

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	2
I MIERNIKI STANU ZDROWIA POPULACJI	4
WSTĘP	4
1. LUDNOŚĆ WEDŁUG PŁCI ORAZ RUCH NATURALNY	4
2. STRUKTURA LUDNOŚCI	8
3. OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA	13
4. UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT.....	14
5. UMIERALNOŚĆ	15
6. ROZKŁAD ZGONÓW WG WIEKU.....	16
7. STRUKTURA ZGONÓW WG PRZYCZYN	19
8. ZACHOROWALNOŚĆ I CHOROBY.....	26
9. PODSUMOWANIE	30
II OPIEKA ZDROWOTNA	31
1. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	31
2. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA	48
3. OPIEKA ZDROWOTNA NAD MATKĄ I DZIECKIEM	51
4. DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB	69
SKIEROWANE DO KOBIET, DZIECI I MŁODZIEŻY.	69
5. POMOC W SYTUACJACH NAGŁYCH ZAGROZEŃ DLA ŻYCIA LUB ZDROWIA	77
III PODSUMOWANIE I WNIOSKI.....	94
IV SPIS TABEL.....	105
V SPIS RYSUNKÓW	106
VI BIBLIOGRAFIA	107
VII ANEKS	109

WPROWADZENIE

Dokument pt. „**Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami**” został opracowany na zlecenie Starostwa Powiatu Myślenickiego. W opracowaniu poszczególnych części opracowanie wykorzystano dokumenty i wieloźródłowe dane udostępnione m.in. przez:

- Starostwo Powiatowe w Myślenicach (Wydział Promocji i Ochrony Zdrowia),
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach,
- Powiatową Stację Sanitarно – Epidemiologiczną w Myślenicach,
- Stację Pomocy Doraźnej w Myślenicach,
- Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie,
- Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie.

Ponadto w opracowaniu wykorzystano dane statystyczne pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i wielu innych instytucji gromadzących dane statystyczne z zakresu zagadnień analizowanych w niniejszym opracowaniu.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia, **ZDROWIE** definiujemy jako „...**stan zupełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności**”. Zgodnie z takim podejściem w obszarze ochrony zdrowia powinny znaleźć się działania zmierzające do poprawy ukierunkowanej na szeroko rozumiany rozwój społeczny, obejmujący sytuację ekonomiczną i psychofizyczną populacji, ale także jednostkowego samopoczucia i pozycji w społeczeństwie danej osoby.

I. Dokument składa się z następujących rozdziałów:

1. **Mierniki i stan zdrowia populacji**, w którym opisano strukturę ludności według wieku i płci, dane demograficzne oraz zachorowalność i umieralność.
2. **Opieka zdrowotna** – największa część raportu zawierająca analizę otrzymanych danych dotyczących: organizacji opieki zdrowotnej, realizacji szczepień ochronnych, opieki nad matką i dzieckiem, działań promocyjnych i profilaktycznych prowadzonych na terenie Powiatu, pomocy w sytuacjach nagłych zagrożeń dla życia lub zdrowia.
3. **Podsumowanie, dalsze kierunki działań** – rozdział ten stanowi podsumowanie całości dokumentu i nakreślenie rekomendacji w zakresie dalszych działań.

Działania prowadzone w ostatnich latach na terenie powiatu, w obszarze szeroko pojętego zdrowia publicznego, wskazują na duże zaangażowanie Samorządu w planowanie, realizację i monitorowanie działań prozdrowotnych.

W przekonaniu zespołu opracowującego niniejszy dokument, zawarte w nim treści powinny stanowić bazę wyjściową, służącą określeniu rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, wspartego odpowiednim sposobem gromadzenia i weryfikacji danych, sprawozdawczością oraz wykorzystaniem generowanych informacji. Wówczas planowane interwencje, obejmujące takie dziedziny opieki zdrowotnej, jak: promocja zdrowia, profilaktyka chorób, diagnostyka i leczenie oraz rehabilitacja, charakteryzować się będą precyzyjnym wyborem obszaru działań, właściwym sposobem interwencji oraz efektywnym wykorzystaniem dostępnych środków. Przedstawione w dokumencie informacje

i wnioski wynikające z ich analizy powinny stać się podstawą do ustalenia priorytetów zdrowotnych mieszkańców powiatu oraz wdrożenia stosownych działań w powiatowym systemie ochrony zdrowia.

I MIERNIKI STANU ZDROWIA POPULACJI

WSTĘP

Stan zdrowia populacji uwarunkowany jest przez czynniki genetyczne, środowiskowe, jakość opieki zdrowotnej i strukturę populacji. Ocena stanu zdrowia populacji może zostać dokonana poprzez określenie stanu zdrowia poszczególnych jej członków, w tzw. pomiarze bezpośrednim stanu zdrowia. Inną metodą, tzw. pośrednią, jest wykorzystanie do tego celu licznych wskaźników zdrowotnych, z których najważniejsze dotyczą długości życia, zachorowalności i umieralności. W Polsce jedynym w pełni funkcjonującym systemem, który jest wykorzystywany w analizach stanu zdrowia jest rejestr przyczyn zgonów. Inne, ważne elementy oceny stanu zdrowia oparte o wskaźniki zapadalności, chorobowości i śmiertelności są z konieczności pomijane z powodu braku pełnych danych. Analiza współczynników umieralności jako podstawowego źródła informacji o stanie zdrowia oparta jest na założeniu, że (poza przypadkami nagłymi) zgon nastąpił z przyczyny przewlekłej, na którą dana osoba wcześniej cierpiała. Stąd w oparciu o umieralność następuje pośrednie szacowanie chorobowości, jako wskaźnika najbardziej potrzebnego do celów planowania opieki zdrowotnej i zapobiegania występowaniu chorób. Nowoczesne wskaźniki epidemiologiczne zwracają coraz większą uwagę nie tylko na długość życia, ale i jego jakość. Współczynniki długości życia standaryzowane do jakości życia, lub też stopnia sprawności (DALY, QALY1) stanowiąc będą w przyszłości jedno z podstawowych narzędzi służących do oceny stanu zdrowia populacji i możliwości interwencji. Ich kalkulacja wymaga jeszcze znacznych przygotowań organizacyjnych.

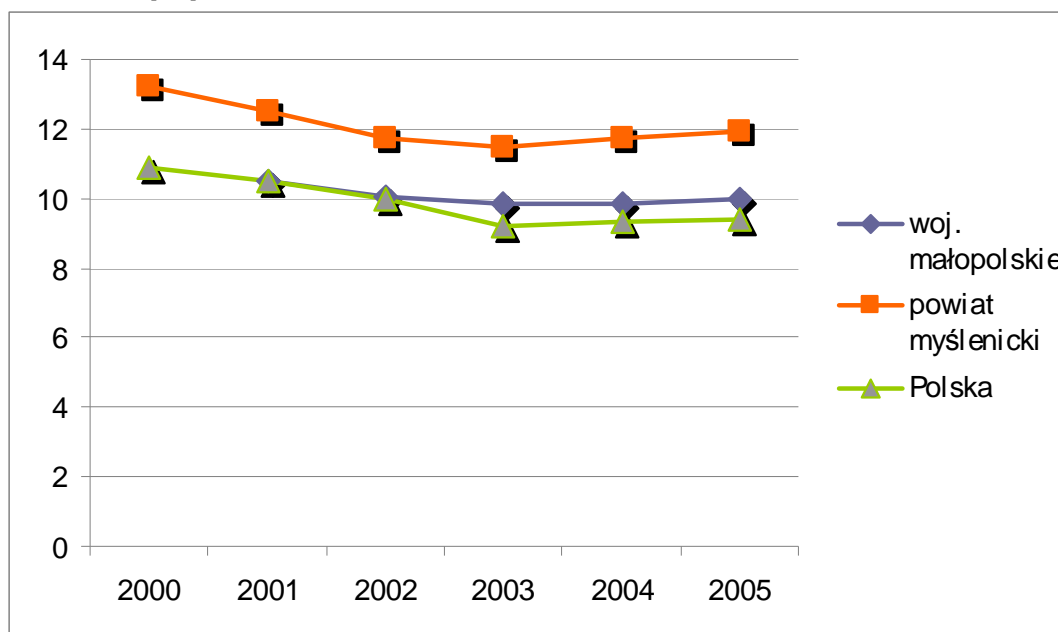
1. LUDNOŚĆ WEDŁUG PŁCI ORAZ RUCH NATURALNY

Strukturę ludności według płci i wieku kształtują urodzenia i zgony oraz ruch naturalny ludności. Powiat myślenicki zajmuje powierzchnię 673,3 km². Zaludnienie wynosi 169 na 1 km². W powiecie myślenickim w dniu 31.12.2005 zamieszkiwało 116 484 osób, z czego 57 853 (49,7%) mężczyzn oraz 58 631 (50,3%) kobiet. Na 100 mężczyzn w powiecie myślenickim przypadało 101,3 kobiet, przy średniej ogólnopolskiej 106,6.

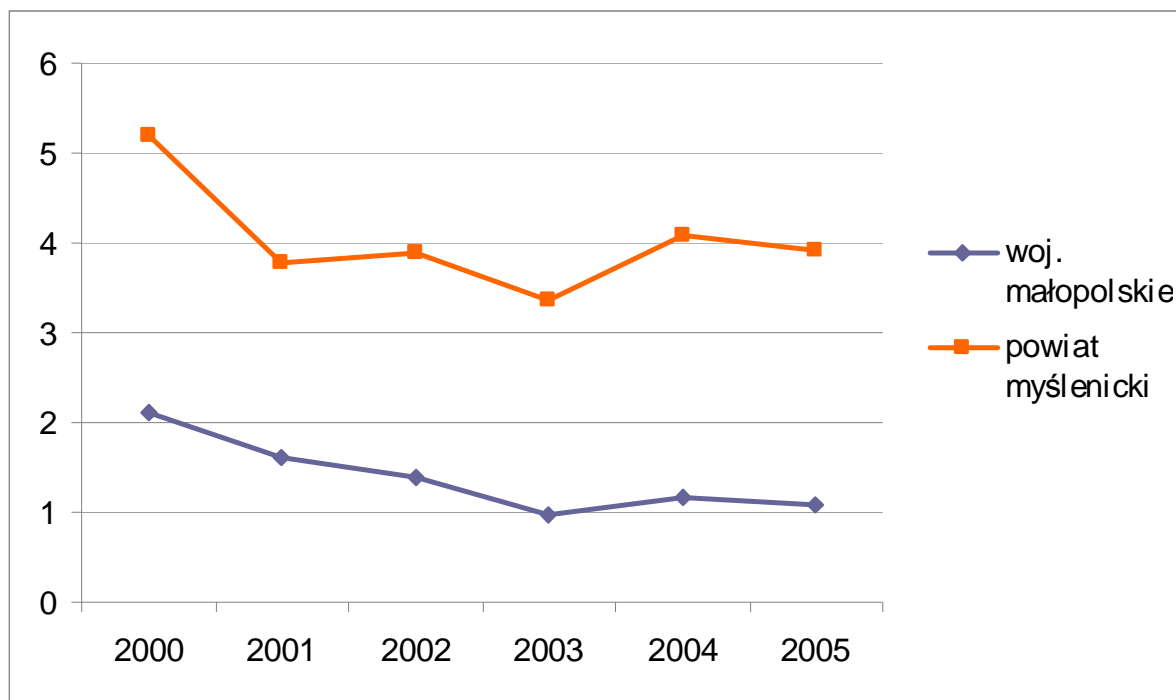
Przyrost naturalny na 1000 mieszkańców wynosił w 2005 roku 3,9/1000 mieszkańców i w okresie ostatnich 5 lat zmalał z 5,2 (2000 rok). Dla całej Polski współczynnik przyrostu naturalnego wynosił 1,5 na 1000 ludności. Tendencja obniżania się wartości współczynnika przyrostu naturalnego wynika

m.in. ze spadku liczby żywych urodzeń i jest ściśle związana z dzietnością. W powiecie myślenickim przyrost naturalny jest jednak ciągle dodatni, podczas gdy w wielu regionach kraju, przyrost naturalny jest ujemny, co oznacza, że więcej osób umiera niż się rodzi. W porównaniu z danymi województwa małopolskiego i Polski liczba żywych urodzeń przeliczana na 1000 osób ludności jest w powiecie myślenickim wyższa od średnich wojewódzkich i ogólnopolskich (Rys I-1). Liczba żywych urodzeń jest większa od liczby zgonów i w prognozach na następne 20 lat ocenia się, że sytuacja będzie się zmieniać, aż do roku 2029 gdzie nastąpi wyrównanie liczby zgonów i urodzeń i odwrócenie tendencji. W 2002 roku w powiecie myślenickim mieszkało 114 067 mieszkańców, szacunki wskazują, że w 2030 roku liczba ta będzie wynosić ok. 131 361 osób. Prognozy te były robione na początku lat 2000 i konieczne jest dalsze obserwowanie wskaźników i utrzymania się trendu przyrostu naturalnego w powiecie myślenickim, co może spowodować inną wielkość i strukturę populacji w powiecie za kilkadziesiąt lat w stosunku do prezentowanych prognoz. (Rys. 1-2, I-3, I-4).

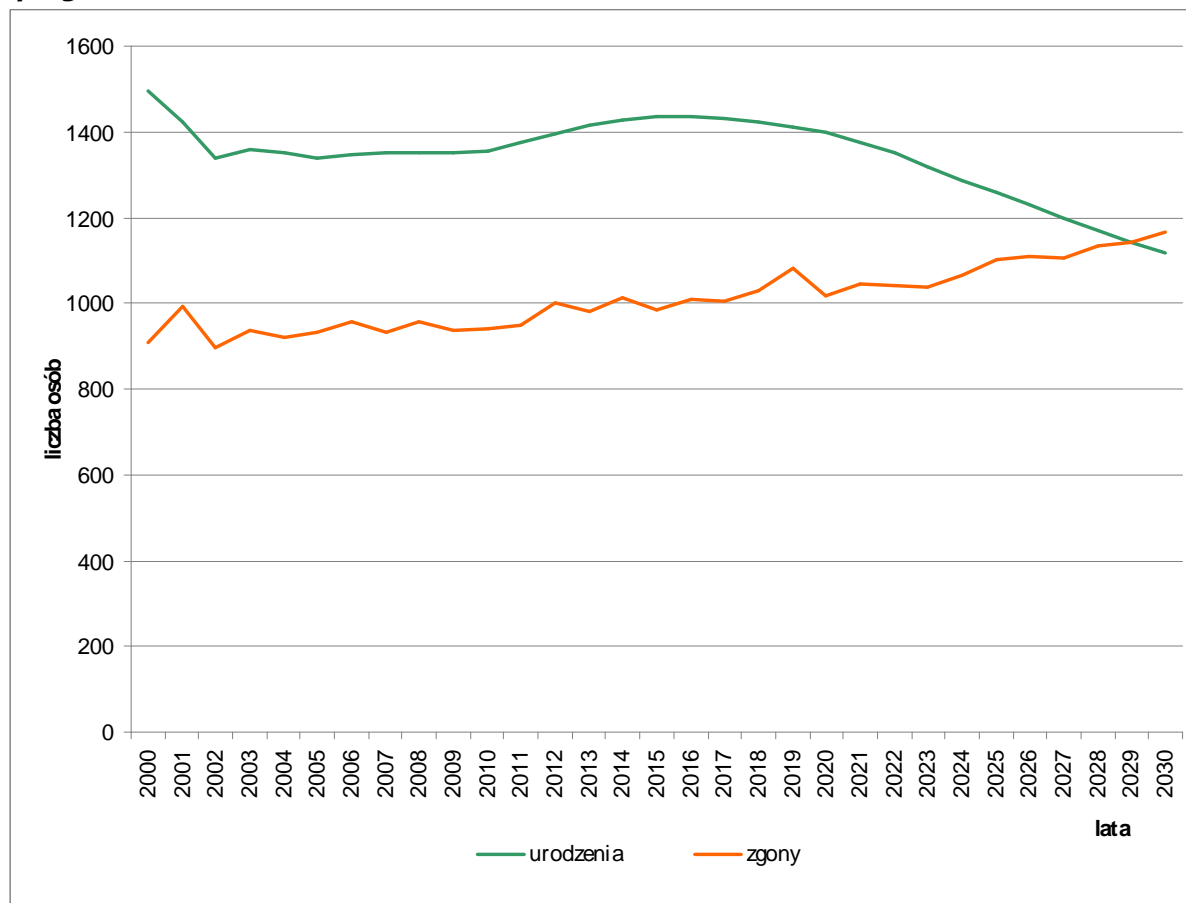
Rys. I-1. **Liczba żywych urodzeń na 1000 osób**



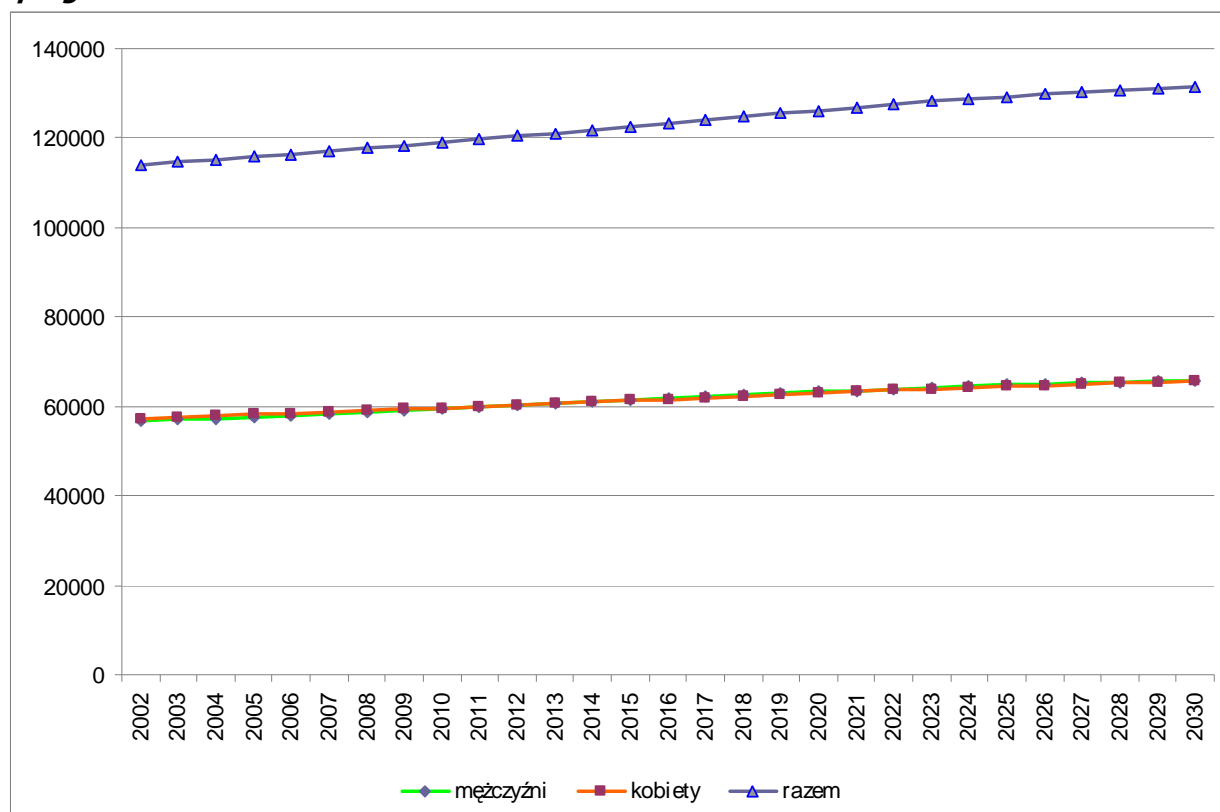
Rys. I-2. **Przyrost naturalny w latach 2000-2005 w powiecie myślenickim i woj. małopolskim**



Rys. I-3. **Urodzenia i zgony w powiecie myślenickim w latach 2000-2002 i prognoza do 2030 r.**



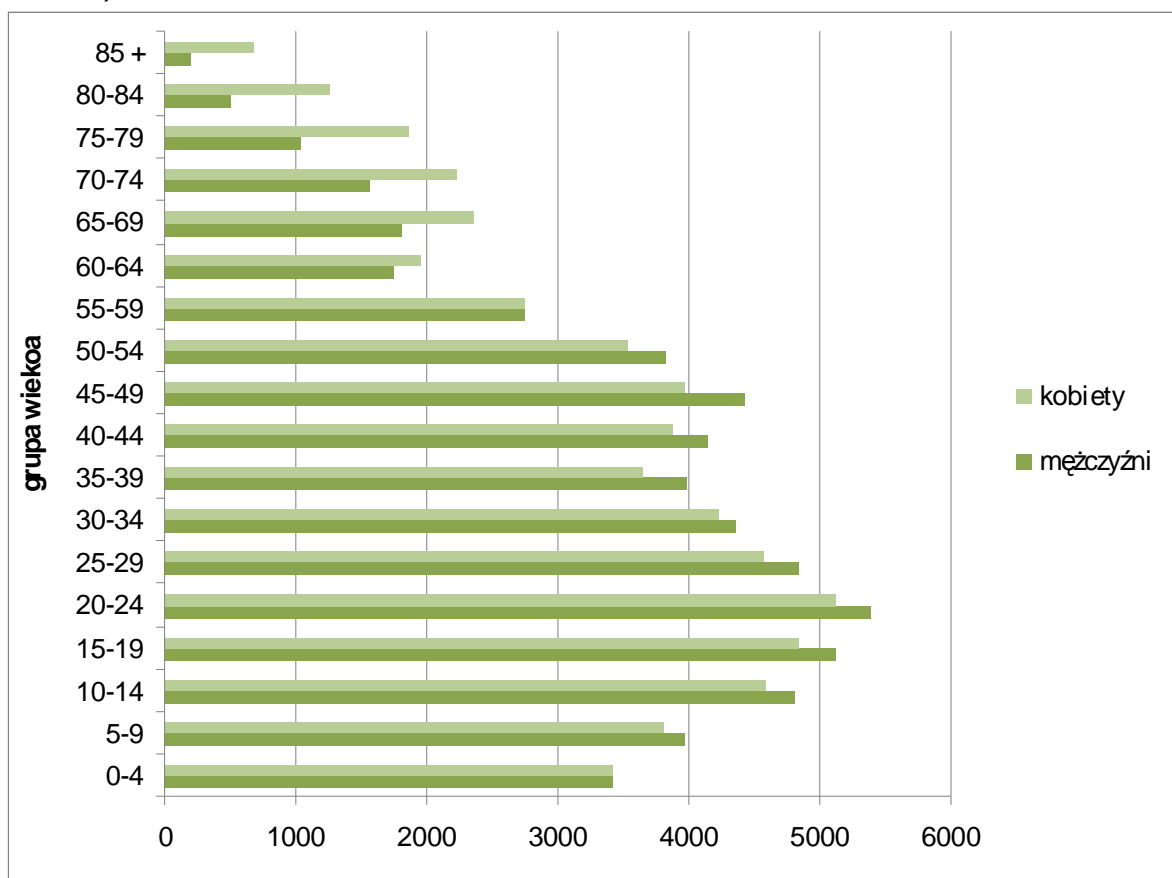
Rys. I-4. **Liczba mężczyzn i kobiet w powiecie myślenickim w latach 2000-2002
i prognoza do 2030 roku**



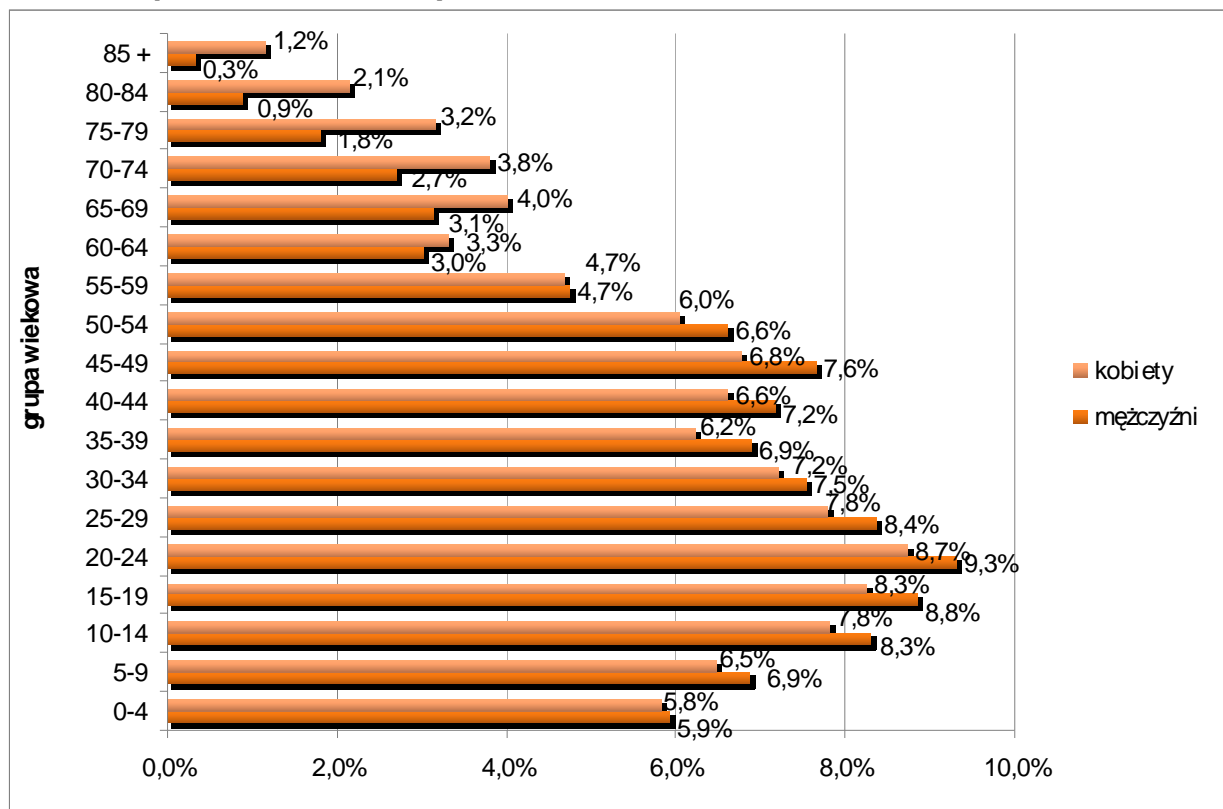
2. STRUKTURA LUDNOŚCI

Rozkład populacji powiatu myślenickiego wg wieku obrazuje rysunek I-5 i I-6. Na rysunku I-5 przedstawiono liczbę bezwzględną kobiet i mężczyzn w 5-letnich grupach wiekowych. Do 54 roku życia zaznacza się przewaga liczby mężczyzn, później, w związku z większą umieralnością mężczyzn, przewaga liczby kobiet. Na wykresie procentowym (Rys. I-6) różnice pomiędzy liczbą mężczyzn i kobiet w niektórych grupach wiekowych są jeszcze wyraźniej widoczne.

Rys. I-5. **Struktura wiekowa populacji powiatu myślenickiego w 5-letnich przedziałach, 2005 rok, liczba osób**

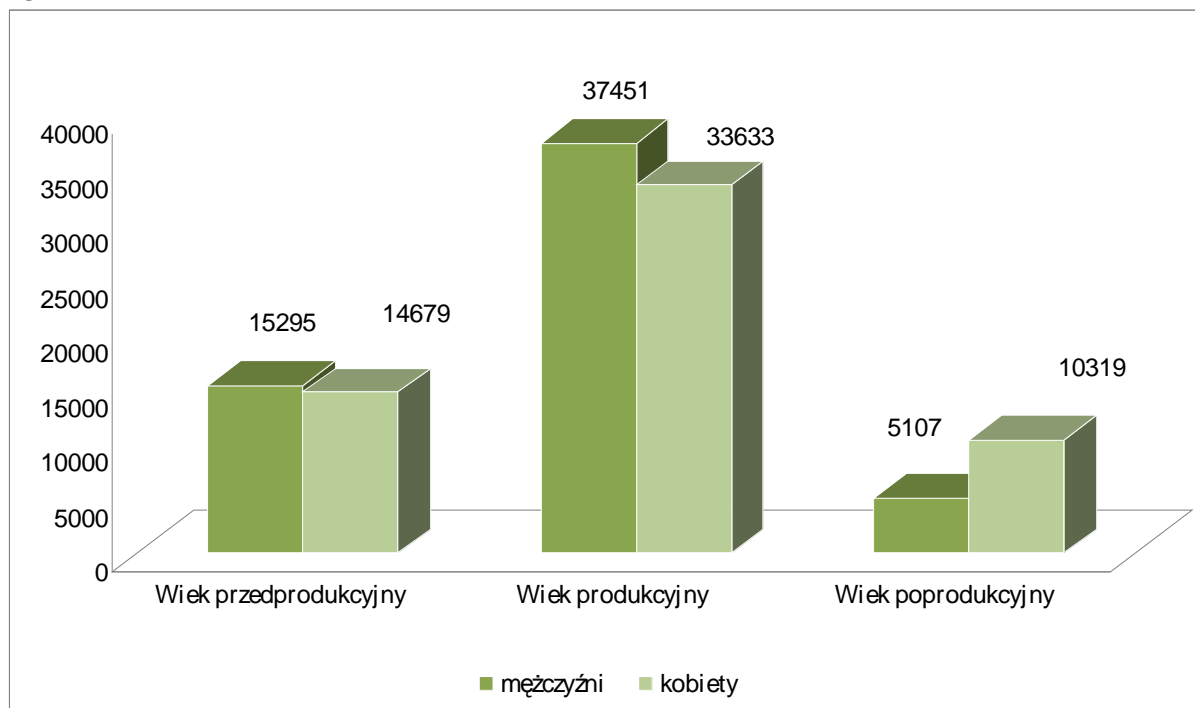


Rys. I-6. **Struktura wiekowa populacji powiatu myślenickiego, procent osób danej płci w 5 letnich przedziałach wiekowych, 2005 rok**

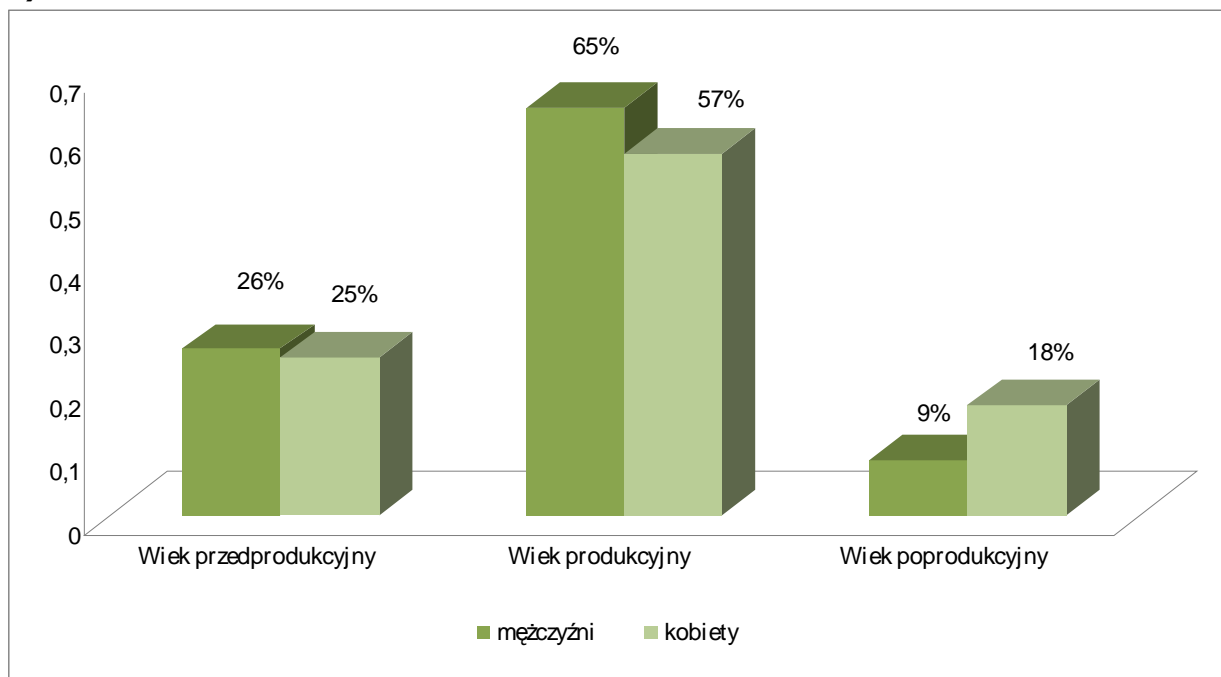


Zmniejszający się przyrost naturalny i wzrost długości życia zmienia strukturę wiekową populacji, spada także odsetek osób w wieku produkcyjnym. Niższy odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym pośrednio świadczy o niższym przyroście naturalnym w minionych latach, co w przyszłości będzie skutkowało mniej korzystniejszym stosunkiem liczby osób pracujących do osób w wieku poprodukcyjnym (obarczonych m.in. wyższym ryzykiem zachorowania na choroby przewlekłe). Struktura wiekowa mieszkańców w podziale na ekonomiczne grupy wiekowe zobrazowana jest na rysunkach I-7 - I-8. W wieku poprodukcyjnym jest niemal połowę mniej mężczyzn niż kobiet (wiąże się to także z wyższym dla mężczyzn wiekiem emerytalnym). W wieku przedprodukcyjnym jest 28% mężczyzn i 26% kobiet, a w wieku poprodukcyjnym 9% mężczyzn i 17% kobiet. Stosunkowo wysoki odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym w powiecie myślenickim odsuwa nieco w czasie problemy innych regionów Polski związane ze znaczącym wzrostem osób w wieku poprodukcyjnym w najbliższych latach.

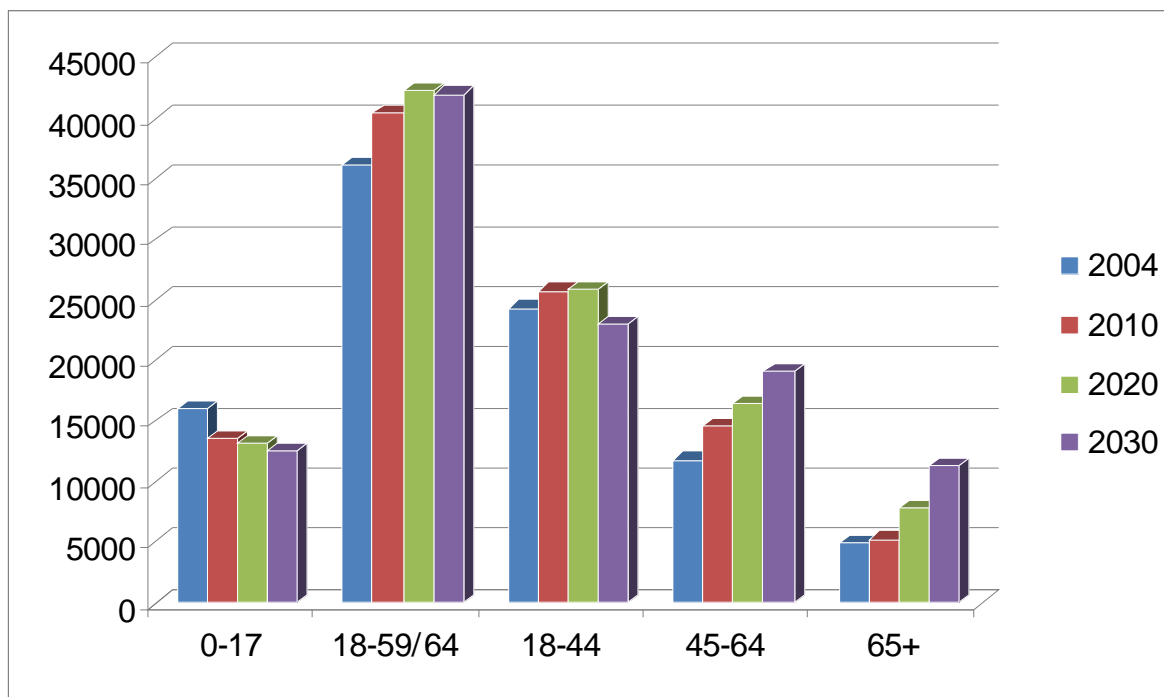
Rys. I-7. **Liczba mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w powiecie myślenickim**



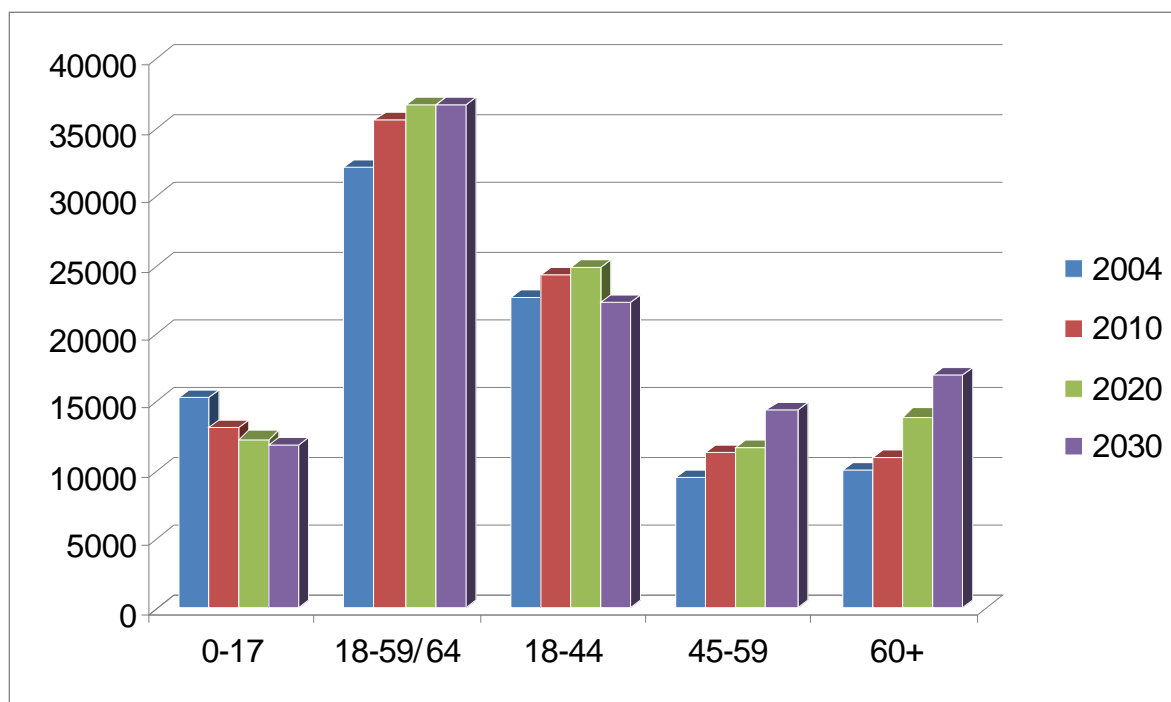
Rys. I-8. **Odsetek mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w powiecie myślenickim**



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



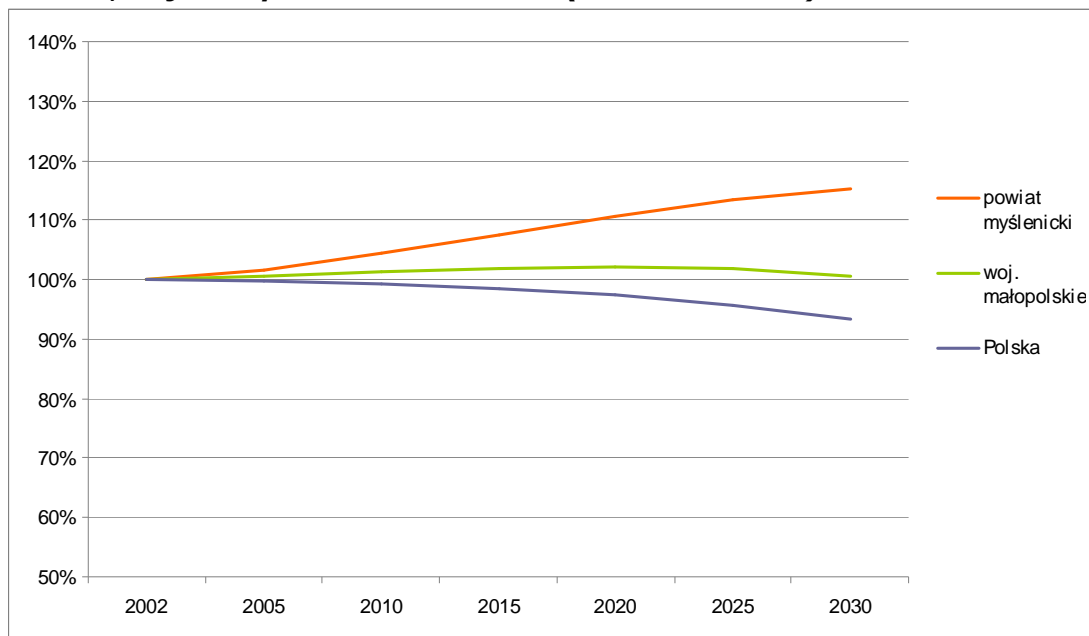
Rys. I-10. **Zmiana liczby kobiet w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w powiecie myślenickim**



Jak wspomniano wcześniej, prognozy wskazują na wzrost liczby mieszkańców powiatu myślenickiego. W okresie =30 lat może to być nawet 15% (Rys. I-11) i jest to odwrotny trend niż średnio w Polsce, a znacznie wyższy niż w województwie małopolskim. Ponadto odsetek osób w wieku powyżej 64-tego roku życia ulegnie dalszemu zwiększeniu. Szacuje się, że w powiecie myślenickim odsetek mężczyzn

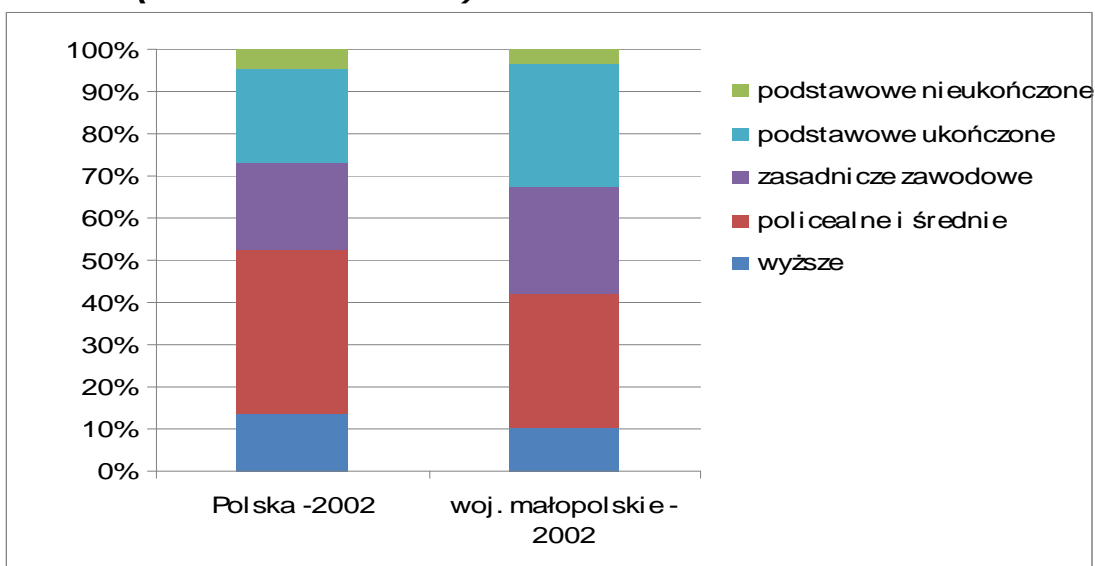
w wieku powyżej 64 r.ż. wzrośnie z 9% w roku 2002 do 17% w roku 2030, a kobiet powyżej 60 r.ż. z 17% w roku 2002 do 26% w roku 2030. Równocześnie zmniejszy się liczba osób w grupach wiekowych: 0-17 i 18-44 (Rys. I-9, I-10).

Rys. I-11. **Procentowa zmiana liczby mieszkańców w latach 2002-2030 w powiecie myślenickim, woj. małopolskim oraz w Polsce (100% - rok 2002)**



Cechą związaną ze stanem zdrowia i wpływającą korzystnie na jego poziom jest wykształcenie osiągnięte przez mieszkańców. Informacja o wykształceniu pochodzi z roku 2002 (Spis Powszechny), dotyczy całego województwa małopolskiego i wskazuje na korzystne zwiększanie się odsetka osób z wyższym wykształceniem w porównaniu do lat ubiegłych, choć jednocześnie odsetek ten jest nieco niższy (10,1% - 2002 rok) niż średnio w Polsce (10,5% - 2002 rok) - (Rys. I-12).

Rys. I-12. **Odsetek osób o różnym poziomie wykształcenia w woj. małopolskim oraz w Polsce (rok 1988 oraz rok 2002)**



3. OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA

Oczekiwana długość życia² noworodka w województwie małopolskim w roku 2004 była wyższa od średniej ogólnopolskiej i wynosiła dla chłopców **72,02** lat (średnia ogólnopolska – 70,67), a dziewczynek **80,29** (średnia ogólnopolska 79,23). Były to wartości jedne z najwyższych w Polsce, jednak niższe niż w Unii Europejskiej (dla chłopców – 75,5 lat, dla dziewczynek – 81,7 lat – rok 2004). Dla mężczyzny w wieku 60 lat oczekiwana długość życia wynosiła 17,98, a dla kobiety 22,92 lat. Są to dla mężczyzn i kobiet wartości nieco wyższe niż średnie ogólnopolskie. Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet oczekiwana długość życia w wieku 60 lat jest znacznie poniżej średnich w Unii Europejskiej (Tab. I-1).

Tab. I-1. **Oczekiwana długość życia w woj. małopolskim i w Polsce w porównaniu do średniej w Unii Europejskiej, 2004 rok**

	Mężczyźni				
	w wieku lat				
	0	15	30	45	60
woj. Małopolskie	72,02	57,74	43,34	29,64	17,98
Polska	70,67	56,40	42,12	28,59	17,38
Unia Europejska	75,47	61,03		32,66	

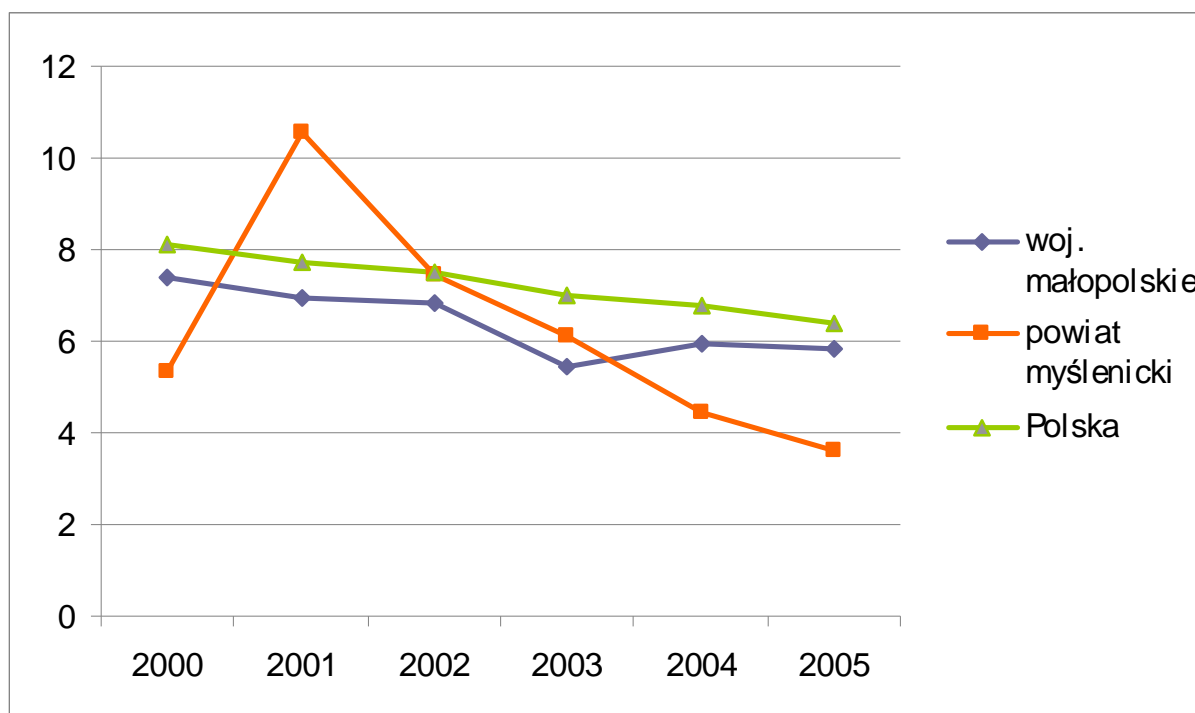
	Kobiety				
	w wieku lat				
	0	15	30	45	60
woj. Małopolskie	80,29	62,84	51,04	36,34	22,92
Polska	79,23	64,88	50,13	35,68	22,48
Unia Europejska	81,70	67,20		37,97	

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

4. UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT³

Obniżanie się umieralności niemowląt jest jedną z przyczyn zwiększania się oczekiwanej długości życia. Na jej wysokość mają wpływ zarówno czynniki genetyczne, jak również jakość opieki nad matką i dzieckiem oraz czynniki ryzyka zależne od matki. Trendy spadkowe umieralności niemowląt są obserwowane w Polsce od kilkudziesięciu lat. Umieralność niemowląt w powiecie myślenickim obniżała się po roku 1989 podobnie jak średnio w Polsce. W 2004 w powiecie myślenickim umieralność niemowląt wynosiła 3,64/1000, choć w 2003 roku było to 4,43/1000 żywych urodzeń a w 2001 roku były to niemal trzykrotnie wyższe wskaźniki. Wartości w 2004 roku były wyższe od średnich ogólnopolskich (6,4/1000), średnich wojewódzkich (5,8/1000) i nieco tylko wyższe od średniej dla starych krajów Unii Europejskiej (2000 – 3,34/1000). Obecnie średnia dla poszerzonej Unii Europejskiej wynosiła w 2004 roku 4,74/1000. Obserwowane znaczne fluktuacje współczynnika umieralności niemowląt mogą być efektem małych liczb (liczba zgonów w tak małej populacji niemowląt waha się od kilku do kilkunastu) i prawdopodobnie ten współczynnik należy oceniać w ujęciu wieloletnim i analizować zbiorczo kilka lat (Rys. I-13).

Rys. I-13. **Umieralność niemowląt wg przyczyn w powiecie myślenickim, woj. małopolskim i średnio w Polsce**



³ Umieralność niemowląt to liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych

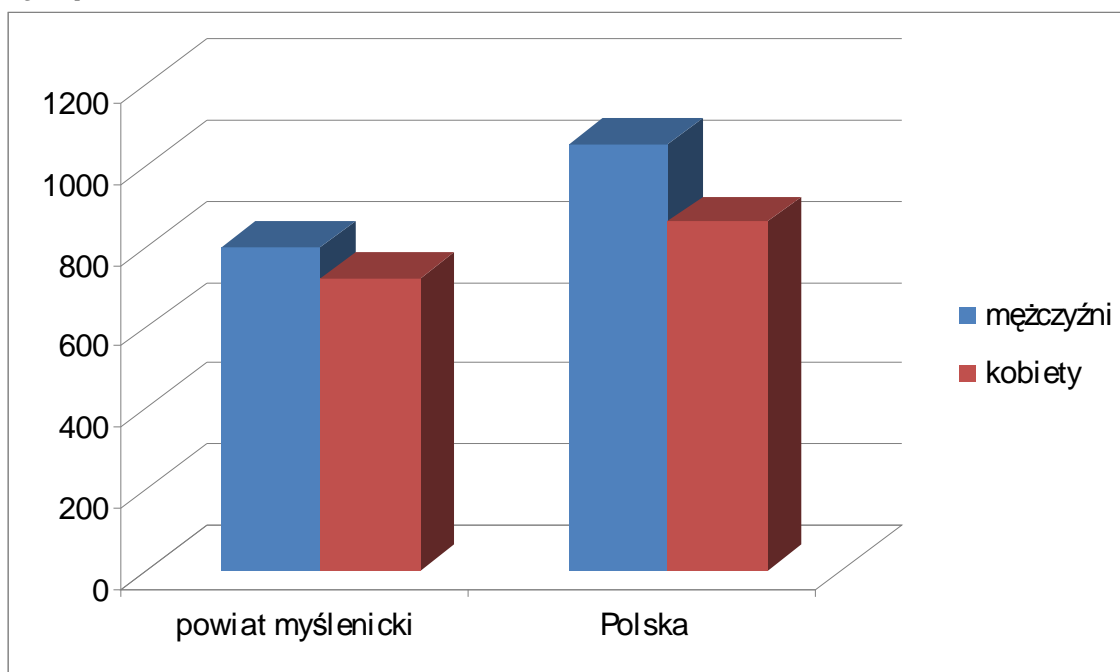
5. UMIERALNOŚĆ

Współczynniki zgonów są pochodnymi liczby zgonów i liczby ludności na danym terenie w jednostce czasu. W stabilnych warunkach nie zachodzą w nich znaczące zmiany. Jednakże w małych populacjach i przy analizie poszczególnych przyczyn zgonów może występować coroczna fluktuacja, która jednak nie ma związku z długoterminowymi trendami. By móc obserwować długoterminowe zmiany, dane o sytuacjach zdrowotnych winny być analizowane w co najmniej kilkuletnim okresie czasowym. W Polsce po 1989 roku nastąpiła zmiana trendów w umieralności, zwłaszcza w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia.

Współczynnik zgonów ze wszystkich przyczyn (współczynnik umieralności ogólnej) w powiecie myślenickim wynosił w roku 2004 758/100 000 i był niższy od średnich ogólnopolskich (950/100 000). Surowy współczynnik zgonów przedstawia liczbę zgonów w stosunku do liczby ludności. Zróżnicowanie jego wysokości pomiędzy województwami i powiatami wynika nie tylko z różnicy w stanie zdrowia, ale również innych cech, które wpływają na zgon, np. struktury wiekowej i struktury płci w danej populacji. W warunkach polskich istnieje znaczna różnica pomiędzy współczynnikami umieralności pomiędzy mężczyznami i kobietami, stąd też konieczność ich analizowania w podziale na płeć.

Współczynnik umieralności ogólnej u mężczyzn w powiecie myślenickim wynosił w roku 2004 796/100 000 i był niższy niż średnio w Polsce (1050/100 000). U kobiet współczynnik umieralności wynosił 721/100 000 w powiecie myślenickim i był również niższy od średnich ogólnopolskich (860/100 000) - (Rys I-14).

Rys. I-14. **Współczynnik umieralności w powiecie myślenickim i średnio w Polsce u mężczyzn i kobiet**



Sposób przedstawienia współczynnika umieralności w postaci surowego wskaźnika zgonów przedstawia obraz wymagań co do zapewnienia usług zdrowotnych w określonej liczbie, przy założeniu, że różnice we współczynnikach zgonów oddają we właściwy sposób różnice w chorobowości na odpowiadające im przyczyny. Nie przedstawia natomiast różnic w stanie zdrowia pomiędzy populacjami, z uwagi na opisywaną już różną strukturę wiekową w różnych populacjach (zwłaszcza miejskich i wiejskich). W celu umożliwienia analizy porównawczej z populacjami o innej strukturze wiekowej (np. Polską i Unią Europejską) konieczne jest posługiwanie się standaryzowanymi do wieku współczynnikami umieralności⁴. Standaryzowany współczynnik mówi o potrzebach zdrowotnych w kontekście możliwej ich zmiany (np. przez porównanie z populacjami o podobnych uwarunkowaniach geograficznych i genetycznych), ale nie odpowiada na pytania o konkretną liczbę koniecznych interwencji.

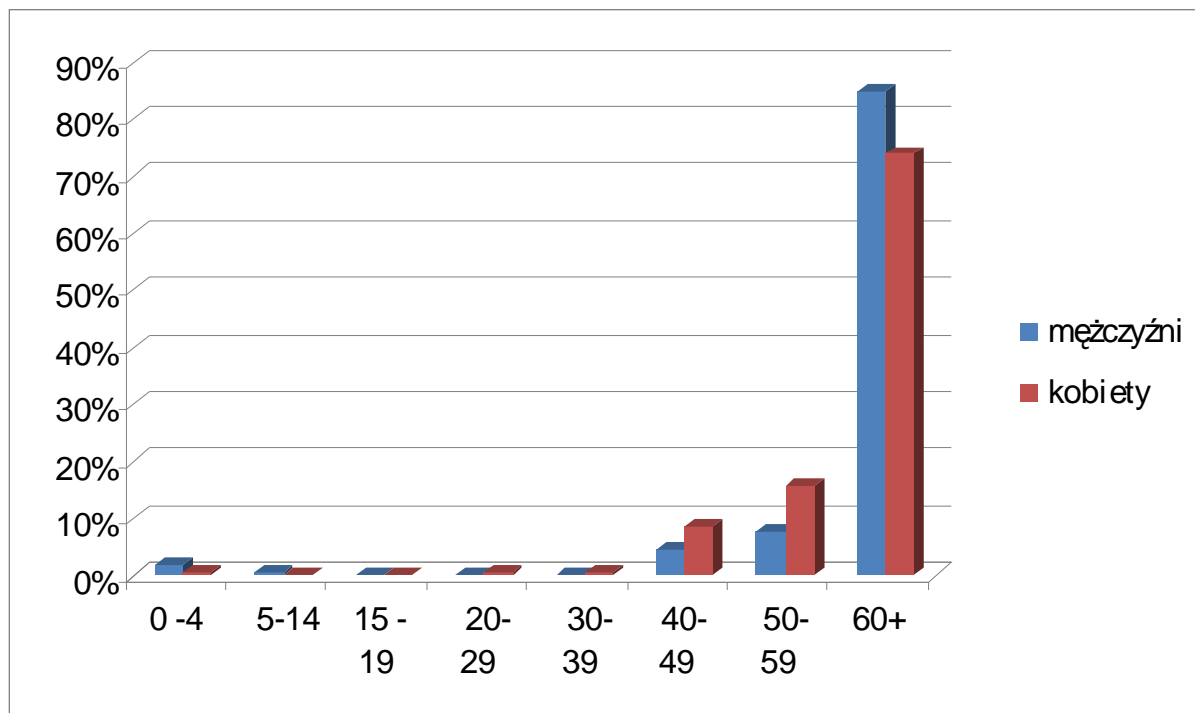
6. ROZKŁAD ZGONÓW WG WIEKU

Różnice w odsetku zgonów z powodu różnych przyczyn w zależności od wieku u mężczyzn i kobiet przedstawiają rysunki I-15-I-19. W grupach wiekowych 40-49 oraz 50-59 zauważana jest nadumieralność mężczyzn z powodu chorób układu krążenia. Z kolei u kobiet w grupie wieku 40-49 oraz 50-59 obserwuje się wyższy niż u mężczyzn odsetek zgonów z powodu nowotworów. Znaczne różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami istnieją także w zakresie struktury zgonu według wieku

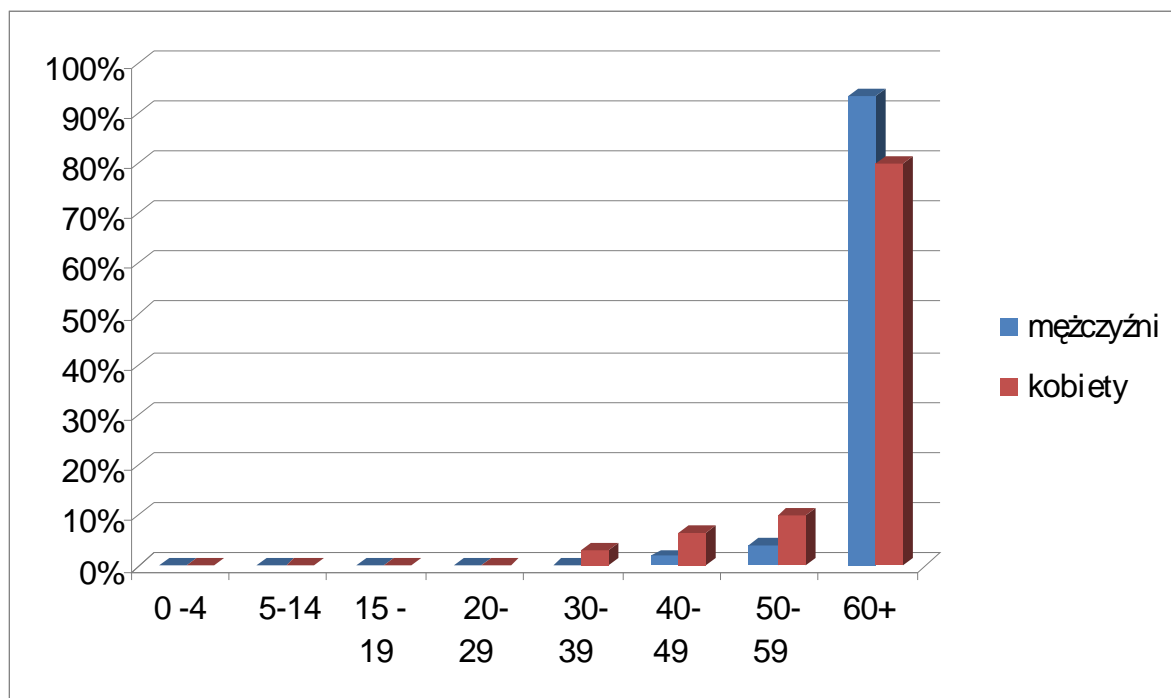
⁴ Współczynnik umieralności to liczba zgonów w stosunku do liczby mieszkańców. Standaryzacja do wieku polega na przeliczeniu współczynnika dla struktury wiekowej populacji standardowej. Pozwala to na wykluczenie przy porównaniach współczynników między populacjami różnic w umieralności wynikających z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

z powodu chorób układu oddechowego (Rys. I-18). Z kolei z powodu zewnętrznych przyczyn, znacznie częściej niż kobiety giną mężczyźni i w 2004 roku dotyczyło to grup wieku 5-14, 50-59 i powyżej 60 roku życia (Rys. I-19).

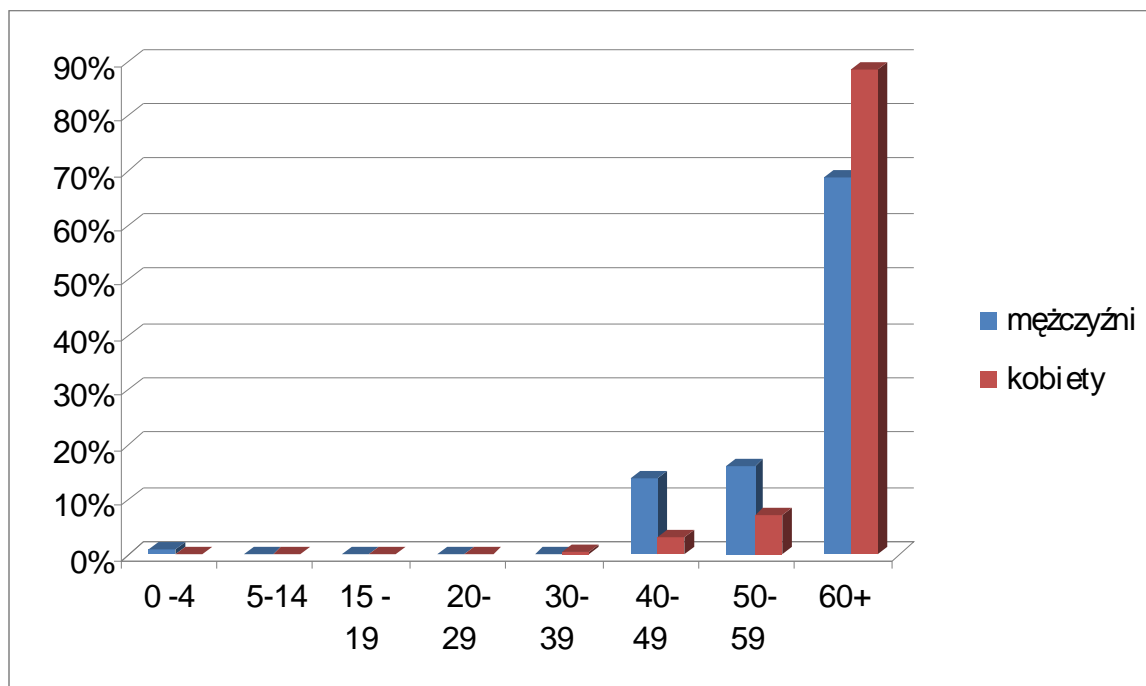
Rys. I-15. **Odsetek zgonów ogółem w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004**



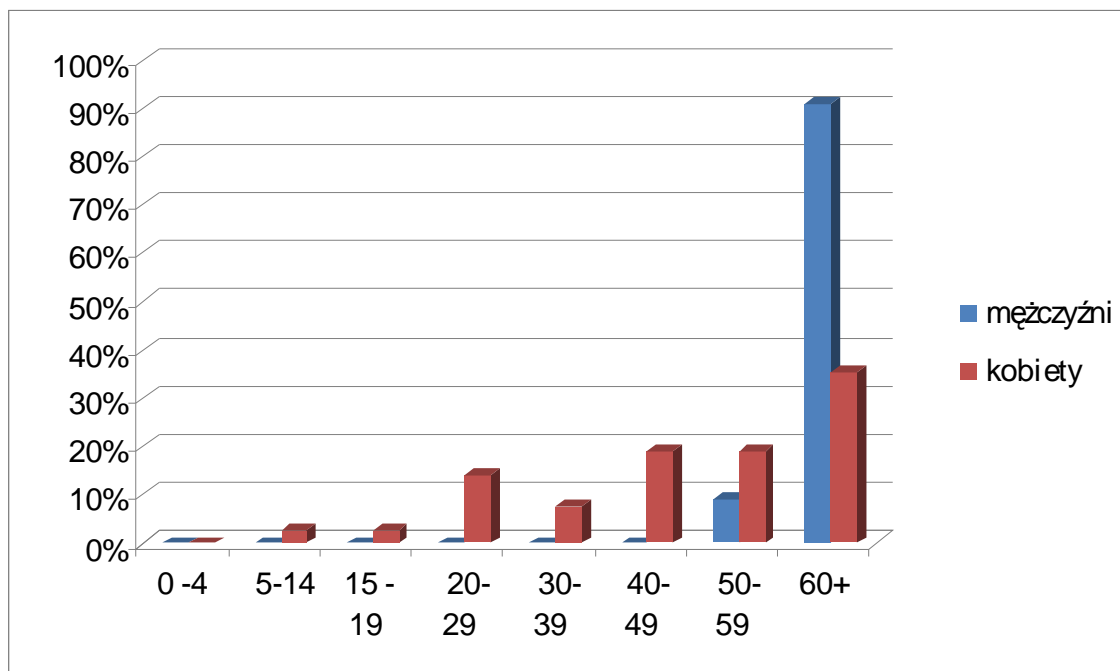
Rys. I-16. **Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004**



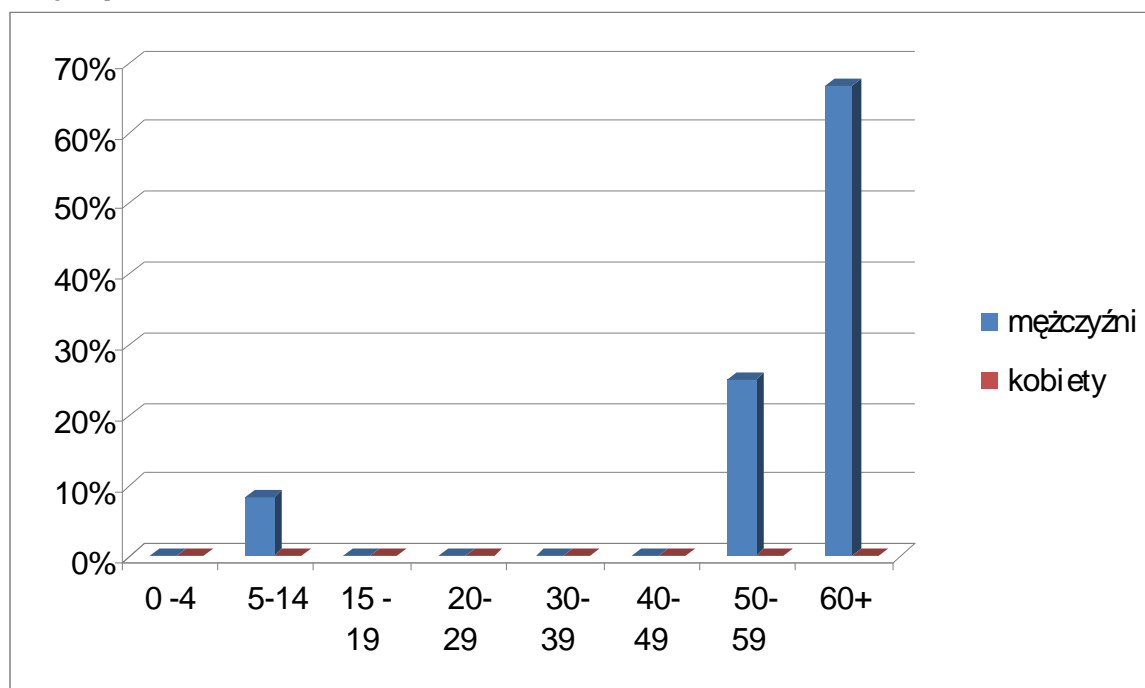
Rys. I-17. **Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004**



Rys. I-18. **Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004**



Rys. I-19. **Odsetek zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004**



7. STRUKTURA ZGONÓW WG PRZYCZYN

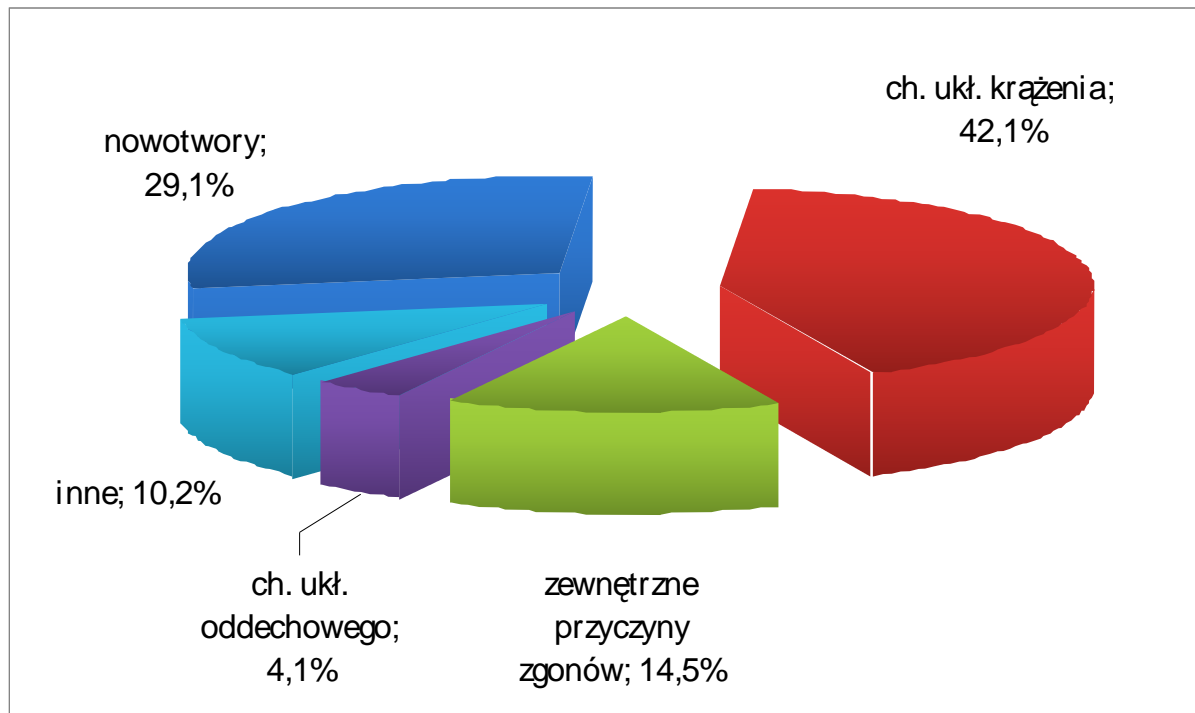
Na rysunkach I-20 do I-23 przedstawiono rozkład zgonów w powiecie myślenickim oraz w Polsce w roku 2004. Struktura zgonów w powiecie myślenickim różniła się nieco od ogólnopolskiej w odniesieniu do nowotworów złośliwych u obu płci.

Najczęstszą przyczyną zgonów w powiecie myślenickim były choroby układu krążenia, które stanowiły 42% u mężczyzn i 62% u kobiet. Drugą kolejną przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe, odpowiednio 29% u mężczyzn i 22% u kobiet. Na trzecim miejscu znajdują się zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc – 14,5% u mężczyzn i 2,8% u kobiet. W stosunku do danych ogólnopolskich odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia był w powiecie myślenickim podobny u mężczyzn, a nieco wyższy u kobiet (średnio w Polsce u mężczyzn 42%, u kobiet – 53%). Odsetek zgonów z powodu nowotworów był wyższy u mężczyzn i taki sam u kobiet w stosunku do danych ogólnopolskich o średnio 4-6% (średnio w Polsce u mężczyzn 26%, u kobiet – 22%). Odsetek zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn był nieco wyższy w powiecie myślenickim w stosunku do danych w Polsce w grupie mężczyzn. Inne główne przyczyny zgonu to choroby układu oddechowego i pokarmowego. Wynosiły one ok. 3,5% wszystkich zgonów i były podobne u obu płci. Odsetek zgonów z powodu chorób układu pokarmowego był wyższy w stosunku do średniej ogólnopolskiej zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Informację o pozostałych przyczynach zgonów podano w tabeli I-2.

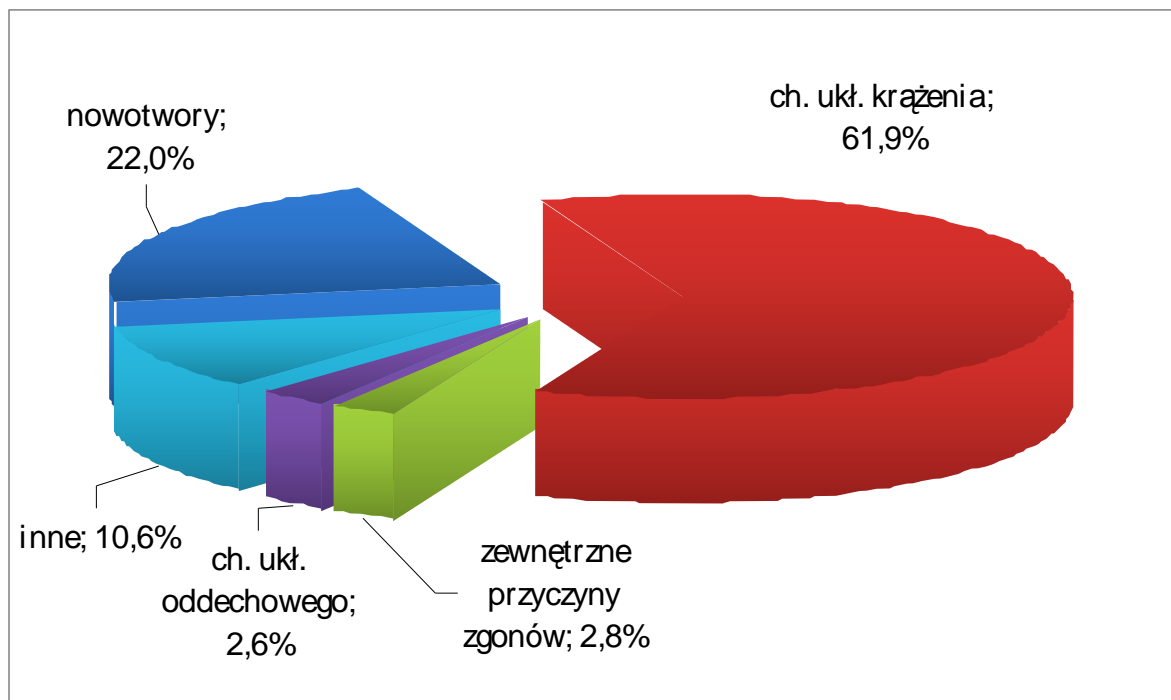
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego 1,4% wszystkich zgonów u obu płci, choroby układu nerwowego – 0,9%, a choroby układu moczowo-płciowego 0,5%. Wady rozwojowe wrodzone były przyczyną 0,6% wszystkich zgonów, a niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym

0,5%. Osobną kategorię stanowiły objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane, których było wśród przyczyn zgonów 2,3%. Inne kategorie przyczyn zgonów miały wartości poniżej 1% (Tab. I-2).

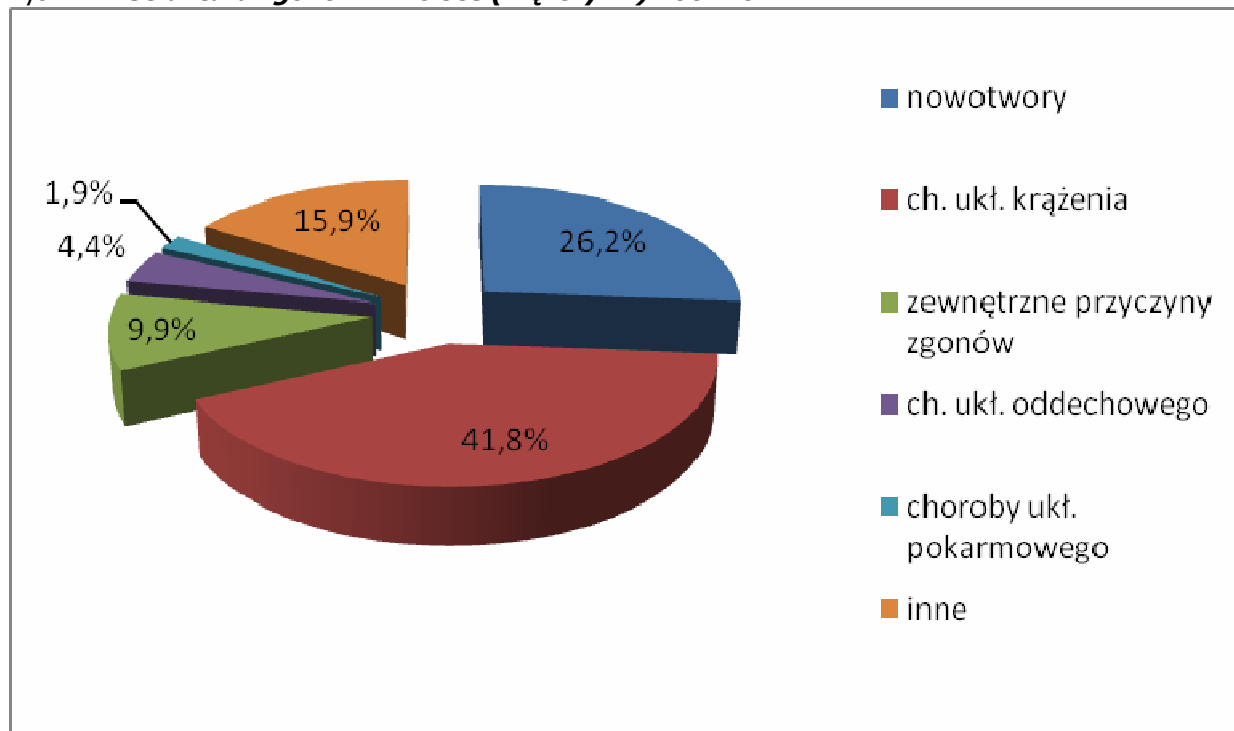
Rys. I-20. **Struktura zgonów w powiecie myślenickim (mężczyźni), 2004 rok**



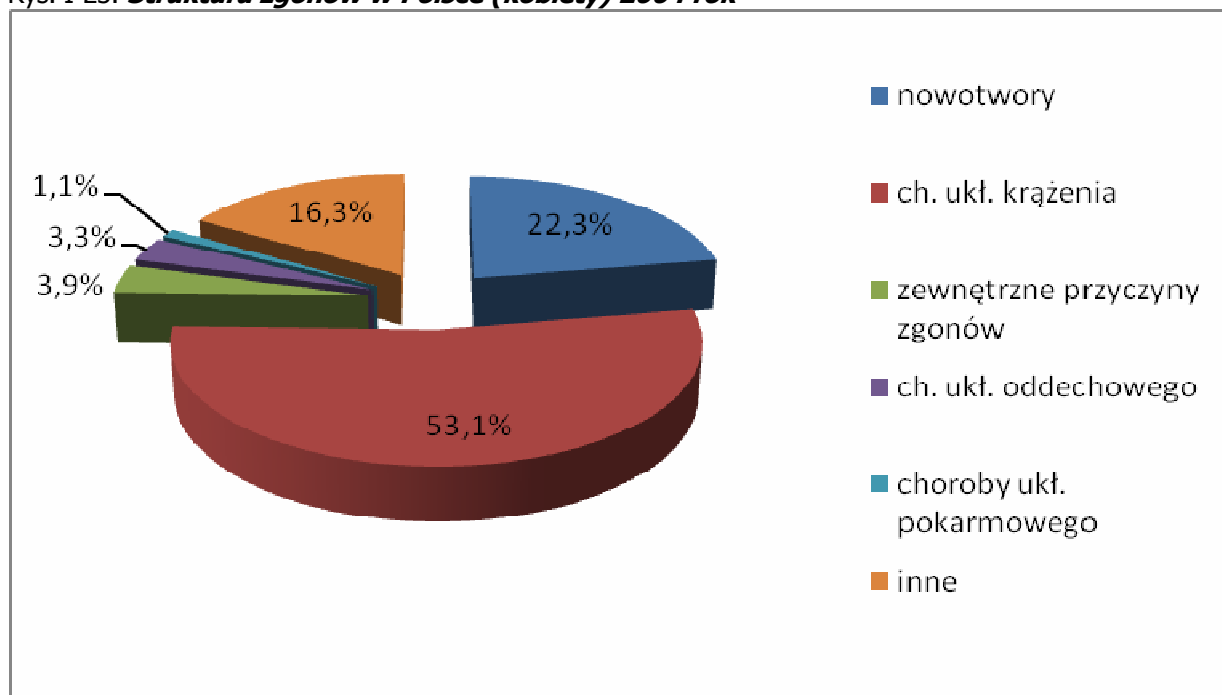
Rys. I-21. **Struktura zgonów w powiecie myślenickim (kobiety) 2004 rok**



Rys. I-22. **Struktura zgonów w Polsce (mężczyźni) 2004 rok**



Rys. I-23. **Struktura zgonów w Polsce (kobiety) 2004 rok**

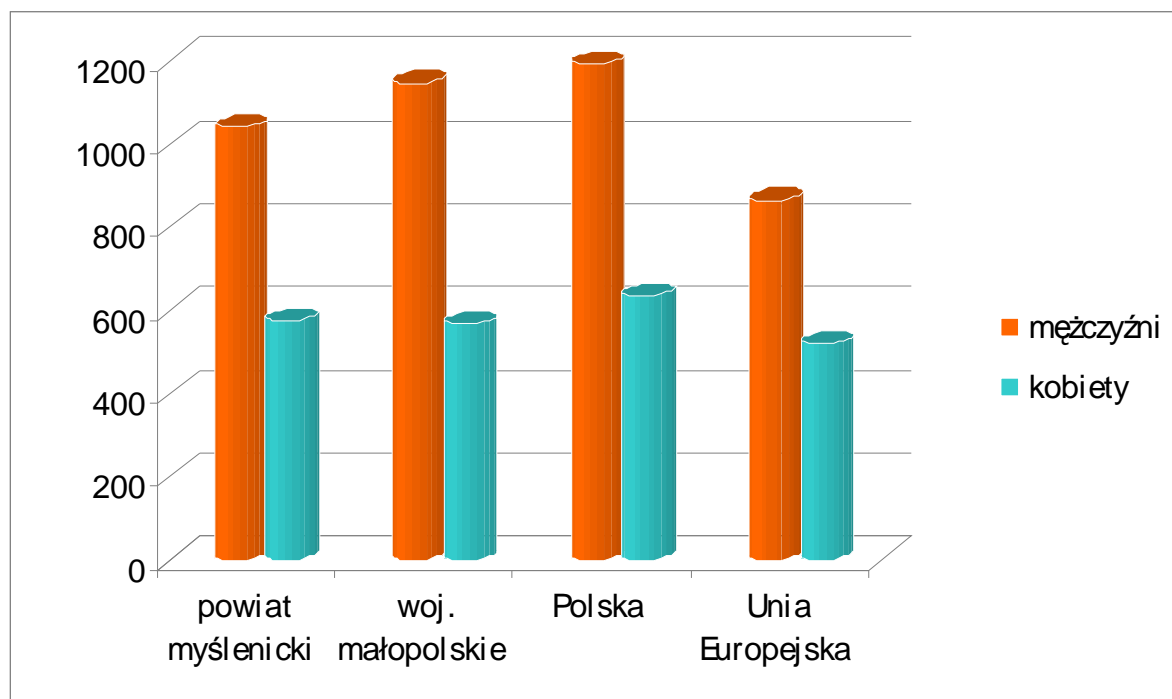


Tab. I-2. **Przyczyny zgonu w roku 2002-2004 – liczba i udział w strukturze zgonów (obie płcie łącznie), powiat myślenicki**

	2002	2003	2004
razem	896,00	926,00	884,00
niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	1,00	4,00	5,00
nowotwory	232,00	191,00	227,00
choroby krwi i narządów krwionośnych i niektóre choroby z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych	1,00	0	1,00
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	6,00	6,00	12,00
choroby układu nerwowego	9,00	8,00	8,00
choroby układu krążenia	488,00	513,00	456,00
choroby układu oddechowego	23,00	36,00	30,00
choroby układu trawiennego	32,00	45,00	31,00
choroby układu kostnowastkowego, mięśniowego i tkanki łącznej	2,00	2,00	2,00
choroby układu moczowo-płciowego	2,00	8,00	4,00
niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	5,00	4,00	4,00
wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	4,00	4,00	5,00
objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	25,00	43,00	20,00
zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	66,00	62,00	79,00
pozostałe	0	0	0
brak przyczyny zgonu (opisu) w Karcie Statystycznej do Karty Zgonu	0	-	-
	2002	2003	2004
razem	100,0%	100,0%	100,0%
niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	0,1%	0,4%	0,6%
nowotwory	25,9%	20,6%	25,7%
choroby krwi i narządów krwionośnych i niektóre choroby z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych	0,1%	0,0%	0,1%
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	0,7%	0,6%	1,4%
choroby układu nerwowego	1,0%	0,9%	0,9%
choroby układu krążenia	54,5%	55,4%	51,6%
choroby układu oddechowego	2,6%	3,9%	3,4%
choroby układu trawiennego	3,6%	4,9%	3,5%
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	0,2%	0,2%	0,2%
choroby układu moczowo-płciowego	0,2%	0,9%	0,5%
niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	0,6%	0,4%	0,5%
wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	0,4%	0,4%	0,6%
objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	2,8%	4,6%	2,3%
zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	7,4%	6,7%	8,9%
pozostałe	0,0%	0,0%	0,0%
brak przyczyny zgonu (opisu) w Karcie Statystycznej do Karty Zgonu	0,0%	-	-

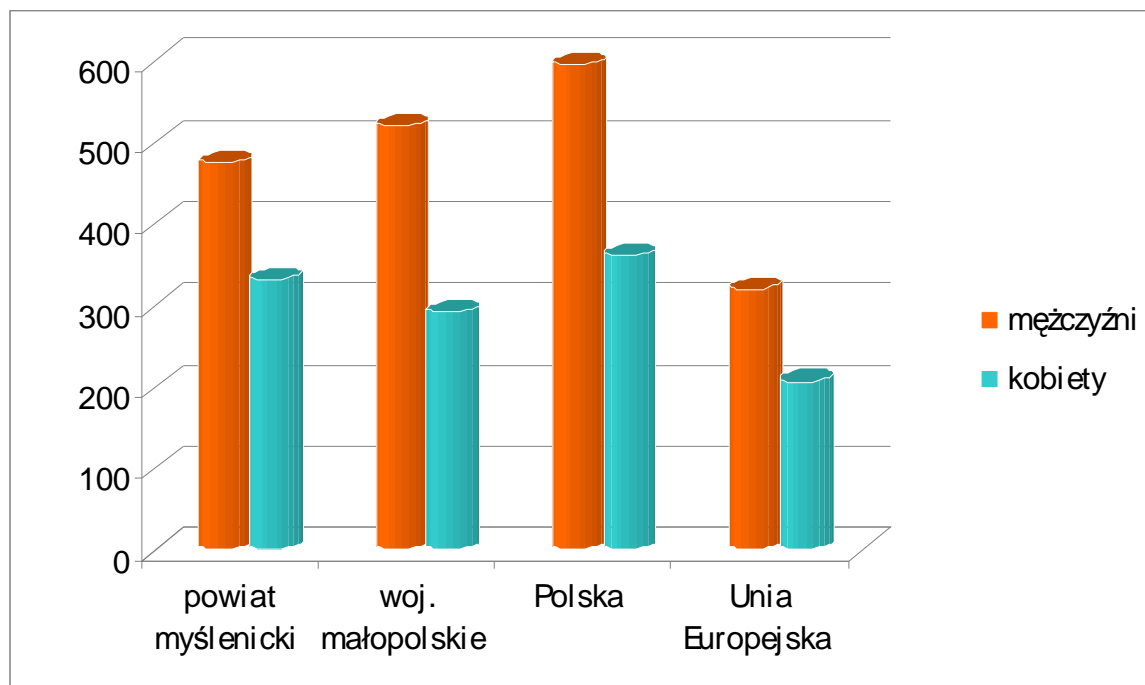
Wartości współczynników umieralności ogólnej w powiecie myślenickim są niższe od wartości ogólnopolskich oraz od wartości wojewódzkich i znacznie wyższe niż średnie dla Unii Europejskiej (przedstawione współczynniki dotyczą Unii Europejskiej po rozszerzeniu w roku 2004). Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej mężczyzn wynosił w roku 2004 w powiecie myślenickim 1040/100 000 i był niższy od średniej ogólnopolskiej (1192/100 000) i wyższy od średniej dla Unii Europejskiej (865/100 000). Współczynnik umieralności ogólnej kobiet wynosił w powiecie myślenickim 573/100 000, podczas gdy średnia dla Polski wynosi 611/100 000, a średnia dla Unii Europejskiej 517/100 000. Współczynnik umieralności ogólnej w Polsce obniża się ciągle od roku 1991 (podobny trend ma umieralność ogólna w powiecie myślenickim) i wydaje się, że jest on stabilny. Średnie dla Unii Europejskiej są jednak w dalszym ciągu niższe (a zwłaszcza średnie w krajach Unii Europejskiej przed rozszerzeniem), co pokazuje, że trend ten jest możliwy do utrzymania (Rys I-24).

Rys. I-24. **Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w powiecie myślenickim i średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni**



Umieralność z powodu głównej co do wielkości przyczyny, chorób układu krążenia była u mężczyzn i u kobiet w powiecie myślenickim na niższym poziomie (u mężczyzn wynosiła 475/100 000, a u kobiet 332/100 000) jak średnio w Polsce (u mężczyzn wynosiła 510/100 000, a u kobiet 314/100 000). Była również niższa od średniej w województwie małopolskim. Współczynniki te były znacznie wyższe od średniej w Unii Europejskiej (u mężczyzn 320/100 000 a u kobiet 207/100 000) - (Rys. I-25). Współczynniki umieralności ogólnej, o czym wspomniano wcześniej, obniżają się głównie dzięki trwałemu trendowi spadkowemu umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zjawisko to obserwujemy u obu płci. Podobnie jak w przypadku umieralności ogólnej, różnica pomiędzy średnią ogólnopolską a wartościami umieralności z powodu chorób układu krążenia w powiecie myślenickim jest większa u mężczyzn niż u kobiet.

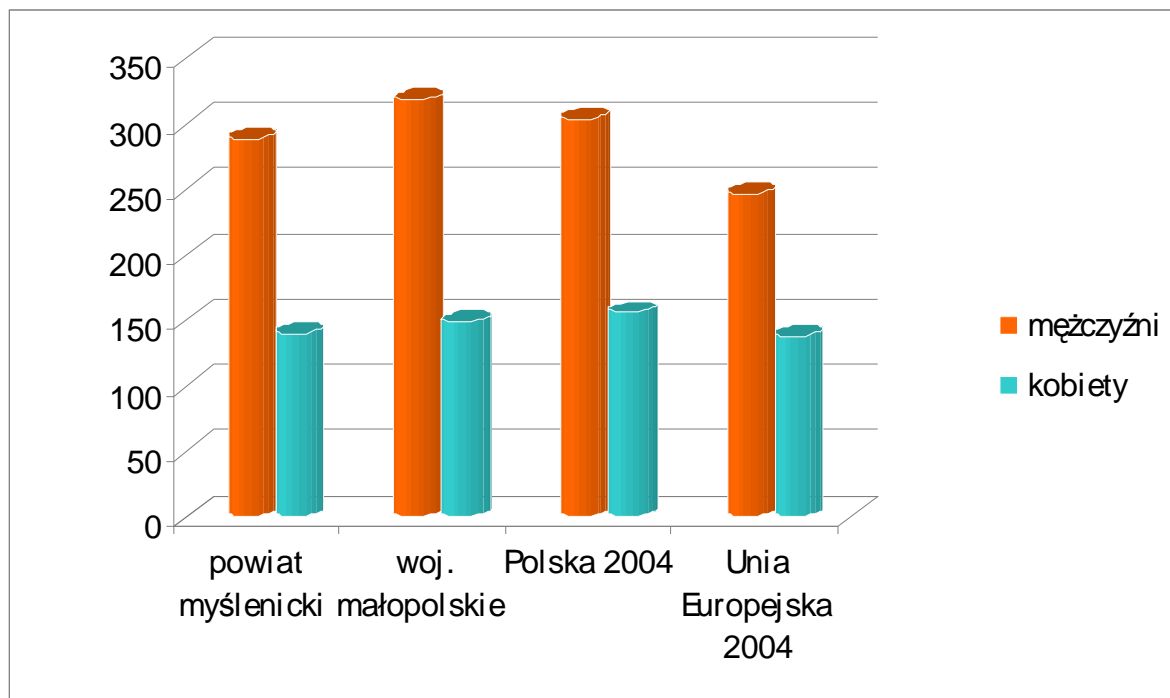
Rys. I-25. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004**



Część współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia stanowi umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca (w tym zawału serca) oraz chorób naczyń mózgowych (w tym udaru mózgu). Współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca były w powiecie myślenickim również niższe od ogólnopolskich i wyższe od średnich w Unii Europejskiej.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem przedstawiono na rysunku I-26. W powiecie myślenickim u mężczyzn współczynnik ten był niższy od ogólnopolskich i wynosił dla mężczyzn 289/100 000 (302/100 000 w Polsce). U kobiet w powiecie myślenickim współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych był również niższy od danych ogólnopolskich i wynosił 140/100 000 (154/100 000 w Polsce). Współczynniki były u mężczyzn wyższe od średnich w Unii Europejskiej (247/100 000), natomiast podobne u kobiet (w UE wynosiły 138/100 000).

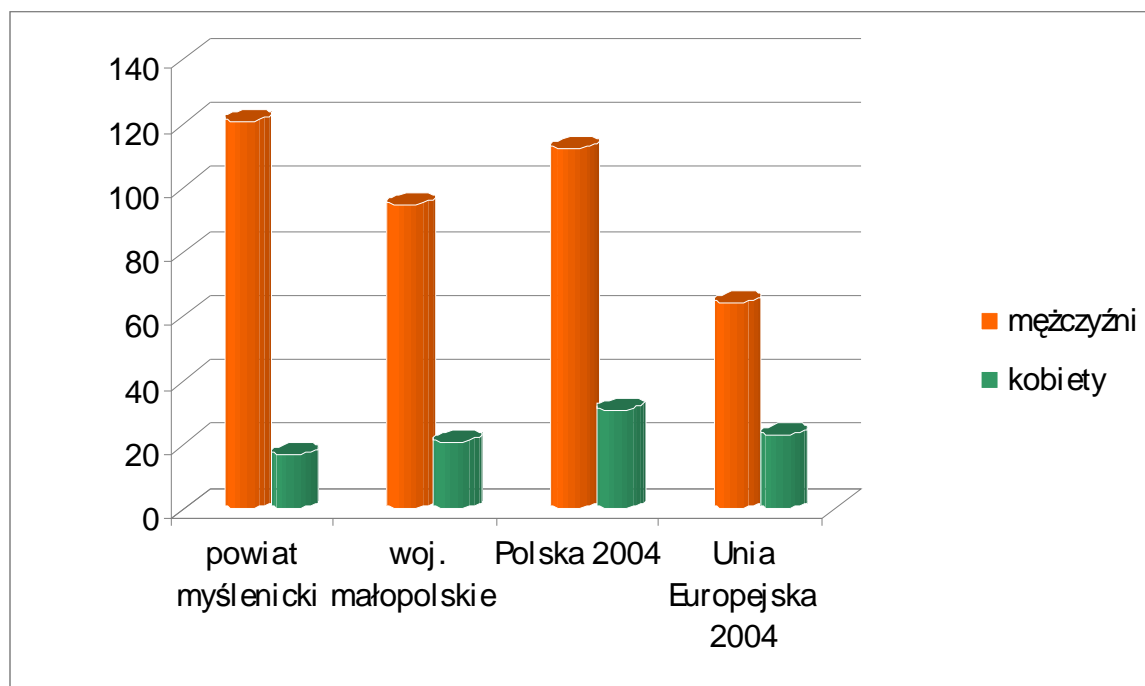
Rys. I-26. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**



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

Trzecią główną przyczyną zgonu były zewnętrzne przyczyny zgonu, wśród nich urazy i zatrucia, zabójstwa, samobójstwa i wypadki komunikacyjne (Rys. I-27). Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych u mężczyzn (w powiecie myślenickim - 121/100 000) była wyższa od średniej ogólnopolskiej (112/100 000) i wyższa od średniej wojewódzkiej (95/100 000). U kobiet umieralność z tego powodu ma niemal 5-krotnie niższe wartości niż u mężczyzn i wynosiła 17/100 000 w powiecie myślenickim i jest niższa niż średnia dla Polski (31/100 000) i nieco niższa niż średnia wojewódzka. Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych jest w powiecie myślenickim dwukrotnie wyższa u mężczyzn i podobna u kobiet w stosunku do danych dla Unii Europejskiej (64/100 000 u mężczyzn i 23/100 000 u kobiet).

Rys I-27. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych, w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**



8. ZACHOROWALNOŚĆ I CHOROBY

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

Informacje dotyczące zachorowań i liczby osób chorych zbierane jako liczby osób leczonych w poradniach specjalistycznych oraz podstawowej opiece zdrowotnej są obarczone dużymi błędami spowodowanymi niejednorodną zgłaszalnością się osób chorych, niepełnymi badaniami skринingowymi populacji przez lekarzy POZ oraz niedokładnością prowadzenia statystyk. Z tego względu korzystanie z informacji musi być ograniczone, a interpretacje ostrożne. Przykładem takich danych są informacje dotyczące osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, których wskaźnik na 100 000 ludności waha się znacznie w okresie kilkuletnim i analiza przyczyn jak i skutków takich wskaźników jest bardzo utrudniona, a związek np. ze wskaźnikami samobójstw bardzo niestabilny.

Zapadalność na wzv typu B wynosiła w województwie małopolskim w 2005 roku 2,6/100 000 ludności i uległa obniżeniu w stosunku do ostatnich lat (2004- 3,4/100 000). W 2004 roku średnio w Polsce współczynnik ten wynosił 4,1/100 000. Zapadalność na wzv typu A i C wynosiła odpowiednio 0,1 i 4.2/100 000. W 2005 roku odnotowano 647 zachorowania na gruźlicę (współczynnik zapadalności wynosił 12,7/100 000) i była to niższa wartość niż w poprzednich latach (w 2003 18,7, w 2004 roku 18,4/100 000). W stosunku do danych dla Polski jest to wskaźnik o połowę niższy (Polska 25/100 000).

W latach 2002-2005 obserwowano rosnące liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie małopolskim zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. W 2002 roku było to 5 165 mężczyzn oraz 4 967 kobiet. W roku 2004 5 786 mężczyzn oraz 5 547 kobiet. W 2005 roku, wstępne dane wskazują na nieco niższą liczbę zachorowań (5 316 mężczyzn oraz 5 220 kobiet). Był to trend odwrotny do obserwowanego dla całej Polski i trudno na razie określić czy ta zmniejszona liczba była przypadkowa czy zwiastuje trwały trend. Zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie małopolskim była u mężczyzn wyższa niż średnia w Polsce i wynosiła 336/100 000 u mężczyzn (średnia ogólnopolska 315/100 000), a także u kobiet i wynosiła 311/100 000 (średnia ogólnopolska 290/100 000).

Tab. I-3. Zapadalność na nowotwory złośliwe w powiecie myślenickim, kobiety i mężczyźni, 2004 rok

		powiat myślenicki		woj. małopolskie	
		liczba	wsp. na 100 000	liczba	wsp. na 100 000
nowotwory zł. płuca	<i>mężczyźni</i>	53	92	1497	95
	<i>kobiety</i>	4	7	405	24
nowotwory zł. okrężnicy	<i>mężczyźni</i>	9	16	357	23
	<i>kobiety</i>	9	15	352	21
nowotwory zł. żołądka	<i>mężczyźni</i>	13	22	339	21
	<i>kobiety</i>	7	12	206	12
nowotwory zł. szyjki macicy	<i>kobiety</i>	8	14	283	17
nowotwory zł. piersi	<i>kobiety</i>	26	44	1087	65
nowotwory zł. gruczołu krokowego	<i>mężczyźni</i>	8	14	481	30

W powiecie myślenickim w porównaniu do województwa małopolskiego w 2004 roku u mężczyzn zaobserwowano podobny poziom zachorowań na nowotwory płuc i żołądka. Współczynniki zachorowań u mężczyzn na nowotwór złośliwy okrężnicy oraz gruczołu krokowego były o połowę niższe niż średnia wojewódzka. U kobiet zapadalność na większość nowotworów była znacznie niższa niż w województwie małopolskim. Dotyczyło to nowotworów złośliwych płuca, okrężnicy, szyjki macicy oraz piersi. Wyjątkiem były nowotwory złośliwe żołądka, na które zapadalność u kobiet w powiecie myślenickim była identyczna ze współczynnikiem wojewódzkim. Szczegółowe dane dotyczące

zachorowań na nowotwory złośliwe w powiecie myślenickim na tle wybranych powiatów województwa małopolskiego w latach 2001-2005 przedstawiono w załącznikach nr 27 i 28 w aneksie do niniejszego opracowania.

Tab. I-4. Zapadalność na nowotwory złośliwe w woj. małopolskim, kobiety i mężczyźni, 2005 rok

	mężczyźni		kobiety	
	liczba	zapadalność na 100 000	liczba	zapadalność na 100 000
Ogółem	5316	336,4	5220	311,4
n. układu trawiennego	1278	80,9	1068	63,7
n. układu oddechowego	1539	97,4	434	25,9
n. wargi, jamy ustnej i gardła	161	10,2	60	3,6
n. kości i tkanek miękkich	167	10,6	1204	71,8
n. narządów moczowo-płciowych	1031	65,2	1192	71,1
n. tkanki limfatycznej	340	21,5	308	18,4
n. inne	800	50,6	954	56,9

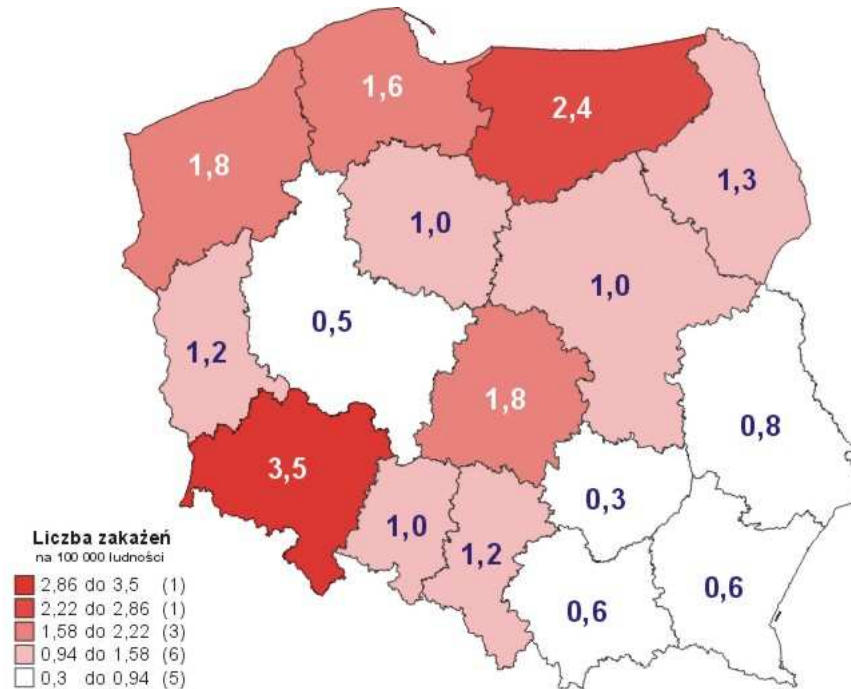
Tab. I-5. Zachorowania na nowotwory w latach 2001-2005 w powiecie myślenickim

			Układ trawienny i otrzewna	Układ oddechowy i narządy klatki piersiowej	Warga, jama ustna i gardło	Kości, tkanki miękkie, skóra, sutek	Narządy moczowo-płciowe	Tkanki limfatyczne i krwiotwórcze	Inne o nieokreślonym umiejscowieniu
2001	Miasto	mężczyźni	10	10	2	3	8	0	4
		kobiety	4	5	0	8	22	1	5
	Wieś	mężczyźni	29	27	3	5	12	7	9
		kobiety	26	9	3	25	17	0	8
2002	Miasto	mężczyźni	17	14	2	2	7	0	3
		kobiety	13	3	0	20	14	3	5
	Wieś	mężczyźni	27	37	2	9	22	8	4
		kobiety	23	7	1	19	22	3	5
2003 rok	miasto	mężczyźni	7	13	2	4	5	1	1
		kobiety	8	2	-	21	11	4	4
	wieś	mężczyźni	23	43	3	14	22	3	6
		kobiety	25	5	2	27	18	4	4
2004 rok	miasto	mężczyźni	15	11	2	2	6	3	9
		kobiety	9	3	0	9	10	4	10
	wieś	mężczyźni	30	50	3	0	14	7	14
		kobiety	27	3	2	18	21	6	26
2005 rok (dane wstępne)	miasto	mężczyźni	9	7	1	5	5	3	9
		kobiety	3	4	0	15	11	3	7
	wieś	mężczyźni	21	30	1	2	13	6	21
		kobiety	21	5	3	11	12	11	20

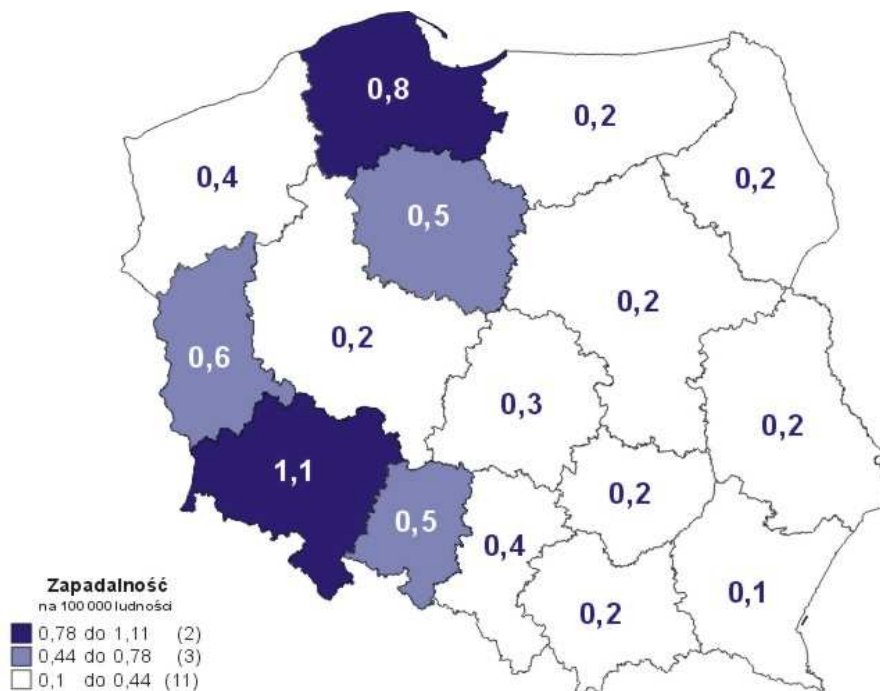
Współczynnik zapadalności na HIV i AIDS

Wskaźnik zachorowań na HIV wynosił w województwie Małopolskim 0,6/100 000 ludności i był na poziomie jednym z najniższych w Polsce. Współczynnik zachorowań na AIDS był niższy i wynosił 0,2/100 000 ludności, choć w kontekście współczynnika zachorowań na HIV wydaje się prawdopodobny wzrost tej wartości w następnych latach (Rys. I-28, I-29).

Rys. I-28. **Współczynnik zachorowań na HIV (1999-2003) według województw**



Rys. I-29. **Współczynnik zachorowań na AIDS (1999-2003) według województw**



9. PODSUMOWANIE

Stan zdrowia mieszkańców powiatu myślenickiego oceniany za pomocą wskaźników umieralności jest znacznie lepszy w porównaniu do średniej ogólnopolskiej. Pochodnymi prawdopodobieństwa zgonu są wskaźniki długości życia, które wydają się być w powiecie również na poziomie znacznie wyższym niż średnia w Polsce.

Niestety, mimo iż sytuacja zdrowotna w powiecie jest lepsza niż średnia ogólnopolska, a nawet średnia wojewódzka, analizowane wskaźniki zdrowotne w większości wypadków są gorsze niż średnio w krajach Unii Europejskiej, zwłaszcza w zachodnich krajach unijnych (krajach tzw. „starej Unii”). Ważnym dla planowania opieki zdrowotnej jest wskaźnik przyrostu naturalnego i prognozy ludności z uwzględnieniem struktury wiekowej, w której dominuje obecnie ludność w wieku produkcyjnym. Zwiększająca się widocznie grupa osób po 60/64 roku życia będzie potrzebować więcej usług zdrowotnych, zatem ważne jest też prowadzenie szerokiej profilaktyki zapobiegania chorobom przewlekłym i chorobom wieku podeszłego. W odróżnieniu od krajów zachodnich i wielu innych regionów Polski, w powiecie myślenickim prognozy przewidują że będzie następować wzrost liczby mieszkańców, a zrównanie liczby urodzeń i zgonów nastąpi dopiero za ok. 20 lat.

1. Umieralność ogólna w powiecie myślenickim ulega stałemu obniżaniu od kilkunastu lat. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet, choć u mężczyzn mieszkających w powiecie zmiana ta jest większa. Również należy podkreślić, że wartości współczynników umieralności ogólnej są niższe niż ogólnopolskie i wojewódzkie, szczególnie u mężczyzn.
2. W strukturze zgonów nadal dominują choroby układu krążenia. W porównaniu z Polską zaobserwowano nieco więcej zgonów z powodu chorób układu krążenia u kobiet, z powodu zewnętrznych przyczyn i większą liczbę zgonów z powodu nowotworów u mężczyzn.
3. Zgony z powodu chorób układu krążenia w 2004 roku stanowiły u mężczyzn 42%, u kobiet 62% wszystkich zgonów. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia są w powiecie myślenickim niższe od średnich dla Polski i średnich wojewódzkich.
4. Nowotwory złośliwe były przyczyną 29% zgonów mężczyzn i 22% zgonów kobiet. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest w powiecie myślenickim nieco niższa od średnich dla Polski zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. W porównaniu z danymi dla Unii Europejskiej umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest wyższa u obu płci. Wartości te wskazują na dalszą możliwość ich obniżania przez analizę możliwych przyczyn i dostępności do programów wczesnego wykrywania, a przede wszystkim zwiększania ich kompletności.

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

II OPIEKA ZDROWOTNA

1. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

W 2005 roku na terenie województwa małopolskiego, opiekę ambulatoryjną podstawową i specjalistyczną zapewniało łącznie **1 558** przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich dla ogółu ludności i przy zakładach pracy. Liczba tych jednostek w stosunku do 2003 r. zmniejszyła się o 35. Z ogólnej liczby zakładów opieki zdrowotnej (łącznie 1 558):

- 284 jednostek funkcjonowało w zakładach publicznych,
- 884 – w zakładach niepublicznych,
- 390 – to praktyki lekarskie.

Dane dla roku 2003 przedstawiają się następująco:

- 1 593 - ogólna liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Małopolsce, z tego:
- 324 – w zakładach publicznych,
- 816 – w zakładach niepublicznych,
- 453 – praktyki lekarskie.

W 2005 r. na terenie powiatu myślenickiego funkcjonowały **63** przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie i praktyki lekarskich, z tego:

- 1- w zakładach publicznych,
- 52 - w zakładach niepublicznych,
- 10 - praktyk lekarskich⁵.

⁵ na podstawie danych zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” za lata 2003 - 2005 r. Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Myślenicach funkcjonują następujące poradnie specjalistyczne⁶:

- poradnia alergologiczna,
- poradnia kardiologiczna,
- poradnia nefrologiczna,
- poradnia neurologiczna,
- poradnia przeciwgruźlicza i chorób płuc,
- poradnia chorób zakaźnych,
- poradnia ginekologiczno – położnicza,
- poradnia profilaktyki chorób piersi,
- poradnia chirurgii ogólnej,
- poradnia chirurgiczna dziecięca,
- poradnia urazowo – ortopedyczna,
- poradnia urologiczna.

Działalność ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla ogółu ludności i przy zakładach pracy w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2003-2005⁷ obrazuje załącznik nr 1 w aneksie do niniejszego opracowania. Poniższa analiza została oparta na danych zamieszczonych w tym załączniku.

W poradniach ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w 2005 r. w Małopolsce udzielono **22 892 511** porad. Z ogółu porad, 20 256 894, tj. 88,5% stanowiły porady lekarskie, a 2 635 617, tj. 11,5% porady stomatologiczne. W 2005 r. w województwie małopolskim udzielono o 754 701 porad więcej niż w 2003 r. Samych porad lekarskich udzielono odpowiednio o 597 827 więcej niż w 2004 r. i o 813 919 więcej niż w 2003 r., a stomatologicznych - o 138 754 więcej niż w 2004 r. i o 59 218 mniej niż w 2003 r.

W poradniach ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r. w województwie małopolskim lekarze udzielili łącznie **12 190 319** porad, czyli o 437 969 porad więcej niż w roku 2003. Porady z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły ponad 53% wszystkich porad udzielonych w województwie małopolskim w 2005 roku.

Spośród wszystkich porad udzielonych w poradniach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2005 r. w Małopolsce, udzielono **10 702 192** porad z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej. Porady lekarskie stanowiły 75% porad udzielonych z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej (tj. 8 066 575 porad), a 25% (tj. 2 635 617) stanowiły porady stomatologiczne. Liczba porad

⁶ www.spoz.myslenice.pl

⁷ na podstawie danych zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2003-2005

lekarskich w opiece specjalistycznej od 2003 r. do 2005 r. wzrosła o 375 950, tj. o 4,9%, a porad stomatologicznych spadła o 59 218, tj. o 2,2%.

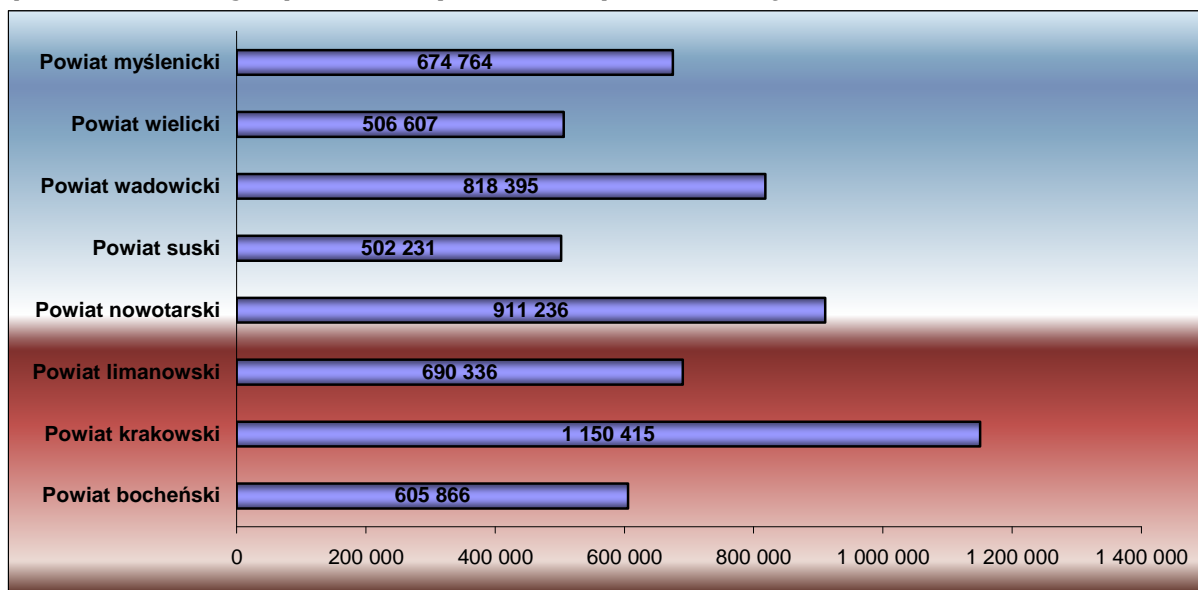
W 63 jednostkach ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla ogółu ludności i przy zakładach pracy, działających w 2005 r. na terenie powiatu myślenickiego, udzielono łącznie **674 764** porady, tj. ok. 3% wszystkich porad udzielonych w ww. jednostkach w całym województwie. Liczba porad udzielonych w 2005 r. wzrosła, w stosunku do 2003 r. o 40 752. 90,8% porad (612 825) stanowiły porady lekarskie, a 9,2% - porady stomatologiczne. Natomiast w 2003 roku porady lekarskie stanowiły 89,2% wszystkich udzielonych porad, a stomatologiczne 10,8%.

W ramach ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r. w powiecie myślenickim udzielono **442 615** porad, przy **232 149** poradach udzielonych w opiece specjalistycznej. Porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej stanowiły 65,6% wszystkich porad, a te udzielone w opiece specjalistycznej – 34,4%.

W ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim w 2005 r. udzielono o 8 868 porad mniej niż w roku 2003. Liczba porad udzielonych przez lekarzy uległa zmniejszeniu, w porównaniu z rokiem 2003 o 2 032 (z 172 242 w 2003 r. do 170 210 w 2005 r.), a porad stomatologicznych - o 6 836 (68 775 w 2003 r. do 61 939 w 2005 r.).

Poniżej przedstawiono analizę dotyczącą ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej na terenie powiatu myślenickiego w porównaniu z danymi dla sąsiednich powiatów i województwa. Najwięcej porad z zakresu podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2005 roku wśród analizowanych powiatów udzielono w powiatach krakowskim⁸ i nowotarskim, a najmniej w powiatach suskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 674 764 porad, co daje ok. 5,8 porady na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego, przy średniej dla województwa wynoszącej 7 porad na mieszkańca.

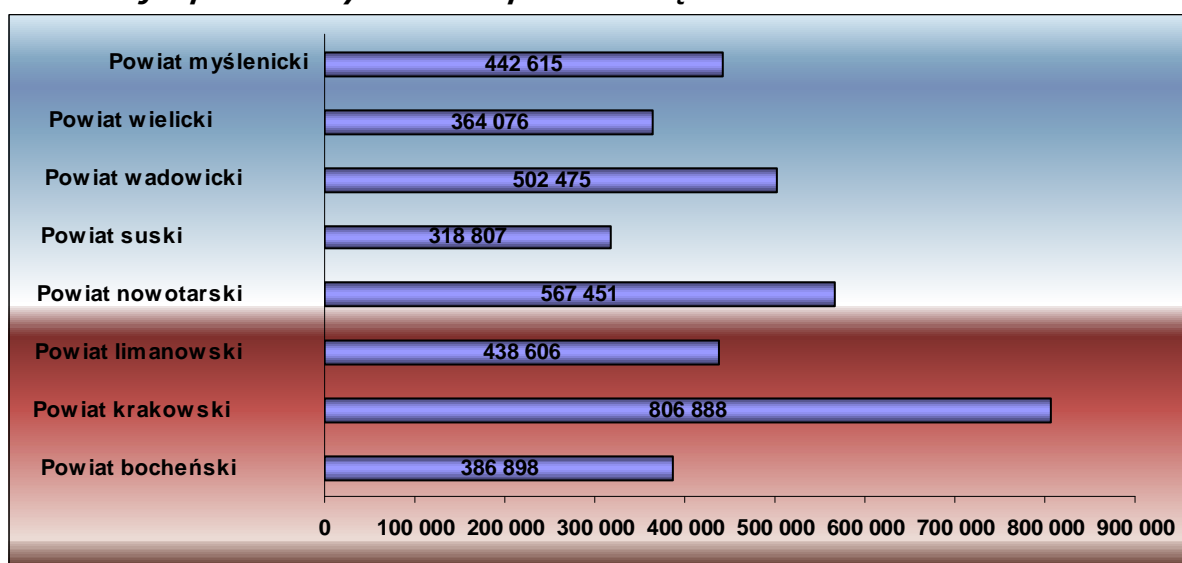
Rys. II-1. **Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W 2005 roku najwięcej porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielono w powiatach krakowskim i nowotarskim. Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej podstawowej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim wynosiła w 2005 r. 442 615, w tym 437 918 porad tj. ok. 99% udzielonych było w zakładach niepublicznych, a 4 697 tj. ok. 1% w praktykach lekarskich. W powiecie myślenickim liczba porad na jednego mieszkańca wynosiła 3,8 przy średniej dla województwa wynoszącej 3,7. W porównaniu do roku 2003 liczba porad w podstawowej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim wzrosła o 49 620.

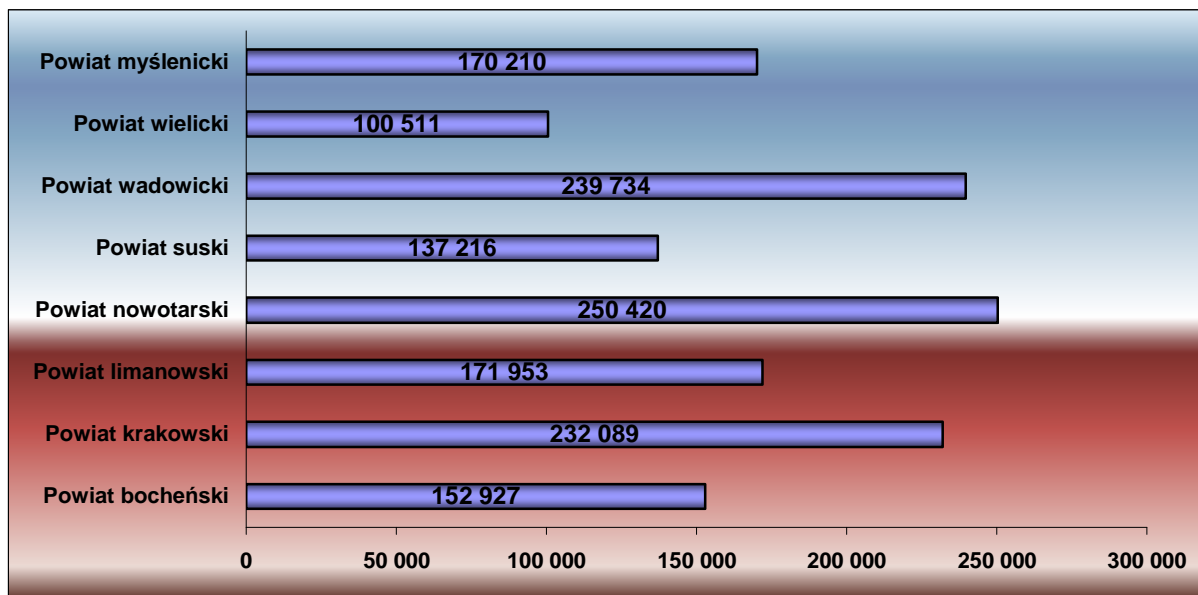
Rys. II-2. **Liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej podstawowej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Najwięcej porad lekarskich (bez stomatologii) z zakresu specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2005 roku wśród wymienionych powiatów udzielono w powiatach nowotarskim i wadowickim, a najmniej w powiatach suskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 170 210 porad co stanowi ok. 2,1% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 1,5 porady przy średniej dla województwa wynoszącej 2,5 porady na mieszkańca na rok.

Rys. II-3. **Liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Szczegółowe informacje na temat porad udzielonych w wybranych poradniach specjalistycznych dla ogółu ludności w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w województwie małopolskim oraz w powiecie myślenickim w latach 2001-20059 zawarto w załączniku nr 2 w aneksie do niniejszego opracowania.

Z danych zawartych w tym załączniku wynika, że najwięcej porad w 2005 r. w województwie małopolskim w poradniach specjalistycznych dla ogółu ludności i przy zakładach pracy w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich udzielono w:

- poradniach o charakterze zabiegowym – 2 893 551,
- poradniach stomatologicznych - 2 635 617,
- poradniach określanych jako inne zachowawcze: m. in. dermatologicznych, neurologicznych i rehabilitacyjnych - 1 919 631,
- poradniach chorób wewnętrznych - 1 705 404,
- poradniach opieki nad matką i dzieckiem - 1 084 672,
- poradniach chorób psychicznych i uzależnień – 463 317.

9 na podstawie danych zawartych w „Biuletynie statystyczno-informacyjnym ochrony zdrowia województwa małopolskiego” Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za lata 2001-2005

W powiecie myślenickim, sytuacja dotycząca liczby udzielonych porad w poradniach specjalistycznych dla ogółu ludności i przy zakładach pracy w zakładach publicznych, niepublicznych i praktykach lekarskich w 2005 r. przedstawiała się następująco:

- poradnie o charakterze zabiegowym – 66 101 porad,
- poradnie stomatologiczne – 61 939,
- poradnie chorób wewnętrznych – 28 717,
- poradnie określane jako inne zachowawcze: m. in. dermatologiczne, neurologiczne i rehabilitacyjne – 40 182,
- poradnie opieki nad matką i dzieckiem – 22 321,
- poradnie chorób psychicznych i uzależnień – 12 889.

Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w powiecie myślenickim, w latach 2004-2006 liczba udzielanych porad w następujących poradniach specjalistycznych **wzrosła** o:

- poradnia kardiologiczna – 7 173,
- poradnia dermatologiczna – 3 792,
- poradnia okulistyczna – 2 152,
- poradnia endokrynologiczna – 1 444,
- poradnia diabetologiczna – 997,
- poradnia gruźlicy i chorób płuc – 741,
- poradnia ginekologiczno – położnicza – 733,
- poradnia urologiczna – 493,
- poradnia alergologiczna – 400,
- poradnia profilaktyki chorób piersi – 309,
- poradnia chirurgiczna ogólna dziecięca – 258,
- poradnia logopedyczna – 60.

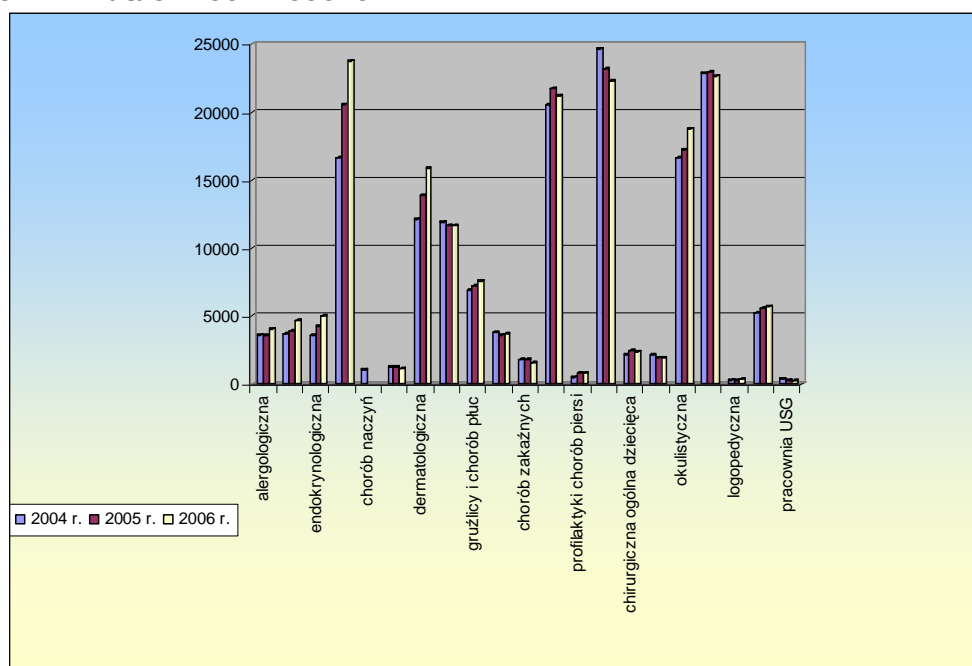
Spadek liczby porad nastąpił w następujących poradniach:

- poradnia chirurgiczna ogólna – spadek o 2 397 porad,
- poradnia neurologiczna – spadek o 233 porad,
- poradnia otolaryngologiczna – spadek o 222 porad,
- poradnia chorób zakaźnych – spadek o 208 porad,
- pracownia USG – spadek o 164 porad,
- poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej – spadek o 146 porad,
- poradnia nefrologiczna – spadek o 147 porad,
- poradnia reumatologiczna – spadek o 113 porad.

Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 roku w powiecie myślenickim najwięcej porad udzielono w poradniach: kardiologicznej (23 785 porad), otolaryngologicznej (22 696 porad), chirurgicznej ogólnej (22 266 porad), ginekologiczno - położniczej (21 240 porad) oraz w poradni okulistycznej (18 808 porad).

Najmniej porad udzielono w poradniach: logopedycznej (312 porad), profilaktyki chorób piersi (801 porad), nefrologicznej (1 109 porad), chorób zakaźnych (1 576 porad) oraz w pracowni USG (235 porad).

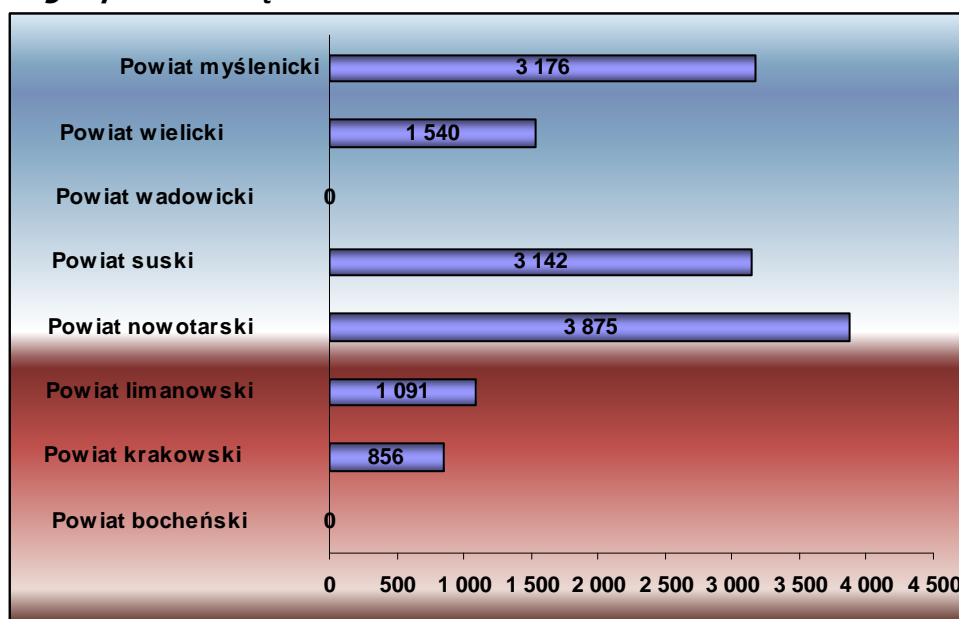
Rys II-4. **Zestawienie ilości wykonanych porad w poradniach specjalistycznych w powiecie myślenickim w latach 2004-2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ

Analizując liczbę porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach alergologicznych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego, można stwierdzić, że najwięcej porad udzielono w powiatach nowotarskim i myślenickim, a najmniej w powiatach suskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 3 699 porad, co stanowi ok. 1,6% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,03 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,07 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 3 176 porad– (Rys. II-5).

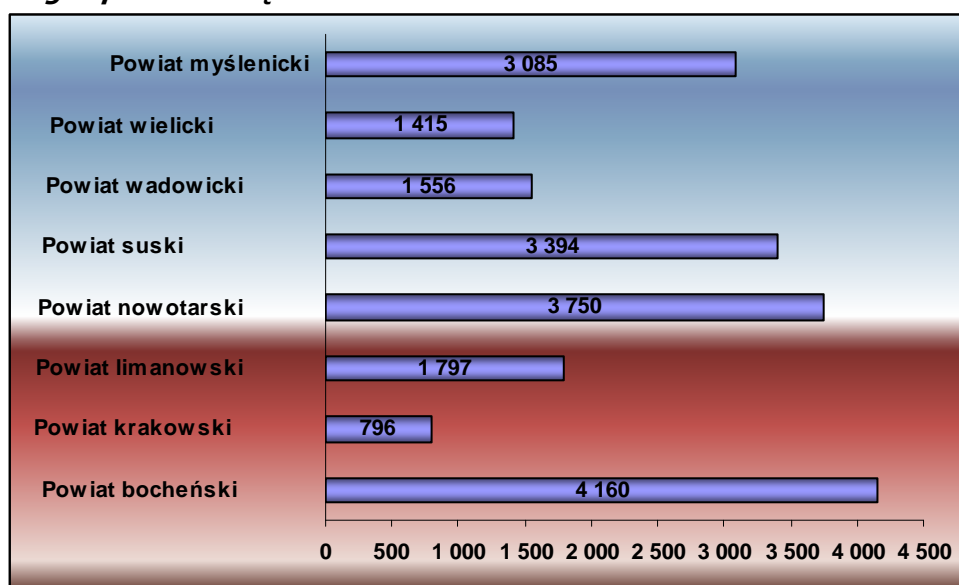
Rys. II-5. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni alergologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W **poradniach diabetologicznych** funkcjonujących na terenie analizowanych powiatów w 2005 roku najwięcej porad udzielono w powiatach bocheńskim i nowotarskim, a najmniej w powiatach krakowskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 3 593 porad co stanowi ok. 2,4% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,03 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,04 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 3 085 porad – (Rys. II-6).

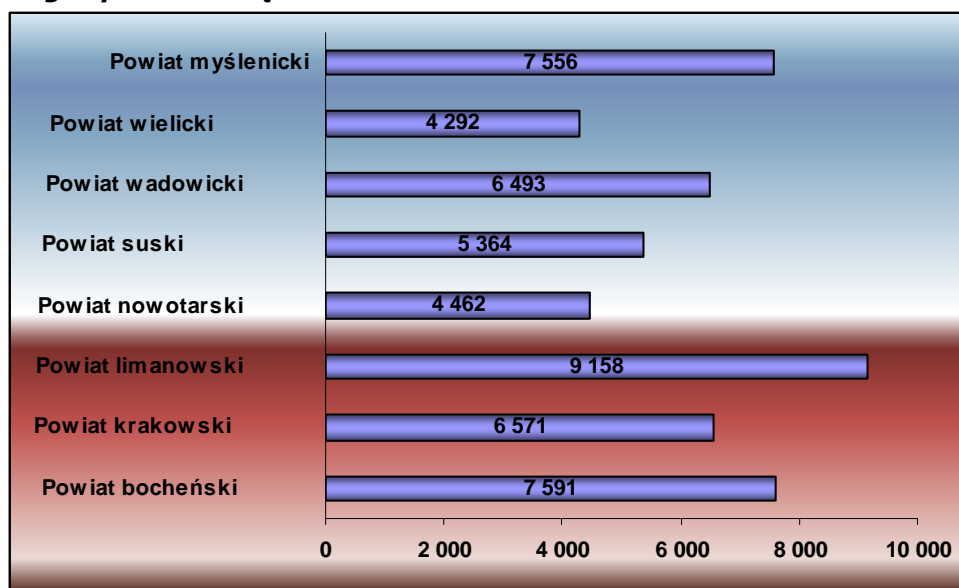
Rys. II-6. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni diabetologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Analiza liczby porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach kardiologicznych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego wskazuje, że najwięcej porad udzielono w powiatach limanowskim i bocheńskim, a najmniej w powiatach wielickim i nowotarskim. W powiecie myślenickim udzielono 8 801 porad co stanowi ok. 2% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,08 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,13 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 7 556 porad – (Rys. II-7).

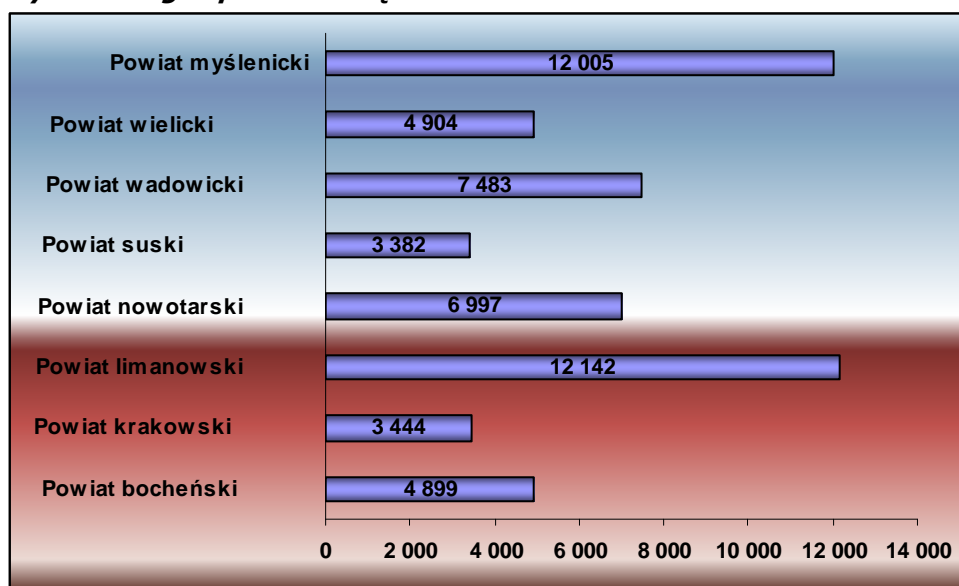
Rys. II-7. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni kardiologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Spośród analizowanych powiatów, w 2005 roku najwięcej świadczeń w **poradniach dermatologicznych** udzielono w powiatach limanowskim i myślenickim, a najmniej w powiatach suskim i krakowskim. W powiecie myślenickim udzielono 13 984 porad co stanowi ok. 3,4% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,12 porady, przy takiej samej średniej dla województwa wynoszącej również 0,12 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 12 005 porad – (Rys. II-8)

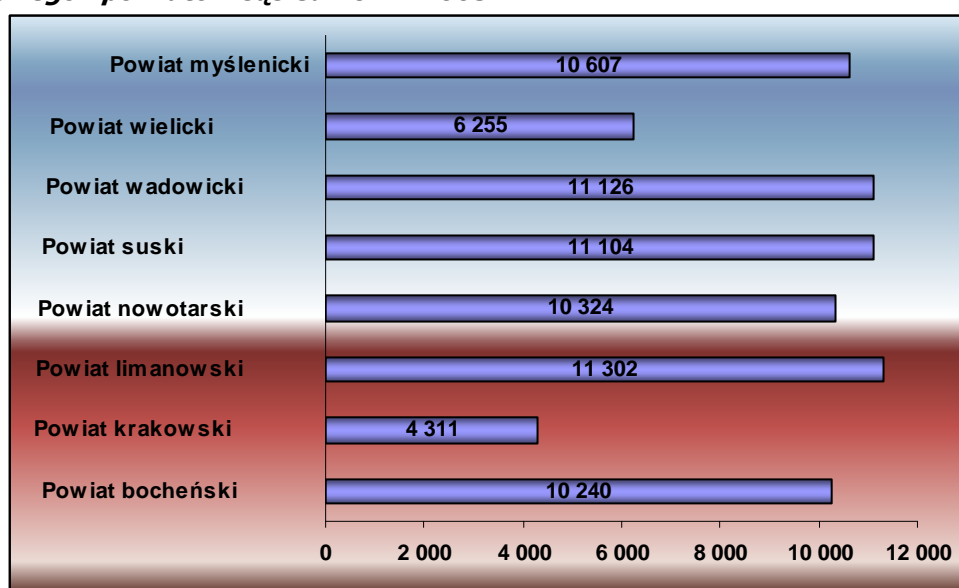
Rys. II-8. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni dermatologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W **poradniach neurologicznych** funkcjonujących w 2005 r. w analizowanych powiatach najczęściej porad udzielono w powiatach limanowskim i wadowickim, a najmniej w powiatach krakowskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 12 355 porad co stanowi ok. 2,3% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,11 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,16 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wyniósł natomiast w 2005 roku 10 607 porad – (Rys. II-9).

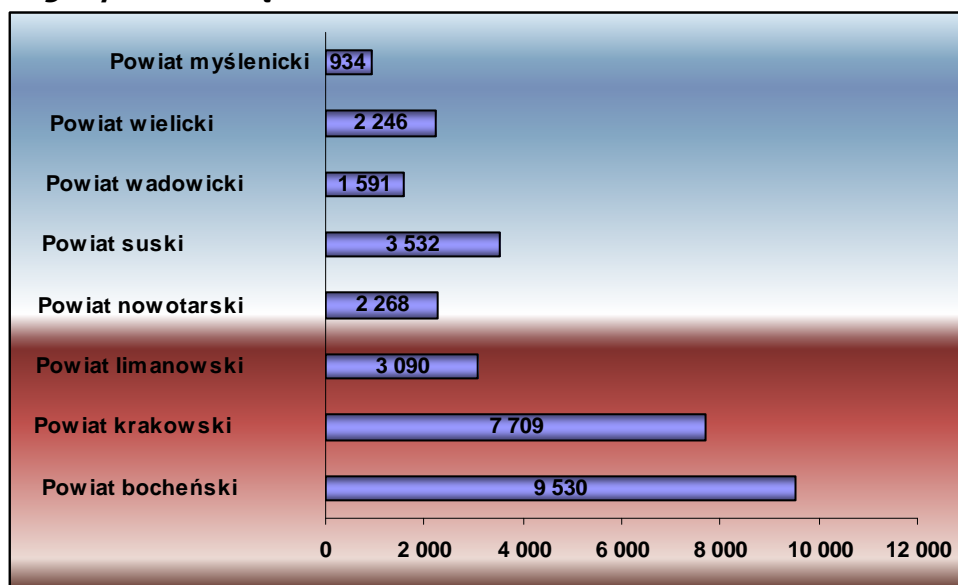
Rys. II-9. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni neurologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Analiza liczby porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach rehabilitacyjnych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego wskazuje, że najwięcej porad udzielono w powiatach bocheńskim i krakowskim, a najmniej w powiatach myślenickim i wadowickim. W powiecie myślenickim udzielono 1 088 porad co stanowi ok. 0,5% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,01 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,07 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 934 porad – (Rys. II-10).

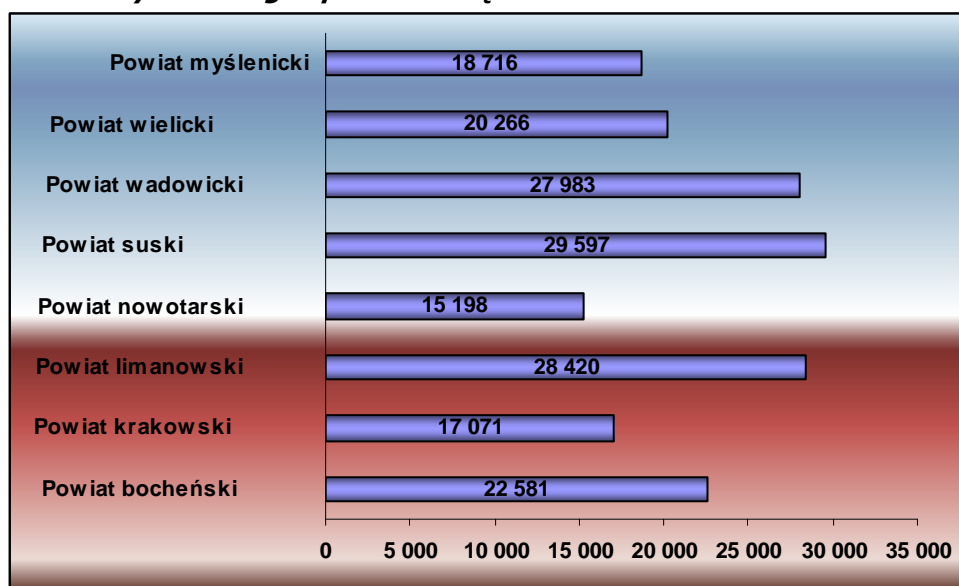
Rys. II-10. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni rehabilitacyjnej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W 2005 roku na analizowanym obszarze najwięcej porad w **poradniach ginekologiczno-położniczych** udzielono w powiatach suskim i limanowskim, a najmniej w powiatach nowotarskim i krakowskim. W powiecie myślenickim udzielono 21 801 porad co stanowi ok. 2,1% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,2 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,3 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 18 716 porad– (Rys. II-11).

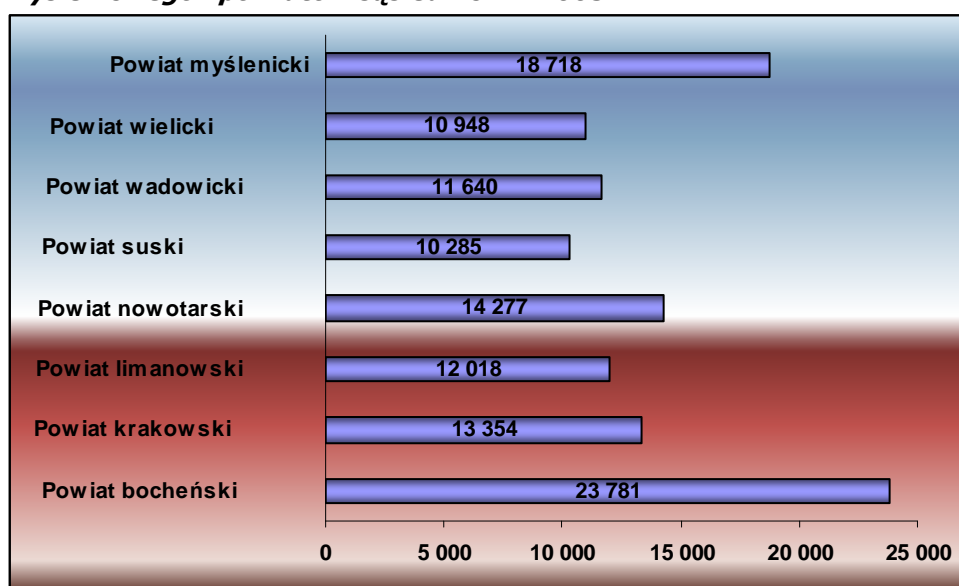
Rys. II-11. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni ginekologiczno-położniczej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Na analizowanym obszarze liczba porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach chirurgii ogólnej** była najwyższa w powiatach bocheńskim i myślenickim, a najniższa w powiatach suskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 21 803 porad co stanowi ok. 3,3% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,2 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej również 0,2 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 18 718 porad (Rys. II-12).

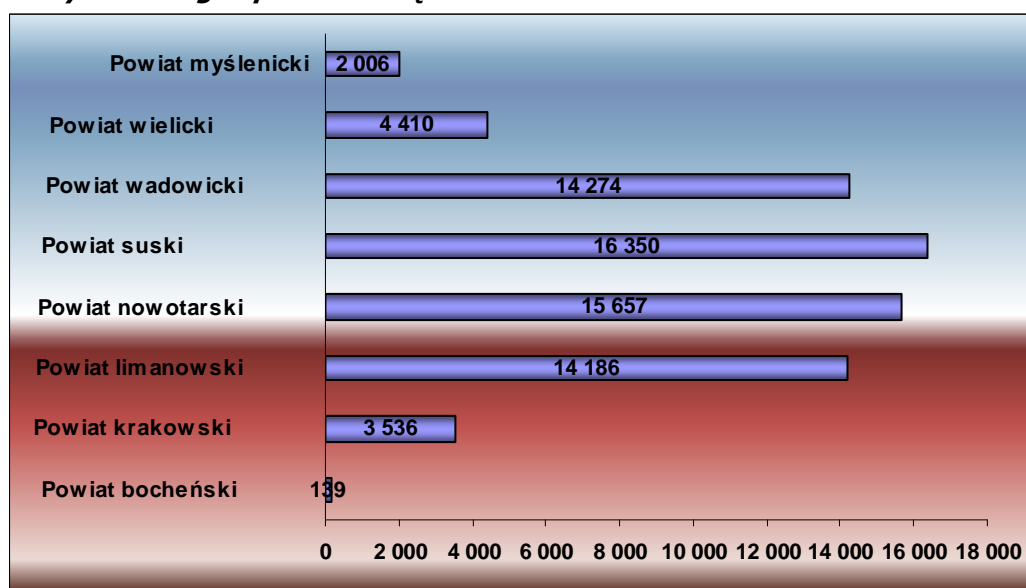
Rys. II-12. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni chirurgii ogólnej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Analizując liczbę porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach urazowo-ortopedycznych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego można stwierdzić, że najwięcej porad udzielono w powiatach suskim i nowotarskim, a najmniej w powiatach bocheńskim i myślenickim. W powiecie myślenickim udzielono 2 337 porad co stanowi ok. 0,5% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,02 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,14 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 2 006 porad – (Rys. II-13).

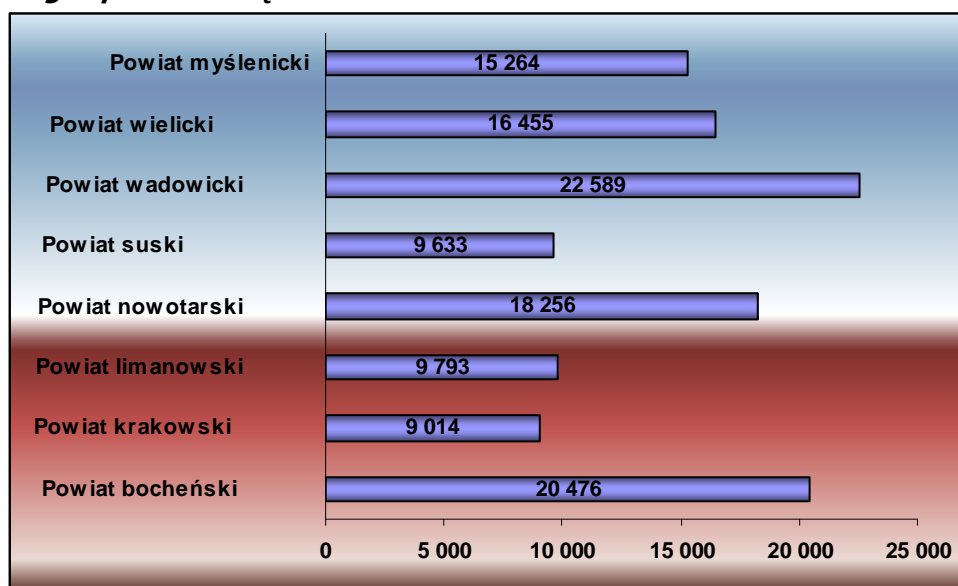
Rys. II-13. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni urazowo-ortopedycznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Natomiast w **poradniach okulistycznych** funkcjonujących w analizowanych powiatach w 2005 roku najwięcej porad udzielono w powiatach wadowickim i bocheńskim, a najmniej w powiatach krakowskim i suskim. W powiecie myślenickim udzielono 17 780 porad co stanowi ok. 2,1% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,15 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,26 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 15 264 porad – (Rys. II-14).

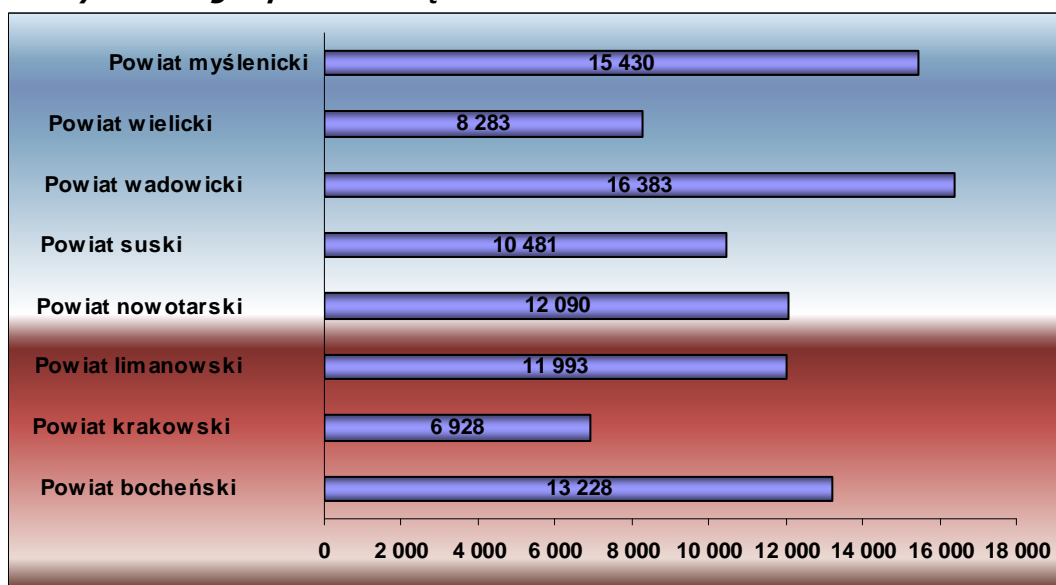
Rys. II-14. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni okulistycznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Analiza liczby porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach otolaryngologicznych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego wskazuje, że najwięcej porad udzielono w powiatach wadowickim i myślenickim, a najmniej w powiatach krakowskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 17 974 porad co stanowi ok. 2,8% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,15 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,19 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 15 430 porad – (Rys. II-15).

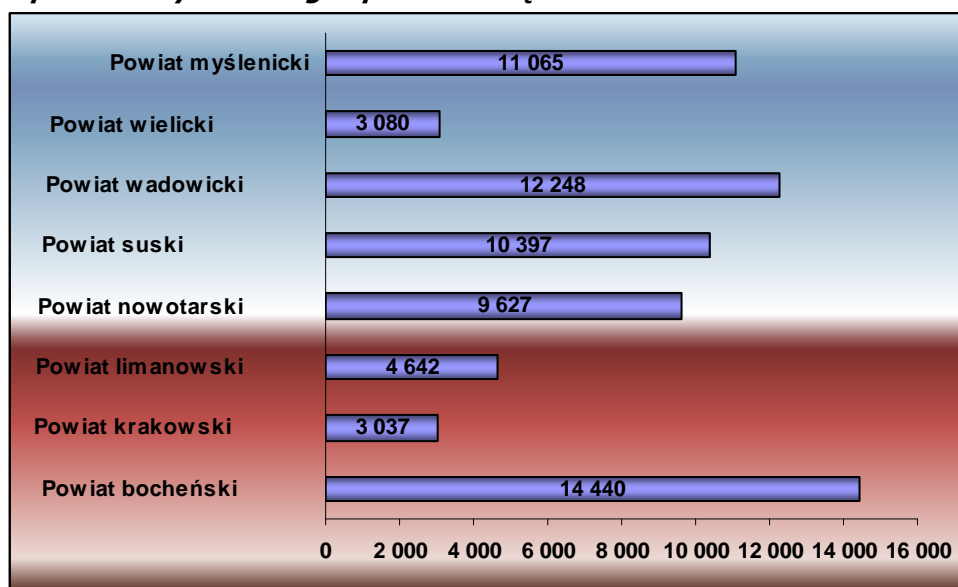
Rys. II-15. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni otolaryngologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W 2005 roku w **poradniach chorób psychicznych** funkcjonujących na analizowanym obszarze najczęściej porad udzielono w powiatach bocheńskimi i wadowickim, a najmniej w powiatach krakowskim i wielickim. W powiecie myślenickim udzielono 12 889 porad co stanowi ok. 2,8% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,11 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,14 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 11 065 porad – (Rys. II-16).

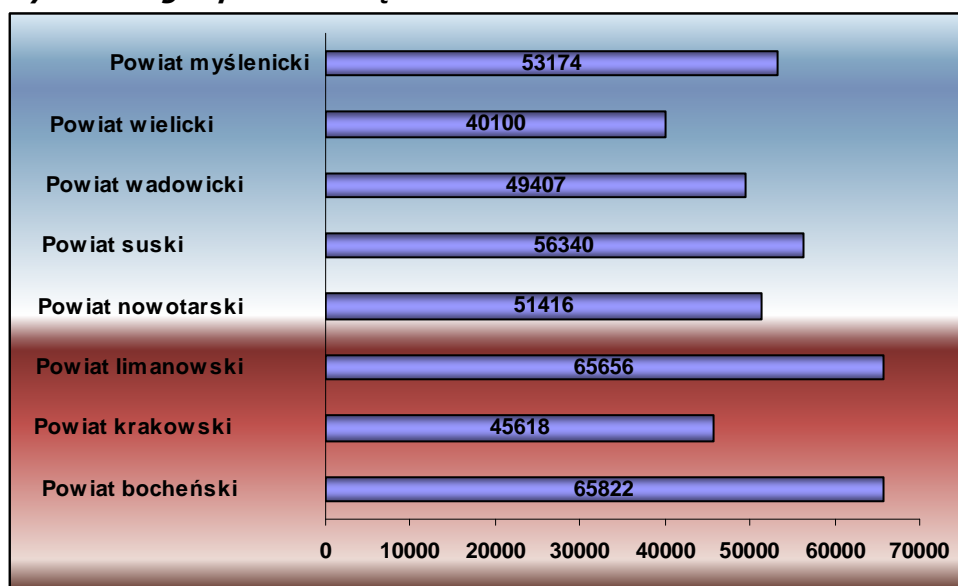
Rys. II-16. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni chorób psychicznych i uzależnień na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

Analizując liczbę porad udzielonych w 2005 roku w **poradniach stomatologicznych** w wybranych powiatach województwa małopolskiego można stwierdzić, że najczęściej porad udzielono w powiatach limanowskim i bocheńskim, a najmniej w powiatach wielickim i krakowskim. W powiecie myślenickim udzielono 61 939 porad co stanowi ok. 2,3% porad udzielonych w województwie małopolskim. Na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego przypada więc ok. 0,53 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,81 porady na mieszkańca na rok. Wskaźnik liczby porad na 100 000 mieszkańców w powiecie myślenickim wynosił natomiast w 2005 roku 53 174 porad – (Rys. II-17).

Rys. II-17. **Liczba porad na 100 000 ludności w poradni stomatologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z MCZP

W powiecie myślenickim w 2005 roku udzielono **442 615** porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (3,6% porad udzielonych w województwie) i **232 149** z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej (2,2% wszystkich porad udzielonych w województwie). Liczba porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na jednego mieszkańca w powiecie myślenickim w 2005 r. wynosiła 3,8 i była zbliżona do średniej dla województwa i powiatów sąsiadujących. Liczba porad z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej na jednego mieszkańca w powiecie myślenickim w 2005 r. wynosiła 2,0, przy średniej dla województwa wynoszącej 3,3.

Analiza działalności wybranych poradni specjalistycznych funkcjonujących w 2005 r. na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiadujących pozwala wyciągnąć następujące wnioski:

- na terenie powiatu myślenickiego stwierdzono niski w porównaniu do powiatów sąsiadujących, wskaźnik liczby porad udzielanych w poradniach rehabilitacyjnych (0,01 porady na jednego mieszkańca, przy średniej dla województwa 0,07),
- stwierdzono niski w porównaniu do powiatów sąsiadujących, wskaźnik liczby porad w poradniach urazowo-ortopedycznych (0,02 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,14 porady na mieszkańca),
- stwierdzono niski w porównaniu do średniej dla województwa, ale porównywalny z sąsiednimi powiatami wskaźnik liczby porad stomatologicznych (0,53 porady na jednego mieszkańca powiatu myślenickiego, przy średniej dla województwa 0,81),
- w poradniach: diabetologicznej, dermatologicznej, chirurgii ogólnej i chorób psychicznych, stwierdzono równy bądź zbliżony do średniej dla województwa wskaźnik liczby porad udzielonych na jednego mieszkańca,

- w porównaniu do sąsiednich powiatów liczba porad udzielonych na 100 000 mieszkańców w poradniach: alergologicznej i kardiologicznej w powiecie myślenickim, była jedną z najwyższych.

W porównaniu do 2003 r. w powiecie myślenickim spadła liczba porad udzielanych w następujących poradniach:

- otolaryngologicznej – spadek o 7 305 porad,
- chirurgii ogólnej – spadek o 7 094 porady,
- stomatologicznej – spadek o 6 836,
- okulistycznej – spadek o 1 720 porad,
- ginekologiczno-położniczej – spadek o 627 porad,
- rehabilitacyjnej – spadek o 232 porady;

W porównaniu do 2003 r. w powiecie myślenickim wzrosła liczba porad udzielanych w następujących poradniach:

- chorób psychicznych i uzależnień – wzrost o 6 374 porady,
- neurologicznej – wzrost 1 650 porad,
- kardiologicznej – wzrost o 663 porady,
- urazowo-ortopedycznej – wzrost o 620 porad,
- dermatologicznej – wzrost o 564 porady
- alergologicznej – wzrost o 265 porad,
- diabetologicznej – wzrost o 126 porad;

2. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Na terenie powiatu myślenickiego funkcjonuje jeden publiczny zakład opieki zdrowotnej – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Organem założycielskim SP ZOZ jest Powiat Myślenicki. Misją działania SP ZOZ w Myślenicach jest ratowanie życia i pomoc w chorobie. SP ZOZ swojej strukturze posiada następujące oddziały:

- Oddział Chirurgiczny wraz z pododdziałami: Urazowo-Ortopedycznym i Intensywnej Opieki Pooperacyjnej,
- Oddział Chorób Płuc,
- Oddział Dziecięcy,
- Oddział Ginekologiczno - Położniczy wraz z Blokiem Porodowym,
- Oddział Neonatologiczny,
- Oddział Neurologiczny,
- Oddział Pielęgnacyjno - Opiekuńczy,
- Oddział Wewnętrzny wraz z Intensywną Opieką Kardiologiczną,
- Oddział Zakaźny,
- Blok Operacyjny,
- Stację Dializ z Oddziałem Nefrologicznym,
- Stację Pomocy Doraźnej,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy.

W skład SP ZOZ w Myślenicach wchodzi następujące poradnie specjalistyczne:

- poradnia alergologiczna,
- poradnia kardiologiczna,
- poradnia nefrologiczna,
- poradnia neurologiczna,
- poradnia przeciwgruźlicza i chorób płuc,
- poradnia chorób zakaźnych,
- poradnia ginekologiczno – położnicza,
- poradnia profilaktyki chorób piersi,
- poradnia chirurgii ogólnej,
- poradnia chirurgiczna dziecięca,
- poradnia urazowo – ortopedyczna,
- poradnia urologiczna.

Szpital posiada także laboratorium analityki medycznej, laboratorium mikrobiologiczne oraz pracownię diagnostyki obrazowej, wykonujące badania RTG, USG i EEG.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2006 roku liczba łóżek na wszystkich oddziałach szpitala wynosiła 365, a liczba osób leczonych wynosiła 11 468. Wskaźnik średniego procentowego wykorzystania łóżek na wszystkich oddziałach wyniósł 67,63% i w porównaniu do 2003 roku wzrósł o ok. 2,3%.

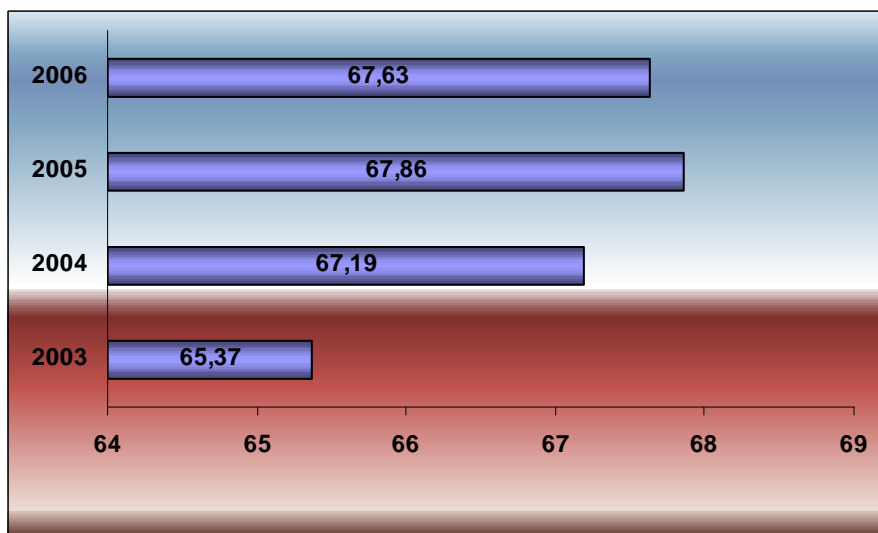
Podstawowe wskaźniki dotyczące funkcjonowania Szpitala w Myślenicach przedstawia Tabela nr II-1.

Tab. II-1. **Podstawowe wskaźniki funkcjonowania poszczególnych oddziałów Szpitala w Myślenicach w 2006 roku**

nazwa oddziału	liczba łóżek	liczba leczonych	liczba osobodni	średnie wykorzystanie łóżek w dniach	średnie wykorzystanie łóżek w %	średni czas pobytu (dni)
Szpitalny Oddział Ratunkowy	6	205	211	35,2	9,63%	1,03
Oddział Wewnętrzny	65	2072	15765	242,5	66,45%	7,61
Oddział Nefrologiczny	8	249	1901	237,6	65,10%	7,63
Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	44	195	15235	346,3	94,86%	78,13
Oddział Neurologiczny	25	705	7010	280,4	76,82%	9,94
Oddział Chorób Płuc	29	677	6673	230,1	63,04%	9,86
Oddział Chorób Zakaźnych	20	566	5204	260,2	71,29%	9,19
Oddział Dziecięcy	28	1153	6432	229,7	62,94%	5,58
Oddział Neonatologiczny	34	1055	5261	154,7	42,39%	4,99
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	42	2263	10828	257,8	70,63%	4,78
Oddział Chirurgii Ogólnej	64	2328	15582	243,5	66,70%	6,69
RAZEM	365	11468	90102	246,9	67,63%	7,86

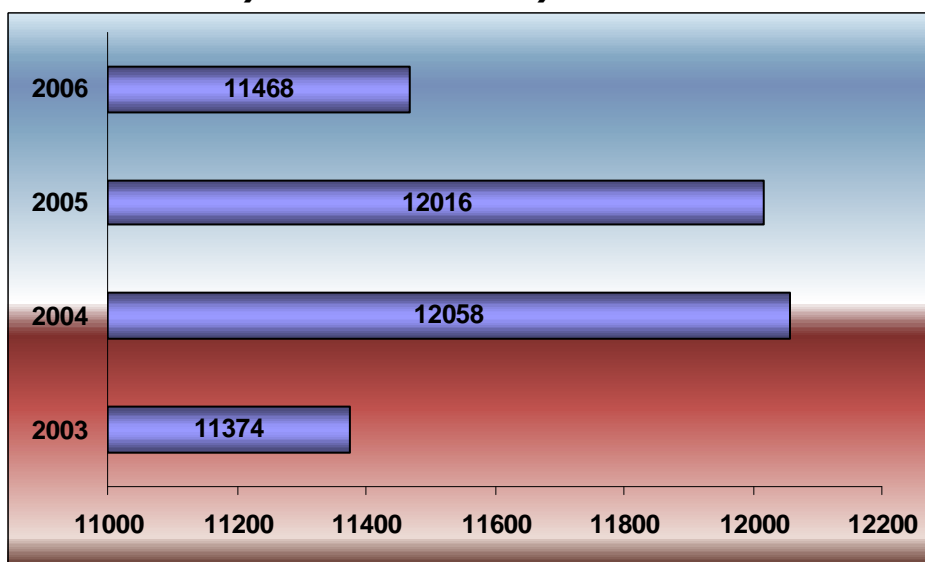
Źródło: dane z SP ZOZ w Myślenicach

Rys. II-18. **Średnie procentowe wykorzystanie łóżek w SP ZOZ w Myślenicach w latach 2003-2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z SP ZOZ w Myślenicach

Rys. II-19. **Liczba leczonych w SP ZOZ w Myślenicach w latach 2003-2006**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z SP ZOZ w Myślenicach

SP ZOZ w Myślenicach jest jednostką średniej wielkości, prowadzącą działalność leczniczą w zakresie leczenia zamkniętego, ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego oraz pomocy doraźnej. Lecznictwo stacjonarne jest reprezentowane przez 10 oddziałów i Stację Dializ. Szpital posiada dość dobrze rozwiniętą bazę diagnostyczną, zarówno w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, jak i obrazowej.

Funkcjonowanie i rozwój bazy łóżkowej w Myślenicach jest ściśle powiązany z położeniem Myślenic i lokalizacją konkurencyjnych jednostek leczenia stacjonarnego. Położenie to w dużym stopniu determinuje możliwe kierunki rozwoju poszczególnych dyscyplin medycznych i ich znaczenie na wojewódzkiej mapie ochrony zdrowia.

3. OPIEKA ZDROWOTNA NAD MATKĄ I DZIECKIEM

Zagadnienia związane z opieką zdrowotną nad matką i dzieckiem reguluje w Polsce szereg aktów prawnych określających zakres tej opieki oraz jej realizatorów. Do najważniejszych z nich należą m. in.:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. *w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. nr 214, poz. 1816),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą* (Dz. U. nr 282, poz. 2814),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. *w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane* (Dz. U. nr 276, poz. 2740),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. *w sprawie wykazu obowiązujących szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień* (Dz. U. nr 237, poz. 2018 z późn. zm.),
- komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień.

Jednym z istotnych kierunków polityki zdrowotnej w Polsce jest zdrowie dzieci i młodzieży. Znalazło to odzwierciedlenie również w zapisach projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015.11 Zakłada się w nim kontynuację realizacji dotychczasowych założeń NPZ oraz wzbogacenie obszarów działań o wnioski płynące z analiz demograficznych i ekonomicznych tzn. podjęcie działań dotyczących m. in.: problemów macierzyństwa i zwiększenia dzietności polskich rodzin. Koncepcja NPZ jest zgodna z założeniami programu Unii Europejskiej dotyczącego monitorowania stanu zdrowia (Decyzja 1400/1997/WE) oraz nowej strategii zdrowia publicznego. W nowym NPZ duży nacisk położono, obok celów skierowanych do wszystkich, na działania skierowane szczególnie do wybranych populacji w tym matek i dzieci i są to:

- cel nr 12 – poprawa opieki nad matką i dzieckiem,
- cel nr 13 – usprawnienie wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Zadania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w zakresie opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem ukierunkowane zostały na następujące problemy:

- **opieka zdrowotna nad kobietą i noworodkiem:** promocja zdrowia kobiet, opieka profilaktyczno-lecznicza nad kobietą w okresie prokreacyjnym, w ciąży, w okresie porodu,

11. „Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006 r.

połogu oraz opieka nad noworodkiem, realizacja programów profilaktycznych, głównie raka szyjki macicy i piersi, poprawa jakości świadczeń w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii;

- **opieka zdrowotna nad dzieckiem:** opieka profilaktyczna i lecznicza nad niemowlęciem i małym dzieckiem, współdziałanie z inspekcją sanitarną w zakresie monitorowania i koordynacji wykonywania szczepień ochronnych, poprawa jakości świadczeń w zakresie pediatrii, opieka zdrowotna nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania;
- **koordynacja i monitorowanie realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych:** w zakresie realizacji celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, a dotyczących populacji kobiet i dzieci.

Celem podejmowanych działań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem było osiągnięcie do 2005 r. wymiernych korzyści zdrowotnych w postaci między innymi¹²:

- zmniejszenia odsetka wcześniactwa i małej masy urodzeniowej z 6,0 do 5,0 oraz zmniejszenia różnic między regionami do poziomu nie przekraczającego 50,0%,
- obniżenia umieralności okołoporodowej z 8,4‰ do 7,5‰ oraz zmniejszenia różnic pomiędzy regionami do poziomu nie przekraczającego 50,0%,
- zmniejszenia wskaźnika umieralności niemowląt z 8,1 do 6,0 na 1 000 urodzeń żywych oraz zmniejszenia różnic pomiędzy regionami do poziomu nie przekraczającego 50,0%,
- zmniejszenia zgonów dzieci i młodzieży z powodu wypadków, urazów i zatruc z 2 200 w 2000 r. do 1 000 w 2005 r. oraz zahamowania trendu wzrostowego zamachów samobójczych,
- utrzymania wysokiego stopnia uodpornienia populacji na choroby zakaźne drogą szczepień ochronnych,
- zapewnienia świadczeń medycznych uczniom we wszystkich polskich szkołach,
- kształtowanie wśród uczniów prozdrowotnych postaw, zachowań, umiejętności i motywacji życiowych,
- poprawy dostępności opieki, jakości diagnostyki i leczenia dzieci, młodzieży i kobiet w wieku rozrodczym,
- redukcji liczby zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i połogiem,
- zmniejszenia umieralności kobiet z powodu chorób nowotworowych narządu rodnego i piersi.

Monitorowanie i analiza danych dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży jest ważnym elementem rozpoznawania problemów zdrowotnych tej populacji. Szczegółowa analiza stanu zdrowia dzieci i młodzieży może być prowadzona w oparciu o takie wskaźniki jak: struktura natężenia i przyczyn zgonów oraz hospitalizacji. Analizy dotyczące częstości i przyczyn hospitalizacji dzieci i młodzieży mogą być źródłem informacji na temat czynników mających wpływ na zdrowie tej populacji. Są pomocne w określaniu potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz pozwalają na podejmowanie zintegrowanych

¹²„Aktualna sytuacja w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce”, J. Szymborski, S. Radiukiewicz, E. Iwanicka, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Warszawa 2002 r.

działań na różnych szczeblach zarządzania na rzecz rozwiązywania aktualnych problemów zdrowotnych tej populacji.

W 2005 r. w województwie mieszkało 3 266 187 osób, podczas gdy w 2000 r. liczba ludności województwa wynosiła 3 233 799. Nastąpił zatem wzrost liczby ludności o 32 388 osób. Na 100 mężczyzn w 2005 r. przypadało 106,2 kobiet (wskaźnik feminizacji), podczas gdy w 2000 r. wskaźnik feminizacji wynosił 105,3. W 2005 r. mężczyźni stanowili 48,5% (1 584 312), a kobiety 51,3% (1 681 875). W roku 2000 udział procentowy mężczyzn w populacji województwa wynosił 48,7%, a kobiet – 51,3%.

Liczba ludności powiatu myślenickiego od 2000 r. systematycznie rośnie i w okresie od 2000 do 2005 wzrosła o 3 185 osób. W tym samym okresie czasu, liczba kobiet wzrosła o 1 896 (tj. o 3,3%), a liczba mężczyzn - o 1 289 osób (tj. o 2,3%). W powiecie myślenickim (według stanu na 31.12.2005 r.) mieszkały 116 484 osoby, z czego mężczyźni stanowili 48,6% (57 853), a kobiety – 51,4% (58 631). W 2000 r. stosunek ten wynosił odpowiednio 49,9:50,1. Na 100 mężczyzn w powiecie w 2005 r. przypadało 101,3 kobiet, a w 2000 r. wskaźnik feminizacji wynosił 100,3.

Gęstość zaludnienia w województwie wzrosła z 214 osób na 1 km² w 2000 r. do 215 w 2005 r. W powiecie myślenickim wzrost gęstości zaludnienia był w latach 2000-2005 wyższy niż w województwie i wynosił 5 osób na km² – z 168 osób na km² w 2000 r. do 173 osób w 2005 r.
- Tab. II-2.

Tab. II-2. **Populacja ludności w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005 – liczby bezwzględne** (stan na dzień 31.XII.)¹³

Wyszczególnienie		Gęstość zaludnienia na 1 km ²	Ludność faktycznie zamieszkała		
			ogółem	mężczyźni	kobiety
Małopolska	2000 r.	214	3 233 799	1 574 910	1 658 889
	2001 r.	214	3 240 928	1 578 176	1 662 752

¹³na podstawie danych zawartych w Biuletynach statystyczno-informacyjnych ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2000-2005 Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

	2002 r.	214	3 237 217	1 571 472	1 665 745
	2003 r.	214	3 252 949	1 578 790	1 674 159
	2004 r.	215	3 260 201	1 581 768	1 678 433
	2005 r.	215	3 266 187	1 584 312	1 681 875
powiat myślenicki	2000 r.	168	113 299	56 564	56 735
	2001 r.	169	114 005	56 965	57 040
	2002 r.	169	114 067	56 721	57 346
	2003 r.	171	114 949	57 133	57 816
	2004 r.	172	115 761	57 507	58 254
	2005 r.	173	116 484	57 853	58 631

Powiat myślenicki jest jednym z 22 powiatów Małopolski. Położony w zachodniej części województwa bezpośrednio sąsiaduje w 7 powiatami – bocheńskim, limanowskim, nowotarskim, suskim, wadowickim, krakowskim i wielickim. Analizy dokonywane w tej części raportu zostały poszerzone (tam, gdzie było to możliwe) o dane dotyczące tych właśnie powiatów w celu umożliwienia dokonywania porównań.

W województwie małopolskim w 2005 r. urodziło się 32 477 dzieci (urodzenia żywe), tj. o ponad 499 dzieci więcej niż w roku 2004 i o 2 641 mniej niż w roku 2000. Od 2000-2003 r. w województwie zaobserwowano systematyczny spadek liczby urodzeń żywych z 35 118 w 2000 r. do 31 879 w 2003 r. tj. o 10,1% (3 239 urodzeń żywych). Od 2004 notuje się systematyczny powolny wzrost liczby urodzeń żywych o 99 w 2004 r. (w stosunku do roku 2003) i o 499 w 2005 r. (w stosunku do 2004 r.) – Tab. II-3.

Współczynnik urodzeń żywych na 1000 ludności był równy 10,00 (wyższy od współczynnika dla Polski, który w 2005 r. wynosił 9,6/1000 ludności). Był niższy od współczynników urodzeń żywych w latach 2000-2003 (10,93 w 2000 r., 10,48 w 2001 r. 10,03 w 2002 r.), ale wyższy od współczynników dla lat 2002 i 2004, które wynosiły odpowiednio: 9,86 i 9,87. W województwie małopolskim utrzymuje się dodatni współczynnik przyrostu naturalnego od 2,06 w 2000 r. do 1,08 w 2005 r. – Tab. II-4.

Liczba urodzeń żywych w powiecie myślenickim od 2000 r. spadła z 1 496 w 2000 r. do 1 384 w 2005 r., a najniższy poziom osiągnęła w 2003 r. – 1 309 urodzeń żywych i od tego roku znowu systematycznie rośnie. W 2005 r. wskaźnik przyrostu naturalnego kształtował się na poziomie 3,91 i był wyższy od wskaźnika dla województwa o 2,83. Szczegółowe dane dotyczące urodzeń żywych oraz przyrostu naturalnego za lata 2000-2005 dla województwa oraz powiatu myślenickiego przedstawiają tabele II-3-II-4.

Tab. II-3. **Ruch naturalny ludności w liczbach bezwzględnych w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005 14**

Wyszczególnienie		Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
			ogółem	w tym niemowląt	
Małopolska	2000 r.	35 118	28 503	259	6 615
	2001 r.	33 779	28 596	235	5 183
	2002 r.	32 301	27 805	220	4 496
	2003 r.	31 879	28 715	173	3 164
	2004 r.	31 978	28 223	191	3 755
	2005 r.	32 477	28 965	189	3 512
powiat myślenicki	2000 r.	1 496	908	8	588
	2001 r.	1 424	994	15	430
	2002 r.	1 338	896	10	442
	2003 r.	1 309	926	8	383
	2004 r.	1 355	884	6	471
	2005 r.	1 384	931	5	453

Tab. II-4. **Ruch naturalny ludności - wskaźniki na 1 000 ludności w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005 15**

Wyszczególnienie		Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
			ogółem	w tym niemowląt*	
Małopolska	2000 r.	10,93	8,87	7,38	2,06
	2001 r.	10,48	8,87	6,96	1,61
	2002 r.	10,03	8,64	6,81	1,40
	2003 r.	9,86	8,88	5,43	0,98
	2004 r.	9,87	8,71	5,97	1,16
	2005 r.	10,00	8,92	5,82	1,08
powiat myślenicki	2000 r.	13,24	8,03	5,35	5,20
	2001 r.	12,53	8,75	10,53	3,78
	2002 r.	11,76	7,88	7,47	3,89
	2003 r.	11,44	8,09	6,11	3,35
	2004 r.	11,76	7,67	4,43	4,09
	2005 r.	11,94	8,03	3,61	3,91

* - na 1000 urodzeń żywych

Największa liczba urodzeń w województwie małopolskim w latach 2003-2005 dotyczyła kobiet w wieku 25-29 lat – 37,5% w 2005 r., 37,6% w 2004 r. oraz 36,8% w 2003 r. Następną grupą kobiet najczęściej rodząca w województwie małopolskim w latach 2003-2005 były kobiety w wieku 20-24 lat. Analogiczna sytuacja występowała w powiecie myślenickim, w którym porody kobiet w wieku 25-29 lat stanowiły odpowiednio: 37,3% w 2005 r. i 2004 r. oraz 35,9 w 2003 r. – załącznik nr 3 w aneksie do niniejszego opracowania.

14 na podstawie danych zawartych w Biuletynach statystyczno-informacyjnych ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2003-2005 Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

15 na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

W 2005 r. w powiecie myślenickim w publicznych zakładach opieki stacjonarnej odbyło się 1 165 porodów, tj. o 41 więcej niż w roku 2004 (1 124 porody) oraz o 18 więcej niż w roku 2003 (1 111 147 porodów). Plasowało to powiat myślenicki na 7 miejscu w województwie pod względem liczby porodów – najwięcej - 7 698 odbyło się w Krakowie, a najmniej - 486 w powiecie proszowickim (podobne miejsce zajmował powiat w latach 2003 i 2004 w województwie) – załącznik nr 4 w aneksie do niniejszego opracowania.

W 2005 r. wykonano 320 cięć cesarskich (292 w 2004 r. i 243 w 2003 r.), a wskaźnik cięć cesarskich w 2005 r. był wyższy od wskaźnika dla lat poprzednich i wynosił 27,47, podczas gdy w roku 2004 był na poziomie 25,98, a w 2003 r. – 21,19. Pod względem liczby cięć cesarskich powiat myślenicki w 2005 r. znajdował się na 4 pozycji w województwie (najwięcej w Krakowie - 2 720, a najmniej - 73 w powiecie miechowskim), w 2004 r. – na 5 miejscu (najwięcej w Krakowie - 2 300, a najmniej - 87 w powiecie suskim), a w 2003 r. – na 7 miejscu (najwięcej w Krakowie - 2 067, a najmniej - 80 w powiecie miechowskim) – załącznik nr 4 w aneksie do niniejszego opracowania.

W województwie małopolskim w 2005 r. liczba zgonów ogółem kształtowała się na poziomie 28 965 i była mniejsza od liczby urodzeń w województwie o 3 512 (32 477). Wskaźnik zgonów na 1000 ludności w 2005 r. wynosił 8,92 i jego wartość była niższa od współczynnika dla Polski, który wynosił 9,7/1000 ludności. W 2004 r. miały miejsce ogółem 28 223 zgony, a wskaźnik kształtował się na poziomie 8,71. W roku 2005 wśród wszystkich zgonów zanotowano 189 zgonów niemowląt – 0,7%, podczas gdy w 2004 r. miało miejsce 191 zgonów niemowląt (0,7%). Wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych kształtował się w 2005 r. na poziomie 5,82 i był niższy od wskaźnika dla roku 2004 o 0,15 (5,97), ale wyższy od wskaźnika dla roku 2003 o 0,39 (5,43) – tabele II-3-II-4.

Wskaźnik zgonów ogółem na 1000 ludności w latach 2000-2005 w powiecie myślenickim ulegał wahaniom od najwyższego w 2001 r. – 8,75 do najniższego w roku 2004 – 7,67. W 2005 r. osiągnął wartość 8,03. Liczba zgonów niemowląt wahała się od 15 w 2001 r. do 5 w 2005 r., a wskaźniki zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych systematycznie spadają od 2001 r. z 10,65 w 2001 r. do 3,61 w 2005 r. – tabele II-3-II-4.

Dane dotyczące umieralności niemowląt, czyli zgonów dzieci do 1. roku życia, są bardzo czułym miernikiem warunków zdrowotnych społeczeństwa i jakości opieki perinatalnej. Umieralność ta w Polsce systematycznie zmniejsza się z 54,8 zgonów na 1000 żywych urodzeń w 1960 r., poprzez 7,5/1000 w 2002 r., 7,0/1000 w 2003 r. do 6,8/1000 w 2004 r.16, czyli z 54,8‰ do 6,8‰. Na tle krajów Europejskich umieralność niemowląt w Polsce należy uznać za bardzo wysoką. W krajach

zachodnich jest ona około dwukrotnie niższa, i przykładowo w Finlandii wynosi 3,0‰, w Niemczech 4,3‰, Czechach 4,1‰. Na terenie Europy wyższa umieralność niemowląt niż w Polsce utrzymuje się jedynie w takich krajach jak np. Bułgaria 13,2‰, czy Rumunia 17,3‰. Obecny poziom umieralności niemowląt w Polsce występował w krajach UE ponad 10 lat temu, natomiast obecny poziom umieralności niemowląt w krajach Unii będziemy w stanie osiągnąć za 5-7 lat.

Umieralność niemowląt stanowi również istotny element oceny stanu zdrowia danej populacji oraz świadczy nie tylko o poziomie opieki perinatalnej, ale stanowi wskaźnik syntetyczny – mówi o dostępie do opieki zdrowotnej oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej danej populacji. Stanowi także czuły miernik zmian warunków ekonomicznych, socjalnych i środowiskowych. Na tle danych europejskich sytuacja w powiecie myślenickim rysuje się dosyć dobrze.

Oddziały położnicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w województwie dysponowały w 2005 r. 769 miejscami dla noworodków i wcześniaków i liczba ta systematycznie od 2001 r. maleje z 1000 miejsc, podobnie jak liczba łóżek i inkubatorów. W 2005 r. zanotowano wzrost liczby noworodków martwo urodzonych z 124 w 2004 r. do 133 w 2005 r., a co za tym idzie wzrost wskaźnika martwo urodzonych z 0,47% do 0,50% - załącznik nr 5 w aneksie do niniejszego opracowania.

Powiat myślenicki dysponował w 2005 r. w publicznej opiece stacjonarnej 34 miejscami dla noworodków i wcześniaków - 28 łózkami i 6 inkubatorami. Liczba noworodków martwo urodzonych była taka sama, jak w roku 2004 (4 noworodki), i mniejsza od liczby noworodków martwo urodzonych w latach 2001-2003 (6 w 2001 r., 8 w 2002 r., 5 w 2003 r.). Wskaźnik martwo urodzonych w powiecie wynosił 0,34. Był niższy od wskaźnika dla województwa o 0,16 i był jednym z najniższych w województwie – 13 miejsce wśród 19 powiatów województwa licząc od najwyższego (najwyższy = 0,68 zanotowano w Krakowie, a najniższy = 0,15 – w powiecie olkuskim). W 2004 r. wskaźnik martwo urodzonych w powiecie myślenickim wynosił 0,35 i również był niższy od wskaźnika dla województwa o 0,15 oraz jednym z najniższych w województwie – 12 miejsce w województwa (najwyższy = 0,76 zanotowano w powiecie oświęcimski, a najniższy = 0,12 – brzeskim). Podobna sytuacja miała miejsce w 2003 r. co pozwala zaobserwować trwałą tendencję spadkową od 2002 r. – załącznik nr 5 w aneksie do niniejszego opracowania.

Wśród 28 223 zgonów ogółem w Małopolsce w 2004 r. 292 dotyczyły dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, w tym 191 w wieku 0-4 lat, 38 w wieku 5-9 lat, 23 w wieku 10-14 lat i 40 w wieku 15-19 lat – załącznik nr 6 w aneksie do niniejszego opracowania. W powiecie myślenickim na 884 zgony ogółem w 2004 r. 6 dotyczyło dzieci w wieku 0-4 lat, 3 - dzieci w wieku 5-9 lat, 2 - dzieci w wieku 10-14 lat oraz 1 dziecka w wieku 15-19 lat.

Istotnym elementem w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem jest opieka profilaktyczna nad kobietą ciężarną oraz wartość wskaźnika ciągłości opieki nad kobietą w ciąży. Spośród wszystkich 5 014 porad udzielonych kobietom w ciąży przez świadczeniodawców na terenie powiatu myślenickiego, 267 tj. 5,3% stanowiły porady udzielone po raz pierwszy kobietom do 3. miesiąca ciąży, a 286 – powyżej 3. miesiąca ciąży. Wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą w ciąży kształtował się na poziomie 9,1 i był wyższy od wskaźnika dla województwa małopolskiego o 1,5 (7,6 dla Małopolski). Porady udzielone kobietom w ciąży w 2005 r. w powiecie myślenickim stanowiły 23,0% wszystkich porad. Wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą ciężarną w 2005 r. był wyższy od wskaźnika w 2004 r. o 0,1 (9,0 w 2004 r.) oraz w 2003 r. o 0,3 (8,8 w 2003 r.). Wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą w ciąży w powiecie myślenickim w 2005 r. był jednym z najwyższych i plasował powiat na 5 miejscu w województwie (w 2004 r. i 2003 r. – 4 miejsce w województwie) – załącznik nr 7 w aneksie do niniejszego opracowania.

W zakresie opieki lekarskiej nad dziećmi do 1. roku życia w zakładach publicznych, niepublicznych oraz praktykach lekarskich w województwie małopolskim w 2005 r. odsetek wizyt patronażowych do ogółem zbadanych osiągnął poziom 76,3 i był niższy od odsetka dla roku 2004 o 3,0 (79,3) i niższy od odsetka dla roku 2003 o 4,0%. Podobną tendencję spadkową zanotowano w powiecie myślenickim od 2004 r., gdzie w 2005 odsetek wizyt patronażowych spadł z 80,6 w 2004 r. do 78,7 w 2005 r. tj. o 1,9 – załącznik nr 8 w aneksie do niniejszego opracowania. W 2005 r. powiat myślenicki zajmował 12 miejsce w województwie (licząc od najwyższej wartości wskaźnika), pod względem odsetka wizyt patronażowych (najwyższy 99,1 – zanotowano w powiecie brzeskim, a najniższy – 46,3 – w Nowym Sączu). W 2004 r. odsetek wizyt patronażowych plasował powiat na 11 miejscu w województwie (najwyższy 99,5 – zanotowano dla powiatu wadowickiego, a najniższy – 43,5 – dla powiatu dąbrowskiego). W 2003 r. powiat znalazł się na 13 miejscu w województwie (najwyższy odsetek tj. 98,4 – zanotowano w powiecie wadowickim, a najniższy – 53,9 – w powiecie dąbrowskim).

Dzieci do lat 3 objęto w powiecie myślenicki w 2005 r. opieką zdrowotną udzielając dzieciom zdrowym 1 219 porad po raz pierwszy i 9 054 porad po raz następny. W roku 2005 liczba porad udzielonych po raz pierwszy w stosunku do roku 2004 wzrosła o 350 z 869 (o 40,3%), a liczba porad udzielonych po raz następny wzrosła o 2 406 porad (tj. o 36,2%). Wskaźnik wizyt domowych w 2005 r. wynosił 71,12 i zmniejszył się w stosunku do roku 2004 o 2,98 (w 2004 r. – 74,1) – Tab. II-5.

Tab. II-5. Opieka zdrowotna nad dziećmi do lat 3 w województwie małopolskim i powiecie myślenickim w latach 2004-200517

Poradnie dla dzieci lekarz rodzinny	Porady udzielone przez lekarzy dzieciom zdrowym	
	po raz pierwszy	
	Razem	po raz następny
		w tym w wieku:

	do 1 roku	do 1 miesiąca		1-11 miesiące	Razem do 3 lat	w tym w wieku do 1. roku
		w domu	w poradni			
Małopolska						
2005 r.	30 709	20 805	6 454	3 450	291 467	154 726
2004 r.	29 987	20 683	5 405	3 899	295 574	153 684
powiat myślenicki						
2005 r.	1 219	867	234	118	9 054	5 224
2004 r.	869	644	155	70	6 648	3 505

W 2005 r. wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat pozostających pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie myślenickim u 5 729 stwierdzono różnego rodzaju schorzenia. Wśród nich znalazło się 1 336 osób, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy właśnie w tym roku. Liczba osób, u których stwierdzono schorzenia ogółem w 2005 r. była mniejsza niż w 2004 r. o 238 osób, natomiast liczba osób, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w 2005 r. była większa niż w 2004 r. o 473 – załącznik nr 9 w aneksie do niniejszego opracowania.

Najczęstszymi przyczynami zgłaszania się dzieci i młodzieży do 18 r. ż. do poradni leczenia podstawowego w **powiecie myślenickim** w 2005 r. były:

- zniekształcenia kręgosłupa,
- zaburzenia refrakcji i akomodacji oka,
- alergię (w tym głównie dychawica oskrzelowa),
- zaburzenia rozwoju,
- otyłość,
- padaczka,
- niedożywienie.

W roku 2004 do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w **powiecie myślenickim** pacjenci w wieku do 18 lat zgłaszali się najczęściej z powodu:

- zniekształcenia kręgosłupa,
- zaburzenia refrakcji i akomodacji oka,
- alergii (w tym głównie dychawicy oskrzelowej),
- zaburzeń rozwoju,
- niedożywienia,
- otyłości,
- zaburzeń odżywiania.

Natomiast wśród pacjentów powiatu myślenickiego w wieku do 18 lat, u których w 2005 r. po raz pierwszy stwierdzono schorzenia, najczęstszymi przyczynami zgłaszania się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej były:

- zniekształcenia kręgosłupa,
- alergie (w tym głównie dychawica oskrzelowa),
- zaburzenia refrakcji i akomodacji oka,
- zaburzenia rozwoju,
- otyłość,
- niedożywienie ,
- niedokrwistość (załącznik nr 9 w aneksie do niniejszego opracowania).

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży w **powiecie myślenickim** w 2005 r. wskazały konieczność objęcia opieką czynną 5 729 osób w tym z powodu:

- zniekształceń kręgosłupa – 2 456 osób (o 452 osoby więcej niż w 2004 r.),
- zaburzeń refrakcji i akomodacji oka – 1 408 osób (o 360 osób więcej),
- zaburzeń rozwoju – 1 068 osób (o 380 więcej),
- dychawicy oskrzelowej – 631 osób (o 159 osób więcej),
- alergii skórnych – 443 osoby (o 146 więcej),
- otyłości – 345 (o 109 więcej) – załącznik nr 10 w aneksie do niniejszego opracowania.

Ważnym elementem opieki nad dzieckiem są szczepienia ochronne. Działania w tym zakresie reguluje:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. *w sprawie wykazu obowiązkujących szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień* (Dz. U. nr 237, poz. 2018 z późn. zm.),
- ustawa z dnia 6 września 2001 r. *o chorobach zakaźnych i zakażeniach* (Dz. U. nr 126, poz. 1384 z późn. zm.),
- komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień,
- program szczepień ochronnych na dany rok.

Informacje na temat realizowanych szczepień ochronnych gromadzą powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne na drukach MZ-54, które dokonują okresowych analiz wykonawstwa szczepień wśród dzieci i młodzieży w podległych powiatach.

Program szczepień ochronnych określa kalendarz szczepień obowiązkowych (dla dzieci i młodzieży według wieku oraz osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie) oraz szczepienia zalecane (nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia). Finansowanie szczepień

ochronnych obowiązkowych odbywa się ze środków publicznych poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia. W programie szczepień ochronnych obowiązkowych ustalono szczepienia przeciw:

- błonicy,
- krztuścowi,
- tężcowi,
- nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis),
- odrze dzieci i młodzieży,
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
- gruźlicy dzieci i młodzieży,
- wścieklicznie osób pokąsanych lub oślinionych przez zwierzęta podejrzane o wścieklicznę,
- różyczce dziewcząt,
- śwince dzieci i młodzieży,
- Haemophilus influenzae typu b u dzieci.

O ważności zagadnienia szczepień ochronnych może świadczyć fakt, że zbyt niskie uodpornienie populacji dziecięcej nawet w jednym województwie stanowi zagrożenie dla realizacji krajowych programów eradykacji i eliminacji chorób zakaźnych (np. poliomyelitis, odry) oraz stwarza ryzyko wystąpienia epidemii wyrównawczych wśród osób nie uodpornionych.

Zgodnie z informacją Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Krakowie sytuacja epidemiologiczna szczepień w województwie małopolskim w 2005 r. uległa poprawie w stosunku do roku poprzedniego, wykazując wzrost odsetka zaszczepionych dzieci i młodzieży we wszystkich rocznikach. Stan zaszczepienia dzieci przedszkolnych wzrósł o około 0,5% do 1,5%, natomiast dzieci szkolnych o 2,0% do 7,0%. Dysproporcje we wskaźnikach zaszczepienia między poszczególnymi powiatami zmniejszyły się.

W zakresie realizacji programu eradykacji poliomyelitis, w 2005 r. po raz pierwszy uzyskano w każdym powiecie wymagany wskaźnik zaszczepienia 95% dzieci w 2. roku życia. Pozytywnym zjawiskiem w województwie był wzrost odsetka zaszczepienia dzieci przeciwko odrze w 2. roku życia (w 2004 r. poziom zaszczepienia przeciwko odrze w 2. roku życia wynosił 81,7%, a w 7. roku życia – 72,9%, co skutkowało nie spełnieniem wymagań stawianych przez WHO w ramach programu eliminacji odry, które określały minimalny próg zaszczepienia przeciwko odrze na poziomie 95%). Niewątpliwie przyczyniło się do tego wprowadzenie szczepionki skojarzonej MMR przeciw odrze, śwince i różyczce. Notowany wzrost zaszczepienia daje podstawy do pozytywnej oceny realizacji programu eliminacji odry.

Analiza realizacji szczepień dzieci i młodzieży szkolnej wykazała w 2005 r. zdecydowaną poprawę. Jest ona wynikiem zarówno stabilizacji organizacji szczepień (zmiany wprowadzono w 2004 r.), jak i wzmoczonego nadzoru inspekcji sanitarnej. Można stwierdzić, że społeczna akceptacja szczepień

w województwie małopolskim wzrasta, o czym świadczą dane zawarte w analizie procentowej realizacji szczepień obowiązkowych – załącznik nr 11 i 12 w aneksie do niniejszego opracowania.

Podobnie, jak w województwie małopolskim, tak i w powiecie myślenickim zanotowano w 2005 r. wzrost wykonawstwa szczepień ochronnych dzieci i młodzieży w stosunku do roku 2004. Stan uodpornienia dzieci i młodzieży (zgodnie z programem szczepień ochronnych obowiązującym na rok 2005) uległ poprawie w stosunku do roku 2004. Odnotowano wzrost liczby osób zaszczepionych na grypę, WZW typu B i A, kleszczowe zapalenie mózgu. W grupie wiekowej 0 do 6 lat odnotowuje się wzrost uodpornienia dzieci przy zastosowaniu szczepionek zalecanych. W 2005 r., w porównaniu z 2004 r., poziom zaszczepienia na DTP w 1. roku życia utrzymywał się na podobnym poziomie – 53,7 w 2005 r. i 53,4 w 2004 r., natomiast nastąpił wzrost wykonania szczepień poliomyelitis o 1,1% z 53,8 w 2004 r. do 54,9% w 2005 r. W 2005 r., u dzieci w 2. roku życia zanotowano niewielki postęp w realizacji szczepień w zakresie szczepień przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP) – wzrost wykonawstwa szczepień z 97,8% w 2004 r. do 98,2% tj. o 0,4% oraz w zakresie poliomyelitis z 98,4% w 2004 r. do 99,1 w 2005 r. tj. o 0,7% - załącznik nr 11 i 12 w aneksie do niniejszego opracowania.

Przekroczenie w powiecie myślenickim, w wielu przypadkach, poziomu 90%, a w przypadku odry 95% w zakresie wyszczepialności dzieci i młodzieży świadczy o sukcesie organizatorów i realizatorów szczepień ochronnych. Jest to jednocześnie spełnienie jednego z wymogów Światowej Organizacji Zdrowia. Należy jednak podejmować dalsze działania w celu poprawy odsetka zaszczepionych w odniesieniu do wszystkich szczepień ochronnych ze szczególnym naciskiem m. in. na wirusowe zapalenie wątroby typu B (1. i 14. rok życia), błonicę i tężec (1. i 2. rok życia), krztusiec (1. i 2. rok życia), Poliomyelitis (1. i 2. rok życia) oraz odrę (2. i 7. rok życia).

Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej oraz stan opieki zdrowotnej nad nimi to obszar zainteresowań medycyny szkolnej. Głównymi zagrożeniami życia uczniów w Polsce są wypadki i urazy, zachowania zdrowotnie ryzykowne jak: używanie środków uzależniających – tytoń, alkohol, narkotyki, czy przemoc w szkole oraz niewłaściwe zachowania zdrowotne (niska aktywność fizyczna, niewłaściwe nawyki żywieniowe), a także niedostosowanie społeczne. Najczęściej występującymi w Polsce w populacji szkolnej zaburzeniami są wady wzroku, próchnica zębów, choroby alergiczne, stres, nerwice szkolne, zaburzenia statyki ciała, wady zgryzu, nadwaga i otyłość oraz bulimia i jadłowstręt. Koncepcje opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym ulegają ciągłym zmianom sprowadzając się obecnie do opieki pielęgniarzkiej. Uczniowie jako zbiorowość zostali pozbawieni opieki lekarskiej w szkole, a z indywidualnej opieki mogą korzystać w miejscu zamieszkania u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zaburza to w praktyce nieco realizację zadań profilaktycznych.

Zakres świadczeń profilaktycznych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 1992 r. *w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami* (Dz. U. nr 87 poz. 441 z późn. zm.) wydane na podstawie art. 92 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*

(Dz. U. nr 95 poz. 425 z późn. zm.). Zgodnie z §2 powyższego rozporządzenia świadczenia profilaktyczne realizowane w miejscu nauczania i wychowania obejmują w szczególności:

- powszechne lekarskie badania profilaktyczne,
- badania przesiewowe,
- okresowe profilaktyczne badania stomatologiczne,
- obowiązkowe szczepienia ochronne.

Zakres i terminy wykonywania badań profilaktycznych realizowanych w środowisku nauczania i wychowania określa załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 1992 r. *w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami* (Dz. U. nr 87 poz. 441 z późn. zm.), natomiast uszczegółowienie zasad, form i organizacji opieki zawarte jest w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami.

Testy przesiewowe większości uczniów wykonywane są w gabinetach medycznych szkolnych. W przypadku braku gabinetu w szkole, testy przesiewowe wykonywane są w praktykach lekarzy rodzinnych. Wykonuje je pielęgniarka lub higienistka w środowisku nauczania i wychowania. W przypadku, gdy świadczeniodawcą obejmującym opieką uczniów jest praktyka lekarza rodzinnego testy przesiewowe uczniów wykonuje pielęgniarka praktyki po kursie kwalifikacyjnym dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania. Szczepienia ochronne oraz badania bilansowe wykonywane są w gabinetach zabiegowych w zakładach opieki zdrowotnej.

W roku szkolnym 2005/2006 profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w województwie małopolskim sprawowało 310 zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w zakresie medycyny szkolnej, w tym 259 zakładów lekarsko-pielęgniarskich i 51 zakładów pielęgniarskich. W stosunku do roku szkolnego 2004/2005 liczba ta zmniejszyła się o 2 zakłady. Świadczenia udzielane były uczniom przez 769 osób personelu w tym 661 pielęgniarek i 108 higienistek szkolnych. 685 osób personelu posiadało kurs kwalifikacyjny z zakresu opieki w środowisku nauczania i wychowania (o 39 osób więcej niż w roku szkolnym 2004/2005), 661 osób legitymowało się ukończeniem kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych (o 15 więcej niż w roku poprzednim), a 479 osób ukończyło szkolenie z zakresu prowadzenia fluoryzacji grupowej – załącznik nr 13 i 14 w aneksie do niniejszego opracowania.

Świadczenia z zakresu medycyny szkolnej w roku szkolnym 2005/2006 udzielane były w powiecie myślenickim przez 15 zakładów opieki zdrowotnej – 5 lekarsko-pielęgniarskich i 10 pielęgniarskich. Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami sprawowało 27 osób (o 1 osobę więcej niż w roku szkolnym 2004/2005), w tym 26 pielęgniarek i 1 higienistka. 26 osób personelu posiadało ukończony kurs kwalifikacyjny w środowisku nauczania i wychowania (o 3 osoby więcej niż w roku poprzednim), a 27 osób (100%) kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych (o 2 osoby więcej niż w roku szkolnym 2004/2005) – załącznik nr 13 i 14 w aneksie do niniejszego opracowania.

W roku szkolnym 2005/2006 w powiecie myślenickim testom przesiewowym podlegało 12 757 uczniów, a przebadano 12 718 uczniów tj. 99,7%, w roku szkolnym 2004/2005 badaniom podlegało 12 965 uczniów, a przebadano 12 939 tj. 99,8%. Powszechne profilaktyczne badania lekarskie obejmowały w roku szkolnym 2005/2006 7 646 uczniów, a przebadano 7 121 tj. 93,1%, podczas gdy w roku szkolnym 2004/2005 profilaktycznym badaniom podlegało 7 922 uczniów, a przebadano 7 282 tj. 91,9%.

Badania uczniów prowadzone w roku szkolnym 2005/2006 w szkołach powiatu myślenickiego informują, że 13 132 uczniów borykało się z problemami zdrowotnymi, 1 890 z problemami szkolnymi, a 1 182 z problemami społecznymi. W stosunku do roku szkolnego 2004/2005 odnotowano znaczny wzrost liczby uczniów z problemami szkolnymi, społecznymi i zdrowotnymi z 14 163 w roku 2004/2005 do 16 204 w roku 2005/2006 załącznik nr 15 i 17 w aneksie do niniejszego opracowania.

Najczęściej diagnozowanymi problemami zdrowotnymi wśród uczniów w roku szkolnym 2005/2006 były:

- zaburzenia statyki ciała,
- wady i choroby narządu wzroku – wady refrakcji,
- zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym – niedobór wzrostu i wagi,
- nieprawidłowości stomatologiczne,
- przewlekłe choroby układu oddechowego – alergie,
- zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym – nadwaga – załącznik nr 15 i 16 w aneksie do niniejszego opracowania.

Najczęściej diagnozowanymi problemami zdrowotnymi wśród uczniów w roku szkolnym 2004/2005 były:

- zaburzenia statyki ciała,
- wady i choroby narządu wzroku – wady refrakcji,
- nieprawidłowości stomatologiczne,
- zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym – niedobór wzrostu i wagi,
- przewlekłe choroby układu oddechowego – alergie,
- zaburzenia w rozwoju somatycznym i psychicznym – nadwaga – załącznik nr 17 i 18 w aneksie do niniejszego opracowania

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w powiecie myślenickim udzielane były w 25 niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej funkcjonujących na

terenie 9 gmin powiatu: Myślenice, Dobczyce, Lubień, Pcim, Raciechowice, Sułkowice, Siepraw, Tokarnia, Wiśniowa (Tab. II-6).

Tab. II-6. **Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zabezpieczające świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie myślenickim w 2006 r.18**

Lp.	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	Adres
GMINA MYŚLENICE		
1.	Poradnia Pediatriczno-Internistyczna	Myślenice, ul. Szpitalna 2
2.	Ośrodek Pediatriczno-Internistyczny	Myślenice, ul. Szpitalna 2
3.	Poradnia Lekarza Rodzinnego „DOCTUS”	Myślenice, ul. Szpitalna 2
4.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Myślenice, ul. Pardyaka 21
5.	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „SALUS”	Głogoczów 406
6.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Trzemeśnia 218
7.	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Trzemeśnia 218
GMINA DOBCZYCE		
8.	Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej „DOB-MED	Dobczyce, Rynek 16
GMINA LUBIEŃ		
9.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „LUB-MED.”	Lubień 475
10.	SNZOZ Przychodnia Gabinet Medycyny Rodzinne	Skomielna Biała 391
GMINA PCIM		
11.	Ośrodek Diagnostyczno-Lecznicy	Pcim 5
12.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Stróża 630
13.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Trzebusia 386
GMINA RACIECHOWICE		
14.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Raciechowice 113
15.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Zegartowice 115
GMINA SIEPRAW		
16.	Ośrodek Zdrowia Bib	Siepraw 741
17.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMEDIUM	Siepraw 741
GMINA SUŁKOWICE		
18.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VITAMED”	Sułkowice, ul. Szkolna 9
19.	Przychodnia Medycyny Rodzinnej	Sułkowice, ul. Szkolna 9
20.	NZOZ Przychodnia Zdrowia „Bieżanów” Poradnia Sułkowice	Sułkowice, ul. Szkolna 9
GMINA TOKARNIA		
21.	Gabinet Lekarza Ogólnego	Tokarnia 400
22.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Tokarnia 400
23.	Praktyka Grupowa Pediatriczno-Internistyczna	Krzczonów 215
GMINA WIŚNIOWA		
24.	Praktyka Lekarza Rodzinnego	Wiśniowa 317
25.	Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Wiśniowa 317

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r. w powiecie myślenickim świadczeń udzielało 209 osób personelu medycznego w tym 70 lekarzy, 123 pielęgniarki oraz 16 położnych. Liczba

personelu medycznego w stosunku do 2004 r. zwiększyła się o 43 osoby, (w 2004 r. pracowało 166 osób), w tym liczba lekarzy o 15 osób, pielęgniarek o 24 osoby i położnych o 4 osoby. Wśród 209 osób personelu medycznego zatrudnionych było:

- 18 lekarzy rodzinnych (tyle samo w 2004 r.),
- 20 pediatrów (w 2004 r. 12),
- 56 pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych (w 2004 r. 45),
- 27 pielęgniarek środowiskowych nauczania i wychowania (20 w 2004 r.),
- 14 położnych środowiskowych (10 w 2004 r.) – załącznik nr 19 i 20 w aneksie do niniejszego opracowania.

Opiekę specjalistyczną ambulatoryjną nad matką i dzieckiem w powiecie myślenickim w 2004 r. sprawowały poradnie pediatryczna i ginekologiczno-położnicze (razem 9 poradni). Łącznie udzielono w nich 22 274 porady, a liczba porad na 10 tys. ludności wynosiła 1 924. W 2005 r. opiekę tę sprawowały tylko poradnie ginekologiczno-położnicze, a ich liczba wzrosła z 8 do 12. Łącznie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w 2005 r. udzielono 22 321 porad, a wskaźnik liczby porad na 10 tys. ludności wynosił 1 916. Liczba porad udzielonych w poradniach ginekologiczno-położniczych w 2005 r. zmniejszyła się z 22 092 w 2004 r. do 21 801, tj. o 291 – załącznik nr 21 i 22 w aneksie do niniejszego opracowania.

Porady udzielone w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie małopolskim w 2005 r. stanowiły 13,5% wszystkich porad udzielonych w specjalistycznej opiece ambulatoryjnej w województwie. Udział procentowy porad udzielonych w województwie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w liczbie wszystkich porad w latach 2004 i 2003 wynosił odpowiednio: 13,8% i 14,1%. W powiecie myślenickim w 2005 r. na 170 210 wszystkich porad udzielonych w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej porady w zakresie opieki nad matką i dzieckiem stanowiły 13,1% (22 321 porad). W 2004 r. udział procentowy tych porad wynosił 12,0%, a w 2003 r. – 13,1% – Tab. II-7.

Tab. II-7. *Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w latach 2003-2005*

19 na podstawie danych zawartych w Biuletynach statystyczno-informacyjnych ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2003-2005 Małopolskiego centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

Rok	Liczba porad ogółem	w tym w opiece nad matką i dzieckiem
Małopolska		
2005 r.**	8 066 575	1 084 672
2004 r.**	7 928 922	1 091 149
2003 r.*	7 352 107	1 035 246
powiat myślenicki		
2005 r.	170 210	22 321
2004 r.	185 076	22 274
2003 r.	172 179	22 537

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

Porady ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem świadczone były w powiecie myślenickim w roku 2005 przez 10 lekarzy (o 5 osób mniej niż w 2004 r.), a współczynnik zatrudnienia na 10 tys. ludności osiągnął wartość 0,858 i był niższy od współczynnika dla roku 2004 o 0,44 (1,295) – Tab. II-8.

Tab. II-8. *Zatrudnienie lekarzy w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej w województwie małopolskim i w powiecie myślenickim w latach 2004-2005*

Poradnie	Kod resortowy^a	Małopolska		p. myślenicki	
		2004	2005	2004	2005
Liczby bezwzględne					
Opieki nad matką i dzieckiem razem	1401-1474	783	765	15	10
w tym:					
pediatryczna	1401-1409	74	58	2	0
neonatologiczna	1421	27	26	0	0
ginekologiczno-położnicza	1450-1458	681	670	13	10
Współczynniki na 10 000 ludności					
Opieki nad matką i dzieckiem razem	1401-1474	2,401	2,342	1,295	0,858
w tym:					
pediatryczna	1401-1409	0,226	0,177	0,172	0
neonatologiczna	1421	0,082	0,079	0	0
ginekologiczno-położnicza	1450-1458	2,088	2,051	1,123	0,858

W ramach opieki ambulatoryjnej w 2005 r. przebadano cytologicznie w powiecie myślenickim 1 886 kobiet, co oznacza wzrost w stosunku do roku 2004 o 1 451 kobiet, a w stosunku do 2003 r. wzrost liczby przebadanych kobiet o 1600 osób. Wśród przebadanych cytologicznie kobiet u 16 stwierdzono

20 na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

III grupę cytologiczną, natomiast u żadnej z przebadanych kobiet nie stwierdzono grupy IV. Ponadto, w 2005 r. przebadano cytohormonalnie 105 kobiet tj. o 62 mniej niż w roku 2004 – Tab. II-9.

Tab. II-9. **Badania cytodiagnostyczne kobiet w województwie małopolskim i w powiecie myślenickim w latach 2003-200521**

Wyszczególnienie		Kobiety zbadane:			
		ogółem	cytologicznie		cytohormonalnie
			w tym ze stwierdzoną grupą		
			III	IV	
Małopolska	2003 r.	132495	5406	134	24146
	2004 r.	156019	6751	237	32637
	2005 r.	174061	7864	269	31508
powiat myślenicki	2003 r.	286	4	1	0
	2004 r.	435	7	1	167
	2005 r.	1 886*	16	0	105

* - różnica w stosunku do 2004 r. wynika ze zmiany sposobu gromadzenia danych statystycznych wprowadzonej w 2004 r.

Opiekę stacjonarną w zakresie opieki nad matką i dzieckiem zapewniały, funkcjonujące w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Myślenicach: oddział ginekologiczno-położniczy, oddział dziecięcy i oddział neonatologiczny. Oddziały te dysponowały łącznie w 2005 r. 104 łóżkami (w tym 34 miejsca dla noworodków tzn. łóżeczka i inkubatory). Liczba łóżek była na poziomie roku 2004, ale mniejsza niż w 2003 r. o 13 łóżek w oddziale ginekologiczno-położniczym. Analiza danych dotyczących hospitalizacji pacjentów w 2005 r. wskazuje, że w oddziale ginekologiczno-położniczym hospitalizowano o 51 pacjentek więcej niż w 2004 r. tj. 2,2% (2 353 w 2005 r. i 2 302 w 2004 r.), a w oddziale dziecięcym o 164 pacjentów więcej tj. 14,5% (1 293 w 2005 r. i 1 129 w 2004 r.).

Średnie wykorzystanie łóżek w dniach wzrosło na oddziale ginekologiczno-położniczym ze 170,5 w 2003 r., poprzez 246,9 w 2004 r. do 254,9 w 2005 r. tj. 46,7% w 2003 r. do 69,8% w 2005 r. Na oddziale dziecięcym w analizowanym okresie zaobserwowano również wzrost średniego wykorzystani łóżek w procentach z 60,1 w 2003 r., poprzez 61,8% w 2004 r. do 66,8% w 2005 r. tj. z 219,3 dnia w 2003 r. do 244,0 dni w 2005 r. – załącznik nr 23 w aneksie do niniejszego opracowania.

Średni okres pobytu pacjentek na oddziale ginekologiczno-położniczym wydłużył się z 4,1 dnia w 2003 r. do 4,5 dnia w 2005 r., a na oddziale dziecięcym uległ skróceniu z 5,8 dnia w 2003 r. do 5,3 dnia w 2005 r. Opiekę nad hospitalizowanymi pacjentkami w 2005 r. na oddziale ginekologicznym sprawowało 38 osób personelu (w 2004 r. – 32 osoby, a w 2003 r. – 34), w tym 10 lekarzy i 28 położnych. Natomiast opiekę nad dziećmi na oddziale dziecięcym w 2005 r.

sprawowało 21 osób personelu (w 2004 r. 16 osób, a w 2003 r. – 19), w tym 8 lekarzy i 13 pielęgniarek (załącznik nr 23 w aneksie do niniejszego opracowania).

4. DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB SKIEROWANE DO KOBIET, DZIECI I MŁODZIEŻY.

Mieszkańcy powiatu myślenickiego w latach 2002-2006 mogli korzystać z wielu profilaktycznych programów zdrowotnych organizowanych i finansowanych zarówno przez samorząd powiatowy, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną. Wśród dostępnych dla społeczności lokalnej programów znalazły się m. in.:

- program profilaktyki próchnicy,
- program profilaktyki wad postawy.
- program profilaktyki chorób tarczycy,
- program profilaktyki raka piersi,
- program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca,
- program profilaktyki chorób układu krążenia
- program profilaktyki chorób serca,
- program profilaktyki raka prostaty,
- program profilaktyki chorób zakaźnych,
- program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
- program profilaktyki wad cewy nerwowej,
- program zapobiegania próchnicy.

Poniżej zamieszczono szczegółowe informacje na temat realizowanych programów w układzie:

- I. programy realizowane przez samorząd powiatowy,
- II. programy realizowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
- III. programy realizowane przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.

I. Programy realizowane przez samorząd powiatowy

2006 r.

1. Program profilaktyki próchnicy

Program realizowany był w gminach, które zadeklarowały współfinansowanie w 25%: Siepraw, Myślenice, Lubień i Pcim. Program adresowany był do dzieci z rocznika 1996 i 1997. W ramach jego realizacji wykonano zabiegi lakowania u 644 dzieci. Liczba zębów zalakowanych – 2968. Koszt realizacji programu – **18 495 zł.**

2. Program profilaktyki wad postawy

Program adresowany był do młodzieży z pierwszych klas gimnazjów na terenie powiatu z gmin, które zadeklarowały współfinansowanie programu w 25%: Myślenice, Lubień, Siepraw, Pcim. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad postawy i nieprawidłowości przeprowadzono wśród 456 osób. 23 osoby skierowane zostały na dodatkowe badania i konsultacje. Koszt realizacji - **7 412** zł. Obejmował on również zajęcia gimnastyki korekcyjnej z udziałem młodzieży zakwalifikowanej w badaniu wstępnym. Liczba uczestników – 225, koszt realizacji – **20 575,50** zł.

3. Program profilaktyki chorób tarczycy

Realizowany był we współpracy z SPZOZ w Myślenicach i adresowany do mieszkank powiatu w wieku powyżej 18. roku życia. Obejmował badania poziomu hormonów TSH oraz FT4. Liczba zbadanych – 250 kobiet. Koszt badań -**7 500** zł.

4. Program profilaktyki raka piersi

Obejmował badanie USG piersi mieszkank powiatu myślenickiego, które ukończyły 35 lat. Badanie przeprowadzono u 163 kobiet. Wykryto 15 zmian wymagających dalszej weryfikacji BACC. Koszt realizacji – 9 960 zł. W drugiej turze programu wykonano badania u 23 kobiet. Koszt realizacji 690 zł. Wszystkie pacjentki, u których wykryto zmiany skierowano do Poradni Chorób Sutka SP ZOZ w Myślenicach. Całkowity koszt realizacji - **10 650** zł.

5. Program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Stanowił kontynuację programu realizowanego w latach poprzednich we współpracy z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II. W ramach programu, polegającego na badaniu stopnia uwapnienia tętnic wieńcowych w wybranej populacji, przebadano 87 osób (mieszkańców powiatu myślenickiego) w wieku 45-75 lat. Program realizowany był przez zespół lekarzy Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc we współpracy z pielęgniarkami, psychologiem i dietetykiem. Koszt jednego badania wynosił 487 zł. Razem koszt wszystkich badań - **42 369** zł, w tym koszty poniesione przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach – 10 000 zł. Pozostała kwota tj. 32 369 zł pokryta została przez Urząd Marszałkowski w Krakowie.

6. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Realizowany był we współpracy z SPZOZ Myślenice i adresowany do mieszkańców powiatu w wieku powyżej 25. roku życia. Badania przesiewowe poziomu cholesterolu (poszczególne frakcje) oraz badanie poziomu cukru - przebadano 339 osób. Konsultacje kardiologiczne i dodatkowe badania wykonano u 169 osób. Całkowity koszt badań i konsultacji – **10 000** zł.

2005 r.

1. Program profilaktyki próchnicy

Program realizowany był w następujących gminach: Wiśniowa, Myślenice, Lubień i Pćim. Adresowany był do dzieci z rocznika 1998. Wykonano zabiegi lakowania u 411 dzieci. Liczba zębów zalakowanych – 762. Koszt realizacji programu – **5 918** zł.

2. Program profilaktyki wad postawy

Program adresowany był do młodzieży z pierwszych klas gimnazjów na terenie powiatu (z gmin wiejskich). Badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad postawy i nieprawidłowości przeprowadzono wśród 497 osób. Przeprowadzono dodatkowe badania oraz konsultacje w poradni rehabilitacyjnej u 76 osób. Ponadto, przeprowadzono dodatkowe badania u uczniów, którzy przez dwa lata brali udział w zajęciach gimnastyki korekcyjnej. Liczba zbadanych – 155 osób. Koszt realizacji - **775** zł. Program obejmował również zajęcia gimnastyki korekcyjnej z udziałem młodzieży zakwalifikowanej w badaniu wstępnym. Liczba uczestników - 198 osób. Koszt realizacji – **13 764** zł.

3. Program profilaktyki chorób tarczycy

Realizowany był we współpracy z SPZOZ w Myślenicach i adresowany do mieszkank powiatu w wieku powyżej 18. roku życia. Obejmował badania poziomu hormonów TSH oraz FT4. Liczba zbadanych – 400 kobiet. Koszt badań - **15 000** zł.

4. Program profilaktyki raka piersi

Obejmował badanie USG piersi mieszkank powiatu myślenickiego, które ukończyły 35 lat. Badanie przeprowadzono u 400 kobiet. Wykryto 12 zmian wymagających dalszej weryfikacji BACC. Wszystkie pacjentki, u których wykryto zmiany skierowano do Poradni Chorób Sutka SPZOZ w Myślenicach.

5. Program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Kontynuacja programu realizowanego w latach poprzednich we współpracy z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II. W ramach programu przebadano 87 osób (mieszkańców powiatu myślenickiego) w wieku 45-75 lat. Program realizowany był przez zespół lekarzy Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc we współpracy z pielęgniarkami, psychologiem i dietetykiem. Razem koszt wszystkich badań - **42 369** zł, w tym koszty poniesione przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach – 10 000 zł. Pozostała kwotę tj. 32 369 zł pokryta została przez Urząd Marszałkowski w Krakowie.

6. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Realizowany był we współpracy z SPZOZ Myślenice i adresowany do mieszkańców powiatu w wieku powyżej 25. roku życia. Przebadano 788 osób w wieku powyżej 25. roku życia. Konsultacje kardiologiczne i dodatkowe badania wykonano u 215 osób. Całkowity koszt badań i konsultacji – **10 301 zł.**

2004 r.

1. Program profilaktyki próchnicy

Program realizowany był w następujących gminach powiatu: Myślenice, Lubień i Pcim. Adresowany był do dzieci z klas I. i V. (rocznik 1993 i 1997). Wykonano zabiegi lakowania u 985 dzieci. Liczba zębów zalakowanych – 2 455. Koszt realizacji programu – **23 145,50 zł.**

2. Program profilaktyki chorób tarczycy

Adresowany był do kobiet powyżej 40. roku życia nie leczonych z powodu schorzeń tarczycy. Program realizowany był przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Poradnia Endokrynologiczna – „Polsignal” w Myślenicach, ul. Szpitala 2. Liczba uczestniczek programu – 400. Koszt badań – **3 262 zł.** Dodatkowo wykonano badania FT3 i FT4 u osób z podwyższonymi wartościami TSH – 10 osób.

3. Program profilaktyki raka piersi

Obejmował badanie USG piersi mieszkanek powiatu myślenickiego, które ukończyły 35 lat. Badanie przeprowadzono u 547 kobiet. Wykryto 8 zmian wymagających dalszej weryfikacji BACC. Wszystkie pacjentki, u których wykryto zmiany skierowano do Poradni Chorób Sutka SPZOZ w Myślenicach.

4. Program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Kontynuacja programu realizowanego w latach poprzednich. W ramach programu przebadano 83 osoby (mieszkańców powiatu myślenickiego) w wieku 38-76 lat. Razem koszt wszystkich badań – **40 421 zł,** w tym koszty poniesione przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach – 10 000 zł. Pozostała kwota tj. 30 421 zł pokryta została przez Urząd Marszałkowski w Krakowie.

5. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Realizowany był we współpracy z SPZOZ Myślenice i adresowany do mieszkańców powiatu w wieku powyżej 40. roku życia. Badania przesiewowe poziomu cholesterolu oraz badanie poziomu cukru objęły 842 osoby w. Konsultacje kardiologiczne i dodatkowe badania wykonano u 438 osób. Całkowity koszt badań i konsultacji – **12 000 zł.**

6. Program profilaktyki raka stercza

Realizowany we współpracy z SPZOZ Myślenice, adresowany był do mieszkańców powiatu myślenickiego w wieku powyżej 45. roku życia. Konsultacje urologiczne przeprowadzono u 86 mężczyzn. Dodatkowe badania biochemiczne PSA przeprowadzono u 37 mężczyzn.

2003 r.

1. Program profilaktyki próchnicy

Program realizowany był w gminach, które partycypowały w kosztach realizacji: Dobczyce, Siepraw, Lubień i Pcim. Adresowany był do dzieci z rocznika 1996. Dodatkowo w gminie Dobczyce wykonano lakowanie zębów stałych u dzieci z rocznika 1997. Łącznie wykonano zabiegi lakowania u 472 dzieci. Liczba zębów zalakowanych – 992. Koszt realizacji programu – **7 522,00 zł.**

2. Program profilaktyki wad postawy

Kontynuacja rozpoczętego rok wcześniej programu adresowanego do młodzieży z pierwszych klas gimnazjów na terenie powiatu. W ciągu roku szkolnego prowadzone były zajęcia gimnastyki korekcyjnej. Uczestnicy zakwalifikowani zostali do zajęć podczas wcześniejszych badań przesiewowych. W okresie od lutego do czerwca program realizowany był, poza Sułkowicami, we wszystkich gminach, natomiast w okresie od września do grudnia tylko w gminach partycypujących w kosztach realizacji tj.: Dobczyce, Siepraw, Lubień i Pcim. Gimnastyka prowadzona była w dwóch turach: w okresie od stycznia do czerwca 2003 r. (liczba uczestników gimnastyki korekcyjnej - 914 osób, koszt realizacji – **15 717,46 zł**) oraz w okresie od września do grudnia 2003 r. (liczba uczestników gimnastyki korekcyjnej - 256 osób, koszt realizacji – **4 765,69 zł.**). Zgodnie z zapisami porozumienia zawartego z Gminą Dobczyce przeprowadzono badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad i nieprawidłowości w rozwoju fizycznym dzieci w klasach pierwszych gimnazjum. Badania przeprowadził lekarz specjalista rehabilitacji dziecięcej. Przebadano 150 dzieci. Każde z nich otrzymało informację dla rodziców i zalecenia co do dalszego postępowania. Koszt badań wyniósł **1 358 złotych.** Ponadto zakupiono sprzęt rehabilitacyjny do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej. Sprzęt został przekazany do gimnazjów w gminach, które dofinansowały realizację programu. Całkowity koszt zakupu sprzętu wyniósł **8 296,85 zł.**

3. Program profilaktyki chorób tarczycy

Adresowany był do młodzieży w klasach II ponadgimnazjalnych i obejmował badania poziomu hormonów tarczycy TSH u młodzieży urodzonej w 1986 r. (w okresie od września do grudnia). Programem objęto 233 osoby, a koszt badań wyniósł **3 262 zł.** Dodatkowo wykonano badania FT3 i FT4 u osób z podwyższonymi wartościami TSH - 10 osób.

4. Program profilaktyki raka piersi

Obejmował badanie USG piersi mieszkanków powiatu myślenickiego, które ukończyły 35 lat. Łącznie wykonano 359 badań. W 152 przypadkach wykryte zmiany wymagały dalszej weryfikacji, a w 11 przypadkach wymagały weryfikacji BACC. Wszystkie pacjentki, u których wykryto zmiany skierowano do Poradni Chorób Sutka SPZOZ w Myślenicach.

5. Program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Była to kontynuacja programu realizowanego w latach poprzednich we współpracy z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie. W ramach programu, polegającego na badaniu stopnia uwapnienia tętnic wieńcowych w wybranej populacji przebadano 100 osób (mieszkańców powiatu myślenickiego) w wieku 34-74 lata. Program realizowany był przez zespół lekarzy Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji Chorób Serca i Płuc we współpracy z pielęgniarkami, psychologiem i dietetykiem. W wyniku badań zdiagnozowano:

- 89 osób z nadciśnieniem tętniczym,
- 88 osób z istniejącymi zaburzeniami w gospodarce lipidowej,
- 47 osób z nadwagą,
- 33 osoby z otyłością i 5 osób z otyłością olbrzymią,
- 12 osób aktualnie palących papierosy,
- 61 osób z obciążeniami genetycznymi (w wywiadzie istnienie w rodzinie chorób układu krążenia),
- 33 osoby z małą aktywnością fizyczną.

Ponadto:

- u 78 osób wykonano badanie tętnic wieńcowych metodą MSCT,
- u 43,6% osób stwierdzono wskaźnik uwapnienia tętnic powyżej 0,
- u 6,4 % osób stwierdzono wskaźnik uwapnienia tętnic powyżej 100,
- u 9 % osób stwierdzono wskaźnik uwapnienia tętnic powyżej 400

U osób z wysokim wskaźnikiem zwapnień w tętnicach wieńcowych wskazano konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych obniżających ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego. Koszt jednego badania wynosił 487 zł. Razem koszt wszystkich badań to **48 700 zł**, w tym koszty poniesione przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach – 20 000 zł. Pozostała kwota tj. 28 700 zł pokryta została przez Urząd Marszałkowski w Krakowie.

6. Program profilaktyki chorób zakaźnych

Obejmował szczepienia przeciwko śwince, odrze i różyczce (zakupiono szczepionki MMRII i przekazano NZOZ). Przeprowadzono szczepienia u 850 dzieci. Koszt realizacji wyniósł **28 894,82 zł**.

2002 r.

1. Program profilaktyki próchnicy

Program realizowany był w gminach, które partycypowały w kosztach realizacji: Dobczyce, Sułkowice, Siepraw, Lubień i Pcim. Program adresowany był do dzieci z rocznika 1999. W wyniku realizacji programu wykonano zabiegi lakierowania u 1 127 dzieci. Liczba zębów wylakierowanych – 12 084. Koszt realizacji programu – **31 732,42 zł.**

2. Program profilaktyki wad postawy

Program adresowany był do młodzieży z pierwszych klas gimnazjów na terenie powiatu (rocznik 1990). Przeprowadzono badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad postawy i nieprawidłowości w rozwoju fizycznym młodzieży. Liczba przebadanych osób – 1657. Koszt realizacji – **2 458,50 zł.** Przeprowadzono konsultacje rehabilitacyjne oraz dodatkowe badania (rtg klatki piersiowej) u dzieci zakwalifikowanych w badaniu wstępnym. Badania przeprowadzono u 90 osób. Koszt konsultacji i badań - **4000,00 zł.**

3. Program profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Program realizowany był we współpracy z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie. W ramach programu przebadano 79 osób (mieszkańców powiatu myślenickiego) powyżej 35. roku życia. Razem koszt wszystkich badań - **38 473 zł**, w tym koszty poniesione przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach – **14 000 zł**. Pozostała kwotę tj. 24 473 zł pokryta została przez Urząd Marszałkowski w Krakowie.

4. Program profilaktyki chorób zakaźnych

Obejmował szczepienia przeciw śwince - zakupiono i przekazano NZOZ szczepionki MMRII. Przeprowadzono szczepienia u 873 dzieci. Koszt realizacji wyniósł **21 997,42 zł.**

II Realizacja programów profilaktycznych w powiecie myślenickim na przestrzeni lat 2002 - 2006 finansowanych przez MRKCh i MOW NFZ23

Szczegółowe dane na temat profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (oraz Małopolską Regionalną Kasę Chorych) w latach 2002-2006 dla mieszkańców powiatu myślenickiego zawiera załącznik nr 24 w aneksie do niniejszego opracowania.

III. Profilaktyczne programy zdrowotne realizowane przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Myślenicach²⁴ - dostępne informacje

1. **Akcje profilaktyczne** (2006 r.) - ogłoszono konkurs dla pedagogów nauczycieli i pielęgniarek szkół ponadgimnazjalnych pt. "**Pierwotna profilaktyka wad cewy nerwowej**" na scenariusz zajęć z młodzieżą. Organizatorem konkursu był Główny Inspektor Sanitarny, Departament Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej oraz Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. Celem konkursu było wyłonienie efektywnych i nowatorskich scenariuszy zajęć z młodzieżą. Konkurs trwał od 1 listopada 2006 do 31 stycznia 2007 r.
2. **Program profilaktyki wzw typu A w zakładach produkujących i wprowadzających żywność do obrotu** (2005 r.) - Departament Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytku wraz z Departamentem Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Głównego Inspektoratu Sanitarnego realizowały Program Profilaktyki Wirusowego Zapalenia Wątroby typu A (WZW typu A). Edycja programu w 2005 r. skierowana była do zakładów produkujących i dystrybuujących żywność. Ustawodawstwo krajowe i Wspólnoty Europejskiej nakłada na producentów i dystrybutorów standardy sanitarne dotyczące technicznych warunków produkcji oraz stanu zdrowia osób związanych z wytwarzaniem i dystrybucją żywności. Jednocześnie obciąża producenta oraz dystrybutora odpowiedzialnością prawną za ewentualne szkody wyrządzone przez artykuły naruszające warunki jakości zdrowotnej. W związku z powyższym, również w powiecie myślenickim wprowadzono Program Profilaktyki WZW typu A w kilku wytypowanych zakładach produkujących i wprowadzających żywność do obrotu. Celem Programu było objęcie profilaktyką, a więc zaszczepienie szerokiej grupy pracowników mających kontakt z żywnością w ramach wykonywania obowiązków zawodowych.
3. **Światowy Dzień Rzucenia Palenia 17 listopada pod hasłem „ Palenie jest uleczalne”** (2005 r.) - 17 listopada 2005 obchodzony był jako Światowy Dzień Rzucania Palenia Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Myślenicach włączył się do działań promocyjnych w tym zakresie. W Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myślenicach ul. Słowackiego 106 w pionie Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia można było m. in. uzyskać materiały edukacyjne, plakaty, ulotki, które mogły być wykorzystywane w przeprowadzeniu różnych działań lokalnych.
4. **Program edukacyjny „Radosny uśmiech, radosna przyszłość”** (rok szkolny 2005/2006) - program dotyczył próchnicy i chorób przyzębia i adresowany był do uczniów klas II szkół podstawowych. Głównymi celami programu były: przekazanie wiedzy na temat zdrowia jamy ustnej, podniesienie wśród dzieci odpowiedzialności za higienę jamy ustnej, zachęcenie rodziców do współdziałania z dziećmi na rzecz profilaktyki. Głównymi realizatorami programu

²⁴ <http://www.wsse.krakow.pl>

w placówkach byli wychowawcy klas II, pielęgniarki środowiska szkolnego, lekarze stomatolodzy oraz rodzice.

5. **Program profilaktyki wad cewy nerwowej** (2005 r.) – PSSE włączyła się w działania edukacyjne w tym zakresie proponując nieodpłatne szkolenia kobiet oraz edukacyjne np. ulotki, plakaty, broszury.

5. POMOC W SYTUACJACH NAGŁYCH ZAGROŻEŃ DLA ŻYCIA LUB ZDROWIA

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych transport sanitarny i ratownictwo medyczne (art. 15 ust. 2 pkt 21 i 22). Świadczeń z zakresu pomocy doraźnej udziela pogotowie ratunkowe (art. 28 pkt 1. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej* - Dz. U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.). Świadczenia z zakresu pomocy doraźnej udzielane są w razie: wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.

Budowa systemu ratownictwa medycznego w Polsce trwa. Jego sprawne funkcjonowanie ma zapewnić właśnie ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Jednym z priorytetów działań obecnego Ministra Zdrowia stała się budowa takiego systemu ratownictwa medycznego, jako warunek poprawy poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.²⁵

O konieczności budowy sprawnego systemu ratownictwa medycznego w Polsce mogą świadczyć następujące wskaźniki²⁶ (*dane dotyczące Polski w odniesieniu do danych dla krajów UE*):

- w stosunku do 41,0% ofiar wypadków specjalistyczne leczenie szpitalne, czyli takie, które zwiększa szanse na uratowanie pacjenta, rozpoczyna się po ponad trzech godzinach (ma to bezpośredni wpływ na wskaźnik śmiertelności urazowej - w grupie dzieci i mężczyzn do 40. roku życia urazy stanowią główną przyczynę zgonów),
- 17 ofiar śmiertelnych na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy będące w czołówce pod względem bezpieczeństwa ruchu kraje europejskie osiągnęły już poziom 6 ofiar śmiertelnych na 100 tys. mieszkańców (Norwegia, Wielka Brytania, Szwecja),
- 11,2 ofiar śmiertelnych na 100 wypadków drogowych, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi 2,7 (średnia dla 25 krajów),
- 62,4% zgonów okołowypadkowych następuje w okresie przedszpitalnym w porównaniu z 31,0% w Unii Europejskiej,

²⁵www.mz.gov.pl

²⁶ Źródło: CARE – Europejska Baza Danych o Wypadkach Drogowych Komisja Europejska DG TREN – 2004 r., wyliczenia Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, za: *Katastrofa ratunkowa, Tygodnik "Wprost", Nr 1209 (12.02.2006 r.), Czy polskie ratownictwo medyczne zdąży się zmienić? Raport Instytutu Ratownictwa Medycznego, Kraków, sierpień 2002 - www.ratownictwo.pl*

- zaledwie co setny Polak przeszedł nowoczesne kursy udzielania pierwszej pomocy
- to kilkakrotnie mniej niż w krajach Europy Zachodniej,
- co roku na polskich drogach ginie około 7 tysięcy osób,
- kalectwo pourazowe w wyniku wypadku drogowego dotyczy co czwartego chorego leczonego szpitalnie,
- straty ekonomiczne z tytułu wypadków szacuje się na ok. 2,7 PKB rocznie.

Gwarancję bezpieczeństwa ma dać wprowadzony ustawą system, na który składają się **centra powiadamiania ratunkowego (CPR)** i **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)** zintegrowane w działaniu z **zespołami ratownictwa medycznego (ZRM)**. Ich współdziałanie pozwoli na skrócenie czasu, jaki mija od pojawienia się stanu zagrożenia życia (wypadku, katastrofy itp.) do podjęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego („złota godzina”). Podstawą nowoczesnego systemu ratownictwa są szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). W Polsce powinno być docelowo około 250 takich ośrodków.

Centra powiadamiania ratunkowego (CPR) są kolejnym ogniwem ratownictwa medycznego, które ma być tworzone w powiatach.

Od 1 marca 2004 r., tworzone jest w powiecie myślenickim centrum powiadamiania ratunkowego (jedno z 19 w województwie małopolskim). W chwili obecnej funkcjonuje stanowisko dyspozytora medycznego zintegrowane z oficerem dyżurnym Państwowej Straży Pożarnej. Dyspozytorzy medyczni pracują w siedzibie Komendy PSP, gdzie znajduje się powiatowe stanowisko kierowania, włączone decyzją Ministra Zdrowia w lipcu 2005 r. do systemu jako centrum powiadamiania ratunkowego (zgodnie z zapisami nowej ustawy: zintegrowane stanowisko dyspozytorskie). W 2005 r. zmodernizowano stanowisko kierowania PSP, a w 2006 r. starostwo przeznaczyło 60 tys. złotych na poprawę łączności i koordynacji działań zespołów medycznych poprzez zakup odpowiedniego sprzętu i budowę komputerowej sieci rozproszonej tak, aby podstacje w Pcimiu i Dobczycach mogły korzystać z zakupionego wcześniej Systemu²⁷

Zgodnie z informacjami dostępnymi na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia w Małopolsce²⁸ kontrakty na funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych w 2006 r. podpisało 21 zakładów opieki zdrowotnej w 15 powiatach (Tab. II-10):

²⁷ „Powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na rok 2007”, Starostwo Powiatowe w Myślenicach, luty 2006 r.
²⁸ www.nfz-krakow.pl

Tab. II-10. **Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Małopolsce²⁹**

Nazwa Placówki	Miasto	Adres
SPZOZ w Bochni "Szpital Powiatowy"	Bochnia	Krakowska 31
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	Brzesko	Kościuszki 68
Szpital Powiatowy w Chrzanowie	Chrzanów	Topolowa
Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	Gorlice	ul. Węgierska 21
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie	Kraków	os. Złotej Jesieni 1
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	Kraków	Prądnicka 35-37
Krakowskie Pogotowie Ratunkowe	Kraków	Łazarza 14
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	Kraków	Wrocławska 1-3
Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	Kraków	Kronikarza Galla 25
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	Kraków	os. Na Skarpie 66
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Kraków	Wielicka 265
Szpital Powiatowy w Limanowej	Limanowa	Piłsudskiego 61
Szpital św. Anny w Miechowie	Miechów	Szpitalna 3
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	Myślenice	Szpitalna 2
Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego	Nowy Sącz	Młyńska 10
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu	Nowy Targ	Szpitalna 14
Zespół Opieki Zdrowotnej w Olkuszu	Olkusz	Al. 1000-lecia 13
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	Oświęcim	Wysokie Brzegi 4
Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej	Sucha Beskidzka	Szpitalna 22
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie	Tarnów	ul. Lwowska 178a
Szpital Powiatowy im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	Zakopane	Kamieniec 10

²⁹ www.nfz-krakow.pl

Oddział dzieli się na 6 obszarów:33

1. obszar segregacji: hol segregacji wstępnej, sala dekontaminacji, stanowisko dyspozytora medycznego,
2. obszar resuscytacyjno-zabiegowy: sala resuscytacyjno-zabiegowa z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi, dwie sale zabiegowe, gipsownia, brudownik, wc i łazienka dla pacjentów, dyżurka i wc dla lekarzy,
3. obszar krótkotrwałej intensywnej terapii: dwie jednostanowiskowe sale intensywnej terapii,
4. obszar obserwacji: czterostanowiskowa sala obserwacji, dwie łazienki i wc dla pacjentów,
5. obszar diagnostyczno-konsultacyjny: gabinet pediatryczny, gabinet ginekologiczny, gabinet internistyczny, gabinet diagnostyczno-laboratoryjny,
6. zaplecze socjalno-administracyjne: pokój kierownika, sekretariat, pokój socjalny.

SOR dysponuje sześcioma łózkami. Zatrudnia 30 osób personelu, w tym:

- 2 lekarzy,
- 20 pielęgniarek,
- 1 sekretarkę medyczną,
- 7 salowych.

Opiekę nad mieszkańcami oraz osobami przebywającymi na terenie powiatu myślenickiego w sytuacjach wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia sprawuje SP ZOZ w Myślenicach Stacja Pomocy Doraźnej (SPD)³⁴. W jej skład wchodzi trzy jednostki ratownictwa:

- Zespół wyjazdowy wypadkowy W, stacjonujący w Dobczycach, Rynek 16,
- Zespół wyjazdowy reanimacyjny R, stacjonujący w Myślenicach, ul. Mickiewicza 39,
- Zespół wyjazdowy wypadkowy W, stacjonujący w Pcimiu, Pcim 5.

Obszar działania SPD w Myślenicach w latach 2002-2006 był niezmienny i obejmował 673,4 km² (w powiecie myślenickim) zabezpieczony przez 3 karetki kontraktowe. Pokrywały one swoim zasięgiem:

- karetka „R” – Myślenice – obszar działania – 214,10 km²,
- karetka „W” – Dobczyce – obszar działania – 227 km²,
- karetka „W”- Pcim – obszar działania - 232,30 km².

Zespoły te obsługują 9 gmin powiatu myślenickiego (Dobczyce, Lubień, Myślenice, Pcim, Raciechowice, Siepraw, Sułkowice, Tokarnia, Wiśniowa) oraz część gminy Gdów (powiat wielicki) i Mogilany (powiat krakowski). Rejon operacyjny obejmuje 716,60 km², a opieką objęto populację

³³ www.spzoz.myslenice.pl

³⁴ www.powiat-myslenice.pl

119 144 osób (załącznik nr 25 w aneksie do niniejszego opracowania). Odległość od najdalej oddalonej miejscowości wynosi:

- dla zespołu „R” stacjonującego w Myślenicach – 20 km – Konary,
- dla zespołu „W” stacjonującego w Pcimiu – 20 km – Bogdanówka,
- dla zespołu „W” stacjonującego w Dobczycach – 21 km – Węglówka.

Oprócz karetek kontraktowych SPD posiada 3 karetki transportowe – obsługujące transporty szpitalne i stację dializ (Tab. II-11).

Tab. II-11. **Karetki pozostające w dyspozycji Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach**

L.p.	Właściciel/ miejsce stacjonowania	Rodzaj zespołu	Marka pojazdu	Nr rejestracyjny	Rok produkcji	Przebieg kilometrów	Stan techniczny
1	SPZOZ Myślenice/ Myślenice	R	Fiat Ducato 2.8	KMY 98JV	2004	72 000	dobry
2	SPZOZ Myślenice/ Dobczyce	W1	Mercedes- Benz 312 Sprinter	KMYK 763	1999	250 000	dobry
3	SPZOZ Myślenice/Pcim	W2	Fiat Ducato 2.8	KMY 80CY	2000	13 000	dobry
4	SPZOZ Myślenice/ Myślenice	D	Renault Kangoo	KMY 66LY	2004	110 000	dobry
5	SPZOZ Myślenice/ Myślenice	T1	Citroen Jumper	KMY A014	2000	305 000	dobry
6	SPZOZ Myślenice/ Myślenice	T2	Mercedes- Benz	KMY J386	1994	440 000	dobry

Według danych zamieszczonych w „Planie zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych dla województwa małopolskiego na 2007 r.” w 2006 roku Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zakontraktował, na terenie województwa małopolskiego, 38 zespołów ratownictwa medycznego reanimacyjnych (R) – w tym 1 w powiecie myślenickim i 62 zespoły wyjazdowe – wypadkowe (W) – w tym 2 w powiecie myślenickim. Planowana, na 2007 rok i lata następne, liczba ambulansów sanitarnych dla województwa małopolskiego wynosi: 108.

Stacja Pomocy Doraźnej SP ZOZ w Myślenicach zatrudnia:

- 2 lekarzy etatowych
- 17-21 lekarzy kontraktowych,
- 8 pielęgniarek,
- 5 dyspozytorów medycznych,
- 20 ratowników (w tym od czerwca 2006 r. – 4 ratowników medycznych),
- 25 kierowców,
- 1 pracownika administracyjnego.³⁵

³⁵ na podstawie danych Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach

Do zapewnienia jak najlepszej pomocy poszkodowanym i osobom w stanie nagłego zagrożenia życia potrzebny jest sprawnie działający system komunikacji, odpowiednie zaplecze techniczne i wykwalifikowany personel. Zaplecze techniczne Stacja Pomocy Doraźnej posiada w stanie zadawalającym, a personel jest dobrze wyszkolony do pełnienia swoich obowiązków, gdyż posiada ukończone specjalizacje i kursy z zakresu ratownictwa.³⁶

Zgodnie z danymi Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w 2006 r. ogółem wszystkie zespoły (jeden zespół „R” i 2 zespoły „W”) wykonały 4 303 interwencje, w tym 1 275 (tj. 29,6%) interwencji w stanach powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia (Tab. II-12). W roku 2005 r. wykonano 4 252 interwencje (o 51 mniej niż w roku 2006), w tym 1 270 (29,9%) interwencji powodujących zagrożenie dla zdrowia i życia) – Tab. II-13. Najwięcej tego typu interwencji realizowanych było, zgodnie z zasadami, przez zespół reanimacyjny „R” stacjonujący w Myślenicach – odpowiednio 63,8% w 2006 r. i 57,6% w 2005 r. interwencji powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia. Dane dotyczące interwencji zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2004 przedstawiono w Tab. II-14.

W 2006 r. urazy, zatrucia oraz zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu stanowiły 16,9% wyjazdów do przypadków powodujących zagrożenie dla zdrowia i życia (215 interwencji). W latach poprzednich udział procentowy tego typu wyjazdów wynosił odpowiednio: 17,1% (217 interwencji) w 2005 r. i 22,6% (302 interwencje) w 2004 r.

Średnia dzienna liczba wyjazdów zespołów wyjazdowych w latach 2003-2006 kształtowała się na poziomie:

- zespół reanimacyjny „R” – 5,38 w 2003 r., 5,72 w 2004 r., 5,85 w 2005 r., 5,83 w 2006 r.,
- zespół wypadkowy „W” stacjonujący w Dobczycach: 2,93 w 2003 r., 3,31 w 2004 r., 3,20 w 2005 r., 3,20 w 2006 r.,
- zespół wypadkowy „W” stacjonujący w Pcimiu: 3,09 w 2003 r., 2,52 w 2004 r., 2,60 w 2005 r., 2,74 w 2006 r.³⁷

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191 poz. 1410):

1. *„Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:*
 - 1) **mediana czasu dotarcia** – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

³⁶ www.powiat.myslenice.pl

³⁷ na podstawie danych Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach

- 2) **trzeci kwartył czasu dotarcia** – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
 - 3) **maksymalny czas dotarcia** nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.
2. Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w ust. 1., z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami”.

Zgodnie z w/w zapisami w Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach od 2005 r. prowadzony jest monitoring i analiza czasów dojazdów zespołów w mieście i poza miastem. Z analizy tej (Tab. II-15 i II-16) wynika, że w większości przypadków maksymalny czas dotarcia do miejsca zdarzenia został przekroczony zarówno przez zespół „R”, jak i zespoły „W”. Najdłuższy czas dotarcia do miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił w 2005 r. dla zespołu „R” – 36 minut, natomiast najdłuższy czas dotarcia do miejsca zdarzenia poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił:

- dla zespołu „R” – 36 min,
- dla zespołu „W” w Dobczycach („W1”) – 37 min,
- dla zespołu W” w Pcimiu („W2”) – 42 min.

W 2006 r. dane te przedstawiały się w sposób następujący:

- najdłuższy czas dotarcia do miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił dla zespołu „R” – 15 minut (zgodnie z założeniami ustawy),
- natomiast najdłuższy czas dotarcia do miejsca zdarzenia poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił:
- dla zespołu „R” – 42 min
 - dla zespołu „W” w Dobczycach („W1”) – 42 min,
 - dla zespołu W” w Pcimiu („W2”) – 47 min.

Jakkolwiek obserwuje się w 2006 r. skrócenie maksymalnego czasu dojazdu zespołu „R” w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców do 15 min (w 2005 r. zanotowano czas 36 min), to jednak maksymalne czasy dojazdu zespołów „W” poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców zarówno w 2005, jak i w 2006 r. znacznie przekraczały zakładany w ustawie wskaźnik 20 min.

Analiza czasów dojazdu w mieście i poza miastem rejestrowanych przez Stację Pomocy Doraźnej wskazuje, że (Tab. II-15 i II-16):

- mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – w latach 2005-2006 nie przekraczała 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców – z wyjątkiem kwietnia 2006 r. oraz lutego i grudnia 2005 r.;

- trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – w latach 2005-2006 nie przekraczał 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców – z wyjątkiem czerwca i października 2006 r. oraz grudnia 2005 r.

Od stycznia 2007 do mieszkańców w rejonie Myślenic zespoły ratownicze wyjeżdżają nowym i bardzo nowoczesnym ambulansem. Karetka Mercedes-Benz Sprinter kosztowała 307 290 zł została zakupiona ze środków Ministerstwa Zdrowia (250 000 zł) oraz własnych szpitala (ok. 57 000). Jest to bardzo nowoczesny pojazd z wyposażeniem najwyższej jakości (np. komputerowa rejestracja danych pacjenta, defibrylator, respirator transportowy, pompa infuzyjna, ssak ambulatoryjny, centralna instalacja tlenowa i próżniowa, uchwyty do kroplówek mocowane w suficie, potrójnie łamane nosze z możliwością ułożenia pacjenta w różnych pozycjach, możliwość skrócenia ramy noszy w celu uzyskania krzesła transportowego, klimatyzacja itp.) potrzebnym, aby pacjent znajdujący się w stanie zagrożenia życia mógł uzyskać profesjonalną pomoc.

Szpital otrzymał środki na zakup samochodu, gdyż znajduje się w programie *"Zintegrowane Ratownictwo Medyczne"*. W poprzednich latach szpital otrzymał już jedną karetkę ze środków z budżetu państwa, a także dofinansowanie do budowy szpitalnego oddziału ratunkowego i zakupu specjalistycznego sprzętu. Starostwo Powiatowe w Myślenicach zakupiło dla szpitala dwa ambulanse i dofinansowało budowę szpitalnego oddziału ratunkowego.³⁸

W województwie małopolskim (podobnie jak i we wszystkich województwach w Polsce), zgodnie z zapisami ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* opracowuje się plan działania systemu (na okres trzech lat) z możliwością corocznej aktualizacji. Ostatni plan pt.: *„Plan zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych na terenie województwa małopolskiego na 2007 r.”* został opracowany w roku 2006 i opierał się m. in. na planach powiatowych. *„Powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych na rok 2007”* opracowany przez Starostwo Powiatowe w Myślenicach w lutym 2006 r. obejmował m. in.: charakterystykę powiatu, analizę zagrożeń dla obszaru powiatu myślenickiego, w tym zagrożeń: pożarowych, komunikacyjnych, chemiczno-ekologicznych, radiacyjnych, powodziowych, stanu zdrowia i życia i in., analizę posiadanych w 2006 r. środków. Uwzględnił również posiadane w roku 2006 środki dla zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w powiecie myślenickim oraz planowane na 2007 r. nowe jednostki systemu państwowego ratownictwa medycznego.

W *„Programie ochrony zdrowia dla powiatu myślenickiego na lata 2004-2008”*³⁹ wśród 4 głównych celów operacyjnych znalazł się cel nr 3: *„Usprawnienie działania systemu ratownictwa medycznego”* który zakłada realizację do 2008 r. następujących zadań:

³⁸ www.powiat-myslenice.pl

³⁹ „Program ochrony zdrowia dla powiatu myślenickiego na lata 2004-2008” Myślenice, marzec 2004 r., www.powiat.myslenice.pl

- kontynuowane będą działania w celu uzyskania finansowania czwartej karetki wypadkowej
 - w związku z powyższym średni czas dojazdu karetki do miejsca zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia będzie nie dłuższy niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską;
- każdy poszkodowany dotrze do szpitalnego oddziału ratunkowego przed upływem godziny od przyjęcia zgłoszenia;
- kontynuowane będą starania o przekształcenie Zintegrowanego Stanowiska Kierowania w Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Oczekuje się, że działania te przyniosą efekty w postaci:

- zmniejszenia liczby zgonów przedszpitalnych,
- zwiększenia poczucia bezpieczeństwa mieszkańców.

O stopniu realizacji zadań informować będą wskaźniki:

- umieralność przedszpitalna,
- czas dojazdu do miejsca zdarzenia,
- stan zorganizowania centrum powiadamiania ratunkowego,
- liczba karetek.

Analiza czasów dojazdu do miejsca zdarzenia poszczególnych zespołów funkcjonujących w ramach Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach wskazuje na potrzebę podjęcia działań w celu ich skrócenia i spełnienia wymagań zawartych w ustawie. Z pewnością przyczyni się do tego sprawna komunikacja, współpraca wszystkich zaangażowanych podmiotów, zintegrowanie służb w celu zapewnienia lepszej koordynacji działań, jak również, być może, realizacja planu wprowadzenia do systemu kolejnej czwartej karetki stacjonującej w Sułkowicach. Powiat myślenicki podejmował działania w celu podpisania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na czwartą karetkę, która zabezpieczałaby teren gminy Sułkowice i tym samym dawała możliwość skrócenia czasu dojazdu do miejsca zdarzenia zaistniałego w tej części powiatu. Założenia te wprowadzone zostały również do „*Powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na rok 2007*” jako „minimalny” plan na rok 2007. Ustawa o ratownictwie medycznym, która funkcjonuje od stycznia 2007 r. daje nadzieję na lepsze funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego również na terenie powiatu oraz na kontrakt na czwartą karetkę w przyszłości.

**„Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego
oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami”**

Tab.II-12. Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2006

Interwencje zespołów ratownictwa medycznego		Zespół reanimacyjny "R" - Myślenice		Zespół wypadkowy "W" - Dobczyce		Zespół wypadkowy "W" - Pcim	
		przedziały wiekowe					
		< 18	> 18	< 18	> 18	< 18	> 18
Wyjazdy OGÓŁEM		180	1950	107	1063	83	920
<i>w tym do przypadków powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia (w podziale na przyczyny):</i>		50	763	14	211	16	221
C00-D48	nowotwory	0	15	0	11	0	2
D50-D89	choroby krwi	0	0	0	0	0	0
E00-E90	zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	0	6	0	7	0	5
F00-F99	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	1	25	0	1	0	4
G00-G99	choroby układu nerwowego	4	58	5	5	2	21
H00-H95	choroby oka i ucha	0	0	0	0	0	0
I00-I99	choroby układu krążenia	0	315	1	80	0	93
J00-J99	choroby układu oddechowego	10	58	0	29	2	20
K00-K93	choroby układu trawiennego	2	33	0	8	1	3
N00-N99	choroby układu moczowo- płciowego	1	6	0	0	0	0
O00-O99	ciąża, poród i połóg	0	3	0	0	0	1
Q00-Q99	wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje	1	0	0	0	0	0
R00-R99	objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	12	121	3	38	6	40
S00-T98	urazy, zatrucia	17	107	5	21	5	27
V01-Y98	zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	2	15	0	11	0	5
Z00-Z99	czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	0	1	0	0	0	0
z ogólnej liczby wyjazdów	liczba wyjazdów zakończonych skierowaniem pacjenta do szpitala	163	1530	75	647	70	643
	liczba wyjazdów zakończonych pozostawieniem pacjenta w domu	13	326	30	365	13	235
	liczba zgonów w trakcie transportu	0	0	0	1	0	0
	inne	4	94	2	50	0	42
Średnia dzienna liczba wyjazdów przypadająca na 1 zespół		5,83		3,20		2,74	

Tab.II-13. **Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2005**

Interwencje zespołów ratownictwa medycznego		Zespół reanimacyjny "R" - Myślenice		Zespół wypadkowy "W" - Dobczyce		Zespół wypadkowy "W" - Pcim	
		przedziały wiekowe					
		< 18	> 18	< 18	> 18	< 18	> 18
Wyjazdy OGÓŁEM		186	1950	110	1060	105	841
<i>w tym do przypadków powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia (w podziale na przyczyny):</i>		44	688	16	244	18	260
A00-B99	choroby zakaźne i pasożytnicze	1	-	-	-	-	-
C00-D48	nowotwory	-	18	-	9	-	7
E00-E90	zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania przemiany metabolicznej	-	19	-	1	-	8
F00-F99	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	1	11	-	-	-	2
G00-G99	choroby układu nerwowego	5	46	1	5	1	9
H00-H95	choroby oka i ucha	-	-	-	-	-	-
I00-I99	choroby układu krążenia	2	337	-	117	-	103
J00-J99	choroby układu oddechowego	6	58	4	28	1	25
K00-K93	choroby układu trawiennego	2	16	-	3	1	3
L00-L99	choroby skóry i tkanki podskórnej	-	1	-	-	-	-
M00-M99	choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	-	-	-	-	-	1
N00-N99	choroby układu moczowo-płciowego	-	2	-	-	-	-
O00-O99	ciąża, poród i połóg	-	4	-	-	-	2
R00-R99	objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	15	64	2	51	6	55
S00-T98	urazy, zatrucia	9	88	8	23	7	42
V01-Y98	zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	3	24	1	7	2	3
z ogólnej liczby wyjazdów	liczba wyjazdów zakończonych skierowaniem pacjenta do szpitala	162	1478	79	676	82	600
	liczba wyjazdów zakończonych pozostawieniem pacjenta w domu	23	408	30	321	21	204
	liczba zgonów w trakcie transportu	-	-	-	-	-	-
	inne	1	64	1	63	2	37
Średnia dzienna liczba wyjazdów przypadająca na 1 zespół		5,85		3,20		2,60	

Tab.II-14. **Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2004**

Interwencje zespołów Ratownictwa medycznego		Zespół reanimacyjny „R”			Zespół Wypadkowy „W1”-Dobczyce			Zespół Wypadkowy „W2” – Pćim		
		przedziały wiekowe								
		<14	15-64	>64	15-64	>64	>64	<14	15-64	>64
Wyjazdy OGÓŁEM:		131	1215	750	71	687	457	66	551	306
<i>w tym do przypadków powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia (w podziale na przyczyny):</i>		38	359	326	13	146	165	19	145	127
A00-B99	chor. zakaźne i pasożytnicze	1	-	-	-	-	-	-	-	-
C00-D48	nowotwory	-	13	10	-	5	4	-	3	4
D50-D89	choroby krwi	-	1	-	-	-	-	-	-	-
E00-E90	zaburz. wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	-	6	13	-	4	1	-	-	1
F00-F99	zaburz. psychiczne i zaburzenia zachowania	-	7	1	-	5	-	-	8	-
G00-G99	choroby układu nerwowego	4	33	4	1	10	2	1	8	-
H00-H95	choroby oka i ucha	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I00-I99	choroby układu krążenia	1	104	211	1	37	104	-	33	62
J00-J99	choroby układu oddechowego	7	12	30	1	4	16	3	16	19
K00-K93	choroby układu trawiennego	-	7	7	-	5	7	2	3	1
L00-L99	choroby skóry i tkanki podskórnej	-	1	-	-	-	-	-	-	-
N00-N99	choroby układu moczowo-płciowego	-	3	-	-	-	-	-	-	-
O00-O99	ciąża, poród i połóg	-	8	-	-	5	-	-	3	-
P00-P96	niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym.	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Q00-Q99	wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje	-	-	-	1	-	-	-	-	-
R00-R99	objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	6	30	24	4	30	22	6	22	26
S00-T98	urazy, zatrucia	14	117	24	5	36	9	6	41	13
V01-Y98	zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	4	17	2	-	5	-	-	8	1
Z00-Z99	czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Liczba wyjazdów zakończonych hospitalizacją pacjenta		107	904	620	43	424	321	48	361	235
Średnia dzienna liczba wyjazdów zespołów wyjazdowych		5,72			3,31			2,52		

Tab. II-15. Analiza czasów dojazdów w mieście i poza miastem w 2006 r.

Miesiąc	Obszar działania zespołu ratownictwa medycznego	Mediana czasu dotarcia	Trzeci kwartyl czasu dotarcia	Maksymalny czas dotarcia
Zespół wyjazdowy: „R”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tys.	4 min	6 min	12 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	18 min	25 min
Luty	miasta powyżej 10 tys.	4 min	6 min	15 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	20 min	30 min
Marzec	miasta powyżej 10 tys.	4 min	5 min	12 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	16 min	40 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tys.	5 min	7 min	13 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	16 min	20 min	30 min
Maj	miasta powyżej 10 tys.	3 min	5 min	11 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	8 min	10 min	27 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tys.	3 min	4 min	10 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	7 min	9 min	30 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tys.	4 min	4 min	10 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	7 min	8 min	39 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tys.	4 min	5 min	11 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	8 min	10 min	33 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tys.	4 min	5 min	13 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	10 min	14 min	25 min
Październik	miasta powyżej 10 tys.	4 min	6 min	15 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	14 min	19 min	42 min
Listopad	miasta powyżej 10 tys.	4 min	5 min	11 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	16 min	38 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tys.	5 min	6 min	13 min
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	17 min	34 min
Zespół wyjazdowy: „W1”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	14 min	20 min	38 min
Luty	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	20 min	36 min
Marzec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	17 min	32 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	17 min	37 min
Maj	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	11 min	16 min	35 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	22 min	42 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	11 min	18 min	42 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	9 min	18 min	36 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	18 min	22 min
Październik	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	22 min	30 min
Listopad	miasta powyżej 10 tys.			

**„Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego
oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami”**

	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	19 min	40 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	17 min	33 min
Zespół wyjazdowy: „W2”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	14 min	16 min	34 min
Luty	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	14 min	28 min
Marzec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	18 min	47 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	15 min	38 min
Maj	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	11 min	17 min	32 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	17 min	36 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	17 min	43 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	18 min	35 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	13 min	19 min	31 min
Październik	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	19 min	39 min
Listopad	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	15 min	20 min	44 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tys.			
	poza miastami powyżej 10 tys.	12 min	13 min	32 min

Uwaga: 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu powyższych parametrów (zgodnie z art.24. ust. 2. ustawy z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym - Dz. U. nr 191, poz. 1410)

Tab. II-16. **Analiza czasów dojazdów w mieście i poza miastem w 2005 r.**

Miesiąc	Obszar działania zespołu ratownictwa medycznego	Mediana czasu dotarcia	Trzeci kwartyl czasu dotarcia	Maksymalny czas dotarcia
Zespół wyjazdowy: „R”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tyś.	6 min	8 min	27 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	19 min	28 min
Luty	miasta powyżej 10 tyś.	7 min	9 min	15 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	17 min	20 min	30 min
Marzec	miasta powyżej 10 tyś.	7 min	10 min	25 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	20 min	30 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	8 min	29 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	19 min	32 min
Maj	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	7 min	21 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	18 min	36 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	7 min	36 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	14 min	19 min	36 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	7 min	15 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	18 min	28 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	7 min	20 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	18 min	34 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	8 min	15 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	14 min	18 min	30 min
Październik	miasta powyżej 10 tyś.	6 min	7 min	22 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	19 min	30 min
Listopad	miasta powyżej 10 tyś.	3 min	7 min	13 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	15 min	20 min	30 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tyś.	5 min	6 min	24 min
	poza miastami powyżej 10 tyś.	16 min	20 min	36 min
Zespół wyjazdowy: „W1”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	15 min	26 min
Luty	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	16 min	29 min
Marzec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	17 min	32 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	10 min	15 min	25 min
Maj	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	15 min	35 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	17 min	37 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	17 min	34 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	9 min	15 min	23 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	10 min	17 min	25 min
Październik	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	14 min	17 min	27 min

**„Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego
oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami”**

Listopad	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	13 min	18 min	27 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	14 min	18 min	33 min
Zespół wyjazdowy: „W2”				
Styczeń	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	13 min	16 min	27 min
Luty	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	14 min	19min	30 min
Marzec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	18 min	42 min
Kwiecień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	15 min	36 min
Maj	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	17 min	32 min
Czerwiec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	11 min	16 min	30 min
Lipiec	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	17 min	27 min
Sierpień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	13 min	18 min	29 min
Wrzesień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	13 min	18 min	25 min
Październik	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	12 min	20 min	34 min
Listopad	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	13 min	20 min	25 min
Grudzień	miasta powyżej 10 tyś.			
	poza miastami powyżej 10 tyś.	117 min	26 min	40 min

Uwaga: 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu powyższych parametrów (zgodnie z art.24. ust. 2. ustawy z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym - Dz. U. nr 191, poz. 1410)

III PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Zgodnie z obowiązującą definicją Światowej Organizacji Zdrowia, **zdrowie to pozytywny stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności**. Pod pojęciem „zdrowia” rozumiemy więc nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach.

Wśród priorytetowych obszarów działań warunkujących stan zdrowia wyróżnia się:

1. budowanie polityki zdrowia publicznego,
2. tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
3. wzmacnianie działań społeczności lokalnych na rzecz zdrowia,
4. rozwijanie osobniczych umiejętności umożliwiających zachowanie zdrowia,
5. reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Działania prewencyjne w zakresie zdrowia wymagają pełnej współpracy przedstawicieli władzy i polityków, utworzenia odpowiednich struktur koordynacji działań, dokształcania kadr oraz odpowiedniego finansowania, a także **poparcia lokalnej społeczności**.

Zgodnie z zapisem ustawowym, ochrona zdrowia jako zbiorowa potrzeba wspólnoty należy do zadań własnych gminy, o czym mówi art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku **o samorządzie gminnym** (Dz. U. 1996, nr 13, poz. 74 z późniejszymi zmianami). Jednocześnie art. 40 ust.1 wzmiankowanej ustawy stanowi: „Na podstawie upoważnień ustawowych gminie przysługuje prawo stanowienia przepisów powszechnie obowiązujących na obszarze gminy, zwanych dalej przepisami gminnymi” i dalej ust.3: „W zakresie nie uregulowanym w odrębnych ustawach lub innych przepisach powszechnie obowiązujących rada gminy może wydać przepisy porządkowe, jeżeli jest to niezbędne dla ochrony życia lub zdrowia obywateli oraz dla zapewnienia porządku, spokoju i bezpieczeństwa publicznego”. Powyższe stanowi delegację ustawową do tworzenia prawa lokalnego.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku **o samorządzie powiatowym** (Dz. U. z 18 lipca 1998, nr 91, poz. 578 z późniejszymi zmianami) w art.4 ust.1 pkt 2 stanowi: „Powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia”. Jednocześnie w art.40 ust.1 ustawodawca zapisał: „Na podstawie i w granicach upoważnień zawartych w ustawach rada powiatu stanowi akta prawa miejscowego obowiązujące na obszarze powiatu”, a w art.41: „W zakresie nie uregulowanym w odrębnych ustawach lub innych przepisach powszechnie obowiązujących, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, rada powiatu może wydawać powiatowe przepisy porządkowe, jeżeli jest to niezbędne do ochrony życia, zdrowia lub mienia obywateli,

ochrony środowiska naturalnego albo do zapewnienia porządku, spokoju i bezpieczeństwa publicznego, o ile przyczyny te występują na obszarze więcej niż jednej gminy”.

Samorząd lokalny może wystąpić w trzech podstawowych rolach:

- *jako ciało **ułatwiająca***
- *jako **uczestnik** realizacji celów*
- *jako **ustalający zasady***

Ułatwianie działań prozdrowotnych jest jednym z podstawowych kierunków działania w promocji zdrowia. Ułatwienia powinny zapewniać mieszkańcom jednakowe możliwości w osiągnięciu pełnego potencjału zdrowotnego. Samorządy dysponują szeregiem narzędzi, uruchomienie których może pomóc w stworzeniu systemu ułatwień dla umacniania zdrowia i profilaktyki chorób, m.in. finansowanie badań przesiewowych oraz programów badawczych, finansowanie lub dofinansowanie programów edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych i akcji pro zdrowotnych oraz programów edukacji ekologicznej, wspieranie finansowe działalności organizacji pozarządowych, działających na rzecz zdrowia i profilaktyki chorób, finansowanie szkoleń (dla kadr realizujących projekty, dla wolontariuszy), prowadzenie baz danych dotyczących stanu zdrowia i środowiska na terenie gminy, prowadzenie analiz przyczynowo-skutkowych, prowadzenie stałego monitoringu, popularyzacja działań pro zdrowotnych i pro środowiskowych – informacja dla opinii publicznej.

Uczestniczenie w realizacji celów opiera się przede wszystkim na tworzeniu przez samorząd polityki działań międzysektorowych na rzecz zdrowia. Uaktywnienie takich sektorów jak przede wszystkim ochrona środowiska, edukacja, kultura, bezpieczeństwo, pomoc społeczna, transport, gospodarka komunalna i inne oraz ukierunkowanie ich działań na stworzenie środowiska przyjaznego zdrowiu jest ważnym elementem rozwijania promocji zdrowia w obszarze działania samorządu. Istotne jest również uruchomienie narzędzi organizacyjnych takich jak: wspieranie organizacyjne szerokiego ruchu instytucji współpracujących na rzecz zdrowia, współdziałanie z organizacjami pozarządowymi (w tym przekazywanie im części zadań do realizacji, sprawne zarządzanie projektami prozdrowotnymi, opracowanie planu działań w formie budżetu zadaniowego).

Ustalanie zasad to dla samorządu przede wszystkim działania legislacyjne. Tworzenie prawa lokalnego stanowi jedną z dróg wprowadzania w życie zasad promocji zdrowia. Obok regulacji prawnych takich jak: stworzenie możliwości przygotowania i realizacji programów, określenie zakresu i dostępności świadczeń zdrowotnych i specjalistycznego serwisu, określenie modelu opieki zdrowotnej, warto zwrócić uwagę na rozwiązania legislacyjne o charakterze prewencyjnym np. wyznaczenie stref wolnych od dymu tytoniowego, ograniczenie reklamy papierosów na obiektach gminnych itp. Tego rodzaju działania mogą być prowadzone poprzez wykorzystanie narzędzi prawnych jakimi są: 1) lokalne regulaminy oraz 2) prawo lokalne, porządkowe (uchwały, zarządzenia, procedury).

Analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu myślenickiego prowadzi do następujących wniosków:

- **Stan zdrowia** mieszkańców powiatu mierzony wskaźnikami zdrowotnymi jest lepszy w porównaniu ze średnimi wskaźnikami dla Polski i dla województwa małopolskiego. Analizowane wskaźniki zdrowotne w większości wypadków są jednak gorsze niż średnio w krajach Unii Europejskiej, zwłaszcza w zachodnich krajach unijnych (krajach tzw. „starej Unii”).
- **Umieralność ogólna** w powiecie myślenickim ulega stałemu obniżaniu od kilkunastu lat. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet, choć u mężczyzn tendencja ta jest bardziej wyraźna. Należy również podkreślić, że wartości współczynników umieralności ogólnej dla powiatu myślenickiego są niższe niż ogólnopolskie i wojewódzkie (zwłaszcza u mężczyzn).
- **Przyrost naturalny** jest ciągle dodatni, podczas gdy w wielu regionach kraju, przyrost naturalny jest ujemny. Liczba żywych urodzeń jest większa od liczby zgonów i w prognozach na następne 20 lat ocenia się, że sytuacja będzie się zmieniać, aż do roku 2029, kiedy nastąpi wyrównanie liczby zgonów i urodzeń i odwrócenie tendencji. W 2005 r. wskaźnik przyrostu naturalnego kształtował się na poziomie **3,91** i był wyższy od wskaźnika dla województwa o 2,83.
- **Liczba żywych urodzeń** przeliczana na 1000 osób ludności jest w powiecie myślenickim wyższa od średnich wojewódzkich i ogólnopolskich. Liczba urodzeń żywych w powiecie spadła z 1 496 w 2000 r. do 1 384 w 2005 r., a najniższy poziom osiągnęła w 2003 r. – 1 309 urodzeń żywych (od tego roku znowu systematycznie rośnie).
- W **wieku poprodukcyjnym** jest niemal połowę mniej mężczyzn niż kobiet (wiąże się to także z wyższym dla mężczyzn wiekiem emerytalnym). W **wieku przedprodukcyjnym** jest 28% mężczyzn i 26% kobiet, a w wieku poprodukcyjnym 9% mężczyzn i 17% kobiet.
- **Prognozy wskazują na wzrost liczby mieszkańców** powiatu, w okresie 30 lat może to być nawet 15% i jest to odwrotny trend niż średnio w Polsce, a znacznie wyższy niż w województwie małopolskim. Ponadto odsetek osób w wieku powyżej 64-tego roku życia ulegnie dalszemu zwiększeniu. Szacuje się, że w powiecie myślenickim odsetek mężczyzn w wieku powyżej 64 roku życia wzrośnie z 9% w roku 2002 do 17% w roku 2030, a kobiet powyżej 60 roku życia z 17% w roku 2002 do 26% w roku 2030. Równocześnie zmniejszy się liczba osób w grupach wiekowych: 0-17 i 18-44.
- **Umieralność niemowląt** wynosiła 3,64/1000. Wartości w 2004 roku były niższe od średnich ogólnopolskich (6,4/1000), średnich wojewódzkich (5,8/1000) i nieco tylko wyższe od średniej dla starych krajów Unii Europejskiej (2000 – 3,34/1000). Średnia dla poszerzonej Unii Europejskiej wynosiła w 2004 roku 4,74/1000. Obserwowane znaczne fluktuacje współczynnika umieralności niemowląt mogą być efektem małych liczb (liczba zgonów niemowląt waha się od kilku do kilkunastu), a współczynnik ten należy oceniać w ujęciu wieloletnim i analizować zbiorczo kilka lat.
- W grupach wiekowych 40-49 oraz 50-59 zauważana jest nadumieralność mężczyzn

z powodu chorób układu krążenia. Z kolei u kobiet w grupie wieku 40-49 oraz 50-59 obserwuje się wyższy niż u mężczyzn odsetek zgonów z powodu nowotworów.

- Znaczne różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami istnieją także w strukturze zgonu według wieku z powodu chorób układu oddechowego. Z kolei z powodu zewnętrznych przyczyn znacznie częściej niż kobiety giną mężczyźni i w 2004 roku dotyczyło to grup wieku 5-14, 50-59 i powyżej 60 roku życia.
- **Najczęstszą przyczyną zgonów** w powiecie myślenickim były choroby układu krążenia, które stanowiły 42% u mężczyzn i 62% u kobiet. W stosunku do danych ogólnopolskich odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia był w powiecie myślenickim podobny u mężczyzn, a wyższy u kobiet (niż średnio w Polsce u mężczyzn 42%, u kobiet – 53%). **Umieralność z powodu chorób układu krążenia** była u mężczyzn i u kobiet w powiecie myślenickim na niższym poziomie (u mężczyzn wynosiła 475/100 000, a u kobiet 332/100 000), jak średnio w Polsce (u mężczyzn wynosiła 510/100 000, a u kobiet 314/100 000). Była również niższa od średniej w województwie małopolskim. Współczynniki te były znacznie wyższe od średniej w Unii Europejskiej (u mężczyzn 320/100 000 a u kobiet 207/100 000). Współczynniki umieralności ogólnej, o czym wspomniano wcześniej, obniżają się głównie dzięki trwałemu trendowi spadkowemu umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zjawisko to obserwujemy u obu płci. Podobnie jak w przypadku umieralności ogólnej, różnica pomiędzy średnią ogólnopolską a wartościami umieralności z powodu chorób układu krążenia w powiecie myślenickim jest większa u mężczyzn niż u kobiet.
- **Drugą przyczyną** zgonów były nowotwory złośliwe, odpowiednio 29% u mężczyzn i 22% u kobiet. Odsetek zgonów z powodu nowotworów był wyższy u mężczyzn (o średnio 4-6%) i taki sam u kobiet w stosunku do danych ogólnopolskich (średnio w Polsce u mężczyzn 26%, u kobiet – 22%). Główną przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych były nowotwory płuc u mężczyzn, a piersi, szyjki macicy i płuc u kobiet. **Współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem** w powiecie u mężczyzn był niższy od średnich ogólnopolskich i wynosił 289/100 000 (302/100 000 w Polsce). U kobiet współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych był również niższy od danych ogólnopolskich i wynosił 140/100 000 (154/100 000 w Polsce). Współczynniki były u mężczyzn wyższe od średnich w UE (247/100 000), natomiast podobne u kobiet (w UE wynosiły 138/100 000).
- **Na trzecim miejscu** częstości zgonów znajdują się zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc (wśród nich urazy i zatrucia, zabójstwa, samobójstwa i wypadki komunikacyjne) – 14,5% u mężczyzn i 2,8% u kobiet. Odsetek zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn był nieco wyższy w powiecie myślenickim w stosunku do danych dla Polski w grupie mężczyzn. **Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych** u mężczyzn (w powiecie myślenickim - 121/100 000) była wyższa od średniej ogólnopolskiej (112/100 000) i wyższa od średniej wojewódzkiej (95/100 000). U kobiet umieralność z tego powodu ma

niemal 5-krotnie niższe wartości niż u mężczyzn i wynosiła 17/100 000 w powiecie myślenickim i jest niższa niż średnia dla Polski (31/100 000) i nieco niższa niż średnia wojewódzka. Umieralność z przyczyn zewnętrznych jest w powiecie myślenickim dwukrotnie wyższa u mężczyzn i podobna u kobiet w stosunku do danych dla Unii Europejskiej (64/100 000 u mężczyzn i 23/100 000 u kobiet).

- Inne główne przyczyny zgonu to choroby układu oddechowego i pokarmowego. Wynosiły one ok. 3,5% wszystkich zgonów i były podobne u obu płci.
- Odsetek zgonów z powodu chorób układu pokarmowego był wyższy w stosunku do średniej ogólnopolskiej zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.
- **Wartości współczynników umieralności ogólnej** w powiecie myślenickim są niższe od wartości ogólnopolskich oraz od wartości wojewódzkich i znacznie wyższe niż średnie dla Unii Europejskiej (przedstawione współczynniki dotyczą Unii Europejskiej po rozszerzeniu w roku 2004). Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej mężczyzn wynosił w roku 2004 w powiecie myślenickim **1040/100 000** i był niższy od średniej ogólnopolskiej (1192/100 000) i wyższy od średniej dla Unii Europejskiej (865/100 000). Współczynnik umieralności ogólnej kobiet wynosił w powiecie myślenickim 573/100 000, podczas gdy średnia dla Polski wynosi 611/100 000, a średnia dla Unii Europejskiej 517/100 000. Współczynnik umieralności ogólnej w Polsce obniża się ciągle od roku 1991 (podobny trend ma umieralność ogólna w powiecie myślenickim) i wydaje się, że jest on stabilny.
- W powiecie myślenickim w porównaniu do województwa małopolskiego w 2004 roku u mężczyzn zaobserwowano podobny poziom zachorowań na nowotwory płuc i żołądka. Współczynniki zachorowań u mężczyzn na nowotwór złośliwy okrężnicy oraz gruczołu krokowego były o połowę niższe niż średnia wojewódzka.
- U kobiet zapadalność na większość nowotworów była znacznie niższa niż w województwie małopolskim. Dotyczyło to nowotworów złośliwych płuca, okrężnicy, szyjki macicy oraz piersi. Wyjątkiem były nowotwory złośliwe żołądka, na które zapadalność u kobiet w powiecie myślenickim był identyczna ze współczynnikiem wojewódzkim.
- Analiza działalności wybranych poradni specjalistycznych funkcjonujących w 2005 r. na terenie powiatu myślenickiego na tle powiatów sąsiednich wskazuje na:
 - niski w porównaniu do powiatów sąsiadujących, wskaźnik liczby porad udzielanych w poradniach rehabilitacyjnych (0,01 porady na jednego mieszkańca , przy średniej dla województwa 0,07),
 - niski w porównaniu do powiatów sąsiadujących, wskaźnik liczby porad w poradniach urazowo-ortopedycznych (0,02 porady, przy średniej dla województwa wynoszącej 0,14 porady na mieszkańca),
 - niski w porównaniu do średniej dla województwa, ale porównywalny z sąsiednimi powiatami wskaźnik liczby porad stomatologicznych (0,53 porady na jednego

mieszkańca powiatu myślenickiego, przy średniej dla województwa 0,81),

- w poradniach: diabetologicznej, dermatologicznej, chirurgii ogólnej i chorób psychicznych, stwierdzono równy bądź zbliżony do średniej dla województwa wskaźnik liczby porad udzielonych na jednego mieszkańca,
 - w porównaniu do sąsiednich powiatów liczba porad udzielonych na 100 000 mieszkańców w poradniach: alergologicznej i kardiologicznej w powiecie myślenickim, była jedną z najwyższych.
- W porównaniu do 2003 r. w powiecie myślenickim spadła liczba porad udzielanych w następujących poradniach: otolaryngologicznej, chirurgii ogólnej, stomatologicznej, okulistycznej, ginekologiczno-położniczej, rehabilitacyjnej.
 - Wzrosła natomiast liczba porad udzielanych w następujących poradniach: chorób psychicznych i uzależnień, neurologicznej, kardiologicznej, urazowo-ortopedycznej, dermatologicznej, alergologicznej i diabetologicznej.
 - Analiza podstawowych wskaźników działania poszczególnych oddziałów Szpitala oraz zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne w pełni uzasadniają zasadność ich dalszego funkcjonowania. Potwierdzają to także analizy dotyczące dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej w Szpitalach sąsiednich powiatów.
 - Zgodnie z danymi Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w 2006 r. ogółem wszystkie zespoły (jeden zespół „R” i 2 zespoły „W”) wykonały 4 303 interwencje, w tym 1 275 (tj. 29,6%) interwencji w stanach powodujących zagrożenie dla życia lub zdrowia. W porównaniu do roku 2005 r. obserwuje się wzrost liczby interwencji (o 51 więcej niż w roku 2005). W 2006 r. urazy, zatrucia oraz zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu stanowiły 16,9% wyjazdów do przypadków powodujących zagrożenie dla zdrowia i życia (215 interwencji).
 - Z analizy czasów dojazdów zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach wynika, że czas dotarcia do miejsca zdarzenia w mieście w 2006 roku dla karetek „R” był zgodny z założeniami ustawy, natomiast poza miastem czasy dojazdu zarówno dla zespołów „R” i „W” były znacznie przekroczone. W porównaniu do roku 2005, znacznie poprawiono czas dojazdu do miejsca zdarzenia zespołów „R” w mieście.
 - Podobnie, jak w województwie małopolskim, tak i w powiecie myślenickim zanotowano w 2005 r. **wzrost wykonawstwa szczepień ochronnych dzieci i młodzieży** w stosunku do roku 2004. Stan uodpornienia dzieci i młodzieży (zgodnie z programem szczepień ochronnych obowiązującym na rok 2005) uległ poprawie w stosunku do roku 2004. Odnotowano wzrost liczby osób zaszczepionych na grypę, WZW typu B i A, kleszczowe zapalenie mózgu. W grupie wiekowej 0 do 6 lat odnotowuje się wzrost uodpornienia dzieci przy zastosowaniu szczepionek zalecanych. W 2005 r., w porównaniu z 2004 r., poziom zaszczepienia na DTP w 1. roku życia utrzymywał się na podobnym poziomie, natomiast nastąpił wzrost wykonania szczepień poliomyelitis u dzieci w 2. roku życia zanotowano niewielki postęp w realizacji szczepień w zakresie szczepień przeciw

błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP), wzrost wykonawstwa szczepień w zakresie poliomyelitis.

- Przekroczenie w powiecie myślenickim, w wielu przypadkach, poziomu 90%, a w przypadku odry 95% w zakresie wyszczepialności dzieci i młodzieży świadczy o sukcesie organizatorów i realizatorów szczepień ochronnych. Jest to jednocześnie spełnienie jednego z wymogów Światowej Organizacji Zdrowia. Należy jednak podejmować dalsze działania w celu poprawy odsetka zaszczepionych w odniesieniu do wszystkich szczepień ochronnych.

W powiecie myślenickim obserwuje się następujące trendy w zakresie ruchu naturalnego oraz stanu zdrowotnego ludności:

- wzrost liczby ludności,
- wzrost liczby urodzeń żywych od 2004 r.,
- utrzymująca się przewaga liczby kobiet nad liczbą mężczyzn,
- wzrost współczynnika urodzeń żywych na 1000 ludności (od 2004 r.),
- spadek liczby noworodków martwo urodzonych,
- spadek współczynnika umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych (od 2001 r.),
- utrzymujący się dodatni wskaźnik przyrostu naturalnego,
- większość zgonów w grupie osób w wieku 0-19 lat występuje u dzieci poniżej 4. roku życia (zgony niemowląt),
- wzrost wskaźnika ciągłości opieki nad kobietą w ciąży,
- spadek odsetka wizyt patronażowych u dzieci do 1. roku życia,
- wzrost liczby pacjentów do lat 18, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy,
- znaczny wzrost (w 2005 r.) liczby dzieci, u których po raz pierwszy rozpoznano dychawicę oskrzelową, otyłość, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, zniekształcenia kręgosłupa i zaburzenia rozwoju,
- wzrost liczby uczniów z problemami zdrowotnymi,
- wzrost wykonawstwa szczepień ochronnych,
- wzrost odsetka uczniów objętych badaniami profilaktycznymi,
- najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród dzieci i młodzieży są: zniekształcenia kręgosłupa, zaburzenia widzenia (refrakcji i akomodacji), choroby alergiczne (w tym dychawica oskrzelowa).

W 2000 r., kiedy po zmianach administracyjnych w Polsce odradzał się dwustopniowy nadzór w zakresie opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, założono, że podejmowane działania w tym zakresie do 2005 r. powinny przynieść wymierne korzyści zdrowotne w postaci między innymi⁴⁰:

- obniżenia umieralności okołoporodowej z 8,4‰ do 7,5‰ oraz zmniejszenia różnic pomiędzy regionami do poziomu nie przekraczającego 50,0%,

⁴⁰„Aktualna sytuacja w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce”, J. Szymborski, S. Radiukiewicz, E. Iwanicka, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Warszawa 2002 r.

- zmniejszenia wskaźnika umieralności niemowląt z 8,1 do 6,0 na 1 000 urodzeń żywych oraz zmniejszenia różnic pomiędzy regionami do poziomu nie przekraczającego 50,0%,
- utrzymania wysokiego stopnia uodpornienia populacji na choroby zakaźne drogą szczepień ochronnych,
- zapewnienia świadczeń medycznych uczniom we wszystkich polskich szkołach,
- kształtowanie wśród uczniów prozdrowotnych postaw, zachowań, umiejętności i motywacji życiowych,
- poprawy dostępności opieki, jakości diagnostyki i leczenia dzieci, młodzieży i kobiet w wieku rozrodczym,
- redukcji liczby zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i połogiem,
- zmniejszenia umieralności kobiet z powodu chorób nowotworowych narządu rodnoego i piersi.

Dane dla powiatu myślenickiego wskazują, że, przedstawione powyżej przyjęte dla Polski (wybrane) założenia dotyczące zdrowia populacji objętej opieką zdrowotną nad matką i dzieckiem zostały w powiecie osiągnięte. Na szczególne podkreślenie zasługuje niski wskaźnik umieralności niemowląt, wysoki wskaźnik ciągłości opieki nad kobietą w ciąży oraz wysoki odsetek wykonawstwa szczepień ochronnych. Nie oznacza to jednak, że nie należy w dalszym ciągu podejmować działań w celu poprawy tych współczynników. Propozycje i rekomendacje w tym zakresie przedstawiono poniżej.

REKOMENDACJE:

1. W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i umieralności dzieci i młodzieży potrzebne są skoordynowane działania różnych podmiotów, a w szczególności:
 - pełna realizacja powszechnych badań profilaktycznych,
 - intensyfikacja działania w celu wczesnej diagnostyki i zapobiegania najczęstszym jednostkom chorobowym w populacji dzieci i młodzieży (zniekształcenia kręgosłupa, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, alergię (w tym głównie dychawica oskrzelowa), zaburzenia rozwoju, otyłość, padaczka czy niedożywienie,
 - poprawa wskaźnika wizyt patronażowych u dzieci do 1. roku życia,
 - ciągła poprawa wyszczepialności dzieci i młodzieży,
 - kształtowanie postaw prozdrowotnych i przeciwdziałanie negatywnym postawom i zachowaniom kobiet w wieku rozrodczym,
 - realizacja programów profilaktycznych wzmacniających potencjał zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę u kobiet.
2. Ważnym dla planowania opieki zdrowotnej jest wskaźnik przyrostu naturalnego i prognozy ludności z uwzględnieniem struktury wiekowej, w której dominuje obecnie ludność w wieku produkcyjnym. Zwiększająca się widocznie grupa osób po 60/64 roku życia będzie potrzebować więcej usług zdrowotnych, zatem ważne jest też prowadzenie szerokiej

profilaktyki zapobiegania chorobom przewlekłym i chorobom wieku podeszłego. W odróżnieniu od krajów zachodnich i wielu innych regionów Polski w powiecie myślenickim prognozy przewidują że będzie następować wzrost liczby mieszkańców, a zrównanie liczby urodzeń i zgonów nastąpi dopiero za ok. 20 lat. Należy inicjować i rozwijać lokalne programy działań na rzecz ludzi starszych w celu ich aktywizowania oraz realizacji głównych postulatów unijnej polityki wobec osób starszych, takich jak: zapobieganie marginalizacji, aktywność zawodowa i społeczna, zapewnienie godnego życia, likwidacja alienacji itd.

3. W kwestii wyszczepialności dzieci i młodzieży należy podejmować dalsze działania w celu poprawy odsetka zaszczepionych w odniesieniu do wszystkich szczepień ochronnych ze szczególnym naciskiem m. in. na wirusowe zapalenie wątroby typu B (1. i 14. rok życia), błonicę i tężec (1. i 2. rok życia), krztusiec (1. i 2. rok życia), poliomyelitis (1. i 2. rok życia) oraz odrę (2. i 7. rok życia).
4. Obok realizacji samych szczepień ochronnych, równie ważną rolę w działaniach zapobiegających zachorowaniom na choroby zakaźne odgrywa oświata zdrowotna i promocja zdrowia. Jej celem jest przede wszystkim kształtowanie opinii, postaw i zachowań związanych ze zdrowiem jednostki i grupy społecznej. W celu poprawy organizacji i wykonawstwa szczepień wskazane jest ciągłe inicjowanie i realizowanie programów promocji szczepień ochronnych i akcji informacyjnych, skierowanych głównie do rodziców dzieci z grup poddawanych szczepieniom, w celu zapoznania z programem szczepień i korzyściami wynikającymi z ich wysokiego wykonawstwa. Wdrażane działania powinny wynikać z założeń Narodowego Programu Zdrowia, wytycznych WHO oraz z sytuacji epidemiologicznej i potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu. Niezbędne wydaje się również rozwijanie systemu szkoleń dla personelu realizującego szczepienia w celu podnoszenia i uaktualniania ich wiedzy i umiejętności.
5. Innym elementem opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem są programy profilaktyczne skierowane do odpowiednio wyselekcjonowanej grupy odbiorców, oparte na analizach stanu zdrowia populacji. Jak pokazują dane Głównego Urzędu Statystycznego najczęstszymi przyczynami zgonów wśród mieszkańców powiatu myślenickiego w latach 2002-2004 były: choroby układu krążenia, nowotwory, zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu, choroby układu trawiennego oraz choroby układu oddechowego. Zarówno w przypadku chorób układu krążenia, jak i w przypadku nowotworów, konieczna jest dalsza koncentracja na oddziaływaniu na świadomości społeczną poprzez odpowiednio zaplanowane i skonstruowane programy.

6. Analiza danych dotyczących zachorowań w latach 2002-2005 (szczegółowe dane prezentowane są w załącznikach 27 i 28 w aneksie do niniejszego opracowania) na nowotwory w populacji kobiet mieszkających na terenie powiatu myślenickiego wskazuje, że kobiety najczęściej zapadały na

1. w miastach:

- nowotwory narządów moczowo-płciowych,
- nowotwory kości, tkanek miękkich, skóry i sutka,
- nowotwory układu oddechowego i narządów klatki piersiowej,
- nowotwory układu trawiennego i otrzewnej,

2. na wsi

- nowotwory układu trawiennego i otrzewnej,
- nowotwory kości, tkanek miękkich, skóry i sutka,
- nowotwory narządów moczowo-płciowych,
- nowotwory układu oddechowego i narządów klatki piersiowej,
- nowotwory tkanek limfatycznych i krwiotwórczych.

Powyższe dane (m. in. dotyczące zgonów i zachorowań na nowotwory) wskazują m. in. na kierunki działań, jakie powinny być podejmowane w zakresie programów zdrowotnych (profilaktycznych i promocji zdrowia) realizowanych dla populacji powiatu myślenickiego w celu wzmocnienia potencjału zdrowotnego mieszkańców. Ważnym elementem działań w tym zakresie powinno być również prowadzenie akcji edukacyjnych dotyczących właściwych zachowań zdrowotnych (właściwe odżywianie, aktywność ruchowa, styl życia bez nałogów itp.).

7. Olbrzymie znaczenie dla zdrowia mają programy zdrowotne, których odbiorcami są dzieci i młodzież. Dostarczają one informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmocniają działania na rzecz zdrowia, przekonują oraz pozwalają na tworzenie i utrwalanie modelu zdrowego stylu życia, szczególnie w najmłodszej grupie populacji.

8. Program opieki nad matką i dzieckiem w Polsce przewiduje wyspecjalizowaną, kompleksową opiekę zdrowotną oraz wychowawczą. Opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem, obejmująca profilaktykę i leczenie we wszystkich etapach życia, zarówno matki, jak i dziecka, stała się obecnie jednym z priorytetów działania Ministerstwa Zdrowia. Minister określił, że jednym z istotnych jego zadań w tym zakresie będzie opracowanie i wdrożenie „*Narodowego programu opieki nad matką i dzieckiem*”. Wymaga to także dużego zaangażowania samorządów lokalnych i położenia nacisku na programy prozdrowotne dla tej grupy populacji.

9. W szczególności zaleca się planowanie akcji edukacyjnych odnośnie znanych czynników ryzyka nowotworów, chorób układu krążenia, w tym:

- a. rozwój edukacji zdrowotnej na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej, jak również obiegu pacjenta w systemie i dostępności do systemu,
- b. szkolenia z zakresu prewencji pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek (nadzór, kontrola)
- c. działania profilaktyczno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży.

10. Rekomenduje się aktywne i pełne uczestnictwo samorządu lokalnego w programach wczesnego wykrywania chorób, organizowanych w formie konkursów przez Ministerstwo Zdrowia, z naciskiem na wspieranie programów długoterminowych i obejmujących całą zagrożoną populację.

11. Rozbudowa systemu opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi nie może sprowadzać się tylko do tworzenia nowych placówek, czy zwiększania w nich liczby personelu medycznego. Należy umożliwić również sprawowanie odpowiedniej opieki w domu, a więc rozwijać środowiskowe formy opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. Sprawdzonym sposobem na większą efektywność działań jest rozwijanie współpracy międzysektorowej pomiędzy różnymi instytucjami działającymi w danym obszarze. Wydaje się, że w zakresie opieki nad pacjentem w wieku podeszłym, korzystny byłby rozwój współpracy pomiędzy placówkami i jednostkami z obszarów ochrony zdrowia i opieki społecznej, a także rozwój i tworzenie innych form opieki typu: opieka długoterminowa pielęgniarska, opieka dzienna, hospitalizacja domowa. Ważna jest również poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej (rozwój placówek opiekuńczych), skrócenie czasu oczekiwania na miejsce w domach opiekuńczych oraz szeroka i dostępna informacja w tym zakresie dla ludzi starszych i ich rodzin.

12. Ważnym zagadnieniem wydaje się być również rozwój alternatywnych form opieki psychiatrycznej: opieki dziennej i środowiskowej. Zwiększona zapadalność na nerwice, depresje, choroby psychiczne i uzależnienia wymaga bowiem szybkiej diagnozy i leczenia w środowisku zamieszkania, a nawrotowość ostrych zaburzeń wskutek utraty ciągłości leczenia psychiatrycznego zamkniętego, pośredniego i opieki środowiskowej uzasadnia intensyfikację działań w tym zakresie.

IV SPIS TABEL

Tab. I-1. Oczekiwana długość życia w woj. małopolskim i w Polsce w porównaniu do średniej w Unii Europejskiej, 2004 rok	13
Tab. I-2. Przyczyny zgonu w roku 2002-2004 – liczba i udział w strukturze zgonów (obie płcie łącznie), powiat myślenicki	22
Tab. I-3. Zapadalność na nowotwory złośliwe w powiecie myślenickim , kobiety i mężczyźni, 2004 rok	27
Tab. I-4. Zapadalność na nowotwory złośliwe w woj. małopolskim, kobiety i mężczyźni, 2005 rok	28
Tab. I-5. Zachorowania na nowotwory w latach 2001-2005 w powiecie myślenickim	28
Tab. II-1. Podstawowe wskaźniki funkcjonowania poszczególnych oddziałów Szpitala w Myślenicach w 2006 roku	49
Tab. II-2. Populacja ludności w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005 – liczby bezwzględne (stan na dzień 31.XII.)	58
Tab. II-3. Ruch naturalny ludności w liczbach bezwzględnych w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005	59
Tab. II-4. Ruch naturalny ludności - wskaźniki na 1 000 ludności w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w latach 2000-2005	59
Tab. II-5. Opieka zdrowotna nad dziećmi do lat 3 w województwie małopolskim i powiecie myślenickim w latach 2004-2005	63
Tab. II-6. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zabezpieczające świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie myślenickim w 2006 r.	69
Tab. II-7. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w województwie małopolskim oraz powiecie myślenickim w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w latach 2003-2005	71
Tab. II-8. Zatrudnienie lekarzy w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej w województwie małopolskim i w powiecie myślenickim w latach 2004-2005	71
Tab. II-9. Badania cytodiagnostyczne kobiet w województwie małopolskim i w powiecie myślenickim w latach 2003-2005	72
Tab. II-10. Szpitalne Oddziały Ratunkowe w Małopolsce	83
Tab. II-11. Karetki pozostające w dyspozycji Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach	86
Tab.II-12. Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2006	91
Tab.II-13. Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2005	92
Tab.II-14. Interwencje zespołów Stacji Pomocy Doraźnej w Myślenicach w roku 2004	93
Tab. II-15. Analiza czasów dojazdów w mieście i poza miastem w 2006 r.	94
Tab. II-16. Analiza czasów dojazdów w mieście i poza miastem w 2005 r.	96

V SPIS RYSUNKÓW

Rys. I-1. Liczba żywych urodzeń na 1000 osób.....	5
Rys. I-2. Przyrost naturalny w latach 2000-2005 w powiecie myślenickim i woj. małopolskim.....	6
Rys. I-3. Urodzenia i zgony w powiecie myślenickim w latach 2000-2002 i prognoza do 2030 r.....	6
Rys. I-4. Liczba mężczyzn i kobiet w powiecie myślenickim w latach 2000-2002 i prognoza do 2030 roku.....	7
Rys. I-5. Struktura wiekowa populacji powiatu myślenickiego w 5-letnich przedziałach, 2005 rok, liczba osób.....	8
Rys. I-6. Struktura wiekowa populacji powiatu myślenickiego, procent osób danej płci w 5 letnich przedziałach wiekowych, 2005 rok.....	9
Rys. I-7. Liczba mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w powiecie myślenickim.....	10
Rys. I-8. Odsetek mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w powiecie myślenickim.....	10
Rys. I-9. Zmiana liczby mężczyzn w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w powiecie myślenickim.....	11
Rys. I-10. Zmiana liczby kobiet w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2002-2030 w powiecie myślenickim.....	11
Rys. I-11. Procentowa zmiana liczby mieszkańców w latach 2002-2030 w powiecie myślenickim, woj. małopolskim oraz w Polsce (100% - rok 2002).....	12
Rys. I-12. Odsetek osób o różnym poziomie wykształcenia w woj. małopolskim oraz w Polsce (rok 1988 oraz rok 2002).....	12
Rys. I-13. Umieralność niemowląt wg przyczyn w powiecie myślenickim, woj. małopolskim i średnio w Polsce.....	14
Rys. I-14. Współczynnik umieralności w powiecie myślenickim i średnio w Polsce u mężczyzn i kobiet.....	16
Rys. I-15. Odsetek zgonów ogółem w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w 2004 r.....	17
Rys. I-16. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004.....	17
Rys. I-17. Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004.....	18
Rys. I-18. Odsetek zgonów z powodu chorób układu oddechowego w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004.....	18
Rys. I-19. Odsetek zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w grupach wiekowych u mężczyzn i kobiet w roku 2004.....	19
Rys. I-20. Struktura zgonów w powiecie myślenickim (mężczyźni), 2004 rok.....	20
Rys. I-21. Struktura zgonów w powiecie myślenickim (kobiety) 2004 rok.....	20
Rys. I-22. Struktura zgonów w Polsce (mężczyźni) 2004 rok.....	21
Rys. I-23. Struktura zgonów w Polsce (kobiety) 2004 rok.....	21
Rys. I-24. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w powiecie myślenickim i średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni.....	23
Rys. I-25. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004.....	24
Rys. I-26. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok.....	25
Rys. I-27. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu przyczyn zewnętrznych, w powiecie myślenickim, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok.....	26
Rys. I-28. Współczynnik zachorowań na HIV (1999-2003) według województw.....	29
Rys. I-29. Współczynnik zachorowań na AIDS (1999-2003) według województw.....	29

Rys. II-1. Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.....	34
Rys. II-2. Liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej podstawowej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.....	34
Rys. II-3. Liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej w powiecie myślenickim i powiatach sąsiednich w 2005 r.....	35
Rys II-4. Zestawienie ilości wykonanych porad w poradniach specjalistycznych w powiecie myślenickim w latach 2004-2006.....	37
Rys. II-5. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni alergologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.	38
Rys. II-6. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni diabetologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	38
Rys. II-7. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni kardiologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	39
Rys. II-8. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni dermatologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	40
Rys. II-9. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni neurologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	40
Rys. II-10. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni rehabilitacyjnej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.	41
Rys. II-11. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni ginekologiczno-położniczej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.	42
Rys. II-12. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni chirurgii ogólnej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	42
Rys. II-13. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni urazowo-ortopedycznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.	43
Rys. II-14. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni okulistycznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	44
Rys. II-15. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni otolaryngologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	44
Rys. II-16. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni chorób psychicznych i uzależnień na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	45
Rys. II-17. Liczba porad na 100 000 ludności w poradni stomatologicznej na terenie powiatu myślenickiego i powiatów sąsiednich w 2005 r.....	46
Rys. II-18. Średnie procentowe wykorzystanie łóżek w SP ZOZ w Myślenicach w latach 2003-2006.....	49
Rys. II-19. Liczba leczonych w SP ZOZ w Myślenicach w latach 2003-2006.....	50
Rys. II-20. Rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych w Małopolsce.....	84

VI BIBLIOGRAFIA

Opracowania i raporty:

1. *„Aktualna sytuacja w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce”, J. Szymborski,
S. Radiukiewicz, E. Iwanicka, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.*
2. Biuletyny statystyczno-informacyjne ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie,
3. *CARE – Europejska Baza Danych o Wypadkach Drogowych Komisja Europejska
DG TREN – 2004 r., wyliczenia Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Czy polskie
ratownictwo medyczne zdąży się zmienić? Raport Instytutu Ratownictwa
Medycznego.*
4. Małopolski Program Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005. Program Wojewódzki, Sejmik
Województwa Małopolskiego, Kraków, październik 2001 r.
5. Plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych województwa
małopolskiego na 2007 r.
6. Powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na rok 2007,
Starostwo Powiatowe w Myślenicach, luty 2006 r.
7. Programy polityki zdrowotnej państwa w latach 2001, 2002, 2003, 2004, 2005.
8. Program Ochrony Zdrowia dla Powiatu Myślenickiego na lata 2004 – 2008
9. Program restrukturyzacji SPZOZ w Myślenicach
10. Sprawozdania programów profilaktycznych realizowanych w Powiecie Myślenickim za lata 2003,
2004, 2005, 2006.
11. Sprawozdanie z realizacji Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia na lata 2001-2005,
Departament Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
Kraków, czerwiec 2004 r.
12. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015,
Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006 r.

Strony internetowe:

www.nfz-krakow.pl

www.mz.gov.pl

www.wsse.krakow.pl

www.powiat-myslenice.pl,

www.spzoz.myslenice.pl

www.ratownictwo.pl

www.malopolska.uw.gov.pl

VII ANEKS