukacja chorych z nadciśnieniem tętniczym, edukacja osób z nadwagą, „4xP” czyli proste podstawy prawidłowej postawy. W 2004 r. liczba programów w ramach „małej profilaktyki” wynosiła 16 i dotyczyła m. in.: zdrowia dzieci niepełnosprawnych, profilaktyki POCHP, ADHD, uzależnień, profilaktyki nowotworów, edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży i chorób psychicznych.

Według organizatorów<sup>38</sup> realizowane w poszczególnych latach programy objęły swoimi działaniami populację około<sup>39</sup>:

- 15.900 osób w roku 2000,
- 60.000 osób w roku 2001,
- 95.000 osób w roku 2002,
- 65.000 osób w roku 2003,
- 54.300 osób w roku 2004.

Szczegółowa analiza sprawozdań z realizacji programów w poszczególnych latach pod kątem liczby osób objętych programami wskazuje na duże rozbieżności informacyjne w tym zakresie. Niejednorodna forma

36 na podstawie danych UMK

37 na podstawie danych GUS na temat liczby ludności faktycznie zamieszkałej w dniu 31 grudnia danego roku ([www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl))

38 na podstawie danych UMK

39 Gmina miejska zamówiła świadczenia zdrowotne dla tej liczby mieszkańców, nie wszystkie jednak zostały zrealizowane, a jeden pacjent mógł być uczestnikiem kilku różnych programów,

sprawozdań, w których podawane są informacje dotyczące przebadanych osób lub wykonanych świadczeń (co nie zawsze daje możliwość przełożenia na liczbę pacjentów objętych programem) utrudnia porównania w tym zakresie na przestrzeni lat 2000-2005. Jest to jednak dodatkowa wskazówka dla organizatorów, do ujednoczenia w przyszłości formy sprawozdań i zawartych w nich informacji merytorycznych. Szczegółowa analiza przygotowana na podstawie dostępnych danych zawarta została w Tab.III-13.

Dodatkowo corocznie działania prozdrowotne i profilaktyczne realizowane są w ramach programów Dzielnicowych oraz Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a także, w ramach dotacji z Urzędu Miasta, przez Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie.

Od 1999 r. w Dzielnicach Krakowa realizowane są zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia uznane przez nie za priorytetowe i wychodzące naprzeciw potrzebom społeczności lokalnych w zakresie ochrony zdrowia. Ze względu na często zróżnicowane potrzeby, oczekiwania i możliwości wykazy realizowanych programów są różne dla poszczególnych Dzielnic, podobnie jak i środki finansowe przeznaczane na nie. W latach 2000-2005 programy obejmowały zarówno grupy dzieci, dorosłych, jak i ludzi starszych. Do tej ostatniej skierowane były m. in.: programy badań w kierunku osteoporozy, szczepień przeciwko grypie, badań okulistycznych (których celem było zwiększenie wykrywalności jaskry).

Programy skierowane do najmłodszej grupy odbiorców, realizowane m. in. w gabinetach szkolnych obejmowały również działania w zakresie:

- badań okulistycznych dzieci ze szkół podstawowych,
- badań stomatologicznych,
- badań słuchu,
- badań wad postawy,
- gimnastyki korekcyjnej,
- szczepień ochronnych dzieci i młodzieży, szczególnie przeciwko wzw B.

W latach 2000-2005 Dzielnice Miasta Krakowa wydały na profilaktykę i promocję zdrowia kwotę łącznie 2.434.767,91 złotych. Najwięcej środków na zadania związane z profilaktyką i promocją zdrowia wydatkowały Dzielnice I, V i VII, najmniej Dzielnice XII, X, IX i XV. Tab. III-14 zawiera dane z kwotami wydatkowanymi przez Dzielnice w poszczególnych latach.

Analiza procentowa wydatków poniesionych przez poszczególne Dzielnice

na działania w ramach profilaktyki i promocji zdrowia w latach 2000-2005 wskazuje, że aż blisko 17% wszystkich wydatków stanowiły środki wydatkowane przez Dzielnicę I, a w następnej kolejności przez Dzielnicę (Tab. III-15):

- V – 14,52%,
- VII – 8,66%,
- VI – 8,08%,
- IV – 7,97%.

Najmniej środków na działania w tym zakresie wydatkowały Dzielnice:

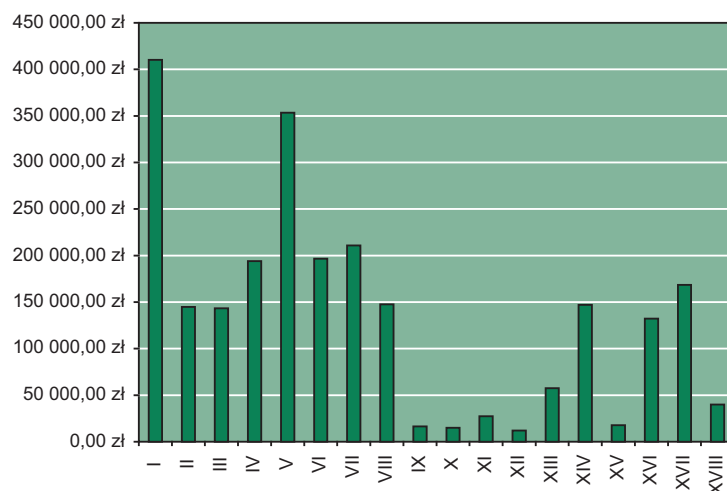
- XII – 11.989,00 zł (0,49%),
- X – 14.980,00 zł (0,62%),
- IX – 16.460,00 zł (0,68%),
- XV – 17.670,00 zł (0,73%).

Średnia wydatków na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca w latach 2000-2005 najwyższa była w przypadku Dzielnic VII – 2,18 zł, a następnie: VI (1,82 zł), XVII (1,73 zł) i I (1,52 zł). Najgorzej w tym zestawieniu prezentuje się Dzielnica

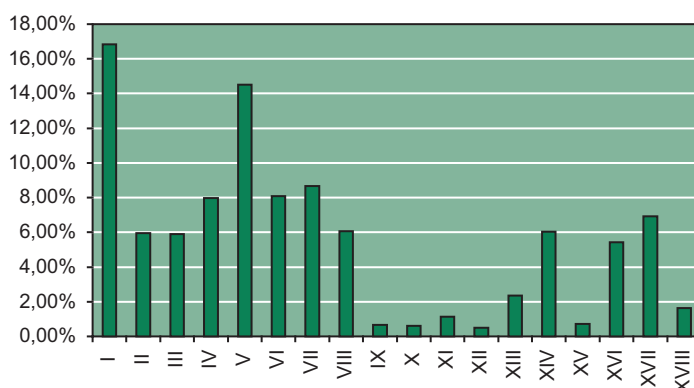
XII (0,04 zł), XV (0,07 zł), XI (0,12 zł), XVIII (0,13 zł) i X (0,19 zł) (Tab. III-16).

Analiza realizacji programów prozdrowotnych i profilaktycznych w Krakowie w latach 2000-2005 wskazuje na intensywne i szeroko zakrojone działania w kierunku profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Podejmowane inicjatywy, realizowane w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” obejmują swym działaniem wszystkie grupy: dzieci, młodzież, dorosłych i osoby starsze.

Zarówno w Krakowie, jak i w poszczególnych Dzielnicach dużo miejsca poświęca się na realizację programów skierowanych do najmłodszej populacji. Szczególny nacisk w latach 2000-2005 położono na programy profilaktyczne dla dzieci w zakresie: zapobiegania i leczenia astmy, chorób alergicznych, profilaktyki próchnicy oraz profilaktyki wad postawy. Problem wad



Rys. III-2. Środki wydane przez Dzielnice na profilaktykę i promocję zdrowia w latach 2000 – 2005



Rys. III-3. Udział procentowy wydatków poszczególnych Dzielnic na profilaktykę w latach 2000-2005

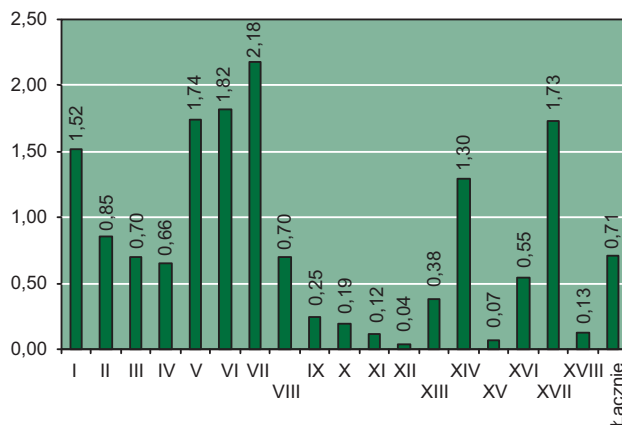


postawy oraz profilaktyki stomatologicznej są niezmiernie ważne i skutkują poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi w przeszłości, ale również dużymi kosztami leczenia schorzeń będących następstwem braku działań w tym zakresie w dzieciństwie. Z uwagi na powszechność tych schorzeń takie badania są jak najbardziej celowe, ale powinny mieć charakter systematyczny i obejmować całą populację dzieci szkolnych. Z uwagi na aktualną sytuację w ochronie zdrowia, brak środków finansowych oraz brak w większości szkół gabinetów dentystycznych (w 2003 r. 38% szkół, dla których organem prowadzącym jest miasto Kraków posiadało na swoim terenie gabinet dentystyczny, a opieką stomatologiczną było objętych zaledwie 44% uczniów<sup>40</sup>) należy podjąć działania w kierunku zwiększenia działań w tym zakresie. Obowiązujące przepisy prawne nie zobowiązują do obligatoryjnego obejmowania dzieci i młodzieży opieką stomatologiczną w szkole (lekarz sprawuje opiekę w miejscu określonym w umowie z NFZ).

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że realizowane programy są opracowywane w oparciu o wiedzę i doświadczenie specjalistów – konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, którzy są jednocześnie ich koordynatorami i autorami sprawozdań z ich realizacji. Dlatego bardzo ważne jest uwzględnianie przy planowaniu kolejnych programów lub modyfikacji już istniejących, uwag i propozycji zawieranych w tych sprawozdaniach.

W celu uzyskiwania jak największej ilości cennych informacji potrzebnych do ewaluacji programów, ich przeglądu oraz planowania działań na kolejne lata wskazane jest przyjęcie jednolitego systemu raportowania, realizowanego przez wszystkie podmioty i przez wszystkie lata realizacji działań.

Przyjęcie w roku 2003 Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” daje możliwość kontynuowania przyjętych programów przez kolejne lata, modyfikacji ich w zależności od zainteresowania ze strony odbiorców i dostosowywania do potrzeb społeczności lokalnej. Pozwala też na obserwowanie skuteczności innych działań (informacyjnych) realizowanych w ciągu danego okresu. W latach 2004-2005 r. zaobserwowano bowiem bardzo duże zainteresowanie programem pro-



Rys. III-4. Średnia kwota wydatkowana rocznie przez Dzielnice na profilaktykę w przeliczeniu na 1 mieszkańca w latach 2000-2005

filaktycznym raka jelita grubego, które przekroczyło liczbę zakontraktowanych świadczeń, a zbyt małe zainteresowanie programem profilaktyki raka piersi, co zmusiło organizatorów do rozszerzenia tego programu na inną grupę kobiet oraz wskazało na potrzebę podjęcia intensywniejszych działań informacyjnych na temat realizacji programu. Niski udział kobiet 40-letnich w programie, mimo imiennych zaproszeń i darmowych kompleksowych badań, świadczy o niskiej edukacji onkologicznej kobiet w Krakowie i dodatkowo przemawia za koniecznością rozszerzenia programu na dalsze lata<sup>41</sup>.

Efekty programów realizowanych w Krakowie, zdaniem koordynatorów, wskazują na potrzebę rozszerzenia działań informacyjnych i promujących, w celu dotarcia do możliwie największej liczby osób stanowiących grupę docelową poszczególnych programów, zwiększenia wiedzy społeczności Krakowa na temat realizowanych programów oraz zainteresowania ich własnym zdrowiem i troską o nie. Wskazane jest również opracowanie dodatkowych materiałów informacyjnych i edukacyjnych, zwiększenie możliwości dotarcia z informacją do odbiorców (media, zakłady opieki zdrowotnej, parafie, tablice ogłoszeń) oraz rozszerzanie współpracy w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia pomiędzy różnymi podmiotami, w celu wymiany informacji i wzmocnienia efektów działań.

Na zakończenie okresu realizacji programu „Zdrowy Kraków 2004-2006” należy ponadto:

- dokonać ewaluacji działań z wykorzystaniem jasnych i czytelnych kryteriów,
- dokonać przeglądu realizowanych programów pod kątem ich modyfikacji i/lub rozszerzenia, zgodnie z uwagami i sugestiami koordynatorów,
- podjąć działania w kierunku zaplanowania do realizacji w latach następnych programów dostosowanych do sytuacji epidemiologicznej i potrzeb mieszkańców,
- opracować i przyjąć jednolity system raportowania pozwalający na określenie podstawowych efektów realizacji programów i porównywania ich w kolejnych latach realizacji,
- opracować i/lub zmodyfikować i/lub rozszerzyć działania informacyjno-edukacyjne w celu zwiększenia wiedzy mieszkańców Krakowa na temat działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki oraz zachęcenia do działań prozdrowotnych.

40 „Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2004”, UMK, 2005 r.

41 Sprawozdanie z realizacji programu wczesnego rozpoznawania raka piersi w 2005 r., prof. L. Kołodziejki (koordynator programu).

Lp.	Nazwa programu	Realizacja w poszczególnych latach					
		2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
1	Program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2	tak	tak	tak	tak	tak	tak
2	Program badań przesiewowych wczesnego rozpoznawania raka piersi	tak	tak	tak	tak	tak	tak
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy	tak	tak	tak	tak	tak	tak
4	Program profilaktyki raka jelita grubego	nie	tak	tak	tak	tak	tak
5	Program profilaktyki raka gruczołu krokowego	nie	tak	tak	tak	nie	nie
6	Program profilaktyki tarczycy (dzieci i młodzieży)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
7	Program profilaktyki POCHP	nie	nie	tak	tak	tak	tak
8	Program profilaktyki astmy	tak	tak	tak	tak	tak	tak
9	Program profilaktyki narządów ruchu	nie	b. d.	b. d.	tak	nie	nie
10	Program profilaktyki wad postawy (część A, B)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
11	Program profilaktyki próchnicy	tak	tak	tak	tak	tak	tak
12	Program profilaktyki udaru mózgu	nie	nie	nie	nie	tak	tak
13	Programy autorskie „mała profilaktyka”	b. d.	tak	tak	tak	tak	tak
Kwota przeznaczona na realizację programu		837 000	1 293 609	2 373 163	2 230 000	2 246 999	2 272 006

Tab. III-11. Realizacja programów profilaktycznych w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” w latach 2000-2005

Tab. III-12. Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w Krakowie w latach 2000-2005

<b>Rok 2000</b>
program zapobiegania miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca oraz rehabilitacji kardiologicznej
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka piersi
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka szyjki macicy
program wykrywania chorób tarczycy dla dzieci i młodzieży
program szczepień dla dzieci i młodzieży przeciwko żółtaczce wirusowej typu B
program stomatologiczny dla dzieci i ich rodziców
<b>Rok 2001</b>
program zapobiegania miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca oraz rehabilitacji kardiochirurgicznej
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka piersi
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka szyjki macicy
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka stercza (badanie PSA)
program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego
program wykrywania chorób tarczycy dla dzieci i młodzieży
program stomatologiczny dla dzieci i młodzieży
program profilaktyki wad postawy (dla dzieci i młodzieży)
program szczepień ochronnych ze szczególnym uwzględnieniem zaszczepiania dzieci przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B



**Rok 2002**

program ochrony serca – promocja zdrowia i profilaktyka układu krążenia (edukacja dla młodzieży)  
 program profilaktyki miażdżycy  
 program profilaktyki cukrzycy  
 program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka szyjki macicy  
 program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka gruczołu krokowego  
 program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka piersi  
 program badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego  
 program profilaktyki wad postawy (dla dzieci i młodzieży)  
 program zapobiegania i leczenia astmy i chorób alergicznych  
 program prewencji i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc  
 program wczesnego wykrywania chorób tarczycy  
 program zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka  
 programy autorskie dla dzieci niepełnosprawnych umysłowo i fizycznie  
 programy profilaktyczne – dotacja dla Szpitala im. G. Narutowicza

**Rok 2003**

program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2  
 program badań przesiewowych wczesnego rozpoznawania raka piersi  
 program profilaktyki raka szyjki macicy  
 program profilaktyki raka gruczołu krokowego  
 program profilaktyki raka jelita grubego  
 program profilaktyki wad postawy (część A i B)  
 program profilaktyki zmian w narządzie ruchu i poprawy jakości życia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów narządu ruchu  
 program profilaktyki astmy (część A i B)  
 program profilaktyki POCHP  
 program profilaktyki tarczycy  
 program profilaktyki próchnicy  
 programy autorskie dla dzieci niepełnosprawnych

**Lata 2004 – 2006**

program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia  
 program wczesnego rozpoznawania raka piersi (mammografia)  
 program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy (cytologia)  
 program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego (etap I i II)  
 program profilaktyki raka tarczycy u kobiet po 40. roku życia (etap I i II)  
 program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc  
 program profilaktyki wtórnego udaru mózgu (etap I i II)  
 program profilaktyki astmy i chorób alergicznych (część A i B)  
 program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka  
 program profilaktyki wad postawy (etap I i II)  
 programy autorskie tzw. mała profilaktyka

Lp.	Nazwa programu	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
1	prewencja miażdżycy, cukrzycy i nadciśnienia	1 851**	11 4331	34 600*	24 414	23 816	17 181
2	profilaktyka cukrzycy	b. d.	2 217	19 120*			
3	rak piersi	1 955	3 733	7 921	5 548	4 296	3 755
4	rak szyjki macicy	6 517	8 429	4 015	9 606*	7 248	7 248
5	rak jelita grubego	nie realizowano	620	1 305	1 127 badań ankietowych w tym 246 badań kolonoskopowych	2 597 badań ankietowych w tym 233 badania kolonoskopowe	2 668 badań ankietowych w tym 219 badań kolonoskopowych
6	rak gruczołu krokowego	nie realizowano	3 873	2 756	2 974	nie realizowano	nie realizowano
7	profilaktyka tarczycy (dzieci i młodzież)	651	1 256	4 148	1 172	1 696	1 692
8	profilaktyka POCHP	nie realizowano	nie realizowano	3 884	5 104	3 805	4 255
9	profilaktyka astmy	b. d.	2 4242	1 638*	1 162 dzieci 685 młodzieży	1 722 dzieci 142 młodzieży	1 618 dzieci 186 młodzieży
10	profilaktyka narządów ruchu	nie realizowano	b. d.	b. d.	1 055*	nie realizowano	nie realizowano
11	profilaktyka wad postawy (dzieci i młodzież)	b. d.	6 004	5 686*	6 943	3 903	3 190
12	profilaktyka próchnicy (dzieci i młodzież)	4 942	2 646	2 797	2 997*	1 928	3 406
13	profilaktyka wtórnego udaru mózgu	nie realizowano	nie realizowano	nie realizowano	nie realizowano	441	361
14	programy autorskie tzw. „mała profilaktyka”	b. d.	b. d.	2 778	2 852	2 722	3 108

\* – liczba zrealizowanych świadczeń,

\*\* – osoby przebadane w ramach akcji profilaktyki kardiologicznej

1 - program pod nazwą profilaktyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego

2 - prewencja i wczesne wykrywanie chorób alergicznych wśród młodzieży szkolnej

**Tab. III-13. Liczba osób objętych programami profilaktycznymi w Krakowie w latach 2000-2005**

Źródło: na podstawie danych Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa i sprawozdań koordynatorów programów profilaktycznych

Dzielnica	Rok 2000	Rok 2001	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Łączna kwota środków wydanych na profilaktykę i promocję zdrowia w latach 2000 – 2005
I	46 674,17 zł	53 272,40 zł	62 364,30 zł	82 723,00 zł	79 763,50 zł	85 423,80 zł	410 221,17 zł
II	-	35 840,00 zł	16 141,44 zł	24 960,00 zł	30 937,00 zł	36 980,00 zł	144 858,44 zł
III	3 810,00 zł	-	12 999,20 zł	49 984,00 zł	36 575,00 zł	39 966,00 zł	143 334,20 zł
IV	49 763,50 zł	19 345,00 zł	29 800,00 zł	30 979,00 zł	40 000,00 zł	24 085,00 zł	193 972,50 zł
V	48 529,00 zł	69 506,50 zł	60 930,60 zł	64 548,50 zł	55 955,00 zł	53 942,00 zł	353 411,60 zł
VI	22 282,00 zł	33 084,00 zł	37 972,00 zł	33 460,50 zł	35 924,20 zł	33 958,80 zł	196 681,50 zł
VII	-	14 980,00 zł	40 806,32 zł	56 558,00 zł	51 736,00 zł	46 853,20 zł	210 933,52 zł
VIII	-	23 305,00 zł	14 494,00 zł	39 945,00 zł	34 935,80 zł	34 916,00 zł	147 595,80 zł
IX	-	-	-	5 460,00 zł	5 500,00 zł	5 500,00 zł	16 460,00 zł
X	1 500,00 zł	-	-	1 980,00 zł	5 000,00 zł	6 500,00 zł	14 980,00 zł
XI	-	-	-	13 532,70 zł	-	13 909,00 zł	27 441,70 zł
XII	1 989,00 zł	-	-	-	10 000,00 zł	-	11 989,00 zł
XIII	4 000,00 zł	-	10 000,00 zł	14 965,00 zł	14 930,00 zł	13 548,00 zł	57 443,00 zł
XIV	-	14 960,46 zł	42 340,00 zł	29 993,40 zł	29 887,20 zł	29 882,00 zł	147 063,06 zł
XV	-	-	-	-	-	17 670,00 zł	17 670,00 zł
XVI	13 000,00 zł	26 998,42 zł	34 990,00 zł	22 520,00 zł	14 765,00 zł	19 935,00 zł	132 208,42 zł
XVII	15 000,00 zł	25 000,00 zł	34 958,00 zł	30 000,00 zł	34 968,00 zł	28 594,00 zł	168 520,00 zł
XVIII	-	-	-	19 984,00 zł	20 000,00 zł	-	39 984,00 zł
łącznie	206 547,67 zł	316 291,78 zł	397 795,86 zł	521 593,10 zł	500 876,70 zł	491 662,80 zł	2 434 767,91 zł

Tab. III-14. Środki wydatkowane na profilaktykę i promocję zdrowia w Dzielnicach w latach 2000-2005  
Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

Dzielnica	Wkład procentowy
I	16,85%
II	5,95%
III	5,89%
IV	7,97%
V	14,52%
VI	8,08%
VII	8,66%
VIII	6,06%
IX	0,68%
X	0,62%
XI	1,13%
XII	0,49%
XIII	2,36%
XIV	6,04%
XV	0,73%
XVI	5,43%
XVII	6,92%
XVIII	1,64%
łącznie	100,00%

Tab. III-15. Udział procentowy wydatków poszczególnych Dzielnic na profilaktykę w latach 2000-2005  
Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

Dzielnica	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.	średnia za lata 2000-2005
I	0,92 zł	1,01 zł	1,14 zł	1,42 zł	1,34 zł	1,76 zł	1,52
II	0,00 zł	1,08 zł	0,54 zł	0,68 zł	0,84 zł	1,12 zł	0,85
III	0,62 zł	0,00 zł	0,27 zł	1,03 zł	0,76 zł	0,84 zł	0,70
IV	0,85 zł	0,34 zł	0,51 zł	0,53 zł	0,68 zł	0,38 zł	0,66
V	1,19 zł	1,66 zł	1,45 zł	1,61 zł	1,33 zł	1,45 zł	1,74
VI	1,02 zł	1,64 zł	1,73 zł	1,53 zł	1,64 zł	1,52 zł	1,82
VII	0,00 zł	0,74 zł	2,47 zł	2,81 zł	2,56 zł	2,33 zł	2,18
VIII	0,00 zł	0,61 zł	0,35 zł	0,97 zł	0,85 zł	0,71 zł	0,70
IX	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,42 zł	0,42 zł	0,39 zł	0,25
X	0,10 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,13 zł	0,34 zł	0,38 zł	0,19
XI	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,32 zł	0,00 zł	0,29 zł	0,12
XII	0,03 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,16 zł	0,00 zł	0,04
XIII	0,13 zł	0,00 zł	0,33 zł	0,49 zł	0,49 zł	0,46 zł	0,38
XIV	0,00 zł	0,65 zł	1,95 zł	1,30 zł	1,29 zł	1,30 zł	1,30
XV	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,34 zł	0,07
XVI	0,26 zł	0,54 zł	0,70 zł	0,50 zł	0,29 zł	0,44 zł	0,55
XVII	0,75 zł	1,25 zł	1,99 zł	1,50 zł	1,74 zł	1,41 zł	1,73
XVIII	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,32 zł	0,32 zł	0,00 zł	0,13
Łącznie	0,34 zł	0,47 zł	0,60 zł	0,75 zł	0,70 zł	0,70 zł	0,71

Tab. III-16. Kwota wydatkowana na profilaktykę w przeliczeniu na jednego mieszkańca w latach 2000-2005

Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

## 8. Profilaktyka uzależnień w Krakowie

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005, cel strategiczny: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności” powinien być realizowany m. in. „poprzez stworzenie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych”. Szczególny nacisk położono w NPZ na problematykę uzależnień. Odnoszą się do niej 3 spośród 18 celów operacyjnych:

- cel nr 3 – zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
- cel nr 4 – zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
- cel nr 5 – ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zmieniła model polskiego systemu rozwiązywania problemów alkoholowych. Na samorządy gminne został nałożony

obowiązek realizacji konkretnych działań, prowadzonych jako zadania własne w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Na realizację zadań określonych w art. 4 ust. 1. gminy otrzymały również własne środki finansowe, pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

W oparciu o założenia Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z późniejszymi zmianami Miasto Kraków opracowuje corocznie i realizuje Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Uchwałą nr LXVIII/639/2004 z dnia 29 grudnia 2004 r. Rada Miasta Krakowa przyjęła do realizacji Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2005. Program ten określa strategię działania w zakresie profilaktyki oraz minimalizacji szkód społecznych i indywidualnych wynikających z nadużywania alkoholu w Krakowie.

Opracowanie Programu oparto m. in. na wynikach badań przeprowadzonych w 2003 r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia dotyczących postaw (dorosłych, młodzieży i dzieci)

wobec substancji uzależniających oraz w 2005 r. przez Pracownię Badań Społecznych na temat wzorców konsumpcji alkoholu w Krakowie.

Z badań przeprowadzonych przez CMJ<sup>42</sup> wynika, że sześciu na dziesięciu 12-latków ma już jakieś doświadczenia z alkoholem, głównie tzw. napojami lekkimi: piwem, winem, szampanem, likierem. Chłopcy częściej niż dziewczynki przyznawali się do kontaktu z piwem lub wódką. Obniża się również znacznie wiek inicjacji alkoholowej – co drugi uczeń szkoły podstawowej pił alkohol w wieku 10-11 lat, co piąty – w wieku 7-9 lat, a co 10 – poniżej 7. roku życia. 60% badanych podejmuje takie działania „bo tak robią inni” – rówieśnicy, rodzina. Taki sam odsetek dzieci zwróciło by się z prośbą o pomoc przy problemie alkoholowym do rodziców, ale aż 40% – woli szukać pomocy gdzie indziej np. u psychologa szkolnego czy kolegi.

Wśród młodzieży dominującym napojem alkoholowym jest piwo pite w kawiarni

<sup>42</sup> Postawy dzieci wobec substancji uzależniających, raport z badań Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2003 r.

niach, pubach i na imprezach.<sup>43</sup> Młodzi ludzie sięgają po alkohol, gdyż głównie kojarzą go z dobrą zabawą, piją również by być akceptowanymi w grupie rówieśniczej oraz z powodu kłopotów rodzinnych. Wraz z wiekiem wzrasta poczucie, że alkohol wpływa pozytywnie na organizm, a skutki uboczne jego używania, w porównaniu do zalet, są niewielkie. Młodzież szkolna jest przekonana, że palenie papierosów wśród rówieśników jest częstym zjawiskiem, a do regularnego palenia przyznaje się co trzeci uczeń szkoły średniej i co 10 uczeń gimnazjum. Obniża się również wiek inicjacji nikotynowej. W zakresie problemu narkomanii wyniki badań pokazały, że narkotyki stają się coraz popularniejszą używką wśród młodzieży, a kontakt z nimi miało czterech na dziesięciu uczniów szkół średnich.

Raport wskazuje również, że młodzież oczekuje od władz miejskich ciekawszej oferty zorganizowanego spędzania wolnego czasu oraz surowszego traktowania młodych ludzi pijących alkohol w miejscach publicznych, a także karanie tych, którzy sprzedają alkohol nieletnim. Co ciekawe i niepokojące, większość badanych nie znała żadnej instytucji świadczącej pomoc uzależnionym.

Na zlecenie Urzędu Miasta Krakowa Pracownia Badań Społecznych z Sopotu przygotowała, w grudniu 2005 r., lokalny raport opisujący wzorce konsumpcji alkoholu, a jego wyniki porównano z badaniami ogólnopolskimi przeprowadzonymi wcześniej z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na reprezentatywnej grupie Polaków powyżej 18. roku życia. Badanie krakowskie zostało zrealizowane w listopadzie 2005 roku na 500-osobowej próbie dorosłych mieszkańców Krakowa. Struktura demograficzna próby odpowiadała strukturze lokalnej społeczności.

Z danych zgromadzonych w badaniu wynika, że alkoholizm jest jednym z ważniejszych dla krakowian problemów społecznych po bezrobociu, przemocy i agresji na ulicach, przemocy w rodzinie i spadku stopy życiowej.<sup>44</sup> Alkoholizm jako bardzo ważny problem społeczny wskazało blisko 47% badanych (mniej niż w Polsce – 52%), a narkomanię – 47,7% (w Polsce 51,9%).

Generalnie, w Krakowie obserwuje się mniejszą konsumpcję alkoholu niż na poziomie ogólnopolskim i mniejszy jest też odsetek nadmiernie pijących – w Krakowie 12%, w Polsce – 16%. Odsetek mężczyzn nadmiernie pijących jest prawie 4 razy wyższy niż odsetek nadmiernie pijących kobiet. Skutki społeczne spożywania alkoholu to m. in. prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwym, spożywanie alkoholu w pracy, problemy zdrowotne, patologie, przemoc w rodzinie, bieda. Warto zaznaczyć, że 71% badanych stwierdziło, że wiedziałoby gdzie szukać pomocy w zakresie uzależnień, ale tylko 4% badanych deklarowało, że korzystało z pomocy instytucjonalnej oferowanej w mieście.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2005 określa lokalną strategię działania w zakresie:

- edukacji rodziców – obejmującą promowanie i wdrażanie programów szkoleniowych skierowanych do rodziców i wychowawców, w celu opanowania konkretnych umiejętności wychowawczych w kontekście zagrożeń związanych z używaniem alkoholu i zachowaniami ryzykownymi (używanie i nadużywanie alkoholu lub innych środków odurzających, agresja, przemoc rówieśnicza, wczesna aktywność seksualna),
- działań informacyjno-edukacyjnych – w celu poszerzenia wiedzy mieszkańców Krakowa na temat szkodliwości picia alkoholu oraz dostępnych form i miejsc pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin,
- wspierania alternatywnych form spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież oraz działań profilaktycznych promujących trzeźwy, zdrowy i bezpieczny styl życia.

Realizacja Gminnego programu obejmuje działania związane m. in. z upowszechnianiem kultury fizycznej, organizacją imprez sportowych i rekreacyjnych, rozbudową bazy obiektów sportowych, współpracą z organizacjami pozarządowymi (zlecanie zadań gminnych do realizacji), realizacją Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Młodzieży oraz kontrolą punktów sprzedaży i podawania napojów alkoholowych oraz wydawania i cofania zezwoleń na obrót tymi napojami.

Corocznie, w formie uchwał Rady Miasta, przyjmowany jest do realizacji Gminny Program wraz z określonym zakresem działań, sposobami realizacji oraz ramowym planem realizacji i finansowania za-

dań. Środkami finansowymi Programu dysponuje Wydział Spraw Społecznych UMK oraz Wydział Edukacji UMK, samorządowe przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadpodstawowe, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Izba Wytrzeźwień, Straż Miejska oraz wybrane miejskie placówki oświatowe, kulturalne i pomocowe. W 2005 r. na realizację Gminnego Programu wydatковано 12 096 389 zł.

W ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w roku 2005 zrealizowano następujące zadania<sup>45</sup>:

**1. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu – realizacja tego zadania obejmuje m. in.: finansowanie zajęć terapeutycznych, szkoleń i kursów specjalistycznych dla pracowników lecznictwa odwykowego, uzupełnienie wyposażenia placówek, utworzenie i prowadzenie punktu konsultacyjnego.**

Miasto, po konkursie ofert w 2004, podpisało umowy na realizację świadczeń w 2005 r. z 11 placówkami opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (kontynuacja umów z 2004 r.). Wydatковано na ten cel kwotę 1 997 250 zł (zakontraktowano 1 999 730 zł). Z programów terapeutycznych i leczniczych skorzystało łącznie 5 860 osób, w tym 2 878 uzależnionych od alkoholu. W 2004 r. na ten cel przeznaczono kwotę 1 499 950 zł, a w 2003 r. – 1 883 190 (podpisano więcej umów niż w 2004 i 2005 r.).

Działalność Miasta w w/w zakresie stanowi uzupełnienie działań finansowanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który w 2005 r. zawarł 48 umów na świadczenia z zakresu lecznictwa psychiatrycznego i uzależnień (z 46 świadczeniodawcami) na łączną kwotę 52 827 408,50 zł, z czego 21 świadczeniodawców udzielało świadczeń tylko w zakresie uzależnień lub wraz z usługami psychiatrycznymi na kwotę 45 735 912 zł.

Dodatkowo Miasto zakupiło program „Grupa terapeutyczna dla rodziców młodzieży objętej leczeniem w Krakowskim Ośrodku Terapii – kontynuacja”, na który przeznaczono środki w wysokości

43 Postawy młodzieży wobec substancji uzależniających, raport z badań Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2003 r.

44 Wzorce konsumpcji alkoholu w Krakowie, Raport z badań ankietowych zrealizowanych w listopadzie 2005 r., PBS, Warszawa-Sopot, grudzień 2005 r.

45 na podstawie Sprawozdania z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych za 2005 r., UMK



20 000 zł. W ramach tego zadania Gmina finansuje również działalność telefonu zaufania i informacyjnego. Całodobowy telefon zaufania dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin funkcjonuje przy Łzbie Wytrzeźwień i w 2005 r. odnotowano w nim 1 155 rozmów (w tym 1 067 dotyczących alkoholizmu). Na funkcjonowanie całodobowej informacji medycznej w 2005 r. wydatkowano kwotę 197 999,90 zł, co jest o 36 489,90 zł więcej niż w roku 2004 (161 510 zł) i o 103 659,90 zł więcej niż w roku 2003 (94 340 zł). Całodobowa informacja medyczna nie służy jednak tylko osobom zainteresowanym problematyką uzależnień, a ten problem stanowi zapewne znikomy odsetek prowadzonych rozmów. Może jednak stanowić pomoc w sytuacjach kryzysowych i nagłej potrzeby pomocy w tym zakresie.

Osoby z problemami dotyczącymi uzależnień mogły w 2005 r. skorzystać również z pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w formie:

- Młodzieżowego Telefonu Zaufania – 9288,
- Antynarkotykowego Telefonu Zaufania – 0-801-199-990,
- Pomarańczowej Linii (pomaga rodzicom, których dzieci piją) – 0-801-140-068,
- Niebieskiej Linii (pomaga ofiarom przemocy w rodzinie) – 0-801-120-002,
- Linii Nieobojętnych (interwencyjna, dla świadków sprzedaży alkoholu nieletnim) – 0 801-188-288.

## 2. Pomoc psychologiczna i prawna dla rodzin z problemami alkoholowymi, a w szczególności ochrona przed przemocą w rodzinie; wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej – realizacja tego zadania odbywa się m. in. poprzez: tworzenie i finansowanie bieżącej działalności punktów konsultacyjnych, prowadzenie dyżurów telefonicznych, prowadzenie grup wsparcia dla ofiar przemocy domowej, programów terapeutycznych dla sprawców przemocy domowej, edukację publiczną (przewodniki, ulotki, poradniki, broszury), tworzenie świetlic socjoterapeutycznych, organizowanie obozów terapeutycznych dla dzieci.

Działania w tym zakresie w Mieście w 2005 r. obejmowały realizację programów profilaktyczno-terapeutycznych, interwencyjno-pomocowych i readaptacyjnych,

promowanie trzeźwego i bezpiecznego sposobu spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież oraz rozwijanie zainteresowań dzieci i młodzieży poprzez uczestnictwo w zajęciach placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego. Działania terapeutyczne skierowane do współuzależnionych oraz rodzin zagrożonych problemami alkoholizmu i przemocą domową realizowane były w ramach usług udzielanych przez placówki lecznicze, których programy zostały wybrane w konkursie ofert oraz przez Krakowski Ośrodek Terapii, w ramach poszerzonej oferty programowej (2005 r. – 20 000 zł).

Wsparcie Miasta w ramach tego zadania w 2005 r. objęło m. in. :

- 40 000 zł (za pośrednictwem MOPS) dla siedmiu Dziennych Ośrodków Socjoterapii „U Siemachy” z przeznaczeniem dla 956 wychowanków, z których 450 to dzieci i młodzież z rodzin z problemami alkoholowymi, na promowanie trzeźwego i bezpiecznego sposobu spędzania wolnego czasu, opiekę w nauce i rozwijanie zainteresowań młodzieży,
- 12 000 zł dla MOPS na program edukacyjny na rzecz społeczności romskiej w Krakowie pn. „Bliżej, Razem” z przeznaczeniem dla 96 dzieci,
- 47 600 zł dla Ośrodka Interwencji Kryzysowej na programy „Grupowa pomoc jako oddziaływanie psychospołeczne dla zmiany postaw kobiet doświadczających przemocy i alkoholizmu w rodzinie” i „Zintegrowany system pomocy dla dzieci ofiar traumy: program pomocy psychologicznej i oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci z podejrzeniem nadużycia seksualnego i wobec rodziców nie podejrzanych o nadużycie” – z przeznaczeniem dla 89 osób,
- 20 000 zł dla Ośrodka dla Osób Dotkniętych Przemocą na zapewnienie schronienia i specjalistyczne poradnictwo dla ofiar przemocy, szczególnie ze środowisk dotkniętych problemem alkoholowym, z przeznaczeniem dla 21 osób,
- 10 000 zł dla Ośrodka Poradnictwa i Terapii Rodzin dla 15 rodzin,
- 20 000 zł dla Domu Pomocy Społecznej przy ul. Łanowej na kontynuację projektu readaptacji osób pozbawionych wolności, uzależnionych od alkoholu, poprzez pracę z młodzieżą niepełnosprawną pn. „DUET” – z przeznaczeniem dla 55 osób,
- programy dla młodzieży ryzykownie pijącej w placówkach terapii uzależnień – 77 osób przed 21 r. ż.,

■ zrezygnowano z tworzenia Centrum Integracji Społecznej w związku z brakiem środków finansowych.

Łącznie działaniami w tym zakresie objęto w 2005 r. grupę około 1 250 osób i przeznaczono na nie kwotę 149 600 zł.

## 2. Profilaktyczna działalność informacyjna i edukacyjna w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii w szczególności dla dzieci i młodzieży (w tym pozalekcyjne zajęcia sportowe, dożywianie dzieci) – obejmuje m. in. organizowanie i prowadzenie na terenie szkół i innych placówek programów terapeutycznych dla dzieci z grup ryzyka, kampanii edukacyjnych, środowiskowych programów profilaktycznych

W roku 2005 działania w ramach realizacji tego zadania objęły:

- wszystkie samorządowe przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja i szkoły ponadgimnazjalne na terenie Miasta (117 696 uczniów) otrzymały kwotę 781 400 zł na powiązanie działań wychowawczych z różnego rodzaju oddziaływaniami profilaktycznymi wśród uczniów oraz podniesienie wiedzy nauczycieli i rodziców na temat profilaktyki uzależnień (w ramach szkolnych programów profilaktyki). W 2004 r. działalność 213 placówek w tym zakresie wsparto kwotą 820 610 zł, a działaniami objęto 103 314 uczniów oraz dużą grupę rodziców i nauczycieli,
- na realizację programu popołudniowych zajęć pozalekcyjnych przekazano szkołom kwotę 1 200 000 zł (w ramach profilaktycznej strategii alternatyw np. program „Młody Las”), podczas gdy w 2004 r. na ten cel wydatkowano środki w wysokości 569 166 zł,
- realizowano założenia Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży, przedstawione w analizie porównawczej realizacji tego programu w latach 2000-2005,
- włączono się w obchody Światowego Roku Sportu i Wychowania Fizycznego ONZ przez uczestnictwo w ogólnopolskiej kampanii społecznej „Zachowaj trzeźwy umysł”, w ramach której przekazano do szkół materiały profilaktyczne, organizowano konkursy i zawody sportowe dla uczniów,
- pod hasłem „Mnie to nie bierze”, we współpracy z Gazetą Krakowską, zorganizowano kolejną akcję, której celem było przedstawienie zagrożeń

związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i wskazanie alternatywnych form spędzania wolnego czasu dla młodych ludzi. W ramach tego projektu ukazało się 15 artykułów w Gazecie Krakowskiej i specjalny informator, który w liczbie 20 tys. egzemplarzy trafił do krakowskich gimnazjalistów,

- zaktualizowano i przekazano broszurę informacyjną „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Informator 2005-2006, w którym mieszkańcy Krakowa mogą znaleźć informacje na temat założeń programu oraz wykaz placówek świadczących usługi dla osób uzależnionych i współuzależnionych w Krakowie,
- przeprowadzono konkurs plastyczny „Jestem wolny” i na najciekawszy pomysł zagospodarowania czasu wolnego od zajęć szkolnych, a akcją zakończyła impreza plenerowa na obiektach KS „Wisła”,
- zaplanowano następujące inwestycje: budowa: sal gimnastycznych przy SP nr 72 i SP 132 (900 000 zł), Centrum Aktywnego Wypoczynku na stadionie KS Borek (400 000 zł), Młodzieżowego Centrum Sportu i Edukacji (60 000 zł), modernizacja: kąpieliska Bagry Wielkie (100.000 zł), zespołu basenów kąpielowych KS Clepardia (250 000 zł), sztucznego lodowiska przy ul. Siedleckiego (340 000 zł), obiektów KS Grzegórzki (400 000 zł), KS Wanda (100.000 zł, obiektów sportowych OSiR Krakowianka (200 000 zł).

**4. Wspieranie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych – dofinansowywanie działalności organizacji pozarządowych realizujących zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, obozów terapeutycznych, szkolenia przedstawicieli różnych zawodów związanych z profilaktyką i leczeniem uzależnień, tworzenie lokalnych koalicji na rzecz trzeźwości**

- w ramach Programu Współpracy Miasta Krakowa z Organizacjami Pozarządowymi dofinansowano 97 projektów na łączną kwotę 1 416 649 zł na wspieranie działań w obszarze profilaktyki i rehabilitacji uzależnień, w tym na organizację wolnego czasu dzieci i młodzieży oraz kluby abstynenta (w 2003 r. dofinansowano działalność 162 instytucji kwotą 2 043 357 zł, a w 2004 r.

zawarto 126 umów na łączną kwotę 2 024 848 zł),

- kwotą 796 000 zł dofinansowano 62 uczniowskie kluby sportowe realizujące profilaktyczną strategię alternatyw dla 8 452 uczniów (w 2003 r. wsparto kwotą 737 375 zł 60 klubów, a w 2004 r. dofinansowanie dla 59 klubów wyniosło 1 000 000 zł).

**5. Obsługa Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Zespołu Interwencyjnego i Punktu Konsultacyjnego przy Izbie Wytrzeźwień w Krakowie, współpraca z Policją i służbami miejskimi – w tym dotacje dla Izby Wytrzeźwień, Policji i Służb miejskich**

- na mocy przepisów ustawy o samorządzie gminnym oraz znowelizowanej ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Zarządzeniem nr 75/2002 Prezydent Miasta Krakowa w dniu 18.12.2002 r. powołał do życia Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (odwołując tym samym poprzednią), której obsługę powierzył Referatowi Zdrowia UMK. Jej zadaniem jest m. in. inicjowanie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin, prowadzenie działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla dzieci i młodzieży, wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, których działalność służy rozwiązywaniu problemów alkoholowych, a także opiniowanie wniosków o przyznanie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Komisja składa się z 16 członków. W 2005 r. zebrała się na 15

posiedzeniach plenarnych, 2 razy obradowało Prezydium Komisji, a 30 razy jej zespoły problemowe: ds. opiniowania wniosków o wydanie zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi, ds. profilaktyki i leczenia, które dokonywały wizytacji placówek terapii uzależnień. Podczas dyżurów pełnionych przez członków Komisji w Zespole Interwencyjnym przy Rynku Podgórskim (3 x w tygodniu po 2 godz.) przyjęto 434 osoby uzależnione i współuzależnione (w 2003 r. – 334 osoby, a w 2004 r. – 646 osób), a w 394 przypadkach wystąpiono do sądu o orzeczenie przymusowego leczenia odwykowego. Prowadzono również rozmowy motywujące osoby uzależnione i współuzależnione do podjęcia leczenia oraz udostępniano materiały informacyjne i edukacyjne,

- przekazano środki w wysokości 238 500 zł (w 2003 r. 173 640 zł, a w 2004 r. 293 458 zł) na funkcjonowanie Punktu Konsultacyjnego przy Izbie Wytrzeźwień, w którym w 2005 r. udzielono łącznie 7 230 porad, w tym 230 dla ofiar przemocy domowej. W ramach Punktu Konsultacyjnego funkcjonuje całodobowy telefon zaufania, gdzie pomoc i poradę psychologa lub terapeuty mogą uzyskać osoby uzależnione i współuzależnione,
- zorganizowano warsztaty „Standardy pracy z dziećmi i rodziną” dla pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, MOPS, Policji i Straży Miejskiej.
- Izba Wytrzeźwień odnotowała 9172 pobyty, w tym 622 kobiet, 75 małoletnich, 2346 bezdomnych, 3505 wielokrotnych, 56 cudzoziemców i 221 osób z gmin ościennych. Ogółem przyjęto 5657 osoby, w tym 901 bezdomnych. W latach poprzednich liczba klientów

Tab. III-17. Struktura klientów Izby Wytrzeźwień klientów latach 2000-2005

Struktura klientów	2000 r.	2001 r.	2002 r.	2003 r.	2004 r.	2005 r.
liczba klientów	8 611	6 414	5 464	5 917	5 164	5 657
liczba pobyków	12 808	9 206	7 788	9 091	8 128	9 172
w tym pobyty:						
kobiet	711	560	552	703	550	622
małoletnich	222	143	123	114	69	75
bezdomnych	2 556	2 053	1 769	2 507	2 106	2 346
cudzoziemców	95	89	70	73	42	56
wielokrotne	4016	2 614	2 195	3018	2 851	3 505
z gmin ościennych	1 645	1 027	402	365	283	221

Izby kształtowała się na podobnym poziomie, a ich struktura wyglądała następująco:

## 6. Ograniczanie dostępności do alkoholu – określenie ilości i usytuowania punktów sprzedaży napojów alkoholowych, określanie szczegółowych zasad wydawania i cofania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, formułowanie zasad kontroli

- w 2005 r. Komisja zaopiniowała 966 wniosków o wydanie zezwoleń, z czego 960 pozytywnie,
- przeprowadzono, wspólnie z Policją, 657 kontroli placówek prowadzących obrót napojami alkoholowymi, w tym 145 kontroli zakładów gastronomicznych oraz 219 kontroli lokali prowadzących sprzedaż detaliczną (sklepów), pozostałe kontrole to wizje przed wydaniem zezwolenia (w 2004 r. przeprowadzono 616 kontroli),
- Straż Miejska otrzymała 10 000 zł na utrzymanie, zakupionych w 2001 r. alkometrów, a funkcjonariusze SM zatrzymali 58 kierujących pojazdami mechanicznymi w stanie nietrzeźwym.

Szczegółowe informacje na temat zadań realizowanych w Mieście Krakowie w zakresie profilaktyki uzależnień są dostępne w corocznych sprawozdaniach z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy wobec Dzieci.

Przy realizacji Gminnego Programu w 2005 r. pracowało i współpracowało kilkadziesiąt organizacji, instytucji i stowarzyszeń wybranych w otwartym konkursie ofert m. in. MONAR, CARITAS, Saltrom, SALOS, ZHP, ZHR, Fundacja „Pro Bono”, Stowarzyszenie Rodzin Katolickich, NZS, Fundacja „Praesterno”, Polskie Stowarzyszenie Psychologów Praktyków, Stowarzyszenie Romów w Krakowie, „Lekarze Nadziei”, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci itp.

Dodatkowo, w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, zapisy GPPiRPA rozszerzono o zadania własne gminy w obszarze profilaktyki i terapii narkomanii, które będą opracowywane i realizowane w latach następnych.

Problematyka profilaktyki uzależnień podejmowana była też w programach realizowanych przez poszczególne Dzielnice Krakowa oraz jednorocznych programach autorskich finansowanych w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia. W 2005 r. na 32 realizowa-

ne programy 2 dotyczyły problematyki uzależnień:

- kampania profilaktyczno-edukacyjna zapobiegania biernego palenia u dzieci – realizowany przez NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień – kwota 3 000,00 zł,
- szkolenie psychologów klinicznych i terapeutów uzależnień w zakresie terapii zespołu uzależnienia od tytoniu – Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień – kwota 3 000,00 zł.

Wartym podkreślenia jest fakt, że Kraków należy do Ogólnopolskiej Sieci Gmin Wiodących z certyfikatem wydanym przez PARPA w październiku 2004 r., w związku z działaniami podejmowanymi w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu oraz, że opracowany i wdrożony w 1999 r. w Krakowie kompleksowy Program Poprawy Bezpieczeństwa dla Miasta Krakowa pn. „Bezpieczny Kraków”, którego częścią jest „Miejski Program Przeciwdziałania Przemocy wobec Dzieci” otrzymał wyróżnienie Stowarzyszenia Miast Europejskich „Eurocities” w kategorii „Innowacyjnych strategii miejskich” i zdobył również wyróżnienia w I i II edycji konkursu „Bezpieczna Gmina”, organizowanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, za działania podejmowane w zakresie poprawy poziomu bezpieczeństwa mieszkańców miasta i ich mienia.

W zakresie profilaktyki uzależnień Miasto podejmuje szereg cennych inicjatyw na różnych frontach i w różnych formach. Działania obejmują szeroką ofertę skierowaną głównie do dzieci i młodzieży oraz wychowawców i pedagogów. Mniej działań kierowanych jest do dorosłych mieszkańców Krakowa, a obejmują one głównie poradnictwo i leczenie.

Szczegółowe działania w kierunku profilaktyki uzależnień, zwłaszcza od alkoholu, określane są corocznie w Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizowanym w Krakowie od wielu lat. Dopełnieniem działań w zakresie profilaktyki uzależnień jest Miejski Program Przeciwdziałania Przemocy wobec Dzieci realizowany od roku 2000. Na podkreślenie zasługuje fakt, że programy te powstały w oparciu o badania i diagnozę aktualnej sytuacji w Krakowie w tym zakresie np. badanie prowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2003 r. na temat postaw wobec substancji uzależniających, badanie zrealizowane w 2005 r. przez Pracownię Badań Społecznych na temat wzorców konsumpcji alkoholu w Krakowie, czy badanie ankietowe przeprowa-

dzone w 2000 r. przez Instytut Socjologii UJ na temat form spędzania wolnego czasu przez młodzież gimnazjalną i przedstawione w formie raportu „Mój wolny czas”.

Podejmowane przez Miasto działania powinny być kontynuowane w latach kolejnych, z rozszerzeniem na inne grupy społeczne i inny rodzaj uzależnień m. in. narkotyki i tytoń. Pozytywnym sygnałem w tym zakresie jest Uchwała RM z dnia 21 grudnia 2005 r. w sprawie przyjęcia do realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz innych uzależnień na 2006 r., gdzie wprowadzono zagadnienia narkomanii, a zakres zadań własnych gminy rozszerzono o zapisy wynikające z ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Badania prowadzone w 2003 r. przez Centrum Monitorowania Jakości wskazują bowiem na niepokojące rozmiary problemu narkomanii w Krakowie. Według autorów 4% uczniów szkół podstawowych, 11% uczniów gimnazjów i 39% uczniów szkół średnich miało już czynny kontakt z narkotykami, a ponad 6% badanych 17-latków sięga po te używki kilka razy w tygodniu.

Dane szacunkowe Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazują, że w takim mieście jak Kraków:

- 2% populacji stanowią osoby uzależnione (ok. 14 tys. osób),
- 4% populacji stanowią osoby współuzależnione (ok. 28 tys. osób),
- 4% dzieci wychowuje się w rodzinach alkoholików (ok. 28 tys. osób),
- 5-7% populacji to osoby pijące szkodliwie (ok. 35-49 tys. osób),
- 5% populacji to osoby, w tym przede wszystkim dzieci, wobec których stosowana jest przemoc domowa (ok. 35 tys. osób).

Konieczne wydaje się zatem rozszerzenie z roku na rok zakresu działań dotyczących profilaktyki uzależnień, wzbogacanie ich o nowe aktywności, nowe formy działania i sposoby dotarcia do jak największej liczby osób z grup ryzyka, szczególnie dzieci i młodzieży.

Należy również rozwijać akcję informacyjną na temat uzależnień z wykorzystaniem wszystkich możliwych źródeł dotarcia do odbiorców oraz zwiększyć udział mediów, w tym również elektronicznych, do podnoszenia świadomości społecznej w tym zakresie. W celu osiągnięcia lepszych efektów i wzmocnienia działań, koniecznym jest kontynuowanie procesu budowania współpracy pomiędzy różnymi



podmiotami oraz rozwijanie współpracy międzynarodowej w tym zakresie.

Ważnym zadaniem jest również podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności nauczycieli, wychowawców, pedagogów, psychologów i innych specjalistów prowadzących działania w zakresie profilaktyki uzależnień (w tym również pracowników podstawowej opieki zdrowotnej) oraz umożliwianie wymiany doświadczeń z innymi realizatorami programów w kraju i za granicą (organizacja szkoleń, konferencji, upowszechnianie „dobrych praktyk”).

Przyjęty w założeniach Gminnego Programu zapis dotyczący aneksowania umów na kolejne lata, zapewnia ciągłość działań i realizacji dobrych projektów przez sprawdzonych realizatorów, a możliwość przesuwania niewykorzystanych środków jako środki niewygasające gwarantuje finansowe wsparcie realizacji zadań wymagających kontynuacji w latach następnych.

W celu modyfikacji i dostosowywania założeń zawartych w Gminnym Programie do rzeczywistych potrzeb społeczności lokalnej wskazane byłoby również prowadzenie cyklicznych badań efektywności lokalnych działań profilaktycznych i diagnozowania problemów uzależnień.

### Działania Miasta w zakresie profilaktyki uzależnień w latach 2000-2005

Działania w zakresie określonym w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizowane są w Krakowie m. in. poprzez: tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspakajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu, działalność wychowawczą i informacyjną, ograniczanie dostępności do alkoholu, leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu, zapobieganie następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie oraz przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.

Według danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie problem uzależnień dotyka w Krakowie wielu gospodarstw domowych powodując ich trudną sytuację życiową.<sup>46</sup> Liczba gospodarstw domowych w trudnej sytuacji życiowej

spowodowanej alkoholizmem i narkomanią, pomimo że sukcesywnie spada z 989 w roku 2002 do 811 w 2005, to jednak jest znaczna. MOPS obserwuje spadek liczby gospodarstw domowych w trudnej sytuacji życiowej spowodowanej alkoholizmem, ale wzrost liczby gospodarstw domowych w trudnej sytuacji życiowej spowodowanej narkomanią, ze 107 w 2002 r. do 150 w roku 2005.

W latach 2000-2005 na realizację zadań związanych ze zwalczaniem narkomanii i przeciwdziałaniem alkoholizmowi Miasto przeznaczyło środki w wysokości ok. 51 902 386 zł, w tym 1 244 407 złotych na zwalczanie narkomanii oraz 50 657 979 na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Od roku 2000 wydatki na działania związane z alkoholizmem wzrosły prawie 2,5-krotnie z kwoty 3 388 598 zł w 2000 r. do kwoty 12 096 389 zł. Gwałtowny wzrost wydatków nastąpił w roku 2002 – o 80% w stosunku do roku 2001. W poszczególnych latach wydatki wyniosły:

Zgodnie z zapisami ustawowymi w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podejmowano działania w sześciu zakresach obejmujących:

1. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
2. udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
3. prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla dzieci i młodzieży,
4. wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
5. obsługa Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Zespołu Interwencyjnego i Punktu Konsultacyjnego przy Izbie Wyrzeźwien w Krakowie, współpraca z Policją i służbami miejskimi,
6. ograniczanie dostępności do alkoholu.

Szczegółowe dane dotyczące realizowanych poszczególnych zadań prezentowane są w corocznych sprawozdaniach z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dostępnych na stronie internetowej Miasta Krakowa [www.krakow.pl](http://www.krakow.pl). Sprawozdania

Rodziny w trudnej sytuacji życiowej	2002 r.		2003 r.		2004 r.		2005 r.	
ogółem	29 865	100,0%	21 903	100,0%	17 749	100,0%	18 039	100,0%
w tym spowodowanej:								
alkoholizmem	882	2,95%	956	4,36%	837	4,72%	661	3,66%
narkomanią	107	0,36%	120	0,55%	140	0,79%	150	0,83%

Tab. III-18. Liczba rodzin w Krakowie w trudnej sytuacji życiowej spowodowanej alkoholizmem i narkomanią w Krakowie w latach 2002-2005

Źródło: na podstawie danych MOPS

Rok	Zwalczanie narkomanii	Przeciwdziałanie alkoholizmowi
2000*	250 000	3 388 598
2001*	200 000	5 000 000
2002**	198 124	9 000 000
2003**	197 493	12 572 937
2004**	198 890	11 649 794
2005**	199 900	12 096 389
Razem	1 244 407	54 819 133

\* – na podstawie planu budżetu Krakowa na dany rok

\*\* – na podstawie sprawozdania z realizacji budżetu Krakowa za dany rok

Tab. III-19. Wydatki na zwalczanie narkomanii i przeciwdziałanie alkoholizmowi (wydatki wg klasyfikacji budżetowej w ramach budżetu Miasta)

<sup>46</sup> na podstawie: Kraków w liczbach. Bank informacji o mieście, Wydział Strategii i Rozwoju Miasta UMK, 2005r.

te oraz wnioski z nich płynące stanowią podstawę do analiz i dokonywania zmian w ramach programu.

Działania Miasta w zakresie profilaktyki uzależnień obejmują różne formy oddziaływania, które mają charakter cykliczny (realizowane przez wiele lat) lub jednorazowy (realizowane w danym roku). Wśród najważniejszych, podejmowanych w latach 2000-2005 wymienić należy m. in.:

- monitorowanie problemów uzależnień: realizacja programu „Rozpoznawanie problemów uzależnień – wczesna interwencja”, w celu określenia rozmiaru problemów alkoholowych w Krakowie (2001-2002), gromadzenie danych z zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi medyczne dla uzależnionych i ich rodzin na temat liczby zarejestrowanych pacjentów, opracowanie mapy problemów alkoholowych oraz bazy danych zawierających zasoby Miasta Krakowa w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (2002 r.), badania prowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia pt.: „Postawy wobec substancji uzależniających” (2003 r.) oraz przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie pt.: „Wzorce konsumpcji alkoholu w Krakowie”,
- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, a w tym m. in.: druk i rozprowadzanie plakatów reklamowych, wydanie informatora o bezpłatnych usługach medycznych dla mieszkańców Krakowa z uwzględnieniem miejsc pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin (2000 r.), artykuły na temat uzależnień (2005 r. z Gazetą Krakowską), informacje o organizowanych działaniach, patronat medialny imprez, programy w TVP3, prowadzenie stron internetowych np. [www.mpppm.pl](http://www.mpppm.pl), [www.mlodziej.info](http://www.mlodziej.info), [www.mlodziej.krakow.pl](http://www.mlodziej.krakow.pl), opracowanie broszury informacyjnej Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Informator 2004-2006 i Informator 2005-2006,
- wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych – np.: lokalnego bezpłatnego miesięcznika poświęconego profilaktyce „Krokus” (2001) i „Dokąd idziesz” (2002), „Poradnika Młodego Krakusa”, „Między domem a ulicą. Wokół problemów w dobie globalizacji i kultury masowej”, filmów „Kraków ufa młodym”, „ULICA”, prezentacji na CD „Stawanie”,
- finansowanie działalności profilaktycznej w placówkach oświatowo-wycho-

wawczych – np.: realizacja programu codziennych popołudniowych zajęć sportowo-rekreacyjnych „Młody las” (2002-2005),

- finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia – organizacja konkursu ofert i podpisywanie umów z wyłonionymi placówkami,
- wsparcie finansowe działalności telefonów zaufania i informacyjnych – Młodzieżowy Telefon Zaufania, całodobowy miejski telefon zaufania dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin (przy Izbie Wyrzeźwien), całodobowa informacja medyczna,
- dofinansowywanie działalności Izby Wyrzeźwien i Punktu konsultacyjnego – w Izbie utworzono punkt konsultacyjny dla uzależnionych i ich rodzin, którego pracownicy udzielają porad i informacji o możliwości leczenia oraz prowadzą rozmowy terapeutyczne. Liczba porad i konsultacji terapeutycznych systematycznie rośnie, a sami pracownicy stale podnoszą swoje kwalifikacje i kompetencje poprzez szkolenia specjalistyczne<sup>47</sup>.
- organizację masowych imprez sportowo-rekreacyjnych – np. Krakowskie Dni Rodziny (2003-2005), JULIADA (1999-2005), Chrześcijańskie Dni Żaka, Dzień Dziecka,
- realizację projektów międzynarodowych – DEMOS, GPAS, „streetworker”,
- kształcenie personelu – organizacja konferencji np. Forum Nowa Huta (2003), „Czyja jest socjoterapia? Wychowanie w otwartych środowiskach młodzieżowych”, „Dziecko pod parasolem prawa”, szkolenia skierowane do nauczycieli, pedagogów, profesjonalnej kadry placówek ochrony zdrowia, pracowników MOPS (2000-2005),
- rozwój bazy rekreacyjno-sportowej – np. budowa sal gimnastycznych, ośrodków sportowych, boisk, basenów, modernizacja obiektów istniejących – w budżecie na 2001 r. zaplanowano wydatki inwestycyjne na lata 2001-2005, w których znalazły się zapisy dotyczące budowy 4 sal gimnastycznych (17 035 000 zł) oraz budowy lub modernizacji 7 obiektów rekreacyjno-sportowych (26 112 000 zł), (2005), budowa sali gimnastycznej SP 72, 132, boiska przy SP 92 i Młodzieżowym Domu Kultury im. J. Korczaka na oś. Kalinowym,

Na problem uzależnień Miasto oddziałuje zarówno przez pomoc społeczną, jak i wspierając instytucje niepubliczne zajmujące się uzależnieniami.<sup>48</sup> Gmina koordynuje programy, a w razie wątpliwości zwraca się do określonych instytucji celem uzyskania konsultacji lub wykonania określonych prac badawczych. Wśród wielu cennych inicjatyw podejmowanych w latach 2000-2005 podkreślenia wymaga, wdrażany od 2000 r. we wszystkich krakowskich szkołach do gimnazjum włącznie, program profilaktyczny pn. Pakiet Edukacyjny „Moje zdrowie” (w 2000 r. został on, w ilości 1 800 egzemplarzy, przekazany do krakowskich szkół podstawowych i gimnazjów), w którym szczególny nacisk położono na problematykę uzależnień, w tym od alkoholu, narkotyków, leków i innych substancji. Pakiet obejmuje 5 części: życie bez nałogów, zdrowy styl odżywiania, bezpieczeństwo i pierwsza pomoc, promocja zdrowia, psychospołeczne aspekty zdrowia. Oprócz treści merytorycznych dotyczących poruszanych zagadnień – rodzaje, przyczyny, rozwój i mechanizmy uzależnień, gdzie szukać pomocy, wskazówki jak rozstać się z nałogiem, zawiera porady, jak przekazywać te treści młodzieży i scenariusze działań edukacyjnych w szkołach. Objęto nim ponad 90% populacji uczniów. Spełnia on jeden z celów strategicznych miasta, którym jest objęcie wszystkich dzieci i młodzieży uczącej się w szkołach krakowskich, rodziców i nauczycieli systematycznymi działaniami edukacyjno-profilaktycznymi.

W latach 2000-2005 Miasto, w ramach realizacji zadań w zakresie profilaktyki uzależnień współpracowało z kilkudziesięcioma organizacjami, instytucjami i jednostkami takimi jak m.in.: PARPA, MOPS, kluby abstynentów, grupy AA, uczniowskie i parafialne kluby sportowe, zgromadzenia zakonne, media, służby publiczne typu Policja, Straż Miejska, Straż Pożarna, zakłady opieki zdrowotnej, NZOZ Poradnia psychiatryczno-psychologiczna „PSYCHE-med.”, Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Chłopców, stowarzyszenia np. Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, MONAR, Stowarzyszenie Pomocy Uzależnionym FORMACJA, Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „POWRÓT z U”, SALTROM, SALOS, Lekarze Nadziei, „U Siemachy”, Stowarzyszenie Rodzin Katolickich, Polskie Stowarzyszenie Psychologów Praktyków, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, CARITAS, ZHP, ZHR, Ośrodek

<sup>47</sup> dane uzyskane z Urzędu Miasta Krakowa

<sup>48</sup> Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa za 2001 r.



Doradztwa Zawodowego AD, NZOZ Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Fundacja „Pro Bono”, NZS, Fundacja „Praesterno” itp.

Ze względu na dużą różnorodność działań podejmowanych przez Miasto Kraków w zakresie profilaktyki uzależnień, a zwłaszcza licznych masowych kampanii i imprez sportowo-rekreacyjnych trudno jest oszacować liczbę uczestników tych wszystkich przedsięwzięć. Wiadomo, że objęły one bardzo dużą grupę zwłaszcza dzieci i młodzieży, a mniejszą uwagę poświęcono w nich dorosłej społeczności Krakowa. Dalsze działania w tym zakresie wymagają poszerzenia oferty działań, wzbogacenia jej o nowe formy aktywności i zintensyfikowania działań informacyjnych na temat realizowanych zadań.

## 9. Prozdrowotne programy ponadregionalne

### Narodowy Program Zdrowia

Na początku lat 80-tych Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionalne dla Europy (WHO/EURO) przedstawiła strategię zdrowia pod nazwą „Zdrowie dla wszystkich”. Dokument ten został opublikowany w 1985 roku i zawierał 38 zadań dla poprawy zdrowia ludności. W oparciu o tę strategię opracowano w 1987 roku, przyjęty do realizacji przez Komitet Rady Ministrów, dokument „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. W 1990 roku opracowano drugi dokument, który po raz pierwszy otrzymał nazwę Narodowy Program Zdrowia (NPZ). W programie wyodrębniono dwie grupy celów:

- strategiczne (zdrowotne) – zmniejszenie umieralności i/lub zmniejszenie rozpowszechnienia niektórych chorób i problemów zdrowotnych (takich jak choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia, choroby związane z niekorzystnymi czynnikami w środowisku życia i pracy, próchnica zębów, itp.) oraz
- operacyjne – redukcja ryzyka rozwoju chorób (wskutek np.: palenia tytoniu, nadmiernego spożycia tłuszczów zwierzęcych, zanieczyszczenia powietrza) oraz usprawnienie diagnostyki i działań naprawczych w stosunku do głównych problemów zdrowotnych.

W latach 1987-2000 opracowano pięć kolejnych wersji Programu. W wersji przyjętej w roku 1996 i obejmującej lata 1996-2005, został określony jeden główny cel strategiczny – „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności” oraz 18 celów operacyjnych.

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.
3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.
10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.
12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.
16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia.
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.
18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Narodowy Program Zdrowia realizowany jest w Polsce od 1990 roku. Podstawą znowelizowanej wersji NPZ jest koncepcja i strategia promocji zdrowia rozumianej jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem (identyfikacja własnych problemów zdrowotnych) oraz poprawę zdrowia poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększanie potencjału zdrowia.

Opierając się na tej koncepcji, Miasto podejmuje szeroko zakrojone działania mające na celu realizację celu strategicznego NPZ, jak i 3 głównych kierunków działania:

- zmian w stylu życia ludności,
- kształtowania środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,
- zmniejszenia różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” i jego założenia są zbieżne z celami NPZ i realizują je poprzez programy profilaktyki i promocji zdrowia skierowane do różnych grup odbiorców (dzieci, młodzieży, dorosłych i starszych) i dotyczące różnych problemów zdrowotnych.

Przyjęte do realizacji w latach 2004-2006, w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia, programy profilaktyczne zakładają realizację konkretnych celów operacyjnych NPZ.

Przy opracowywaniu programu:

1. profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2. i nadciśnienia – uwzględniono realizację celów nr 1, 2 i 14;
2. wczesnego wykrywania raka piersi – uwzględniono realizację celu nr 15;
3. wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – uwzględniono realizację celu nr 15;
4. badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego – uwzględniono realizację celu nr 15;
5. profilaktyki raka tarczycy u kobiet po 40. r. ż. – uwzględniono realizację celu nr 15;
6. profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – uwzględniono realizację celu nr 3;
7. zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka – uwzględniono realizację celu nr 18;
8. profilaktyki wad postawy – uwzględniono realizację celu nr 1, 8.

Cele operacyjne nr 4: „zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem” oraz nr 5: „ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych” realizowane są w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Opracowując wszystkie programy uwzględniono również elementy edukacyjne, a zatem realizację założeń celu nr 6 „zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia”.

### Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Realizowany w Polsce w latach 2000-2005 Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, opierał się w swoich założeniach m. in. na dokumencie WHO zatytułowanym „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, a w szczególności na celu 12 – redukcja skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania narkotyków. Zakłada on, że do 2015 roku

w wszystkich krajach członkowskich powinny zostać znacznie ograniczone szkodliwe skutki zdrowotne związane z używaniem substancji uzależniających takich jak alkohol, tytoń i środki psychotropowe.

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w oparciu o w/w wytyczne, zakładał działania w obszarze 12 strategii rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym m. in.:

- upowszechnianie edukacyjnych programów profilaktyki szkolnej, rodzinnej i środowiskowej,
- zwiększanie dostępności i skuteczności programów terapeutycznych dla osób uzależnionych i członków ich rodzin oraz procedur interwencyjno-korekcyjnych wobec osób nadużywających alkoholu,
- zwiększenie skuteczności i dostępności programów interwencji społeczno-prawnych i pomocy psychologicznej służących przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- nadzór nad przestrzeganiem zasad prawnych służących kontroli postępowania osób nietrzeźwych, w szczególności: nietrzeźwych kierowców, sprawców przemocy a także osób pijących alkohol w pracy,
- nadzór nad przestrzeganiem zasad prawnych służących kontroli działalności gospodarczej w zakresie obrotami napojami alkoholowymi (w szczególności dotyczących sprzedaży alkoholu nieletnim, reklamowania napojów alkoholowych, nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi),
- edukacja publiczna mająca na celu: informowanie o konsekwencjach nadużywania alkoholu i metodach zapobiegania szkodom zdrowotnym, promocję zdrowego stylu życia, trzeźwości i abstynencji, promocję programu wśród liderów społecznych i pozyskiwanie osób cieszących się autorytetem na różnych szczeblach władzy,
- szkolenie profesjonalistów w takich sektorach jak: ochrona zdrowia, edukacja, pomoc społeczna, wymiar sprawiedliwości oraz liderów społeczności lokalnych w zakresie nowoczesnych metod rozwiązywania problemów alkoholowych,
- badanie i monitorowanie zjawisk i zatorów w sferze problemów alkoholowych oraz analiza kosztów ekonomicznych i społecznych,
- wspieranie działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe i środowiska wzajemnej pomocy, które

są ukierunkowane na zapobieganie lub zmniejszanie szkód związanych z alkoholem

Narodowy Program zakładał też wspieranie rozwoju gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz rekomendował, aby priorytetowe cele i strategie działań określone w Programie stanowiły integralną część wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i zostały włączone do globalnej strategii rozwoju województwa.

Szczegółowe cele do realizacji w ramach Narodowego Programu obejmowały:

- Cel 1. Zmniejszanie ilości alkoholu spożywanego przez młodzież.
- Cel 2. Zmniejszenie śmiertelności i degradacji psychofizycznej osób uzależnionych.
- Cel 3. Zmniejszanie rozmiarów uszkodzeń zdrowia spowodowanych nadużywaniem alkoholu.
- Cel 4. Zmniejszanie ilości i dolegliwości alkoholowych zaburzeń życia rodzinnego.
- Cel 5. Zmniejszanie ilości wypadków oraz strat ekonomicznych spowodowanych nietrzeźwością w miejscu pracy.
- Cel 6. Zmniejszenie udziału nietrzeźwości wśród przyczyn naruszania prawa i porządku publicznego.
- Cel 7. Zmniejszenie rozmiarów naruszeń prawa na rynku alkoholowym.
- Cel 8. Promowanie postaw społecznych ważnych dla profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- Cel 9. Ograniczanie globalnego spożycia alkoholu i zmiana struktury jego spożycia na rzecz napojów niskoprocentowych.

W Programie zostały też szczegółowo określone zadania do realizacji przez samorządy gminne w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w szczególności dla dzieci i młodzieży,
- ustalanie szczegółowych zasad wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia na miejscu lub poza miejscem sprzedaży oraz

kontrolę przestrzegania zasad obrotu tymi napojami,

- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,

Podane powyżej przykłady działań nie wyczerpują katalogu zadań, które może lub powinien obejmować gminny program. Dokument ten powinien być konstruowany w oparciu o diagnozę lokalnych problemów i zasobów w sferze rozwiązywania problemów alkoholowych. Decyzje dotyczące ostatecznej zawartości gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz sposobu jego finansowania podejmuje corocznie Rada Gminy w formie uchwały. Ponadto samorządy gminne realizujące zadania określone w ustawie w formie gminnych programów mogą korzystać z pomocy merytorycznej i organizacyjnej zarządów województw oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Dla realizacji wybranych celów mogą też tworzyć porozumienia międzygminne oraz współpracować z instytucjami powiatowymi jak np. powiatowe centra pomocy rodzinie.

Miasto Kraków opracowując Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizuje ściśle założenia Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zarówno w zakresie budowy programu (zawartość merytoryczna), jak i zakresu realizowanych zadań. Korzysta ze wsparcia merytorycznego PARPA oraz współpracuje w realizacji zadań z organizacjami pozarządowymi i instytucjami specjalistycznymi korzystając z ich wiedzy, doświadczenia i zaplecza.

### Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich

Program Zdrowe Miasta został wprowadzony w 1988 przez Światową Organizację Zdrowia w celu realizacji na poziomie lokalnym strategii „Zdrowie dla wszystkich „ poprzez poprawę warunków zdrowotnych w miastach, tzn. stanu środowiska i zdrowia mieszkańców. Według Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowe miasto” to takie, które stawia problemy zdrowotne na należnym im miejscu i dąży do poprawy aktualnej sytuacji. Każde miasto może być „zdrowym” jeżeli tylko postanowi nim być oraz posiada struktury i działania ukierunkowane na poprawienie zdrowia. Dlatego wiele miast i gmin naszego kraju zainteresowanych jest pro-

gramem „Zdrowe miasta” widząc w nim szansę na zintensyfikowanie działań prozdrowotnych.

Do Polski Program Zdrowych Miast trafił na początku lat 90-tych. W 1991 roku powstała Polska Sieć Zdrowych Miast. Dwa lata później Sieć przekształciła się w Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, które zostało zarejestrowane w czerwcu 1993 r. Siedziba Stowarzyszenia mieści się w Łodzi. Stowarzyszenie jest jedną z 24 narodowych sieci zdrowych miast w Europie posiadających certyfikat Światowej Organizacji Zdrowia.

Organizacja skupia obecnie 43 miasta i gminy, których Rady Miejskie i Gminne akceptując Statut podjęły uchwały o przystąpieniu do Stowarzyszenia oraz wzięły na siebie odpowiedzialność za realizację na poziomie lokalnym powyższej strategii, adaptując ją do swoich warunków. Kraków jest jednym z nich i jednym z 4 miast z terenu Małopolski należących do sieci.

Zadania stowarzyszenia to m. in.:

- inspirowanie i wspieranie programów lokalnych Zdrowych Miast,
- powszechna edukacja w zakresie promocji zdrowia i ochrony środowiska z udziałem decydentów i polityków lokalnych,
- upowszechnianie zdobytych doświadczeń, materiałów, baz danych, tłumaczeń z języków obcych, prowadzenie konsultacji technicznych, doradztwo dla gmin,
- współpraca z instytucjami i organizacjami zajmującymi się problematyką zdrowotną i ekologiczną oraz innymi zagadnieniami sprzyjającymi rozwojowi zdrowych miast.

Cele i zadania Zdrowych Miast są zbieżne z Narodowym Programem Zdrowia. Za priorytety uznano profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia oraz wczesne wykrywanie chorób nowotworowych (raka: piersi, szyjki macicy, płuc, stercza, jelita grubego, skóry), walkę i zapobieganie uzależnieniom (alkohol, narkotyki, nikotyna, leki), troskę o zdrowie dzieci i młodzieży, zapobieganie chorobom zakaźnym, w tym programy szczepień, problemy osób niepełnosprawnych, a także ochronę środowiska.

Mimo postawionych przez Stowarzyszenie priorytetów, każde miasto i każda gmina posiada swoje wytyczone do realizacji zadania, w zależności od sytuacji zdrowotnej i środowiskowej, często uwarunkowanej położeniem geograficznym czy rodzajem rozwiniętego przemysłu, a także potrzeb społecznych. Działania podejmowane w miastach członkowskich

są dowodem zaangażowania środowisk lokalnych we wdrażanie zasad promocji zdrowia.

Doświadczenia oraz działania podejmowane w miastach członkowskich publikowane są w Biuletynie Stowarzyszenia. W numerze 6 z maja 2003 r. zaprezentowane zostały założenia Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”.

Corocznie, w kolejnych miastach członkowskich Stowarzyszenia organizowane są konferencje Zdrowych Miast Polskich, podczas których poruszane są problemy zawarte w Programie Zdrowe Miasta. Kraków był organizatorem konferencji pt.: Ochrona zdrowia w wielkich miastach. Profilaktyka zdrowotna, planowanie zdrowotne w dniach 20-21.10.2003 r.

Stowarzyszenie organizuje również spotkania problemowe dające możliwość wymiany doświadczeń w realizacji działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, regularne szkolenia dla koordynatorów lokalnych, szkolenia dla położnych z miast członkowskich z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych najczęściej występujących u kobiet (raka piersi i raka szyjki macicy). Odbyło się również szkolenie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z miast członkowskich dotyczące profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych, ze szczególnym naciskiem na prewencję chorób układu krążenia.

Od 1994 r. organizowane są dla miast członkowskich konkursy na najciekawsze i najbardziej wartościowe programy m.in. w takich dziedzinach jak profilaktyka nowotworowa, przeciwdziałanie uzależnieniom, pomoc osobom niepełnosprawnym i ochrona środowiska. Zwycięzcy konkursów otrzymują nagrody pieniężne z przeznaczeniem na wsparcie wyróżnionych programów. W konkursie grantowym w 2003 r. dofinansowanie w temacie „Zdrowe środowisko dla dzieci” otrzymał program edukacyjno-wychowawczy „Bez ryzyka” przygotowany przez Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 8 w Krakowie, a w 2004 r. program: „Bezpieczeństwo ludzi starszych na jezdni i w otoczeniu” przygotowany przez Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej w Krakowie.

Zdrowe Miasta bardzo aktywnie uczestniczą we wspólnych imprezach prozdrowotnych i proekologicznych (kampania edukacyjna „Tydzień dla Serca”, coroczne obchody „Dni Ziemi”- 22 kwietnia, „Dni Bez Papierosa” – maj, listopad, coroczna ogólnoświatowa akcja sprzątnięcia Ziemi – „Clean up the world” – wrzesień, obchody mie-

siąca walki z rakiem piersi – październik, „Dni walki z AIDS” – grudzień, „Dni walki z gruźlicą” – grudzień).

Od kilku lat Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania najbardziej optymalnych Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa. Programy opracowywane są w oparciu o opinie merytoryczne konsultantów regionalnych w poszczególnych dziedzinach medycyny. Realizują je jednostki ochrony zdrowia w Krakowie, które swoją bazą osobową i materialną, doświadczeniem oraz możliwościami spełniają niezbędne kryteria do realizacji programów profilaktycznych. Corocznie Miasto prowadzi także akcję edukacyjno-informacyjną dotyczącą realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia za pośrednictwem jednostek realizujących programy oraz mediów (prasa, TV, radio).

W raporcie wykonanym na zlecenie Banku Światowego<sup>49</sup> pn. „Financial Resource Flows Report of case study in Poland” szczególnie pozytywnie oceniono działania prozdrowotne podejmowane w Krakowie w latach 2001-2002, w związku z realizacją programów profilaktyki onkologicznej. Kraków został oceniony jako miasto zasługujące na wyróżnienie w porównaniu z innymi tzw. dużymi miastami w Polsce.

Raporty przygotowywane corocznie przez koordynatorów lokalnych informują zarówno o działaniach, jak i korzyściach wynikających z uczestnictwa w Stowarzyszeniu, stanowią więc bardzo cenne źródło informacji i wymiany doświadczeń pomiędzy miastami – członkami Stowarzyszenia oraz ważny element edukacyjny w rozwoju działań prozdrowotnych. Koordynatorzy podkreślają, że udział w Stowarzyszeniu oraz działania podejmowane przez miasta przynoszą wiele cennych korzyści, w tym:

- nowe formy współpracy i pozyskanie nowych partnerów do działań prozdrowotnych – rozwój współpracy międzysektorowej,
- wzrost świadomości zdrowotnej i ekologicznej mieszkańców,
- zwiększenie zaangażowania i integracja społeczności lokalnej.

## Małopolski Program Ochrony Zdrowia 2001-2005

Małopolski Program Ochrony Zdrowia 2001-2005, stanowiący rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego, został uchwalony przez Sejmik Województwa Małopolskiego i przyjęty do realizacji w 2000 r. Ściśle nawiązuje do założeń Narodowego Programu Zdrowia oraz Światowej Deklaracji Zdrowia i przyjętego przez WHO dokumentu „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”.

Program zakłada realizację w latach 2001-2005 7 celów operacyjnych:

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

Realizacja celów operacyjnych w założeniach miała doprowadzić do realizacji regionalnego celu strategicznego sformułowanego jako: „poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podniesienie jakości i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia”.

Małopolski Program Ochrony Zdrowia stanowi główny instrument realizacji w województwie małopolskim 11 z 18 celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 i stanowi płaszczyznę współdziałania różnych instytucji, organizacji i osób działających w obszarze zdrowia w Małopolsce.

Działania Miasta, a zwłaszcza założenia Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” oraz Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych korespondują ściśle z założeniami Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia, a tym samym i Narodowego Programu Zdrowia, szczególnie w obszarze promocji zdrowia i prewencji chorób cywilizacyjnych, takich jak m. in. miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, cho-

roba niedokrwienna serca, nowotwory, cukrzyca, choroby alergiczne, przewlekła obturacyjna choroba płuc, otyłość, próchnica zębów, a także uzależnień. Realizacja Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” wiąże się ściśle z realizacją założeń Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia, a w szczególności realizacją celów operacyjnych nr 1, 2, 4 i 5.

## Programy zdrowotne Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia corocznie określa listę programów polityki zdrowotnej państwa, których realizacja jest jednym z priorytetów realizacji działań w obszarze ochrony zdrowia na terenie Polski. Na rok 2005 MZ ogłosiło listę 11 programów polityki zdrowotnej państwa:

1. Program szczepień ochronnych;
2. Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu;
3. Program badań przesiewowych nowotworów w Polsce;
4. Program zaopatrzenia chorych na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne w czynniki krzepnięcia;
5. Program samowystarczalności Polski w zakresie zaopatrzenia w bezpieczną krew, jej składniki i produkty krwiopochodne;
6. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce;
7. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych;
8. Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2003 – 2005;
9. Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce;
10. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała;
11. Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Programy zaplanowane do realizacji w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” wpisują się w założenia polityki zdrowotnej państwa i realizację programów np.:

- ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu – program profilaktyki astmy i chorób alergicznych, program profilaktyki POCHP,
- zwalczania chorób nowotworowych – program profilaktyki raka tarczycy, program wczesnego rozpoznawania raka: piersi, szyjki macicy, jelita grubego,

49 Financial Resource Flows. Report of case study in Poland (analiza przeprowadzona na zlecenie Banku Światowego) na stronach internetowych <http://www.nidi.nl/resflows/>



- profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego – program profilaktyki miażdżycy i nadciśnienia.

Podobna sytuacja miała miejsce w latach poprzednich i dotyczyła m. in. takich programów realizowanych przez Miasto jak:

- w 2000 r. – zwalczanie nowotworów złośliwych, zapobieganie próchnicy, szczepienia ochronne, profilaktyka chorób układu krążenia,
- w 2001 r. – profilaktyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego, zwalczanie chorób nowotworowych, choroby jamy ustnej dzieci i młodzieży, profilaktyka dzieci i młodzieży w zakresie chorób tarczycy,
- w 2002 r. – promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia, profilaktyka miażdżycy, zapobieganie i poprawa skuteczności leczenia cukrzycy, badania przesiewowe dla wczesnego rozpoznania raka piersi, szyjki macicy, wczesnego rozpoznawania i prewencji POCHP, profilaktyki chorób tarczycy,
- w 2003 r. – badania przesiewowe w celu rozpoznawania nowotworów, profilaktyki miażdżycy i cukrzycy, wczesnego rozpoznania i prewencji POCHP, profilaktyki próchnicy,
- w 2004 r. – profilaktyki miażdżycy i cukrzycy typu 2 i nadciśnienia, badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania nowotworów, profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, profilaktyki astmy i chorób alergicznych.

## 10. Programy profilaktyczne i prozdrowotne realizowane w Krakowie w 2005 r.

Ważnym zagadnieniem, z punktu widzenia zdrowia mieszkańców, jest działalność w zakresie przygotowania i realizacji programów prozdrowotnych i profilaktycznych. Gmina Kraków za swoją misję w zakresie opieki zdrowotnej uznaje dążenie do poprawy stanu zdrowia mieszkańców miasta poprzez polepszenie jakości i efektywności:

- działań promujących zdrowie,
- działań w zakresie edukacji zdrowotnej,
- świadczonych usług medycznych,
- programów walki z uzależnieniami.

Wykonując ustawowe obowiązki związane z ochroną zdrowia mieszkańców Miasta, Zarząd Miasta Krakowa przyjmuje do realizacji, począwszy od roku 1999, Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia – „Zdrowy Kraków”. Podstawowym celem powyższej inicjatywy jest zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Programy profilaktyczne przeznaczone do realizacji w Gminie są zbieżne z priorytetami Narodowego Programu Zdrowia oraz wynikają z uwarunkowań epidemiologicznych Miasta Krakowa. Zostały one wypracowane w konsultacji ze specjalistami w poszczególnych dziedzinach medycyny, a środki finansowe na ich realizację pochodzą z budżetu Gminy. Koordynatorami programów są konsultanci wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach medycyny, których te programy dotyczą. Corocznie przygotowują oni sprawozdania z realizacji programów w danym roku informujące o ich przebiegu i rezultatach.

Oferta Miasta kierowana do jego mieszkańców zakłada przede wszystkim zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych) oraz innych specjalności (np. ginekologów, stomatologów, onkologów), a także rehabilitantów, pielęgniarek, położnych itp. Wyłanianie realizatorów programów odbywa się na zasadzie postępowania konkursowego. Jednostkami realizującymi programy są placówki ochrony zdrowia.

Programy profilaktyczne oraz zapobieganie chorobom i zagrożeniom społecznym jako ważne zadanie Miasta Krakowa mają zachęcić mieszkańców do większej troski o własne zdrowie oraz zwiększyć skuteczność wykrywania chorób w ich wczesnym stadium. Celem wprowadzenia Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia była:

1. aktualizacja potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa,
2. wyznaczenie celów polityki zdrowotnej na poszczególne lata,
3. koordynacja zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej Miasta Krakowa.

W zakresie profilaktyki i promocji zdrowia cele szczegółowe Programu obejmują m. in.: zachowanie zdrowia mieszkańców, poprawę istniejącego stanu zdrowia oraz eliminowanie szkodliwych wpływów środowiska, w tym podnoszenie higieny środowiska, higieny w zakładach pracy, szkołach i placówkach oświatowych, warunków zdrowotnych żywności, a także zapobieganie chorobom zakaźnym.

Miasto corocznie prowadzi akcję edukacyjno-informacyjną dotyczącą realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia za pośrednictwem realizujących programy jednostek oraz przy współudziale mediów. W ramach Miejskiego Programu Miasto współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, samorządami zawodów medycznych, organami administracji rządowej, samorządowej. Programy profilaktyczne realizowane przez miasto oparte są na doświadczeniach uzyskanych od 1994 r. (pierwsze programy prozdrowotne finansowane przez miasto Kraków) oraz stanowią uzupełnienie programów realizowanych przez inne instytucje.

Dodatkowo działania prozdrowotne w mieście realizowane są w ramach programów dzielnicowych oraz Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Opracowany i przyjęty do realizacji w grudniu 2003 r. Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006” jest kontynuacją działań podejmowanych przez Miasto w latach poprzednich i zawiera propozycje planowanych celów do realizacji w latach 2004-2006 wraz z działaniami operacyjnymi związanymi z realizacją zadań. W celu sprawnej realizacji tego programu Prezydent Krakowa powołał Zespół konsultacyjny ds. profilaktyki i promocji zdrowia, składający się z konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, którego zadaniem jest koordynacja realizacji programu, wprowadzenie standardów postępowania dla jednostek realizujących programy, koordynowanie i nadzór nad realizowanymi programami profilaktycznymi oraz opracowywanie sprawozdań.

Miejski Program „Zdrowy Kraków 2004-2006” w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia pokrywa się z założeniami Naro-



dowego Programu Zdrowia, którego nadrzędnym celem strategicznym jest: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”. Miasto Kraków realizuje ten cel poprzez: zapewnienie mieszkańcom Miasta dostępności do usług medycznych, działania prozdrowotne (eliminację czynników ryzyka), zmiany w stylu życia ludności poprzez edukację zdrowotną, kształtowanie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu. Kraków, realizując programy profilaktyki zdrowotnej w latach 2004-2006, przewiduje działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych.

Zespół Konsultacyjny ds. profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Miasta Krakowa wskazał do realizacji w latach 2004-2006 następujące programy profilaktyczne, realizowane również w 2005 r.:

1. Program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2. i nadciśnienia – adresowany do mieszkańców Krakowa, którzy ukończyli 25. rok życia, z wyłączeniem osób z rozpoznaną wcześniej chorobą niedokrwinną mięśnia sercowego lub chorobą naczyń mózgu oraz z rozpoznaną już cukrzycą. Realizują go 42 zakłady opieki zdrowotnej na terenie Krakowa.
2. Program wczesnego rozpoznawania raka piersi (mammografia) – adresowany wyłącznie do mieszkanki Krakowa, które ukończyły 40. rok życia. W roku 2004 badania objęły kobiety z rocznika 1964, w 2005 – z rocznika 1965, a w 2006 r. obejmą kobiety z rocznika 1966. Realizuje go 7 jednostek ochrony zdrowia. Ma on charakter głównie edukacyjny, a jego celem jest m. in. wdrożenie nawyku samobadania piersi i regularnych badań mammograficznych u kobiet 40-letnich, tj. stojących na progu zwiększonego ryzyka zachorowania na raka piersi, kiedy należy wykonać pierwsze w życiu badanie mammograficzne, będące wyjściowym do dalszych regularnych badań. Program nie ma charakteru skriningowego, gdyż nie jest on aktualnie nastawiony na wykrycie jak największej liczby nowych przypadków raka, który w populacji kobiet 40-letnich jest jeszcze rzadki (około 5% przypadków). Jego cel przeniesiony jest na dalsze dekady życia, kiedy ryzyko zachorowania na raka piersi zwiększy się istotnie, a regularne badania uświadomionych onkologicznie kobiet pozwolą na wykrycie wczesnych przypadków raka w różnym wieku badanych. W 2005 r., z powodu niskiej frekwencji kobiet 40-letnich, program rozszerzono na starsze roczniki kobiet.
3. Program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy (cytologia) – celem programu jest zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków raka szyjki macicy i stanów przedrakowych oraz zwiększenie udziału operacji oszczędzających, zwiększenie odsetka wyleczeń oraz obniżenie kosztów leczenia – adresowany do mieszkanki Krakowa w wieku od 30. roku życia. Realizuje go 17 zakładów opieki zdrowotnej. W 2005 r. badaniem objęto 7 248 kobiet w wieku powyżej 30 r. ż.
4. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego – celem programu jest zwiększenie wykrywalności raka jelita grubego w jego wczesnych stadiach oraz stanów przedrakowych celem poprawy wyników leczenia, zwłaszcza wyników odległych, a tym samym zmniejszenie umieralności z tego powodu – adresowany do mieszkańców Krakowa urodzonych między 1930 a 1965 rokiem, a jego realizacja składa się z II etapów. W etapie I. pacjenci wytypowani na podstawie badań ankietowych zostaną przygotowani do przeprowadzenia badania kolonoskopowego. Badanie kolonoskopowe odbędzie się w ramach II etapu programu. Etap I realizują 22 podmioty, a etap II – 3.
5. Program profilaktyki raka tarczycy u kobiet po 40. roku życia – adresowany do mieszkanki Krakowa, które ukończyły 40. rok życia. Składa się z dwóch etapów. W ramach etapu I. wykonane zostanie palpacyjne badanie tarczycy. Kobiety, u których wykryto zmiany, skierowane zostaną do II etapu programu. W ramach jego realizacji wykonane zostanie badanie TSH oraz badanie USG tarczycy, a w uzasadnionych przypadkach zostanie przeprowadzona biopsja cienkoigłowa. Etap I. realizuje 19 zakładów opieki zdrowotnej, a etap II. – 10.
6. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – celem programu jest wczesne rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) w jej początkowym, bezobjawowym stadium, określenie stopnia uzależnienia od nikotyny oraz poziomu motywacji do zaprzestania palenia u aktywnych palaczy papierosów, aktywne doradztwo antynikotynowe, a dla silnie uzależnionych wdrożenie procesu terapeutycznego. Program obejmuje również rozpoczęcie leczenia pod kontrolą poradni specjalistycznej u osób z wykrytą chorobą (POChP, astma) – adresowany do mieszkańców Krakowa w wieku od 40. roku życia, palących papierosy obecnie lub w przeszłości przy narażeniu przynajmniej 10 paczkolet (1 paczkolet = min. 20 papierosów dziennie przez okres jednego roku). W ramach programu wykonane zostaną przede wszystkim: badanie spirometryczne, test Fagerstroma, test Schneidera. Realizuje go 16 jednostek ochrony zdrowia w Krakowie.
7. Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu – adresowany do mieszkańców Krakowa, głównie tych, którzy zachorowali na niedokrwienny udar mózgu w latach 2004 i 2005. W ramach pierwszego etapu jednostka koordynująca przygotowuje listę pacjentów, którzy zostaną objęci II. etapem. W ramach etapu II. wykonane zostaną m. in. badania USG tętnic domózgowych i śródczaszkowych. Etap I. realizuje jeden świadczeniodawca, a etap II – czterech.
8. Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych – złożony z części A i B – w części A adresowany jest do dzieci w wieku od 7 do 9 lat, mieszkańców Krakowa. W etapie 1. części A programu wykonywane są: wywiad, badanie spirometryczne (w przypadku podejrzenia astmy oskrzelowej) oraz konsultacja lekarska. Dzieci z dodatnim wywiadem kierowane są do badań w etapie 2. części A. W jego ramach wykonywane są: 2 konsultacje alergologiczne, badania alergologiczne (testy skórne), oznaczenie przeciwciał alergicznych we krwi. W części B program adresowany jest do młodzieży w wieku od 16. do 18. roku życia, uczniów szkół zawodowych (preferowane typy szkół to: przemysłu spożywczego, skórzanego, poligraficzno-księgarskiego, fryzjerskiego, gastronomicznego, odzieżowego, chemicznego itp.), mieszkańców Krakowa. W ramach tej części programu wykonywane są: 2 konsultacje alergologiczne, diagnostyczne badania alergologiczne (testy skórne), spirometria, oznaczenie przeciwciał alergicznych we krwi. Etap A.1 realizuje 9 świadczeniodawców, etap A.2 – 3, etap B – 3.
9. Program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka – programem objęte zostały dzieci w wieku od 6 do 14 lat ze szkół zakwalifikowanych do uczestnictwa

w programie. W ramach programu wykonywane są: ocena stanu uzębienia, usunięcie płytki bakteryjnej, lakowanie zębów (tylko u dzieci z grupy wysokiego ryzyka), lakierowanie całych łuków zębowych. Program realizuje 5 świadczeniodawców.

10. Program profilaktyki wad postawy – adresowany do dzieci ze szkół zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie – mieszkańców Krakowa w wieku od 11. do 12. roku życia. W ramach programu (etap I.) w wytypowanych szkołach wykonywane są badania fizykalne w kierunku wad postawy. Dzieci z podejrzeniem skolioz otrzymują pisemną informację dla rodziców o możliwości wykonania badań dodatkowych w ramach II. etapu. Są to: weryfikacja zmian stwierdzonych w I. etapie programu, a u wytypowanych dzieci wykonywany jest rentgenogram A-P kręgosłupa w pozycji stojącej. W przypadku wykrycia istotnej wady klinicznej, dziecko powinno otrzymać skierowanie w celu kontynuowania opieki nad nim w formie gimnastyki korekcyjnej. Etap I. realizuje 8 podmiotów, a etap II. – 4.

11. Programy autorskie – Zarządzeniem nr 240/2005 z dnia 29 kwietnia 2005 r. Prezydent miasta zatwierdził wyniki konkursu ofert na lata 2005-2006 w obszarze tzw. „małej profilaktyki” dla mieszkańców Krakowa i zabezpieczył środki finansowe w kwocie 125 000 zł na ich realizację. „Mała profilaktyka” ma na celu wspieranie innych niż priorytetowe programów prozdrowotnych (w tym edukacyjnych i szkoleniowych dla personelu medycznego), które są realizowane jako fakultatywna część Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”.

Programy obejmują następujące obszary:

- programy dla dzieci niepełnosprawnych umysłowo i fizycznie,
- programy dla dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki schorzeń górnych dróg oddechowych,
- programy edukacyjne,
- programy z zakresu medycyny sportowej – badania profilaktyczne sportowców amatorów kierowane są do osób niepełnosprawnych w zakresie badań wstępnych i okresowych.

Na realizację w/w 11 programów w 2005 r. miasto przeznaczyło kwotę 2 122 006,70 zł. Realizacja programu profilaktyki astmy i chorób alergicznych finansowana była ze środków Gminnego Fun-

	Nazwa programu	Kwota zrealizowana	Ilość zrealizowanych świadczeń
1.	Prewencja miażdżycy, cukrzycy i nadciśnienia	661 081zł	26 444
2.	Rak piersi	231 165 zł	3 913
3.	Rak szyjki macicy	228 122,10 zł	7 129
4.	Rak jelita grubego	116 865 zł	3 377
5.	Tarczycza	97 355 zł	2 847
6.	POCHP	147 941 zł	4 301
7.	Udar mózgu	172 560 zł	704
8.	Astma*	150 000 zł	2 227
9.	Próchnica	90 905 zł	2 476
10.	Wady postawy	65 887 zł	920
11.	Programy autorskie	106 938 zł	2 772

\* – środki pochodzące z Gminnego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej

Tab. III-20. Programy profilaktyczne realizowane przez Miasto Kraków w 2005 r.

duszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej (w wysokości 150 000 zł). Wraz z tym programem łączna kwota przeznaczona na realizację programów profilaktycznych w Mieście Krakowie w 2005 r. wyniosła 2 272 006,70 zł.

Programy prozdrowotne i profilaktyczne realizowane są również przez poszczególne Dzielnice Krakowa.

### Programy realizowane w 2005 r. przez poszczególne Dzielnice Krakowa

W 1991 roku uchwałą Rady Miasta Krakowa powołanych zostało osiemnaście Dzielnic Krakowa spełniających funkcje jednostek pomocniczych Miasta Krakowa. Przyjęto, że taki podział pozwoli na rzeczywisty kontakt samorządu lokalnego z mieszkańcami. Do zakresu działania Dzielnic należą sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym oraz zadania służące do zaspokajania potrzeb zbiorowych i poprawy warunków życia ich mieszkańców, w tym zadanie związane z ochroną zdrowia mieszkańców dzielnic. W związku z tym Rady Dzielnic wychodzą naprzeciw zapotrzebowaniu społeczności lokalnej w zakresie ochrony zdrowia poprzez finansowanie lokalnych programów prozdrowotnych. Z powyższego wynika często znaczna rozbieżność między zadaniami profilaktycznymi realizowanymi przez różne dzielnice i różne zaangażowanie finansowe.

W roku 2005 Dzielnice Miasta Krakowa wydały na profilaktykę i promocję zdrowia kwotę 491 662,80 złotych. Najwięcej

środków na zadania związane z profilaktyką i promocją zdrowia wydatkowały Dzielnice I, V i VII, a najmniej Dzielnice IX, X, XII i XVIII.

W przeliczeniu na jednego mieszkańca największą kwotę – 2,33 zł w roku 2005 r. przeznaczyła Dzielnica VII, a w następnej kolejności Dzielnice: I – 1,76 zł, VI – 1,52

Tab.III-21. Zaangażowanie finansowe poszczególnych dzielnic Krakowa w realizację programów profilaktycznych w 2005 r.

Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

Dzielnica	Kwota
I	85 423,80 zł
II	36 980,00 zł
III	39 966,00 zł
IV	24 085,00 zł
V	53 942,00 zł
VI	33 958,80 zł
VII	46 853,20 zł
VIII	34 916,00 zł
IX	5 500,00 zł
X	6 500,00 zł
XI	13 909,00 zł
XII	0,00 zł
XIII	13 548,00 zł
XIV	29 882,00 zł
XV	17 670,00 zł
XVI	19 935,00 zł
XVII	28 594,00 zł
XVIII	0,00 zł
łącznie	491 662,80 zł

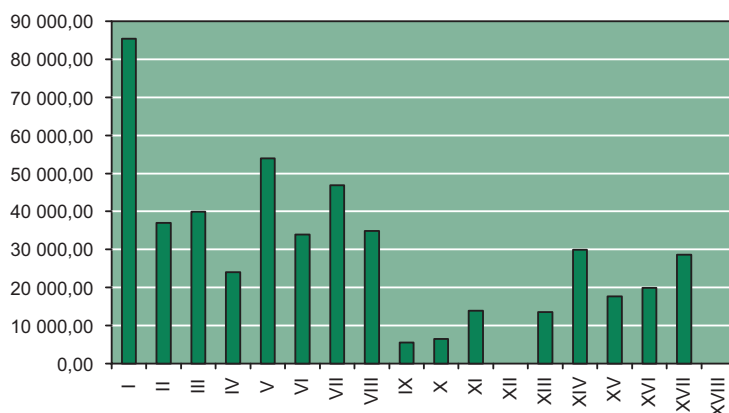
zł, V – 1,45 zł, XVII – 1,41 zł, XIV – 1,30 zł i II – 1,12 zł.

W roku 2005 Dzielnice Miasta Krakowa realizowały programy w szesnastu zakresach tematycznych. Ogólnie największe kwoty wydane zostały na programy: szczepień przeciwko grypie – 93.990 zł, profilaktyki raka piersi – 86.004 zł oraz profilaktyki wad postawy – 67.330 zł. W ramach 16 realizowanych w Dzielnicach programów profilaktycznych za kwotę 491.662,80 zł przebadano lub udzielono świadczeń dla łącznie 18.072 mieszkańców Krakowa. Największa liczba osób była uczestnikami programów:

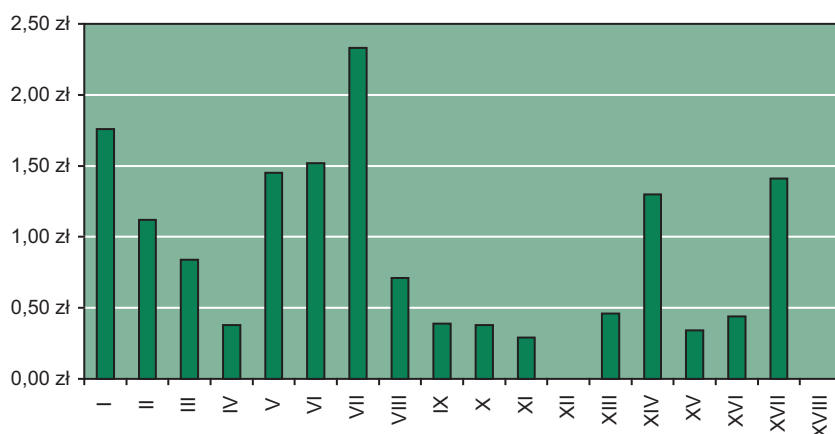
- szczepień przeciwko grypie – 4.491 (24,9% wszystkich uczestników programów),
- profilaktyki wad postawy u dzieci – 3.018 (16,7%),
- profilaktyki wzroku u dzieci – 2.969 (16,4%),
- profilaktyki raka piersi – 1.668 (9,2%),
- profilaktyki chorób tarczycy dzieci i młodzieży – 1161 (6,2%),
- szczepień przeciwko żółtacze – 1.104 (6,1%).

**Tab. III-22. Kwota wydatkowana przez Dzielnice na profilaktykę w 2005 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca**  
Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

Dzielnica	kwota w zł
I	1,76 zł
II	1,12 zł
III	0,84 zł
IV	0,38 zł
V	1,45 zł
VI	1,52 zł
VII	2,33 zł
VIII	0,71 zł
IX	0,39 zł
X	0,38 zł
XI	0,29 zł
XII	0,00 zł
XIII	0,46 zł
XIV	1,30 zł
XV	0,34 zł
XVI	0,44 zł
XVII	1,41 zł
XVIII	0,00 zł
<b>Łącznie</b>	<b>0,70 zł</b>



**Rys. III-5. Środki wydatkowane przez poszczególne Dzielnice na programy profilaktyczne w 2005 r.**



**Rys. III-6. Kwota wydatkowana przez Dzielnice na profilaktykę w 2005 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca**

W ramach środków finansowych wydatkowanych przez Dzielnice w roku 2005 finansowane były programy:

1. wyłącznie dla dzieci: m. in. profilaktyki próchnicy, wad postawy, profilaktyki chorób wzroku, chorób tarczycy,
2. dla dorosłych: profilaktyki raka piersi, chorób płuc, raka stercza, miażdżycy i cukrzycy, badań kardiologicznych,
3. dla osób starszych: profilaktyki osteoporozy, szczepień przeciwko grypie.
4. programy dla ogółu mieszkańców (bez ograniczeń dotyczących grupy wiekowej): programy szczepień przeciwko grypie i żółtaczce.

### Inne programy profilaktyczne realizowane dla mieszkańców Krakowa w 2005 r.

W dniu 26 kwietnia 2005 r. zawarte zostały dwa porozumienia tj. Porozumienie o współpracy pomiędzy Gminą Miejską Kraków a Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie oraz Porozumienie o współpracy pomiędzy Gminą Miejską Kraków a Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Przedmiotem powyższych porozumień jest prowadzenie wspólnych działań mających na celu poprawę stanu zdrowotnego mieszkańców Krakowa, w szczególności poprzez realizację celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia oraz realizację zadań z zakresu organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

### Programy realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>50</sup>

W 2005 r. na terenie województwa małopolskiego udzielane były świadczenia w ramach pięciu programów profilaktycznych i promocji zdrowia finansowanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia – adresowany do osób między 35. a 55. r. ż., u których nie rozpoznano chorób układu krążenia,
2. profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – skierowany do osób w wieku 40 – 65 lat, palących papierosy oraz byłych palaczy, u których wcześniej nie zdiagnozowano, ani nie podejrze-

Nazwa programu	Łączna liczba osób
Program profilaktyki próchnicy u dzieci	561
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	3 018
Program profilaktyki wzroku u dzieci	2 969
Program szczepień przeciwko grypie	4 491
Program szczepień przeciwko żółtaczce	1 104
Program profilaktyki raka piersi (mammografia, USG)	1 668
Program profilaktyki raka piersi – badanie poziomu „Ca 125”	106
Program profilaktyki raka stercza	782
Program profilaktyki chorób płuc	322
Program profilaktyki miażdżycy i cukrzycy	875
Program badań kardiologicznych	226
Program rehabilitacji	83
Program badań USG kończyn dolnych	184
Program profilaktyki osteoporozy	295
Program profilaktyki chorób tarczycy – dorośli	227
Program profilaktyki chorób tarczycy – dzieci i młodzież	1 161
<b>Łącznie</b>	<b>18 072</b>

Tab.III-23. Liczba osób uczestniczących w programach dzielnicowych w 2005 r.  
Źródło: dane Urzędu Miasta Krakowa

- wano przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
3. profilaktyki raka szyjki macicy – dla kobiet między 30. a 59. r. ż., które nie poddały się badaniu cytologicznemu w ciągu ostatnich 3 lat,
  4. profilaktyki raka piersi – dla kobiet w wieku od 50. do 69. r. ż., u których nie wykonywano badania mammograficznego w ciągu ostatnich 2 lat,
  5. badań prenatalnych, którym objęte zostały kobiety w ciąży od 35. r. ż. oraz te, u których w wywiadzie lub badaniu istnieje podejrzenie wystąpienia nieprawidłowości genetycznych płodu.

W w/w programach uczestniczyli również mieszkańcy Krakowa. W 2005 r. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał 29 umów z 23 świadczeniodawcami na realizację w/w programów profilaktycznych na terenie miasta Krakowa na łączną kwotę 3 267 018 zł.

### Programy realizowane na terenie Krakowa przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie w 2005 r.<sup>51</sup>

W roku 2005 kontynuowano realizację programów WHO i innych w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych tj:

1. Programu eliminacji odry zgodnie, z którym wszystkie przypadki podejrzenia odry winne być zgłoszone niezwłocznie do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego oraz potwierdzone badaniem serologicznym przeciwciał p/odrowych w klasie IgM, równocześnie poziom zaszczepienia dzieci p/odrze w 2. roku życia powinien wynosić co najmniej 95%. W roku 2005 na terenie Miasta Krakowa wskaźnik zaszczepienia tej grupy wiekowej wyniósł 71,8%, natomiast dzieci, które ukończyły 2 lata (a więc w 3. roku życia) wyniósł 93,8%, a zatem nie osiągnął wymaganego poziomu. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie wystąpił z szeroko prowadzoną kampanią informacyjną do lekarzy pierwszego kontaktu

<sup>50</sup> na podstawie danych MOW NFZ [www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)

<sup>51</sup> Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego miasta Krakowa za rok 2005, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie



- i pediatriów dotyczącą założeń programu i konieczności ich realizacji.
- Program nadzoru epidemiologicznego i wirusologicznego nad grypą „Sentinel” realizowany w państwach Unii Europejskiej, który ma na celu stworzenie systemu wczesnego ostrzegania w sytuacji epidemii czy pandemii grypy – wdrożony w sezonie epidemicznym 2003/04 na terenie Miasta Krakowa najpierw przez 4 przychodnie, a obecnie realizowany w 6 przychodniach. Łącznie uczestniczy w nim 36 lekarzy obejmujących opieką 97 226 osób. W roku 2005 przychodnie biorące udział w programie pobrały 31 prób wymazów z nosogardzieli od osób chorych. W wyniku badań potwierdzono obecność wirusa z grupy A w 1 przypadku i z grupy B w 4 przypadkach.
  - Program szczepień ochronnych – na terenie Miasta Krakowa wykonanie szczepień ochronnych w roku 2005, w porównaniu z rokiem 2004, w większości rodzajów szczepień wśród małych dzieci, jak i młodzieży szkolnej uległo poprawie, z wyjątkiem szczepień p/wzw B w 2. roku życia (spadek o 1%), p/w polio w 3. roku życia (spadek o 1,1%), p/błonicy, tężcowi w 6. roku życia (spadek o 0,2%) i p/w polio w 6. roku życia (spadek o 2,4%). Poprawę uzyskano w następujących rodzajach szczepień:
    - w 1. roku życia:
      - p/wzw typu B (żółtaczką typu B) – wzrost o 1%,
      - p/DTP (błonicy, tężcowi, krztuścowi) – wzrost o 1,1%,
      - p/Polio – wzrost o 1,6%.
    - w 2. roku życia:
      - p/DTP (błonicy, tężcowi, krztuścowi) – wzrost o 0,4%,
      - p/Polio – wzrost o 1,7%,
      - blizny po BCG – wzrost o 0,3%,
      - p/odrze, śwince, różyczce – wzrost o 1,8%.
    - w 3. roku życia:
      - p/DTP (błonicy, tężcowi, krztuścowi) – wzrost o 0,2%,
      - p/odrze, śwince, różyczce – wzrost o 0,9%.
    - w 6. roku życia:
      - p/krztuścowi – wzrost o 2,3%.
    - w 7. roku życia:
      - p/DT (błonica, tężec) – wzrost o 1%,
      - p/krztuścowi – wzrost o 60,2%,
      - p/polio – wzrost o 0,3%,
      - p/BCG – wzrost o 6,6%.
    - w 8. roku życia:
      - p/Td (tężec, błonica) – wzrost o 0,8%,
      - p/polio – pozostaje na niezmiennym poziomie.

- w 12. roku życia:
  - próby tuberkulinowe (Rt23) wzrost o 16,5%.
- w 13. roku życia:
  - p/różyczce – wzrost o 23,7%.
- w 14. roku życia:
  - p/Td (tężec, błonica) – wzrost o 1,9%.
- w 15. roku życia:
  - p/WZW typ B (żółtaczką typu B) – wzrost o 7,3%.
- w 19. roku życia:
  - p/Td (tężec, błonica) – wzrost o 3,7%.

Znaczny wzrost uodpornienia p/krztuścowi u dzieci w 7. roku życia spowodowany był zmianą systemu uodpornienia w programie szczepień ochronnych w połowie 2004 roku i wprowadzeniem szczepień p/błonicy, tężcowi i krztuścowi szczepionką aceluarną DTaP. Zmiany organizacyjne w realizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży szkolnej w 2004 roku spowodowały spadek uodpornienia w podlega-

jących rocznikach. Obecnie ustabilizowana sytuacja – przekazane karty uodpornienia ze szkół do lekarza poz w roku 2004 i I kwartale 2005 spowodowały znaczną poprawę w wykonaniu szczepień w rocznikach szkolnych.

W 2005 r. zgłoszono 36 zachorowań (o 14 przypadków mniej niż w 2004 roku tj. o 38,8%) na wzw B, hospitalizowano 27 osób tj. 75% chorych. Wszystkie przypadki potwierdzono badaniem serologicznym krwi. 27 przypadków było powiązanych czasowo z leczeniem w zakładach służby zdrowia. Chorowały osoby dorosłe nie-szczepione p/wzw typu B. Poprawa systematyczna sytuacji epidemiologicznej wzw typu B to efekt wielokierunkowych działań zapobiegawczych prowadzonych przez Inspektora Sanitarnego, które obejmują: nadzór nad realizacją Programu obowiązkowych szczepień ochronnych, które w tym wypadku dotyczą:

- noworodków (poziom wyszczepienia w 2005 r. wyniósł 89,6%),

**Tab. III-24. Procentowe wykonanie szczepień w latach 2004/2005**  
 Źródło danych: Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie

Rok życia	Rodzaj szczepienia	2004 r.		2005 r.	
		Miasto Kraków	Woj. Małopolskie	Miasto Kraków	Woj. Małopolskie
1	WZW B 2+3x	88,6	90,5	89,6	90,8
	DTP 3x	48,5	55,4	49,6	56,3
	Polio 2x	52,1	56	53,8	57,5
2	WZW B 2+3x	99,6	99,7	98,65	99,5
	DTP 3+4x	94,6	97,4	95,0	97,4
	Polio 3+4x	93,6	97,1	95,2	97,6
	Blizny po BCG	88,2	95,5	88,5	96,6
3	MMR	70,0 (67,9)	81,7	71,8	83,1
	DTP 4x	85,4	92,7	85,6	93,4
	Polio 3x	98,2	92,9	85,5	93,3
4	Odra	92,9	96,4	93,8	97,1
	DT 5x	55,9	79,4	55,7	80,4
	Krztusiec 5x	53,3	70	55,6	80,3
5	Polio 4x	56,8	79,7	54,45	80,1
	DT 5x	85,37	94	86,4	94,7
	Krztusiec 5x	22,3	-	82,5	86,7
6	Polio 4x	85,6	94,1	86,0	94,7
	BCG	46,9	74,3	53,4	79,4
	DT 5x	91,1	96,5	91,9	-
7	Polio 4x	91,4	96,5	91,6	-
	Próby tuber.	63,7	87,9	80,3	92,5
8	Różyczka	51,9	84,5	75,6	92,3
9	Td	73,6	91,3	75,6	91,2
10	WZW B	80,0	95,3	87,3	97,1
11	Td	57,7	79,8	61,5	83,8



- młodzieży szkolnej w 15. roku życia (poziom wyszczepienia w 2005 r. wyniósł 87,3%),
- studentów wyższych szkół medycznych (w roku 2005 zaszczepiono 228 osób),
- osób narażonych zawodowo (pracownicy służby zdrowia – 94,2%),
- osób z najbliższego kontaktu z chorymi na wzw typu B (w roku 2005 zaszczepiono 62,5%), a skierowano do szczepień 588 osób,
- osób z przewlekłym uszkodzeniem wątroby – zaszczepiono 104 osoby.

W roku 2005 zgłoszono również z terenu Miasta Krakowa 9 491 zachorowań na grypę w tym 4 osoby hospitalizowano. Wśród chorych 2 225 zachorowań dotyczyło dzieci do lat 14 – tj. ok. 23,4% ogółu chorych. W stosunku do roku 2004 nastąpił ok. 2,5-krotny wzrost zachorowań. W profilaktyce grypy ogromne znaczenie mają szczepienia ochronne, które zgodnie z obowiązującym Programem szczepień ochronnych, zalecane są zwłaszcza dla osób z grup ryzyka tj. powyżej 65. roku życia, z przewlekłymi chorobami, rencistów i dzieci wymagających stałej opieki, pensjonariuszy domów opieki społecznej, a także dla niektórych grup zawodowych: służby zdrowia, szkolnictwa, transportu, handlu, komunikacji, budownictwa i leśnictwa.

Miasto Kraków, poprzez wdrażanie Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia realizuje cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia zapewniając mieszkańcom miasta dostępność do usług medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej, działań prozdrowotnych i edukacji zdrowotnej, a tym samym prowadząc do „poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”.

Podkreślenia wymaga współpraca w zakresie przygotowania i realizacji programów z szerokim kręgiem osób i instytucji zajmujących się problematyką ochrony zdrowia: konsultantami wojewódzkimi, personelem medycznym zatrudnionym w zakładach opieki zdrowotnej realizujących programy, Narodowym Funduszem Zdrowia, Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, mediami itp. w celu stworzenia swoistego rodzaju „koalicji dla zdrowia” działającej na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców.

W 2005 r. kontynuowano w Krakowie realizację 11 programów profilaktycznych, zaplanowanych do realizacji w okresie od 2004 do 2006 r. w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”, w tym:

- 4 programy skierowane do dzieci i młodzieży: profilaktyki astmy i chorób alergicznych, zapobiegania próchnicy i profilaktyki wad postawy oraz programy w ramach tzw. „małej profilaktyki”
- 7 programów skierowanych do dorosłej populacji mieszkańców Krakowa.

Sprawozdania z realizacji poszczególnych programów przygotowane przez ich koordynatorów – konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz analiza zgromadzonych danych pozwalają wyciągnąć następujące wnioski dotyczące realizacji programów w 2005 r.:

- programy realizowane w 2005, zgodnie z Miejskim Programem Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”, powinny być realizowane zgodnie z założeniami, również w roku 2006,
- należy modyfikować założenia programów, w miarę możliwości, zgodnie z wnioskami koordynatorów np.: rozszerzyć działania informacyjne, udoskonalić materiały edukacyjne, wykorzystać inne sposoby dotarcia do grupy docelowej lub rozszerzyć wykorzystanie dotychczasowych, zwiększyć udział społeczności lokalnej w przygotowanych programach
- rozszerzać zakres programów, zwłaszcza tych, którymi zainteresowanie przekroczyło założenia organizatorów np. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego<sup>52</sup>,
- wzmocnić działania edukacyjno-informacyjne na temat realizowanych w Krakowie programów poprzez szerszą współpracę z mediami (prasa, radio, TV) oraz rozszerzać źródła informacji poprzez włączanie w te działania jednostek realizujących programy, wykorzystanie np. tablic informacyjnych, spotkań społeczności lokalnych czy parafii (jak w przypadku programu dotyczącego POCHP)<sup>53</sup>,
- udoskonalić system raportowania przebiegu realizacji programu, głównie w kierunku ujednoczenia zbieranych

informacji pod kątem ich wykorzystania przy ewaluacji okresu 2004-2006, jak i planowaniu programów na kolejne lata.

52 na podstawie sprawozdania przygotowanego przez koordynatora programu badań przesiewowych dla wczesnego rozpoznania raka jelita grubego prof. J. Kuliga – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii ogólnej

53 na podstawie sprawozdania przygotowanego przez koordynatora programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc prof. E. Niżankowskiej-Mogilnickiej – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc

## 11. Podsumowanie raportu i dalsze kierunki działań

Zgodnie z obowiązującą definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie to pozytywny stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności. Pod pojęciem „zdrowia” rozumiemy więc nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach.

Wśród priorytetowych obszarów działań warunkujących stan zdrowia wyróżnia się:

1. budowanie polityki zdrowia publicznego,
2. tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
3. wzmacnianie działań społeczności lokalnych na rzecz zdrowia,
4. rozwijanie osobniczych umiejętności umożliwiających zachowanie zdrowia,
5. reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Działania prewencyjne w zakresie zdrowia wymagają pełnej współpracy przedstawicieli władzy i polityków, utworzenia odpowiednich struktur koordynacji działań, kształcenia kadr oraz odpowiedniego finansowania, a także poparcia lokalnej społeczności.

W tej dziedzinie samorząd lokalny może wystąpić w trzech podstawowych rolach:

- jako ciało ułatwiające (podstawowy kierunek działań w promocji zdrowia),
- jako uczestnik realizacji celów (działania międzysektorowe na rzecz zdrowia),
- jako ustalający zasady (działania legislacyjne).

Miasto Kraków od wielu lat jest liderem samorządowym w zakresie działań na rzecz zdrowia swoich mieszkańców. Działania prozdrowotne w stosunku do mieszkańców odgrywają ogromną rolę i są realizowane systematycznie w stosunku do różnych grup odbiorców, ze szczególnym naciskiem na dzieci i młodzież. Podejmowane są one m. in. w ramach realizacji:

- Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia,
- Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przystępczości Młodzieży.

Analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców Krakowa prowadzi do następujących wniosków:

- Stan zdrowia mieszkańców Krakowa oceniany za pomocą wskaźników długości życia oraz umieralności jest na poziomie średniej ogólnopolskiej i nieco lepszy od średnich wojewódzkich. Niestety, analizowane wskaźniki zdrowotne w większości wypadków są dużo gorsze niż średnia w zachodnich krajach Unii Europejskiej.
- W porównaniu z danymi województwa małopolskiego i Polski liczba żywych urodzeń przeliczana na 1000 osób ludności jest w Krakowie niższa, i do roku 2002 spadała, choć w ostatnich 2 latach obserwuje się odwrócenie tego trendu. Ponadto, liczba żywych urodzeń jest mniejsza od liczby zgonów i w prognozach na następne 20 lat ocenia się, że zjawisko to będzie narastało.
- Umieralność niemowląt w Krakowie obniżała się po roku 1989 podobnie jak średnio w Polsce. W 2004 w Krakowie umieralność niemowląt wynosiła 7,9/1000. Wartości te są nieco wyższe od danych ogólnopolskich (5,59/1000), i 2-krotnie wyższe od średniej dla starych krajów Unii Europejskiej (3,34/1000).
- Zmniejszający się przyrost naturalny i wzrost długości życia zmienia odsetek osób w wieku produkcyjnym. Niższy odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym pośrednio świadczy o niższym przyroście naturalnym w minionych latach co w przyszłości będzie skutkowało mniej korzystniejszym niż w innych rejonach kraju stosunkiem liczby osób pracujących do osób w wieku poprodukcyjnym.
- Prognozy wskazują na spadek liczby mieszkańców Krakowa, ponadto odsetek osób w wieku powyżej 64 roku życia ulegnie dalszemu zwiększeniu. Prognozy wskazują także, że w Krakowie odsetek osób powyżej 64 r. ż. wzrośnie z 11% w roku 2002 do 22% w roku 2030, a kobiet powyżej 60 r.ż. z 21% w roku 2002 do 36% w roku 2030.
- Oczekiwana długość życia noworodka w Krakowie w roku 2004 była wyższa od średniej ogólnopolskiej i wynosiła dla chłopców 73,3 lat (w woj. małopolskim – 72,02, średnia ogólnopolska – 70,67), a dla dziewczynek 80,3 (w woj. małopolskim – 80,29, średnia ogólnopolska 79,23). Były to wartości jedne z najwyższych w Polsce jednak niższe niż w Unii Europejskiej (dla chłopców

– 75,5 lat, dla dziewczynek – 81,7 lat – rok 2000). Dla mężczyzny w wieku 60 lat oczekiwana długość życia wynosiła 18,8, a dla kobiety 22,9 lat.

- Współczynnik zgonów ze wszystkich przyczyn (współczynnik umieralności ogólnej) w Krakowie wynosił w roku 2004 – 889/100.000 i był niższy od średnich ogólnopolskich (950/100.000).
- Współczynnik umieralności ogólnej u mężczyzn w Krakowie wynosił w roku 2004 940/100.000 i był niższy niż średnio w Polsce (1050/100.000). U kobiet współczynnik umieralności wynosił 844/100.000 i był również nieco niższy od średnich ogólnopolskich (860/100.000).
- Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest najwyższa w grupach wiekowych powyżej 75 roku życia i była podobna w roku 2002 i 2003.
- Najczęstszą przyczyną zgonów w Krakowie były choroby układu krążenia, które stanowiły 48% u mężczyzn, u kobiet 63% wszystkich zgonów. Współczynniki te są niższe od średnich dla Polski, natomiast w stosunku do danych wojewódzkich odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia był w Krakowie podobny u mężczyzn, a wyższy u kobiet (średnio w woj. małopolskim u mężczyzn 46%, u kobiet – 58%).
- Drugą kolejną przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe, odpowiednio 31% u mężczyzn i 26% u kobiet. Umieralność z powodu nowotworów była dla obu płci niższa niż średnio w woj. Małopolskim. Główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych były: u mężczyzn – nowotwory płuc, u kobiet – nowotwory: piersi, szyjki macicy.
- Na trzecim miejscu znajdują się zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc – 11% u mężczyzn i 3% u kobiet. Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych u mężczyzn (w Krakowie – 78/100.000) była niższa od średniej ogólnopolskiej (101/100.000). U kobiet umieralność z tego powodu ma niemal 4-krotnie niższe wartości niż u mężczyzn (22/100.000 w Krakowie) i jest na poziomie średniej dla Polski (25/100.000). Umieralność z przyczyn zewnętrznych jest w Krakowie wyższa od danych z Unii Europejskiej (64/100.000 u mężczyzn i 23/100.000 u kobiet).
- Inne główne przyczyny zgonu to choroby układu oddechowego i trawienego. Wynosiły one ok. 3-4% wszystkich zgonów, były podobne u obu płci

i nie różniły się w zasadzie w Krakowie i w woj. małopolskim.

- Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej mężczyzn wynosił w 2004 r. w Krakowie 963/100.000 i był niższy od średniej ogólnopolskiej (1192/100.000) i znacznie wyższy od średniej dla Unii Europejskiej (865/100.000). U kobiet wynosił w Krakowie 558/100.000, podczas gdy średnia dla Polski: 635/100.000, a średnia dla Unii Europejskiej 517/100.000.
- W Krakowie współczynnik zapadalności na choroby zakaźne był niższy od średnich w Polsce. Współczynnik zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby wynosił w 2004 roku 17,42 i miał tendencję wzrostową. Zapadalność na wzw typu B wynosiła w Krakowie 6,6/100.000 ludności i podlegała niewielkiemu wzrostowi, natomiast zapadalność na wzw typu C osiągała bardzo wysokie wartości (11,75/100.000 w 2003 roku i 10,55 w 2004 roku).

#### Kierunki dalszych działań w zakresie ochrony zdrowia:

1. W zakresie chorób układu krążenia i nowotworów – dalsza koncentracja na oddziaływaniu na świadomość społeczną i leczeniu ostrych przypadków.
2. Działania na rzecz obniżenia wskaźników umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi i szyjki macicy – analiza możliwych przyczyn i zwiększanie kompletności i dostępności do programów wczesnego wykrywania.
3. Planowanie akcji edukacyjnych odnośnie znanych czynników ryzyka nowotworów i innych grup chorób (zwłaszcza układu krążenia), w tym:
  - a. rozwój edukacji zdrowotnej na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej, jak również obiegu pacjenta w systemie i dostępności do systemu,
  - b. szkolenia z zakresu prewencji pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek (nadzór, kontrola),
  - c. działania profilaktyczno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży.
4. Dostosowanie rodzaju i zakresu realizowanych programów profilaktycznych do rzeczywistego zapotrzebowania i zainteresowania z równoczesnym wzmocnieniem działań edukacyjno-informacyjnych.
5. Podejmowanie decyzji o prowadzonych programach w oparciu o Evidence

Based Medicine oraz analizy efektywności kosztowej.

6. Aktywne i pełne uczestnictwo w programach wczesnego wykrywania chorób, organizowanych w formie konkursów przez Ministerstwo Zdrowia, z naciskiem na wspieranie programów długoterminowych i obejmujących całą zagrożoną populację
7. Dalsze działania w celu utrzymania wysokiego odsetka zaszczepionych w odniesieniu do wszystkich szczepień ochronnych ze szczególnym naciskiem m. in. na wirusowe zapalenie wątroby typu B, błonicę i tężec, krztusiec, Poliomyelitis.
8. Stała obserwacja odsetka osób niepełnosprawnych oraz skali potrzeb, przeciwdziałanie pogłębianiu się stanów chorobowych (ograniczenie wymagań opieki zdrowotnej w przyszłości).
9. Inicjowanie i realizowanie programów promocji szczepień ochronnych i akcji informacyjnych, skierowanych głównie do rodziców dzieci z grup poddawanych szczepieniom (zapoznanie z programem szczepień i korzyściami wynikającymi z ich wysokiego wykonawstwa) w powiązaniu z przeszkoleniem personelu realizującego szczepienia w celu podnoszenia i uaktualniania ich wiedzy i umiejętności.
9. Należy inicjować i rozwijać lokalne programy działań na rzecz ludzi starszych w celu ich aktywizowania oraz realizacji głównych postulatów unijnej polityki wobec osób starszych, takich jak: zapobieganie marginalizacji, aktywność zawodowa i społeczna, zapewnienie godnego życia, likwidacja alienacji itd.
10. Inicjowanie i rozwijanie lokalnych programów działań na rzecz ludzi starszych w celu ich aktywizowania oraz realizacji głównych postulatów unijnej polityki wobec osób starszych, takich jak: zapobieganie marginalizacji, aktywność zawodowa i społeczna, zapewnienie godnego życia, likwidacja alienacji itd.
11. Rozbudowa systemu opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi poprzez
  - rozwój środowiskowych formy opieki nad pacjentami w wieku podeszłym (opieka w domu) – rozwijanie współpracy międzysektorowej pomiędzy różnymi instytucjami działającymi w danym obszarze: placówkami i jednostkami z obszarów ochrony zdrowia i opieki społecznej, a także,

- rozwój i tworzenie innych form opieki typu: opieka długoterminowa pielęgniarstwa, opieka dzienna, hospitalizacja domowa,
  - poprawę dostępności do świadczeń opieki długoterminowej – skrócenie czasu oczekiwania na miejsce w domach opiekuńczych (rozwój placówek opiekuńczych tworzenie nowych placówek, zwiększanie liczby personelu medycznego w placówkach) oraz szeroka i dostępna informacja w tym zakresie dla ludzi starszych i ich rodzin.
12. Rozwój lokalnego systemu działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w zakresie uzależnień:
    - wymiana informacji i rozwój współpracy pomiędzy różnymi instytucjami, w celu objęcia działaniami profilaktycznymi i promocyjnymi w dziedzinie uzależnień jak największej liczby osób, głównie dzieci i młodzieży
    - opracowanie i wdrażanie nowych programów edukacyjnych, promocyjnych i profilaktycznych integrujących jednostki administracji rządowej, samorządowej, organizacje pozarządowe, opartych na informacjach pochodzących z ciągłego monitoringu zjawiska uzależnień
    - rzetelna polityka informacyjna w mediach.
- W związku ze wzrostem rozpowszechnienia narkotyków, oraz spodziewanym w dalszych latach trendem wzrostowym narkomani rozbudowa ofert pomocy zarówno leczniczej, jak i socjalnej
- intensyfikowanie działań w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki oraz zwiększenie dostępności leczenia, szczególnie substytucjonalnego
  - programy zapobiegania niedostosowaniu społecznemu dzieci i młodzieży oraz programy z zakresu bezpieczeństwa publicznego.
13. Intensyfikacja działań w zakresie rozwoju alternatywnych form opieki psychiatrycznej: opieki dziennej i środowiskowej.
  14. Diagnostyka i analiza przyczyn wydłużenia się czasu oczekiwania do poradni: kardiologicznych (o blisko 45% w 2005 r., w stosunku do roku poprzedniego) oraz terapii uzależnień od narkotyków i substancji psychoaktywnych.
  15. Miasto Kraków podejmuje szereg działań zmierzających do poprawy organizacji i funkcjonowania medycyny szkolnej w samorządowych placów-

kach oświatowo-wychowawczych. Wprowadzone w 2005 r. Zarządzenie Prezydenta Miasta nr 1088/2005 porządkuje i uszczegóławia zadania w tym zakresie Wydziału Edukacji i Wydziału Spraw Społecznych UMK, a podpisane porozumienia z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym o współpracy podkreślają wagę tego zagadnienia i zwracają uwagę na konieczność intensyfikacji i rozwoju wspólnych działań w tym zakresie. Wyniki prowadzonych badań ankietowych wskazują na konieczność zintensyfikowania działań w celu objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną, zwłaszcza lekarską i dentyścyczną, jak największej populacji dzieci i młodzieży.

Sprawozdania z realizacji poszczególnych programów przygotowane przez ich koordynatorów – konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz analiza zgromadzonych danych pozwalają wyciągnąć następujące wnioski dotyczące realizacji programów w 2005 r.:

- programy realizowane w 2005, zgodnie z Miejskim Programem Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”, powinny być realizowane zgodnie z założeniami, również w roku 2006, z ewentualnym skorygowaniem tych elementów, których zmiana byłaby korzystna, a jest możliwa.
- należy modyfikować założenia programów, w miarę możliwości, zgodnie z wnioskami koordynatorów np.: rozszerzyć działania informacyjne, udoskonalić materiały edukacyjne, wykorzystać inne sposoby dotarcia do grupy docelowej lub rozszerzyć wykorzystanie dotychczasowych, zwiększyć udział społeczności lokalnej w przygotowanych programach (zaobserwowano mniejszy od spodziewanego udział pacjentek w programie wczesnego rozpoznawania raka piersi),
- należy rozszerzać zakres programów, zwłaszcza tych, którymi zainteresowanie przekroczyło założenia organizatorów np. program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
- należy wzmocnić działania edukacyjno-informacyjne na temat realizowanych w Krakowie programów poprzez szerszą współpracę z mediami (prasa, radio, TV) oraz rozszerzać źródła infor-

macji poprzez włączanie w te działania jednostek realizujących programy, wykorzystanie np. tablic informacyjnych, spotkań społeczności lokalnych czy parafii (jak w przypadku programu dotyczącego POCHP),

- należy udoskonalić system raportowania przebiegu realizacji programu, głównie w kierunku ujednoczenia zbieranych informacji pod kątem ich wykorzystania przy ewaluacji okresu 2004-2006, jak i planowaniu programów na kolejne lata.<sup>54</sup>

<sup>54</sup> w latach 2000-2002 programy z obszaru kardiologii realizowane były jako programy odrębne np. w 2002 r. jako 3 programy: Program ochrony serca – promocja zdrowia i profilaktyka chorób układu krążenia, Program profilaktyki miażdżycy oraz Program zapobiegania i poprawy skuteczności leczenia cukrzycy.

## Załączniki

## Spis załączników

Załącznik Nr 1	Struktura niepełnosprawności osób powyżej 16 roku życia wg: stopnia niepełnosprawności, wieku, płci, wykształcenia i zatrudnienia w Krakowie w latach 2000-2005	97
Załącznik Nr 2	Liczba łóżek w publicznych szpitalach ogólnych w Krakowie	97
Załącznik Nr 3	Liczba łóżek w niepublicznych ogólnych zakładach opieki stacjonarnej	98
Załącznik Nr 4	Liczba łóżek według oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych Miasta Krakowa	98
Załącznik Nr 5	Niepubliczne (ogólne) zakłady opieki stacjonarnej	102
Załącznik Nr 6	Zatrudnienie – Miasto Kraków 2005 r.	103
Załącznik Nr 7	Zapadalność na choroby zakaźne w Krakowie 2001-2004	104



Rok	Zatrudnienie		Wykształcenie					Płeć		Wiek				Stopień niepełnosprawności			Razem
	Tak	Nie	Mniej niż podstawowe	Podstawowe	Zasadnicze	Średnie	Wyższe	Kobiety	Mężczyźni	16-25	26-40	41-60	powyżej 60	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	
2000	737	2437	134	1142	830	815	253	1658	1516	717	475	1319	663	676	1982	516	3174
2001	775	3393	185	1357	1023	1233	370	2224	1944	711	587	1957	913	821	2700	647	4168
2002	825	2775	109	1167	986	1032	306	1903	1697	721	438	1821	620	577	2141	882	3600
2003	1349	7105	164	2531	2638	2470	651	4623	3831	1184	1009	4710	1551	1014	4977	2463	8454
2004	1058	4715	117	1503	1818	1821	514	3063	2710	501	556	3543	1173	787	3369	1617	5773
2005	1074	5872	105	1769	2052	2346	674	3811	3135	499	716	3816	1915	1010	4138	1798	6946

ZAŁĄCZNIK NR 1. Struktura niepełnosprawności osób powyżej 16 roku życia wg: stopnia niepełnosprawności, wieku, płci, wykształcenia i zatrudnienia w Krakowie w latach 2000-2005

ZAŁĄCZNIK NR 2. Liczba łóżek w publicznych szpitalach ogólnych w Krakowie

Lp.	Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek (stan na dzień 31.XII.2005 r.)	Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków we wszystkich oddziałach szpitali ogólnych *
1.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla Kraków, ul. Skarbowa 4	371	0
2.	Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego Kraków, os. Na Skarpie 66	686	40
3.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza Kraków, ul. Prądnicka 35-37	465	50
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera Kraków, oś. Złota Jesień 1	723	21
5.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II Kraków, ul. Prądnicka 80	505	9
6.	Wojewódzki Szpital Okulistyczny Kraków, ul. Dożynkowa 61	90	0
7.	Wojewódzki Specjalistyczny. Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika Kraków, ul. Strzelecka 2	145	12
8.	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy - Oddz. Szpitalne Kraków, ul. Wielicka 265	20	0
9.	Krakowskie Centrum Rehabilitacji Kraków, Al. Modrzewiowa 22	100	0
11.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Kraków, ul. Wielicka 265	582	0
12.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie Kraków, ul. Kopernika 36	1 333	67
13.	Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej Kraków, ul. Garncarska 11	220	0
<b>Ogółem</b>		<b>5 240</b>	<b>199</b>

\*/ Na liczbę miejsc składa się liczba łóżeczek i inkubatorów.

Lp.	Nazwa i adres zakładu	Liczba łóżek (stan na dzień 31.XII.2005 r.)	Liczba miejsc dla noworodków i wcześniaków we wszystkich oddz. szpitali ogólnych */
1.	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego Kraków, ul. Trynitaraska 11	127	0
2.	ZOZ „Centrum Medyczne - Nowa Huta” sp. z o.o. Kraków, ul. Ujastek 3	25	0
3.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego, Kraków, ul. Siemiradzkiego 1	50	56
4.	FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno- Operacyjne Ginekologii i Położnictwa Kraków, ul. Warowna 113	11	7
5.	Prywatna Klinika SPES spółka z o.o. Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	11	8
6.	Prywatny Szpital Położniczo-Ginekologiczny Sp. z o.o., Kraków, ul. Ujastek 3	32	22
7.	NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta sp. z o.o., Kraków, ul. Ujastek 3	16	0
8.	NZOZ Specj.Gabinety Lekarskie POPIELA Kraków, os. Witkowiec Nowe 53	3	0
9.	NZOZ „MEDICINA” sp. z o.o. Kraków, ul. Rogozińskiego12	4	0
10.	NZOZ Ortopedyczno Medyczny Ośrodek Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu Kraków, ul. Lubicz 25/6	7	0
11.	NZOZ „ARKA” sp. z o.o. Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	2	0
<b>Ogółem</b>		<b>288</b>	<b>93</b>

\*/ Na liczbę miejsc składa się liczba łóżeczek i inkubatorów.

Załącznik nr 3. Liczba łóżek w niepublicznych ogólnych zakładach opieki stacjonarnej

Załącznik nr 4. Liczba łóżek według oddziałów w publicznych szpitalach ogólnych Miasta Krakowa

Lp.	Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004 r.	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005 r.
	Miasto Kraków liczba łóżek	5 418	5 240
	liczba miejsc dla noworodków w oddziałach neonatologicznych	165 miejsc	178 miejsc
1.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla – Kraków, ul. Skarbowa 4	320	371
	oddział: internistyczny (3 oddziały)	177	177
	kardiologiczny	39	39
	reumatologiczny (2 oddziały)	47	76
	neurologiczny	38	38
	rehabilitacyjny (2 oddziały)	19	41
2.	Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego – Kraków, os. Na Skarpie 66	686	686
	oddział: internistyczny (3 oddziały)	205	205
	dziecięcy	41	36
	neurologiczny	25	25
	skórno-wenerologiczny	40	40
	obserwacyjno – zakaźny dla dorosłych i dzieci	66	66
	chirurgii ogólnej	45	45
	chirurgii dziecięcej	19	24
	anestezjologii i intensywnej terapii	7	7
	okulistyki	30	30
	urazowo – ortopedyczny	56	56
	laryngologiczny	40	40
	położniczo – ginekologiczny	83	83
	urologiczny	29	29
	noworodków i wcześniaków	21 miejsc	40 miejsc

3.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza – Kraków, ul. Prądnicza 35-37	443	465
	oddział: internistyczny (2 oddziały)	110	110
	kardiologiczny	60	60
	dziecięcy	25	25
	neurologiczny	35	35
	chirurgii ogólnej	65	65
	urazowo-ortopedyczny	0	20
	anestezjologii i intensywnej terapii	6	8
	laryngologiczny	15	15
	położniczo – ginekologiczny	70	70
	urologiczny	35	35
	pielęgniacyjny ogólny i op. leczniczy dla byłych więźniów noworodków i wcześniaków	22	22
		50 miejsc	50 miejsc
4.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera – Kraków, oś. Złota Jesień 1	726	723
	oddział internistyczny	54	54
	hematologiczny	40	40
	kardiologiczny	37	37
	nefrologii i dializoterapii	26	36
	neurologiczny	40	40
	chemioterapii	20	20
	skórno – wenerologiczny	26	26
	toksykologii i detoksykacji	41	41
	psychiatryczny	28	28
	chirurgii ogólnej	77	77
	chirurgii plastycznej	40	30
	chirurgii szczękowo – twarzowej	30	32
	anestezjologii i intensywnej terapii	12	12
	okulistyki	33	33
	urazowo – ortopedyczny (2 oddziały)	35	30
	urazów wielonarządowych, ortopedii i neuroortopedii	39	39
	laryngologiczny	36	36
	położniczo – ginekologiczny	42	42
	urologiczny	33	33
	rehabilitacyjny narządu ruchu	37	37
	noworodków i wcześniaków	27 miejsc	21 miejsc
5.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II – Kraków, ul. Prądnicza 80	514	505
	oddział: kardiologiczny – 2 oddz.	76	76
	kardiologii interwencyjnej	16	16
	elektrokardiologii	18	18
	szybkiej diagnostyki	15	obecnie dzienne
	anestezjologii i intensywnej terapii	14	30
	chorób infekcyjnych dzieci i hepatologii dziecięcej	40	30
	neuroinfekcji, neurologii dziecięcej	51	35
	chirurgii serca i naczyń – kardiochirurgia	136	120
	chirurgii klatki piersiowej – torakochirurgiczny	37	48
	wirusowego zapalenia wątroby – zakaźny	25	25
	gruźlicy i chorób płuc (2 oddziały)	86	107
6.	Wojewódzki Szpital Okulistyczny – Kraków, ul. Dożynkowa 61	90	90
	oddział: chirurgii oka	30	30
	leczenia zezu i niedowidzenia	30	30
	urazów oka	30	30

7.	Krakowski Szpital Reumatologii i Rehabilitacji – Kraków, ul. Focha 33	51	0
	oddział: reumatologiczny	29	od 1.10.2005r. połączony ze Szp. Specj. im.J.Dietla
	rehabilitacji	22	
8.	Wojewódzki Specjalny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika – Kraków, ul. Strzelecka 2	145	145
	oddział: ogólnoniemowlęcy i patologii noworodka	40	40
	pulmonologiczny dzieci starszych	20	20
	pulmonologii niemowlęcej	20	20
	neurologiczny i chorób tkanki łącznej	40	40
	psychiatrii dzieci	25	25
9.	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – Kraków, ul. Wielicka 265	20	20
	oddział opieki paliatywnej	20	20
10.	Krakowskie Centrum Rehabilitacji – Kraków, Al. Modrzewiowa 22	100	100
	oddział: anestezjologii i intensywnej terapii	3	0
	urazowo – ortopedyczny	45	48
	rehabilitacji narządu ruchu	52	52
11.	Okręgowy Szpital Kolejowy – Kraków, ul. J. Lea 44 (w likwidacji)	165	0
	oddział: internistyczny (2 oddziały)	60	Działalność w zakresie leczenia stacjonarnego została zakończona 30.VI.2005 r.
	chirurgii ogólnej	35	
	anestezjologii i intensywnej terapii	4	
	okulistyczny	8	
	urazowo-ortopedyczny	27	
	laryngologiczny	15	
	urologiczny	16	
12.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy – Kraków, ul. Wielicka 265	582	582
	oddział: endokrynologiczny	18	18
	hematologiczno – onkologiczny	43	43
	onkologiczno-hematologiczny czasowego pobytu	10	10
	gastroenterologii i żywienia	24	24
	kardiologiczny	30	30
	nefrologiczny	18	18
	pediatrii i chorób środowiskowych	26	26
	pediatryczny czasowego pobytu	6	6
	niemowlęcy (2 oddziały)	52	52
	patologii i intensywnej opieki noworodka	20	20
	pulmonologii i alergologii	23	23
	reumatologiczny	8	8
	neurologiczny	48	48
	skórno-wenerologiczny	10	10
	dializ	4	4
	chirurgii dziecięcej	43	43
	chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i oparzeń	16	16
	chirurgii urazowo-ortopedycznej	49	49
	anestezjologii i intensywnej terapii	22	22
	kardiochirurgiczny	18	18
	neurochirurgiczny	24	24
	przeszczepiania komórek krwiotwórczych	6	6
	immunologiczny	6	6
	okulistyczny	3	3
	laryngologiczny	13	13
	urologiczny	18	18
	rehabilitacyjny ogólny	24	24

13.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie – Kraków, ul. Kopernika 36	1356	1333
	oddział: chorób wewnętrznych i geriatryczny	79	79
	leczenia bólu, opieki paliatywnej i farmakologii	29	19
	chorób metabolicznych	31	27
	endokrynologiczny	44	44
	gastroenterologiczny	50	30
	hematologiczny	59	59
	kardiologiczny (2 oddziały)	62	62
	nefrologiczny	53	53
	alergologiczny (5 oddziałów)	64	77
	pulmonologiczny (2 oddziały)	65	52
	neurologiczny	65	65
	onkologiczny	12	12
	skórno-wenerologiczny	40	40
	chorób zakaźnych	55	55
	psychiatryczny dla dorosłych	80	80
	psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	20	20
	chirurgii ogólnej i naczyniowej	32	32
	chirurgii endoskopowej	31	31
	chirurgii ratunkowej i obrażeń wielonarządowych	28	28
	chirurgii przewodu pokarmowego	76	76
	neurochirurgiczny	40	40
	neurotraumatologiczny	29	29
	okulistyczny	40	40
	laryngologiczny	51	62
	położniczo – ginekologiczny i onkologii	83	83
	ginekologii i położnictwa septycznego	17	17
	endokrynologii ginekologicznej	18	18
	ginekologii i niepłodności	60	60
	urologiczny	43	43
	noworodków i wcześniaków	67 miejsc	67 miejsc
14.	Centrum Onkologii Instytut im.M.Skłodowskiej – Kraków, ul. Garncarska 11	220	220
	oddział: chemioterapii	34	34
	radioterapii	94	94
	onkologii ginekologicznej	40	40
	chirurgii onkologicznej	52	52



Nazwa, adres zakładu, oddziały	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2004	Liczba łóżek stan na dzień 31.XII.2005
Kraków (liczba łóżek)	305	288
liczba miejsc dla noworodków w oddz. neonatologicznych	94 miejsc	93 miejsc
Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego – Kraków, ul. Trynatarska 11	139	127
oddział internistyczny	53	36
chirurgii ogólnej	20	34
chirurgii naczyniowej	44	44
anestezjologii i intensywnej terapii	10	6
tw. chirurgia jednego dnia	12	7
ZOZ "Centrum Medyczne - Nowa Huta" sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3		
oddział internistyczny	25	25
Niepubl. ZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego Kraków, ul. Siemiradzkiego 1		
oddział położniczo-ginekologiczny	50	50
noworodków i wcześniaków	56 miejsc	56 miejsc
FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno-Operacyjne Ginekologii i Położnictwa – Kraków, ul. Warowna 113		
oddział położniczo-ginekologiczny	11	11
noworodków i wcześniaków	7 miejsc	7 miejsc
Prywatna Klinika SPES spółka z o.o. – Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	11	11
oddział ginekologiczno-położniczy	10	10
chirurgii ogólnej	1	1
noworodków i wcześniaków	8 miejsc	8 miejsc
Prywatny Szpital Położniczo-Ginekologiczny sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3	32	32
oddział ginekologiczno-położniczy	25	25
patologii ciąży	7	7
noworodków i wcześniaków	23 miejsc	22 miejsca
NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3		
oddział chirurgii ogólnej	16	16
NZOZ Specjalne Gabinety Lekarskie POPIELA – Kraków, os. Witkowiec Nowe 53		
oddział chirurgii ogólnej	3	3
NZOZ „MEDICINA” sp. z o.o. – Kraków, ul. Rogozińskiego12		
oddział chirurgii ogólnej	1	1
otolaryngologii	1	1
chirurgii urazowo-ortopedycznej	1	1
chirurgii naczyniowej	1	1
Niepubliczny ZOZ Ortopedyczno-Medyczny Ośrodek Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu – Kraków, ul. Lubicz 25/6		
oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	8	7
Niepubliczny ZOZ „ARKA” sp. z o.o. – Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15		
oddział chirurgii ogólnej	6	2

Załącznik Nr 5. Niepubliczne (ogólne) zakłady opieki stacjonarnej

Zakłady Opieki Zdrowotnej	Publiczne				Niepubliczne			
	Pracujący			Pracujący dla których jednostka jest głównym miejscem pracy	Pracujący			Pracujący dla których jednostka jest głównym miejscem pracy
	Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Ogółem	w tym zatrudnieni na podstawie stosunku pracy		
razem		zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	razem	zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy				
Lekarze	2 978	2 650	1 945	2 192	2 995	1 039	520	1 037
Lekarze stomatolodzy	272	253	124	145	478	322	110	308
Farmaceuci	70	70	61	66	9	8	6	9
Analitycy medyczni	97	97	88	89	41	31	22	32
Pozostali zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych	233	233	194	211	35	27	17	22
Mgr pielęgniarstwa	231	231	221	228	90	73	60	68
Mgr rehabilitacji	120	120	105	114	150	92	66	99
Mgr fizjoterapii	48	48	47	48	32	24	21	22
Psycholodzy	187	186	145	167	177	81	44	72
Pielęgniarki	4 390	4 350	4 246	4 311	1 546	1 093	881	1 089
Położne	467	466	463	465	226	113	93	150
Technicy dentystyczni	29	29	27	27	32	26	18	29
Technicy farmaceutyczni	67	67	65	67	5	5	4	5
Technicy/laboranci analizy medycznej	188	183	167	180	74	62	54	66
Technicy/analizy elektrodiagnostyki	324	324	314	321	130	77	59	89
Technicy fizjoterapii	125	125	124	125	128	111	89	117
Technicy masażyści	40	40	34	40	68	54	30	50
Dietetycy /tylko z wykształceniem średnim/	174	174	174	174	16	12	7	12
Ratownicy medyczni	155	153	112	137	23	4	4	5

Załącznik Nr 6. Zatrudnienie – Kraków 2005 r.

Załącznik 7. Zapadalność na choroby zakaźne w Krakowie 2001-2004

	2001		2002		2003		2004	
	liczba	współ- czynnik	liczba	współ- czynnik	liczba	współ- czynnik	liczba	współ- czynnik
Cholera (A00)	-	-	-	-	0	0	0	0
Dur brzuszny (A01.0)	-	-	-	-	0	0	0	0
Dury rzekome A.B.C (A01.1-A01.3)	-	-	-	-	0	0	0	0
Salmonellozy: razem	220	29,66	264	35,6	276	36,43	221	29,16
w tym: zatrucia pokarmowe (A02.0)	217	29,26	263	35,5	276	36,43	217	28,63
zakażenia pozajelitowe (A02.1-A02.9)	3	0,4	1	0,13	0	0	4	0,53
Czerwonka bakteryjna / szigelozą / (A03)	-	-	3	0,4	5	0,66	3	0,4
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	130	17,53	106	14,3	82	10,82	97	12,8
w tym: dzieci do lat 2	54	432,97	48	391,4	38	309,6	46	420,05
Pełzakowa czerwonka ostra (A06.0)	-	-	-	-	0	0	3	0,4
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	256	34,52	318	42,9	251	33,13	321	42,35
w tym: dzieci do lat 2	128	1026,3	212	1728,6	147	1197,65	182	1661,95
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	203	1627,64	302	2462,5	192	1564,28	256	2337,69
w tym BNO; prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	21	168,38	42	342,5	7	57,03	28	255,68
Dżuma (A20)	-	-	-	-	0	0	0	0
Tularemia (A21)	-	-	-	-	0	0	0	0
Wąglik (A22)	-	-	-	-	0	0	0	0
Brucelozą: ogółem (A23)	-	-	-	-	0	0	0	0
w tym: nowe zachorowania	-	-	-	-	0	0	0	0
Nosacizna (A24.0)	-	-	-	-	0	0	0	0
Różycą (A26)	1	0,13	-	-	3	0,4	1	0,13
Leptospirozą (A27)	-	-	-	-	0	0	0	0
Trąd (A30)	-	-	-	-	0	0	0	0
Listeriozą: ogółem (A32; P37.2)	-	-	-	-	0	0	0	0
w tym: wrodzona (P37.2)	-	-	-	-	0	0	0	0
Tężec: ogółem (A33-A35)	-	-	1	0,13	0	0	0	0
w tym: noworodków (A33)	-	-	-	-	0	0	0	0
Błonica (A36)	-	-	-	-	0	0	0	0
Krzusiec (A37)	41	5,52	13	1,75	21	2,77	42	5,54
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	121	16,31	109	14,7	85	11,22	244	32,19
Zapalenie opon mózgowych: razem	33	4,45	52	7	56	7,39	43	5,67
w tym: meningokokowe (A39.0)	1	0,13	2	0,27	0	0	6	0,79
wywołane przez Haemophilus influenzae (G00.0)	2	0,27	1	0,13	0	0	2	0,26
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1- G00.9)	4	0,54	17	2,3	8	1,06	17	2,24
wirusowe, określone i nie określone (A87;B00.3; B02.1)	26	3,51	32	4,3	46	6,07	15	1,98
inne i nieokreślone (G03)	-	-	-	-	2	0,26	3	0,4
Zapalenie mózgu: razem	10	1,35	568	1,47	3	0,4	3	0,4
w tym: meningokokowe (A39.8)	-	-	5	0,01	0	0	0	0

wywołane przez Haemophilus influenzae (G04.2)	-	-	4	0.01	0	0	0	0
inne bakteryjne (G04.2)	7	0.94	108	0.28	1	0,13	1	0,13
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	1	0.13	205	0.53	0	0	0	0
inne wirusowe, określone (A83;A85;B00.4;B02.0;B25.8)	-	-	24	0.06	0	0	0	0
wirusowe, nie określone (A86)	1	0.13	150	0.39	0	0	2	0,26
poszczepienne (G04.0)	-	-	-	-	0	0	0	0
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	1	0.13	72	0.19	2	0,26	0	0
Róża: ogółem (A46; O86.8)	38	5.12	3637	9.41	30	3,96	69	9,1
w tym: po porodzie i w połogu (O86.8)	-	-	-	-	0	0	0	0
Twardziel (A48.8)	-	-	1	0.00	0	0	0	0
Gorączka powrotna (A68)	-	-	-	-	0	0	0	0
Choroba z Lyme /krętkowica kleszczowa/ (A69.2)	83	11.19	2471	6.39	143	18,87	165	21,77
Ornitozy/zakażenia Chlamydia psittaci/ (A70)	-	-	5	0.01	0	0	0	0
Jaglica (A71)	-	-	-	-	0	0	0	0
Riketsjozy: razem	-	-	1	0.00	0	0	0	0
w tym: dur wysypkowy (A75)	-	-	-	-	0	0	0	0
gorączka Q (A78)	-	-	1	0.00	0	0	0	0
gorączka plamista i inne riketsjozy (A77; A79)	-	-	-	-	0	0	0	0
Ostre nagminne porażenie dzieci., łącznie z poszczepiennym (A80)	-	-	-	-	0	0	0	0
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	4	4,05	2	2,1	4	4,23	1	1,1
Choroba Jakoba-Creutzfeldta (A81.0)	1	0.13	8	0.02	0	0	0	0
Podostre stwardniające zapalenie mózgu (A81.1)	-	-	1	0.00	0	0	0	0
Wścieklizna (A82)	-	-	-	-	0	0	0	0
Pokąsanie przez zwierzęta, po których podjęto szczep.p.wściekl.	302	40.72	11385	29.46	246	32,47	292	38,52
Żółta gorączka (A95)	-	-	-	-	0	0	0	0
Ospa wietrzna (B01)	1955	263.65	1E+05	275.16	2012	265,55	2994	395,01
Odra (B05)	4	0.54	132	0.34	1	0,13	1	0,13
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	837	112.88	84418	218.47	67	8,84	65	8,58
w tym: wrodzony zespół różyczkowy (P35.0)	2	33.16	2	0.54	0	0	0	0
Pryszczyca (B08.8)	-	-	-	-	0	0	0	0
Wirusowe zapalenie wątroby: razem	81	10.92	5178	13.40	124	16,37	132	17,42
w tym: typu A (B15)	1	0.13	738	1.91	1	0,13	1	0,13
typu B (B16; B18.0-B18.1)	40	5.39	2277	5.89	34	4,49	50	6,6
typu C (B17.1; B18.2)	36	4.85	1837	4.75	89	11,75	80	10,55
typu B+C (B16; B18.0-B18.1/B17.1; B18.2)	4	0.54	114	0.30	0	0	1	0,13
inne i nie określone (B17.0;B17.2-B17.8;B18.8 - B18.9;B19)	-	-	212	0.55	0	0	0	0
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	99	13.35	16723	43.28	846	111,66	1303	171,91
Mononukleoza zakaźna (B27)	51	6.88	1911	4.95	56	7,39	89	11,74
Grzybice skóry / dermatofityzy/ (B35)	-	-	1636	4.23	8	1,06	21	2,77

Zimnica: ogółem (B50-B54; P37.3-P37.4)	1	0.13	24	0.06	1	0,13	0	0
w tym: wrodzona (P37.3-P37.4)	-	-	-	-	0	0	0	0
Toksoplazmoza: ogółem (B58; P37.1)	3	0.40	447	1.16	2	0,26	2	0,26
w tym: wrodzona (P37.1)	-	-	5	1.36	0	0	0	0
Tasiemczyce: razem	10	1.35	321	0.83	7	0,92	3	0,4
w tym: bąblowica (B67)	1	0.13	37	0.10	0	0	0	0
wągrzyca (B69)	-	-	-	-	0	0	0	0
Taenia saginata (B68.1)	6	0.81	194	0.50	4	0,53	2	0,26
inna i nie określona (B68.0; B68.9; B70; B71)	3	0.40	90	0.23	3	0,4	1	0,13
Włośnica (B75)	-	-	64	0.17	0	0	0	0
Świerzb (B86)	112	15.1	16385	42.40	69	9,11	52	6,86
Paciorkowcowe zapalenie gardła i/lub migdałków (J02.0; J03.0)	-	-	329	0.85	0	0	0	0
Grypa: ogółem (J10; J11)	11382	1534.97	576449	1491.80	25227	3329,48	3698	487,89
w tym: dzieci (0-14 lat)	3067	3102.40	275358	3851.44	8182	8648,13	715	787,97
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	309	41.67	24393	63.13	380	50,15	285	37,6
w tym: salmonelozy (A02.0)	217	29.26	19788	51.21	276	36,43	217	28,63
gronkowcowe (A05.0)	-	-	647	1.67	0	0	17	2,24
jadem kiełbasianym / botulizm/ (A05.1)	1	0.13	66	0.17	0	0	0	0
wywołane przez Cl.perfringens (A05.2)	-	-	1	0.00	0	0	0	0
inne określone (A05.3-A05.8)	3	0.40	307	0.79	15	1,98	0	0
nie określone (A05.9)	88	11.87	3584	9.28	89	11,75	51	6,73
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: razem	1	0.13	261	0.68	0	0	0	0
w tym: grzybami (T62.0)	1	0.13	238	0.62	0	0	0	0
jagodami, innymi częściami roślin (T62.1-T62.2)	-	-	23	0.06	0	0	0	0
rybą, skorupiakami, innymi produktami morza (T61)	-	-	-	-	0	0	0	0
innymi subst. szkodliwymi, spożytymi jako pokarm (T62.8-T62.9)	-	-	-	-	0	0	0	0
Inne zatrucia: razem	132	17.80	9159	23.70	99	13,07	3	0,4
w tym: aflatoksynami, mykotoksynami w produktach spoż. (T64)	-	-	2	0.01	0	0	0	0
pestycydami (T60)	-	-	223	0.58	0	0	1	0,13
lekami i preparatami farmakologicznymi (T36-T50)	25	3.37	5064	13.11	14	1,85	0	0
alkoholem (T51)	67	9.03	1637	4.24	68	8,97	1	0,13
in.subst. zazwyczaj nie stos. w celach lecz. (T52-T59)	39	5.26	1476	3.82	17	2,24	1	0,13
efekt kontaktu z jadowitymi zwierzętami (T63)	-	-	53	0.14	0	0	0	0
substancjami innymi i nie określonymi (T65)	1	0.13	704	1.82	0	0	0	0



## Bibliografia

### Opracowania i raporty:

1. Biuletyn statystyczno-informacyjny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie,
2. Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
3. Integracja instytucji w programach zdrowotnych – III Krakowskie Dni Zdrowia, 23-24 września 2005 r., Kraków, materiały konferencyjne.
4. Kraków w liczbach. Bank informacji o mieście, Wydział Strategii i Rozwoju UMK, Kraków 2006 r.
5. Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005. Program Wojewódzki, Sejmik Województwa Małopolskiego, Kraków, październik 2001 r.
6. Miejski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” na lata 2001, 2002, 2003, 2004-2006.
7. Miejski Program Przeciwdziałania Przestępczości Młodzieży w latach 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
8. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2000-2005, PARPA, 1999 r.
9. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego Miasta Krakowa za rok 2005, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krakowie, Kraków 2006 r.,
10. Ochrona zdrowia w wielkich miastach. Profilaktyka zdrowotna, planowanie zdrowotne”, 20-21.10.2003 r., Kraków, materiały konferencyjne.
11. Plany budżetu Miasta Krakowa na lata 2000, 2001.
12. Postawy wobec substancji uzależniających. Raport z badań Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2003 r.
13. Prof. dr hab. n. med. Józef Kocemba, Włodzimierz Biel, „Organizacja opieki zdrowotnej nad osobą starszą i przewlekle chorą w Krakowie”.
14. Program Poprawy Bezpieczeństwa dla Miasta Krakowa pn. „Bezpieczny Kraków” na lata 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
15. Programy polityki zdrowotnej państwa w latach 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
16. Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa za 2001 r., CMJ, 2002 r.
17. Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2004.
18. Raporty o stanie miasta za lata 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
19. Sprawozdania koordynatorów programów profilaktycznych realizowanych w Krakowie w roku 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia.
20. Sprawozdania z działalności MOPS za lata 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
21. Sprawozdania z realizacji budżetu Miasta Krakowa za lata 2002, 2003, 2004, 2005.
22. Sprawozdania z realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków” za lata 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, UMK.
23. Sprawozdania z realizacji zadań Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych za lata 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, UMK.
24. Sprawozdanie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego z realizacji porozumienia z Gminą Kraków w 2005 r.
25. Sprawozdanie z realizacji Programu Poprawy Bezpieczeństwa dla Miasta Krakowa „Bezpieczny Kraków” za rok 2002, 2003, 2004, 2005, UMK.
26. Sprawozdanie z realizacji w latach 2001-2003 Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005, Departament Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków, czerwiec 2004 r.
27. Sprawozdanie z realizacji Zarządzenia nr 1088 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 21 czerwca 2005 r. w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2005-2006, Wydział Spraw Społecznych UMK, luty 2006 r.
28. Sprawozdanie z wykonania zadań uznanych przez Dzielnicę za priorytetowe z zakresu ochrony zdrowia w roku 2005.
29. Wzorce konsumpcji alkoholu w Krakowie. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w listopadzie 2005 r., PBS, Warszawa-Sopot, grudzień 2005 r.

### Strony internetowe:

1. [www.krakow.pl](http://www.krakow.pl)
2. [www.bip-krakow.pl](http://www.bip-krakow.pl)
3. [www.mpppm.pl](http://www.mpppm.pl)
4. [www.wsse-krakow.pl](http://www.wsse-krakow.pl)
5. [www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)
6. [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
7. [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
8. [www.szmp.pl](http://www.szmp.pl)
9. [www.narutowicz.krakow.pl](http://www.narutowicz.krakow.pl)
10. [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl)
11. [www.zeromski-szpital.pl](http://www.zeromski-szpital.pl)
12. [www.mczp.com.pl](http://www.mczp.com.pl)
13. [www.mlodziej.info](http://www.mlodziej.info)
14. [www.mlodziej-krakow.pl](http://www.mlodziej-krakow.pl)





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](http://www.krakow.pl)

