



**ZDROWY KRAKÓW
2025-2028**

Kraków, listopad 2024 r.

Opracowanie merytoryczne dokumentu:

Elżbieta Kois-Żurek – Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia UMK

Przemysław Cichy – Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia UMK,
Koordynator Dzieliny zarządzania Zdrowie (Z) w UMK

Joanna Jabłońska – przedstawicielka Referatu ds. Zdrowia Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia

I.	WSTĘP	4
II.	DIAGNOZA SEKTORA OCHRONY ZDROWIA W KRAKOWIE	6
	1. Demografia.....	6
	2. Epidemiologia	12
	3. Czynniki ryzyka	18
	4. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	22
	5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	26
	6. Lecznictwo szpitalne	30
	7. Rehabilitacja medyczna.....	42
	8. Państwowe Ratownictwo Medyczne	45
	9. Kadry medyczne	48
	10. Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą	51
	11. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i przewlekle chorą.....	57
	12. Zdrowie psychiczne	69
	13. Leczenie uzdrowiskowe	74
	14. Profilaktyka i promocja zdrowia	78
	15. Programy polityki zdrowotnej	81
	16. Dostępność do zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne	84
III.	CELE PROGRAMU I KIERUNKI DZIAŁAŃ	86

I. WSTĘP

Wprowadzenie

Program „Zdrowy Kraków” stanowi instrument zarządzania strategicznego Miastem w zakresie ochrony zdrowia, który służy do ukierunkowywania, koordynowania i nadzorowania wdrożenia powiązanych działań i projektów w celu dostarczenia mieszkańcom Krakowa korzyści i rezultatów związanych ze strategicznymi celami Miasta Krakowa w zakresie zdrowia, określonymi w Strategii Rozwoju Krakowa.

Dokument w pierwszej części prezentuje sytuację demograficzno-epidemiologiczną oraz podejmuje próbę diagnozy sektora zdrowia w Krakowie, a w dalszej części określa cele polityki zdrowotnej Miasta oraz planowane do realizacji działania operacyjne i projekty w perspektywie do 2028 roku.

Program „Zdrowy Kraków” został opracowany zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej oraz z uwzględnieniem kierunków działań wskazanych w dokumentach strategicznych w ochronie zdrowia tj. w *mapie potrzeb zdrowotnych*, stanowiącej załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r., w *Wojewódzkim Planie Transformacji województwa małopolskiego na lata 2022-2026*, stanowiącym załącznik do Obwieszczenia Wojewody Małopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r., w dokumencie *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.*, stanowiącym załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. i innych.

Zadania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie ochrony zdrowia w świetle przepisów prawa

Kraków to miasto na prawach powiatu – jednostka samorządowa, realizująca zadania gminy i powiatu. Powiat pełni funkcję uzupełniającą i wyrównawczą w stosunku do gmin w zakresie realizowanych zadań, mających charakter ponadgminny.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia regulowane są przez ustawy ustrojowe. W myśl art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym ochrona zdrowia jest jednym z istotnych zadań samorządu gminy, służącym zaspakajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Według art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym jednym z zadań powiatu jest promocja i ochrona zdrowia o charakterze ponadgminnym.

Doprecyzowanie powyższych zadań znajduje się w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa ta określa zadania władz publicznych, a więc także samorządowych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 7 tej ustawy określa zadania własne gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami, a także podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia

mieszkańców gminy. W kolejnych artykułach ustawy zawarte są obowiązki pozostałych szczebli samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 8 dotyczącym samorządu powiatu do zadań własnych powiatu należą ponadto inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu oraz pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia.

Dodatkowo, jednostki samorządu terytorialnego mogą pełnić rolę podmiotów tworzących dla publicznych placówek opieki zdrowotnej, głównie szpitali funkcjonujących w formie tzw. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych, które mogą świadczyć opiekę zdrowotną, przewiduje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* w art. 6 ust. 2.

Natomiast zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o *zdrowiu publicznym* zadania z zakresu zdrowia publicznego wykonują m.in. jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

II. DIAGNOZA SEKTORA OCHRONY ZDROWIA W KRAKOWIE

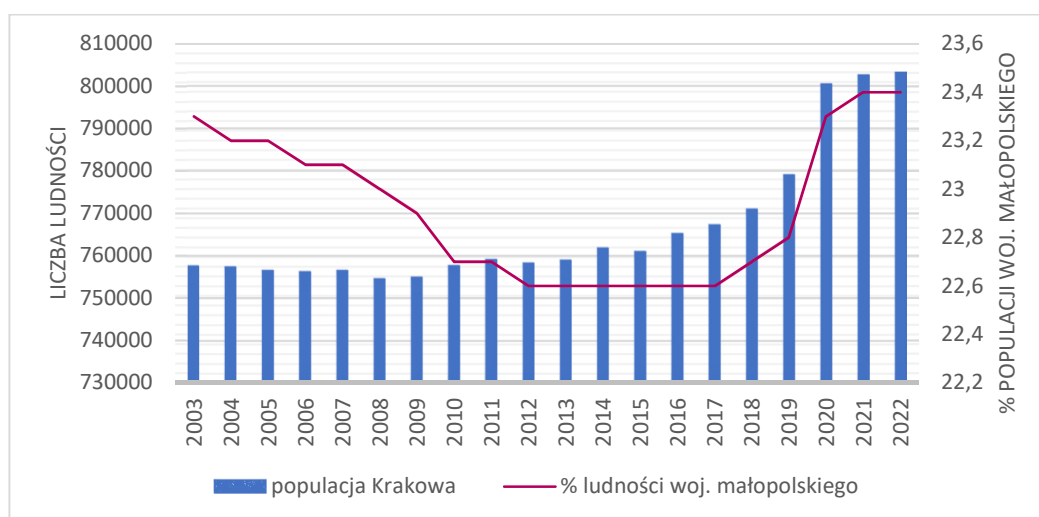
1. Demografia

Kraków jest drugim co do wielkości miastem Polski pod względem ludności i znacznie wyróżnia się rozwojem demograficznym na tle innych polskich miast takich jak Łódź, Poznań czy Wrocław. Pomijając Warszawę, pozostałe duże miasta charakteryzują się widocznym regresem demograficznym. Kraków natomiast jest stale chętnie wybierany jako miejsce zamieszkania oferujące wysoką jakość życia i przyjazne warunki dla innowacyjnej gospodarki. Należy również zauważyć, że w Krakowie, w latach 2008-2019, wystąpił dodatni przyrost naturalny, podczas gdy w kraju obserwuje się ujemny przyrost naturalny już od ponad dekady.

Analizując sytuację demograficzną Krakowa ostatnich lat, należy pamiętać o zmianach stanu i struktury ludności wynikających z ogłoszonej w marcu 2020 roku przez WHO pandemii COVID-19, a następnie z migracji spowodowanych trwającą od lutego 2022 roku wojną w Ukrainie.

1.1. Stan i struktura ludności

Populacja Krakowa w okresie ostatnich 20 lat zwiększyła się o około 6% i na koniec roku 2022, wg danych GUS liczyła 803,3 tys. ludzi. Mieszkańcy Krakowa stanowią ponad 23% populacji woj. małopolskiego (ryc.1).

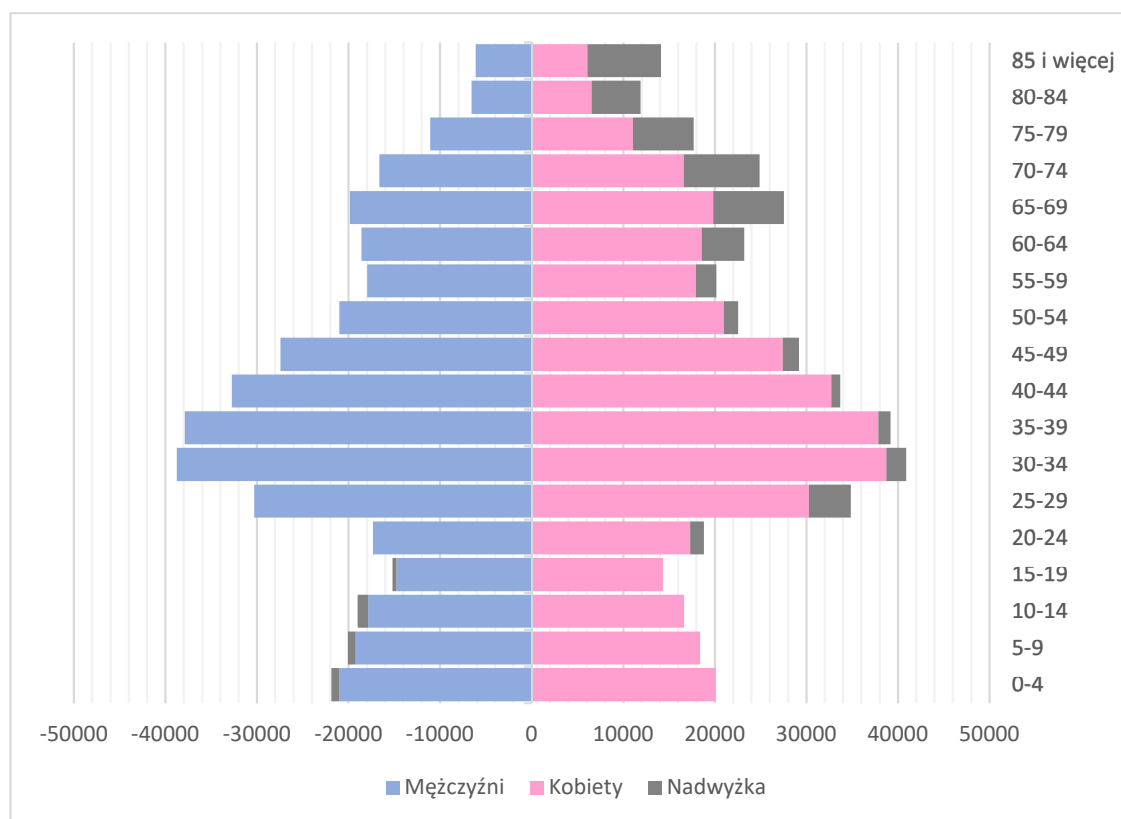


Rycina 1. Liczba ludności w Krakowie oraz udział ludności Krakowa w populacji woj. małopolskiego w latach 2003-2022. (Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

Według danych GUS w 2022 roku w Krakowie odnotowano wyższą liczbę kobiet niż mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych powyżej 20 roku życia (ryc. 2). Obecnie 53,3% populacji Gminy Miejskiej Kraków stanowią kobiety. Strukturę mieszkańców Krakowa w podziale na płeć określa współczynnik feminizacji, który wynosi 114 i jest nieco wyższy niż

w województwie małopolskim (106) i w Polsce (107).

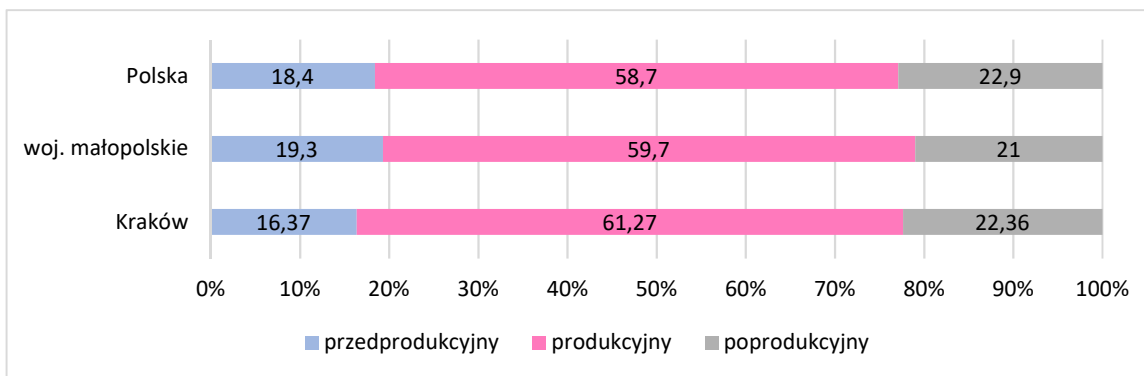
Zauważalna jest także feminizacja wieku podeszłego, co wynika m.in. z wyższej umieralności mężczyzn w wieku aktywności zawodowej, tj. w wieku 25-64 lata. Nadwyżkę liczby kobiet nad liczbą mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych obrazuje rycina 2.



Rycina 2. Ludność według płci i 5-letnich grup wieku w Krakowie w 2022 roku.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

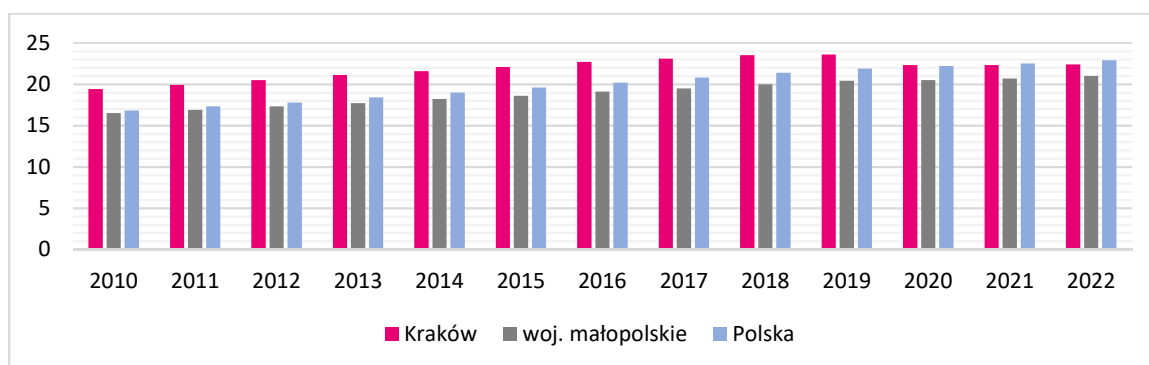
W roku 2022 osoby w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat) stanowiły 16,37% populacji Krakowa – była to wartość niższa niż obserwowana dla województwa i kraju. Udział ludności w wieku produkcyjnym (18-64 lat) w Krakowie w ostatnich latach oscyluje w okolicach 60%. Od 2020 roku odsetek ten nieznacznie się obniżył, jednakże utrzymuje się na wyższym poziomie niż dla województwa i kraju. W 2022 roku osiągnął on wartość 61,27% (ryc. 3).

Z kolei udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji Krakowa od początku stulecia aż do 2019 roku utrzymywał się wyraźnie na wyższym poziomie niż średnia w województwie i kraju. Od 2020 roku średnia dla miasta, województwa i kraju jest zbliżona (ryc. 4). W 2022 roku odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w populacji Gminy Miejskiej Kraków wyniósł 22,36%, tj. prawie 1/4 wszystkich jej mieszkańców. Jest to wynik wyższy niż średnia dla województwa oraz niższy niż średnia dla kraju.



Rycina 3. Udział ludności wg ekonomicznych grup wieku w ludności Krakowa, woj. małopolskiego i Polski w roku 2022. (Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

Wskaźnik obciążenia demograficznego będący stosunkiem liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym jest dla Krakowa bardziej korzystny niż dla województwa i dla kraju. W 2021 roku w Krakowie na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 62 osoby w wieku nieprodukcyjnym. Dla Małopolski wartość ta wyniosła 67, a dla Polski 69.

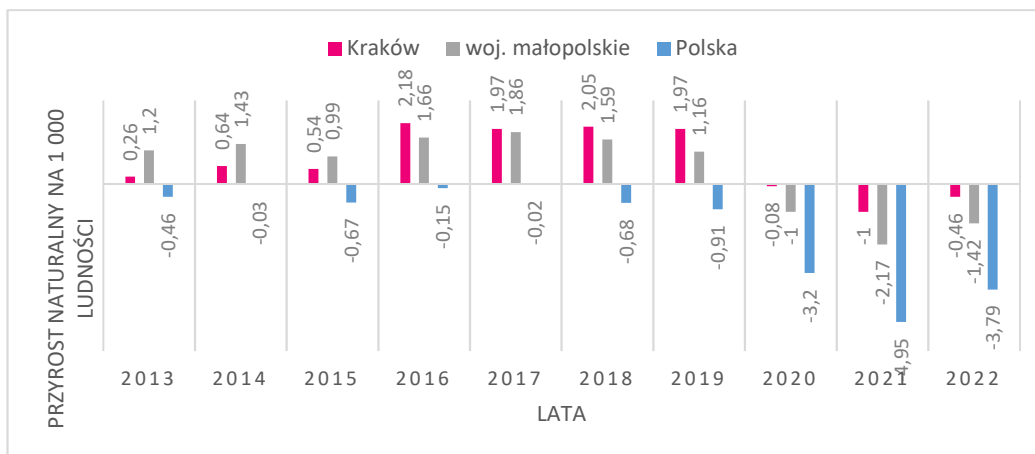


Rycina 4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2010-2022. (Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

1.2. Ruch naturalny – urodzenia i zgony

W ostatnim dziesięcioleciu, aż do 2019 roku, zarówno w Krakowie, jak i w Małopolsce, obserwowano niewielki dodatni przyrost naturalny. W roku 2019 w Krakowie odnotowano 12,2 urodzeń na 1 000 mieszkańców i 10,23 zgonów na 1 000 mieszkańców. W kolejnych latach nastąpił ujemny przyrost naturalny, co może mieć związek z pandemią COVID-19. W 2022 roku na 1 000 mieszkańców w Krakowie odnotowano 10,3 urodzeń oraz 10,75 zgonów (ryc. 5).

W 2022 roku w Krakowie urodziło się 8 265 dzieci. W porównaniu z 2021 rokiem nastąpił spadek urodzeń o ok. 4,7% (liczba urodzeń w 2021 roku wyniosła 8 671). Liczba zgonów w populacji krakowian w 2022 roku wyniosła 8 632, co stanowiło spadek o blisko 9% w odniesieniu do roku 2021.



Rycina 5. Przyrost naturalny na 1000 ludności w Krakowie, woj. małopolskim i w Polsce w latach 2013-2022. (Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

1.3. Oczekiwane trwanie życia

Według danych GUS, od 1991 do 2019 roku przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin w Polsce uległo istotnemu wydłużeniu – dla kobiet wzrost wyniósł 6,7 roku, dla mężczyzn 8,2 roku. Znacznie dłuższe trwanie życia mieszkańców Polski osiągnięto poprzez zmniejszenie ogólnego poziomu umieralności dla obu płci. W perspektywie kilkudziesięcioletniej trwanie życia wciąż się wydłuża, jednak w latach 2016-2018 odnotowano jego niewielki spadek, co było zjawiskiem przejściowym. Należy podkreślić, że w 2019 roku zaobserwowano wzrost tego wskaźnika.

Oczekiwana długość życia w Gminie Miejskiej Kraków według ostatnich szacunków zarówno dla kobiet jak i mężczyzn jest jedną z najdłuższych w Polsce. W 2021 r. dla kobiet wynosiła 81,8 roku, dla mężczyzn 74,8 roku. Jednocześnie w Krakowie od 2016 do 2021 roku zaobserwowano spadek przeciętnego dalszego trwania życia dla kobiet i dla mężczyzn odpowiednio o 1,3 roku oraz o 2,3 roku¹. Do zwiększonej umieralności w tych latach, na podstawie której prognozuje się spadek oczekiwanego trwania życia, mógł się przyczynić szereg czynników, takich jak m.in. pandemia COVID-19, czynniki związane ze stylem życia (tytoń, wysokie ciśnienie krwi, wysoki wskaźnik masy ciała), średnie natężenia pyłów PM10 w powietrzu, średnia temperatura powietrza, wzrost liczby porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem grypy, itp.

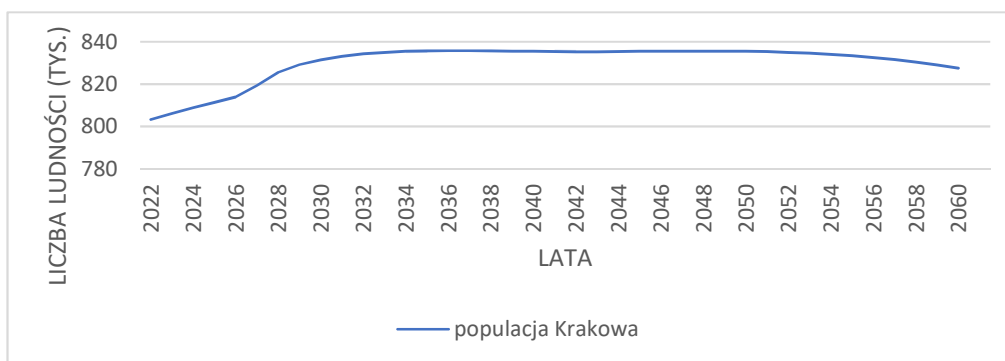
1.4. Prognoza ludności

Wyniki publikacji Głównego Urzędu Statystycznego pn. „Prognoza ludności na lata 2023-2060”² wskazują na wyraźny spadek liczby ludności Polski. Ubytek ludności w kraju w 2060 roku w porównaniu do 2022 roku może sięgnąć 18%. Jednocześnie maleć będą zasoby ludności w wieku produkcyjnym oraz postępować będzie proces starzenia się populacji –

¹ Cechy te zostały opomiarowane wskaźnikami W12_Z oraz W13_Z – wskaźnikami realizacji celów strategicznych Strategii Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030.

² Prognoza ludności na lata 2023-2060, GUS, Warszawa 2023

nastąpi wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej oraz znaczny spadek liczby dzieci i młodzieży (0-17 lat). Prognozy demograficzne dla województwa małopolskiego wskazują, że do roku 2030 liczba ludności będzie się zwiększać, później jednak ulegnie obniżeniu i w roku 2060 będzie niższa o 10% niż w roku 2022. Natomiast dla Krakowa liczba ludności stale będzie wzrastać do 2036 roku. Następnie, do 2060 roku przewiduje się dynamiczne zmiany tego trendu. Ostatecznie w 2060 roku notowany będzie przyrost populacji o około 3% w odniesieniu do roku 2022. Prognozowane fluktuacje liczby ludności w Krakowie przedstawia rycina 6.



Rycina 6. Prognozowana liczba ludności w Krakowie w latach 2022-2060.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie: Prognozy ludności na lata 2023-2060, GUS, 2023).

Kraków jest jednym z 4 miast na prawach powiatów w Polsce (obok Wrocławia, Sopotu i Warszawy), w których w perspektywie do 2040 roku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie spadał. Dla wszystkich pozostałych powiatów przewiduje się wzrost wartości tego parametru. Natomiast w latach 2040-2060 przyrost odsetka ludności w wieku 65 lat i więcej będzie obserwowany we wszystkich powiatach w kraju. Wynikać to będzie m.in. z przewidywanej kontynuacji wieloletniej tendencji wzrostowej długości trwania życia z okresu przed pandemią COVID-19.

Na podstawie prognoz GUS szacuje się, iż do 2060 r. osoby 65+ będą stanowić 29% populacji Krakowa (wzrost o 6,6% populacji w odniesieniu do 2022 roku), natomiast osoby 75+ będą stanowić 14,3% populacji (wzrost o 5,9% populacji w porównaniu z 2022 r.).

Wnioski

1. Liczebność populacji Krakowa w 2022 roku wynosiła 803,3 tys., a do 2060 roku zwiększy się o około 3%.
2. Obserwowany jest stosunkowo wysoki współczynnik feminizacji.
3. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla Krakowa jest bardziej korzystny niż dla Małopolski i Polski.
4. W Gminie Miejskiej Kraków do 2060 roku prognozuje się wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej z 22,4% do 29%, oraz w wieku 75 lat i więcej z 8,4% do 14,3%, co, pomimo, że wzrost ten jest mniej dynamiczny niż w województwie czy w kraju, może prowadzić do istotnego obciążenia systemu opieki zdrowotnej w Krakowie.

5. Prognozowane dalsze wydłużanie okresu życia będzie sprzyjać pogorszeniu się jakości życia, a tym samym znacznemu obciążeniu osób starszych chorobami przewlekłymi, wielochorobowością czy niesprawnością funkcjonalną, co będzie wymagało zapewnienia wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
6. Zachodzi konieczność rozwoju usług zdrowotnych dla osób w wieku 65+ i 75+, które pozwolą jak najdłużej funkcjonować im w środowisku.
7. Wskazane jest wspieranie działań mających na celu zwiększenie dzietności.

2. Epidemiologia

Podstawą planowania wszelkich interwencji wpływających na alokację zasobów w sektorze zdrowotnym jest posiadanie rzetelnych informacji dotyczących stanu zdrowia danej populacji. Kluczową rolę w możliwie najdokładniejszym określeniu problemów zdrowotnych populacji i wskazaniu wyzwań dla prowadzonej polityki prewencji chorób, odgrywa dokładna i spójna analiza epidemiologiczna. Epidemiologia to nauka o rozpowszechnieniu i uwarunkowaniu stanów lub zdarzeń związanych ze zdrowiem oraz o zastosowaniu metod ich kontroli³.

Za ponad 80% przedwczesnych zgonów w krajach wysoko rozwiniętych odpowiadają choroby cywilizacyjne – choroby niezakaźne, szerzące się globalnie, związane z tzw. rozwojem cywilizacyjnym, prowadzące do niepełnosprawności. Do chorób tych można zaliczyć m.in. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby psychiczne, otyłość i nadwagę, cukrzycę insulinozależną, niektóre choroby układu pokarmowego, próchnicę zębów, osteoporozę, nadwrażliwość i alergię pokarmową oraz choroby związane z zanieczyszczeniem powietrza i obecnością dymu papierosowego tj. POChP oraz alergię. Większość spośród wymienionych problemów zdrowotnych to choroby przewlekłe – choroby, które definiuje się jako wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej spośród następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki. Choroby przewlekłe charakteryzują się długim czasem trwania i wolnym postępem zmian chorobowych. Do chorób przewlekłych należą także m.in. stwardnienie rozsiane, AIDS, reumatoidalne zapalenie stawów, ból kręgosłupa czy padaczka.

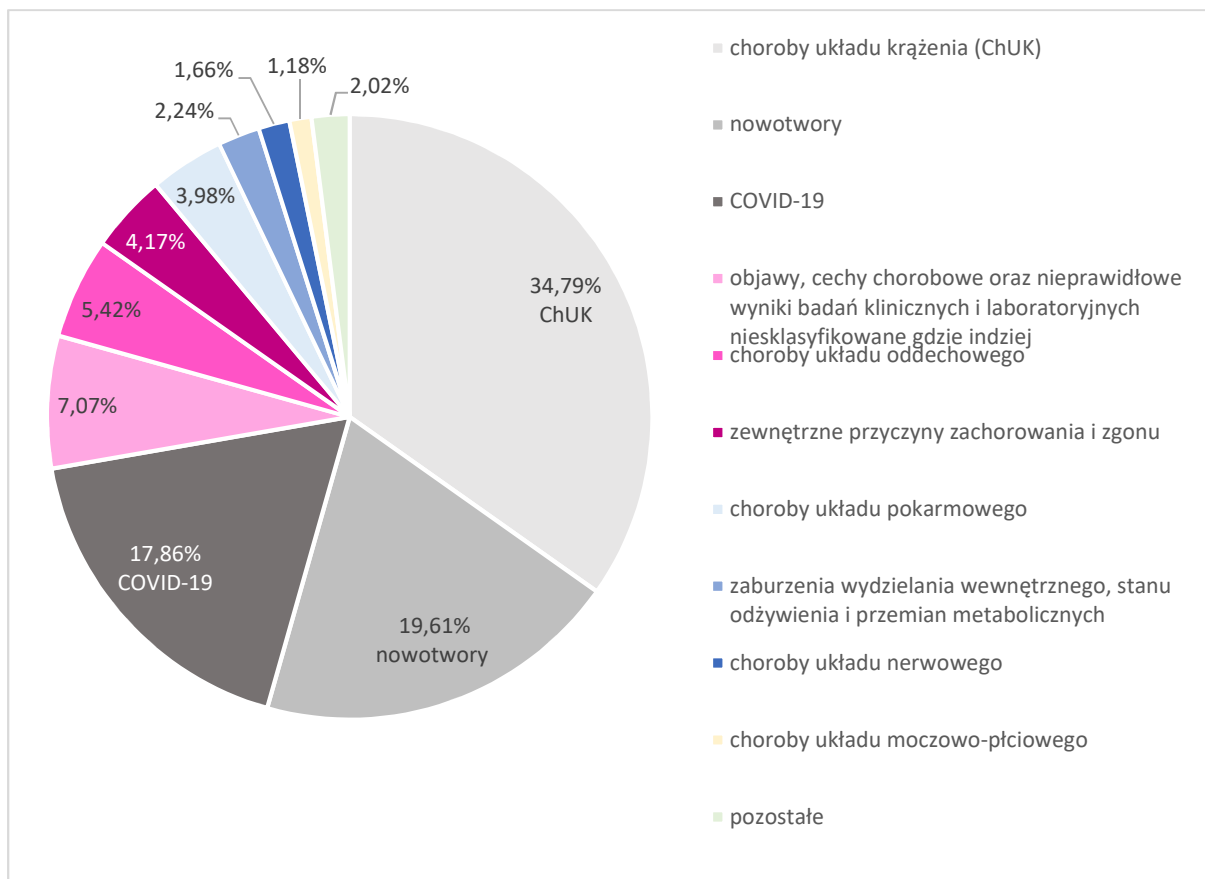
Prowadząc analizy epidemiologiczne w danej populacji nie należy zapominać o chorobach zakaźnych, które stanowią poważny, nawracający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny, o czym w 2020 r. przekonał się cały świat prowadząc walkę z nowym patogenem – koronawirusem SARS-COV-19.

2.1. Aktualna sytuacja epidemiologiczna

Od wielu lat choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu oddechowego stanowią w Polsce główne przyczyny zgonów. W ostatnim czasie na sytuację epidemiologiczną w kraju, w tym również w obszarze zgonów, znacząco wpłynęła pandemia COVID-19. Wirus SARS-CoV-2 stał się trzecią najczęstszą przyczyną zgonów w 2020 oraz w 2021 roku.

Udział zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w ostatnich 15 latach obniżył się, ze średniego poziomu ok. 46% w 2008 roku, do 35% odnotowanego w 2021 r. Sytuacja w województwie małopolskim wygląda podobnie – odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia obniżył się o blisko 11% z 49% w 2008 roku do 38% w 2021 roku. W Krakowie również obserwowany jest malejący trend udziału zgonów z powodu chorób układu krążenia, chociaż nie tak dynamiczny jak w województwie i w kraju – od 2008 roku z poziomu 48% obniżył się do 42%. Choroby układu krążenia w dalszym ciągu pozostają główną i dominującą przyczyną zgonów w Polsce i w regionie.

³ BASiW – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Mapy potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/> (dostęp w dniu: 12.01.2024 r.)



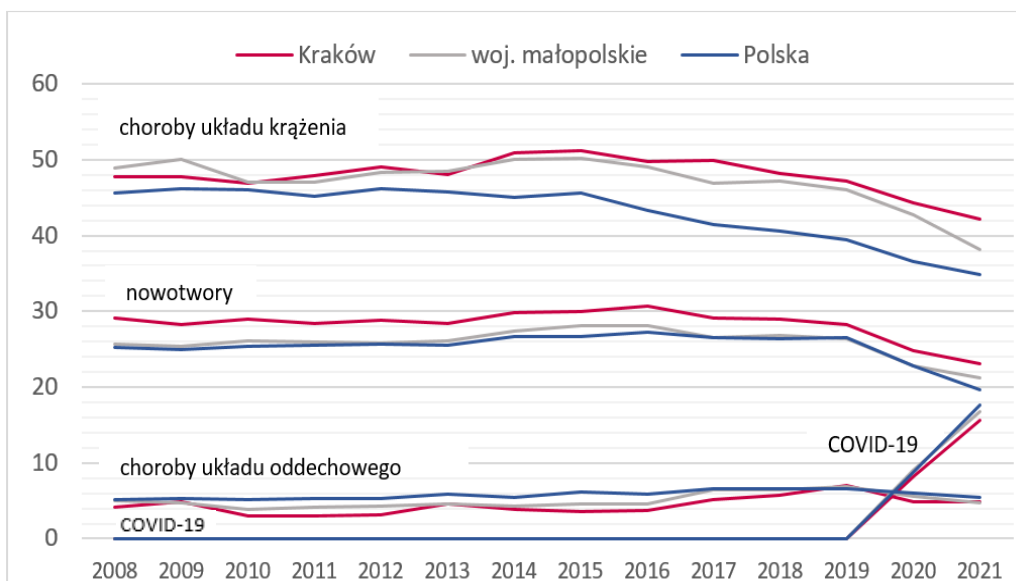
Rycina 7. Przyczyny zgonów w 2021 roku w Polsce (opracowanie na podstawie: Prognozy ludności na lata 2023-2060. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, 2023 oraz Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Ministerstwo Zdrowia, 2023).

Udział zgonów z powodu nowotworów również pozostaje istotnie większy w Krakowie w porównaniu zarówno do sytuacji w województwie, jak i w kraju – w 2021 roku wyniósł on 23% (w Małopolsce: 21%, w Polsce: 20%). Oznacza to, że za 65% zgonów w Krakowie odpowiadają łącznie choroby układu krążenia i nowotwory. Nieznacznie obniżył się również w ostatnich latach udział chorób układu oddechowego jako przyczyny zgonu w Krakowie – w 2021 roku nie przekroczył on 5%.

Wskaźniki zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz zgonów z powodu nowotworów w Krakowie pozostają na wyższym poziomie niż średnie obserwowane w województwie i w Polsce (ryc. 9). W 2021 roku wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia w Krakowie wynosił 498 na 100 000 ludności (w Małopolsce: 452, w Polsce: 476), a wskaźnik zgonów z powodu nowotworów 273 na 100 000 ludności (w Małopolsce: 251, w Polsce: 268). Wskaźnik zgonów z powodu COVID-19 w 2020 roku wyniósł w Krakowie 93 (w Małopolsce: 102, w Polsce: 109) a w 2021 roku wzrósł prawie dwukrotnie do wartości 184 (w Małopolsce: 199, w Polsce: 245).

Analizując przyczyny zgonów w Polsce należy także zwrócić uwagę na fakt, że w ostatnim dwudziestolecu w Polsce odnotowano ponad dwukrotny wzrost liczby zgonów z powodu choroby Alzheimera i innych chorób neurodegeneracyjnych i otępiennych.⁴

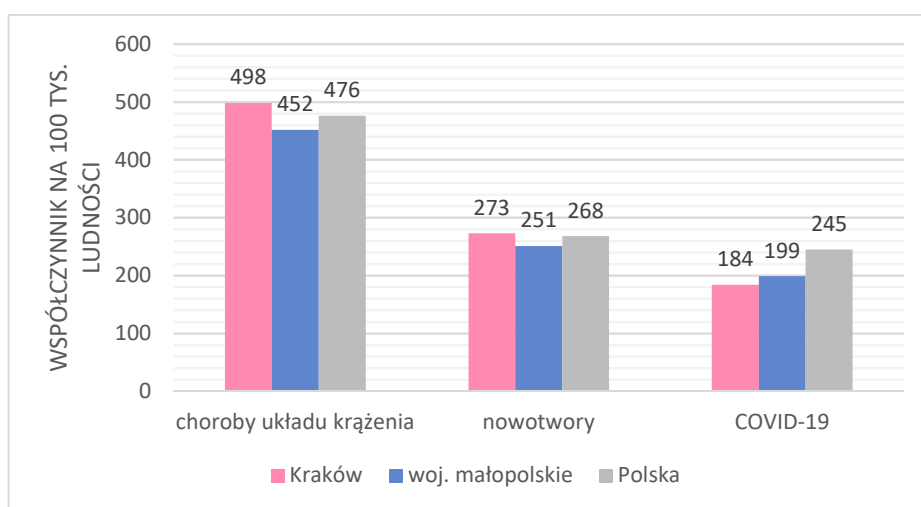
⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych



Rycina 8. Procentowy udział zgonów z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego i COVID-19 w umieralności w Krakowie, w woj. małopolskim i w Polsce w latach 2008-2021. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Banku Danych Lokalnych, GUS, 2023).

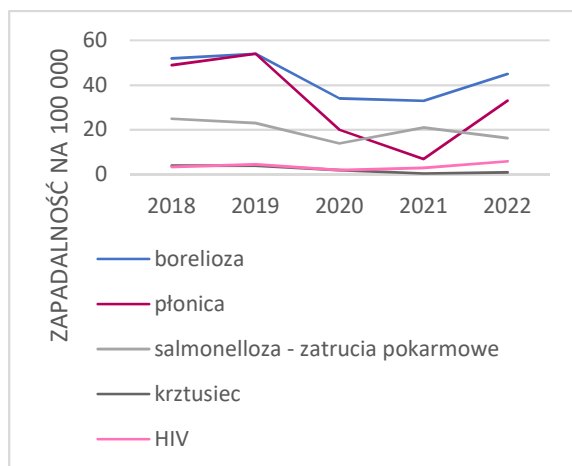
W związku z pandemią COVID-19 dane epidemiologiczne dla chorób zakaźnych w ostatnim czasie podlegały dynamicznym zmianom. W 2020 roku doszło do znaczącego zmniejszenia się wskaźników zapadalności na wybrane choroby zakaźne, na choroby przenoszone drogą kropelkową oraz zatrucia pokarmowe (ryc. 10 i ryc. 11).

Zaobserwowane obniżenie zapadalności zarówno na grypę, jak i inne infekcje przenoszone drogą kropelkową w dużej mierze może wynikać z faktu, że nieswoiste środki zapobiegania COVID-19, takie jak utrzymanie dystansu, mycie i dezynfekcja rąk, zastranianie ust i nosa, a także znaczne ograniczanie aktywności społecznej skutecznie hamowało rozprzestrzenianie się innych chorób zakaźnych przenoszonych tą drogą.



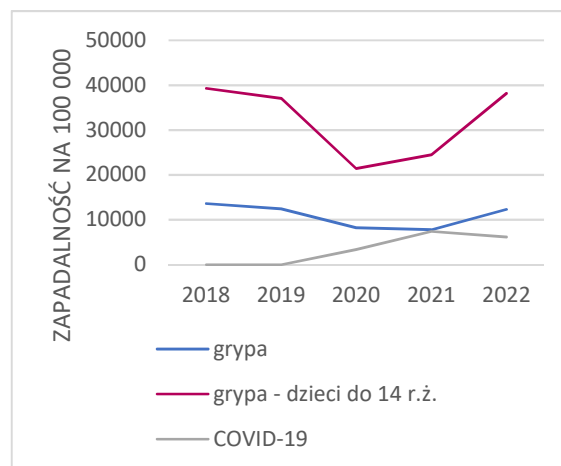
Rycina 9. Współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia, nowotworów i COVID-19 w 2021 roku w Krakowie, w województwie małopolskim i w Polsce. (Źródło: opracowanie na podstawie: Bank Danych Lokalnych, GUS, 2023).

Po zniesieniu wymienionych obostrzeń nastąpił wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne, w szczególności wśród dzieci, takie jak grypa czy wirus RSV, co często skutkowało stuprocentowym obłożeniem łóżek szpitalnych oddziałów chorób zakaźnych dzieci. Przyczyną tego zjawiska – tzw. epidemii wyrównawczej – jest m.in. brak nabycia odporności przez dzieci w związku z zamknięciem żłobków i przedszkoli w czasie lockdown-u.



Rycina 10. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2018-2022.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, 2023).



Rycina 11. Zapadalność na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2018-2022.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, 2023).

Dane za okres styczeń-sierpień 2023 r. w odniesieniu do analogicznego okresu roku poprzedniego, pokazują, że trendy zapadalności dla większości chorób zakaźnych o których mowa powyżej, poza COVID-19, pozostają w dalszym ciągu rosnące.

W 2023 roku w Polsce stwierdzono łącznie 2 879 nowych zakażeń wirusem HIV, 184 zachorowania na AIDS oraz 22 zgony osób chorych na AIDS. W Małopolsce, w tym czasie wykrytych zostało 289 nowych zakażeń wirusem HIV, 13 osób zachorowało na AIDS oraz odnotowano 2 zgony osób chorych na AIDS. Aktualnie w Polsce mierzymy się z rosnącą liczbą zakażeń wirusem HIV, a co za tym idzie rosnącą liczbą osób chorujących na AIDS. Przyczyn można upatrywać m.in. w zwiększonej migracji, popularnej turystyce sanatoryjnej oraz niskim poziomie wiedzy z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem HIV w populacji. W ramach działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych Gmina Miejska Kraków zleca prowadzenie Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Krakowie, który jako jedyny w mieście wykonuje bezpłatnie, anonimowo i bez skierowania testy na obecność wirusa HIV. Miasto uczestniczy także czynnie w posiedzeniach Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w województwie małopolskim.

2.2. Prognoza epidemiologiczna

Na podstawie trzech wskaźników epidemiologicznych (chorobowości, zapadalności i liczby zgonów) przeprowadzona została analiza prognozowanej sytuacji w Polsce i w województwach do 2028 roku.⁵

⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. stanowiąca załącznik do

Choroby układu krążenia, w tym szczególnie choroba niedokrwienna serca i udary od lat stanowią największy problem zdrowotny w Polsce i szacowany jest dalszy wzrost wartości chorobowości i liczby zgonów.

Równie istotnym problemem zdrowotnym pozostają choroby nowotworowe. W tej grupie problemów zdrowotnych najwięcej zgonów powodowanych jest obecnie przez nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, a szacuje się, że liczby zgonów spowodowanych tymi chorobami wzrosną. Wskazuje się, że w Polsce do 2028 r. liczba chorych na nowotwory ogółem wzrośnie o 4,2%.

Niepokojący jest wzrost znaczenia choroby Alzheimera i innych chorób neurodegeneracyjnych i otępiennych. Od 1999 roku obserwuje się zdecydowany trend wzrostowy wskaźników epidemiologicznych chorób otępiennych. Z prognoz wynika, że ludzie coraz częściej będą umierać na choroby układu nerwowego (o 22,2% więcej zgonów w 2028 r. w porównaniu do 2019 r.), w tym szczególnie na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne (o 24,5%).

Analizując obciążenie niesprawnością powodowaną przez choroby przewlekłe zauważa się, że jednym z najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych jest cukrzyca. Według prognoz do 2028 r. cukrzyca odnotuje największy wzrost chorobowości spośród wszystkich problemów zdrowotnych (o 23,7%).

Na znaczne pogorszenie jakości życia społeczeństwa mają wpływ obecnie upadki oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa ze względu na powodowaną przez nie niesprawność. Szacuje się, że do 2028 r. liczba chorych z powodu zapalenia kości i stawów wzrośnie o 16% w porównaniu do 2019 r.

Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami stanowi coraz większy problem zdrowotny – od 1999 r. odnotowano wzrost wartości chorobowości o 30%.⁶ Z prognozy wynika, że schorzenie to odnotuje najsilniejszy wzrost liczby chorych spośród chorób narządów zmysłów i w 2028 r. zajmie jedno z pierwszych miejsc pod względem chorobowości w Polsce.

Wnioski

1. Do najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce należą choroby układu krążenia i nowotwory. W dalszym ciągu choroby układu oddechowego pozostają jedną z trzech głównych przyczyn zgonów, pomimo, że w latach 2020-2021 na trzecim miejscu plasował się COVID-19. Można uznać, że był to stan tymczasowy związany z pandemią.
2. W Krakowie zarówno odsetek zgonów jak i wskaźniki zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz z powodu nowotworów pozostają na wyższym poziomie niż średnie obserwowane w Małopolsce i w Polsce, natomiast dla chorób układu oddechowego wartości tych parametrów w Mieście są niższe niż dla województwa i kraju.
3. W roku 2020 zaobserwowano spadek zapadalności na część chorób zakaźnych, na choroby przenoszone drogą kropelkową oraz zatrucia pokarmowe, co było efektem zastosowanych nieswoistych metod zapobiegania zakażeniu w związku z epidemią

Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. stanowiąca załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

COVID-19. Od końca 2022 roku obserwuje się kumulację zachorowań na choroby zakaźne, szczególnie wśród dzieci, przez co w wielu szpitalnych oddziałach pediatrycznych brakuje wolnych miejsc.

4. Z przeprowadzonych prognoz epidemiologicznych w perspektywie do 2028 roku wynika, że zapadalność na choroby układu krążenia oraz nowotwory będzie rosła. Należy także zauważyć postępujący w ostatnich latach wzrost liczby zgonów z powodu choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych i neurodegeneracyjnych oraz prognozowany wzrost znaczenia chorób otępiennych w populacji. Szacowany wzrost powyższych parametrów związany jest z postępującym zjawiskiem starzejącego się społeczeństwa.
5. Podstawowym działaniem w zakresie przeciwdziałania obciążeniu chorobami układu krążenia i nowotworami w ujęciu populacyjnym pozostaje zapobieganie występowaniu stanów zagrożenia tymi chorobami, czyli czynników ryzyka (cukrzyca, otyłość, palenie papierosów, hipercholesterolemia, nadciśnienie), poprzez oddziaływanie na całą populację w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia (promowanie i wspieranie aktywności fizycznej, promowanie i wspieranie właściwych nawyków żywieniowych, promowanie i wspieranie życia bez używek).
6. W celu ograniczenia skutków incydentów kardiologicznych należy zapewnić powszechny dostęp do defibrylacji oraz umożliwić mieszkańcom udział w szkoleniach z pierwszej pomocy.
7. Zauważalny jest wzrost zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne dla osób doświadczających lub mogących doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu zaawansowanego wieku lub stanu zdrowia.
8. W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych należy prowadzić stałą analizę wyszczepialności społeczeństwa oraz promować szczepienia ochronne.
9. Należy kontynuować i wzmacniać współpracę w ramach działalności Zespołu ds. realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w województwie małopolskim.
10. Rekomenduje się rozwój usług w zakresie zapobiegania i zwalczania HIV, w tym rozwój punktu anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV oraz rozszerzenie oferty diagnostycznej w kierunku innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs).

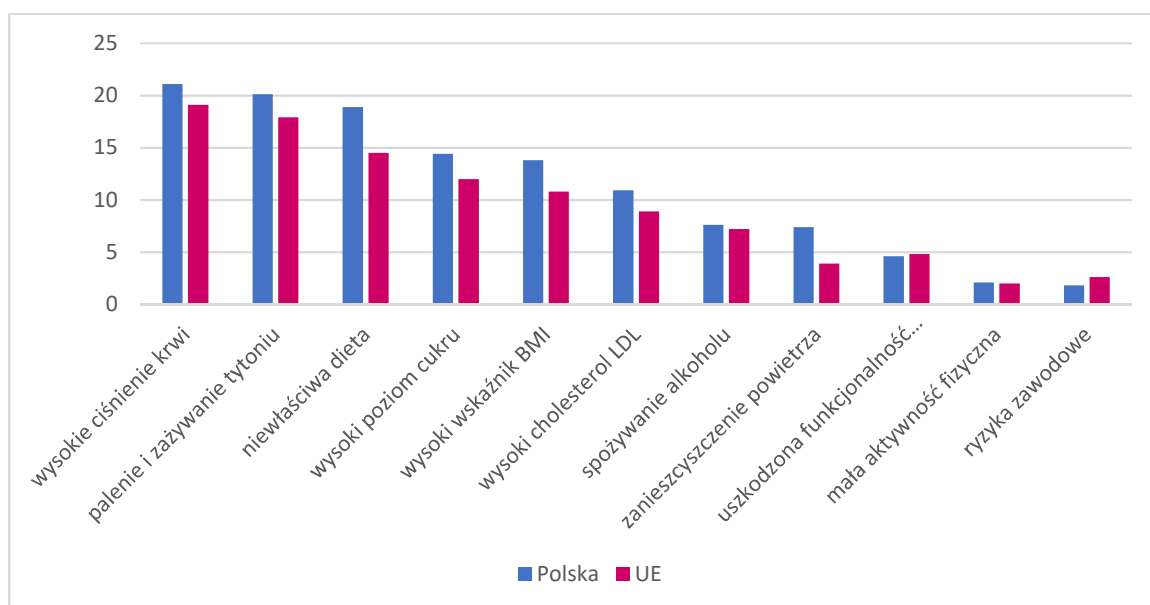
3. Czynniki ryzyka

Jednym z elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Czynnikiem ryzyka to stan, cecha lub zachowanie wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego. Systematyczna analiza czynników ryzyka w populacji pozwala lepiej ukierunkować działania mające na celu radzenie sobie z najbardziej obciążającymi problemami zdrowotnymi, a co za tym idzie poprawić stan zdrowia mieszkańców.

Według koncepcji pól zdrowia Marca Lalonde'a największe znaczenie dla kształtowania zdrowia mają następujące determinanty:

- 1) styl życia (53%) – sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, umiejętności radzenia sobie ze stresem, zachowania seksualne czy stosowanie używek (alkohol, nikotyna, środki psychoaktywne);
- 2) środowisko fizyczne (21%) – czyste powietrze, nieskażona woda, bezpieczny zakład pracy, warunki zamieszkania, walka z degradacją środowiska naturalnego i jego ochrona;
- 3) czynniki genetyczne (16%);
- 4) opieka zdrowotna (10%) – struktura i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a także dostępność do świadczeń medycznych oraz ich jakość.

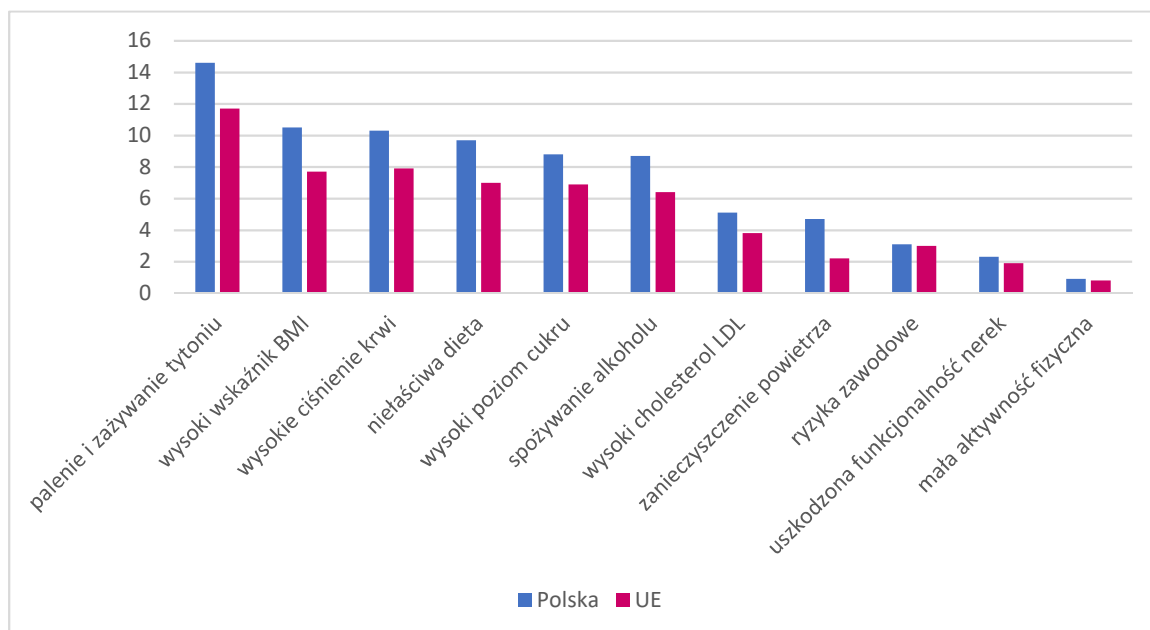
Zarówno w krajach UE, jak i w Polsce za największą liczbę zgonów odpowiada wysokie ciśnienie krwi, a w dalszej kolejności palenie i zażywanie tytoniu oraz niewłaściwa dieta. Największa różnica między Polską i krajami UE występuje w przypadku tych trzech czynników, które w naszym kraju są odpowiedzialne za znacznie większą liczbę zgonów na 100 tys. ludności. Wyraźna różnica występuje również w przypadku zgonów spowodowanych zanieczyszczeniem powietrza, które stanowi ósmy czynnik ryzyka dla Polski, a ich liczba jest dwukrotnie wyższa niż w krajach UE (rycina 12).



Rycina 12. Czynniki ryzyka przyczyniające się do największej liczby zgonów ogółem (%) w Rzeczypospolitej Polskiej oraz w UE w 2019 r.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021 r.).

Najistotniejsze czynniki ryzyka odpowiadające za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu to palenie i zażywanie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI oraz wysokie ciśnienie krwi (rycina 13).



Rycina 13. Czynniki ryzyka przyczyniające się do największej utraty lat życia w zdrowiu w Rzeczypospolitej Polskiej i UE w 2019 r.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021 r.)

Kluczowe determinanty zdrowia Polaków związane z prowadzonym stylem życia:

- 1) palenie i zażywanie tytoniu: odsetek osób palących w Polsce jest wyższy niż średni poziom europejski, obserwuje się zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących, który był widoczny na przestrzeni ostatnich lat;
- 2) otyłość i nadwaga: występowanie zbyt wysokiej masy ciała w Polsce jest zjawiskiem częstszym niż przeciętnie w krajach UE, szczególnie wśród mężczyzn i systematycznie rośnie. Problem otyłości i nadwagi dotyka również uczniów w wieku 11-15 lat (częściej chłopców) i sytuacja się pogarsza;
- 3) dieta: do najczęstszych błędów należy zaliczyć: nieregularne spożywanie posiłków, zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, kasz, ryb, mleka oraz zbyt wysoka konsumpcja mięsa, soli, cukru i słodczy;
- 4) spożywanie alkoholu: wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie się nie zmienia;
- 5) aktywność fizyczna: blisko 60% dorosłych Polaków nie podejmuje żadnych form rekreacyjnej aktywności fizycznej, tylko 6% mężczyzn i 3% kobiet w wieku 15 i więcej lat utrzymuje poziom aktywności fizycznej niezbędny dla zachowania zdrowia – to jeden z najniższych odsetków w krajach UE. Poziom aktywności fizycznej maleje z wiekiem. Mężczyźni ćwiczą więcej i częściej niż kobiety, wśród seniorów aktywniejsze są z kolei Panie.

Równie istotny wpływ na zdrowie człowieka ma środowisko fizyczne, w którym żyje, w tym: postępujące zmiany klimatu, hałas, jakość powietrza i wód, uciążliwości odorowe, etc.

Na etapie opracowywania "Planu adaptacji Miasta Krakowa do zmian klimatu do roku 2030"⁷ podwyższone ryzyko dla zdrowia krakowian w związku ze zmianami klimatu stwierdzono szczególnie wśród dzieci, osób starszych oraz przewlekle chorych w kontekście m.in. pojawiających się fali upałów. Częstsze występowanie tego zjawiska może prowadzić do zwiększenia liczby zgonów, nasilenia się objawów chorobowych, niewydolności krążeniowo-oddechowej, występowania stresu termicznego i zaburzeń gospodarki cieplnej organizmu. Wysokie temperatury powietrza, wraz z dużą zawartością pary wodnej w atmosferze, intensywnym promieniowaniem słonecznym oraz zanieczyszczeniem powietrza, powodują silny stres cieplny (nadmiernie obciążając układ sercowo-naczyniowy, układ oddechowy) oraz spadek odporności organizmu. W przypadku szczególnie uciążliwych i długotrwałych fal upałów czy epizodów wysokich stężeń zanieczyszczeń powietrza, należy spodziewać się również zwiększonego obciążenia podmiotów leczniczych. W Krakowie fale upałów potęgowane są przez występujące zjawisko miejskiej wyspy ciepła (MWC), która definiowana jest jako różnica temperatury, mierzona w danym momencie między obszarem miasta i terenem pozamiejskim otaczającym miasto.

Hałas stanowi poważny problem nie tylko w Krakowie, ale w całej Europie. Według Europejskiej Agencji Środowiska, długotrwałe narażenie na hałas może wywierać różnorodne skutki dla zdrowia, np. rozdrażnienie, zaburzenia snu, negatywny wpływ na układ krążenia i układ przemiany materii, a także zaburzenia funkcji poznawczych u dzieci. Biorąc pod uwagę obecne dane, szacuje się, że hałas w środowisku każdego roku przyczynia się do rozwoju 48 tys. nowych przypadków choroby niedokrwiennej serca, a także do 12 tys. przedwczesnych zgonów. Szacuje się również, że 22 mln osób cierpi z powodu przewlekłej drażliwości, a 6,5 mln osób – przewlekłych, poważnych zakłóceń snu. Z powodu hałasu emitowanego przez samoloty 12,5 tys. dzieci w wieku szkolnym wykazuje problemy z czytaniem w szkole. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że zanieczyszczenie hałasem jest poważnym problemem dla ludzkiego zdrowia, w tym ich własnego.

Polskie powietrze w dalszym ciągu należy do najbardziej zanieczyszczonych w Europie. Zgodnie z publikacją na stronie WHO, obserwowane wysokie stężenia pyłów, tlenków azotu i dwutlenku siarki mają znaczący wpływ na zachorowalność i zwiększoną śmiertelność w wyniku: przewlekłych chorób układu oddechowego, zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności serca i innych schorzeń sercowo-naczyniowych. Długotrwała ekspozycja na te zanieczyszczenia może zwiększać ryzyko rozwoju nowotworów, szczególnie płuc. W Krakowie znaczący wpływ na poprawę jakości powietrza miała obowiązująca uchwała antysmogowa, która zakazuje stosowania paliw stałych w kotłach, piecach i kominkach, tym samym eliminując emisję zanieczyszczeń do powietrza wynikającą z ich spalania.

Zgodnie z publikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Housing and Health Guidelines), niska temperatura w domu nie tylko zwiększa ryzyko przeziębień i infekcji górnych dróg oddechowych, ale również prowadzi do podwyższenia ciśnienia krwi, co, jak pokazuje wykres na Rycinie 12, jest głównym czynnikiem ryzyka zgonów w Polsce. Ponadto długie przebywanie w chłodnym środowisku może nasilać objawy astmy. Niewystarczająco ocieplony budynek jest również narażony na nadmierną wilgoć, co prowadzi do powstawania pleśni. Do najczęstszych skutków zdrowotnych występowania pleśni należą bóle głowy, mięśni oraz

⁷ https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=114317

stawów. Grzyby pleśniowe mogą jednak prowadzić do poważniejszych dolegliwości, takich jak nawracające zapalenie zatok, infekcje skórne, uszkodzenia nerek (9 czynnik ryzyka zgonów w Polsce), wątroby oraz układu nerwowego, groźne infekcje i grzybice układu oddechowego i pokarmowego, przewlekłe zatrucia oraz spadek płodności.

W Krakowie istotne znaczenie dla zachowania korzystnego środowiska fizycznego ma promowanie postaw proekologicznych i proklimatycznych, w tym zrównoważonej mobilności. Kształtowanie właściwych nawyków, w tym transportowych, pozwala na zmianę stylu życia w codziennym schemacie funkcjonowania właściwie bez konieczności inwestowania dodatkowych środków finansowych czy czasu w profilaktykę zdrowotną.

Wnioski

1. Styl życia ma znaczący wpływ na zdrowie człowieka. Na styl życia składają się czynniki modyfikowalne (codzienne zachowania, nawyki, podejmowane czynności), które można kształtować poprzez m.in. prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych.
2. Najistotniejszymi czynnikami ryzyka w Polsce, zarówno w zakresie zgonów, jak i utraty liczby lat przeżytych w zdrowiu są palenie i zażywanie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI, niewłaściwa dieta oraz wysokie ciśnienie krwi.
3. Odpowiedzią na negatywny wpływ czynników na zdrowie są działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym programy profilaktyczne i badania przesiewowe.
4. Poprawę stylu życia krakowian można uzyskać poprzez edukację w zakresie prawidłowego sposobu odżywiania zarówno dzieci jak i dorosłych, co może się przyczynić do zapobiegnięcia nadwadze i otyłości.
5. Wskazane jest promowanie aktywności fizycznej, w tym wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży.
6. Rekomenduje się, aby właściwa komórka organizacyjna UMK ds. Zdrowia każdorazowo zgłaszała uwagi/propozycje do projektowanych planów zagospodarowania przestrzennego w zakresie usług zdrowia.
7. Należy promować postawy proekologiczne i proklimatyczne.
8. Rekomenduje się kontynuację działań Miasta mających na celu ograniczenie zanieczyszczenia powietrza i wód, redukcję emisji gazów cieplarnianych, prowadzenie działań na rzecz transformacji energetycznej Miasta, poprawy warunków zamieszkania, ograniczenia zużycia energii oraz ograniczenia skutków nadmiaru i niedoboru wody.
9. Rekomenduje się monitorowanie skutków hałasu oraz postępujących zmian klimatu i ich wpływu na zdrowie krakowian.
10. Rekomenduje się podejmowanie działań zmniejszających skutki hałasu oraz zmian klimatu.
11. Należy kontynuować działania promujące zrównoważoną mobilność tj. Rowerem do pracy, STARS Rowerem do szkoły, kampania Rowerowy Maj, Jesienna Kampania Rowerowa, darmowe miejskie kontrole rowerowe, etc.

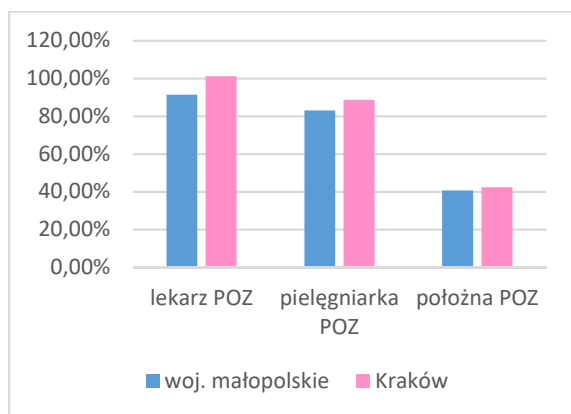
4. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

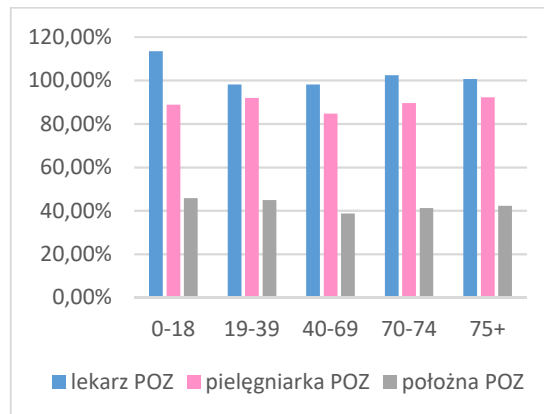
Do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zaliczają się świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, świadczenia nocnej i świątecznej opieki, świadczenia transportu sanitarnego oraz świadczenia udzielane w ramach budżetu powierzonego (diagnostyka i opieka koordynowana).

Funkcjonowanie POZ oparte jest na prawie do imiennego wyboru, przez każdą uprawnioną osobę pełnoletnią, lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego. Nie dotyczy to świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W latach 2019-2022 zarówno w populacji województwa małopolskiego, jak i w populacji Krakowa najwyższy odsetek złożonych deklaracji odnotowano w odniesieniu do wyboru lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, następnie w odniesieniu do pielęgniarki POZ oraz do położnej POZ. W Krakowie w 2022 roku na listach aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ widniało 812,5 tys. osób, co stanowi 101,2% populacji Miasta. Na listach aktywnych wyboru pielęgniarki POZ znajdowało się 712 tys. osób (89% populacji), natomiast liczba pacjentów, którzy złożyli deklaracje wyboru położnej POZ wyniosła 340,5 tys. (42,4% populacji). Wskaźniki te są wyższe dla Krakowa niż dla województwa małopolskiego (ryc. 14).



Rycina 14. Odsetek pacjentów widniejących w 2022 roku na listach aktywnych lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ w województwie małopolskim i w Krakowie w stosunku do populacji Krakowa. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).



Rycina 15. Odsetek pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych widniejących w 2022 roku na listach aktywnych lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ w Krakowie w stosunku do populacji Krakowa. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

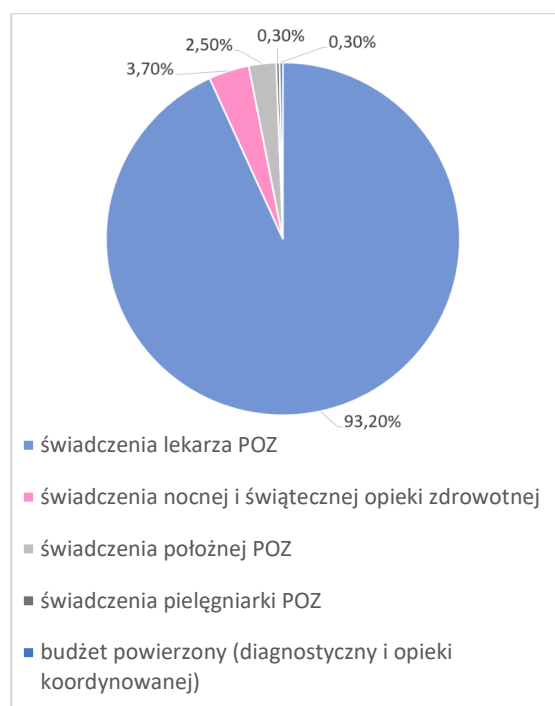
Rozkład procentowy liczby pacjentów zapisanych do lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ względem poszczególnych grup wiekowych nie jest jednolity (ryc. 15). W Krakowie w 2022 roku do lekarza POZ najliczniej zapisani byli pacjenci z grupy wiekowej

0-18 lat (113% populacji), następnie pacjenci w wieku 70-74 lata (102% populacji) oraz pacjenci w wieku 75+ (101% populacji). Odsetek osób w grupach wiekowych 19-39 lat oraz 40-69 lat był nieco niższy – wyniósł 98% populacji. Pacjenci widniejący na listach aktywnych Pielęgniarki POZ we wszystkich grupach wiekowych stanowili więcej niż 80% populacji: grupa 75+ była zapisana najliczniej, tj. w ponad 92%, następie grupa w wieku 19-39 (blisko 92%), 70-74 (90%), 0-18 (89%) oraz grupa wiekowa 40-69 (85%). Z kolei deklaracje do położnej POZ w największym stopniu były złożone (w tym przez mężczyzn) w grupie 0-18 (46%), 19-39 (45%), 75+ (42%), 70-74 (41%) i 40-69 (39%).

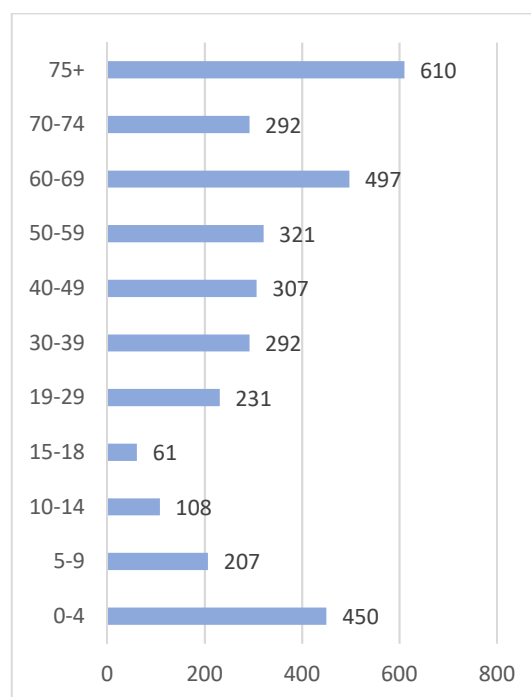
Przedstawione powyżej dane, w szczególności wskaźniki, których wartości przekraczają 100% populacji Krakowa, świadczą o tym, że odbiorcami usług opieki zdrowotnej świadczonych w Krakowie są, poza zameldowanymi mieszkańcami Miasta, mieszkańcy gmin ościennych, studenci i inni użytkownicy.

W 2022 roku na terenie Krakowa udzielono łącznie 3,7 mln świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowi 23,6% świadczeń udzielonych na terenie województwa małopolskiego (ok. 14,3 mln). Zdecydowaną większość świadczeń udzielanych w ramach POZ w Krakowie w 2022 roku stanowiły świadczenia lekarza POZ (93,2%), tylko 6,8% stanowiły pozostałe świadczenia (ryc. 16).

W 2022 roku w Krakowie najwięcej świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielono pacjentom z grup wiekowych 75+, 60-69 lat oraz 0-4 lat. Natomiast najmniej świadczeń udzielono pacjentom w wieku 15-18 lat oraz 10-14 lat (ryc. 17).



Rycina 16. Świadczenia udzielone w ramach POZ w 2022 roku w Krakowie.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).



Rycina 17. Liczba świadczeń udzielonych w ramach POZ (w tys.) w poszczególnych grupach wiekowych w Krakowie w 2022 roku.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

Na terenie Małopolski w 2022 roku funkcjonowało 678 placówek realizujących ww. świadczenia, z czego 153 to podmioty działające w Krakowie, co stanowi blisko 23% wszystkich POZ zlokalizowanych w województwie małopolskim. Na 100 tys. ludności w Krakowie liczba podmiotów POZ w 2022 roku wyniosła 19,1. Dla Małopolski wskaźnik ten wyniósł 19,8.

Zgodnie z danymi Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2023 roku na terenie Krakowa funkcjonowało 157 placówek POZ. Do placówek tych zadeklarowanych było blisko 730 tys. osób. Średnio w każdej dzielnicy Krakowa znajdowało się niespełna 9 placówek POZ. Najwięcej tj. 18 było w Dzielnicy IV Prądnik Biały, najmniej tj. 4 w Dzielnicach: IX Łagiewniki-Borek Fałęcki, XV Mistrzejowice i XVII Wzgórza Krzesławickie. Najmniej mieszkańców Krakowa na 1 POZ przypadało w Dzielnicy II Grzegórzki – 2 672 mieszkańców, najwięcej w Dzielnicy XV Mistrzejowice – 12 855 mieszkańców. Najmniej zadeklarowanych świadczeniobiorców na jednego lekarza POZ przypadało w Dzielnicy VI Bronowice – 340, najwięcej – 1 254 w Dzielnicy XI Podgórze Duchackie. Średnioroczny wymiar czasu pracy lekarza POZ w Krakowie, przypadający na jednego pacjenta wynosił 2 godziny. Najwięcej czasu dla jednego pacjenta miał lekarz POZ z Dzielnicy V Swoszowice – 3,1 godziny, najmniej lekarz POZ z Dzielnicy XI Podgórze Duchackie – 0,8 godziny.

Wnioski

1. Odsetki pacjentów widniejących na listach aktywnych deklaracji wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ są wyższe dla Krakowa niż dla województwa małopolskiego.
2. Pacjenci widniejący na listach aktywnych lekarza POZ w Krakowie w 2022 roku stanowili 101,2% wszystkich mieszkańców Miasta.
3. W Krakowie w 2022 roku do lekarza POZ najliczniej zapisani byli pacjenci z grupy wiekowej 0-18 lat (113% tej populacji), następnie pacjenci w wieku 70-74 lata (102% populacji) oraz pacjenci w wieku 75+ (101% populacji).
4. Z infrastruktury ochrony zdrowia w Krakowie, w tym z POZ, korzystają nie tylko mieszkańcy Miasta, ale także mieszkańcy innych gmin, w tym w szczególności z tzw. „krakowskiego obwarzanka”.
5. W 2022 roku w Krakowie najwięcej świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielono pacjentom z grup wiekowych 75+, 60-69 lat oraz 0-4 lat.
6. Planując działania w zakresie ochrony zdrowia w Krakowie należy zwrócić szczególną uwagę na zapewnienie dostępności POZ dla osób po 60 roku życia, w tym szczególnie dla osób 75+, co wynika z obserwowanych wysokich wartości wskaźników dotyczących korzystania ze świadczeń POZ przez osoby z tej grupy wiekowej oraz z aktualnych prognoz demograficznych dla Krakowa.
7. Planując działania w zakresie ochrony zdrowia w Krakowie należy zwrócić szczególną uwagę na zapewnienie dostępności POZ dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, co wynika z wysokiego odsetka osób w tym wieku zadeklarowanych do lekarza POZ.
8. Należy kontynuować prowadzenie analiz dotyczących funkcjonowania POZ w Krakowie.

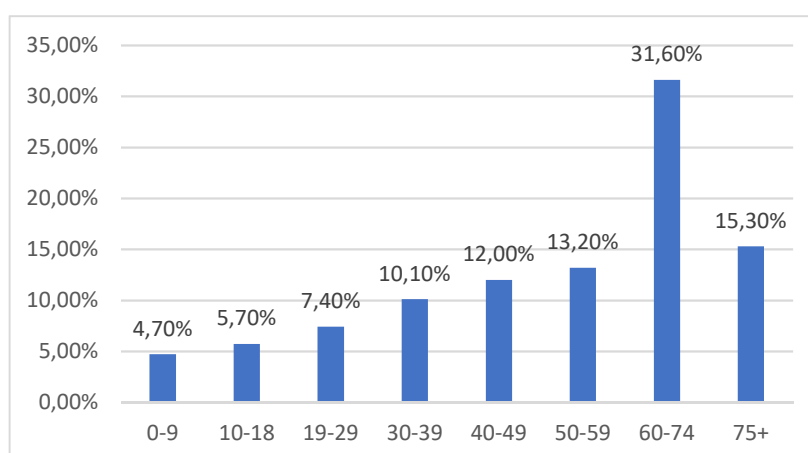
9. Z uwagi na szczególne znaczenie POZ i zadania Miasta w zakresie ochrony zdrowia, rekomenduje się stosowanie preferencyjnych stawek czynszu najmu dla podmiotów świadczących usługi POZ na terenie Miasta Krakowa.

5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Zgodnie z definicją ustawową, ambulatoryjna opieka zdrowotna to udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych⁸. Świadczenia te są udzielane m.in. w postaci badań, terapii czy konsultacji w poradniach specjalistycznych. Badania, leki i wyroby medyczne, w zakresie koniecznym do udzielenia ww. świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorca otrzymuje bezpłatnie.

W 2022 roku w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie małopolskim funkcjonowały 1693 poradnie świadczące usługi w ramach środków publicznych, w których udzielono 6,5 mln porad lekarskich. W Krakowie w 2022 roku funkcjonowało 568 poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których udzielonych zostało ponad 2,8 mln porad lekarskich, z czego 62% porad udzielonych zostało kobietom, a pozostałe 38% – mężczyznom.

Udział pacjentów na rzecz których zrealizowane zostały w 2022 roku porady lekarskie w ramach AOS jest zróżnicowany w poszczególnych grupach wiekowych. Widoczny jest wyraźny trend wzrostowy tego wskaźnika wraz z wiekiem (ryc. 18). Należy zwrócić uwagę, że blisko połowa wszystkich porad lekarskich w ramach AOS została udzielona osobom po 60 roku życia.



Rycina 18. Odsetek porad lekarskich (w tysiącach) udzielonych w ramach AOS w Krakowie w 2022 roku w podziale na grupy wiekowe.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie miasta Krakowa w latach 2019-2022 (w dniach) przedstawia poniższa tabela.

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).

Lp.	Rodzaj świadczenia	Lata				Porównanie 2019/2022
		2019	2020	2021	2022	
1.	Poradnia alergologiczna	81	58	43	75	-6
2.	Poradnia chirurgii ogólnej	31	22	18	26	-5
3.	Poradnia chirurgii onkologicznej	40	54	25	28	-12
4.	Poradnia gruźlicy i chorób płuc	60	54	48	175	+115
5.	Poradnia chorób zakaźnych	167	142	99	83	-84
6.	Poradnia dermatologiczna	71	71	52	84	+13
7.	Poradnia gastroenterologiczna	190	116	102	121	-69
8.	Poradnia genetyczna	242	234	451	305	+63
9.	Poradnia geriatryczna	28	32	34	44	+12
10.	Poradnia hematologiczna	85	77	54	103	+18
11.	Poradnia hepatologiczna	417	146	96	142	-275
12.	Poradnia immunologiczna	131	122	104	151	+20
13.	Poradnia kardiochirurgiczna	76	113	91	90	+14
14.	Poradnia chorób naczyń	340	329	248	240	-100
15.	Poradnia nefrologiczna	188	140	105	145	-43
16.	Poradnia neurochirurgiczna	235	228	251	315	+80
17.	Poradnia neurologiczna	100	78	60	74	-26
18.	Poradnia okulistyczna	190	175	166	179	-11
19.	Poradnia położniczo-ginekologiczna	17	19	23	27	+10
20.	Poradnia reumatologiczna	98	86	66	99	+1
21.	Poradnia urologiczna	136	82	73	89	-47
22.	Świadczenia z zakresu onkologii	20	34	25	34	+14
23.	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	77	78	53	72	-5
24.	Świadczenia z zakresu kardiologii	107	92	84	79	-28
25.	Świadczenia z zakresu endokrynologii	224	196	175	178	-46

Tabela 1. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia AOS (przypadki stabilne) w latach 2019-2022 (w dniach) w Krakowie. Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ.

W 2022 r. najdłuższa kolejka wśród analizowanych wybranych świadczeń występowała w dostępie do świadczeń w ramach poradni neurochirurgicznej, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 315 dni i wydłużył się o 80 dni w stosunku do roku 2019, kiedy wynosił 235 dni. Na świadczenia z zakresu poradni genetycznej w roku 2022 czekało się przeciętnie 305 dni, a okres oczekiwania wydłużył się o 63 dni w stosunku do 2019 roku, kiedy wynosił 242 dni. Na świadczenia z zakresu poradni chorób naczyń średni czas oczekiwania w roku 2022 wynosił 240 dni i skrócił się o 100 dni w stosunku do roku 2019 kiedy wynosił 340 dni.

Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: chirurgia ogólna, gdzie czas oczekiwania wynosił 26 dni w roku 2022 i skrócił się o 5 dni w stosunku do roku 2019; położnictwo i ginekologia, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 27 dni w roku 2022 i wydłużył się o 10 dni w stosunku do roku 2019; chirurgia onkologiczna, gdzie czas oczekiwania w 2022 roku wynosił 28 dni i skrócił się o 12 dni w stosunku do roku 2019.

Liczba świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych na terenie województwa małopolskiego i w Krakowie w latach 2019-2022 podlegała dynamicznym zmianom (tabela 2).

Lp.	Poradnia	Kraków				małopolska (bez Miasta Krakowa)			
		2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
1.	alergologiczna	128	103	109	108	185	146	157	156
2.	diabetologiczna	99	98	101	97	128	120	118	116
3.	nefrologiczna	30	27	30	30	24	20	22	21
4.	kardiologiczna	282	261	300	302	301	262	303	319
5.	dermatologiczna	147	115	125	125	207	160	172	164
6.	neurologiczna	170	148	166	173	270	232	248	247
7.	neurochirurgiczna	18	13	17	18	11	9	10	10
8.	onkologiczna	95	81	90	99	55	48	54	55
9.	rehabilitacyjna	114	83	101	101	127	93	117	122
10.	chorób zakaźnych	39	28	32	32	24	17	16	16
11.	ginekologiczno-położnicza	246	221	248	258	507	400	444	438
12.	chirurgii ogólnej	197	154	184	200	447	321	374	391
13.	urazowo ortopedyczna	250	191	243	274	467	376	433	464
14.	okulistyczna	196	161	184	202	357	274	301	314
15.	otolaryngologiczna	187	126	151	163	281	186	223	238
16.	urologiczna	116	106	116	122	125	104	114	116
17.	zdrowia psychicznego	254	249	247	253	210	209	217	215
18.	leczenia uzależnień	41	41	43	61	65	65	69	72

Tabela 2. Liczba udzielonych świadczeń specjalistycznych (w tys.) w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2019-2022 w wybranych poradniach.

(Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

W przypadku wszystkich analizowanych rodzajów poradni specjalistycznych, zarówno w Małopolsce jak i w Krakowie w 2020 roku odnotowano zdecydowany spadek liczby udzielanych tam świadczeń spowodowany pandemią COVID-19. W kolejnych latach, tj. 2021-2022, w znacznej większości poradni nastąpił wzrost liczby udzielonych świadczeń. W 2022 roku w województwie małopolskim najwięcej świadczeń specjalistycznych udzielono w poradniach: urazowo-ortopedycznej (464 tys. świadczeń), ginekologiczno-położniczej (438 tys.) i chirurgii ogólnej (391 tys.). W Krakowie na pierwszym miejscu znalazły się świadczenia udzielone w poradniach kardiologicznych (302 tys.), następnie w poradniach urazowo-ortopedycznych (274 tys.), ginekologiczno-położniczych (258 tys.) oraz w poradniach zdrowia psychicznego (253 tys.).

Uwagę zwraca fakt, że w ramach poradni nefrologicznej, neurochirurgicznej, onkologicznej oraz poradni chorób zakaźnych, w analizowanym okresie czasu, więcej świadczeń udzielono w samym Krakowie niż w pozostałej części województwa małopolskiego.

Wskazuje to na wiodącą rolę Miasta Krakowa w zapewnieniu dostępu do świadczeń zdrowotnych nie tylko dla mieszkańców Miasta, ale także dla mieszkańców całego województwa.

Wnioski

1. Udział procentowy pacjentów na rzecz których zrealizowane były w 2022 roku porady lekarskie w ramach AOS w Krakowie wzrasta wraz z wiekiem. Blisko 50% wszystkich udzielonych porad lekarskich w ramach AOS została zrealizowana na rzecz osób po 60 roku życia.
2. W 2022 roku w Krakowie najdłużej oczekiwało się na świadczenia z zakresu poradni neurochirurgicznej (315 dni), poradni genetycznej (305 dni) oraz poradni chorób naczyń (240 dni).
3. Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: chirurgia ogólna (26 dni), położnictwo i ginekologia (27 dni) oraz chirurgia onkologiczna (28 dni).
4. Liczby udzielanych świadczeń w poradniach specjalistycznych w ramach AOS w Krakowie i w Małopolsce w ostatnich latach potwierdzają, że Kraków jako stolica województwa małopolskiego oraz centralny ośrodek metropolitalny aglomeracji krakowskiej i Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego posiada bogatą bazę podmiotów leczniczych oraz skupia wykwalifikowanych specjalistów w zawodach medycznych, co w efekcie zapewnia możliwości realizacji wielu specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.
5. Zainteresowanie krakowskim systemem ochrony zdrowia innych osób niż mieszkańcy Miasta jest wyzwaniem dla organizatorów ochrony zdrowia. Osoby spoza miasta stanowią „konkurencję” dla krakowian w dostępie do ochrony zdrowia, w tym AOS.
6. Z uwagi na szczególne znaczenie AOS i zadania Miasta w zakresie ochrony zdrowia, rekomenduje się stosowanie preferencyjnych stawek czynszu najmu dla podmiotów świadczących usługi AOS na terenie Miasta Krakowa.

6. Lecznictwo szpitalne

Szpital, zgodnie z definicją ustawową⁹, to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Do świadczeń szpitalnych zaliczane są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Podmioty lecznicze wykonujące powyższą działalność mogą być tworzone i prowadzone przez:

- 1) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę;
- 2) jednostkę samorządu terytorialnego;
- 3) uczelnię medyczną.

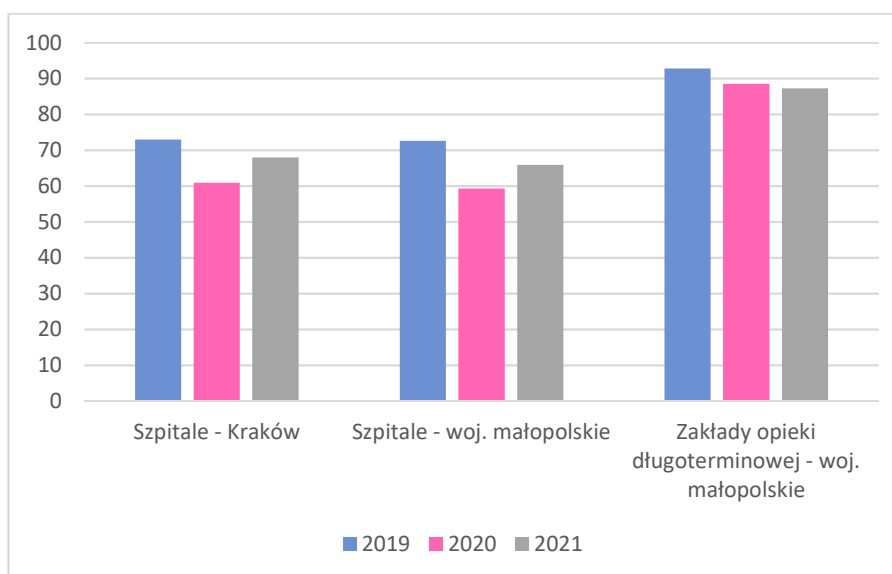
Szpitalny system opieki zdrowotnej w Polsce na przestrzeni lat przeszedł szereg reform. Jedną z kluczowych zmian było wdrożenie w 2017 roku systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, potocznie zwanego „siecią szpitali” (inaczej PSZ)¹⁰. Utworzenie systemu PSZ miało na celu poprawę opieki specjalistycznej nad pacjentami oraz zapewnienie lepszych warunków funkcjonowania szpitali. Do sieci należą szpitale, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych. Sieć szpitali tworzą szpitale podzielone na sześć poziomów systemu zabezpieczenia. Pierwszy, drugi oraz trzeci poziom obejmuje szpitale o zasięgu lokalnym lub regionalnym. Czwarty poziom tworzą szpitale specjalistyczne o profilu onkologicznym oraz pulmonologicznym, piąty poziom to szpitale pediatryczne. Ostatni, najwyższy poziom, jest przeznaczony dla szpitali klinicznych oraz instytutów badawczych. Szpital może zostać zakwalifikowany tylko do jednego poziomu. Rolą trzech pierwszych poziomów sieci szpitali jest zapewnienie podstawowego poziomu zabezpieczenia świadczeń medycznych, natomiast kolejnych trzech – specjalistycznego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego. Kwalifikacja szpitali do poszczególnych poziomów sieci jest dokonywana za pomocą kryteriów określonych w ustawie. Szpitale, które nie zostały zakwalifikowane do sieci, również udzielają świadczeń w ramach kontraktu z NFZ.

Wskaźnikiem strategicznym Miasta stanowiącym o poziomie i rozwoju opieki zdrowotnej lecznictwa stacjonarnego jest Wskaźnik W1_Z Liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców Krakowa. Wartość tego wskaźnika w latach 2016-2021 wykazywała trend spadkowy i wynosiła kolejno: w 2016 roku: 78,4, w 2017 roku: 78,6, w 2018 roku: 78,2, w 2019 roku: 73,3, w 2020 roku: 67,1 oraz w 2021 roku: 69,3. Należy wskazać, że wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, analizowany na poziomie kraju, w okresie ostatnich kilku lat również wykazuje tendencję malejącą. Przyczynami spadku wartości ww. wskaźnika były m.in. redukcja łóżek o zbyt małym obciążeniu oraz wejście w życie nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w lecznictwie szpitalnym. Opisany trend nie jest niepokojący.

⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w art. 6 ust. 2 (T.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 991, ze zm.).

¹⁰ Zmiana ta została przyjęta Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim w latach 2019-2021 było relatywnie niskie – nie przekraczało w tym czasie 72,6%. W 2020 roku zaobserwowano spadek „obłożenia” łóżek do poziomu 59,3%, co najpewniej było efektem pandemii COVID-19, w 2021 roku wzrosło do 65,9%. Dla Krakowa wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych był nieco wyższy niż dla województwa – w 2019 roku wyniósł 73%, następnie w 2020 roku 60,9% oraz w 2021 roku 68%. Znacznie wyższe wartości wykorzystania łóżek obserwuje się w zakładach opieki długoterminowej – w latach 2019-2021 dla Małopolski wartość tego wskaźnika oscylowała w okolicach 90%.



Rycina 19. Średnie wykorzystanie łóżek (w %) w szpitalach ogólnych dla Krakowa i Małopolski oraz w zakładach opieki długoterminowej w Małopolsce w latach 2019-2021.

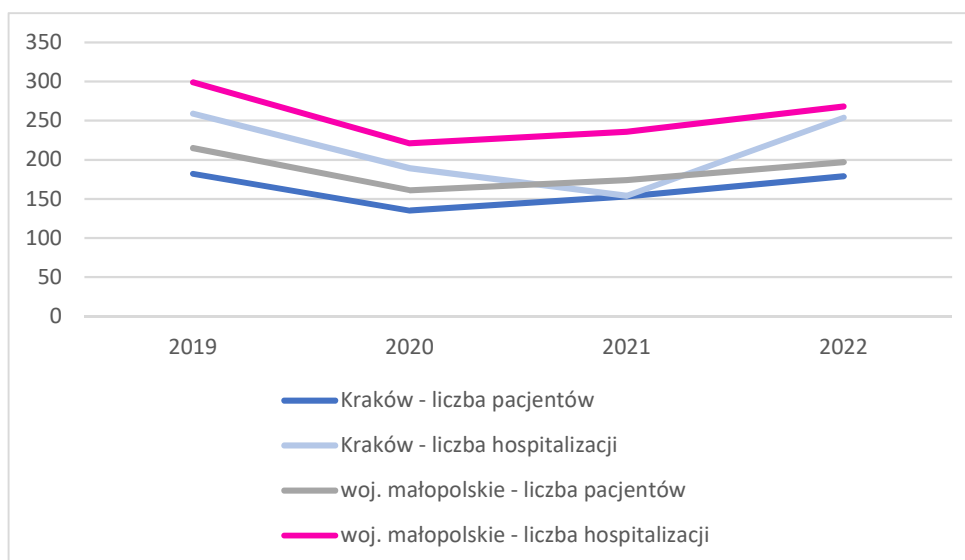
(Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynów statystycznych ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok, 2020 rok oraz 2019 rok¹¹).

Na południu Polski notowany jest niższy wskaźnik hospitalizacji niż w pozostałej części kraju. Duże natężenie świadczeń opieki szpitalnej może wskazywać na słabiej rozwiniętą AOS. Częstsze korzystanie ze świadczeń opieki szpitalnej może być spowodowane również strukturą wiekową populacji. Dzieci i osoby starsze częściej niż pozostałe osoby, wymagają udzielenia świadczenia w szpitalu¹².

Na rycinie 20. przedstawiono liczbę hospitalizacji i liczbę pacjentów w podmiotach udzielających świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego w Krakowie i w Małopolsce w latach 2019-2022. Widoczny jest wyraźny spadek wartości mierników w roku 2020, co wynika z ograniczeń związanych z pandemią COVID-19. Od 2021 roku obserwuje się stały wzrost liczby hospitalizacji i wzrost liczby pacjentów. W Krakowie w 2022 roku zarówno liczba pacjentów, jak i liczba hospitalizacji powróciły do stanu sprzed pandemii COVID-19.

¹¹ Biuletyny statystyczne ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok, 2020 rok oraz 2019 rok¹¹. https://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=statystyka_medyczna (dostęp w dniu 15.01.2024 r.).

¹² Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021 r.



Rycina 20. Liczba pacjentów oraz liczba hospitalizacji w podmiotach udzielających świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (w tys.) w Krakowie i w Małopolsce (bez Krakowa) w latach 2019-2022. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

Według danych OECD z 2018 r. Polskę charakteryzuje wysoki współczynnik liczby łóżek na 1 000 osób. Wynosi on 6,5 łóżka, co stanowi piąty najwyższy wynik w UE. Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla krajów UE spadała z roku na rok między 2007 a 2018, natomiast liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla Rzeczypospolitej Polskiej nie wykazywała silnego trendu malejącego¹³. W tym kontekście należy wskazać, że państwa z większą liczbą łóżek na 1 tys. mieszkańców stosunkowo lepiej radziły sobie z pandemią COVID-19. Większa liczba łóżek pozwalała na szybkie przeprofilowanie części szpitali/oddziałów/łóżek na przeznaczone wyłącznie dla chorych na COVID-19¹⁴.

6.1. Jakość opieki w ramach leczenia szpitalnego

Opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, w której zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób. Oznacza to działania mające na celu zaspokojenie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz pewność, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności.

Na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej składają się w szczególności:

- 1) standardy dotyczące warunków lokalowych (budynku);
- 2) standardy wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w związku z rodzajem udzielanych świadczeń;
- 3) standardy dotyczące personelu medycznego odnoszące się do minimalnych kwalifikacji personelu oraz normy zatrudnienia¹⁵.

¹³ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. stanowiąca załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

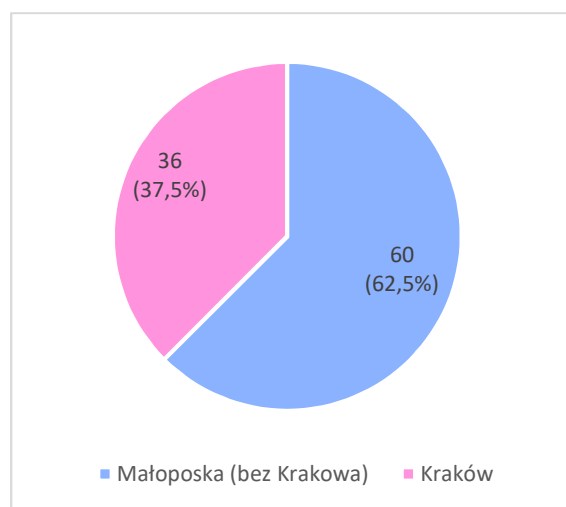
¹⁴ Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2021 r.

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/jakosc-w-opiece-zdrowotnej>

Jakość i bezpieczeństwo, poza pewnością i szybkością dostępu do świadczeń, są dla pacjentów kluczowymi elementami tworzącymi zaufanie do systemu. Tymczasem jakość udzielonych świadczeń zależy głównie od umiejętności wykonywania procedur medycznych, a ta z kolei od doświadczenia kadry medycznej (liczby wykonanych dotychczas zabiegów). Dodatkowymi czynnikami pozytywnie wpływającymi na jakość świadczeń są: skuteczny system przeciwdziałania zakażeniom, wyposażenie w nowoczesny sprzęt i wykonanie pełnej diagnostyki¹⁶. Jakość udzielanych świadczeń podmiotów leczniczych jest potwierdzana w procesie akredytacji. Proces akredytacji w Polsce jest prowadzony przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, jednostkę podległą Ministerstwu Zdrowia. Akredytacja uzyskiwana jest na 3 lata. Potwierdzeniem jej uzyskania jest certyfikat akredytacyjny przyznawany przez Ministra Zdrowia, na którym określona jest data jego ważności.

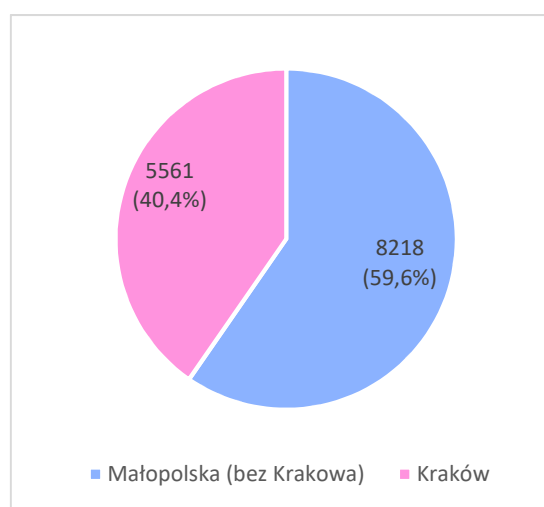
6.2. Szpitale ogólne w Krakowie

W 2021 roku w Małopolsce funkcjonowało 96 publicznych i niepublicznych szpitali ogólnych, z czego 36 (37,5%) działało na terenie Krakowa. Wykaz szpitali przedstawiono w tabeli 3. W szpitalach ogólnych znajdowało się łącznie 13,8 tys. łóżek (o 1,8% więcej niż w 2020 r.). Liczba leczonych pacjentów wyniosła 518,5 tys. (wzrost o 12,0% w stosunku do 2020 r.).



Rycina 21. Liczba szpitali ogólnych w Małopolsce i w Krakowie w 2021 roku.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok¹⁷).



Rycina 22. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Małopolsce i w Krakowie w 2021 roku.

(Źródło: Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok).

¹⁶ Informacja o wynikach kontroli: Raport Najwyższej Izby Kontroli - System Ochrony Zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian KZD.034.001.2018 Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD

¹⁷ Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok.

https://www.malopolska.uw.gov.pl/default.aspx?page=statystyka_medyczna (dostęp w dniu 15.01.2024 r.).

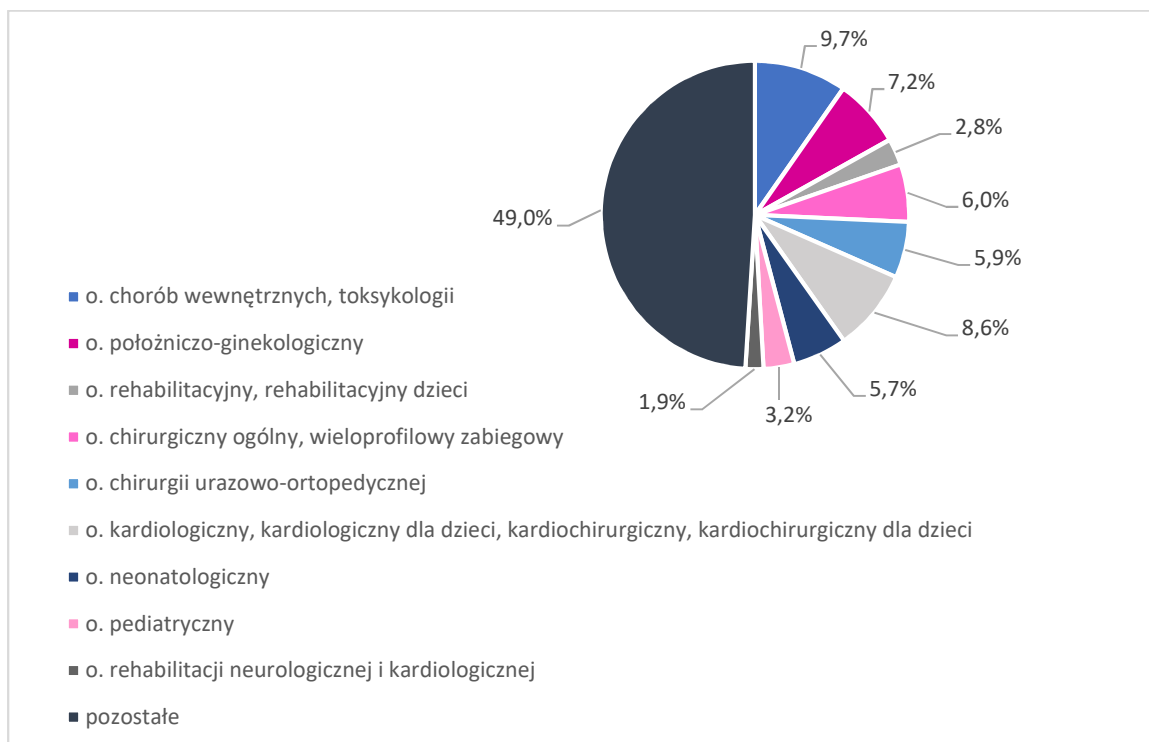
Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres
1.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicka 35-37 31-202 Kraków
2.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80 31-202 Kraków
3.	Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie	os. Osiedle Na Wzgórzach 17B 31-723 Kraków
4.	Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka	al. Aleja Modrzewiowa 22 30-224 Kraków
5.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	os. Na Skarpie 66 31-913 Kraków
6.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	os. Osiedle Żłotej Jesieni 1 31-826 Kraków
7.	Medicus Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Krakowskie Centrum Okulistyki Optica	ul. Henryka Wieniawskiego 62 31-436 Kraków
8.	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy	ul. Garncarska 11 31-115 Kraków
9.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	ul. Skarbowa 4 31-121 Kraków
10.	Neo Hospital Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością One Spółka Komandytowa Szpital Kliniczny Na Klinach	ul. Józefa Kostrzewskiego 47 30-437 Kraków
11.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265 30-663 Kraków
12.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2 31-503 Kraków
13.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Na Siemiradzkiego im. Rafała Czerwiakowskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Henryka Siemiradzkiego 1 31-137 Kraków
14.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Mikołaja Kopernika 36 31-501 Kraków
15.	Scanmed Spółka Akcyjna Szpital św. Rafała	ul. Adama Bochenka 12 30-693 Kraków
16.	Szpital św. Róży Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa	ul. Skotnicka 230A 30-394 Kraków
17.	Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Kraków ul. św. Łazarza 14 31-530 Kraków
18.	Szpital Dworska Delta Sport Clinic Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa	ul. Dworska 1B / LU1 30-314 Kraków
19.	Chirurgia i Piękno Szlachcic i Wspólnik Spółka Komandytowa	ul. Kazimierza Wielkiego 11 31-572 Kraków
20.	Centre De La Vision Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Henryka Sienkiewicza 34 30-033 Kraków
21.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3 30-901 Kraków
22.	Vidium Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Kluczborska 17 m. 6 31-271 Kraków

23.	Ośrodek Chirurgii Oka prof. Zagórskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Ludwika Solskiego 7C 31-216 Kraków
24.	Ortopedicum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Koło Strzelnicy 3 30-219 Kraków
25.	Topmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Ujastek 3 31-752 Kraków
26.	Centrum Medyczne Ujastek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Położniczo-Ginekologiczny	ul. Ujastek 3 31-752 Kraków
27.	Fresenius Nephrocare Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Ośrodek Dializ Nr 18 w Krakowie	os. Złotej Jesieni 1 31-826 Kraków
28.	Szpital Okulistyczny Optegra Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Kapelanka 42A 30-347 Kraków
29.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczne Centrum Chirurgiczne Estetika Nova	ul. Tuchowska 6B m. 5 30-618 Kraków
30.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Medicina Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Stefana Rogozińskiego 12 30-307 Kraków
31.	Szpital św. Róży Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Skotnicka 230A 30-394 Kraków
32.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Trynitaraska 11 31-061 Kraków
33.	Regenmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa	ul. Grzegórzecka 67C / U6 31-559 Kraków
34.	Centrum Medyczne Evita Chirurgia Jednego Dnia	ul. Szlak 28 m. 8 31-153 Kraków
35.	MW-MED Szpital Okulistyczny	ul. Dobrego Pasterza 207A 31-416 Kraków
36.	SCM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział Chirurgii Jednego Dnia	ul. Grzegórzecka 67C / U6 31-559 Kraków

Tabela 3. Publiczne i niepubliczne szpitale ogólne funkcjonujące na terenie Krakowa (stan na 31.12.2021 r.).

(Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2021 rok).

Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w 2022 roku w przeliczeniu na 10 tys. ludności była równa 69,2, natomiast wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wyniósł średnio 262 dni, co stanowiło 72% wykorzystania. Średnio pacjenci przebywali w szpitalach ogólnych 5 dni. Na jedno łóżko w szpitalach ogólnych przypadało przeciętnie 53 leczonych. Wyniki badań działalności oddziałów szpitali ogólnych pokazują, że największe wykorzystanie łóżek było na oddziałach geriatrycznych i opieki paliatywnej (103%). Najmniejsze wykorzystanie odnotowano na oddziałach leczenia jednego dnia, w tym na oddziałach dla dzieci (9,9%), oraz na oddziałach ginekologicznych (10,1%). Najdłużej leczono pacjentów na oddziałach psychiatrycznych (średni pobyt wyniósł 33 dni), psychiatrycznych dla dzieci (26 dni) oraz na oddziałach rehabilitacyjnych i rehabilitacyjnych dla dzieci (27 dni), rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej (28 dni). Najkrótsze pobyty odnotowano na oddziałach ginekologicznych (średnio 1,1 dnia) oraz na oddziałach leczenia jednego dnia (1,2 dnia). Rozkład struktury łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w 2022 roku przedstawia rycina 23.



Rycina 23. Struktura łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia.
(Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego).

6.3. Podmioty lecznicze dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym

Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym dla trzech podmiotów leczniczych:

- 1) Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków;
- 2) Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków;
- 3) Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.

Gmina sprawuje nadzór właścicielski nad wskazanymi podmiotami leczniczymi w zakresie określonym ustawą o działalności leczniczej¹⁸, tj. nadzór nad zgodnością działań podmiotów z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. W ramach nadzoru Gmina może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego oraz dokonuje kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Ponadto, Gmina sprawuje nadzór nad inwestycjami przeprowadzanymi w miejskich podmiotach leczniczych finansowanych i współfinansowanych z budżetu Miasta Krakowa oraz środków zewnętrznych niepodlegających zwrotowi. W ramach nadzoru prowadzone jest także bieżące monitorowanie oraz kontrola działalności statutowej podmiotów w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Na poniższych infografikach przedstawiono podstawowe dane dotyczące miejskich podmiotów leczniczych w Krakowie za lata 2021-2022.

¹⁸ Ustawa a dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej



Miejskie podmioty lecznicze w Krakowie

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie



13

Liczba oddziałów szpitalnych



13

Liczba poradni specjalistycznych



686
(2022 r.)

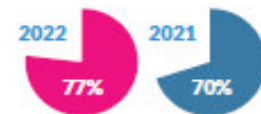
Zatrudniony personel
medyczny i niemedyczny
(liczba etatów)



Liczba łóżek



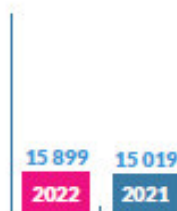
Srednie procentowe wykorzystanie łóżek



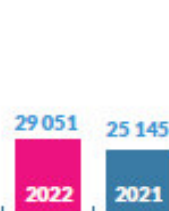
Łączna liczba leczonych



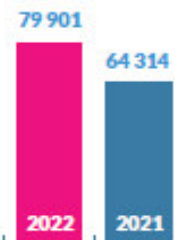
Liczba pacjentów
leczenia szpitalnego
(bez ruchu
międzyoddziałowego):



Liczba pacjentów
leczonych w SOR:



Liczba pacjentów
leczonych w poradniach
specjalistycznych:



Rycina 24. Podstawowe dane dotyczące Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMK).



Miejskie podmioty lecznicze w Krakowie

Szpital Specjalistyczny Im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie



17

Liczba oddziałów szpitalnych



17

Liczba poradni specjalistycznych



838

(2022 r.)

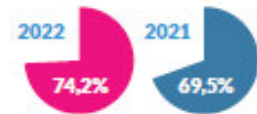
Zatrudniony personel medyczny i niemedyczny (liczba etatów)



Liczba łóżek



Średnie procentowe wykorzystanie łóżek



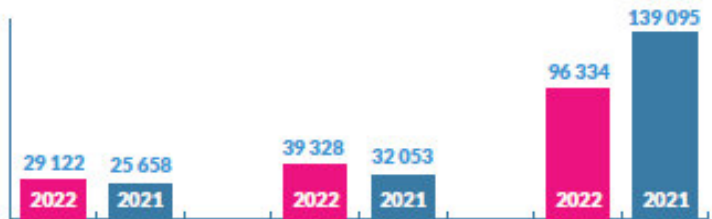
Łączna liczba leczonych



Liczba pacjentów leczenia szpitalnego (bez ruchu międzyoddziałowego):

Liczba pacjentów leczonych w SOR:

Liczba pacjentów leczonych w poradniach specjalistycznych:



Rycina 25. Podstawowe dane dotyczące Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMK).



Miejskie podmioty lecznicze w Krakowie

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie



365

(2022 r.)

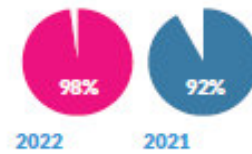
Zatrudniony personel
medyczny i nlemedyczny
(liczba etatów)



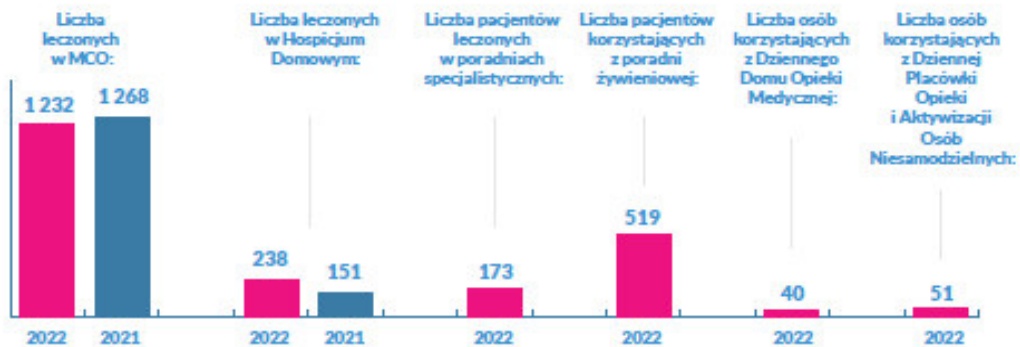
Liczba łóżek



Srednie procentowe wykorzystanie łóżek



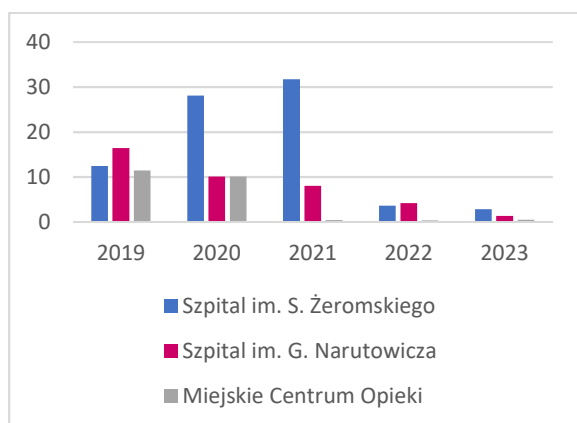
Łączna liczba leczonych



Rycina 26. Podstawowe dane dotyczące Miejskiego Centrum Opieki w Krakowie.
(Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMK).

6.4. Inwestycje Gminy Miejskiej Kraków w podmiotach leczniczych z terenu Miasta

Środki finansowe z budżetu Miasta Krakowa przeznaczone na zadania inwestycyjne w podmiotach leczniczych z terenu Miasta w latach 2019-2023 wyniosły łącznie ponad 141 mln zł. W głównej mierze dotacje te dotyczyły podmiotów, dla których Miasto jest podmiotem tworzącym, ale również udzielane były innym podmiotom, np. w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa. W tabeli 4. przedstawione zostały kwoty dotacji w podziale na poszczególne lata¹⁹.



Rycina 27. Dotacje Gminy Miejskiej Kraków na rzecz Miejskich podmiotów leczniczych w latach 2019-2023. (Źródło: opracowanie własne na podstawie danych UMK).

Rok	Kwota
2019	40 229 597,94 zł
2020	48 222 140,26 zł
2021	40 067 742,58 zł
2022	8 046 453,58 zł
2023	4 550 312,03 zł

Tabela 4. Wykaz dotacji udzielonych w latach 2019-2023 na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu Miasta Krakowa.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie zasobów Biuletynu Informacji Publicznej Miasta Krakowa).

W latach 2019-2023 z budżetu Gminy Miejskiej Kraków przyznano Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w sumie blisko 22,6 mln zł na zadania inwestycyjne. Szpitalowi im. Stefana Żeromskiego udzielono dotacji w łącznej kwocie 78,6 mln zł, natomiast Szpitalowi Miejskiemu Specjalistycznemu im. Gabriela Narutowicza przekazano w sumie blisko 40 mln zł.

Należy podkreślić, że miejskie podmioty lecznicze nie są w stanie samodzielnie finansować zaplanowanych zadań inwestycyjnych. Gmina Miejska Kraków wspiera w tym zakresie podmioty lecznicze, dla których jest podmiotem tworzącym – udziela dotacji na realizację zadań inwestycyjnych, co w części lub w całości jest uzależnione od dostępności środków zewnętrznych, w tym środków unijnych.

¹⁹ Szczegółowy wykaz udzielonych dotacji dostępny jest na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Miasta Krakowa pod adresem: https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=26485

Wnioski

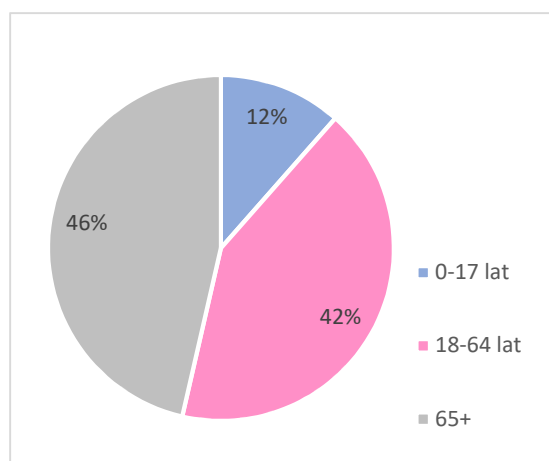
1. W Krakowie siedziby mają podmioty leczenia szpitalnego, które ze względu na swój specjalistyczny profil, zatrudniony wykwalifikowany personel lub posiadany wysokiej klasy sprzęt, obsługują mieszkańców całego województwa, a nierzadko również kraju.
2. Należy kompleksowo zweryfikować wachlarz usług realizowanych w miejskich podmiotach leczniczych, w tym pod kątem dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie Krakowa, ich powielania się, a także kosztowym oraz dostosować do aktualnych potrzeb, przy czym z uwzględnieniem dostępności kadr medycznych oraz generowanych przez nie przychodów i kosztów.
3. Należy rozważyć możliwość zwiększenia dostępności do realizowanych usług w miejskich podmiotach leczniczych, w szczególności w obszarach, gdzie dostępność do świadczeń zdrowotnych w Krakowie jest słaba.
4. Należy podjąć działania skutkujące poprawą funkcjonalności poszczególnych oddziałów szpitalnych w miejskich podmiotach leczniczych.
5. Należy podjąć działania, aby zoptymalizować wykorzystanie łóżek szpitalnych w miejskich podmiotach leczniczych.
6. Należy rozwinąć współpracę pomiędzy miejskimi podmiotami leczniczymi.
7. Należy rozwinąć współpracę pomiędzy Centrum Obsługi Informatycznej UMK i miejskimi podmiotami leczniczymi, w szczególności w obszarze informatyzacji miejskich podmiotów leczniczych, cyberbezpieczeństwa, analizy i wymiany danych oraz szkoleń.
8. Należy podjąć działania skutkujące wzrostem konkurencyjności miejskich podmiotów leczniczych.
9. Należy rozwijać realizację miejskich programów polityki zdrowotnej i innych zadań z zakresu profilaktyki, promocji i ochrony zdrowia w miejskich podmiotach leczniczych.
10. Miejskie podmioty lecznicze samodzielnie nie są w stanie finansować zadań inwestycyjnych.
11. Należy pozyskać jak największe środki europejskie na inwestycje w miejskich podmiotach leczniczych, które skutkować będą wzrostem jakości i dostępności usług realizowanych w miejskich podmiotach leczniczych.
12. Należy zwiększyć wysokość środków finansowych Gminy Miejskiej Kraków z przeznaczeniem na realizację zadań inwestycyjnych w miejskich podmiotach leczniczych, w tym w szczególności z przeznaczeniem na wkład własny niezbędny do realizacji projektów z udziałem środków europejskich.
13. Należy zmodernizować i rozbudować infrastrukturę informatyczną i położyć szczególny nacisk na rozwój informatyzacji miejskich podmiotów leczniczych.
14. Należy podjąć działania skutkujące poprawą wyników finansowych miejskich podmiotów leczniczych.
15. Należy podjąć działania zwiększające efektywność sprawowanego nadzoru i kontroli Miejskich Podmiotów Leczniczych przez Gminę Miejską Kraków.

7. Rehabilitacja lecznicza

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych do przeprowadzenia, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu zaawansowanego wieku lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych oraz zaburzeń lub urazów. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu to m.in. trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu²⁰.

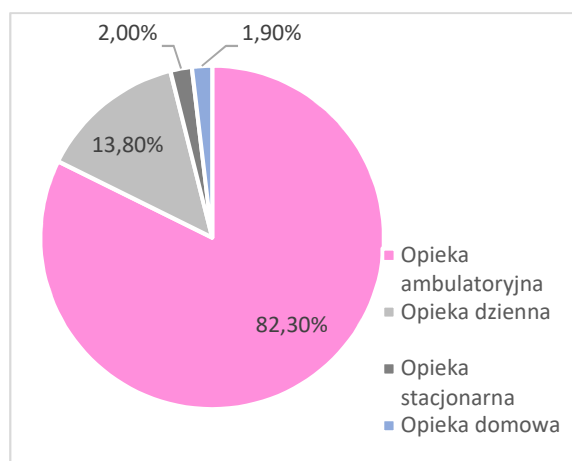
Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce finansowane są ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i przysługują każdej osobie podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu i posiadającej skierowanie. Ponadto, rehabilitacja lecznicza finansowana jest również przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), a także przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP). Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego albo w warunkach stacjonarnych²¹.

W 2022 roku w Polsce w ramach środków NFZ rehabilitowanych było ponad 3,2 miliona pacjentów, w Małopolsce ponad 310 tys., natomiast w Krakowie blisko 83 tys. pacjentów. W 2020 i w 2021 roku w związku z pandemią SARS-CoV-2 odnotowano spadek liczby rehabilitowanych osób w porównaniu z latami wcześniejszymi. Natomiast w 2022 roku liczba rehabilitowanych pacjentów wzrosła do poziomu sprzed pandemii. W 2022 roku w Krakowie najwyższy odsetek wszystkich rehabilitowanych stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat (46,4%), następnie osoby z przedziału wiekowego 18-64 lata (42,1%), natomiast pacjenci w wieku 0-17 lat stanowili 11,5% rehabilitowanych (ryc. 28).



Rycina 28. Pacjenci korzystający ze świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2022 roku w podziale na grupy wiekowe.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie BASIW).



Rycina 29. Pacjenci korzystających ze świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2021 roku w podziale na rodzaj świadczeń.

(Źródło: opracowanie własne na podstawie BASIW).

²⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

W 2022 roku w Krakowie 50 podmiotów, które wykonują działalność leczniczą i zawarły umowę na realizację świadczeń z NFZ, udzielało świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. W 2021 roku świadczeń tych udzielało 59 podmiotów, a w 2020 roku 61 podmiotów. Ponadto, istotną rolę w rehabilitacji w Polsce odgrywa sektor prywatny. Jednakże brakuje danych, które pozwoliłyby oszacować jego skalę.

Pomimo wielu strumieni finansowania rehabilitacji leczniczej w Polsce dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych w dalszym ciągu jest ograniczony i nie ulega poprawie. Każdego roku rośnie liczba osób oczekujących na uzyskanie świadczeń niemal we wszystkich rodzajach rehabilitacji, a czas oczekiwania na świadczenia jest stosunkowo długi.

Według danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w latach 2019-2022 średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia rehabilitacyjne w Krakowie w poszczególnych rodzajach był zróżnicowany i ulegał zmianom na przestrzeni tych lat. Największemu skróceniu od 2019 roku uległa kolejka do oddziału rehabilitacyjnego – aż o 225 dni. Jednakże w dalszym ciągu czas oczekiwania był długi – w 2022 roku do oddziału rehabilitacyjnego trzeba było oczekiwać 491 dni. Równie długo w 2022 roku krakowianie czekali na świadczenia oddziału neurologii rehabilitacyjnej – 490 dni. Od 2019 roku okres ten wydłużył się o 249 dni.

Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w oddziale rehabilitacji kardiologicznej (czas oczekiwania wynosił 7 dni w roku 2022 i skrócił się o 4 dni w stosunku do roku 2019), w ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci (średni czas oczekiwania wynosił 28 dni w roku 2022 i skrócił się o 9 dni w stosunku do roku 2019) oraz w zakładzie/ośrodku rehabilitacji kardiologicznej (czas oczekiwania w 2022 roku wynosił 30 dni i skrócił się o 25 dni w stosunku do roku 2019). Szczegółowe informacje przedstawia poniższa tabela.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Lata				
		2019	2020	2021	2022	Porównanie 2019/2022
1.	Dział (pracownia) fizjoterapii	124	103	111	103	-21
2.	Oddział rehabilitacji neurologicznej	241	319	393	490	+249
3.	Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	55	97	101	30	-25
4.	Oddział rehabilitacji kardiologicznej	11	9	8	7	-4
5.	Ośrodek rehabilitacji dziennej	208	207	236	200	-8
6.	Oddział rehabilitacyjny	716	479	433	491	-225
7.	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	37	25	15	28	-9

Tabela 5. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej w latach 2019-2022 (w dniach) w Krakowie.

(Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MOW NFZ).

Swobodny dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej jest bardzo istotny ze względu na fakt, że rehabilitacja przyspiesza powrót pacjentów do zdrowia lub poprawia jakość życia i poziom ich sprawności po przeżytych chorobach, urazach czy zabiegach medycznych. Dzięki rehabilitacji osoby w każdym wieku mają możliwość utrzymania lub powrotu do codziennych czynności, pełnienia znaczących ról życiowych i maksymalizacji ich dobrostanu.

Gmina Miejska Kraków od 2022 roku realizuje program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków”. Głównym celem Programu jest zwiększenie dostępności specjalistycznych usług fizjoterapeutycznych, a w rezultacie zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjentów oraz poprawa sprawności ruchowej w zakresie samodzielnego poruszania się i wykonywania codziennych czynności. Program bezpłatnej rehabilitacji skierowany jest do krakowian powyżej 18 r.ż., u których rozpoznano dysfunkcję narządu ruchu związaną z chorobami przeciążeniowymi narządu ruchu, zmianami zwyrodnieniowymi stawów, zespołem bólowym kręgosłupa lub amputacją. Do końca 2023 roku w Programie wzięło udział około 600 osób.

Wnioski

1. Rehabilitacja lecznicza pełni kluczową rolę w powrocie pacjentów do codziennego funkcjonowania po przebytych urazach, zabiegach operacyjnych oraz chorobach.
2. Największy odsetek osób korzystających z rehabilitacji leczniczej w 2022 roku w Krakowie stanowili pacjenci po 65 roku życia.
3. Najwięcej świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2021 roku udzielono w ramach opieki ambulatoryjnej oraz opieki dziennej.
4. Najdłuższy czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w Krakowie w 2022 roku odnotowano w odniesieniu do oddziałów rehabilitacji i rehabilitacji neurologicznej. Czas oczekiwania na te świadczenia wynosił blisko 500 dni.
5. Czas oczekiwania na świadczenia w ramach rehabilitacji leczniczej w Krakowie jest zdecydowanie zbyt długi, w szczególności biorąc pod uwagę rolę rehabilitacji i konieczność niezwłocznego udzielania tych świadczeń.
6. Gmina Miejska Kraków powinna w dalszym ciągu realizować i rozwijać miejski program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków” i w miarę możliwości finansowych zwiększać liczbę obejmowanych nim osób, w tym rozważyć możliwość jego wdrożenia w miejskich szpitalach.
7. Mając na uwadze postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz częstość korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w grupie wiekowej 65+, rekomenduje się podjęcie działań mających na celu zwiększanie dostępności do rehabilitacji dla osób starszych.

8. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Zgodnie z ustawą²² jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, natomiast jednostkami współpracującymi z systemem są jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej, jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego, wodnego i górniczego oraz inne uprawnione wskazane w ustawie.

Świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) udzielane są w trybie nagłym pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia pacjenta wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem, które nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach. Gdy to konieczne świadczenia obejmują zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia.

Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) zapewniają świadczenia zdrowotne w dwóch trybach: ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) oraz stacjonarnym. W izbach przyjęć i szpitalnych oddziałach ratunkowych najwięcej świadczeń udzielanych jest w trybie ambulatoryjnym.

Na terenie województwa małopolskiego na koniec 2022 roku funkcjonowało 21 zespołów ratownictwa medycznego specjalistycznego (ZRM S), 114 zespołów ratownictwa medycznego podstawowego (ZRM P), 21 Szpitalnych oddziałów Ratunkowych (SOR) oraz 1 zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Sposób rozmieszczenia zespołów określony jest w Wojewódzkim Planie Ratownictwa Medycznego, przygotowywanym i aktualizowanym przez wojewodę małopolskiego. Plan ten opracowywany jest m.in. na podstawie analizy czasów dojazdu karetek do pacjentów – celem jest to, aby ten czas był jak najkrótszy²³.

W Małopolsce na koniec 2022 r. na 1 tys. ludności przypadały 72 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej. Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 104 osoby, a najmniej w województwie wielkopolskim – 61 osób²⁴.

Miejsce stacjonowania ZRM w Krakowie:

- 1) ul. Łazarza – 4 zespoły całodobowe (3 podstawowe i 1 specjalistyczny) oraz 1 podstawowy stacjonujący w godzinach 7-19;
- 2) Rynek Podgórski – 2 zespoły podstawowe dyżurujące całą dobę;
- 3) Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego – 2 podstawowe zespoły dyżurujące całą dobę;
- 4) ul. Kościuszki – 1 podstawowy dwuosobowy zespół, który dyżuruje całą dobę;
- 5) ul. Wybickiego – 2 całodobowe podstawowe zespoły;
- 6) ul. Teligi – 2 podstawowe zespoły dyżurujące całą dobę;
- 7) Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera – 3 całodobowe podstawowe zespoły;
- 8) ul. Żaglowa – 2 zespoły podstawowe dyżurujące całą dobę²⁵.

²² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

²³ Aneks nr 18 do Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne - zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 22 sierpnia 2023 r.

²⁴ Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2022 roku, GUS 2023

²⁵ <https://www.krakow112.pl/index.php/kpr>

Gmina Miejska Kraków każdorazowo opiniuje zmiany do „Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego”. W związku ze stałym od wielu lat odnotowywanym wzrostem liczby mieszkańców Krakowa, rozbudową miasta, w tym powstawaniem nowych osiedli, uwagi o rozważenie zwiększenia na terenie Krakowa liczby ZRM (zarówno podstawowych jak i specjalistycznych) zgłaszane są do Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie w ramach opiniowania kolejnych aneksów do Wojewódzkiego Planu.

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, które wchodzi w strukturę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR). W lipcu 2022 roku otwarto nową bazę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Kokotowie. Na terenie bazy stacjonuje jeden śmigłowiec ratowniczy Eurocopter 135. Od 2015 roku krakowski śmigłowiec dyżuruje 24 godziny na dobę.

Wykaz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb przyjęć funkcjonujących na terenie Krakowa przedstawiono w tabeli 6. i w tabeli 7.

Lp.	Nazwa jednostki w ramach której funkcjonuje SOR	Adres
1.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3
2.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicka 35-37
3.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	os. Na Skarpie 66
4.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie	os. Złotej Jesieni 1
5.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Jakubowskiego 2
6.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265

Tabela 6. Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Krakowie (wg stanu na końcu roku 2022).
(Źródło: Opracowanie własne na podstawie WPDSPRM w BIP MUW).

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres
1.	Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie	ul. Skarbowa 4
2.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie	ul. Prądnicka 80
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	ul. Galla 25
4.	Scanmed Spółka Akcyjna – Szpital św. Rafała w Krakowie	ul. Bochenka 12
5.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2

Tabela 7. Izb Przyjęć na terenie Krakowa (wg stanu na końcu roku 2022).
(Źródło: Opracowanie własne na podstawie WPDSPRM w BIP MUW).

W ramach działań związanych z ratownictwem medycznym, Gmina Miejska Kraków prowadzi program polityki zdrowotnej pn. „Program powszechnego dostępu do defibrylacji z elementami nauki pierwszej pomocy w Gminie Miejskiej Kraków”. Od 2021 roku zrealizowano następujące działania: zakup i przekazanie 51 urządzeń AED na rzecz podmiotów i organizacji na terenie Krakowa w celu zamontowania w miejscach publicznych, w tym w ramach zadań Budżetu Obywatelskiego Miasta Krakowa, przeprowadzenie szkoleń z pierwszej pomocy wśród 2 794 uczniów VI klas 60 szkół podstawowych, rozpoczęcie realizacji szkoleń z pierwszej pomocy wśród pacjentów i członków rodzin pacjentów oddziałów kardiologicznych miejskich podmiotów leczniczych wykazanych, rozpoczęcie realizacji szkoleń z pierwszej pomocy wśród pracowników podmiotów i organizacji na rzecz których przekazano AED w ramach Programu, zakup i przekazanie fantomów szkoleniowych na rzecz Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie, szkolenia z pierwszej pomocy w dzielnicach Miasta Krakowa dla nauczycieli i pracowników placówek oświatowych, prowadzenie pokazów i szkoleń z pierwszej pomocy, pokazów sprzętu ratowniczego, wykładów i pogadanek promujących ideę udzielania pierwszej pomocy i użycia AED podczas różnych wydarzeń miejskich, w tym m.in. podczas obchodów Dni Magistratu, Obchodów Światowego Dnia Serca, Wakacji z kulturą przy TAURON Arenie Kraków, kampania edukacyjno-informacyjna w mediach miejskich. Celem Programu jest nie tylko zwiększenie poziomu przeżywalności po nagłym zatrzymaniu krążenia na terenie Miasta, ale również wykształcenie w społeczności odpowiedzialnych, odważnych postaw wobec sytuacji kryzysowych. Ponadto, Straż Miejska Miasta Krakowa posiada urządzenia AED w 26 z 65 radiowozów.

Wnioski

1. Oba miejskie szpitale posiadają Szpitalne Oddziały Ratunkowe, działające w ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
2. Należy zapewnić stałą współpracę Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II w sprawie możliwości lądowania śmigłowców LPR do szpitala im. Narutowicza na lądowisku szpitala im. św. Jana Pawła II.
3. Należy prowadzić bieżącą analizę dostępności do SOR na terenie Miasta.
4. Należy monitorować liczbę i rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego na terenie Krakowa i składać stosowne wnioski w tym zakresie do Wojewody Małopolskiego.
5. Należy realizować i rozwijać miejskie programy z pierwszej pomocy.
6. Należy rozwijać sieć urządzeń AED.
7. Należy dążyć do uruchomienia i rozwijania mapy AED w platformie mKraków.
8. Należy dążyć do stałego rozwoju sieci AED, w tym do wyposażenia w defibrylatory radiowozów Straży Miejskiej oraz pojazdów MPK S.A. w Krakowie.
9. Należy realizować szkolenia z obsługi AED.
10. Należy dążyć do nawiązania współpracy Miasta oraz Centrum Powiadamiania Ratunkowego w zakresie stworzenia i prowadzenia mapy AED.

9. Kadry medyczne

Kadry medyczne są jednym z kluczowych czynników kształtujących system ochrony zdrowia, a ich optymalna liczba ma zasadnicze znaczenie w dostępności do opieki zdrowotnej. W Polskim systemie można wymienić następujące zawody medyczne regulowane przepisami ustaw zawodowych: lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, farmaceuta, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny oraz felczer.

Według danych zawartych w opracowaniu Polskiej Akademii Nauk pn. „Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027: Niedobory kadr medycznych”²⁶ wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców wzrósł z 3,3 w 2010 r. do 3,8 w 2020 r., co jest trendem pożądanym. Jednakże pomimo to Polska pozostaje poniżej średniej w krajach UE, gdzie w 2020 r. wskaźnik liczby lekarzy wynosił średnio 4,0 w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców.

Jak wynika z analiz Głównego Urzędu Statystycznego²⁷, w Polsce liczba lekarzy i pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. wzrosła względem roku 2021. W 2022 r. liczba lekarzy mieszkających w kraju, posiadających prawo wykonywania zawodu wynosiła 159 tys. i wzrosła o 3 tys. w stosunku do roku wcześniejszego (w 2021 r. 156 tys.), z czego powyżej 20% stanowiły osoby w wieku 50–59 lat. W 2022 r. liczba lekarzy dentyistów mieszkających w Polsce, posiadających prawo wykonywania zawodu wyniosła 44 tys. (w 2021 r. 43 tys.), przy czym blisko 600 osób posiadało zarówno prawo wykonywania zawodu lekarza, jak i lekarza dentyisty.

W 2022 r. liczba osób wykonujących zawód pielęgniarki lub pielęgniarza, mieszkających w Polsce i posiadających prawo wykonywania zawodu wyniosła 310 tys. i wzrosła o 4 tys. względem roku wcześniejszego (w 2021 r. 306 tys.). Wśród osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu dominującą grupę, prawie 1/3 ogółu, stanowiły osoby w wieku 50-59 lat. Wśród osób wykonujących zawód pielęgniarki zdecydowanie dominowały kobiety – 97,2% w 2022 r.

W 2022 r. liczba położnych mieszkających w Polsce, posiadających prawo wykonywania zawodu wyniosła 41 tys. (w 2021 r. 40 tys.).

W tabeli 8. przedstawiono liczbę osób posiadających prawo wykonywania zawodów medycznych na przestrzeni lat 2010-2023 i aktywnych zawodowo. We wszystkich grupach zawodowych obserwuje się stały wzrost liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu w analizowanym przedziale czasowym. Jednak niezależnie od tego, w Krakowie, podobnie jak w pozostałej części kraju, występuje deficyt personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, oraz personelu pomocniczego, co jest obecnie kluczowym wyzwaniem przed którym stoi polska ochrona zdrowia. Należy przy tym zauważyć, że braki kadrowe dotyczą nie tylko medyków, ale i pracowników administracyjnych.

²⁶ Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027: Niedobory kadr medycznych. Polska Akademia Nauk 2023 https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/09/III_4.pdf (dostęp w dniu 02.01.2023 r.)

²⁷ Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r., GUS, 31.08.2023 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2022-r-,28,2.html> dostęp w dniu 02.01.2024 r.

Grupa zawodowa	Posiadający prawo wykonywania zawodu				Aktywni zawodowo
	2010	2015	2020	2023	
Lekarze	134	143	153	162	151
Lekarze dentyści	37	40	43	45	40
Pielęgniarki	282	285	303	313	236
Położne	34	36	40	41	29
Farmaceuci	28	33	37	b.d.	b.d.
Diagności laboratoryjni	13	15	17	b.d.	b.d.
Ratownicy medyczni	b.d.	b.d.	17	b.d.	b.d.

Tabela 8. Liczba osób (w tys.) posiadających prawo wykonywania zawodów medycznych i aktywnych zawodowo.

(Źródło: Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027: Niedobory kadr medycznych. Polska Akademia Nauk 2023. https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/09/III_4.pdf, dostęp w dniu 02.01.2023 r.)

Wśród określonych rozporządzeniem²⁸ Ministra Zdrowia specjalizacji priorytetowych, a więc takich gdzie braki kadrowe są najbardziej odczuwalne, a potrzeby zdrowotne z roku na rok rosną lub już są ogromne, znalazły się 23 ścieżki lekarskiego kształcenia specjalizacyjnego: anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatria, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna paliatywna, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, patomorfologia, pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca.

Należy także zwrócić uwagę na to, że systematycznie pogłębiający się proces starzenia ludności powoduje, że zapotrzebowanie na geriatrów oraz lekarzy rodzinnych w dalszym ciągu wzrasta. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek – niedobór kadry pielęgniarskiej jest szczególnie zauważalny w takich dziedzinach jak pielęgniarstwo chirurgiczne, diabetologiczne, epidemiologiczne, geriatryczne, neurologiczne, pediatryczne, psychiatryczne, rodzinne, pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących. Zauważalne są znaczne braki kadrowe w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą nowotworową, w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, oddziałach chorób zakaźnych, jak również w pielęgniarstwie opieki długoterminowej.

O kryzysie kadrowym w psychiatrii osób dorosłych i wieku rozwojowego mówi się od lat. Obecnie w systemie ochrony zdrowia w Polsce pracuje mniej niż 4 000 psychiatrów oraz blisko 500 psychiatrów dziecięcych.

W celu poprawy wydajności pracy wśród personelu medycznego istotny jest rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia (np. opiekunów medycznych, asystentów medycznych), a także kadry administracyjnej, którą będą wspierać zawody medyczne i inne zawody związane z ochroną zdrowia w realizacji działań.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (ze zmianami)

Wnioski

1. W Polsce postępuje proces starzenia się społeczeństwa, co przekłada się także na narastanie problemów kadrowych ochrony zdrowia, w tym wśród geriatrów, lekarzy rodzinnych, a szczególnie personelu pielęgniarskiego.
2. Koniecznym jest zoptymalizowanie wykorzystania czasu pracy wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego i odciążenia go od działań pomocniczych i administracyjnych, co będzie powodować konieczność tworzenia nowych etatów, głównie pomocniczych.
3. Miejskie Podmioty Lecznicze powinny nawiązać ze sobą ścisłą współpracę w zakresie zatrudniania personelu medycznego.
4. Niezbędnym jest szczegółowa analiza kompetencji i możliwości wykorzystania dostępnych kadr medycznych, rozszerzenie kompetencji pozostałych zawodów medycznych, a także stworzenie narzędzi umożliwiających monitorowanie zasobów kadr medycznych w celu dostosowywania ich zasobów do zmieniających się potrzeb epidemiologicznych i sytuacji demograficznej. Należy lobbować w Ministerstwie Zdrowia w sprawie rozważenia utworzenia nowych zawodów w ochronie zdrowia, jak asystent lekarza, pomoc pielęgniarki, koordynator świadczeń, itp., a także za zwiększeniem roli pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia, co pozwoli odciążyć kadrę lekarzy.
5. Problem stanowi też odpływ kadr medycznych do sektora prywatnego, zapewniającego lepsze warunki zatrudnienia i wyższe płace, przy zmniejszającym się problemie emigracji kadr medycznych. To wymaga wypracowania mechanizmów pozwalających na zahamowanie tego zjawiska, a docelowo wzmocnienie systemu publicznego odpowiednią liczbą wykwalifikowanej kadry medycznej, również poprzez zróżnicowanie płacy w zamkniętej i otwartej służbie zdrowia.
6. Konieczne jest ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej.

10. Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą

Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży wpływa na ich rozwój fizyczno-psychologiczny, zaś sposób opieki nad dziećmi i młodzieżą bezpośrednio przekłada się na kondycję zdrowotną i jakość życia przyszłego społeczeństwa. Dlatego też podejmowanie wzmożonych działań w tym zakresie powinno być jednym z priorytetów decydentów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wśród uczestników systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym można wymienić m.in. rodziców i opiekunów prawnych, podmioty lecznicze, instytuty badawcze, grupowe i indywidualne praktyki, Ministra Zdrowia, konsultantów krajowych i wojewódzkich, Ministra Edukacji, organy prowadzące szkoły i placówki, szkoły i placówki oświatowe, NFZ oraz organizacje pozarządowe.

Na podstawie art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹, w Polsce dzieciom i młodzieży do 18. roku życia przysługuje prawo do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Osobom do ukończenia 18. roku życia świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia dla dzieci ubezpieczonych finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze składek osób ubezpieczonych, natomiast za opiekę nad dzieckiem nieubezpieczonym płaci również NFZ, ale z dotacji, które otrzymuje na ten cel z budżetu państwa.

Ponadto, funkcjonowanie systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą regulowane jest m.in. ustawą o samorządzie gminnym³⁰, ustawą o opiece zdrowotnej nad uczniami³¹, ustawą o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3³² oraz ustawą prawo oświatowe³³. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym jest integralną częścią podstawowej opieki zdrowotnej. Działania Gminy Miejskiej Kraków w zakresie ochrony zdrowia dzieci i młodzieży wykonywane są w oparciu o, poza wymienionymi przepisami prawa, Uchwały Rady Miasta Krakowa, które określają m.in. realizowane programy polityki zdrowotnej skierowane do tej grupy wiekowej czy funkcjonowanie medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Miasta.

10.1. Opieka zdrowotna nad dzieckiem do lat 3

Opiekę nad kobietą ciężarną, noworodkami i dziećmi w pierwszej linii sprawują podmioty szpitalne posiadające oddziały ginekologiczno-położnicze i neonatologiczne. Zgodnie z danymi prezentowanymi w BASiW³⁴ w Małopolsce na koniec 2022 roku znajdowało się 28 szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi oraz 21 szpitali z oddziałami neonatologicznymi, z czego na terenie Krakowa funkcjonowało 7 szpitali posiadających oddziały ginekologiczno-położnicze oraz 6 szpitali posiadających oddziały neonatologiczne. Szpital Uniwersytecki

²⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

³⁰ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym

³¹ Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

³² Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3

³³ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe

³⁴ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Mapy potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/> (dostęp w dniu 10.01.2024 r.)

w Krakowie jako jedyny z ww. podmiotów w całym województwie funkcjonuje na III stopniu referencyjności i zajmuje się najcięższymi przypadkami patologii ciąży w regionie.

Lp.	Nazwa jednostki	Adres	Oddział ginekologiczno-położniczy	Oddział neonatologiczny
1.	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 36	✓	✓
2.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicza 35-37	✓	✓
3.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	os. Na Skarpie 66	✓	✓
4.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	os. Złotej Jesieni 1	✓	✓
5.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2	×	✓
6.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265	×	✓
7.	Niepubliczny ZOZ Szpital Na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego sp. z o.o.	ul. Siemiradzkiego 1	✓	×
8.	SPZOZ MSWiA w Krakowie	ul. Kronikarza Galla 25	✓	×
9.	Centrum Medyczne Ujastek sp. z o.o.	ul. Ujastek 3	✓	×

Tabela 9. Szpitale z oddziałami ginekologiczno-położniczymi oraz neonatologicznymi w Krakowie (wg stanu na koniec roku 2022).

(Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW, dostęp w dniu 10.01.2024 r.).

Ważny element opieki nad noworodkami tworzy wprowadzona w 2019 r. na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), która ma na celu zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I, II i III poziomie opieki perinatalnej, tj. opieki nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem i opieki nad zdrowym noworodkiem oraz nad patologią ciąży średniego stopnia i najcięższą patologią ciąży. Opieka w ramach KOC obejmuje specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje. KOC był realizowany w 3 podmiotach na terenie Krakowa – w SPZOZ Szpitalu Uniwersyteckim, w Niepublicznym ZOZ Szpitalu Na Siemiradzkiego oraz w Centrum Medycznym Ujastek.

Ponadto, w konsekwencji wejścia w życie ustawy „Za życiem”³⁵, która zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2017 r., NFZ wprowadził tzw. dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK). Celem wprowadzenia przedmiotowego zakresu świadczeń było sfinansowanie zintegrowanej opieki neonatologicznej, wielospecjalistycznej opieki pediatrycznej – zgodnie z indywidualnymi wskazaniem oraz programów rehabilitacyjnych dla dzieci nim objętych. Dziecięca opieka koordynowana jest skierowana do dzieci do ukończenia 3 roku życia, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te są dedykowane także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni. DOK był realizowany w 1 podmiocie na terenie Krakowa – w SPZOZ Szpitalu Uniwersyteckim.

10.2. Opieka zdrowotna nad uczniami

Zgodnie z ustawą³⁶, opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. Profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19. roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – do ukończenia szkoły ponadpodstawowej. Zgodnie z ww. ustawą podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami są: dyrektor szkoły oraz organ prowadzący szkołę. Ponadto, zapisy ustawy zobowiązują wszystkie osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem w wieku szkolnym do współpracy, czyli dyrektora szkoły lub placówki, pielęgniarkę i higienistkę szkolną, lekarza, nauczycieli i rodziców. Opieka zdrowotna nad uczniami ma mieć na celu ochronę i wzmocnienie zdrowia oraz dobrostanu uczniów, wczesne wykrywanie czynników ryzyka i problemów zdrowotnych poprzez wspólne, zintegrowane działania na rzecz zachowania zdrowia uczniów i zapobiegania powstawaniu chorób i zaburzeń zdrowia oraz stwarzanie bezpiecznych warunków do dobrego funkcjonowania uczniów z chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami. Zgodnie z zapisami tej ustawy profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w szkole sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej znajdującym się na terenie szkoły.

W Krakowie, w ramach prowadzonej opieki zdrowotnej nad uczniami samorządowych szkół podstawowych, ponadpodstawowych i placówek w roku szkolnym 2022-2023, spośród 181 samorządowych szkół i placówek jedynie 7 szkół nie posiadało na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej – świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielane były w pomieszczeniu innym niż gabinet pielęgniarki i higienistki szkolnej. Opiekę zdrowotną nad uczniami ww. szkół sprawowało łącznie 80 pielęgniarek i higienistek szkolnych zatrudnionych w 21 podmiotach leczniczych realizujących świadczenia w środowisku nauczania i wychowania, w ramach umów zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Pielęgniarki i higienistki objęły opieką łącznie 92 724 uczniów, co stanowi ponad 98% wszystkich uczniów uczęszczających do samorządowych szkół i placówek zobligowanych do zapewnienia uczniom świadczeń zdrowotnych.

³⁵ Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"

³⁶ Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

Jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym jest próchnica. Badania prowadzone w latach 2010-2012 wśród 6-latków z Krakowa i okolic pokazały, że próchnica występowała u prawie 64% badanych uczniów (Jurczak i in., 2013). Przedszkole i szkoła są jednym z najważniejszych miejsc promocji zdrowia jamy ustnej i prewencji chorób zębów, a edukacja do dbałości o zęby powinna obejmować zarówno dzieci, jak i rodziców (Jürgensen i Petersen, 2013).

Zgodnie z art. 12 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami³⁷ organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu dentystycznego spełniającego określone wymagania. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole, organ prowadzący szkołę zawiera porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, finansowanych ze środków publicznych, w którym określa sposób organizacji udzielania świadczeń.

Obecnie ograniczone warunki lokalowe w większości samorządowych szkół i placówek działających na terenie Krakowa nie pozwalają na utworzenie gabinetu dentystycznego, który spełniałby obowiązujące wymagania. W związku z powyższym Gmina Miejska Kraków od 2020 roku podejmuje wzmożone działania zmierzające do objęcia uczniów wszystkich samorządowych szkół i placówek, w których nie ma gabinetu dentystycznego, opieką stomatologiczną realizowaną w ramach wspomnianych wyżej porozumień o współpracy. W roku szkolnym 2022/2023 156 szkół miało zapewniony dostęp do opieki stomatologicznej, w ramach której zapewniono świadczenia stomatologiczne blisko 50 000 uczniów. W zdecydowanej większości opieka sprawowana była w gabinecie zlokalizowanym w podmiocie leczniczym, z którym Gmina Miejska Kraków zawarła porozumienie o współpracy (70%).

10.3. Opieka nad uczniami z niepełnosprawnościami

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami określa także zasady sprawowania opieki nad uczniami przewlekłe chorymi lub niepełnosprawnymi. Uczniowie z chorobami przewlekłymi lub z niepełnosprawnościami, wymagają określonych zabiegów, które wykonywane są w szkole. Na podstawie zlecenia lekarskiego i w kontakcie z lekarzem POZ ucznia, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, zobowiązana jest do realizacji zabiegów i procedur medycznych koniecznych do wykonania u ucznia podczas jego pobytu w szkole. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi stanowią grupę osób, którym należy zapewnić nie tylko prawidłowe warunki edukacyjne, ale również zdrowotne. Liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W praktyce, normy te nie zapewniają uczniom szkół specjalnych właściwej opieki zdrowotnej. Z uwagi na brak wystarczającego zabezpieczenia medycznego świadczonego poza opieką sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, finansowaną przez NFZ, Gmina Miejska Kraków we współpracy z Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie nieprzerwanie od 2018 roku finansuje zadanie pn. Opieka koordynowana. Działanie to ma na celu zwiększenie dostępności i jednoczesne zabezpieczenie opieki medycznej uczniom ww. szkół i placówek poprzez dostęp

³⁷ Ibidem

do opieki medycznej w systemie całodobowym, poza godzinami pracy pielęgniarki szkolnej zatrudnianej przez NFZ. W roku szkolnym 2022/2023 Miejskie Centrum Opieki w ramach blisko 22 500 godzin opieki medycznej udzieliło łącznie około 27 500 świadczeń zdrowotnych.

10.4. Inne działania Miasta na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży

Gmina Miejska Kraków prowadzi szereg dodatkowych, fakultatywnych działań na rzecz szeroko rozumianego zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Działania te są planowane i implementowane w oparciu o analizy potrzeb zdrowotnych krakowian w tej grupie wiekowej oraz często jako odpowiedź na zmieniające się otoczenie. Jedną z możliwości wspierania przez samorząd zdrowia dzieci i młodzieży jest realizacja programów polityki zdrowotnej. Gmina Miejska Kraków realizuje następujące programy polityki zdrowotnej skierowane do dzieci i młodzieży³⁸:

1. Program powszechnego dostępu do defibrylacji z elementami nauki pierwszej pomocy w Gminie Miejskiej Kraków
2. Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym
3. Program profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku 6-60 miesięcy w Gminie Miejskiej Kraków
4. Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych typu B wśród dzieci w wieku od 2 do 36 miesiąca życia, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, na lata 2024-2026.
5. Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci, zwłaszcza krótkowzroczności, w tym w związku z realizacją nauki zdalnej podczas epidemii COVID-19
6. Program polityki zdrowotnej w zakresie wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci uczęszczających do szkół i placówek z terenu Gminy Miejskiej Kraków

Odrębną dziedziną ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, w której konieczne jest podjęcie intensywnych skoordynowanych interdyscyplinarnych działań jest psychiatria. Zaburzenia psychiczne w tej grupie wiekowej są poważnym i narastającym problemem zdrowotnym.

Wnioski

1. Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą powinna być jednym z priorytetów ochrony zdrowia w Polsce.
2. Rekomenduje się prowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, skierowanych do dzieci i młodzieży oraz uczestników opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
3. Należy dążyć do sytuacji, aby w każdej samorządowej szkole i placówce w Krakowie funkcjonował gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

³⁸ Szczegółowe opisy programów polityki zdrowotnej dostępne są w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Krakowa

4. Należy dążyć do zwiększenia dostępności do gabinetów dentystycznych i opieki stomatologicznej i ortodontycznej dla uczniów krakowskich szkół, szczególnie w świetle negatywnych skutków związanych z ograniczeniami świadczeń stomatologicznych w okresie pandemii.
5. Należy aktywnie kontynuować działania w zakresie profilaktyki zakażeń HPV, w tym poprzez zaangażowanie szkół w szczepienia przeciw HPV.
6. Rekomenduje się monitorowanie i prowadzenie analizy dostępności do świadczeń położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych na terenie Krakowa.
7. Rekomenduje się monitorowanie i prowadzenie analizy dostępności do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) i dziecięcej opieki koordynowanej (DOK) na terenie Krakowa.
8. Rekomenduje się kontynuację i rozwój miejskich programów polityki zdrowotnej skierowanych do uczniów, w tym m.in. w zakresie profilaktyki otyłości, wad wzroku, wad słuchu.
9. Rekomenduje się opracowanie miejskich programów polityki zdrowotnej w zakresie wad postawy i dzieci oraz w zakresie wczesnego wykrywania astmy i zmian zapalnych w układzie oddechowym.
10. Rekomenduje się kontynuację i rozwój opieki zdrowotnej nad uczniami ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi.

11. Opieka zdrowotna nad osobą starszą i niesamodzielną

Zmiany demograficzne, których efektem jest starzenie się społeczeństwa są od wielu lat zjawiskiem typowym dla krajów wysoko rozwiniętych, w tym krajów Europy Zachodniej. Na przestrzeni ostatnich lat stają się również coraz bardziej widoczne w Polsce, wpływając na wiele obszarów życia społecznego i gospodarczego. W Krakowie, zgodnie z prognozami demograficznymi, od 2022 do 2060 roku nastąpi wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej o 6,6% oraz w wieku 75 lat i więcej o 5,9%³⁹, przy czym wzrost ten będzie mniej dynamiczny niż w województwie małopolskim, czy w kraju.

Wydłużanie okresu życia sprzyja znacznemu obciążeniu osób starszych chorobami przewlekłymi, wielochorobowością, czy niesprawnością funkcjonalną, co skutkuje pogorszeniem się jakości życia tych osób i wymaga zapewnienia wsparcia w ich codziennym funkcjonowaniu. Zjawisko to prowadzi do znacznego obciążenia systemu opieki zdrowotnej, szczególnie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

W populacji osób starszych, poza chorobami będącymi przyczyną największej liczby zgonów, tj. m.in. chorobami układu krążenia czy chorobami nowotworowymi, coraz większą rolę odgrywają zaburzenia otępienne, w tym choroba Alzheimera, której rozpowszechnienie w Polsce szacuje się na 360 tys. do 470 tys., a według szacunków organizacji Alzheimer Europe – nawet na 500 tys. osób. Choroba Alzheimera stanowi ok. 60–70% wszystkich przypadków chorób otępiennych. Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera jest jednak niedoszacowana⁴⁰.

Ograniczenia funkcjonalne wśród osób powyżej 65. roku życia narastają wraz z wiekiem, przy czym bardziej dotknięte są nimi kobiety niż mężczyźni. Krytyczny moment dla znacznego uzależnienia wynosi 85 lat, a występowanie takiej zależności jest charakterystyczne w szczególności dla obszarów wiejskich. Ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85 lat jest całkowicie zależnych od opieki innych. Osoby w wieku poniżej 75. roku życia mieszkające w mieście potrzebują opieki w mniejszym zakresie godzinowym niż mieszkańcy wsi w tym samym wieku, natomiast w przypadku grupy wiekowej 75 lat i więcej zaobserwowano odwrotną sytuację.

W Polsce kwestie dotyczące opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi regulowane są m.in. ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁴¹, ustawą o osobach starszych⁴², ustawą o szczególnej opiece geriatrycznej⁴³. Według definicji ustawowej⁴⁴, za osobę starszą uznaje się osobę, która ukończyła 60. rok życia. Natomiast osoba niesamodzielną to osoba, u której z powodu choroby, niepełnosprawności, starości lub innych przyczyn wymagane jest wsparcie innej osoby w codziennym funkcjonowaniu⁴⁵.

³⁹ Szczegółowa analiza sytuacji demograficznej została przedstawiona w rozdziale 1. Demografia

⁴⁰ Zdrowa Przyszłość

⁴¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

⁴² Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych

⁴³ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej

⁴⁴ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych

⁴⁵ Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielných. Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia

https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/dla_pacjenta/fop/przewodnik_dla_opiekunow_osob_niesamodzielných_3.pdf (dostęp w dniu 16.01.2024 r.)

Większość opiekunów nieformalnych to kobiety w wieku 50–60 lat, najczęściej są to osoby w dojrzałym wieku (45–64 lata). Niepokojącym zjawiskiem jest obniżanie się w ciągu ostatnich kilku lat współczynnika pielęgnacyjnego (określanego jako stosunek liczby kobiet w wieku 50-64 potencjalnych opiekunów do liczby osób w wieku 80+, w przeliczeniu na 100 osób) oraz jego prognoza. Tendencja spadkowa dotyczy zarówno Małopolski, jak i Krakowa. W Krakowie w 2016 r. współczynnik ten wynosił 203,44, a w Małopolsce 233,62, podczas, gdy w 2050 r. ma on wynieść odpowiednio w Krakowie 198,03, a w Małopolsce 132,05.

Szczegółowy opis i diagnozę bieżącej sytuacji oraz potrzeb i oczekiwań seniorów w Polsce stanowi opracowanie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej pt.: „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2022 r.”⁴⁶. Natomiast problemy i nadchodzące wyzwania w kontekście opieki zdrowotnej tej grupy wiekowej zostały szeroko ujęte w dokumencie strategicznym pn.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”⁴⁷. Jednym z pożądaných kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia, określonym w „Zdrowej przyszłości” jest deinstytucjonalizacja. Deinstytucjonalizacja to proces, którego celem z jednej strony jest rozwój zindywidualizowanych usług w obrębie społeczności lokalnej, w tym usług o charakterze profilaktycznym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej w przyszłości, a z drugiej strony ma za zadanie przeniesienie zasobów ze stacjonarnych form opieki na poczet usług środowiskowych w społeczności lokalnej. W kontekście ochrony zdrowia deinstytucjonalizacja dotyczy w głównej mierze usług adresowanych do osób starszych lub mających problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym. W związku z tym, szczegółowe rozwiązania przyjęto w pierwszej kolejności dla obszaru opieki psychiatrycznej oraz opieki nad osobami starszymi. Obszary te są wskazywane także przez instytucje unijne jako jedne z priorytetowych, wymagających podjęcia niezwłocznych działań.

„Zdrowa przyszłość” w zakresie opieki nad osobami starszymi jako cel główny stawia poprawę jakości życia, związaną ze zdrowiem pacjentów i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Dla jego realizacji wskazano poniższe obszary strategiczne:

- 1) rozwój zasobów kadrowych;
- 2) rozwój form opieki dziennej;
- 3) rozwój form opieki domowej;
- 4) rozwój innowacyjnych form opieki;
- 5) wsparcie opiekunów nieformalnych;
- 6) koordynacja opieki środowiskowej.

W ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez płatnika publicznego osobom starszym przysługuje wsparcie medyczne w trybie ambulatoryjnym, stacjonarnym, dziennym oraz domowym (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka szpitalna, opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna).

Ponadto, dostępne są także inne formy wsparcia skierowane do osób starszych, niesamodzielnych oraz do ich opiekunów, organizowane przez samorządy, organizacje pozarządowe czy opieka nieformalna w rodzinie lub społeczności lokalnej.

⁴⁶ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2022 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Warszawa 2023. <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-za-2022-r> (dostęp w dniu 29.01.2024 r.)

⁴⁷ Załącznik nr 1. Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi.

1) Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa obejmuje świadczenia udzielane w ramach systemu opieki zdrowotnej oraz w ramach systemu pomocy społecznej. Dzięki współpracy i przenikaniu się obu systemów możliwe jest sprawowanie kompleksowej opieki nad osobą starszą i niesamodzielną. Poniżej przedstawiono rodzaje wsparcia opieki długoterminowej.

- a) Opieka stacjonarna: zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)

Stacjonarna opieka długoterminowa jest udzielana pacjentom wymagającym ze względu na ich stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym. W Krakowie na koniec 2022 r. zarejestrowanych było i funkcjonowało 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), w tym 1 zakład, który prowadził stacjonarnie świadczenia dla osób wentylowanych mechanicznie⁴⁸. W zakładach tych jest 1 405 łóżek, z czego najwięcej - aż 550 łóżek pozostaje w dyspozycji Miejskiego Centrum Opieki. Najkrótszy czas oczekiwania w miesiącu październik 2024 r. dla przypadku stabilnego wyniósł 24 dni, a najdłuższy 310 dni. Średni czas oczekiwania wyniósł 151 dni.

- b) Opieka domowa: pielęgniarstwa opieka długoterminowa oraz zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie

Domowa opieka długoterminowa jest świadczona przez pielęgniarstwa opieką długoterminową oraz zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Pielęgniarstwa opieka długoterminowa świadczona jest w domu osoby potrzebującej. Opieką są objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia i opieki w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ. W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w 2022 roku 19 podmiotów w Krakowie świadczyło usługi w ramach kontraktu⁴⁹.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych składający się z lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty. Do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie należy wyposażenie świadczeniobiorców w niezbędny sprzęt (m.in. respirator, ssak itp.) oraz stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 h na dobę we wszystkie dni w tygodniu. W Krakowie 3 zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych osób wentylowanych mechanicznie świadczą usługi w ramach kontraktu z NFZ⁵⁰. Świadczenia te realizowane są na bieżąco zarówno dla przypadku stabilnego jak i pilnego.

⁴⁸ Szczegółowy wykaz świadczeniodawców dostępny w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych pod adresem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> (dostęp w dniu 26.01.2024 r.)

⁴⁹ Ibidem

⁵⁰ Ibidem

c) Opieka nieformalna

W opiece długoterminowej nad osobą starszą, przewlekle chorą czy niesamodzielną, istotną rolę oprócz opiekunów formalnych (personel medyczny i pracownicy pomocy społecznej) odgrywają opiekunowie nieformalni (rodzina, bliscy, wolontariusze. Sprawowanie opieki nad osobami starszymi w głównej mierze przez rodzinę wynika zarówno z uwarunkowań społecznych, kulturowych, jak i istniejących uregulowań prawnych, które zobowiązują małżonków, rodziców i dzieci do wzajemnej pomocy i wsparcia ale też wywołują konsekwencje prawne w przypadku nieudzielenia pomocy najbliższej rodzinie. Znaczna większość opiekunów rodzinnych to kobiety w wieku 50–60 lat, które często podejmują decyzję o zmniejszeniu wymiaru zatrudnienia lub całkowitej rezygnacji z pracy zawodowej w przypadku zapotrzebowania bliskich na opiekę. W konsekwencji powoduje to wcześniejsze odchodzenie z rynku pracy czy też dezaktywację zawodową, co może stanowić problem społeczno-ekonomiczny. W ramach wsparcia opiekunów nieformalnych, w latach 2019-2023 realizowany był projekt pn.: „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 oraz ze środków Gminy Miejskiej Kraków, która zapewniła wkład własny do projektu. Aktualnie, w formie programu polityki zdrowotnej kontynuowane jest jedno z kluczowych działań ww. Centrum, tj. działalność Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji dla osób niesamozależnych z chorobami neurodegeneracyjnymi, która zapewnia dzienną opiekę medyczną wraz z usprawnianiem procesów poznawczych. Docelowo, Centrum zapewniające szeroki zakres wsparcia dla opiekunów nieformalnych i osób niesamozależnych planuje się utworzyć w 2025 r. w ramach projektów ujętych w Strategii Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Metropolii Krakowskiej na lata 2021-2027, które będą dofinansowane ze środków programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 oraz Gminy Miejskiej Kraków, która zapewni pokrycie wkładu własnego do projektów.

2) Opieka geriatryczna

Z dniem 1 stycznia 2024 r. weszła w życie ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej, która określa cele i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia. Opieka ta, zgodnie z ustawą, jest sprawowana w szpitalnych oddziałach geriatrycznych, centrach zdrowia 75+ oraz w podstawowej opiece zdrowotnej.

Szczególna opieka geriatryczna ma na celu: zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób które ukończyły 75. rok życia, zapewnienie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami w szczególności przez zapewnienie całościowej oceny geriatrycznej oraz opracowanie i realizację indywidualnego planu postępowania terapeutycznego, zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom, zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych, w tym mających na celu zapobieganie ich niepełnosprawności i niesamozależności, zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom oraz ich opiekunom oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom.

Gmina Miejska Kraków na rzecz seniorów realizuje m.in. programy polityki zdrowotnej dzięki którym zapewnia przede wszystkim świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńczo-terapeutyczne oraz rehabilitacyjne w ramach funkcjonowania m.in. Dziennego Domu Opieki Medycznej, Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji oraz Dziennego Oddziału Rehabilitacji. Dodatkowo, jest możliwość wykonania bezpłatnych szczepień ochronnych przeciw grypie, przy czym aktualnie program w tym obszarze jest zawieszony, gdyż administracja rządowa realizuje tożsame szczepienia.

Wykonywanie zadań z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej zostało nałożone na ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewodę oraz powiat.

W świetle ww. ustawy do zadań Gminy Miejskiej Kraków z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy: rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na terenie Krakowa, zgłaszanie propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum, utworzenie centrum, w przypadku gdy taka potrzeba wynika z wojewódzkiego planu oraz możliwość zawarcia porozumienia z powiatem sąsiednim, położonym na terenie województwa małopolskiego o przekazaniu temu powiatowi do realizacji zadania utworzenia centrum.

a) Szpitalne oddziały geriatryczne

Oddziały geriatryczne lokalizuje się w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do poziomu szpitali ogólnopolskich, szpitali III, II lub I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵¹, z uwzględnieniem potrzeby zapewnienia równomiernego rozmieszczenia oddziałów geriatrycznych na terenie województwa oraz potrzeby zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Na terenie Krakowa funkcjonuje pięć oddziałów geriatrycznych, w tym jeden oddział psychogeriatryczny w Szpitalu Klinicznym im. dr J. Babińskiego w Krakowie. Mając na uwadze postępujący proces starzenia się społeczeństwa, przewiduje się, że zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną również będzie wzrastać.

b) Centra Zdrowia 75+

Centra Zdrowia 75+ to nowe rozwiązanie instytucjonalne, które ma być kluczowym elementem systemu szczególnej opieki geriatrycznej, sprawowanej blisko zamieszkania seniora, której nadrzędnym celem, oprócz zapewnienia opieki geriatrycznej, jest sprzyjanie zdrowemu starzeniu się. Zgodnie z ustawą, obszar działania Centrum ma obejmować teren powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkały łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75. rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego. Z danych demograficznych wynika, że na terenie Krakowa na dzień 31 grudnia 2023 r. zamieszkuje 70 896 osób, które ukończyły 75. rok życia. Placówki te powinny być maksymalnie rozproszone na terenie Krakowa i dobrze skomunikowane, aby optymalnie

⁵¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

zapewniały dostępność do tej szczególnej opieki zdrowotnej. W Centrum obligatoryjnie ma funkcjonować: poradnia konsultacyjna, co najmniej jeden dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, geriatryczny zespół opieki domowej, zespół koordynatorów opieki geriatrycznej oraz zespół edukatorów zdrowotnych. W Krakowie przy planowaniu Centrów Zdrowia 75+, oprócz ww. założeń, przyjęto, że na 1 Centrum powinno przypadać ok. 9 tys. osób, tak, aby zabezpieczyć bufor formalnej możliwości funkcjonowania danego Centrum, w możliwie najdłuższej perspektywie czasowej (spadek populacji poniżej 6 tys. osób lub wzrost powyżej 12 tys. osób powoduje konieczność likwidacji albo tworzenia kolejnego Centrum). Dodatkowo przyjęto, że tam, gdzie to możliwe, w budynku planowanym na Centrum powinny być wdrażane dodatkowe usługi, w tym zdrowotne, dedykowane w szczególności seniorom, przy czym także dla osób poniżej 75 roku życia (np. miejska rehabilitacja, Centrum Aktywności Seniorów).

W wykonaniu obowiązku nałożonego na Miasto Kraków ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej, w dniu 11 marca 2024 r. przesłano do Wojewody Małopolskiego propozycję utworzenia, w perspektywie do końca 2028 r., 8 Centrów Zdrowia 75+. Przekazano także informację dotyczącą wstępnie szacowanego kosztu inwestycji budowy i wyposażenia 8 Centrów, który łącznie wyniesie ponad 160 mln zł (20 mln zł na 1 Centrum) i poinformowano, że koszty te muszą zostać sfinansowane przez administrację rządową.

Powstanie Centrów Zdrowia 75+ wymaga przygotowania przez Wojewodę Małopolskiego wojewódzkiego planu działania szczególnej opieki geriatrycznej, a następnie zatwierdzenia tego dokumentu przez Ministra Zdrowia. Bez zatwierdzenia przez Ministra tego planu nie jest możliwe utworzenie Centrum Zdrowia 75+. W propozycji Miasta Krakowa zaproponowano Centra Zdrowia 75+ w następujących lokalizacjach:

Centrum Zdrowia 75+ nr 1

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica XII Bieżanów - Prokocim i Dzielnica XIII Podgórze.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 8 771 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 2

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Wacława Sieroszewskiego w Krakowie, działka nr 246/52, obręb NH-47, jednostka ewidencyjna Nowa Huta.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica XIV Czyżyny, Dzielnica XVII Wzgórza Krzesławickie i Dzielnica XVIII Nowa Huta.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 8 643 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 3

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Fatimska w Krakowie, działka nr 151, obręb NH-9, jednostka ewidencyjna Nowa Huta.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica XV Mistrzejowice część B (zgodnie z załączoną mapą pod nazwą: Podział Dzielnicy XV Mistrzejowice na cz. A i cz. B) obejmująca w szczególności osiedla: Bohaterów Września, Piastów, Kombatantów, Mistrzejowice oraz Dzielnica XVI Bieńczyce.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 8 975 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 4

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Strzelców w Krakowie, działka nr 681/91, obręb S-22, jednostka ewidencyjna Śródmieście.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica III Prądnik Czerwony i Dzielnica XV Mistrzejowice część A (zgodnie z załączoną mapą pod nazwą: Podział Dzielnicy XV Mistrzejowice na cz. A i cz. B) obejmująca w szczególności osiedla: Oświecenia, Tysiąclecia, Złoty Wiek, Srebrnych Orłów.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 9 199 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 5

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica IV Prądnik Biały i Dzielnica VI Bronowice.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 10 013 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 6

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Ceglarska w Krakowie, na działce nr 171/9, obręb P-9, jednostka ewidencyjna Podgórze.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica V Krowodrza i Dzielnica VIII Dębniki.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 8 922 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 7

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Józefa i Floriana Sawiczewskich w Krakowie, na działkach 123/1, 123/2, 123/3 i 123/4, obręb P-92, jednostka ewidencyjna Podgórze.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica IX Łagiewniki – Borek Fałęcki, Dzielnica X Swoszowice i Dzielnica XI Podgórze Duchackie.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 7 510 (stan na 31.12.2023 roku).

Centrum Zdrowia 75+ nr 8

- 1) Proponowana lokalizacja: ul. Śniadeckich 2, 31-531 Kraków.
- 2) Podmiot leczniczy, zaproponowany do prowadzenia Centrum: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie.
- 3) Proponowany obszar działania Centrum na terenie Krakowa: Dzielnica I Stare Miasto, Dzielnica II Grzegórzki i Dzielnica VII Zwierzyniec.
- 4) Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 3 - 8 863 (stan na 31.12.2023 roku).

c) Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Korzystanie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki geriatrycznej odbywa się na zasadach określonych w rozdziale 11. niniejszego opracowania. Ponadto, na terenie Krakowa funkcjonuje 6 poradni geriatrycznych. Średni czas oczekiwania w październiku 2024 r. wyniósł 78 dni dla przypadku stabilnego oraz 62 dni dla przypadku pilnego. Poradnie zlokalizowane są w Krakowie przy następujących ulicach: Al. F. Focha 33, ul. Wielicka 267, ul. Komuny Paryskiej 24, ul. Kronikarza Galla 25, ul. Macieja Jakubowskiego 2, ul. Trynitarzka 11.

3) Opieka paliatywna i hospicyjna

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczenia te przysługują osobom cierpiącym na nieuleczalne choroby nowotworowe i nienowotworowe. Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby.

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach: stacjonarnych, ambulatoryjnych oraz domowych.

- a) Opieka stacjonarna realizowana jest w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej. W Krakowie funkcjonują 3 placówki hospicyjne/ośrodki medycyny paliatywnej.
 - b) Opieka ambulatoryjna świadczona jest w poradniach medycyny paliatywnej. W Krakowie działają 4 takie poradnie.
 - c) Opieka domowa realizowana jest w hospicjach domowych dla dorosłych oraz w ramach zespołów domowej opieki paliatywnej. Na terenie Krakowa funkcjonuje 6 hospicjów domowych.
- 4) Inne, pozasystemowe formy opieki i wsparcia w ramach opieki zdrowotnej nad osobą starszą i niesamodzielną dostępne w Krakowie

1) Realizacja programów polityki zdrowotnej:

- „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków” (DDOM)

Wsparcie w DDOM skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65. r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. W ramach programu zapewnia się osobie starszej dzienną opiekę lekarską, pielęgniarstwa, rehabilitacyjną, psychologiczną, zajęcia poprawiające sprawność umysłu oraz wyżywienie. Okres udzielania świadczeń w DDOM jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta przez zespół terapeutyczny, okres ten nie może być krótszy niż 30 dni oraz nie dłuższy niż 90 dni roboczych. Od 2025 r. w przypadku pacjentów chorujących przewlekle, u których utrzymują się deficyty zdrowotne, możliwe jest ponowne przyjęcie do DDOM, przy czym nie częściej niż 1 raz w roku.

- „Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych”

Program jest realizowany w wariantcie A, czyli prowadzenia Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji (opieka medyczna połączona z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych). Placówka specjalizuje się w opiece nad osobami niesamodzielnymi z chorobami neurodegeneracyjnymi (demencja o różnej etiologii, m.in. po udarach mózgu, z rozpoznaną chorobą Alzheimera, Parkinsona, stwardnieniem rozsianym). Dodatkowo, prowadzone jest wsparcie edukacyjne polegające na udzielaniu informacji, edukacji i poradnictwie (w tym psychologicznym), zarówno dla opiekunów, jak i pacjentów oraz funkcjonuje bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego.

- „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65. r.ż.”

W ramach Programu przysługuje bezpłatnie kwalifikacja lekarska oraz szczepienie. Uzasadnieniem dla kontynuacji Programu są korzyści zdrowotne, duży popyt oraz zapotrzebowanie osób starszych na szczepienia przeciw grypie. W okresie obowiązywania regulacji rządowych umożliwiających bezpłatne szczepienia przeciwko grypie, realizacja Programu miejskiego jest wstrzymywana.

2) Realizacja Konkursu ofert z zakresu zadań ze zdrowia publicznego

W ramach corocznie ogłaszanego konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, część zadań skierowana jest do osób starszych i dotyczy m.in.: profilaktyki problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, edukacji opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem i zasad właściwej opieki nad tymi osobami oraz prowadzenia zdrowego stylu życia wśród osób starszych poprzez m.in. organizację spotkań z dietetykiem, psychologiem, zajęć sportowych (gimnastyka, joga, taniec, nordic walking, basen), zajęć edukacyjnych w obszarze zdrowego żywienia i utrzymywania odporności oraz prawidłowych nawyków żywieniowych.

- 3) Działania prowadzone w ramach Programu Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2021-2025 (PASIOS), przyjętego uchwałą nr LII/1454/21 Rady Miasta Krakowa z dnia 27 stycznia 2021 r.⁵²

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków, którzy osiągnęli wiek 60 lat. W ramach ww. programu prowadzone są m.in. Centra Aktywności Seniorów (CAS) – sieć liczy aktualnie 55 centrów, które działają w każdej dzielnicy Krakowa. Inicjatywa skierowana jest do osób w wieku 60+ zamieszkałych na terenie Krakowa, którzy chcą uczyć się nowych rzeczy, podnosić kondycję psychiczną i fizyczną oraz działać na rzecz dobra wspólnego. Oferta centrów jest szeroka: zajęcia rekreacyjne, gimnastyczne, artystyczne, językowe, informatyczne, wykłady, warsztaty i seminaria z zakresu wiedzy obywatelskiej, wydarzenia edukacyjne, kulturalne oraz promujące zdrowy styl życia i profilaktykę. Seniorzy biorą również udział w wycieczkach oraz wyjściach do kin, muzeów, teatrów i innych instytucji kultury. Łącznie wszystkie centra skupiają ponad 8 tys. seniorów. Ponadto, w ramach Programu funkcjonuje Pakiet drobnych usług społecznych i oferty pomocowe dla seniorów, który obejmuje:

- „Asystent dla seniorów 85+ i osób z niepełnosprawnościami 70+”

Celem projektu jest poprawa jakości i poziomu życia krakowian, poprzez zapewnienie im opieki i wsparcia przez asystentów, odwiedzających swoich podopiecznych w domach i pomagających w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, ale także towarzyszących im w zadaniach, wymagających przemieszczania się poza miejsce zamieszkania na terenie Miasta Krakowa. Uczestnicy projektu otrzymują możliwość korzystania z bezpłatnych usług asystenckich, realizowanych przez 7 dni w tygodniu w godz. od 7 do 22. Limit godzin usług asystenta przypadających na jednego uczestnika wynosi 50 godzin w kwartale.

⁵² PASIOS BIP MK adres:

- „Pielęgnacja i profilaktyka stóp PODOLOG 85+ oraz 70+ dla osób z niepełnosprawnościami”

Celem projektu jest poprawa jakości i poziomu życia starszych mieszkańców Krakowa poprzez zapewnienie im dostępu do bezpłatnej diagnostyki i podstawowych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych stóp, świadczonych przez specjalistę podologa.

- Program miejski „Złota Rączka”

Wspólnie z MOPS-em świadczona jest nieodpłatna pomoc osobom starszym w drobnych naprawach domowych. Projekt skierowany jest do osób powyżej 60 roku życia, w pierwszej kolejności samotnych i niepełnosprawnych, prowadzących jednoosobowe gospodarstwo. Zakres pomocy obejmuje drobne naprawy, niewymagające natychmiastowej interwencji, specjalistycznej wiedzy lub uprawnień, jak również nie pociągające za sobą dużych nakładów finansowych. Naprawy wykonywane są wyłącznie w lokalu zamieszkiwanym przez osobę ubiegającą się o pomoc.

- Program „MELEKS 70+ oraz 65+ dla osób z niepełnosprawnościami”

Usługa ma na celu pomoc w dotarciu do grobów bliskich i będzie świadczona od poniedziałku do piątku w dni robocze. Jedna osoba nie może skorzystać z usługi transportowej więcej niż 4 razy w ciągu jednego roku kalendarzowego.

- Program „Czysty Dom dla seniorów 75+ i osób z niepełnosprawnościami 70+”

Celem projektu jest wsparcie seniorów i osób z niepełnosprawnościami poprzez wykonanie bezpłatnej usługi sprzątającej w ich miejscu zamieszkania.

4) Działania skierowane do osób starszych z występującymi niepełnosprawnościami

- Aktualnie osoby starsze mające jednocześnie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności mogą korzystać z usługi przewozowej na terenie miasta dostosowanymi do potrzeb osób z niepełnosprawnościami busami.
- Osoby starsze z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym mogą wziąć udział w turnusie opieki wytchnieniowej realizowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego w Miejskim Centrum Opieki. Turnus 14 dniowy daje możliwość odciążenia opiekunów osób niesamodzielnych w codziennym sprawowaniu opieki.
- Osoby starsze z niepełnosprawnościami wskazane przez organizacje pozarządowe corocznie przez Świątami Wielkanocnymi i Bożego Narodzenia mogą skorzystać ze wsparcia w postaci świątecznej paczki żywnościowej.
- W ramach otwartego konkursu ofert w zakresie Integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych przekazywane są środki finansowe dla organizacji pozarządowych realizujących zadania w tym obszarze także skierowane do osób starszych.

Wnioski

1. Wyzwaniem w zakresie opieki zdrowotnej nad osobą starszą i niesamodzielną jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej sytuacji demograficznej prognozującej wzrost liczby osób starszych.
2. Niezbędne jest zabezpieczenie dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej osobom starszym oraz niesamodzielnym, w tym z niepełnosprawnością fizyczną czy intelektualną, a także zapewnienie szkoleń w tym zakresie zarówno pacjentom jak i kadrom medycznym instytucji ochrony zdrowia.
3. Wydłużenie okresu życia sprzyja pogorszeniu się jakości życia oraz znacznemu obciążeniu chorobami przewlekłymi, wielochorobowością i niesprawnością funkcjonalną.
4. Wśród osób starszych coraz bardziej rozpowszechnione są także zaburzenia otępienne związane z chorobami neurodegeneracyjnymi.
5. Zaleca się rozwijanie kompleksowych i interdyscyplinarnych działań mających na celu zachowanie zdrowia i dobrostanu osób starszych.
6. Należy w dalszym ciągu wspierać aktywność społeczną osób starszych m.in. poprzez rozwój sieci Centrów Aktywności Seniorów.
7. Zachodzi konieczność rozwoju usług zdrowotnych dla osób w wieku 60+ i 75+, które pozwolą jak najdłużej funkcjonować im w środowisku.
8. Rekomenduje się prowadzenie kontroli stanu zdrowia seniorów od 60. roku życia.
9. Konieczny jest dalszy rozwój miejskiego podmiotu leczniczego Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie (MCO) na rzecz poszerzenia usług i świadczeń dla osób starszych, i niesamodzielných, w tym świadczeń geriatrycznych celem zapewnienia kompleksowej opieki nad osobą starszą i niesamodzielną.
10. Niezbędne wydaje się wdrożenie wczesnej opieki poszpitalnej zapewniającej wsparcie skierowane do opiekunów w miejscu zamieszkania podopiecznego, polegające na zastąpieniu opiekuna w czynnościach opiekuńczych na czas jego nieobecności np. w przypadku wyjścia do pracy. Usługa powinna być uzupełniona o fachowy instruktaż i odpowiednie przygotowanie miejsca przebywania podopiecznego. Zapewnienie w ramach usługi, wyposażenia miejsca przebywania podopiecznego w odpowiedni sprzęt medyczny ułatwiający opiekę, bezpośrednio dostarczony z wypożyczalni sprzętu medycznego.
11. Zaleca się rozwój usług związanych z wypożyczaniem sprzętu medycznego (doradztwo w doborze i obsłudze sprzętu oraz szkolenie z obsługi sprzętu, w tym realizowane w miejscu zamieszkania połączone z doradztwem w przygotowaniu warunków domowych).
12. Należy wspierać opiekunów nieformalnych w zakresie edukacyjno-doradczym.
13. Konieczna jest edukacja skierowana do kadr różnych systemów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi.
14. Należy rozwijać usługi odciążeniowe i wytchnieniowe.
15. Należy w dalszym ciągu rozwijać sieć placówek zapewniających dzienną lub stacjonarną opiekę osobom niesamodzielnym, zapewniającą m.in. usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, usługi terapeutyczne oraz usługi wspomagające.

12. Zdrowie psychiczne

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie psychiczne jako dobrostan, w którym jednostka uświadamia sobie własne możliwości, potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować⁵³. Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania osoby w społeczeństwie. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁴ określa zdrowie psychiczne jako fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi zalicza do obowiązków państwa. Zgodnie z ww. ustawą, ochronę zdrowia psychicznego w Polsce zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz inne instytucje do tego powołane. Samorząd województwa w szczególności tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a powiat w szczególności organizuje i zapewnia usługi w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, organizuje oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, organizuje usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także organizuje naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze.

Ponadto, w dniu 30 października 2023 roku Rada Ministrów przyjęła Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2023-2030. Dokument ten reguluje strategię działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i określa m.in. następujące zadania własne samorządów powiatów i gmin:

- a) opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- b) zaktualizowanie poszerzenie, zróżnicowanie i unowocześnianie pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- c) powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030;
- d) opracowanie lub zaktualizowanie oraz realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego;
- e) zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom;
- f) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i uczniom.

Dostępne dane epidemiologiczne i prognozy dotyczące zdrowia psychicznego wskazują, że zaburzenia psychiczne stanowią poważny i od lat narastający problem globalny. Według Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia psychiczne w Europie znalazły się w statystykach na czwartym miejscu wśród najpoważniejszych problemów zdrowotnych po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach⁵⁵.

Również w Polsce odnotowuje się coraz liczniejsze przypadki zachorowań dotyczących zdrowia psychicznego lub tylko przejściowego pogorszenia dobrostanu psychicznego⁵⁶. Zgodnie

⁵³ WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.

⁵⁴ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁵⁵ Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Raport NIK: Informacja o wynikach kontroli, KZD.430.006.2016, Warszawa 2016, str. 6.

⁵⁶ Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowania tematyczne. OT-674, Kancelaria Senatu, Biuro analiz, dokumentacji i korespondencji, Warszawa 2019.

z wynikami badania pn. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II) opublikowanymi pod koniec 2021 roku ponad pół miliona dzieci i młodzieży cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego 200 tysięcy w wieku 7-11 lat i ponad 350 tysięcy dzieci między 12 a 17 rokiem życia. Równocześnie badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (Health Behaviour in School-aged Children) wskazują, że jednym z czynników zmniejszających ryzyko zaburzeń psychicznych jest wsparcie ze strony rodziny. Jednak obecny styl życia wielu rodzin (wychowanie w niepełnych rodzinach, praca rodziców na dwóch etatach) powoduje, że dzieci większość czasu spędzają w placówce edukacyjnej. Dlatego też system oświaty powinien zapewniać m.in. dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, pomoc psychologiczno-pedagogiczną oraz upowszechniać wiedzę o zdrowiu psychicznym oraz profilaktyce zdrowotnej, jak również kształtować właściwe postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i rozwijać umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia zdrowia. Ww. obowiązki zostały ujęte m.in. w następujących aktach prawnych:

- 1) Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe;
- 2) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- 3) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, w którym określono cele funkcjonowania oraz zadania poradni.

Ponadto, według krajowych prognoz na lata 2019-2028 dla zaburzeń psychicznych notowany będzie jeden z najdynamiczniejszych wzrostów zapadalności – nawet o 21%⁵⁷. W związku z tym koniecznym wydaje się podjęcie wzmożonych działań w zakresie profilaktyki chorób na tle psychicznym oraz poprawy poziomu wsparcia i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Trwające od lat niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce skutkuje ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych. Ponadto, jednym z kluczowych problemów w polskiej psychiatrii jest niewystarczająca liczba specjalistów udzielających świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, a szczególnie liczba lekarzy psychiatrów specjalistów oraz psychologów klinicznych.

W związku z trwającym kryzysem psychiatrii w Polsce podjęto działania na szczeblu centralnym, mające na celu jej zreformowanie. W ramach tych działań od 2018 r. prowadzony jest program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego, a od 2019 r. wdrażana jest reforma opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. I tak, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (CZP), uruchomiono 33 centra na terenie wszystkich 16-tu województw. W chwili obecnej w Polsce funkcjonuje łącznie 129 CZP (stan na dzień 27 marca 2024 r.), z czego 4 Centra Zdrowia Psychicznego typu A działają na terenie Krakowa (tabela 10). Do głównych założeń ww. Pilotażu należą: zintegrowana płatność w formie ryczałtu na populację, zwiększona dostępność do świadczeń, integracja form opieki, koordynacja udzielanej pomocy, dostęp do specjalistów z różnych dziedzin, zindywidualizowane podejście do pacjenta, współpraca ze służbami pomocy

⁵⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”

społecznej i podstawową opieką zdrowotną (POZ), zmiana roli opieki szpitalnej na tzw. interwencję pomocniczą.

Lp.	Nazwa CZP	Obszar działania	Populacja	Podmiot prowadzący CZP	Typ CZP
1.	Uniwersyteckie CZP im. prof. A. Kępińskiego w Krakowie	Kraków Śródmieście (Dzielnice I-III)	97 122	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	A
2.	Kraków-Krowodrza CZP	Kraków Krowodrza (Dzielnice IV-VII) oraz gminy Liszki, Zabierzów, Wielka Wieś i Zielonki	190 443	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie	A
3.	Kraków-Podgórze CZP	Kraków Podgórze (Dzielnice VIII-XIII)	220 540	Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego SP ZOZ w Krakowie	A
4.	Kraków-Nowa Huta CZP	Kraków Nowa Huta (Dzielnice XIV-XVIII)	163 823	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	A

Tabela 10. Zestawienie podmiotów udzielających świadczeń Centrów Zdrowia Psychicznego na terenie Krakowa według stanu na dzień 02.04.2024 roku.

Natomiast głównymi założeniami reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży są: zapewnienie szybkiej interwencji innych niż psychiatrzy specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego, wzrost liczby świadczeń środowiskowych (współpraca ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym), wizyty u lekarzy psychiatrów tylko tych pacjentów małoletnich, którzy rzeczywiście wymagają diagnozy lub farmakoterapii, wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami. Aby zrealizować powyższe założenia, tworzone są ośrodki o trzech poziomach referencyjności: I, II i III.

Podstawę nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stanowi pierwszy poziom wsparcia, który zapewniają psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi w ramach Ośrodków/Zespołów Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. Praca ośrodków/zespołów oparta jest na pracy środowiskowej, tj. współpracy z rodziną dziecka oraz jego środowiskiem szkolnym. Aktualnie na terenie Krakowa funkcjonuje 11 ośrodków (tabela 11).

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Adres realizacji świadczeń
1.	Allmedica Sp. z o.o.	ul. Bociana 6, Kraków
2.	Euro-Medica Sp. z o.o.	ul. Bartosza Głowackiego 4/9, Kraków
3.	Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	ul. Józefa Mehoffera 10, Kraków
4.	CM Unimed Sp. z o.o.	ul. Młodej Polski 7, Kraków
5.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	Os. Złotej Jesieni 1, Kraków
6.	Allmedica Sp. z o.o.	ul. Zakopiańska 2a/Lu3, Kraków
7.	Allmedica Sp. z o.o.	ul. Monte Cassino 6/Lu4, Kraków
8.	Allmedica Sp. z o.o.	ul. Zakopiańska 2a/Lu3, Kraków
9.	Allmedica Sp. z o.o.	ul. Józefa Marcika 14c, Kraków
10	Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	ul. dr. Józefa Babińskiego 29, Kraków
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Jana i Jędrzeja Śniadeckich 10, Kraków

Tabela 11. Zestawienie podmiotów udzielających świadczeń z zakresu Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży na terenie Krakowa według stanu na dzień 03.04.2024 roku.

II poziom referencyjny – Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla Dzieci i Młodzieży stanowi uzupełnienie oferty świadczeń realizowanych w ramach I poziomu i skierowany jest do pacjentów wymagających intensywniejszej opieki psychiatrycznej. W ramach ww. Centrum funkcjonują Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Oddziały Dienne Psychiatryczne dla Dzieci i Młodzieży. Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży mogą również funkcjonować samodzielnie w ramach ośrodka II poziomu referencyjnego. Zadaniem CZP dla Dzieci i Młodzieży jest udzielanie interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz ich rodzinom i otoczeniu przez lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów i psychologów. Obecnie na terenie Krakowa w ramach II poziomu referencyjnego prowadzona jest jedna Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz 5 Poradni Zdrowia Psychicznego wraz z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym (tabela 12).

Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży (OWCOP) stanowi III poziom referencyjny systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Celem funkcjonowania OWCOP jest realizacja kompleksowych, interdyscyplinarnych i wysokospecjalistycznych świadczeń diagnostycznych oraz leczniczych dla pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, neurorozwojowymi i behawioralnymi. Pomoc realizowana jest w OWCOP przez zespół specjalistów, tj. lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz pielęgniarki/pielęgniarzy i oddziaływać ma na poprawę stanu psychicznego oraz funkcjonowania pacjenta umożliwiając mu kontynuację leczenia w ośrodkach niższego poziomu. Na terenie Krakowa prowadzone są aktualnie 3 Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej dla Dzieci

i Młodzieży, tj. w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. Św. Ludwika w Krakowie, w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie oraz w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa zakresu	Adres realizacji świadczeń
1.	Krakowskie Centrum Zdrowia Psychicznego Psyche-Med	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego	ul. Rusznikarska 17, Kraków
2.	Allmedica Sp. z o.o.	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego + oddział	ul. Józefa Marcika 14c, Kraków
3.	Allmedica Sp. z o.o.	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego + oddział	ul. Bociana 6, Kraków
4.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego + oddział	ul. Strzelecka 2a, Kraków
5.	Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego + oddział	ul. dr. Józefa Babińskiego 29, Kraków
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - Poradnia Zdrowia Psychicznego + oddział	ul. Jana i Jędrzeja Śniadeckich 10, Kraków

Tabela 12. Zestawienie podmiotów udzielających świadczeń w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży na terenie Krakowa według stanu na dzień 03.04.2024 roku.

Jednocześnie, jak już wykazano powyżej, Rada Ministrów przyjęła Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2023-2030. Rozporządzenie to nakłada na jednostki samorządu terytorialnego szereg obowiązków, do których należy m.in. opracowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń.

W związku z powyższym, podjęto decyzję o wyłączeniu zdrowia psychicznego z niniejszego dokumentu i kwestie dotyczące ochrony zdrowia psychicznego w Krakowie będą przedmiotem odrębnego, kompleksowego Programu strategicznego Miasta.

13. Leczenie uzdrowiskowe w Krakowie

Uzdrowisko Swoszowice to jedno z najstarszych uzdrowisk w Polsce i jedyne w kraju, które funkcjonuje w obrębie dużej aglomeracji miejskiej, co czyni je wyjątkowym na skalę europejską. Znajduje się na terenie zielonej dzielnicy Krakowa, obejmując wyodrębniony obszar Osiedla Uzdrowisko Swoszowice w Dzielnicy X Swoszowice, położonej w południowo-wschodniej części miasta. Uzdrowisko uzyskało statut dnia 17 grudnia 2008 roku, na mocy Uchwały Nr LX/784/08 Rady Miasta Krakowa, która nadała mu oficjalny status uzdrowiskowy. Na jego terenie wyznaczone są trzy strefy ochrony uzdrowiskowej: „A”, „B” oraz „C”.

Centralnym punktem Uzdrowiska jest Park Zdrojowy, który powstał na osuszonych bagnach w pierwszej połowie XIX wieku, a jego powierzchnia wynosi obecnie około 16 ha. W parku znajdują się cenne zabytki architektury, takie jak „Główny Dom Zdrojowy”, restauracja „Parkowa” oraz willa „Szwajcarka”. Istotnym elementem ekosystemu Uzdrowiska jest system cieków wodnych, z rzeką Wilgą (prawobrzeżnym dopływem Wisły) oraz potokami Wróblowickim i Cyrkówką, które pełnią funkcje korytarzy ekologicznych oraz szlaków migracyjnych lokalnej fauny.

Na terenie Uzdrowiska wypływają wody mineralne o unikalnym składzie siarczanowo-wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowym z siarkowodorem, zaliczane do wód leczniczych. Eksploatowane są one głównie z dwóch źródeł: Głównego i Napoleon, przy czym wody ze Źródła Głównego wykorzystywane są w celach leczniczych. Woda ta zawiera jon siarczkowy, który łatwo przenika przez skórę, działając przeciwzapalnie, wzmacniając ściany naczyń krwionośnych i poprawiając krążenie. Kąpiele siarczkowe mają właściwości regeneracyjne, szczególnie korzystne w leczeniu chorób reumatycznych, zwyrodnieniowych stawów oraz miażdżycy, a ich działanie jest również odtruwające. Zalety lecznicze wód siarczkowych ze Swoszowic potwierdzają wyniki badań naukowych.

Za prowadzenie lecznictwa uzdrowiskowego na terenie Swoszowic odpowiada Spółka Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o. (dalej: „Spółka Uzdrowiskowa”). Spółka kontynuuje długoletnie tradycje związane z wykorzystaniem naturalnych zasobów przyrodoleczniczych regionu. Obecna struktura Spółki obejmuje m.in. Zakład Leczniczy Uzdrowisko Kraków Swoszowice oraz Przychodnię Reumatologiczną w Swoszowicach. W ramach Zakładu Przyrodoleczniczego funkcjonują pracownie balneoterapii, fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii oraz masażu leczniczego.

Do infrastruktury uzdrowiskowej należą również Park Zdrojowy oraz źródła lecznicze „Zdrój Główny” i „Napoleon”, które dostarczają unikalne wody mineralne o właściwościach leczniczych. W obrębie Uzdrowiska znajdują się także obiekty takie jak: Główny Dom Zdrojowy, Pawilon „Szwajcarka”, Restauracja „Parkowa” oraz Pawilon „Słońce”.

Spółka Uzdrowiskowa realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnego lecznictwa uzdrowiskowego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a także w ograniczonym zakresie usługi komercyjne, w tym rehabilitację oferowaną przez Centrum Rehabilitacji Swoszowice.

Spółka specjalizuje się w leczeniu oraz profilaktyce następujących schorzeń:

- chorób reumatologicznych (zwyrodnienia stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenia stawów, entezopatie),
- schorzeń pourazowych i pooperacyjnych narządu ruchu,
- wybranych chorób dermatologicznych (np. łuszczyca),
- wszystkich postaci gośńca łuszcycowego.

Podstawą leczenia są zabiegi balneologiczne, z zastosowaniem wody siarczkowej oraz borowiny, która sprowadzana jest z Kołobrzegu. Główne zabiegi obejmują kąpiele siarczkowe oraz okłady borowinowe. W celu osiągnięcia pełnego efektu leczniczego stosuje się również zabiegi uzupełniające, takie jak hydroterapia, fizykoterapia, kinezyterapia oraz masaż leczniczy. Poniższa tabela przedstawia liczby pacjentów obsługiwanych przez Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o. w latach 2018-2023:

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Liczba pacjentów szpitala uzdrowiskowego	385	380	0	0	0	0
Liczba kuracjuszy sanatoryjnych	1072	1094	0	0	0	0
Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	5038	4852	2079	2249	2279	2654
Liczba pacjentów rehabilitacyjnych w szpitalu uzdrowiskowym	0	0	0	0	0	0
Liczba pacjentów komercyjnych	0	0	0	0	1033	1112
RAZEM	6 495	6 326	2079	2249	3312	3766

Tabela 13. Liczba pacjentów w Uzdrowisku Kraków Swoszowice sp. z o. o. w latach 2018-2023.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Uzdrowiska Kraków Swoszowice sp. z o. o.

W 2024 roku Spółka Uzdrowiskowa realizuje świadczenia w zakresie uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego oraz rehabilitacji komercyjnej. Świadczenia te, oparte na wykorzystaniu naturalnych zasobów uzdrowiskowych, mają na celu leczenie pacjentów z różnorodnymi schorzeniami, ze szczególnym uwzględnieniem chorób reumatologicznych i dermatologicznych. Świadczenia udzielane są pacjentom na bieżąco, przy czym wskazać należy, że potencjał Uzdrowiska jest zdecydowanie większy, niż aktualna liczba obsługiwanych pacjentów, a także zakres realizowanych świadczeń.

W ramach prowadzonych działań inwestycyjnych Spółka Uzdrowiskowa aktualnie finalizuje projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, zatytułowany: „Rewitalizacja Uzdrowiska Kraków Swoszowice. Etap 1: Rewitalizacja Parku Uzdrowiskowego w Swoszowicach”. Projekt ten zakłada odnowienie Parku Zdrojowego oraz modernizację istniejących obiektów.

Równocześnie Gmina Miejska Kraków, realizuje zadania mające na celu utrzymanie i rozwój infrastruktury komunalnej oraz technicznej Swoszowic. Działania te koncentrują się na utrzymaniu standardów funkcjonowania Uzdrowiska, zgodnie z wymogami dla stref uzdrowiskowych, a także na jego rozwoju jako integralnej części Krakowa.

Jednym z kluczowych dokumentów strategicznych jest Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice, który został przyjęty Uchwałą Rady Miasta Krakowa Nr LXXIII/1753/17 z dnia 31 maja 2017 roku. Program ten obejmuje szeroko zakrojone analizy istniejącej infrastruktury i przedstawia konkretne rozwiązania oraz zadania do realizacji. Obejmują one m.in.:

1. Sieci wodociągowe – modernizacja istniejących sieci oraz rozbudowa systemów, aby zapewnić niezawodne dostawy wody, z uwzględnieniem specyficznych wymagań związanych z działalnością uzdrowiskową.

2. Kanalizacja sanitarna i opadowa – ulepszenie sieci kanalizacyjnej, co ma na celu poprawę systemu odprowadzania ścieków oraz wód opadowych, szczególnie istotne na terenach objętych ochroną uzdrowiskową.
3. System zaopatrzenia w ciepło – modernizacja i rozbudowa sieci ciepłowniczej, co jest kluczowe dla poprawy komfortu jej użytkowników, a także dla efektywności energetycznej budynków.
4. Sieci elektroenergetyczne i gazowe – rozwój infrastruktury energetycznej, w tym modernizacja sieci elektroenergetycznych i gazowych, aby sprostać rosnącym potrzebom.
5. System transportowy – rozbudowa infrastruktury drogowej oraz poprawa dostępności komunikacyjnej Uzdrowiska Swoszowice, w tym modernizacja dróg, parkingów i ścieżek rowerowych, co ma na celu poprawę jakości transportu publicznego oraz komunikacji pieszej i rowerowej w rejonie uzdrowiska.

Realizacja powyższych zadań odbywa się w oparciu o coroczne plany budżetowe miasta, co umożliwi systematyczne rozwijanie i ulepszanie infrastruktury. Na ten cel w 2023 roku Gmina Miejska Kraków przeznaczyła niemal 11 milionów złotych, co stanowiło ponad dwukrotny wzrost w porównaniu do roku 2022.

Gmina Miejska Kraków, jako członek Stowarzyszenia Gmin Uzdrowiskowych RP, współpracuje z innymi uzdrowiskami małopolskimi. W ramach tej współpracy w 2023 roku opracowano i przyjęto Strategię terytorialną IIT na lata 2021-2027 dla uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej w Małopolsce.

Gmina Miejska Kraków, oprócz bieżących działań utrzymaniowych, planuje także inwestycje, które mają na celu podniesienie atrakcyjności Uzdrowiska Swoszowice oraz jego funkcji leczniczych. W 2023 roku Gmina Miejska Kraków aktywnie uczestniczyła w opracowaniu Strategii terytorialnej IIT na lata 2021-2027 dla uzdrowisk i obszarów ochrony uzdrowiskowej w Małopolsce, co jest niezbędnym krokiem w pozyskiwaniu środków z Funduszy Europejskich dla Małopolski (FEM) 2021-2027. Strategia ta przewiduje szereg inwestycji, które mają na celu wsparcie rozwoju uzdrowisk w regionie. Dla Uzdrowiska Swoszowice przyjęto następujące zadania inwestycyjne:

1. Budowa ogólnodostępnej tężni solankowej wraz z infrastrukturą towarzyszącą, w tym zewnętrzną siłownią, placem zabaw do zajęć ruchowych oraz zagospodarowaniem terenów zielonych w strefie „C” Uzdrowiska.
2. Rozbudowa zagospodarowania turystycznego strefy „B” poprzez realizację drugiego etapu zadania pn.: „Skatepark przy ul. Kąpielowej”.
3. „Mikro-uzdrowisko” – modernizacja i rozbudowa placu zabaw przy ul. Piłkarskiej w strefie „A”.

Przedmiotowe zadania obejmują swym działaniem wszystkie trzy strefy uzdrowiskowe i wraz z zadaniami ujętymi w Programie Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko, mają na celu rozwój i wzrost atrakcyjności Uzdrowiska.

Wnioski

1. Uzdrowisko Swoszowice, z uwagi na swoje unikalne zasoby naturalne, ma potencjał, aby stać się jednym z ważnych uzdrowisk w regionie, oferując kompleksowe usługi lecznicze i rehabilitacyjne na najwyższym poziomie.

2. Rekomenduje się rozwój działalności uzdrowiskowej poprzez poszerzenie zakresu oferowanych świadczeń i zwiększenie liczby pacjentów.
3. Należy modernizować oraz rozbudować infrastrukturę uzdrowiskową, w tym obiekty lecznicze i bazę noclegową.
4. Zaleca się dalszy rozwój infrastruktury komunalnej w Swoszowicach, w celu zapewnienia odpowiednich warunków dla mieszkańców i kuracjuszy.
5. Aby zapewnić optymalny rozwój Uzdrowiska oraz umocnienie jego pozycji na mapie uzdrowisk wymaga zaangażowania zarówno władz miejskich, jak i Spółki Uzdrowiskowej.

14. Profilaktyka i promocja zdrowia

W Krakowie, poza funkcjonującym systemem ochrony zdrowia oferującym świadczenia zdrowotne finansowane przez płatnika publicznego, prowadzony jest szereg działań zorientowanych na poprawę zdrowia mieszkańców Miasta. Do działań tych zaliczyć należy m.in. realizację programów polityki zdrowotnej, realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego we współpracy z organizacjami pozarządowymi, realizację kampanii społecznych, akcji edukacyjnych, badań profilaktycznych, realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych czy dotyczących infrastruktury rekreacyjno-sportowej, ale też promowanie postaw proekologicznych i proklimatycznych.

- 1) Działania z zakresu zdrowia publicznego realizowane w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa

Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczny i współpracę międzysektorową. W celu poprawy stanu zdrowia populacji istotne jest nie tyle prowadzenie działań z zakresu medycyny naprawczej, czyli zapewnienie dostępu do systemu ochrony zdrowia polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, co zmniejszenie głównych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie stanów chorobowych, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, kreowanie warunków umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia. Interwencje w zakresie zdrowia publicznego to nie tylko programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne oraz kampanie społeczne, lecz także zmiany dotyczące środowiska pracy, nauki i odpoczynku, przyczyniające się do zdrowego stylu życia.

Gmina Miejska Kraków w szczególności w trybie ustawy o zdrowiu publicznym realizuje zadania dotyczące promowania zdrowego stylu życia, zdrowia psychicznego, zdrowia środowiskowego, profilaktyki nadwagi i otyłości, uzależnień oraz chorób zakaźnych, skierowane przede wszystkim do dzieci, młodzieży i osób starszych. Istotną rolę w obszarze realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego pełnią organizacje pozarządowe i inne podmioty, z którymi Miasto współpracuje. W ramach ogłaszanych corocznie konkursów ofert oraz „Małych grantów” realizowanych jest wiele zadań publicznych w zakresie zdrowia. NGO-s jako trzeci sektor (tzw. społeczny/obywatelski) znacząco się przyczynia do kształtowania, budowania świadomości zdrowotnej wśród społeczeństwa jak i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Krakowa poprzez realizację zadań. Współpraca Gminy Miejskiej Kraków z organizacjami pozarządowymi opiera się także na wzajemnym dialogu i wymianie wiedzy oraz doświadczeń, analizie potrzeb społecznych i zdrowotnych, promocji dobrych praktyk, konsultowaniu, opiniowaniu dokumentów strategicznych, w tym branżowych z obszaru ochrony zdrowia. Jedną z takich form współpracy jest funkcjonowanie Komisji Dialogu Obywatelskiego ds. Zdrowia, w której zasiadają przedstawiciele NGO.

W 2020 roku Gmina Miejska Kraków zawarła 11 umów na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego na kwotę ponad 320 tys. zł, w 2021 roku zawarto 10 umów na podobną kwotę. W 2022 roku Miasto zawarło 20 umów na kwotę blisko 600 tys. zł.

Organizacje pozarządowe ale i inne instytucje w obszarze zdrowia otrzymują także pomoc niefinansową udzieloną przez Gminę Miejską Kraków poprzez m.in. udzielenie sal konferencyjnych, zamieszczanie informacji o wydarzeniach w zakresie zdrowia w mediach

i nośnikach miejskich, czy pomoc w organizacji wystaw tematycznych na terenie miasta Krakowa.

2) Programy profilaktyczne i badania przesiewowe

Profilaktyka to zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz takie postępowanie w razie choroby, które pomoże złagodzić jej przebieg.

Działania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, jak i generalnie w ochronie zdrowia, pełnią rolę pomocniczą w stosunku do świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanych przez NFZ oraz przez Ministerstwo Zdrowia.

W Krakowie realizowane są następujące programy profilaktyczne⁵⁸ finansowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Program profilaktyki raka szyjki macicy (realizuje 46 podmiotów w Krakowie);
2. Program profilaktyki raka piersi (realizuje 18 podmiotów w Krakowie);
3. Program badań przesiewowych raka jelita grubego (realizuje 7 podmiotów w Krakowie);
4. Program badań prenatalnych (realizuje 7 podmiotów w Krakowie);
5. Program profilaktyki chorób układu krążenia (realizują 192 podmioty w Krakowie);
6. Program profilaktyki gruźlicy (realizują 143 podmioty w Krakowie);
7. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (brak wykazanych realizatorów w wyszukiwarce internetowej MOW NFZ);
8. Program Profilaktyka 40+ (realizują 64 podmioty w Krakowie)⁵⁹.

Miasto Kraków realizuje szereg działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej⁶⁰. Ponadto, prowadzone są różnorakie akcje, wydarzenia, kampanie zdrowotne oraz konferencje przy współudziale Urzędu Miasta Krakowa wraz z różnymi interesariuszami, w tym m.in. organizowany corocznie we współpracy ze Szpitalem Uniwersyteckim oraz Uniwersytetem Jagiellońskim Krakowski Tydzień Zdrowia Psychicznego pn. „Human Week”, ogólnopolski program profilaktyki czerniaka realizowany we współpracy z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytutem Badawczym, Obchody Światowego Dnia Serca organizowane przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i lekarzy kardiologów skupionych wokół Kliniki Szpitala Jana Pawła II, Instytut Kardiologii Wydziału Lekarskiego UJ Collegium Medicum, Szpital Uniwersytecki oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy.

W Krakowie realizowane są również działania w zakresie promocji zdrowia przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego oraz programy ogólnopolskie finansowane przez Ministerstwo Zdrowia.

⁵⁸ Szczegółowe informacje o programach, w tym o ich realizatorach, dostępne są pod adresem: <https://www.nfz-krakow.pl/dla-pacjenta/profilaktyka-/programy-profilaktyczne/> (dostęp w dniu: 15.01.2024 r.)

⁵⁹ Dane o podmiotach realizujących programy dostępne w wyszukiwarce pod adresem: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ProgramyProfilaktyczne> (dostęp w dniu: 15.01.2024 r.)

⁶⁰ Programy polityki zdrowotnej opisano w kolejnym podrozdziale

Wnioski

1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego należy planować w oparciu o analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców Krakowa.
2. Rekomenduje się wykorzystanie potencjału Centrum Obsługi Informatycznej UMK przy realizacji zadań z zakresu zdrowia, w tym w zakresie analizy i udostępniania danych i identyfikowania trendów.
3. Rekomenduje się zwiększenie poziomu finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz zwiększenie wysokości środków finansowych przeznaczonych na współpracę m.in. z organizacjami pozarządowymi.
4. Rekomenduje się zwiększenie dostępności do opieki ginekologicznej dla kobiet w ramach której zapewniona będzie przestrzeń do rozmowy z wykwalifikowanymi lekarzami i gdzie uzyskają wsparcie w zakresie swojego zdrowia.
5. Rekomenduje się opracowanie i przyjęcie wieloletniego programu kampanii i akcji edukacyjno-informacyjnych. Proponowany zakres tematyczny kampanii i akcji edukacyjno-informacyjnych powinien obejmować w szczególności:
 - 1) profilaktykę chorób cywilizacyjnych (choroby układu krążenia, nowotwory, w tym rak piersi, choroby układu oddechowego, choroby neurodegeneracyjne i otępienne);
 - 2) edukację zdrowotną dzieci, w szczególności w zakresie zdrowego stylu życia, żywienia i aktywności fizycznej;
 - 3) zdrowie prokreacyjne, w tym działania edukacyjno-promocyjne leczenia niepłodności metodą in vitro;
 - 4) profilaktykę chorób zakaźnych, w tym promowanie szczepień ochronnych;
 - 5) zapobieganie występowaniu czynników ryzyka (otyłość, palenie papierosów, hipercholesterolemia, nadciśnienie, cukrzyca, niska aktywność fizyczna) poprzez oddziaływanie na całą populację w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia (promowanie i wspieranie aktywności fizycznej, promowanie i wspieranie właściwych nawyków żywieniowych, promowanie i wspieranie życia bez używek).

15. Programy polityki zdrowotnej

Program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Programy polityki zdrowotnej dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów, wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym. Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych – opracowań, w których przedstawione są potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju, zawierających dane demograficzno-epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych, oraz dostępnych danych epidemiologicznych. Rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie projektu programu, albo w sytuacji, gdy program polityki zdrowotnej realizowany jest zgodnie z wydanymi przez Prezesa Agencji rekomendacjami⁶¹.

W związku ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi Krakowian, związanymi m. in. ze zmianami w zakresie struktury ludności czy postępującym starzeniem się społeczeństwa, a także biorąc pod uwagę zachodzące zmiany powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych refundowanych przez płatnika publicznego, Gmina Miejska Kraków prowadzi bieżącą analizę realizowanych programów polityki zdrowotnej oraz sytuacji epidemiologicznej. Programy są stale monitorowane oraz podlegają ewaluacji, na podstawie czego podejmowane są decyzje o zakończeniu realizacji danego programu, jego kontynuacji lub konieczności implementacji nowych programów.

W Gminie Miejskiej Kraków prowadzone są następujące programy polityki zdrowotnej (stan na 14.11.2024 r.):

- 1) Program powszechnego dostępu do defibrylacji z elementami nauki pierwszej pomocy w Gminie Miejskiej Kraków;
- 2) Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym;
- 3) Program profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku 6-60 miesięcy w Gminie Miejskiej Kraków;
- 4) Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych typu B wśród dzieci w wieku od 2 do 36 miesiąca życia, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, na lata 2024-2026;
- 5) Program polityki zdrowotnej w zakresie wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci uczęszczających do szkół i placówek z terenu Gminy Miejskiej Kraków;

⁶¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (T.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).

- 6) Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci, zwłaszcza krótkowzroczności, w tym w związku z realizacją nauki zdalnej podczas epidemii COVID-19;
- 7) Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. r.ż.;
- 8) Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków;
- 9) Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych;
- 10) Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków.

Wskaźnikiem monitorującym realizację programów polityki zdrowotnej w Krakowie jest wskaźnik pn. Odsetek mieszkańców korzystających z miejskich programów zdrowotnych (akronim: W58_Z). Wartością docelową wskaźnika jest 5% (odsetek mieszkańców Miasta objętych programami polityki zdrowotnej w skali roku). W 2019 roku wartość wskaźnika wyniosła 3,33 %, w 2020 roku wartość wskaźnika spadła do poziomu 3,23%, co było efektem wstrzymania realizacji programów polityki zdrowotnej w okresie marzec-czerwiec w związku z wprowadzonym stanem epidemii SARS-CoV-2 na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. W 2021 roku wartość wskaźnika wzrosła i wyniosła 4,43%, natomiast w 2022 roku wartość wskaźnika spadła do poziomu 0,54%. Spadek ten nie jest jednak niepokojący, gdyż wynika z przeprowadzonej analizy realizowanych programów polityki zdrowotnej i podjęcia decyzji o zakończeniu realizacji z końcem 2021 r. niektórych programów polityki zdrowotnej, które uznano za nieefektywne. Jednocześnie do realizacji wprowadzane są nowe programy polityki zdrowotnej. W kolejnych latach oczekuje się wzrostu wartości tego wskaźnika.

Miasto Kraków w zakresie realizacji wielu programów polityki zdrowotnej jest pionierem w skali kraju i otrzymuje liczne nagrody za ich efekty.

Wnioski

1. Prowadzone przez Miasto programy polityki zdrowotnej muszą odpowiadać rzeczywistym potrzebom mieszkańców Miasta.
2. Należy zwiększyć poziom finansowania programów polityki zdrowotnej.
3. W przypadku, gdy realizowany przez Miasto Kraków program polityki zdrowotnej zostaje wdrożony przez administrację rządową, należy każdorazowo rozważyć zaprzestanie finansowania przez Miasto tych świadczeń zdrowotnych i skupić się na promocji tego programu, aby jak najwięcej krakowian korzystało ze świadczeń zdrowotnych w nim ujętych, a uwolnione w ten sposób środki finansowe przeznaczyć na inne miejskie projekty zdrowotne.
4. Rekomenduje się, aby Miasto lobbowało w sprawie objęcia finansowaniem przez płatnika publicznego programów polityki zdrowotnej, w tym programów szczepień ochronnych, w większym zakresie.
5. Rekomenduje się, aby Kraków jako inicjator realizacji wielu innowacyjnych programów polityki zdrowotnej w skali kraju, przekazywał wnioski z realizowanych programów i dobre praktyki w tym zakresie do Ministerstwa Zdrowia.
6. Rekomenduje się zaktualizowanie/implementację nowych programów polityki zdrowotnej

w następującym zakresie:

- 1) choroby neurodegeneracyjne i otępienne;
- 2) otyłość wśród dzieci;
- 3) profilaktyka chorób zakaźnych;
- 4) profilaktyka wad postawy wśród dzieci;
- 5) cukrzyca;
- 6) zabezpieczenie płodności;
- 7) zapobieganie najczęstszym czynnikom ryzyka chorób cywilizacyjnych.

16. Dostępność do zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne

Organizacja zaopatrzenia mieszkańców Polski w leki i wyroby medyczne realizowana jest na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Zobowiązania spoczywające na jednostkach samorządu terytorialnego, a wynikające z art. 94 ww. ustawy, dotyczą określenia rozkładu pracy aptek na danym terenie. Począwszy od 1 stycznia 2024 r. zmieniły się przepisy związane z ustaleniem rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych znajdujących się na terenie powiatu. Rozkład godzin pracy aptek, jak dotychczas, winien być dostosowany do potrzeb ludności tego powiatu, przy czym począwszy od 2024 r. powiat nie reguluje już kompleksowo uchwałą godzin funkcjonowania wszystkich aptek na terenie danego powiatu. Podmiot prowadzący aptekę zobowiązany jest przekazywać do powiatu, w którym znajduje się apteka, rozkład godzin pracy tej apteki na dany rok najpóźniej do dnia 30 września roku poprzedzającego. Powiaty takie jak Kraków, w przypadku, gdy po przeprowadzonej analizie poziomu zaspokajania potrzeb, uznają, że uzasadnione jest wyznaczenie apteki ogólnodostępnej do pełnienia dyżurów lub szerszego zakresu godzinowego dyżurów pełnionych przez wyznaczoną aptekę ogólnodostępną, mogą dokonać takiego wyznaczenia. Jednocześnie pełnienie dyżurów przez aptekę podlega finansowaniu ze środków NFZ, z wyjątkiem pełnienia ich w zakresie godzinowym rozszerzonym (wyżej opisanym) – w takim przypadku powiat finansuje, z własnych środków, pełnienie tych dyżurów.

W latach 2021-2024 liczba aptek działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków, w tym aptek całodobowych, nieznacznie spadła – w 2024 roku w Krakowie prowadzą swoją działalność 273 apteki ogólnodostępnych, tj. o 5 mniej niż w roku 2021. W 2021 roku w Krakowie funkcjonowało 8 aptek całodobowych, z kolei w 2024 roku działa 7 aptek całodobowych.

Całodobowe dyżury przez 7 dni w tygodniu w pełnym zakresie usług farmaceutycznych w 2024 roku zapewniają następujące apteki:

- 1) Apteka przy ul. Kalwaryjskiej 94,
- 2) Apteka przy ul. Karmelickiej 23,
- 3) Apteka na os. Kazimierzowskim 30,
- 4) Apteka przy ul. Kronikarza Galla 26,
- 5) Apteka na os. Centrum A bl. 4,
- 6) Apteka przy ul. Wolskiej 1,
- 7) Apteka przy ul. Zielińskiej 3.

Liczbę aptek ogólnodostępnych w latach 2019-2024, w tym działających w systemie całodobowym, na terenie Gminy Miejskiej Kraków obrazuje tabela 14. Na jedną aptekę zlokalizowaną na terenie Gminy Miejskiej Kraków w 2024 roku przypada 2953 mieszkańców, przy działających 273 aptekach, w tym 7 aptekach całodobowych. Wskaźnik ten powoduje, że w Krakowie wyłącznie na podstawie odstępstwa może zostać wydane nowe pozwolenie na prowadzenie apteki, gdyż zgodnie z prawem farmaceutycznym zezwolenie wydaje się, jeżeli na dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia, liczba mieszkańców w danej gminie, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, wynosi co najmniej 3000 osób i odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona pomiędzy wejściami do izb ekspedycyjnych aptek w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów.

Liczba aptek ogólnodostępnych				
	2021	2022	2023	2024 ⁶²
apteki ogólnodostępne	278	278	272	273
w tym: apteki całodobowe	8	9	8	7

Tabela 14. Liczba aptek ogólnodostępnych w Krakowie w latach 2019-2024. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz danych UMK.

Jednocześnie wskazać należy, że ze względu na ważny interes pacjentów i konieczność zapewnienia im dostępu do produktów leczniczych może być zastosowane odstępstwo od ww. przepisów, przy czym odstępstwo to wymaga pozytywnej opinii Prezydenta Miasta Krakowa. Na przestrzeni ostatnich lat prowadzono 2 tego typu postępowania. W obu przypadkach Prezydent Miasta Krakowa pozytywnie zaopiniował przedmiotowe odstępstwo.

Bieżąca analiza funkcjonowania aptek ogólnodostępnych na terenie Krakowa wykazuje, że rozkład godzin ich pracy jest dostosowany do potrzeb ludności i aktualnie brak podstaw do interweniowania. Występuje szeroki dostęp do aptek, w tym w każdej z 4 starych dzielnic miasta Krakowa funkcjonuje apteka całodobowa, przy czym stan ten należy na bieżąco monitorować, w szczególności funkcjonowanie aptek całodobowych, aby była zachowana dostępność do możliwości nabycia leków w porze nocnej oraz dni wolne od pracy.

Wnioski:

1. W Krakowie funkcjonują 273 apteki, w tym 7 całodobowych.
2. Rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych znajdujących się na terenie Krakowa jest dostosowany do potrzeb ludności Krakowa.
3. W każdej starej dzielnicy Miasta Krakowa znajduje się apteka całodobowa.
4. Należy stale monitorować rozkład godzin pracy aptek, w szczególności możliwość nabywania leków w porach nocnych i dniach wolnych od pracy.
5. W przypadku stwierdzenia, że rozkład godzin pracy aptek jest niedostosowany do potrzeb ludności, należy niezwłocznie podjąć działania związane z wyznaczaniem apteki do pełnienia dyżurów lub rozszerzeniem zakresu godzinowego pełnienia dyżurów.
6. Należy przeprowadzać analizy zasadności odstępowania od przepisów uniemożliwiających otwieranie nowych aptek i wydawać w tym zakresie stosowne opinie.
7. W budżecie Gminy Miejskiej Kraków należy zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe na wypadek konieczności finansowania działania aptek.

⁶² Dane na podstawie uchwały nr CXXIII/3360/23 Rady Miasta Krakowa z dnia 22 listopada 2023 r. w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków w 2024 roku

III. CELE PROGRAMU I KIERUNKI DZIAŁAŃ

Cel główny programu:

Osiągnięcie możliwie najwyższego dobrostanu zdrowotnego przez mieszkańców Krakowa

Cele szczegółowe programu:

1. Tworzenie, rozwój oraz realizacja projektów i usług z zakresu zdrowia

Kierunki działań:

- 1) Działania z zakresu profilaktyki, promocji i ochrony zdrowia
- 2) Edukacja zdrowotna
- 3) Promowanie aktywnego i zdrowego stylu życia
- 4) Programy polityki zdrowotnej
- 5) Projekty i usługi z zakresu zdrowia dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz niesamodzielnych
- 6) Leczenie uzdrowiskowe

2. Rozwój miejskich podmiotów leczniczych

Kierunki działań:

- 1) Zwiększenie zakresu, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych
- 2) Realizacja inwestycji w podmiotach leczniczych Gminy Miejskiej Kraków
- 3) Wspieranie rozwoju podmiotów leczniczych, dla których Gmina Miejska Kraków nie jest podmiotem tworzącym

3. Poprawa warunków życia w zakresie zdrowia środowiskowego mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków

Kierunki działań:

- 1) Poprawa warunków środowiskowych w Gminie Miejskiej Kraków, w tym w zakresie rozwoju i zagospodarowania infrastruktury m.in. w obszarach: sport, rekreacja, ekologia, klimat
- 2) Promowanie postaw proekologicznych i proklimatycznych
- 3) Budowanie świadomości mieszkańców Miasta na temat znaczenia zdrowia środowiskowego oraz dążenie do zwiększenia aktywności krakowian w zakresie poprawy warunków życia

4. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom Gminy Miejskiej Kraków

Kierunki działań:

- 1) Prowadzenie i wspieranie działań zabezpieczających Kraków na wypadek wystąpienia zagrożeń zdrowotnych (przykładowo: przeciwdziałanie skutkom epidemii, zabezpieczenie medyczne punktów zbiorowego pobytu)
- 2) Zapewnienie zasobów ludzkich, materialnych, infrastrukturalnych na wypadek wystąpienia zagrożenia zdrowotnego