



RAPORT O ZDROWIU MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA I JEGO UWARUNKOWANIACH

**URZĄD MIASTA KRAKOWA
KRAKÓW, 2018**

Opracowanie:

Fundacja Zdrowia Publicznego

Na zlecenie:

Biura ds. Ochrony Zdrowia
Urzędu Miasta Krakowa

Recenzent:

dr Marcin Mikos

Spis treści

WPROWADZENIE.....	7
CZĘŚĆ I	10
MIERNIKI STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA	10
1. WSTĘP.....	10
2. STAN LUDNOŚCI ORAZ RUCH NATURALNY	10
3. STRUKTURA LUDNOŚCI WEDŁUG PŁCI, WIEKU I GRUP EKONOMICZNYCH.....	15
4. TRWANIE ŻYCIA	21
5. STAN ZDROWIA NA PODSTAWIE DANYCH O UMIERALNOŚCI.....	23
5.1. Współczynnik umieralności niemowląt.....	23
5.2. Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową.....	24
5.3. Odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie	26
5.4. Współczynnik umieralności ogólnej	26
5.5. Zgony według wieku	28
5.6. Zgony według przyczyn	29
5.7. Standaryzowane współczynniki umieralności	31
6. CHOROBY PSYCHICZNE, UZALEŻNIENIA	34
6.1. Liczba zachorowań na choroby psychiczne w Krakowie i województwie małopolskim w latach 2006–2016.....	36
6.2. Liczba osób korzystających z terapii uzależnień w latach 2006–2016 na terenie miasta Krakowa	40
7. ZACHOROWALNOŚĆ NA WYBRANE CHOROBY ZAKAŻNE.....	42
7.1. Wybrane choroby zakaźne	42
7.2. Szczepienia ochronne	45
7.3. Gruźlica	49
7.4. WZW typu B i WZW typu C.....	53
7.5. HIV/AIDS	55
7.6. Zgony z powodu chorób zakaźnych.....	58
8. ZACHOROWALNOŚĆ I ZGONY NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE	59
9. CHOROBY ZAWODOWE	66
10. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	72
10.1. Osoby poniżej 16. roku życia	73
10.2. Osoby powyżej 16. roku życia	77
11. WSKAŹNIKI ZUS DOTYCZĄCE GMINY MIEJSKIEJ KRAKÓW (ABSENCJA CHOROBOWA, RENTY I WYDATKI ZUS)	82
11.1. Absencja chorobowa	82

11.2. Emerytury i renty.....	83
12. LICZBA PRZEPROWADZONYCH TRANSPLANTACJI	87
13. PODSUMOWANIE	89
CZĘŚĆ II ZASOBY OPIEKI ZDROWOTNEJ w KRAKOWIE.....	91
1. WSTĘP.....	91
2. STACJONARNA OPIEKI ZDROWOTNA – LECZNICTWO ZAMKNIĘTE	92
2.1. Szpitale ogólne	96
2.2. Stacjonarne leczenie psychiatryczne.....	101
2.3. Zakłady opieki długoterminowej.....	103
2.4. Opieka sprawowana w systemie pomocy społecznej	108
3. PODSTAWOWA I AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	113
3.1. Podstawa opieki zdrowotnej	113
3.2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna.....	117
4. RATOWNICTWO MEDYCZNE	126
5. KADRY MEDYCZNE.....	131
6. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO.....	139
7. SPRZĘT MEDYCZNY W ZAKŁADACH OGÓLNYCH PUBLICZNEJ I NIEPUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	144
8. SŁUŻBA KRWI.....	146
9. ZABEZPIECZENIE MIESZKAŃCÓW KRAKOWA W LEKI	147
10. PODSUMOWANIE	148
CZĘŚĆ III.....	151
DZIAŁANIA MIASTA W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ.....	151
1. WSTĘP.....	151
2. DZIAŁANIA W STOSUNKU DO SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ, DLA KTÓRYCH GMINA MIEJSKA KRAKÓW JEST PODMIOTEM TWORZĄCYM.....	152
2.1. Stacjonarna opieka zdrowotna – zrealizowane inwestycje i pozyskane środki zewnętrzne	152
2.2. Działania na rzecz poprawy jakości w jednostkach miejskich	156
2.3. Gospodarowanie lokalami użytkowymi przeznaczonymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych.....	160
3. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA MIASTA KRAKOWA.....	162
3.1. Realizacja programów polityki zdrowotnej	162
3.2. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018	177
3.3. Zadania dzielnic – programy polityki zdrowotnej	179
3.4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki	182

3.5. Promocja zdrowia i działania promujące zdrowy styl życia.....	183
3.6. Działania wspierające funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi i osób niepełnosprawnych w latach 2016–2017.....	184
3.7. Medycyna szkolna	186
3.7. Rekomendacje AOTMiT dla programów Miasta Krakowa	193
4. UZDROWISKO SWOSZOWICE – DZIAŁANIA MIASTA KRAKOWA	194
5. RATOWNICTWO MEDYCZNE – REALIZACJA „RAMOWEGO PROGRAMU KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”	196
6. PODSUMOWANIE	199
CZĘŚĆ IV.....	201
WPŁYW UWARUNKOWAŃ ŚRODOWISKOWYCH I INNYCH NA ZDROWIE MIESZKAŃCÓW KRAKOWA	201
1. WSTĘP.....	201
2. WPŁYW STYLU ŻYCIA NA ZDROWIE.....	201
3. WPŁYW HAŁASU NA ZDROWIE.....	208
4. WPŁYW ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA NA ZDROWIE.....	214
5. WPŁYW PÓL ELEKTROMAGNETYCZNYCH NA ZDROWIE	220
6. PODSUMOWANIE	224
RECENZJA.....	225
Piśmiennictwo	226
Spis tabel	230
Spis wykresów	235
Spis rysunków.....	238
Słownik pojęć.....	239

WPROWADZENIE

Kolejna edycja *Raportu o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach* dotyczy w szczególności analizy danych z 2016 i 2017 roku. Przedstawione dane odniesiono się do lat ubiegłych, co pozwala na zaprezentowanie trendów i wyciągnięcie wniosków, czy założone cele w zakresie polityki zdrowotnej są osiąmane. Ponadto wybrane zagadnienia dotyczące Gminy Miejskiej Kraków zaprezentowano na tle całego województwa małopolskiego oraz Polski.

Raport corocznie przygotowujący jest z inicjatywy Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa. Bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców Krakowa jest jednym z priorytetowych obszarów działań władz samorządowych. Celem Raportu jest przedstawienie syntetycznych danych dotyczących sytuacji demograficzno-epidemiologicznej, dostępnych zasobów opieki zdrowotnej, dostępności do świadczeń zdrowotnych, poziomu zabezpieczenia medycznego w mieście Krakowie oraz działań profilaktycznych służących poprawie jakości życia jego mieszkańców. Przy opracowywaniu Raportu korzystano z danych udostępnianych m.in. przez:

- a) Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa,
- b) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – Urząd Miasta Krakowa,
- c) Wydział Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie,
- d) Główny Urząd Statystyczny,
- e) Krakowskiego Pogotowie Ratunkowe,
- f) Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia,
- g) Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie,
- h) Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie,
- i) Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie,
- j) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Raport składa się z czterech części, po każdej zamieszczono podsumowanie zawierające najważniejsze informacje.

Najważniejsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków:

1. Zarówno w 2016 r. jak i 2017 r. odnotowano dodatnie saldo migracji wewnętrznych w Małopolsce i w Krakowie. Dla województwa małopolskiego wynosiło odpowiednio 3, 67 tys. i 3,8 tys., a w Krakowie 1,8 tys. w 2016 r. i 1,6 w 2017 r.
2. Przyrost naturalny w 2017 r. był wyższy w Krakowie w porównaniu do wartości w Polsce i województwie małopolskim. Wartość przyrostu naturalnego w 2017 r. wynosiła odpowiednio: dla Polski -0,01/1 000 mieszkańców; dla województwa małopolskiego 1,97/1 000 mieszkańców, a dla Krakowa 2,6/1 000 mieszkańców.
3. Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł w 2017 r. w Krakowie 2,4 /1 000 urodzeń żywych, w Małopolsce 3,7/1 000 urodzeń żywych, w Polsce 4/1 000 urodzeń żywych, a wartość dla UE stanowiła 3,4/1 000 urodzeń żywych.
4. W 2017 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia kobiet w Krakowie wyniosła 82,7 lat, w województwie małopolskim: 82,6 lat, a najniższe wartości na poziomie całego kraju wyniosły 81,8 lat. w Unii Europejskiej oczekiwana długość życia u kobiet wyniosła 83,6 lat. w populacji mężczyzn oczekiwana długość życia w Krakowie wynosiła 76,8 lat i była wyższa

- niż w województwie małopolskim: 75,4 lat oraz w Polsce: 74 lat, jednak niższa niż w Unii Europejskiej: 78,2 lat.
5. Współczynnik umieralności ogólnej w 2017 r. w Krakowie wynosił 999/100 tys. i był wyższy niż w Polsce: 984/100 tys.
 6. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w grupie mężczyzn w 2017 r. wynosił odpowiednio – Kraków: 779,00 /100 tys., Małopolska: 862,03/100 tys., Polska: 947,09/100 tys. Wartości standaryzowanego współczynnika umieralności ogólnej w grupie kobiet przedstawiały się następująco – Kraków: 456,46 /100 tys., Małopolska: 454,59/100 tys., Polska: 512,24/100 tys. Ogółem dla Krakowa standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej wynosił 634,07/100 tys.
 7. Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2016 r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 51,24% zgonów, w Polsce 45,96% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2016 r. z powodu nowotworów odnotowano 30,7% zgonów, w Polsce 27,3% zgonów. W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 3,9%, Polska 4,9%), choroby układu oddechowego (Kraków 3,7%, Polska 5,9%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 4,0%, Polska 4,1%).
 8. W 2016 r. zapadalność na nowotwory w Krakowie wynosiła 31,5/1 000 ludności i była wyższa niż w Małopolsce (18,12/1 000) w grupie kobiet najczęściej występującymi nowotworami był nowotwór sutka, trzonu macicy i płuc. Natomiast w grupie mężczyzn, najczęściej występował nowotwór płuc i gruczołu krokowego.
 9. W 2016 r. zaobserwowano wzrost zapadalności na choroby zakaźne: infekcje grypopodobne i grypę: 15 074/ 100 tys.; płonicę 84,3/100 tys.; krztusiec 55,1/100 tys.
 10. W 2017 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę ogółem wyniósł 11,8 przypadków na 100 tys. ludności w porównaniu do 14,8/100 tys. W 2017 r. współczynnik zachorowalności na gruźlicę w województwie małopolskim wyniósł 13,5/100 tys. ludności i był niższy niż w 2016 r. (14,7/100 tys.). Natomiast w Polsce w 2017 r. wynosił 15,1/100 tys., a w 2016 r. 16,8/100 tys., a w UE 11,4/100 tys.
 11. W Krakowie w latach 2013–2016 liczba zachorowań na WZW B i C systematycznie rosła. W 2016 r. odnotowano w Krakowie 52 zachorowania na WZW B i 77 zachorowań na WZW C.
 12. W 2016 r. współczynnik zapadalności na WZW B w Krakowie wynosił 6,8/100 tys. mieszkańców i był niższy w porównaniu do województwa małopolskiego 8,5/100 tys. mieszkańców, Polski 9,9/100 tys. mieszkańców. Natomiast w UE współczynnik ten wynosił w 2016 r. 5,5/ 100 tys. mieszkańców.
 13. W 2016 r. współczynnik zapadalności na WZW C w Krakowie wynosił 10,6/100 tys., w województwie małopolskim 7,33/100 tys. mieszkańców, w Polsce 10,44/100 tys. mieszkańców, oraz UE 7,4/ 100 tys. mieszkańców.
 14. Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie była najwyższa spośród wszystkich analizowanych regionów i wynosiła w 2017 r. 14,7/100 tys. mieszkańców, kolejno w Małopolsce współczynnik ten kształtował się na poziomie 4,67/100 tys. a w Polsce 3,85 /100 tys. mieszkańców.
 15. W latach 2016–2017 nie odnotowano żadnego zachorowania na AIDS w mieście Kraków. W 2017 r. w Małopolsce wartość współczynnika zapadalności wynosiła 0,12/100 tys. i była niższa niż w 2016 r. (0,27/100 tys. osób). W Polsce zapadalność na AIDS w 2017 r.

kształtowała się na poziomie 0,30/100 tys. mieszkańców (w 2016 r. – 0,31/100 tys.), a w Unii Europejskiej wartość tego współczynnika w 2016 r. wynosiła 0,7/100 tys. osób.

Uwagi, wnioski i propozycje dotyczące niniejszego Raportu można zgłaszać do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, ul. Bolesława Czerwieńskiego 16, 31-319 Kraków, tel. 12 616 51 19, e-mail: sz.umk@um.krakow.pl

CZĘŚĆ I

MIERNIKI STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA

1. WSTĘP

Analiza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej oraz ocena poziomu dostępności do opieki zdrowotnej mieszkańców jest jednym z podstawowych elementów kreowania polityki zdrowotnej miasta. Na jej podstawie możliwe jest dokonanie oceny stanu zdrowia populacji, zidentyfikowanie obszarów deficytowych oraz potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Jednym ze sposobów oceny stanu zdrowia populacji jest wykorzystanie pozytywnych i negatywnych wskaźników monitorujących. Do pozytywnych mierników zdrowia populacji zalicza się m.in. liczbę urodzeń żywych, przyrost naturalny oraz jakość życia. Natomiast w epidemiologii najważniejsze znaczenie mają negatywne mierniki stanu zdrowia odnoszące się do częstości występowania chorób, umieralności ogólnej, umieralności niemowląt, śmiertelności oraz przewidywanego trwania życia. Oprócz liczb bezwzględnych, najczęściej prezentuje się wskaźniki np. 1000 ludności, co pozwala na dokonywanie porównań na przestrzeni lat lub pomiędzy różnymi jednostkami.

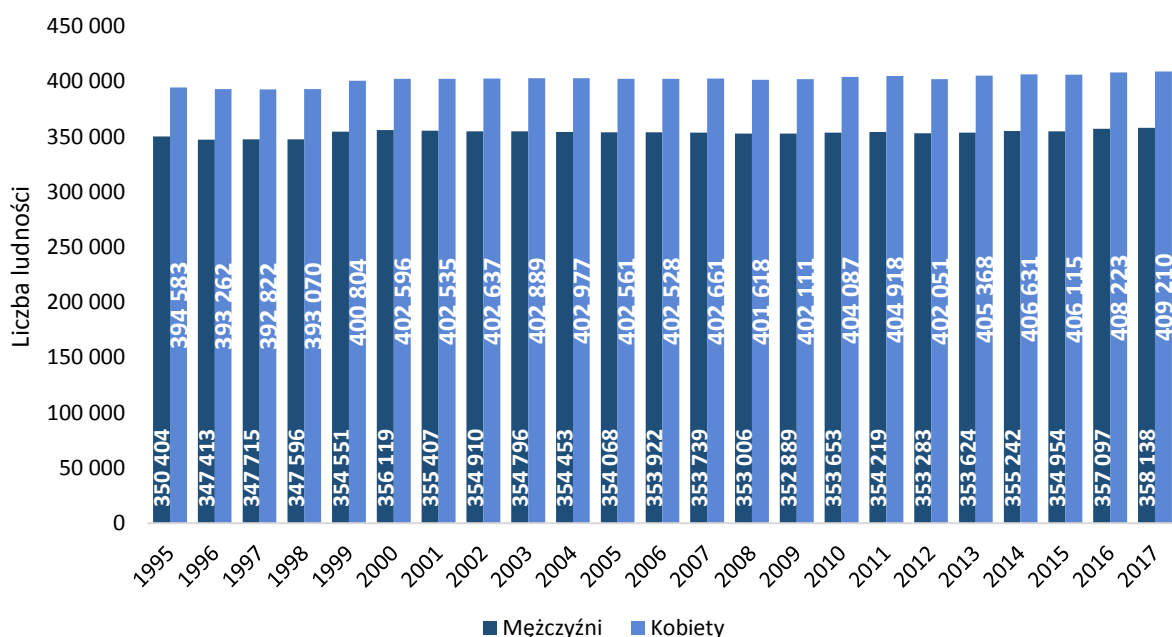
2. STAN LUDNOŚCI ORAZ RUCH NATURALNY

Strukturę ludności w danym okresie kształtują urodzenia i zgony, a także ruch naturalny (zawieranie związków małżeńskich, rozwody, migracje). W 2017 r. miasto Kraków było zamieszkiwane przez 767 348 osób, w tym 409 210 kobiet i 358 138 mężczyzn. W porównaniu do 2016 r. liczba mieszkańców miasta Krakowa zwiększyła się o 2 028 osób (765 320 w 2016 r.), liczba kobiet wzrosła o 987 (408 223 w 2016 r.) a liczba mężczyzn o 1 041 osoby (357 097 w 2016 r.). Względem 1995 r. ogólna liczba ludności miasta Krakowa wzrosła o 22 361 osoby (z 744 987 w 1995 r. do 767 348 w 2017 r.), w tym wśród kobiet odnotowano wzrost o 14 627 osób (z 394 583 w 1995 r. do 409 210 w 2017 r.), a wśród mężczyzn o 7 734 osoby (z 350 404 w 1995 r. do 358 138 w 2017 r.).

Pomiędzy rokiem 1995 a 2017 w województwie małopolskim ogólna liczba mieszkańców wzrosła o 201 194 osoby (z 3 190 186 w 1995 r. do 3 391 380 w 2017 r.), w tym liczba kobiet zwiększyła się o 108 961 osób (z 1 636 433 w 1995 r. do 1 745 394 w 2017 r.), a liczba mężczyzn o 92 233 osoby (z 1 553 753 w 1995 r. do 1 645 986 w 2017 r.).

W 2017 r. ludność województwa małopolskiego stanowiła 8,8% ludności całego kraju, podobnie jak w 2016 r. Natomiast ludność miasta Krakowa 2% ludności kraju (Wykres 1).

Wykres 1. Liczba ludności w Krakowie w podziale na płeć w latach 1995–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Gęstość zaludnienia w latach 2005–2017 była najwyższa na poziomie miasta Krakowa, następnie w województwie małopolskim oraz w Polsce. W 2017 r. gęstość zaludnienia wynosiła odpowiednio: 2342 os./km² w Krakowie, 223 os./km² w województwie małopolskim oraz 123 os./km² w Polsce. W Krakowie pomiędzy rokiem 2016 a 2017 gęstość zaludnienia wzrosła z 2328 os./km² do 2342 os./km² (Tabela 1).

Tabela 1. Gęstość zaludnienia (os./km²) w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005–2017

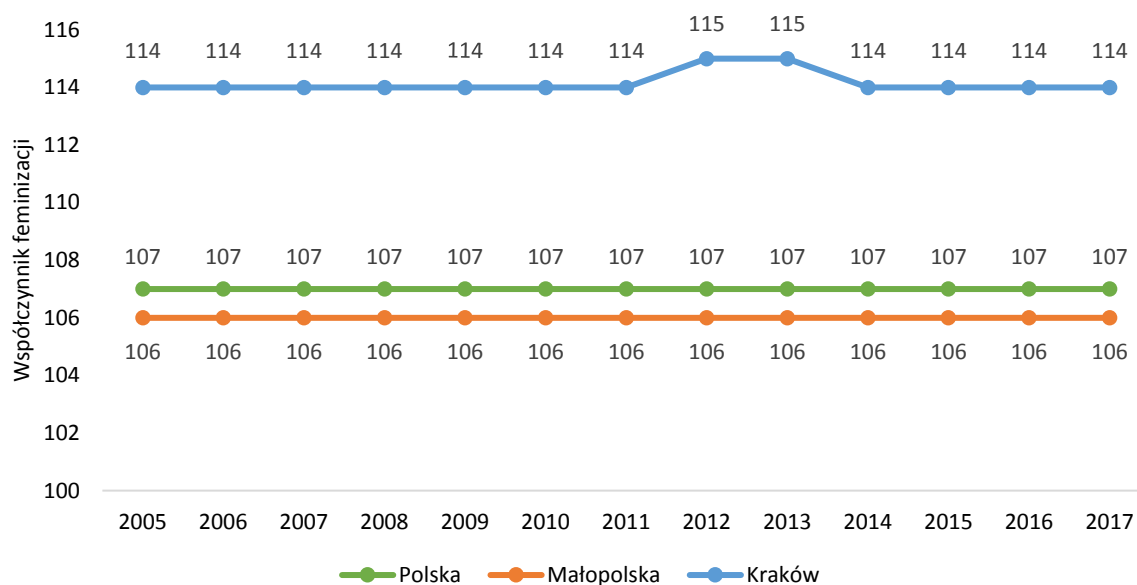
Rok	Polska	Woj. małopolskie	Kraków
2005	122	215	2 315
2006	122	215	2 314
2007	122	216	2 315
2008	122	217	2 309
2009	122	217	2 310
2010	123	220	2 319
2011	123	220	2 323
2012	123	221	2 320
2013	123	221	2 322
2014	123	222	2 331
2015	123	222	2 327
2016	123	222	2 328
2017	123	223	2 342

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Współczynnik feminizacji określa ile kobiet w danym społeczeństwie przypada na określoną liczbę mężczyzn, czyli najczęściej przedstawiany jest jako liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn.

Kraków w porównaniu do województwa małopolskiego i Polski jest bardziej sfeminizowany. W 2017 roku współczynnik feminizacji w Krakowie wynosił 114, w Małopolsce 106, a w Polsce 107. W analizowanym okresie nie występowały znaczne różnice w poziomie tego wskaźnika. W Polsce i Małopolsce od 2005 r. do 2017 r. był on niezmienny. Jedynie w Krakowie odnotowano różnice wartości współczynnika feminizacji. Współczynnik ten był wyższy w 2012 i 2013 roku i wynosił 115 (Wykres 2).

Wykres 2. Współczynnik feminizacji w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005–2017

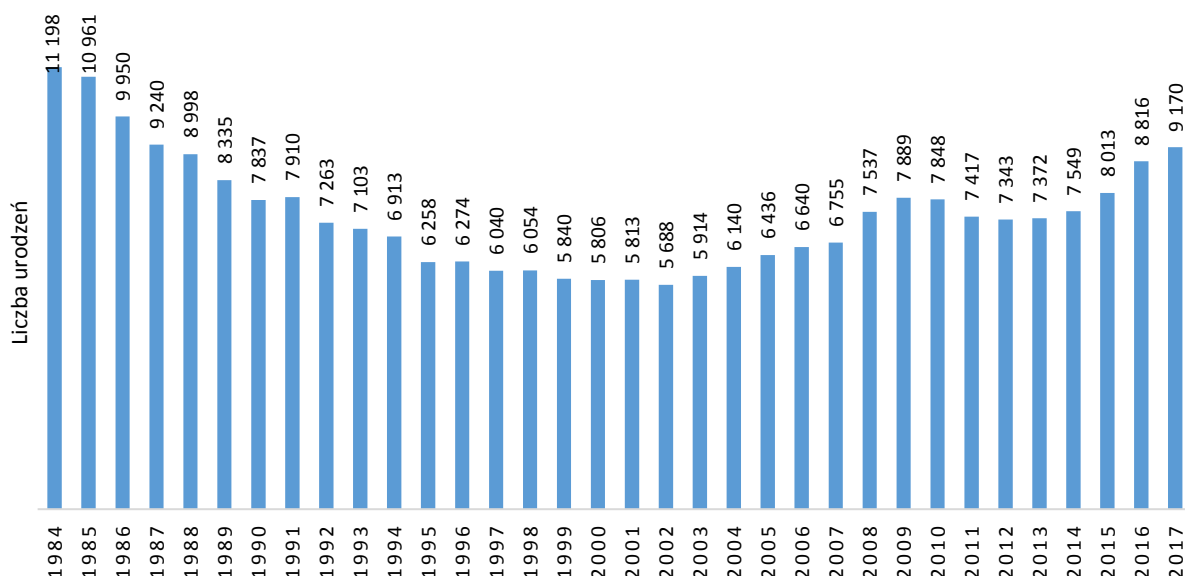


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Na liczbę urodzeń wpływ ma wiele czynników tj. demograficzne, społeczne i ekonomiczne. Nie bez znaczenia jest również struktura populacji i rozkład ludności wg. płci i wieku, migracje i wiek zawierania związków małżeńskich. Do ważnych czynników wpływających na liczbę urodzeń zaliczyć można również czynniki genetyczne, stylu życia, oraz czynniki kulturowe, warunki mieszkaniowe, normy społeczne, politykę prorodziną oraz aktywność zawodową.

W Krakowie w latach 1984–2002 następował systematyczny spadek liczby urodzeń z 11 198 w 1984 r. do 5 688 w 2002 r. (liczba urodzeń w tym okresie spadła niemal dwukrotnie). Od 2002 r. liczba urodzeń w Krakowie zaczęła wzrastać. W latach 2002–2009 odnotowano wzrost z 5 688 urodzeń do 7 889 urodzeń. Po 2009 r. aż do 2012 r. nastąpił spadek liczby urodzeń w Krakowie do poziomu 7 343. Następnie od 2012 r. aż do 2017 r. odnotowano wyraźny wzrost liczby urodzeń. W 2017 r. liczba urodzeń w Krakowie wynosiła 9 170 (Wykres 3).

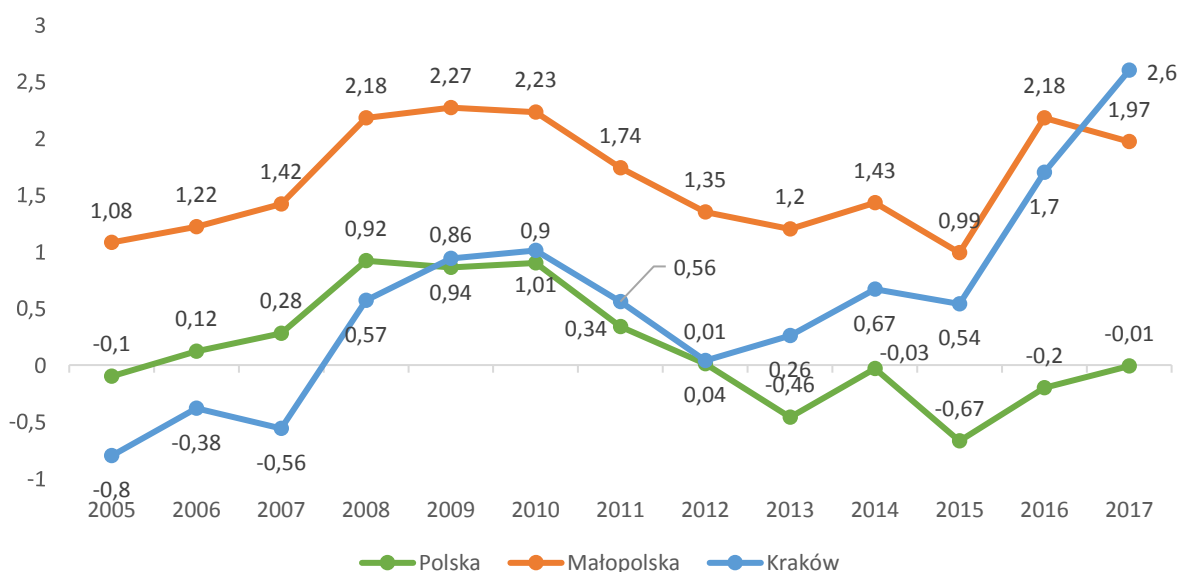
Wykres 3. Liczba urodzeń w Krakowie w latach 1984–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wskaźnik przyrostu naturalnego to różnica pomiędzy liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów. Wartość dodatnia oznacza liczbę urodzeń przewyższającą liczbę zgonów, ujemna zaś odwrotnie. Wielkość przyrostu naturalnego zależy od stopnia rozwoju gospodarczego – im wyższy poziom rozwoju państwa, tym niższy przyrost naturalny. W okresie od 2005 r. do 2017 r. wskaźnik przyrostu naturalnego mierzonego na 1 000 mieszkańców był najwyższy w Krakowie względem województwa małopolskiego i Polski. W Polsce oraz w Krakowie od 2015 r. zaobserwowano gwałtowny wzrost przyrostu naturalnego, tj. z wartości $-0,67/1\ 000$ do $-0,01/1\ 000$ w Polsce oraz z wartości $0,54/1\ 000$ do $2,6/1\ 000$ w Krakowie w 2017 r. w województwie małopolskim odnotowano tendencję spadkową w 2017 r. względem roku 2016 o 0,21 (Wykres 4).

Wykres 4. Wskaźnik przyrostu naturalnego w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

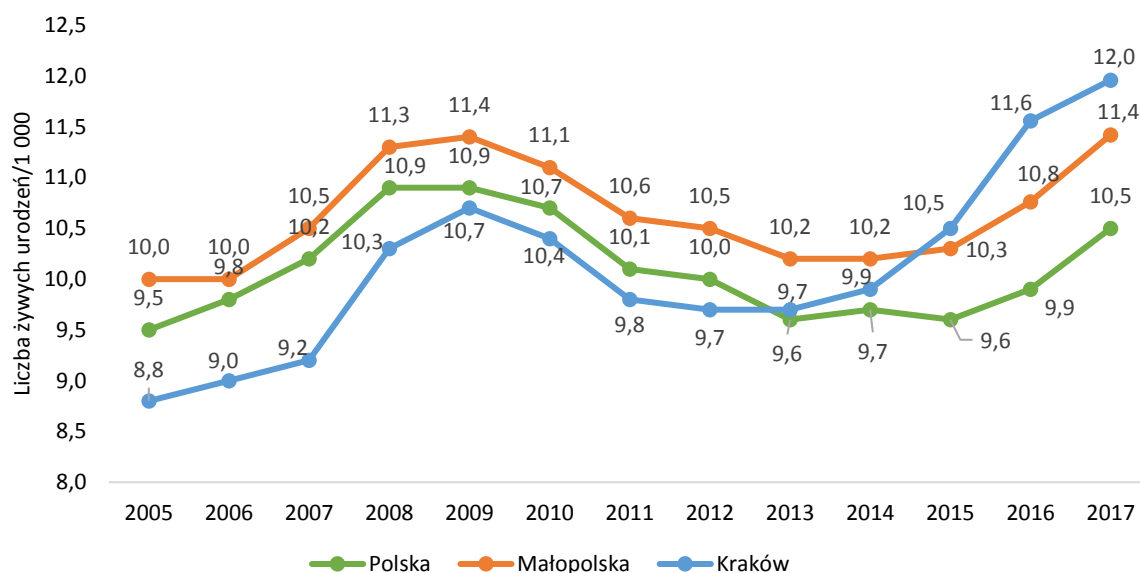
Kolejnym wskaźnikiem opisującym strukturę ludności jest liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. W 2017 r. liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców była najwyższa w Krakowie (11,96/1 000 mieszkańców), następnie w Małopolsce (11,42/1 000 mieszkańców), a najmniejsze wartości odnotowano dla Polski (10,5/1 000 mieszkańców). Dla wszystkich analizowanych obszarów w latach 2005–2009 odnotowano systematyczny wzrost tego wskaźnika:

- a) w Krakowie z 8,8/1 000 mieszkańców do 10,7/1 000 mieszkańców,
- b) w Małopolsce z 10,0/1 000 mieszkańców do 11,4/1 000 mieszkańców,
- c) w Polsce z 9,5/1 000 mieszkańców do 10,9/1 000 mieszkańców.

Od 2010 do 2014 r. odnotowano powolny spadek tego wskaźnika:

- a) W Małopolsce z 11,1/1 000 mieszkańców do 10,2/1 000 mieszkańców,
- b) W Polsce z 10,7/1 000 mieszkańców do 9,7/1 000 mieszkańców,
- c) W Krakowie z 10,4/1 000 mieszkańców do 9,9/1 000 mieszkańców (Wykres 5).

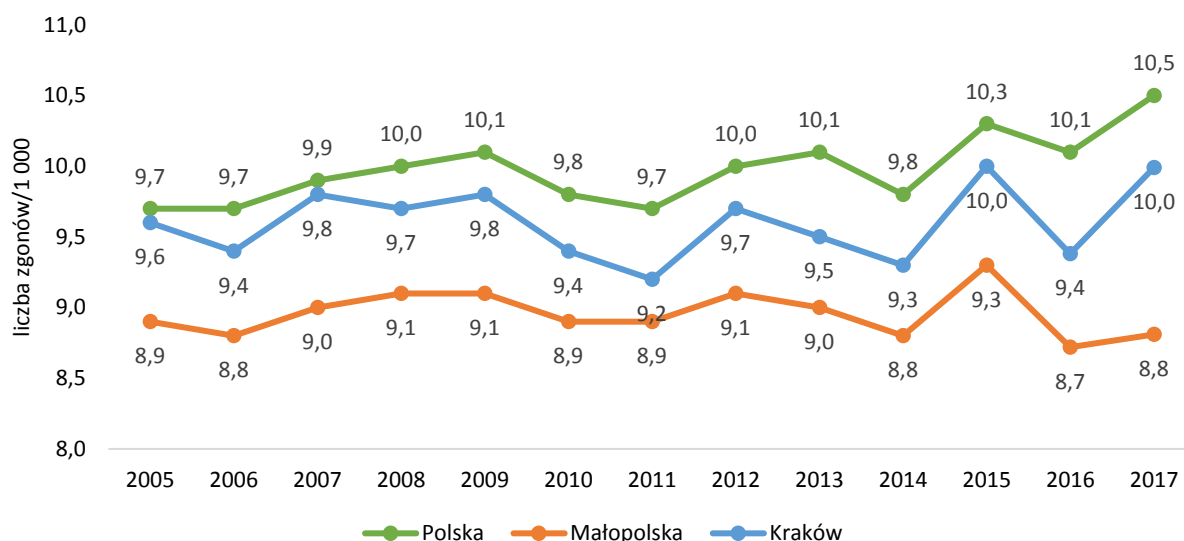
Wykres 5. Liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wskaźnik liczby zgonów na 1 000 mieszkańców w 2017 r. najwyższy był dla Polski i wynosił 10,5/1 000, następnie dla Krakowa 10,0/1 000, a najniższą wartość odnotowano w województwie małopolskim 8,8/1 000. W analizowanym horyzoncie czasowym (2005-2017) liczba zgonów na 1 000 mieszkańców wzrosła w Polsce i w Krakowie. W województwie małopolskim odnotowano niewielki spadek – o 0,1/1 000 (Wykres 6).

Wykres 6. Liczba zgonów w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz Polsce w latach 2005–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

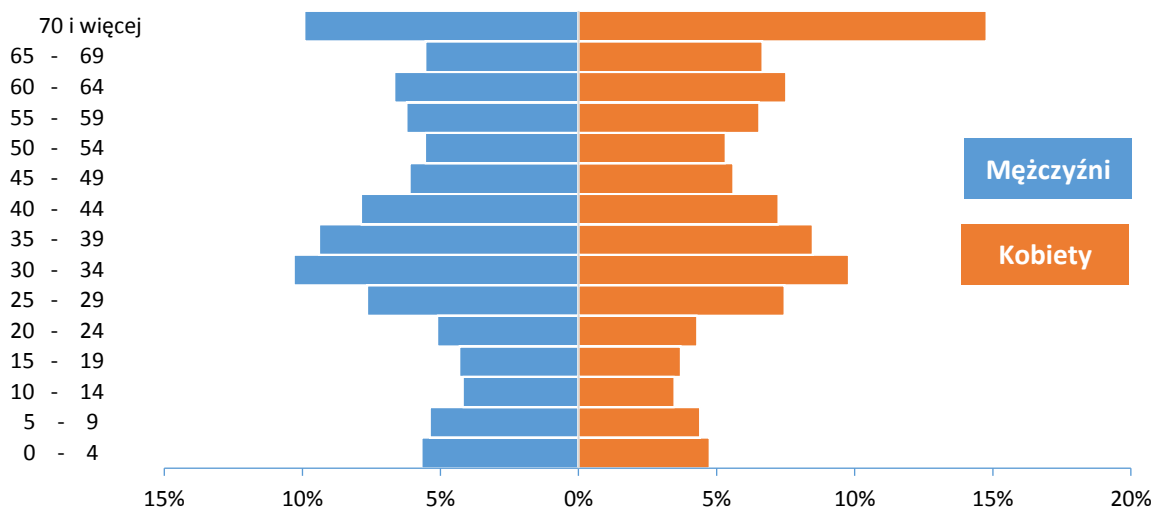
3. STRUKTURA LUDNOŚCI WEDŁUG PŁCI, WIEKU I GRUP EKONOMICZNYCH

Struktura ludności według płci i wieku to udział poszczególnych grup wiekowych w danej populacji przy uwzględnieniu podziału na płeć. Na strukturę ludności wpływają przyrost naturalny i migracje, warunkujące liczbę ludności oraz jej rozmieszczenie.

Analizując grupę wiekową 0–24 lata na podstawie danych dotyczących miasta Krakowa z 2017 r. można zauważyć, że więcej było mężczyzn względem kobiet. Największa nadwyżka mężczyzn występowała w grupie wiekowej 5–9 lata, gdzie liczba kobiet wynosiła 17 944 a liczba mężczyzn 19 221 (nadwyżka mężczyzn wynosiła 1 227 osób). Od 25 r.ż. liczba kobiet zaczęła przewyższać liczbę mężczyzn i w grupie wiekowej 30–34 różnica ta wzrosła do 3 144 osób (39 970 kobiet i 36 826 mężczyzn). Następnie w przedziale wiekowym 35–39 lat nadwyżka liczby kobiet nad liczbą mężczyzn zmalała i wynosiła 1 075 osoby (34 607 kobiet i 33 532 mężczyzn). W kolejnych przedziałach wiekowych (od 40 r.ż.) dysproporcja pomiędzy nadwyżką kobiet nad mężczyznami stawała się coraz większa. Największą nadwyżkę kobiet zaobserwowano w przedziale wiekowym 65–69 lat, dla której liczba kobiet wynosiła 27 169, a liczba mężczyzn 19 809 (liczba kobiet w stosunku do liczby mężczyzn była wyższa o 7 360 osób).

Największa liczba ludności występowała w przedziale wiekowym 30–34 lata: 39 970 kobiet i 36 826 mężczyzn. Tak dużą liczebność w tym przedziale wiekowym można wyjaśnić faktem, iż są to osoby urodzone w latach 1981–1985, kiedy w Polsce odnotowano zjawisko wyżu demograficznego. Na podstawie analizy powyższej piramidy wieku można stwierdzić, że populacja miasta Krakowa jest społeczeństwem starzejącym się (Wykres 7).

Wykres 7. Struktura wiekowa populacji Gminy Miejskiej Kraków w 5-letnich grupach wiekowych w podziale na płeć w 2017 r.

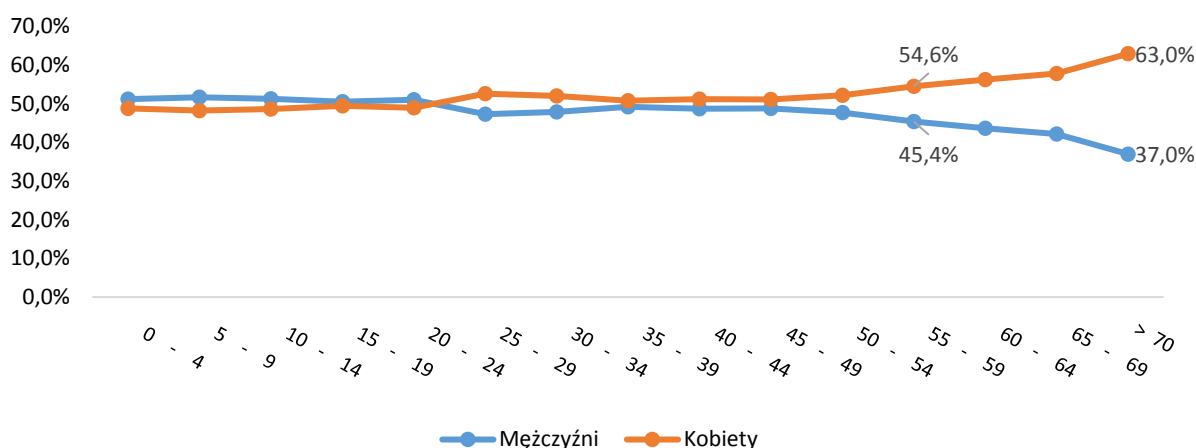


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Analizując odsetek kobiet w stosunku do mężczyzn w 5-letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2017 r. można zaobserwować, że wraz ze wzrostem wieku zwiększał się odsetek kobiet w określonych grupach wiekowych. Najmniejsze różnice w odsetkach liczebności kobiet i mężczyzn występowały w najmłodszych grupach wiekowych oraz w grupach wiekowych 35–49 lat. W grupie wiekowej 0–24 lata występowała niewielka nadwyżka odsetka mężczyzn nad kobietami. W populacji osób 0–4 lata mężczyźni stanowili 51,2%, a kobiety 48,8% ogółu ludności. W przedziale wiekowym 25–59 lat odsetek kobiet zaczął przewyższać odsetek mężczyzn i dysproporcja ta rosła wraz z wiekiem, osiągając najwyższą wartość w grupie wiekowej powyżej 70 r.ż. (odsetek kobiet w populacji wynosił 63%, a mężczyzn 37%).

Podsumowując powyższe dane można stwierdzić, że w Krakowie występuje zjawisko nadumieralności mężczyzn, które definiuje się jako wyższe natężenie zgonów mężczyzn niż kobiet, będących w tym samym wieku. Konsekwencją tego zjawiska jest krótsze przeciętne trwanie życia mężczyzn. Należy jednak pamiętać, że nadumieralność mężczyzn nie jest zjawiskiem trwałym i niezmiennym w czasie. Na różnice w umieralności kobiet i mężczyzn wpływa szereg czynników, takich jak: genetyczne, biologiczne i środowiskowe (narażenia zawodowe, postawy zdrowotne, styl życia, korzystanie z opieki medycznej) (Wykres 8).

Wykres 8. Odsetek kobiet i mężczyzn w 5-letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2017 r.

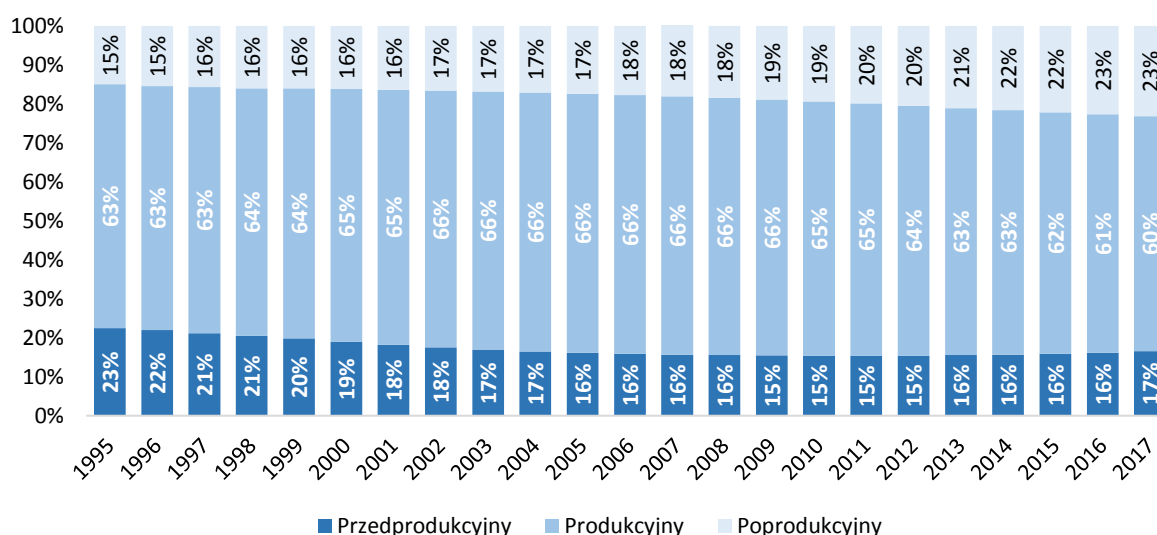


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Charakteryzując strukturę ludności możemy wyróżnić także trzy podstawowe grupy ekonomiczne: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny i poprodukcyjny. W latach 1995–2016 w Krakowie obserwowany był systematyczny spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym: w 1995 r. wynosił 23%, podczas gdy w 2016 r. jego wartość wynosiła 16%. Natomiast w 2017 r. odnotowano wzrost o 1% osób w wieku przedprodukcyjnym w stosunku do roku ubiegłego.

Spadek odnotowany został także w przypadku osób w wieku produkcyjnym. W 1995 r. odsetek osób w tej grupie wiekowej był równy 63%, w 2017 r. o 3% mniej. Natomiast odnotowany został znaczny wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym: z 15% w 1995 r. do 23% w 2018 r. Wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym i jednocześnie spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym wskazuje, iż populacja miasta Krakowa jest społeczeństwem starzejącym się (Wykres 9).

Wykres 9. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w latach 1995–2017

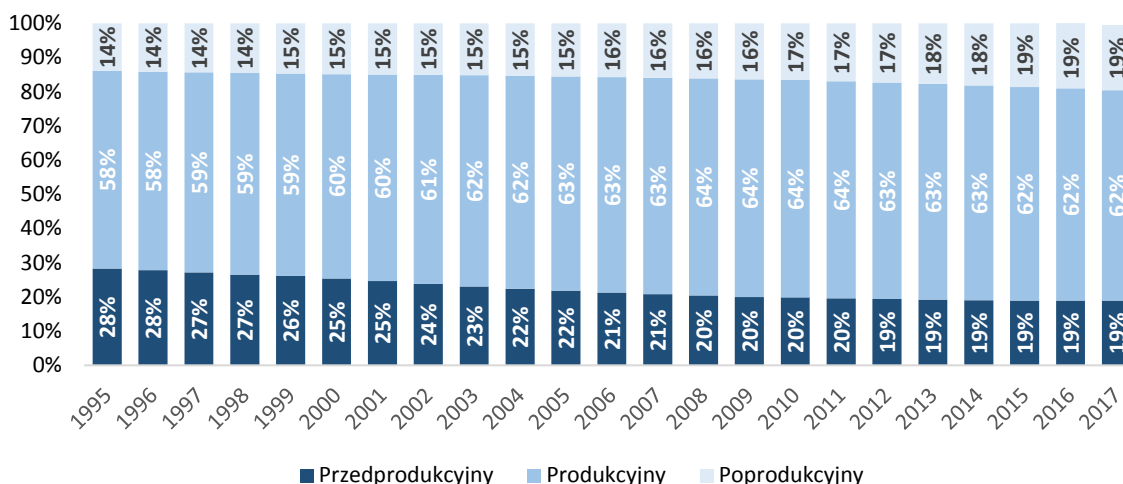


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W latach 1995–2017 w województwie małopolskim odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym systematycznie malał z 28% w 1995 r. do 19% w 2017 r.

Pomiędzy rokiem 1995 a 2011 obserwowany był wzrost udziału osób w wieku produkcyjnym (z 58% w 1995 r. do 64% w 2011 r.), a następnie w latach 2011–2017 odnotowano jego spadek o 2%. W całym analizowanym okresie w województwie małopolskim następował systematyczny wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym: z 14% w 1995 r. do 19% w 2017 r.

Wykres 10. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Małopolsce w latach 1995–2017



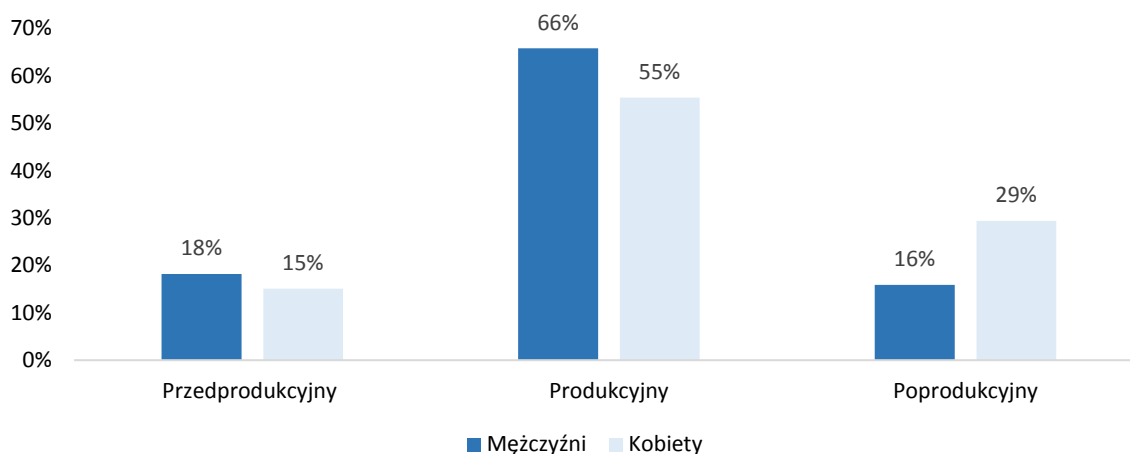
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Analizując powyższe wykresy można zauważyć, że w 2017 r. odsetek osób w wieku:

- przedprodukcyjnym wynosił: 17% w Krakowie oraz 19% w Małopolsce,
- produkcyjnym: 60% w Krakowie i 62% w Małopolsce,
- poprodukcyjnym: 23% w Krakowie oraz 19% w Małopolsce (Wykres 9, Wykres 10).

Analizując ekonomiczne grupy wiekowe z uwzględnieniem podziału na płeć w Krakowie w 2017 r. można zauważyć, że największe różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami występowały w grupie wieku poprodukcyjnego i jest to jedyna grupa, w której odsetek kobiet był wyższy niż mężczyzn (29% ogółu liczebności kobiet oraz 16% liczebności mężczyzn). Dużą dysproporcję pomiędzy odsetkiem kobiet i mężczyzn odnotowano także dla grupy wieku produkcyjnego: 55% dla kobiet oraz 66% dla mężczyzn. Natomiast odsetek kobiet w wieku przedprodukcyjnym wynosił 15%, a mężczyzn 18% (Wykres 11).

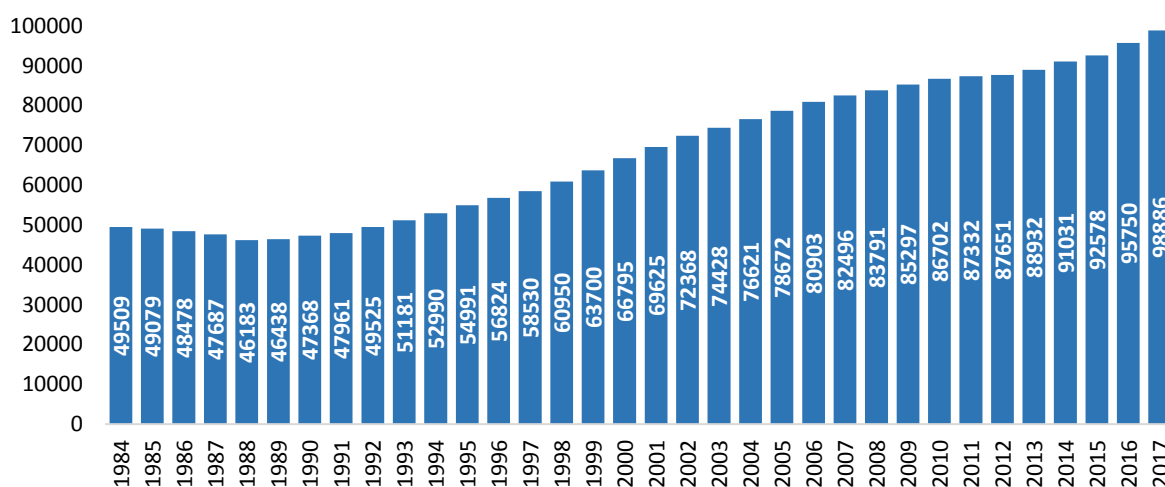
Wykres 11. Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wzrost długości życia oraz zmiany w przyroście naturalnym wpływały na kształtowanie się odsetka osób w wieku produkcyjnym. Niższy odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym może pośrednio świadczyć o niższym przyroście naturalnym w latach ubiegłych, co w przyszłości może skutkować mniej korzystnym stosunkiem liczby osób w wieku produkcyjnym do osób w wieku poprodukcyjnym. Obserwacje te wskazują na występowanie wśród populacji polskiej zjawiska „starzejącego się społeczeństwa”. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż pomimo że w Polsce rozpoczął się proces starzenia się społeczeństwa, to jest ona nadal postrzegana w Europie jako kraj demograficznie młody i według raportu GUS „Polska w Unii Europejskiej 2017”, w 2016 r. znajdowała się na 3 pozycji wśród krajów z najniższym współczynnikiem obciążenia demograficznego (ludność w wieku 0–14 lat oraz 65 lat i więcej na 100 osób w wieku 15–64 lata) osiągając wartość 44,9 (pierwsze miejsce zajęła Słowacja ze współczynnikiem obciążenia demograficznego równym 42,4, natomiast drugie Luksemburg: 44,3). Kraje o najwyższym współczynniku obciążenia demograficznego to Francja (59,4), Szwecja (59,2) i Finlandia (58,2), natomiast średnia dla Unii Europejskiej wynosiła 53,2.

Wykres 12. Liczba osób w wieku 70+ w Krakowie w latach 1984–2017

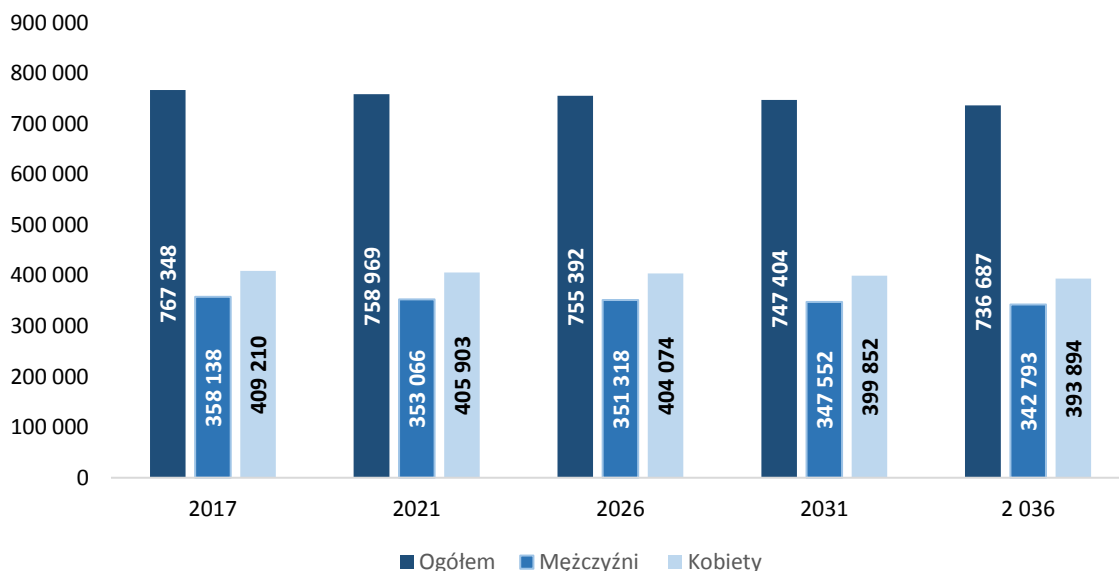


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego liczba mieszkańców Krakowa ulegać będzie systematycznemu spadkowi:

- a) w 2016 r. – liczba ludności ogółem wynosi 767 348, w tym 358 138 mężczyzn i 409 210 kobiet;
- b) w 2021 r. – liczba ludności ogółem wynosić ma 758 969, w tym 353 066 mężczyzn i 405 903 kobiet;
- c) w 2026 r. – liczba ludności ogółem wynosić ma 755 392, w tym 351 318 mężczyzn i 404 074 kobiet;
- d) w 2031 r. – liczba ludności wynosić ma 747 404, w tym 347 552 mężczyzn i 399 852 kobiet;
- e) w 2036 r. – liczba ludności wynosić ma 736 687, w tym 342 793 mężczyzn i 393 894 kobiet (Wykres 13).

Wykres 13. Prognoza liczby ludności w podziale na płeć w Krakowie na lata 2017–2036



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W 2017 r. wśród mężczyzn w Krakowie największą populację stanowiły osoby w wieku 15-64 (243 936 osób), następnie osoby w wieku 15-59 (219 936 osób), kolejno osoby w wieku 60+ (79 742 osób), taka tendencja utrzymywać się będzie również w kolejnych latach tj. 2021, 2026, 2031, 2036. Pomiędzy 2017 r. a 2036 r. nastąpi 16% spadek liczby mężczyzn w populacji w wieku 0-14 lat, kolejno spadek liczby ludności w tym okresie zanotuje się dla mężczyzn w wieku 15-59 (7% spadek) i 15-64 lat (6% spadek). Największy przyrost liczby mężczyzn odnotuje się dla wieku powyżej 85 lat. W latach 2016–2036 nastąpi zmiana struktury populacji mężczyzn w wieku 80+, dla tej grupy wiekowej zostanie odnotowany największy przyrost liczby mężczyzn tj. o 73%. Kolejno o 71% nastąpi przyrost mężczyzn w wieku 85+ (Tabela 2).

Tabela 2. Prognoza liczby mężczyzn w Krakowie w podziale na wiek w latach 2017–2036

Wiek	2017*	2021	2026	2031	2036	% zmiana 2017–2036
0-14	53 776	55 513	52 903	49 305	45 225	-16%
15-59	219 936	214 467	213 980	211 462	203 727	-7%
60+	79 742	83 086	84 435	86 785	93 841	18%
15-64	243 486	235 114	231 685	230 479	227 768	-6%
65+	56 192	62 439	66 730	67 768	69 800	24%
75+	21 878	23 801	28 636	34 101	36 789	68%
80+	12 760	13 176	14 413	17 984	22 082	73%
85+	5 685	6 359	6 540	7 319	9 723	71%

*Dane obejmują prognozowaną liczbę mężczyzn w 2017 r. (dane wyjściowe dotyczą roku 2013)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W 2017 r. wśród kobiet w Krakowie największą populację stanowią osoby w wieku 15-64 (266 338 osób), następnie osoby w wieku 15-59 (236 047 osób), kolejno osoby w wieku 60+ (119 577 osób), taka tendencja utrzymywać się będzie również w kolejnych latach tj. 2021, 2026, 2031, 2036. Pomiedzy 2017 r. a 2036 r. nastąpi 16% spadek liczby kobiet w populacji w wieku 0-14 lat, kolejno spadek liczby ludności w tym okresie zanotuje się dla kobiet w wieku 15-59 i 15-64 lat (8% spadek). Największy przyrost liczby kobiet odnotuje się dla wieku 85+, w latach 2017–2036 nastąpi zmiana struktury populacji kobiet w tym wieku (przyrost o 77%), kolejno o 72% zanotuje się przyrost kobiet w wieku 80+, następnie w wieku 75+ (przyrost o 64%), w wieku 65+ o 23%, a w wieku 60+ o 20% (Tabela 3).

Tabela 3. Prognoza liczby kobiet w Krakowie w podziale na wiek w latach 2017–2036

Wiek	2017*	2021	2026	2031	2036	% zmiana 2017–2036
0-14	50 361	51 936	49 582	46 166	42 301	-16%
15-59	236 047	229 478	228 631	226 038	217 475	-8%
60+	119 577	124 489	125 861	127 648	134 118	12%
15-64	266 338	255 322	249 236	247 418	244 573	-8%
65+	89 286	98 645	105 256	106 268	107 020	20%
75+	40 841	43 805	52 498	62 383	66 918	64%
80+	26 077	26 912	29 271	36 812	44 793	72%
85+	12 959	14 390	15 192	17 189	22 875	77%

*Dane obejmują prognozowaną liczbę mężczyzn w 2017 r. (dane wyjściowe dotyczą roku 2013)

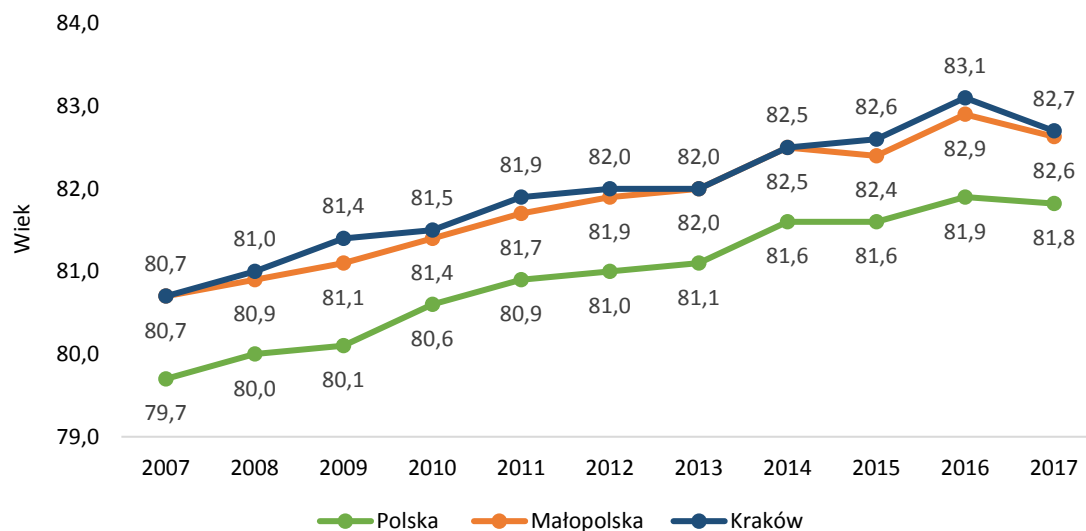
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

4. TRWANIE ŻYCIA

Oczekiwana długość życia to wskaźnik ukazujący zmiany występujące w strukturze demograficznej, który obliczany jest dzięki wskaźnikowi umieralności. W momencie urodzenia czyli w wieku 0 lat oznacza liczbę lat, jaką dana osoba może przeżyć przy zachowaniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego sformułowano tablice trwania życia. W Krakowie od kilku lat można zaobserwować wydłużenie się oczekiwanej długości życia. Od 2007 do 2016 r. wskaźnik ten dla mieszkańców Krakowa był wyższy od średniej ogólnopolskiej zarówno w przypadku kobiet jak

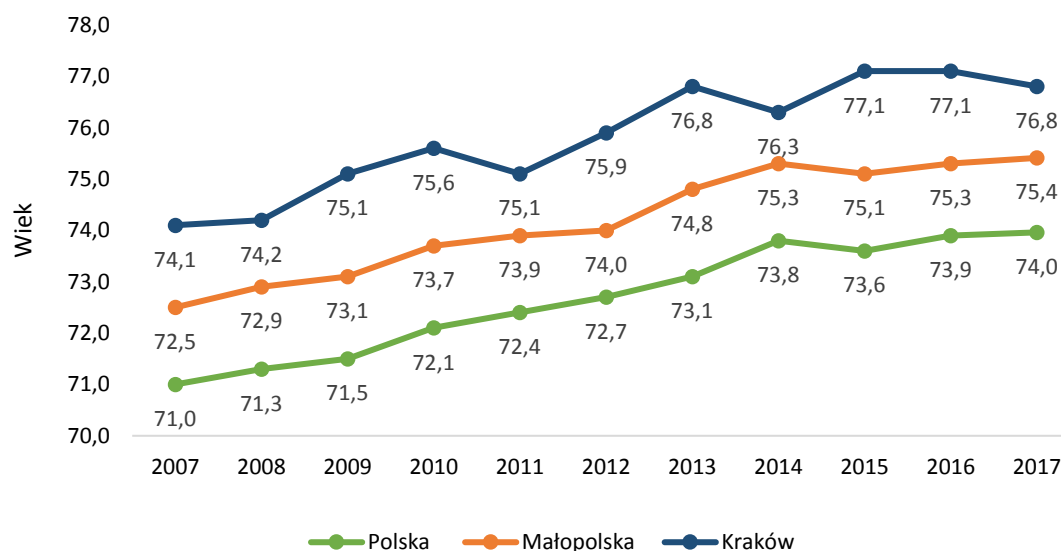
i mężczyzn. W 2007 r. oczekiwana długość życia u kobiet wynosiła 80,7 lat (w porównaniu do wartości dla Polski: 79,7 lat), a u mężczyzn 74,1 lat (w porównaniu do wartości dla Polski: 71,0 lat). W 2017 r. zaobserwowano spadek oczekiwanej długości życia zarówno w Polsce, województwie małopolskim jak i w Krakowie (Wykres 14, Wykres 15).

Wykres 14. Oczekiwana długość życia kobiet w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wykres 15 Oczekiwana długość życia mężczyzn w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Analizowany okres wykazuje zdecydowaną wyższą oczekiwaną długość życia w grupie kobiet w przeciwieństwie do grupy mężczyzn, podobnie jak w Krakowie i w całym województwie małopolskim i Polsce. Zarówno oczekiwana długość życia mężczyzn i kobiet znacznie różniła się pomiędzy Polską a Krakowem.

W latach 2007–2016 można dostrzec wzrost oczekiwanej długości życia kobiet:

- a) w Polsce z 79,7 lat do 81,9 lat (w 2017 r. spadek do 81,8 lat);

- b) w Małopolsce z 80,7 lat do 82,9 lat (w 2017 r. spadek do 82,6 lat);
- c) w Krakowie z 80,7 lat do 83,1 lat (w 2017 r. spadek do 82,7 lat).

Natomiast wśród mężczyzn nastąpił wzrost oczekiwanej długości życia w latach 2007–2017:

- a) w Polsce z 71 lat do 74 lat,
- b) w Małopolsce z 72,5 lat do 75,4 lat.

W Krakowie zaś w 2017 r. w stosunku do roku 2016 nastąpił niewielki spadek oczekiwanej długości życia z 77,1 lat do 76,8 lat (Wykres 15).

Według danych uzyskanych z Eurostatu oczekiwana długość życia w Unii Europejskiej (biorąc pod uwagę 28 państw członkowskich) w 2016 r. wyniosła 83,6 lat dla kobiet oraz 78,2 lat dla mężczyzn¹.

5. STAN ZDROWIA NA PODSTAWIE DANYCH O UMIERALNOŚCI

5.1. Współczynnik umieralności niemowląt

Współczynnik umieralności niemowląt to jeden z najpowszechniejszym mierników stanu zdrowia ludności. Wpływają na niego czynniki genetyczne oraz jakość opieki zdrowotnej nad matką i noworodkiem.

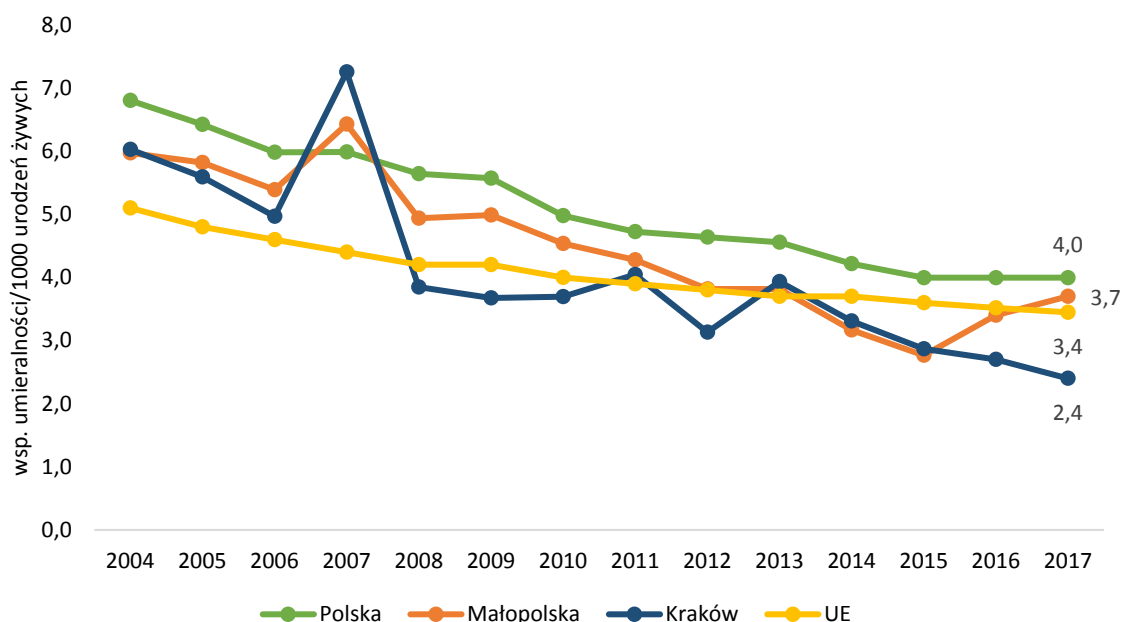
Od 2004 r. współczynnik umieralności niemowląt stale malał zarówno w województwie małopolskim, w Polsce jak i w Unii Europejskiej, aż do 2015 r. Natomiast w Krakowie współczynnik ten nadal zachowuje tendencję spadkową. W latach 2004–2015 nastąpił spadek tego wskaźnika:

- a) w Małopolsce z 6,0/1000 urodzeń żywych do 2,9/1 000 urodzeń żywych (w 2017 r. wzrósł do 3,7/1 000 urodzeń żywych);
- b) w Unii Europejskiej z 5,1/1000 urodzeń żywych do 3,6/1 000 urodzeń żywych (w 2017 r. wzrósł do 3,7/1000 urodzeń żywych).

W Polsce 2004 r. wskaźnik umieralności wynosił 6,8/1 000 urodzeń żywych i spadł do 4,0/1000 urodzeń żywych w 2015 r. i nadal utrzymuje się na tym samym poziomie (dane z 2017 r.). Natomiast w Krakowie wskaźnik umieralności w 2004 r. wyniósł 6,0/1 000 urodzeń żywych a w 2017 r. 2,4/1000 urodzeń żywych.

¹ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/main-tables> [10.10.2018]

Wykres 16. Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2004–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Eurostatu

W Krakowie od 2004 r. do 2006 r. nastąpił widoczny spadek współczynnika umieralności z 6,0/1000 do 5,0/1000 urodzeń żywych. W 2006 r. nastąpił wzrost współczynnika umieralności niemowląt z 5,0/1000 urodzeń żywych do 7,3/1000 urodzeń żywych w 2007 r., następnie spadł do 3,8/1000 urodzeń żywych w 2008 r. i do 2017 r. utrzymuje się w miarę na stałym poziomie. W 2015 r. wyniósł 2,4/1000 urodzeń żywych.

W województwie małopolskim, podobnie jak w Krakowie od 2004 r. do 2006 r. zauważalny był spadek z 6,0/1000 urodzeń żywych do 5,4/1000 urodzeń żywych. W 2007 r. wzrósł do 6,4/1000 urodzeń żywych i od 2008 r. malał od 4,0/1000 urodzeń żywych do 2,8/1000 urodzeń żywych w 2015 r. W 2017 r. nastąpił wzrost wskaźnika umieralności do 3,7/1000 urodzeń żywych.

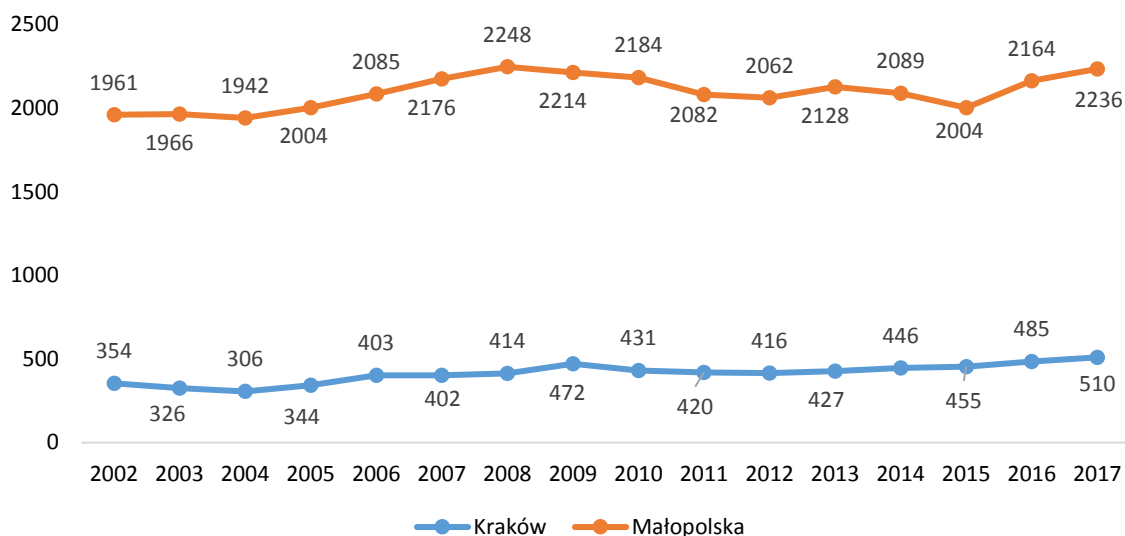
Natomiast w Polsce współczynnik stale malał od 2004 r., kiedy wynosił 6,8/1000 urodzeń żywych do 2015 r., kiedy wyniósł 4,0/1000 urodzeń żywych i w 2017 r. nadal utrzymuje się na tym poziomie. Tendencja spadkowa występowała również w Unii Europejskiej (w 2004 r. współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,1/1000 urodzeń żywych; w 2017 r. 3,4/1000 urodzeń żywych) (Wykres 16).

5.2. Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową

Niska masa urodzeniowa u noworodka to waga poniżej 2500 gram. Powodem niskiej masy najczęściej jest niedożywienie w czasie ciąży spowodowane dolegliwościami ciążowymi lub chorobami kobiety w ciąży.

W 2017 r. w Krakowie urodziło się 510 noworodków z masą poniżej 2,5 kg. W Małopolsce takich urodzeń było 2236. w latach 2002–2017 w Krakowie zauważalny był wzrost urodzeń dzieci z niską masą urodzeniową (w 2002: 354 urodzeń; w 2017: 510 urodzeń). W Małopolsce od 2008 do 2017 nastąpił spadek z 2248 do 2036 urodzeń (Wykres 17).

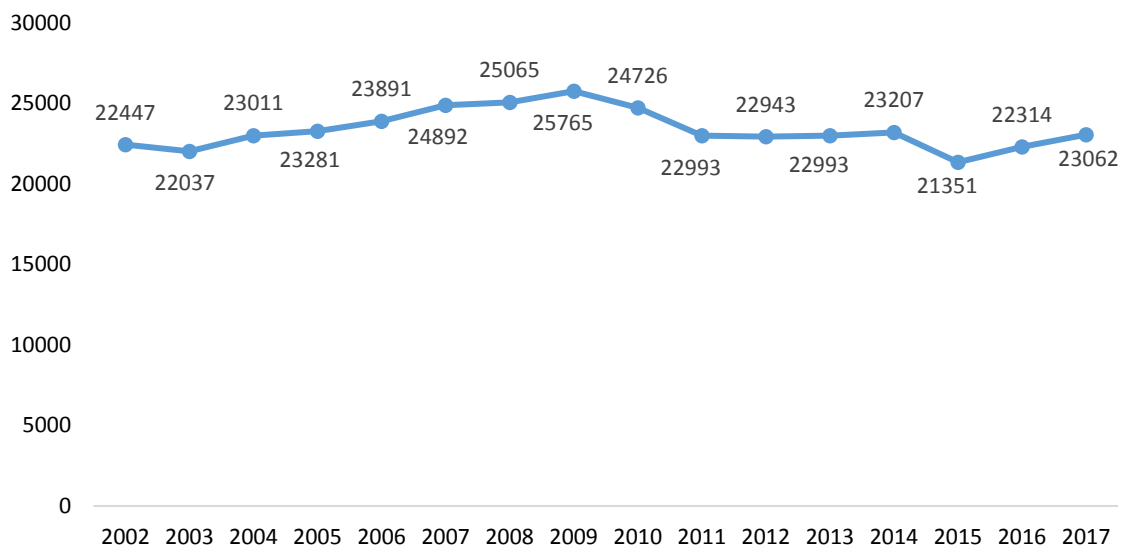
Wykres 17. Liczba urodzeń z masą urodzeniową poniżej 2 500 g w Krakowie i Małopolsce w latach 2002–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS

W Polsce w 2017 urodzeń poniżej masy urodzeniowej wynoszącej 2500 g było 23 062. Od 2003 do 2009 występował wzrost urodzeń z niską masą urodzeniową (2003: 22 037 urodzeń; 2009: 25 765 urodzeń). Od 2009 do 2011 r. nastąpił spadek urodzeń z niską masą urodzeniową (2009: 25 765 urodzeń; 2011: 22 993 urodzeń). Od 2011 do 2015 r. liczba tych urodzeń znajdowała się na podobnym poziomie (2011: 22 993 urodzeń; 2015: 23 207 urodzeń). Od 2015 r. zauważyć można wzrost liczby urodzeń dzieci z masą <2,5 kg, liczba takich urodzeń wynosiła 23 062 (Wykres 18).

Wykres 18. Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową poniżej 2 500 g w Polsce w latach 2002–2017



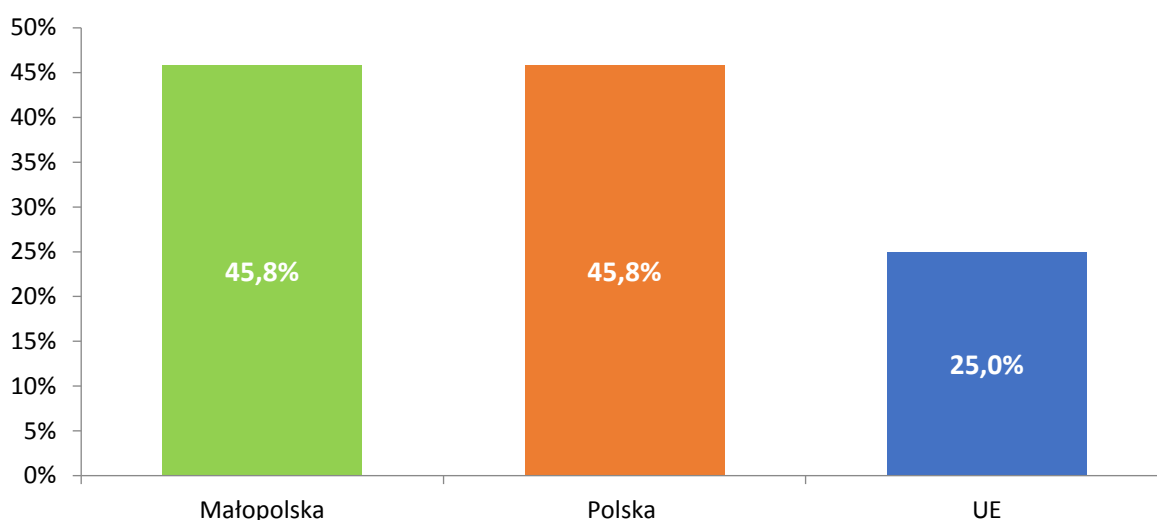
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS

5.3. Odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie

W Krakowie w 2015 r. liczba urodzeń przez cesarskie cięcie wyniosła 43% spośród wszystkich porodów w szpitalach. Taki sam procent porodów przez cesarskie cięcie odnotowano w Polsce (43%). W Małopolsce porodów przez cesarskie cięcie było 45%. W Unii Europejskiej liczba porodów była 26% mniejsza niż w Polsce i wynosiła 25%.

Natomiast w 2016 r. zarówno w Polsce jak i województwie małopolskim odsetek cesarskich cięć wyniósł 45,8% (Wykres 19). W Polsce w 2016 r. odnotowano najwyższy wskaźnik cesarskich spośród wszystkich krajów członkowskich UE, drugie miejsce zajmują Węgry. Natomiast najniższy wskaźnik odnotowano w Holandii oraz Finlandii².

Wykres 19. Odsetek porodów przez cesarskie cięcie w Małopolsce, Polsce i UE w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Fundacji „Rodzić po ludzku”

Na podstawie danych z Raportu „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet” opublikowanego w 2018 roku wynika, że w województwie małopolskim 1/3 (35,8%) respondentek biorących udział w badaniu urodziło przez cesarskie cięcie. Z 290 badanych 60,2% deklarowało, że ich poród był planowany (decyzja o cesarskim cięciu była podjęta w trakcie ciąży lub w trakcie przyjęcia do szpitala). W przypadku pozostałych kobiet decyzja o cesarskim cięciu zapadła w trakcie porodu³.

5.4. Współczynnik umieralności ogólnej

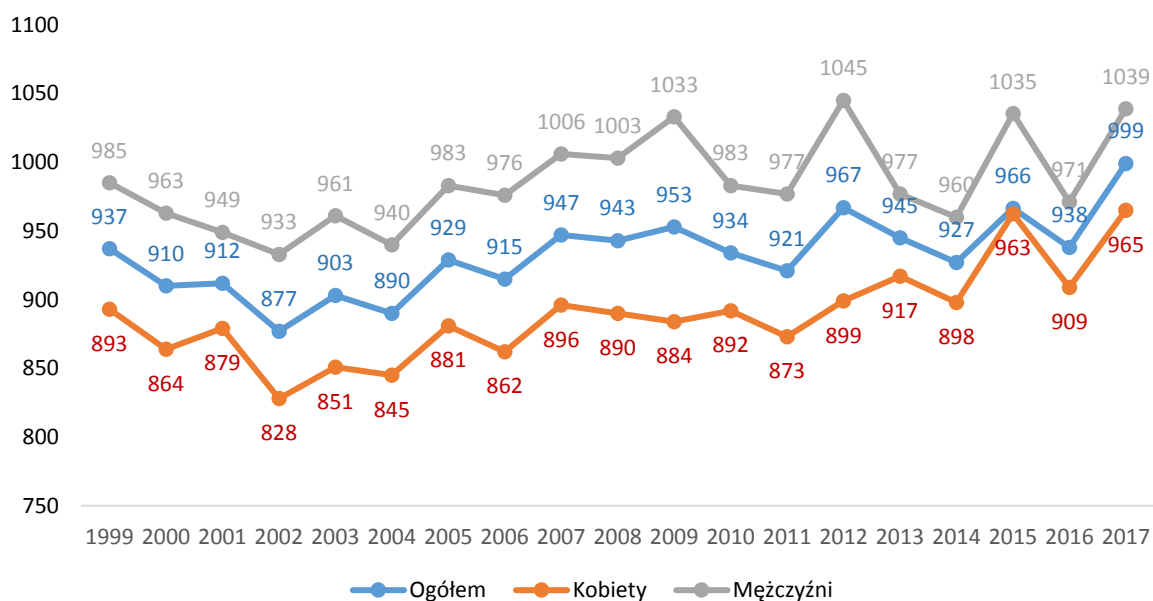
Współczynnik umieralności ogólnej dotyczy liczby zgonów w stosunku do liczby mieszkańców danego obszaru i najczęściej przedstawiany jest jako liczba zgonów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. W 1999 r. w Krakowie wartość współczynnika umieralności ogólnej wynosiła: 893/100 tys. w grupie kobiet oraz 985/100 tys. w grupie mężczyzn, a jego wartość ogółem dla populacji Krakowa wynosiła 937/100 tys. mieszkańców. Najniższą wartość dla grupy kobiet, zaobserwowano w 2002 r. (828/100

² OECD (2018), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en [4.12.2018 r.]

³ Raport http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf [4.12.2018 r.]

tys.), najwyższą w 2017 r. (965/100 tys.). W grupie mężczyzn najniższą wartość wskaźnika umieralności ogólnej odnotowano w 2002 r. (933/100 tys.), najwyższą w 2012 r. (1 045/100 tys.). Dla całej populacji Krakowa, najniższą wartość współczynnika umieralności ogólnej zaobserwowano w 2002 r. (877/100 tys.), najwyższy w 2017 r. (999/100 tys.). W latach 1999–2017 współczynniki umieralności ogólnej w Krakowie były najwyższe w grupie mężczyzn, następnie w całej populacji Krakowa a najniższe wartości odnotowano w grupie kobiet (Wykres 20).

Wykres 20. Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w podziale na płeć w Krakowie w latach 1999–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Eurostatu

W Polsce w 2017 r. wartość współczynnika umieralności ogólnej wyniosła 984/100 tys. mieszkańców. W Unii Europejskiej współczynnik umieralności ogólnej w latach 2011–2015 wynosił 1 027/100 tys. – 1036/100 tys. Od 2012 do 2014 r. posiadał tendencję spadkową (1 035/ 100 tys. do 1003/100 tys.), a w 2017 r. wartość współczynnika wzrosła do 1 036/100tys. osób. W latach 1999–2017 najniższe wartości współczynnika umieralności ogólnej odnotowano dla miasta Krakowa (Wykres 21).

Wykres 21. Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w latach 1999–2017 w Krakowie, Polsce i Unii Europejskiej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Banku Światowego

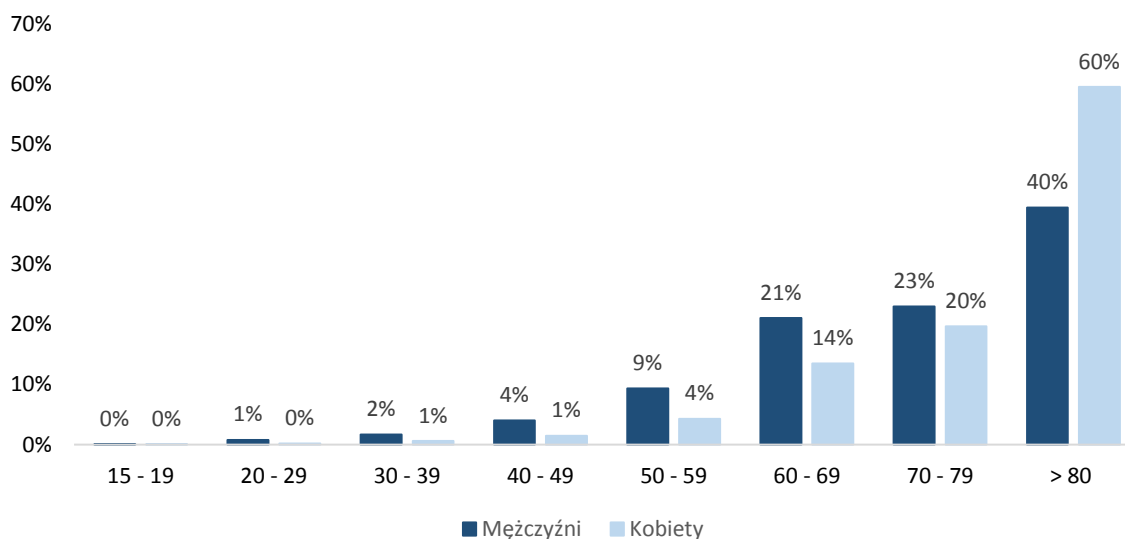
5.5. Zgony według wieku

W Krakowie 2017 r. występowała przewaga odsetka zgonów mężczyzn nad zgonami kobiet we wszystkich grupach wiekowych, począwszy od grupy osób powyżej 20 roku życia. Wyjątek stanowi grupa >80 r.ż., dla której to odnotowano największą różnicę w odsetku zgonów między płciami (zgony mężczyzn 40%, zgony kobiet 60%).

W pozostałych grupach wiekowych różnice te nie były aż tak znaczne:

- 70–79 lata – zgony mężczyzn 23%, zgony kobiet 20%,
- 60–59 lata – zgony mężczyzn 21%, zgony kobiet 14%,
- 50–59 lata – zgony mężczyzn 9%, zgony kobiet 4%,
- 40–49 lat – zgony mężczyzn 4%, zgony kobiet 1%,
- 30–39 lata – zgony mężczyzn 2%, zgony kobiet 1%,
- 20–29 lata – zgony mężczyzn 1%, zgony kobiet 0% (Wykres 22).

Wykres 22. Odsetek zgonów w 5- i 10- letnich grupach wiekowych w Krakowie w podziale na płeć w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

5.6. Zgony według przyczyn

Struktura zgonów według przyczyn nie różni się znacznie od ogólnopolskiej tendencji. Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2016 r. były choroby układu krążenia i w tym przypadku wystąpiła najwyższa różnica pomiędzy porównywanymi regionami (w Krakowie 49, 80 % zgonów, w Polsce 43, 3 % zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2016 r. z powodu nowotworów odnotowano 30,7% zgonów, w Polsce 27,3% zgonów. W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 3,9%, Polska 4,9%), choroby układu oddechowego (Kraków 3,7%, Polska 5,9%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 4,0%, Polska 4,1%) (Tabela 4).

Tabela 4. Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie i Polsce w 2016 r. (%)

Stan chorobowy	Kraków	Polska
Choroby układu krążenia	49,8	43,3
Nowotwory	30,7	27,3
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	3,9	4,9
Choroby układu oddechowego	3,7	5,9
Choroby układu trawiennego	4,0	4,1
Inne	7,9	14,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

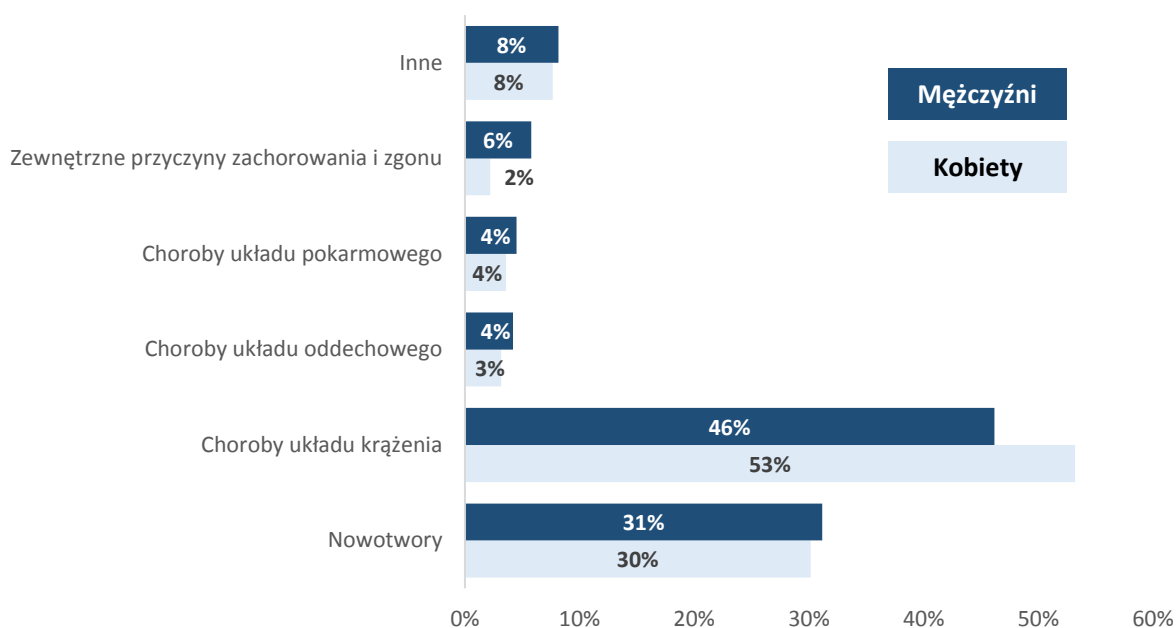
W Krakowie zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet najczęstszą przyczynę zgonów stanowiły choroby układu krążenia: mężczyźni (46% zgonów), kobiety (53% zgonów). W Polsce również najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn stanowiły choroby układu krążenia (38% zgonów), podobnie jak i u kobiet (49% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą w kolejności przyczynę zgonów odpowiednio:

- a) dla kobiet 26% zgonów w Polsce, 30% zgonów w Krakowie,

b) dla mężczyzn 29% zgonów w Polsce, 31% zgonów w Krakowie (Wykres 23, Wykres 24).

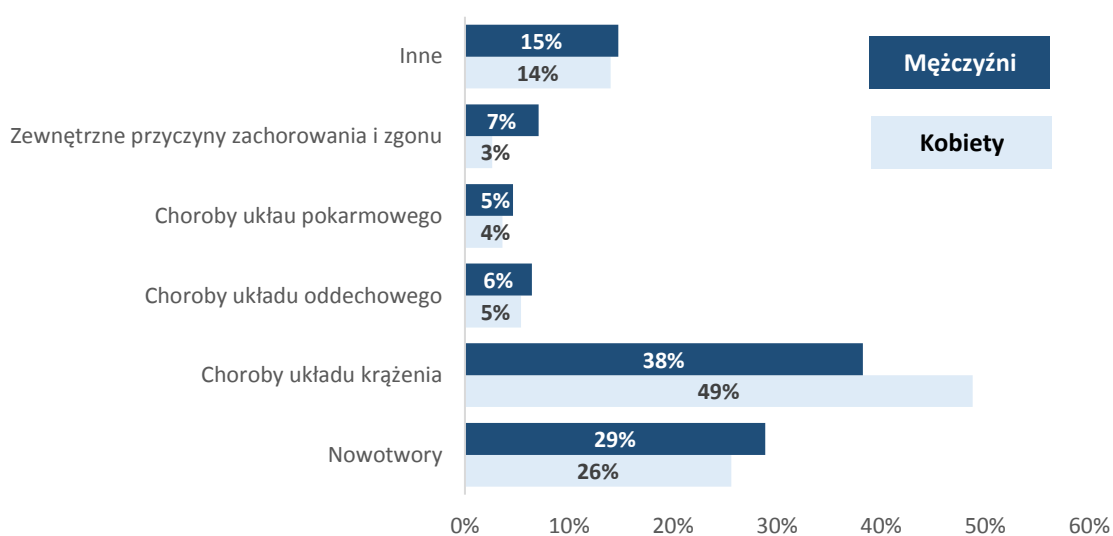
Dla pozostałych przyczyn różnice były niewielkie pomiędzy Polską, a Krakowem. Zarówno dla kobiet w Polsce i Krakowie zgony z zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu wyniosły 3 i 2% odpowiednio. Dla mężczyzn z powodu zewnętrznych przyczyn zachorowania, zgony wyniosły odpowiednio 6% w Krakowie i 7% w Polsce (Wykres 23, Wykres 24).

Wykres 23 Struktura zgonów w Krakowie z podziałem na płeć w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wykres 24. Struktura zgonów w Polsce z podziałem na płeć w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

5.7. Standaryzowane współczynniki umieralności

Współczynniki standaryzowane, to wskaźniki, z których wyeliminowano różnice wynikające z odmiennej struktury wewnętrznej porównywanych populacji (wiek, płeć). Standaryzacja współczynników polega na obliczeniu nowych „teoretycznych” współczynników, przy założeniu, że struktury porównywanych populacji odpowiadają strukturze populacji przyjętej umownie za wzór. Obliczone w ten sposób współczynniki standaryzowane są porównywalne terytorialnie, pomiędzy płciami i względem roku analizy. Poniższej standaryzacji dokonano w oparciu o populację europejską WHO w 5-letnich grupach wiekowych.

W latach 2010–2015 standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej, dla Polski, Małopolski i Krakowa był znacznie wyższy w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w grupie mężczyzn w 2015 r. wynosił odpowiednio – Kraków: 779,00 /100 tys., Małopolska: 862,03/100 tys., Polska: 947,09/100 tys. W 2015 r. wartości standaryzowanego współczynnika umieralności ogólnej w grupie kobiet przedstawiały się następująco – Kraków: 456,46 /100 tys., Małopolska: 454,59/100 tys., Polska: 512,24/100 tys. Pomiędzy rokiem 2010 a 2015 w grupie mężczyzn współczynnik umieralności ogólnej w Krakowie zmalał z 852,47/100 tys. do 779,00/100 tys., w Małopolsce z 954,67/100 tys. do 862,03/100 tys., a w Polsce z 1 064,53/100 tys. do 947,09/100 tys.

W grupie kobiet, pomiędzy rokiem 2010 a 2015 wartości standaryzowanego współczynnika umieralności ogólnej zmniejszyły się z 495,89/100 tys. do 456,46/100 tys. w Krakowie, z 518,01/100 tys. do 454,59/100 tys. w Małopolsce oraz z 556,90/100 tys. do 512,24/100 tys. w Polsce (Tabela 5).

Tabela 5. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2010–2015 w podziale na płeć

Rok	Kraków		Małopolska		Polska	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
2010	852,47	495,89	954,67	518,01	1 064,53	556,90
2011	812,88	464,92	919,89	483,57	1 003,48	522,02
2012	848,72	463,87	933,68	479,75	1 001,87	524,33
2013	773,27	464,67	877,25	477,60	978,11	518,52
2014	705,11	425,35	782,11	422,40	876,59	465,33
2015	779,00	456,46	862,03	454,59	957,67	512,24

Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa 2017

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w 2015 r. przyjmował następujące wartości: w Polsce: 386,89/100 tys., w Małopolsce: 382,35/100 tys., w Krakowie: 355,57/100 tys. Zarówno w Polsce, województwie małopolskim jak i w samym Krakowie współczynnik umieralności z powodu chorób krążenia wśród mężczyzn w okresie 2006–2015 obniżał się.

Wśród kobiet wartość tego współczynnika w 2015 r. wynosiła odpowiednio: dla Polski: 229,25/100tys., dla Małopolski: 231., /100 tys., dla Krakowa: 217,17/100 tys. Podobnie jak w przypadku mężczyzn w analizowanym okresie 2006–2015 poziom standaryzowanej umieralności

z powodu chorób układu krążenia uległ spadkowi, choć pomiędzy 2014 a 2015 w obu grupach nastąpił nieznaczny wzrost wartości tego współczynnika (Tabela 6).

Tabela 6. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015

Rok	Polska		Małopolska		Kraków	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
2006	291,87	480,24	286,98	456,11	257,61	387,30
2007	285,39	472,50	280,07	460,56	257,35	407,26
2008	277,17	463,72	275,95	449,67	254,28	385,45
2009	275,89	464,83	271,69	453,95	239,94	392,76
2010	259,91	439,69	239,36	412,46	216,54	373,46
2011	240,48	408,32	227,81	391,64	205,07	371,31
2012	244,52	418,08	230,34	408,68	214,59	382,39
2013	238,10	403,63	230,04	381,76	206,08	345,68
2014	221,35	375,52	223,75	369,25	206,52	346,93
2015	229,25	386,89	231,56	382,35	217,10	355,57

Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa 2017

W 2015 r. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w grupie mężczyzn był najniższy w Polsce: 98,70/100 tys., następnie w województwie małopolskim: 170,05/100 tys., oraz w Krakowie: 172,24/100 tys. Między rokiem 2006 a 2015 wartość standaryzowanego współczynnika umieralności u kobiet:

- w Polsce spadła z poziomu 75,57/100 tys., do 44,31/100 tys.,
- w Małopolsce wzrosła z poziomu 66,05/100 tys., do 75,49/100 tys.,
- w Krakowie spadła z poziomu 70,88/100 tys., do 68,31/100 tys. (Tabela 7).

Tabela 7. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015

Rok	Polska		Małopolska		Kraków	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
2006	75,57	160,36	66,05	157,61	70,88	156,20
2007	69,73	151,13	74,45	178,24	72,07	159,98
2008	69,29	147,53	78,29	179,86	74,33	168,53
2009	66,09	139,64	74,25	179,43	71,80	175,78
2010	59,79	132,68	75,63	190,54	58,21	170,10
2011	58,51	126,21	77,80	177,87	66,24	167,27
2012	54,34	120,63	76,37	183,29	62,32	174,96
2013	48,43	108,11	79,47	170,06	62,00	167,56
2014	44,10	99,52	72,86	166,20	64,32	163,75
2015	44,31	98,70	75,49	170,05	68,31	172,24

Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa 2017

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów w 2015 r. wśród mężczyzn wynosił odpowiednio: w Polsce 256,15/100 tys., w Małopolsce 245,28/100 tys., a w Krakowie 235,61/100 tys. Wśród kobiet w 2015 r. najwyższą wartość standaryzowanego współczynnika umieralności z powodu nowotworów zarejestrowano w Krakowie: 156,39/100 tys., kolejno w województwie małopolskim: 121,81/100 tys., oraz w Polsce: 144,69/100 tys. W analizowanym okresie od 2006 do 2015 r. w obu grupach płci nastąpił wyraźny spadek wartości tego współczynnika zarówno na poziomie krajowym, wojewódzkim jak i regionalnym. U mężczyzn w Polsce odnotowano spadek z wartości 300,63/100 tys., w województwie małopolskim z wartości 293,71/100 tys., a w samym Krakowie z wartości 282,52/100 tys. (Tabela 8).

Tabela 8. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015

Rok	Polska		Małopolska		Kraków	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
2006	158,81	300,63	147,56	293,72	170,19	282,52
2007	159,08	299,31	146,93	277,20	160,42	257,23
2008	155,90	291,57	147,09	276,16	161,01	271,96
2009	154,66	287,69	142,65	269,87	149,66	269,60
2010	152,08	280,95	143,37	264,09	153,51	257,25
2011	147,90	268,45	136,18	259,36	149,31	239,25
2012	149,83	268,81	137,08	259,81	148,77	258,82
2013	148,09	262,42	140,68	246,04	153,74	223,88
2014	149,17	259,64	139,20	247,74	151,17	230,15
2015	144,69	256,15	141,81	245,28	156,39	235,61

Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa 2017

W 2015 r. standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu w grupie mężczyzn był najniższy w Krakowie: 52,20/100 tys., kolejno w województwie małopolskim 62,05/100 tys., a w Polsce wynosił 72,64/100 tys. Wśród kobiet wartość standaryzowanego współczynnika umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu przedstawiała się następująco: dla Polski: 16,91/100 tys., dla Krakowa 16,23/100 tys., a dla województwa małopolskiego był on najniższy i wynosił 14,03/100 tys. W analizowanym okresie 2006–2015 w Polsce, Małopolsce i Krakowie zaobserwowano spadek wartości tego współczynnika dla obu płci (Tabela 9).

Tabela 9. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015

Rok	Polska		Małopolska		Kraków	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
2006	24,92	101,03	19,64	88,65	19,26	87,97
2007	23,76	99,40	19,21	85,99	21,30	66,00
2008	24,13	100,77	20,30	82,10	19,54	58,63
2009	22,33	95,77	17,79	81,72	17,52	65,85
2010	20,66	93,72	16,76	73,85	20,94	63,19
2011	19,84	91,41	17,39	75,14	30,62	62,39
2012	19,85	89,42	17,37	80,36	31,35	64,47

2013	18,92	84,34	15,35	70,13	23,93	61,93
2014	18,29	80,00	14,80	65,55	18,78	49,57
2015	16,91	72,64	14,03	62,05	16,23	52,20

Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa 2017

6. CHOROBY PSYCHICZNE, UZALEŻNIENIA

Zaburzenia i choroby psychiczne stanowią poważny problem globalny i przyczyniają się do problemów w funkcjonowaniu w społeczeństwie, niepełnosprawności jak i przedwczesnej umieralności. Zaburzenia psychiczne to szeroki termin, obejmujący szereg zmian wpływających na zachowanie i funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze. Zaburzenia psychiczne i związane z nimi nadużywanie środków psychoaktywnych przyczyniają się do wyjaśniania 31% globalnego obciążenia chorobą (Global Burden of Disease, GBD). Według szacunków WHO w 2030 r. depresja będzie czynnikiem w największym stopniu odpowiedzialnym za GBD⁴. W Polsce jak w większości krajów do klasyfikacji zaburzeń psychicznych stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) opracowaną przez WHO. Według WHO zaburzenia psychiczne obejmują szeroki zakres problemów z różnymi objawami i wśród nich wymienia się zarówno depresję, jak i spotykane u dzieci całościowe zaburzenia rozwoju czy typowe dla osób starszych otępienia⁵. Na przestrzeni lat termin choroba psychiczna został zastąpiony określeniem zaburzenie psychiczne. W myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego „ilekroć przepisy ustawy stanowią o osobie z zaburzeniami psychicznymi, to odnosi się to do osoby:

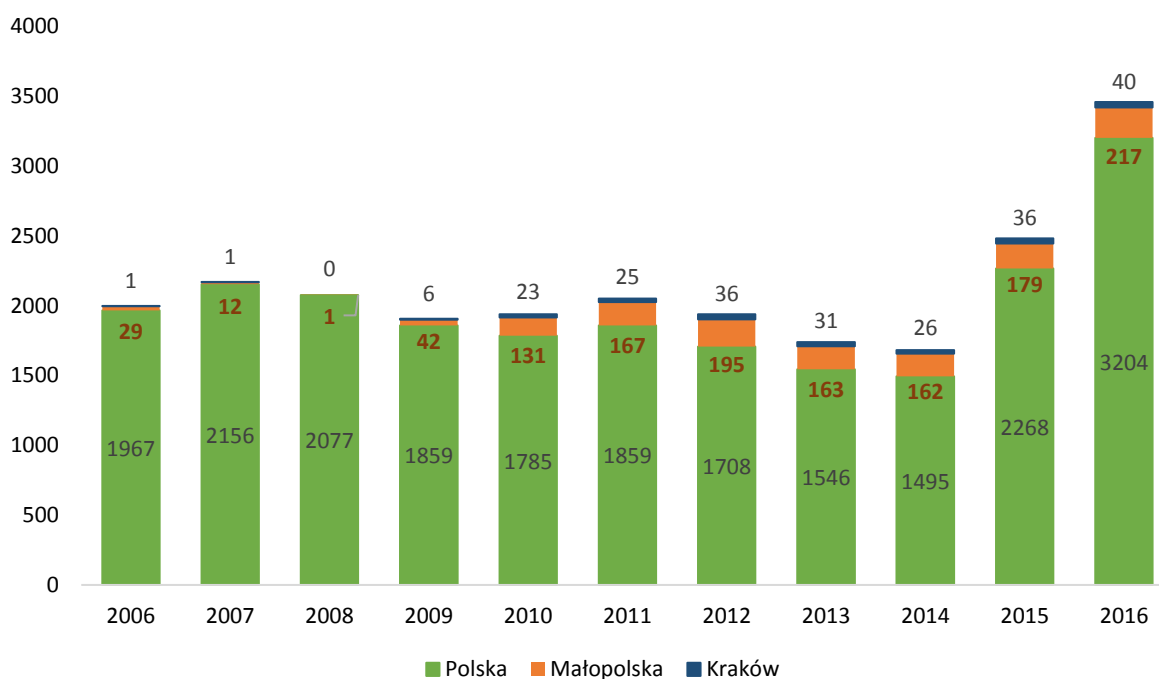
- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”

Analizując dane GUS w Polsce liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F01-99 wg klasyfikacji ICD-10) w latach 2006-2016 gwałtownie wzrosła (1 967 zgonów w 2006 r. i 3 204 zgonów w 2016 r.). Wzrost ten dotyczy także Małopolski o 188 zgony w analizowanym okresie. Podobna sytuacja miała również w Krakowie, gdzie w latach 2006–2016 liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania stale rosła i osiągnęła w 2016 r. 40 przypadków (w 2006 r. – 1 zgon). Liczba zgonów w Krakowie stanowiła od 3 do 20% wszystkich przypadków w Małopolsce i do 2% wszystkich przypadków w Polsce (Wykres 25).

⁴ Gromulska L. Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. Przegl. Epidemiol 2010;64: 127–132.

⁵ The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope, page 10, ISBN 92 4 156201 3, WHO

Wykres 25. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Zanalizowanych danych wynika, że w latach 2006–2016 zgony z powodu zaburzeń psychicznych częściej dotyczyły mężczyzn niż kobiet, zarówno w Polsce, Małopolsce jak i w Krakowie. W analizowanym okresie 2006–2015 w każdym z omawianych obszarów zaobserwowano wzrost liczby zgonów dla obu płci (Tabela 10).

Tabela 10. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych z podziałem na płeć w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2016

Region	Polska		Małopolska		Kraków	
Rok	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
2006	1702	265	28	1	1	0
2007	1831	325	9	3	0	1
2008	1745	332	0	1	0	0
2009	1576	283	37	5	5	1
2010	1489	296	113	18	22	1
2011	1557	302	146	21	21	4
2012	1407	301	178	17	29	7
2013	1218	328	146	17	25	6
2014	1181	314	127	35	18	8
2015	1828	440	156	23	29	7
2016	2489	715	188	29	33	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

6.1. Liczba zachorowań na choroby psychiczne w Krakowie i województwie małopolskim w latach 2006–2016

W Polsce zostało przeprowadzone badanie, którego celem było oszacowanie rozpowszechnienia wybranych zaburzeń psychicznych w populacji w wieku 18–65 lat. Wyniki tego badania zostały opublikowane w 2015 r. W badaniu udział wzięło 10 tys. respondentów. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne (nadużywanie alkoholu, uzależnienie od alkoholu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, duża depresja, mała depresja, dystymia, zaburzenie afektywne typu I, zaburzenie afektywne typu II, mania, hipomania, napady paniki, agorafobia z lub bez napadów paniki, agorafobia bez napadów paniki, zaburzenie paniczne, fobie specyficzne, fobia społeczna, zaburzenie lękowe uogólnione).

Przeprowadzone badanie wykazało, że w Polsce przynajmniej jedno zaburzenie z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV), może być rozpoznane w ciągu życia u 23,4%. Do najczęstszych należały zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Województwo małopolskie w ocenie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych plasuje się po środku względem pozostałych województw (woj. łódzkie – najwyższe rozpowszechnienie, zaś zachodniopomorskie – najniższe)⁶.

Analiza rozpowszechnienia wybranych powszechnych zaburzeń psychicznych wykazała, że nadużywanie alkoholu kiedykolwiek w ciągu życia było najczęstszym zaburzeniem wśród Polaków, które stwierdzono u 10,9% osób w wiek 18–64 lat. Częściej dotyczyło także mężczyzn (18,6%) niż kobiet (3,3%). Kolejnym często występującym zaburzeniem psychicznym wśród Polaków były napady paniki (6,2%), które częściej dotyczyło kobiet (8,5%), niż mężczyzn (3,9%). Fobie specyficzne i duża depresja występowała u 3,4% i 3,0% Polaków i dwukrotnie częściej dotykała kobiet.

Szczegółowe informacje na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród dorosłych Polaków przedstawiono w Tabeli 11.

⁶ <https://www.depresjaza.pl/zdrowie-psychiczne-polakow>, <http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html> [20.10.2018]

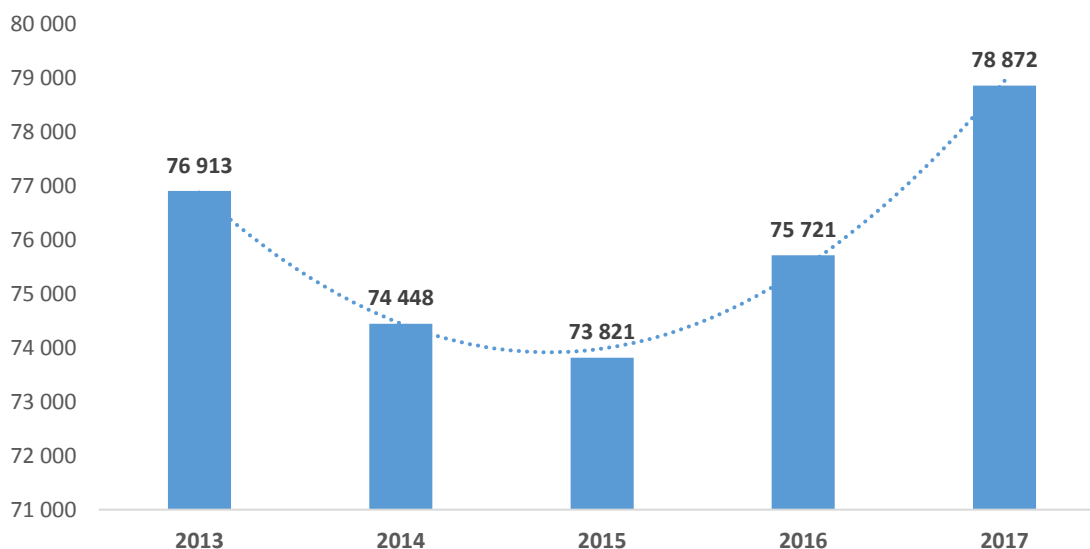
Tabela 11. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji polskiej w wieku 18–65 lat z odniesieniem do płci (%)

Diagnoza	Ogółem (%)	Mężczyźni (%)	Kobiety (%)
Nadużywanie alkoholu	10,9	18,6	3,3
Uzależnienie od alkoholu	2,2	4,1	0,4
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	1,3	1,8	0,8
Uzależnienie o substancji psychoaktywnych	0,2	0,2	0,2
Duża depresja	3,0	1,9	4,0
Mała depresja	0,4	0,4	0,4
Dystymia	0,6	0,4	0,9
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I	0,1	0,1	0,1
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu II	0,1	0,1	0,1
Epizod manii	0,1	0,1	0,1
Hipomania	0,3	0,4	0,3
Napady paniki	6,2	3,9	8,5
Agrofobia z/bez lęku panicznego	0,2	0,1	0,3
Agrofobia bez lęku panicznego	0,1	0,0	0,3
Zaburzenia paniczne	0,3	0,2	0,4
Fobie specyficzne	3,4	2,2	4,6
Fobia społeczna	1,4	1,2	1,6
Zaburzenia lękowe uogólnione	1,1	0,6	1,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska, *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1):15–27.

Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w 2017 r. wyniosła 78 872 osób, jednocześnie liczba leczonych była najwyższa w przeciągu analizowanego okresu 2013–2017. W latach 2013–2015 zaobserwowano spadek liczby leczonych z powodu zaburzeń psychicznych z 76 913 osób w 2013 r. do 73 821 osób w 2015 r., a następnie wzrost o 1 900 w 2016 r. (75 721 osób) i o 3 151 (78 872 osób) w porównaniu do roku poprzedniego. Szczegółowe informacje przedstawia Wykres 26.

Wykres 26. Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2013-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych opublikowanych w Sprawozdaniu za 2017 rok z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018

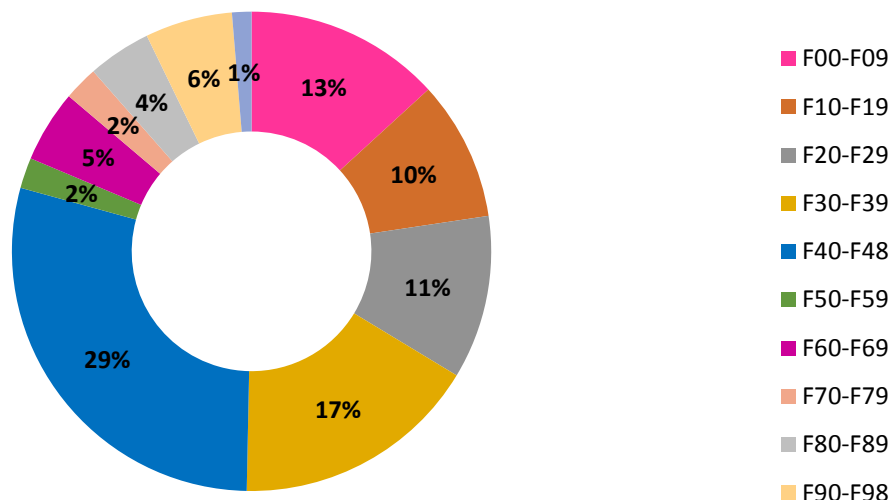
Z danych przedstawionych w Tabeli 12 i na Wykresie 27 wynika, że największą grupę leczonych w 2016 r. jak i 2017 r. stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną odpowiednio 23 602 i 23 139 pacjentów.

Tabela 12. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych według wybranych rozpoznań w Krakowie w latach 2016–2017

ICD–10	Rozpoznanie	2016	2017
F00-F09	Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi.	9 535	10 553
F10-F19	Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych	5 464	7 538
F20-F29	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe	8 408	8 812
F30-F39	Zaburzenia nastroju (afektywne)	12 635	13 321
F40-F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	23 602	23 139
F50-F59	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	1 551	1 650
F60-F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	3 959	3 890
F70-F79	Upośledzenie umysłowe	1 142	1 851
F80-F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	3 628	3 422
F90-F98	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.	4 736	4 709
F99	Zaburzenia psychiczne, inaczej nieokreślone	1 061	1 047
Ogółem		75 721	78 872

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Wykres 27. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych według wybranych rozpoznań w Krakowie w 2017 r.

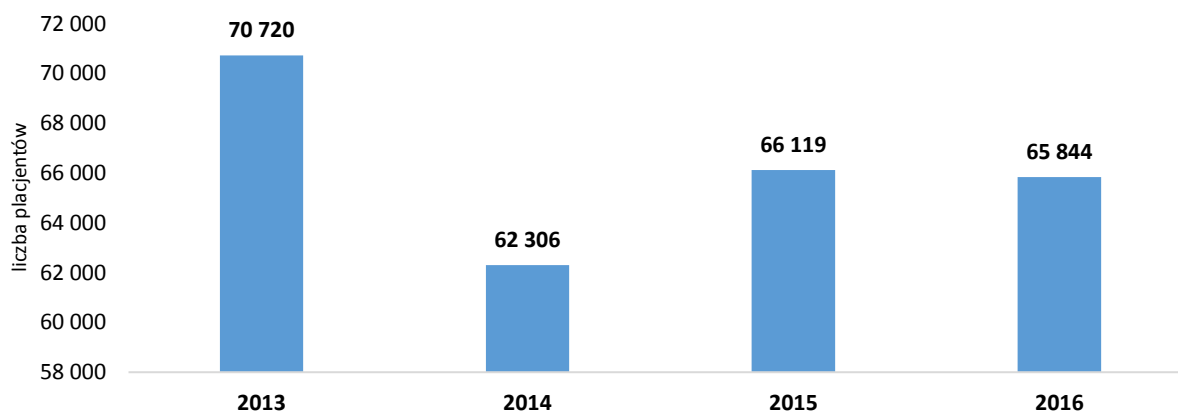


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Sprawozdanie za 2017 r.

Wykres 28 przedstawia liczbę pacjentów leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi bez uwzględnienia osób leczonych z powodu uzależnień w latach 2013-2016. W 2013 r. liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych była najwyższa i wyniosła 70 720 przypadków. W 2014 r. w porównaniu do roku poprzedniego nastąpił spadek liczby leczonych o 8 414 (62 306 os.), w roku kolejnym wzrost o 3 813 względem 2014 r. (66 119 os.). W 2016 roku liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej na terenie miasta Krakowa wyniosła 65 844 i była niższa o 275 niż w roku ubiegłym.

Szczegółowe dane dotyczące liczby leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych przedstawiono w Części II 3.2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna.

Wykres 28. Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) ogółem w Krakowie w latach 2013-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego 2013-2016

Uzależnienia wśród mieszkańców Krakowa, województwa małopolskiego i Polski – informacje poglądowe

W 2016 r. w województwie małopolskim najwięcej leczonych było z powodu używania kilku substancji jednocześnie lub innych substancji psychoaktywnych – 1 419 pacjentów, co stanowiło ponad 50% ogółu leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych (w Krakowie 998 osób). Do częstych zaburzeń psychicznych wymagających leczenia ambulatoryjnego należą zaburzenia spowodowane: przyjmowaniem leków uspokajających i nasennych (407 pacjentów w Małopolsce, w tym 275 w Krakowie), kanabinoli (259 w Małopolsce, w tym 212 w Krakowie), opiatów (215 w Małopolsce, w tym 204 w Krakowie), współistniejącym uzależnieniem od alkoholu (366 w Małopolsce, brak danych dla Krakowa), a także używaniem innych substancji pobudzających, w tym kofeiny (170 w Małopolsce, w tym 144 w Krakowie) (Tabela 13).

Tabela 13. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.

Rozpoznanie	Małopolska	Kraków
opiaty (F11)	215	204
kanabinoły (F12)	259	212
leki uspokajające i nasenne (F13)	407	275
kokaina (F14)	10	8
inne substancje pobudzające, w tym kofeina (F15)	170	144
substancje halucynogenne (F16)	4	bd.
lotne rozpuszczalniki (F18)	8	bd.
kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)	1419	998
używanie tytoniu (F17)	52	bd.
współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	366	bd.
Współuzależnienia	140	bd.

Bd. – brak danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 r.

Szczegółowe informacje dotyczące liczby osób leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych oraz alkoholu w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 roku przedstawiono w Części II [3.2. Ambulatoryjna opieka zdrowotna](#).

6.2. Liczba osób korzystających z terapii uzależnień w latach 2006–2016 na terenie miasta Krakowa

Działania z zakresu redukcji szkód w dziedzinie narkomanii koncentrują się na niwelowaniu szkodliwych skutków zażywania narkotyków, a nie na przeciwdziałaniu ich używaniu. W Polsce programami redukcji szkód są programy substytucji lekowej oraz programy wymiany igieł i strzykawek, które zakładają pomoc osobom uzależnionym bez realizowania przez nich warunku abstynencji. W Krakowie działają dwie poradnie, które realizują ww. programy: poradnia MONAR – realizuje program wymiany igieł i strzykawek, a Poradnia Leczenia Uzależnień Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera Sp. z o.o. – realizuje program substytucji lekowej poprzez zapisywanie i kierowanie pacjentów do programu substytucyjnego. Dodatkowo program realizuje

także Areszt Śledczy w Krakowie przy ul. Montelupich 7, którego działania polegają na leczeniu substytucyjnym osób pozbawionych wolności z uzależnieniem od opiatów. W 2017 r. programem substytucyjnym w Poradni Leczenia Uzależnień Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera Sp. z o.o. w Krakowie objęto 79 osób (19 kobiet i 60 mężczyzn), co oznacza nieznaczny spadek liczby leczonych w porównaniu do 2016 r. (o 7 osób)⁷.

Działania edukacyjne, profilaktyczne i z zakresu redukcji uzależnień realizuje również Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (MCPU) w Krakowie. Do głównych zadań MCPU należy:

- a) świadczenie pomocy dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem;
- b) udzielanie rodzinom, w których występują problemy uzależnień, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- c) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej;
- d) udzielanie porad i informacji telefonicznych, dotyczących problemów związanych z uzależnieniami, współuzależnieniem i przemocą;
- e) współpraca w zakresie realizacji programów ochrony i wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- f) prowadzenie działań w ramach działu opieki nad osobami nietrzeźwymi⁸.

W 2017 r. MCPU koordynowało realizację Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii. Program ten w 2017 r. został przyjęty do realizacji Uchwałą Nr LVIII/1235/16 z dn. 23 listopada 2016 r. Realizacja powyższego Programu jest zadaniem własnym gminy wynikającym z zapisów następujących ustaw:

1. ustawy z dnia 26 października 1982 r. o *wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 487 z późn. zm.),
2. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o *przeciwdziałaniu narkomanii* (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 783 z późn. zm.),
3. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o *zdrowiu publicznym* (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2237 z późn. zm.).

Szczegółowe informacje dotycząc realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w 2017 roku przedstawiono w Tabeli 14.

W 2017 r. MCPU zrealizowało łącznie 1 035 szkoleń z zakresu profilaktyki uzależnień (w 2016 r. – 955), w których uczestniczyło 17 806 uczniów: 8 448 uczniów ze szkół podstawowych, 7 298 z gimnazjów i 2 060 ze szkół ponadgimnazjalnych w 2016 r. – 20 678), 2 453 rodziców (w 2016 r. – 2 526), 708 nauczycieli (w 2016 r. – 1 427), 264 inne osoby dorosłe (w 2016 r. – 365). W ramach realizacji Celu „Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz członków rodzin osób z problemami wynikającymi z używania alkoholu i substancji psychoaktywnych, a także dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie” 3 151 osobom udzielono świadczeń w zakresie terapii uzależnień finansowanych ze środków Gminy Miejskiej Kraków (w 2016 r. – 3 439), natomiast 4 320 osób podjęło terapię finansowaną ze środków MOW NFZ (w 2016 r. – 5 184⁹). Średni czas oczekiwania na terapię ze środków finansowanych z Gminy

⁷ Raport za rok 2017 z realizacji Małopolskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2014–2020

⁸ <https://www.mcpc.krakow.pl/onas> [22.11.2018]

⁹ Sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2016.

Miejskiej Kraków wynosił w 2017 r. ok. 10 dni (w 2016 r. – 9 dni), a liczba oczekujących na terapię: 67. Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (MKRPA) w Krakowie w 2017 r. skierowała 422 wnioski do sądu o przymusowe leczenie w 2016 r. – 284). Do poradni leczenia uzależnień zostało przez MKRPA skierowanych 131 osób (w 2016 r. – 197)^{10,11}. W 2017 r. 2 024 osoby wielokrotnie przebywały w Dziale Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi MCPU.

Tabela 14. Realizacja Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2016–2017

Kryterium	2016	2017
Liczba osób objętych terapią od alkoholu finansowaną ze środków Gminy Miejskiej Kraków	3 033	3105
Liczba osób, które podjęły terapię uzależnień finansowaną ze środków Gminy Miejskiej Kraków	3 439	3151
Liczba osób, które podjęły terapię uzależnień finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia	5 184	4320
Średni czas oczekiwania na terapię [dni]	9	10
Liczba osób skierowanych na terapię uzależnień przez MKRPA	146	131
Liczba osób, wobec których MKRPA skierowała wniosek do sądu o przymusowe leczenie	284	422
Liczba młodzieży ze szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych objętych szkoleniami z zakresu profilaktyki uzależnień	20 678	17 806
Liczba młodzieży gimnazjalnej, która nie miała kontaktu z alkoholem	1872	1939
Liczba młodzieży ponadgimnazjalnej, która nie miała kontaktu z alkoholem	418	382

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Miasta Krakowa oraz na podstawie Sprawozdania z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2016

7. ZACHOROWALNOŚĆ NA WYBRANE CHOROBY ZAKAŻNE

7.1. Wybrane choroby zakaźne

Choroba zakaźna to jednostka chorobowa, wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy (np. wirus, bakterię, grzyby), który stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego. Choroby zakaźne i pasożytnicze w Polsce jeszcze w XX w. stanowiły główną przyczynę zgonów. Dzięki poprawie warunków sanitarnohigienicznych, profilaktyce oraz szczepieniom ochronnym na przestrzeni lat udało się opanować wysoką liczbę zachorowań i zgonów na choroby zakaźne. Definicje przypadków chorób zakaźnych na potrzeby nadzoru epidemiologicznego znajdują się w opracowaniach Państwowego Zakładu Higieny i mają na celu zapewnienie jednolitość zgłaszania przypadków zachorowań oraz porównywalność danych. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* zawiera wykaz 57 zakażeń i chorób zakaźnych, które podlegają zgłoszeniu do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego¹².

¹⁰ Zarządzenie nr 798/2018 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 29.03.2018 r. w sprawie sprawozdania z wykonania budżetu Miasta Krakowa za rok 2017, informacji o stanie mienia komunalnego Gminy Miejskiej Kraków oraz sprawozdania z wykonania planów finansowych jednostek, o których mowa w art. 9 pkt 10, 13 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, dla których organem założycielskim jest Gmina Miejska Kraków za rok 2017. Załącznik nr 10.1

¹¹ Zarządzenie nr 742/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 29.03.2017 r. w sprawie sprawozdania z wykonania budżetu Miasta Krakowa za 2016 rok, informacji o stanie mienia komunalnego Gminy Miejskiej Kraków oraz sprawozdania z wykonania planów finansowych jednostek, o których mowa w art. 9 pkt 10, 13 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, dla których organem założycielskim jest Gmina Miejska Kraków za 2016 rok.

¹² Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz. U. z 2018 r. poz. 151, 1669

Dla Gminy Miejskiej Kraków w 2016 r. w porównaniu do 2015 r., nastąpił spadek współczynnika zapadalności na:

- a) ospę wietrzącą: z 477,29/100 tys. w 2015 r. do 325,9/ 100 tys. w 2016 r.;
- b) boreliozę: z 51,24 w 2015 r. do 42,5/100 tys. w 2016 r.;
- c) różyczkę: 5,1/100 tys. w 2015 r. do 41/100 tys. w 2016 r.;
- d) świnkę: 5,7/100 tys. w 2015 r. do 4,9 /100 tys. w 2016 r.;

Pomiędzy rokiem 2014 a 2015 wzrost zapadalności wystąpił dla:

- a) infekcje grypopodobne i grypę: z 11 759,7/100 tys. w 2015 r. do 15 074/ 100 tys. w 2016 r.;
- b) płonicę: 72,92/100 tys. w 2015 r. do 84,3/100 tys. w 2016 r.;
- c) krztusca: z 14,27/100 tys. w 2015 r. do 55,1/100 tys. w 2016 r. (Tabela 15)

W odniesieniu do infekcji grypopodobnych i grypy szczyt zachorowań odnotowano w lutym, marcu i grudniu 2017 r. Grypa jest chorobą zakaźną sezonową, zachorowania występują najczęściej jesienią, zimą oraz wiosną. Z powodu grypy hospitalizowano 352 osoby, zarejestrowano jeden zgon spowodowany gripą typu A. 107 przypadków grypy zostało potwierdzonych badaniami laboratoryjnymi.

Tabela 15. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Krakowie w latach 1999–2016

Rok	Infekcje grypopodobne i grypa	Infekcje grypopodobne i grypa u dzieci do lat 14	Ospa wietrzna	Płonica	Narażenie na wściekliznę	Borelioza	Różyczka	Salmonellozy	Krztusiec	Świnka
1999	14 591,95	32 005,98	258,95	30,32	31,24	4,90	45,94	33,1	0,53	51,23
2000	4 879,04	6 308,26	253,06	27,94	41,39	12,26	85,41	40,99	5,27	15,55
2001	1 501,7	2 882,74	257,94	15,96	39,84	10,95	110,43	29,03	5,41	13,06
2002	4,09	1,85	159,07	14,39	37,36	6,86	18,22	34,85	1,72	19,54
2003	3 329,48	8 150,3	265,55	11,22	32,47	18,87	8,84	36,43	2,77	111,6 6
2004	488,23	727,28	395,28	32,21	38,55	21,78	8,58	29,18	5,55	172,0 3
2005	1 254,38	bd.	265,26	44,01	39,25	2,90	12,16	35,82	3,17	84,45
2006	1 059,15	bd.	341,02	26,45	35,97	17,45	13,22	29,09	1,32	17,06
2007	1 613,57	bd.	324,35	38,99	34,76	18,11	18,24	27,10	7,93	7,27
2008	1 089,68	1 294,98	322,01	44,00	30,74	21,87	25,18	26,77	13,38	8,35
2009	5 662,38	10 751,10	274,57	56,95	25,03	25,43	9,40	30,07	10,86	7,95
2010	4 129,65	8 007,03	488,43	59,78	31,15	21,38	9,11	22,57	2,24	4,22
2011	6 401,08	15 493,48	420,08	65,73	37,67	16,73	5,66	27,00	5,66	6,85
2012	10 980,25	35 675,18	396,66	95,08	31,38	17,41	7,12	21,49	19,52	8,44
2013	15 596,87	52 991,74	456,53	106,9 8	32,94	25,16	257,97	17,00	8,96	6,98
2014	14 242,93	49 185,01	701,69	104,2 2	54,21	35,70	24,15	48,70	11,16	9,98
2015	11 759,7	34 012,20	477,29	72,92	41,21	51,24	5,1	29,7	14,27	5,70
2016	15 074,6	bd.	325,9	84,3	31,2	42,5	4,1	31,7	55,1	4,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

https://pssekrakow.pl/index.php?option=com_content&view=category&id=89&Itemid=212&limitstart=10 [27.10.2018]

W województwie małopolskim w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. zaobserwowano wzrost zachorowalności na:

- a) grypę – z 12 607,6/100 tys. w 2016 r. do 14 590,9/100 tys. w 2017 r.;
- b) ospę wietrzną – z 472,9/100 tys. w 2016 r. do 480,5/100 tys. w 2017 r.;
- c) boreliozę – z 87,3/100 tys. w 2016 r. do 98,2/100 tys. w 2017 r.;
- d) HIV – z 3,4/100 tys. w 2016 r. do 4,7/100 tys. w 2017 r.

Natomiast spadek zachorowalności odnotowano w odniesieniu do:

- a) różyczki – z 4,4/100 tys. w 2016 r. do 2,2/100 tys. w 2017 r.;
- b) krztuśca – z 26,98/100 tys. w 2016 r. do 12,6/100 tys. w 2017 r.;
- c) świnki – z 6,2/100 tys. w 2016 r. do 5,5/100 tys. w 2017 r.;
- d) WZW B – z 8,5/100 tys. w 2016 r. do 7,9/100 tys. w 2017 r.;
- e) WZW C – z 7,4/100 tys. w 2016 r. do 5,8/100 tys. w 2017 r.;
- f) AIDS – z 0,3/100 tys. w 2016 r. do 0,1/100 tys. w 2017 r.

W 2017 r. w Polsce odnotowano najwyższy od 2005 r. współczynnik zapadalności na grypę i podejrzenia grypy, który wyniósł 13 126,5/100 tys. ludności. Ponadto obserwuje się również wzrost zachorowań na boreliozę (56,02/100 tys. w 2017 r. w porównaniu do 11,55/100 tys. w 2005 r.) oraz na wirusowe zakażenia jelitowe ogółem (180,4/100 tys. w 2017 r. w porównaniu do 32,85/100 tys. w 2005 r.). Na przestrzeni analizowanych lat wahaniom ulegały współczynniki zapadalności na:

- a) ospę wietrzną (451,71/100 tys. w 2017 r.)
- b) narażenie na wściekliznę (26,04/100 tys. w 2017 r.)
- c) salmonellozy (26,07/100 tys. w 2017 r.) z tendencją spadkową od 2005 r.
- d) krztusiec (7,92/100 tys. w 2017 r.)

Od 2005 r. w Polsce obserwowalny jest spadek zapadalności na:

- a) różyczkę (z 20,82/100 tys. w 2005 r. do 1,29/100 tys. w 2017 r.)
- b) świnkę (z 188,69/100 tys. w 2005 r. do 4,34/100 tys. w 2017 r.)

W 2017 r. nie odnotowano wzrostu zachorowań o charakterze epidemicznym. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 16.

Tabela 16. Współczynnik zapadalności na 100 tys. na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2005–2017

Rok	Grypa i podejrzenia grypy	Ospa wietrzna	Wirusowe zakażenia jelitowe	Narażenie na wściekliznę	Borelioza	Różyczka	Salmonellozy	Krztusiec	Świnka
2005	1 921,62	387,22	32,85	20,21	11,55	20,82	41,95	5,04	188,69
2006	660,49	370,40	54,22	19,70	17,52	54,26	35,05	4,00	39,64
2007	981,33	420,20	57,06	18,61	20,28	60,04	30,70	5,21	10,88
2008	596,15	339,69	56,47	18,06	21,63	34,47	25,19	5,68	8,58
2009	2 834,82	367,11	85,57	18,01	27,07	19,88	25,84	6,26	7,74
2010	1 430,20	476,11	84,93	19,53	23,37	10,89	25,26	3,29	7,15
2011	3 000,53	448,60	116,52	20,35	23,79	11,13	22,87	4,33	6,70
2012	3 789,03	540,51	102,41	20,76	22,80	16,51	21,91	12,16	7,21

Rok	Grypa i podejrzenia grypy	Ospa wietrzna	Wirusowe zakażenia jelitowe	Narażenie na wściekliznę	Borelioza	Różyczka	Salmonellozy	Krztusiec	Świnka
2013	8 220,16	463,69	110,92	20,38	33,14	100,14	19,69	5,67	6,33
2014	8 152,73	575,98	134,00	22,51	36,06	15,31	21,84	5,46	6,52
2015	9 539,19	456,58	140,96	20,41	33,95	5,05	21,68	12,17	5,46
2016	11 233,9	418,09	125,3	20,76	55,22	2,98	26,07	17,84	5,15
2017	13 126,5	451,71	180,4	26,04	56,02	1,29	26,07	7,92	4,34

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016, 2017 roku oraz Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017 roku NIZP-PZH

7.2. Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne stanowią jeden z fundamentalnych elementów profilaktyki chorób zakaźnych. Co roku Główny Inspektor Sanitarny publikuje w drodze komunikatu w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia Program Szczepień Ochronnych na dany rok, który zawiera wykaz szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży według wieku, szczepień osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie oraz szczepień zalecanych. Nadzór nad realizacją szczepień ochronnych sprawuje Państwowa Inspekcja Sanitarna. W 2017 r. szczepieniami ochronnymi w województwie małopolskim objęto 682 333 dzieci i młodzieży od pierwszego do 20. roku życia (w 2016 r. 679 780). Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży obejmują szczepienie przeciw:

- gruźlicy
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B
- błonicy
- tężcowi
- krztuścowi
- Haemophilus influenzae* typu B
- Streptococcus pneumoniae*
- ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*)
- odrze
- świnie
- różyczce.

W 2016 r. w woj. małopolskim 95,2% dzieci i młodzieży w wieku od 1. do 20. r.ż. zostało objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych w stosunku do liczby ludności¹³. Natomiast analizując dane dotyczące stanu uodpornienia dzieci i młodzieży w mieście Kraków należy stwierdzić, że procentowy stan zaszczepienia dzieci i młodzieży w 2016 r. wynosił 98,2%. Średni stan zaszczepienia dzieci w pierwszym roku życia wyniósł 54,7% (WZW typu B +BCG +DTP+ *Haemophilus influenzae* typu b). Dzieci urodzone w 2016 r. pełne uodpornienie uzyskują w kolejnym roku życia stąd też poziom wyszczepialności nie jest bardzo wysoki i wynika to z określonych schematów i terminów przeprowadzania szczepień. W 2016 r. w Krakowie zaszczepiono 80 156 dzieci.

¹³ Czarkowski MP, Kondej B, Staszewska-Jakubik E. Szczepienia Ochronne w Polsce w 2016 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii

Tabela 17. Liczba wykonanych szczepień ochronnych w Krakowie w latach 2011–2016

Rok życia	Rodzaj szczepienia	Liczba zaszczepionych					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	WZW B	6 621	6 557	6 516	6 516	6 658	6 930
	Gruźlica	7 422	7 316	7 321	7 530	7 738	8 381
	Błonica, tężec	3 920	3 761	3 807	3 724	3 969	4 046
	Krztusiec	3 920	3 751	3 805	3 724	3 958	4 046
	Polio	3 917	3 804	3 772	3 732	3 977	4 054
	Heamophilus influenzae b	3 883	3 733	3 786	3 668	3 942	3 995
2	WZW B	8 421	7 902	7 970	7 931	8 121	8 368
	Błonica, tężec	8 141	7 637	7 679	7 599	7 694	8 019
	Krztusiec	8 141	7 637	7 678	7 596	7 640	8 020
	Polio	8 126	7 613	7 672	7 604	7 561	8 009
	Gruźlica	8 430	7 316	7 986	7 963	8 225	8 433
	MMR	6 184	5 685	5 455	5 156	4 755	5 360
3	Heamophilus influenzae b	7 884	7 605	7 611	7 589	7 670	7 971
	Błonica, tężec – IV d	7 313	7 304	7 764	7 738	7 731	6 469
	Krztusiec – IV d	7 308	7 303	7 759	7 738	7 725	6 469
	Polio – III d	7 306	7 312	7 760	7 713	7 561	6 467
	MMR i d.	7 808	7 912	7 422	7 244	7 120	7 263
	Heamophilus influenzae b	8 252	8 133	7 768	7 682	7 717	7 884
4	Błonica, tężec – IV d	7 528	7 807	7 771	7 699	7 609	6 949
	Krztusiec – IV d	7 528	7 805	7 771	7 697	7 602	6 948
	Polio – III d	7 520	7 801	7 790	7 705	7 621	6 955
	Błonica, tężec – IV d	6 905	7 570	8 139	8 091	7 619	7 147
5	Krztusiec – IV d	6 905	7 569	8 138	8 085	7 618	7 142
	Polio – IV d	6 903	7 575	8 131	8 084	7 620	7 132
6	Błonica, tężec – V d	4 295	4 341	4 798	4 507	2 587	3 627
	Krztusiec – V d	4 247	4 323	4 792	4 503	2 587	3 625
	Polio – IV d	4 295	4 341	4 794	4 513	2 706	3 635
7	Błonica, tężec – V d	5 830	6 049	6 106	6 638	7 905	6 224
	Krztusiec – V d	5 827	6 044	6 097	6 635	7 904	6 222
	Polio – IV d	5 822	6 031	6 117	6 626	7 907	6 234
	MMR – i d	6 376	6 679	6 786	7 495	7 824	7 833
8	MMR – I d	6 234	6 234	6 646	6 776	7 459	7 762
9	MMR – I+II d	5 865	5 865	6 340	6 593	6 747	7 392
10	MMR – I+II d	5 466	5 466	6 143	6 254	6 538	6 713
11	MMR – I+II d	5 733	5 733	5 778	6 076	6 211	6 504
	Różyczka dziewczynki	2 750	2 750	2 732	2 863	2 926	3 119
12	Różyczka dziewczynki	2 739	2 739	2 706	2 747	2 907	2 902
14	Błonica, tężec – VI d	4 605	4 605	4 386	3 910	3 626	3 503
19	Błonica, tężec – VII d	4 319	4 319	3 666	3 373	3 069	2 896

MMR – odra, świnka, różyczka;

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

Odsetek osób zaszczepionych w ogólnej populacji osób uległ zwiększeniu (porównując rok 2015 i 2016) w przypadku 7 rodzajów szczepień ochronnych w Krakowie. Wzrost odsetka wyszczepialności zanotowano między innymi w przypadku szczepienia BCG u noworodków w 1. roku życia, szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi, polio, krztuścowi, MMR w 2. roku życia. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Odsetek zaszczepionych osób w Krakowie w latach 2011–2016

Rok życia	Rodzaj szczepienia	Stan zaszczepienia					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	WZW B	88,40%	88,30%	87,70%	85,00%	85,30%	82,20%
	Gruźlica	99,10%	98,50%	98,50%	98,20%	98,20%	99,40%
	Błonica/tężec	52,30%	50,70%	51,20%	48,60%	50,40%	48,00%
	Krztusiec	52,30%	50,50%	51,20%	48,60%	50,20%	48,00%
	Polio	52,30%	51,20%	50,70%	48,70%	50,50%	48,10%
	Heamophilus inf.	51,80%	50,30%	50,90%	47,90%	50,00%	47,40%
2	WZW B	99,40%	99,20%	99,00%	98,50%	97,60%	97,50%
	Błonica, tężec	96,10%	95,80%	95,40%	94,40%	92,50%	93,40%
	Krztusiec	96,10%	95,80%	95,40%	94,30%	91,80%	93,40%
	Polio	96,00%	95,50%	95,30%	94,40%	90,90%	93,30%
	Gruźlica	99,60%	99,10%	99,20%	98,90%	98,90%	98,20%
	MMR	73,00%	71,30%	67,80%	64,00%	57,20%	62,40%
3	Heamophilus inf.	93,10%	95,50%	94,60%	94,20%	92,20%	92,90%
	Błonica, tężec – 4x	86,30%	87,20%	97,90%	97,90%	96,80%	78,7%
	Krztusiec – 4x	86,80%	87,20%	97,80%	97,90%	96,80%	78,7%
	Polio – 3x	86,80%	87,30%	97,80%	97,60%	96,30%	78,7%
	MMR i d.	92,80%	94,50%	93,60%	91,60%	89,20%	88,4%
	Heamophilus inf.	98,00%	97,10%	97,90%	97,20%	96,60%	95,90%
4	Błonica, tężec – 4x	94,70%	93,70%	94,10%	98,70%	97,80%	88,6%
	Krztusiec – 4x	94,70%	93,70%	94,10%	98,70%	97,70%	88,5%
	Polio – 3x	94,70%	93,70%	94,30%	98,80%	98,00%	88,5%
5	Błonica, tężec – 4x	97,10%	96,20%	99,30%	99,10%	98,70%	92,9%
	Krztusiec – 4x	97,10%	96,20%	99,30%	99,10%	98,70%	92,8%
	Polio – 3x	97,00%	96,30%	99,20%	99,10%	98,70%	92,7%
6	Błonica, tężec – 5x	63,10%	62,70%	62,20%	56,00%	99,10%	47,6%
	Krztusiec – 4x	62,40%	62,40%	62,10%	56,00%	99,00%	47,6%
	Polio – 5x	63,10%	62,70%	62,20%	56,10%	99,00%	47,7%
7	Błonica, tężec – 5x	90,30%	89,40%	88,90%	87,20%	99,20%	77,8%
	Krztusiec – 5x	90,20%	89,30%	88,80%	87,20%	99,20%	77,8%
	Polio – 4x	90,10%	89,10%	89,10%	87,00%	99,30%	77,9%
	MMR Id.	98,70%	98,70%	98,80%	98,50%	98,20%	97,9%
8	MMR i d	99,00%	98,80%	98,80%	98,80%	98,80%	98,30%
9	MMR I+II d.	98,70%	99,20%	99,20%	99,00%	98,90%	98,80%
10	MMR I+II d.	94,20%	99,30%	99,20%	99,40%	98,90%	99,50%
11	MMR I+II d.	96,80%	97,40%	99,50%	99,50%	99,40%	99,00%
	Różyczka – dziewczynki	95,30%	95,20%	97,10%	97,50%	97,20%	96,90%
12	Różyczka – dziewczynki	96,40%	97,10%	97,90%	98,50%	98,20%	97,30%
14	Błonica, tężec VI d	77,70%	74,70%	74,60%	68,30%	99,80%	62,3%
19	Błonica, tężec VII d	65,70%	63,60%	62,30%	59,10%	54,90%	51,9%

MMR – odra, świnka, różyczka

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

W 2016 r. w Krakowie zarejestrowano 70 przypadków niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), co stanowiło 0,09%, wśród ww. zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepienny

4 (5,71%) odczyny miały charakter poważny, 1 (1,43%) odczyn był zakwalifikowany jako ciężki. Pozostałe 65 (92,86%) odczynów poszczeniennych miało charakter łagodny. W związku ze znikomym odsetkiem wystąpienia NOP można stwierdzić, że stosowane do uodpornienia populacji preparaty szczepionkowe są bezpieczne i nie zagrażają zdrowiu osób szczepionych. Poważne odczyny wystąpiły po podaniu następujących szczepionek:

- a) 1 odczyn po podaniu szczepionek przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi i przeciw poliomyelitis;
- b) 1 odczyn po podaniu szczepionki przeciw pneumokokom;
- c) 1 odczyn po podaniu szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce;
- d) 1 odczyn po podaniu szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, przeciw poliomyelitis i przeciw *Haemophilus influenzae* typu b.

Po podaniu ww. szczepionek wystąpiły u pacjentów objawy takie jak omdlenie, epizod hypotoniczno-hyporeaktywny, ciągły płacz, wysoka gorączka do 39°C. Zarejestrowany jeden ciężki niepożądany odczyn poszczenienny wystąpił po podaniu szczepionek: przeciw błonicy i tężcowi i przeciw WZW typu B. W przypadku ciężkiego odczynu po podaniu ww. szczepionek pojawiły się drgawki gorączkowe.

W 2017 r. w Krakowie na 116 516 zaszczepionych zgłoszono 103 przypadki NOP co stanowiło 0,09%. Wśród zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczeniennych 13 (12,62%) odczynów miało charakter poważny. Pozostałe 90 (87,38%) to odczyny poszczeniennne. Niepożądane odczyny poszczeniennne mające charakter poważny wystąpiły po podaniu następujących szczepionek:

- a) 1 odczyn po szczepionce przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi i szczepionce przeciw *Haemophilus influenzae* typu b;
- b) 1 odczyn po szczepionce przeciw ospie wietrznej;
- c) 2 odczyny po szczepionce przeciw odrze, śwince i różyczce;
- d) 1 odczyn po szczepionce przeciw wściekliznie;
- e) 3 odczyny po szczepionce przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, *Haemophilus influenzae* typu b, WZW typu B;
- f) 3 odczyny po szczepionce przeciw gruźlicy;
- g) 1 odczyn po szczepionce przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis, *Haemophilus influenzae* typu b, WZW typu B i szczepionce przeciw rotawirusom;
- h) 1 odczyn po szczepionce przeciw grypie.

Natomiast w 2016 r. w województwie małopolskim odnotowano 186 niepożądanych odczynów poszczeniennych w tym:

- a) 164 o przebiegu łagodnym (88,17% wszystkich odczynów),
- b) 19 o przebiegu poważnym (10,21% wszystkich odczynów),
- c) 3 o przebiegu ciężkim (1,62% wszystkich odczynów).

W 2016 r. najczęściej niepożądane odczyny poszczeniennne rejestrowano po szczepionkach przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, *haemophilus influenzae* typu b (37 NOP); odrze, śwince i różyczce (28 NOP); gruźlicy (26 NOP); błonicy, tężcowi i krztuścowi (26 NOP). Natomiast w 2017 r. najczęściej niepożądane odczyny poszczeniennne rejestrowano po szczepionkach przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (53 NOP); błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, *haemophilus influenzae* typu b, WZW B (48

NOP); odrze, śwince i różyczce (37 NOP); błonicy, tężcowi i krztuścowi i polio (35 NOP); gruźlicy (32%).

W 2017 r. w województwie małopolskim odnotowano 299 niepożądanych odczynów poszczepiennych w tym:

- a) 273 o przebiegu łagodnym (91,3% wszystkich odczynów),
- b) 22 o przebiegu poważnym (7,37% wszystkich odczynów),
- c) 4 o przebiegu ciężkim (1,34% wszystkich odczynów).

Na przestrzeni analizowanych lat obserwuje się wzrost liczby zarejestrowanych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jednakże należy mieć na uwadze, że wzrost ten nie świadczy o mniejszym bezpieczeństwie szczepień, liczba ta zależy zarówno od liczby osób zaszczepionych w danym roku jak i w kalendarzu szczepień pojawiają się nowe szczepienia (np. od 2017 r. obowiązkowe szczepienia przeciwko pneumokokom) oraz wzrasta liczba dostępnych szczepionek na rynku.

Tabela 19. Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych łagodnych, poważnych i ciężkich w Małopolsce w latach 2012–2017

Rok	Ciężki	poważny	łagodny	Ogółem
2012	0	12	159	171
2013	3	14	148	165
2014	1	22	209	232
2015	4	21	163	188
2016	3	19	164	186
2017	4	22	273	299

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016, 2017 roku

Od kilku lat zauważalny jest niepokojący trend wzrostu liczby osób uchylających się od szczepień ochronnych. Na koniec 2017 r. w województwie małopolskim 2 096 dzieci nie zostało zaszczepionych w związku uchylaniem się od obowiązku szczepień ich rodziców/opiekunów prawnych. Wzrost liczby uchylających się od szczepień obserwuje się w całej Polsce i może zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu społeczeństwa, jeśli wyszczepialność spadnie poniżej określonego poziomu.

Tabela 20. Liczba uchylających się od szczepień ochronnych w Małopolsce w latach 2015–2017

Rok	2015	2016	2017
Liczba uchylających się od szczepień	867	1 307	2 096

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016, 2017 roku.

7.3. Gruźlica

Gruźlica to choroba zakaźna wywoływana przez bakterie *Mycobacterium tuberculosis complex*. Jest to najczęstsza choroba zakaźna przenoszona drogą kropelkową na świecie. Źródłem zakażenia są osoby chore na gruźlicę w fazie prątkowania, rzadziej zwierzęta, które wydają prątki. Gruźlica najczęściej dotyczy płuc, ale może również atakować ośrodkowy układ nerwowy, układ limfatyczny, naczynia krwionośne, układ kostno-stawowy, moczowo-płciowy (tzw. gruźlica pozapłucna). Jeden

prątkujący chory, który nie jest leczony może zakażać w ciągu roku średnio od 10 do 15 ludzi. Zakażenie prątkiem jest warunkiem niezbędnym, ale nie wystarczającym, aby wystąpiło zachorowanie. Do czynników ryzyka zachorowania zalicza się niedożywienie, złe warunki mieszkaniowe, złe warunki sanitarne, występowanie innych chorób np. zakażenia HIV/AIDS, cukrzyca, chorób nowotworowych. Swoistą metodą profilaktyki gruźlicy jest szczepienie BCG, które w Polsce jest obowiązkowe i realizowane zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych. Szczepienie powinno być wykonane w ciągu 24 godzin po urodzeniu. W 2017 r. w Polsce ogółem zaszczepiono 91,8% dzieci przeciwko gruźlicy (77,7% w pierwszej dobie życia dziecka), w Małopolsce odsetek ten jest nieco niższy i wyniósł 90,7% (65,9% w pierwszej dobie życia dziecka). W Krakowie w 2016 r. odsetek zaszczepionych w 1. roku życia wyniósł 99,4%.

Pomimo realizacji szczepień ochronnych zarówno w Polsce jak i Małopolsce zachorowania wciąż występują, ale na przestrzeni lat wskaźnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności ulega niewielkiemu spadkowi. W 2017 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę ogółem wyniósł 11,87 przypadków na 100 tys. ludności w porównaniu do 14,8/100 tys. w 2016 r. (Tabela 21). Analizując dane miasta Krakowa spośród chorych na gruźlicę w 2017 r. 70% stanowili mężczyźni. Ponadto najwięcej zachorowań (39%) zarejestrowano w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia, natomiast nie odnotowano zachorowań na gruźlicę wśród osób w wieku poniżej 19. roku życia¹⁴. Ponadto w 2017 r. jedno zachorowanie na gruźlicę zarejestrowano u cudzoziemca przebywającego czasowo w Krakowie. Według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie w 2017 r. wystąpiło 10 zgonów na gruźlicę na terenie miasta Krakowa.

Tabela 21. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 tys. na gruźlicę wszystkich postaci w Krakowie w latach 2010–2017

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gruźlica – zapadalność	11,22	12,38	12,53	15,68	19,69	13,40	14,80	11,87
Gruźlica – liczba zachorowań	80	74	82	119	150	100	156	138

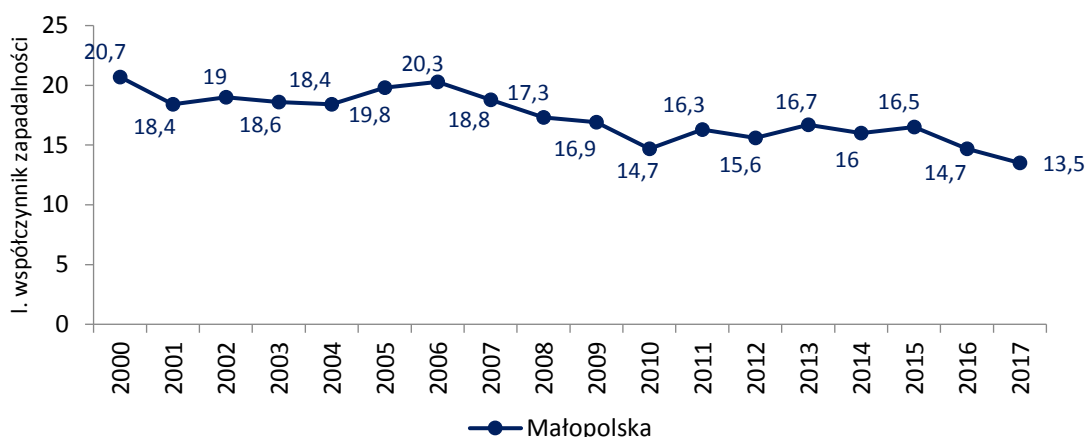
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego i <http://pssekrakow.pl/> [27.10.2017]

Współczynnik zapadalności w województwie małopolskim podobnie jak w Polsce wykazuje tendencję spadkową. W 2017 r. współczynnik zachorowalności na gruźlicę w województwie małopolskim wyniósł 13,5/100 tys. ludności i był niższy niż w 2016 r. (14,7/100 tys.) (Wykres 29). W 2017 r. odnotowano najniższą (458 przypadków) od 2000 r. liczbę zachorowań (669 przypadków) (Wykres 30). Gruźlica występuje częściej u osób dorosłych i liczba przypadków wzrasta wraz z wiekiem. W województwie małopolskim w 2017 r. najwięcej przypadków tj. 183 odnotowano w grupie wiekowej 45-64 lat, a jedynie 2 zachorowania odnotowano w populacji dzieci do 14. roku życia (współczynnik zapadalności 0,4/100 tys.), natomiast w 2016 r. 7 przypadków (współczynnik zapadalności 1,3/100 tys.). Również częściej obserwuje się zachorowania u mężczyzn niż u kobiet (w 2017 r. w województwie małopolskim 309 przypadków wśród mężczyzn i 149 wśród kobiet).¹⁵

¹⁴https://pssekrakow.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1066:informacje-dotyczace-zachorowan-na-gruzlice-w-krakowie-i-powiecie-krakowskim-w-2017-roku&catid=89&Itemid=212 [23.10.2018]

¹⁵ Gruźlica. Biuletyn IGChP 2017

Wykres 29. Współczynnik zapadalności na gruźlicę na 100 tys. w województwie małopolskim w latach 2000–2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

Wykres 30. Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie małopolskim w latach 2000–2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc i Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2017 r.

W Polsce obserwuje się duże zróżnicowanie we współczynnikach zachorowalności na gruźlicę pomiędzy województwami. W 2017 r. najwyższy współczynnik odnotowano w województwie lubelskim (21,9/100 tys.), kolejno w śląskim (20,9/100 tys.) łódzkim (18,4/100 tys.). Natomiast najniższy współczynnik podobnie jak w 2016 r. odnotowano w województwie wielkopolskim 8,9/100 tys. oraz warmińsko-mazurskim 9,2/100 tys. ludności (Tabela 22).

Tabela 22. Zapadalność na gruźlicę na 100 tys. w podziale na województwa w 2017 r.

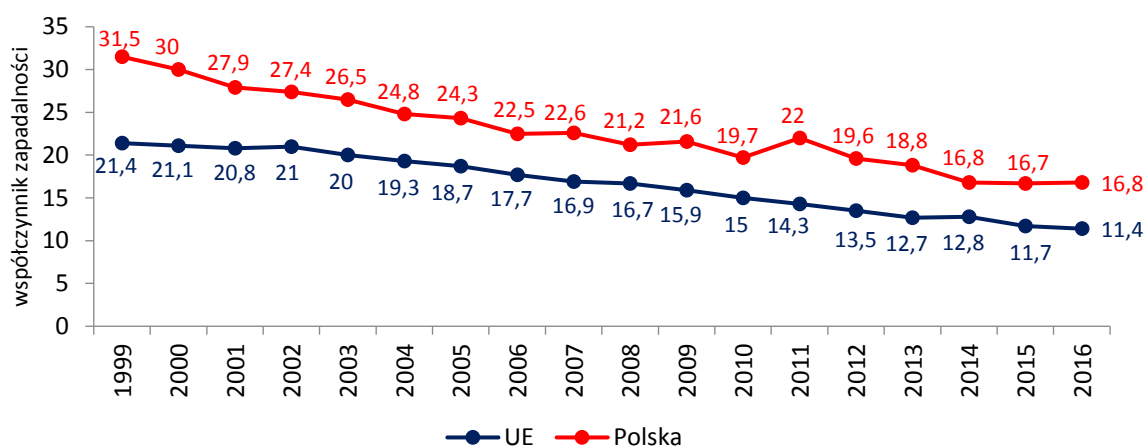
Województwo	Współczynnik zapadalności
Polska	15,1
Dolnośląskie	14,7
Kujawsko-pomorskie	11,5
Lubelskie	21,9
Lubuskie	12,9
Łódzkie	18,4
Małopolskie	13,5

Województwo	Współczynnik zapadalności
Mazowieckie	19,3
Opolskie	13,4
Podkarpackie	12,1
Podlaskie	11,1
Pomorskie	11,4
Śląskie	20,9
Świętokrzyskie	16,5
Warmińsko-mazurskie	9,2
Wielkopolskie	8,9
Zachodniopomorskie	10,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pochodzących z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc

Dane dotyczące gruźlicy w Polsce przekazywane są przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc zarówno do Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) jak i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), co pozwala na dokonywanie porównań pomiędzy krajami europejskimi. W 2016 r. zapadalność na gruźlicę w 30 krajach Unii Europejskiej oraz Europejskim Obszarze Gospodarczym wyniosła 11,4/100 tys. (58 994 przypadków) i był niższy niż w Polsce (16,8/100 tys.). W krajach UE/EOG wartość współczynnika maleje od 1999 r. z 21,4/100 tys. do 11,4/100 tys. w 2016 r. W Polsce również obserwuje się tendencję spadkową i współczynnik zapadalności zmalał od 1999 r. z 31,5/100 tys. do 16,8/100 tys. w 2016 r. (Wykres 31). Najwyższą zapadalność na gruźlicę w krajach UE/EOG odnotowano w grupie wiekowej 25–44 lata, natomiast w Polsce w grupie wiekowej 45–64 lata. Polska należy do krajów o niskiej zapadalności (tj. poniżej 20 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Jednym z priorytetowych celów zdrowia publicznego dla WHO jest eliminacja gruźlicy w krajach o niskiej zapadalności do 2050 r. Zgodnie z definicją choroba może zostać uznana za wyeliminowaną jeżeli liczba zgłaszanych przypadków spadnie poniżej 1 przypadku na 1 mln. mieszkańców rocznie¹⁶.

Wykres 31. Współczynnik zapadalności na gruźlicę na 100 tys. w Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc i European Centre for Disease Prevention and Control

¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Disease name. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.

Najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która w 2017 r. wśród zachorowań w Polsce stanowiła 95,6% przypadków (5 531 przypadków), a w województwie małopolskim 96% (440 przypadków). Obecnie największe wyzwanie na świecie stanowi gruźlica wielolekooporna (*multidrug resistant tuberculosis-MDR-TB*). W 2017 r. w krajach UE/EOG 3,7% wszystkich chorych stanowili chorzy na MDR-TB. W Polsce odsetek osób z MDR-TB spośród wszystkich zachorowań na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie wynosił 1,1% (44 przypadki)¹⁷.

7.4. WZW typu B i WZW typu C

Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C to choroby zakaźne wywoływane przez wirusy odpowiednio B (*Hepatitis B Virus; WZW B*) i C (*Hepatitis C Virus; WZW C*). Wirus HBV jest ok. 100 razy bardziej zakaźny niż wirus HIV i uważa się, że WZW B jest najpowszechniej występującą chorobą zakaźną na świecie. Do zakażenia WZW B i C może dojść drogą parenteralną, płciową oraz wertykalną. Przewlekłe WZW B i WZW C może prowadzić do marskości wątroby i raka wątroby. Profilaktyka zachorowań polega przede wszystkim na przestrzeganiu zasad zapobiegania zakażeniom w placówkach medycznych jak i we wszystkich podmiotach, gdzie może dojść do naruszenia ciągłości tkanek tj. gabinetach fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu. Do metod swoistych zapobiegania WZW B zalicza się szczepienia ochronne, w przypadku WZW C nie wynaleziono jeszcze szczepionki.

w Krakowie w latach 2013–2016 liczba nowych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C systematycznie rosła. W 2010 r. liczba chorych na WZW B wynosiła 11 osób, w 2016 r. nastąpił wzrost do poziomu 52 chorych. Podobną tendencję zauważyć można w przypadku zachorowań na WZW typu C. Między 2010–2016 liczba chorych wzrosła o 73 przypadki (z 4 w 2010 r. do 77 w 2016 r.)(Tabela 23).

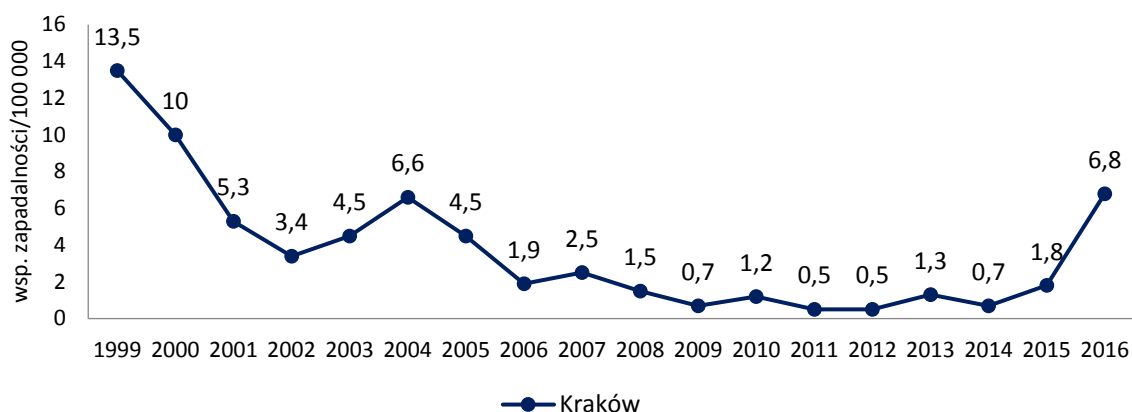
Tabela 23. Liczba zachorowań na WZW B i C w Krakowie w latach 2010 –2016

Rok	WZW B	WZW C
2010	11	4
2011	4	6
2012	4	3
2013	11	24
2014	5	39
2015	14	50
2016	52	77

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, 2017 r. i Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie

¹⁷ Gruźlica. Biuletyn IGIChP 2017

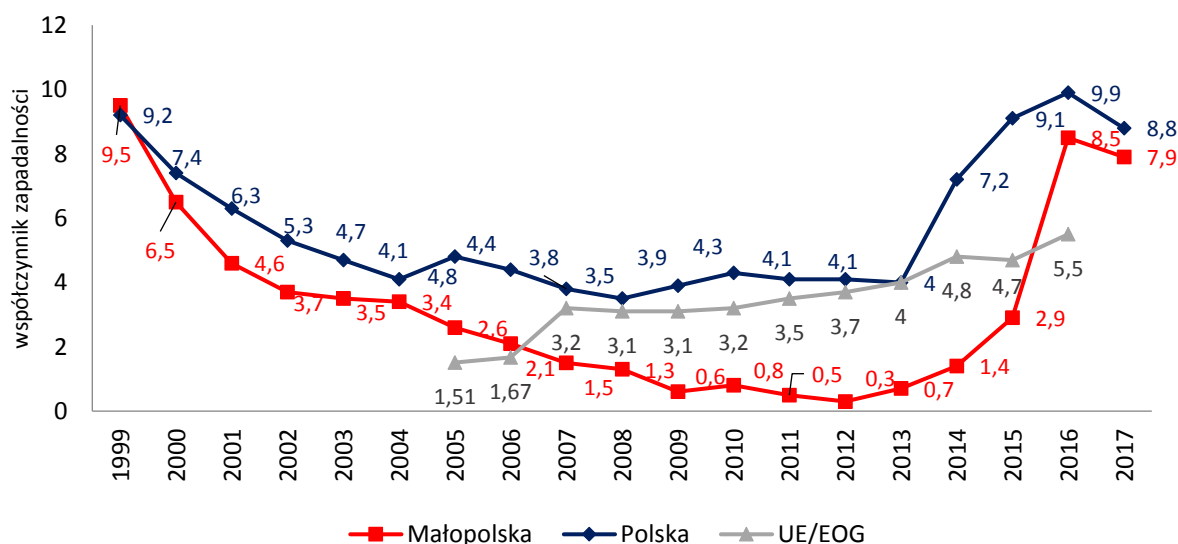
Wykres 32. Współczynnik zapadalności na WZW typu B na 100 tys. w Krakowie w latach 1999–2016



Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017 r.

Współczynnik zapadalności na WZW B w Polsce od 1999 r. r. zmniejszał się z 9,2/100 tys. aż do 2013 r. osiągając 4,1/100 tys. Podobną tendencję zaobserwowano w województwie małopolskim, gdzie wskaźnik zapadalności w 1999 r. wyniósł 9,5/100 tys. i spadał do 2011 r. wynosząc 0,5/100 tys. w województwie małopolskim. Następnie w kolejnych latach odnotowano gwałtowny wzrost i w 2016 r. w Polsce zarejestrowano 9,9 przypadków na 100 tys. a w województwie małopolskim 8,5 przypadków na 100 tys. W 2017 r. w Polsce współczynnik zapadalności wyniósł 8,8/100 tys., a w województwie małopolskim 7,9/100 tys. W analizowanych latach w woj. małopolskim wartość współczynnika zapadalności była niższa niż w Polsce. (Wykres 33)^{18,19}.

Wykres 33. Współczynnik zapadalności na WZW typu B na 100 tys. w krajach UE/EOG, Polsce i województwie małopolskim w latach 1999–2017



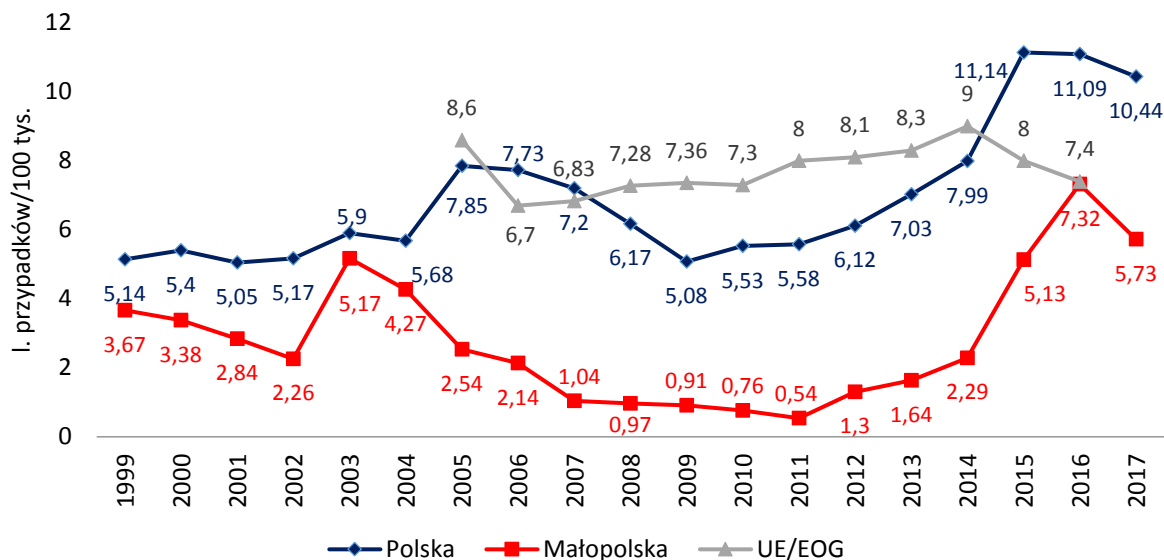
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016 i 2017 roku i danych oraz European Centre for Disease Prevention and Control

¹⁸ European Centre for Disease Prevention and Control: Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.

¹⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018

W 2016 r. w 30 krajach UE/EOG odnotowano 29 307 przypadków zachorowania na WZW typu B (współczynnik zapadalności 5,5/100 tys.). W latach 2010–2014 współczynnik zapadalności znacznie rósł (osiągając w 2014 r. 9 przypadków/100 tys.), ale od 2015 r. zaczął spadać (8/100 tys. w 2015 r.)²⁰

Wykres 34. Współczynnik zapadalności na WZW typu C na 100 tys. w krajach UE/EOG, Polsce i województwie małopolskim w latach 1999–2017.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016 i 2017 roku i danych oraz European Centre for Disease Prevention and Control

Współczynnik zapadalności na WZW C w województwie małopolskim w 2017 r. wyniósł 5,73/100 tys. i był blisko o połowę niższy od wskaźnika w Polsce (10,44/100 tys.). Zapadalność na WZW typu C w województwie małopolskim od 2003 r. do 2011 r. stałe spadała (w 2008 r. wynosiła 5,17/100 tys., w 2011 r. 0,54/100 tys.), a od 2012 r. obserwuje się kolejny wzrost zachorowań (7,32/100 tys. w 2016 r.). W analogicznym okresie w Polsce w latach 2003–2005 obserwowano wzrost zachorowań, następnie do 2009 r. występował spadek osiągając współczynnik zapadalności 5,08/100 tys. Od 2010 r. obserwuje się ponowną tendencję wzrostową. Na przestrzeni analizowanych lat należy wskazać, że współczynniki zapadalności w województwie małopolskim są niższe niż dla Polski. (Wykres 34).

W 2016 r. w 29 krajach UE/EOG odnotowano 33 860 przypadków zachorowania na WZW typu C (współczynnik zapadalności 7,4/100 tys.). W latach 2010–2014 współczynnik zapadalności znacznie rósł (osiągając w 2014 r. 9 przypadków/100 tys.), ale od 2015 r. zaczął spadać (8/100 tys. w 2015 r.)²¹.

7.5. HIV/AIDS

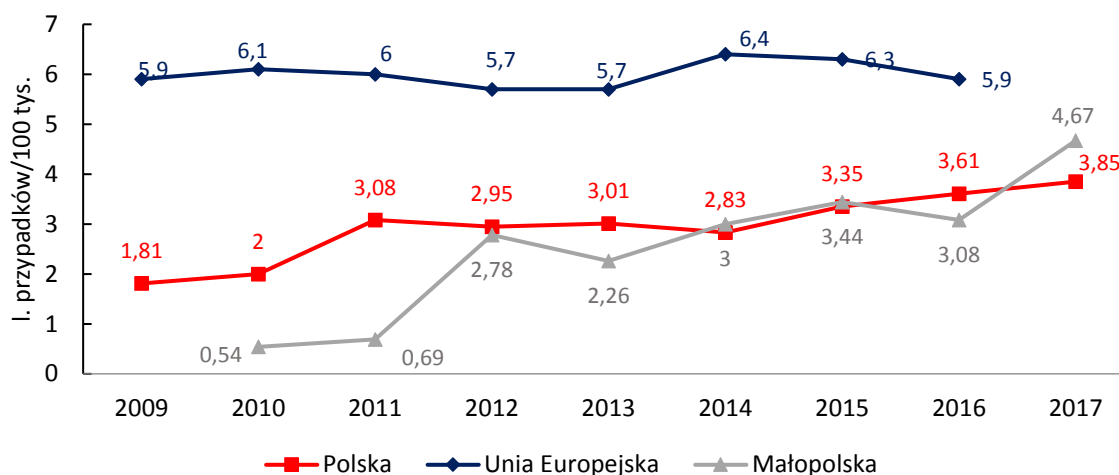
Zespół nabytego niedoboru odporności (*acquired immunodeficiency syndrome*; AIDS) rozwija się w wyniku upośledzenia odporności w przebiegu zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (*human immunodeficiency virus*, HIV). Do zakażenia dochodzi zazwyczaj drogą krwi, kontaktów seksualnych lub z matki na dziecko w okresie ciąży, porodu lub karmienia piersią. Ze względu na skalę

²⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018

²¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.

zakażeń i tempo rozprzestrzeniania się wirusa epidemia HIV/AIDS na świecie jest jednym z priorytetowych zadań zdrowia publicznego.

Wykres 35. Zapadalność na wirusa HIV w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2009–2017



*Brak danych dla Małopolski w 2009 r. i dla UE w 2017 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017 roku NIZP-PZH oraz European Centre for Disease Prevention and Control

Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP–PZH) wynika, iż w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. w Polsce zostało zgłoszonych 1 526 nowych przypadków zakażenia wirusem HIV (Wykres 35). W Polsce w latach 2009–2017 zauważalny jest wzrost współczynnika zapadalności na wirusa HIV (w 2009 wyniósł on 1,81/100 tys. osób, w 2017 r. 3,85/100 tys.) (Wykres 35). Zdecydowana większość nowych przypadków zakażeń HIV wykrywa się u mężczyzn (1337 w 2017 r.) niż u kobiet (175 w 2017 r.) oraz w grupie wiekowej 30–39 lat (565 mężczyzn i 70 kobiet). W blisko połowie zgłoszeń (47,7%), nie znana jest droga zakażenia, w pozostałych przypadkach prawdopodobną drogą transmisji najczęściej są kontakty homoseksualne (MSM), następnie kontakty heteroseksualne i trzecia droga transmisji to używanie narkotyków iniekcyjnie²².

W Małopolsce w 2017 r. wykryto 158 nowych zakażeń HIV, a współczynnik zapadalności na HIV wyniósł 4,67/100 tys. osób²³. W 2017 r. w Krakowie odnotowano 108 nowo wykrytych zakażeń HIV, a współczynnik zapadalności wyniósł 14,07/100 tys. (w 2016 r. – 72 przypadki; współczynnik zapadalności 9,4/100 tys.). Zarówno w Polsce, Małopolsce jak i w Krakowie na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się wzrost liczby nowo wykrytych zakażeń HIV.

Z danych 31 krajów obszaru UE/EOCG wynika, że w 2016 r. u 29 444 osób zdiagnozowano zakażenie HIV, a wskaźnik zapadalności wyniósł 5,9/100 tys. ludności i był niższy niż w 2016 r. (6,3/100 tys.) Najwyższe wskaźniki zapadalności odnotowano na Litwie (18,5/100 tys.), w Estonii (17,4/100 tys.)

²² Rosińska M, Niedźwiecka-Stadnik M, Szmulik K. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2017 roku. Zakład Epidemiologii Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

²³ Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017 roku NIZP-PZH.

oraz Malcie (14,5/100 tys.). 76% zdiagnozowanych to mężczyźni. Najwyższe współczynniki zapadalności odnotowuje się w grupie wiekowej 25–29 lat oraz 30–39 lat²⁴.

Tabela 24. Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2015–2017

Rok	Kraków	Małopolska	Polska	UE
2015	9,7	2,78	3,23	6,3
2016	8,3	3,4	3,61	5,9
2017	14,17	4,67	3,85	bd.

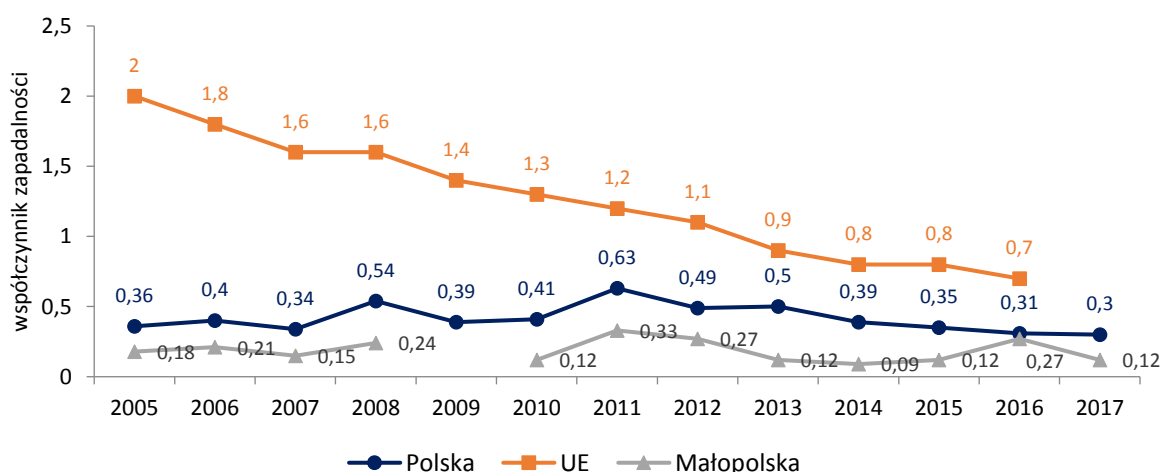
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017 roku NIZP-PZH, European Centre for Disease Prevention and Control

Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. 2016 r., poz. 1866 z późn.) zgłoszenie zakażenia HIV powinno zawierać inicjały imienia i nazwiska lub hasło, wiek, płeć i nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, co nie daje możliwości pełnej identyfikacji chorego. Sytuacja ta może prowadzić do zawyżenia liczby zakażonych w związku z wielokrotnymi zgłoszeniami tej samej osoby.

W Polsce w 2017 r. odnotowano 120 przypadków choroby AIDS, w tym 24 zgony z powodu AIDS. W Polsce w przeciwieństwie do Unii Europejskiej współczynnik zapadalności na AIDS znajduje się prawie na tym samym poziomie od 2005 do 2017 r. ulegając niewielkim wahaniom (0,36/100 tys. osób w 2005 r., 0,30/100 tys. osób w 2017 r.). Natomiast w krajach UE/EOG współczynnik ten spada (w 2005 r. wyniósł 2/100 tys. osób, a w 2016 r. 0,7/100 tys.) (Wykres 36).

W Małopolsce w 2017 r. odnotowano 4 przypadki AIDS (współczynnik zapadalności 0,12/100 tys.) i nie odnotowano zgonów a współczynnik zapadalności na przestrzeni analizowanych lat ulegał niewielkim wahaniom, ale w 2017 r. utrzymywał się na podobnym poziomie jak 12 lat temu (0,18/100 tys. osób w 2005 r., 0,12/100 tys. osób w 2017 r.).

Wykres 36. Zapadalność na AIDS w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2005–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych <http://pssekrakow.pl>, Państwowego Zakładu Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, European Centre for Disease Prevention and Control.

*Brak danych dla Małopolski w 2009 r. i dla UE w 2017 r.

²⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and AIDS. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.

W latach 2016–2017 nie odnotowano żadnego zachorowania na AIDS w mieście Kraków. W 2017 r. w Małopolsce wartość współczynnika zapadalności wynosiła 0,12/100 tys. i była niższa niż w 2016 r. (0,27/100 tys. osób). W Polsce zapadalność na AIDS w 2017 r. kształtowała się na poziomie 0,30/100 tys. mieszkańców (w 2016 r. – 0,31/100 tys.), a w Unii Europejskiej wartość tego współczynnika w 2016 r. wynosiła 0,7/100 tys. osób (brak danych za 2017 r.) (Tabela 25).

Tabela 25. Zapadalność na AIDS na 1000 mieszkańców w Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2017 r.

Rok	Kraków	Małopolska	Polska	UE
2015	0,26	0,06	0,29	0,8
2016	0,0	0,27	0,31	0,7
2017	0,0	0,12	0,30	bd

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2017 r. i w 2016 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny oraz European Centre for Disease Prevention and Control

Od 1985 r., kiedy w Polsce wdrożono badania w kierunku wirusa HIV obserwuje się systematyczny wzrost liczby nowych zakażeń HIV i do 31 grudnia 2017 r. wykryto zakażenie HIV u 22 657 obywateli Polski i u osób innego obywatelstwa przebywających na terenie Polski. W analogicznym okresie zarejestrowano 3 558 zachorowań na AIDS, a 1 382 chorych zmarło.

7.6. Zgony z powodu chorób zakaźnych

Z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS publikuje łącznie liczbę zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych – kod ICD – 10: A00.0 – B99) wynika, iż w 2016 r. w Polsce stwierdzono 1 930 przypadków zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (brak dostępnych danych za 2017 r.), w województwie małopolskim 135 przypadki w 2016 r., natomiast w Krakowie 44 przypadki w 2016 r. Na przestrzeni lat 1999–2016 liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych w Polsce zmalała z 2 283 w 1999 r. do 1 930 w 2016 r., gdzie od 2007 r. do 2011 r. obserwowano wzrost liczby zgonów a następnie tendencję spadkową. Z kolei w woj. małopolskim odnotowano blisko trzykrotny spadek liczby zgonów w 2016 r. w porównaniu do 1999 r. (Tabela 26).

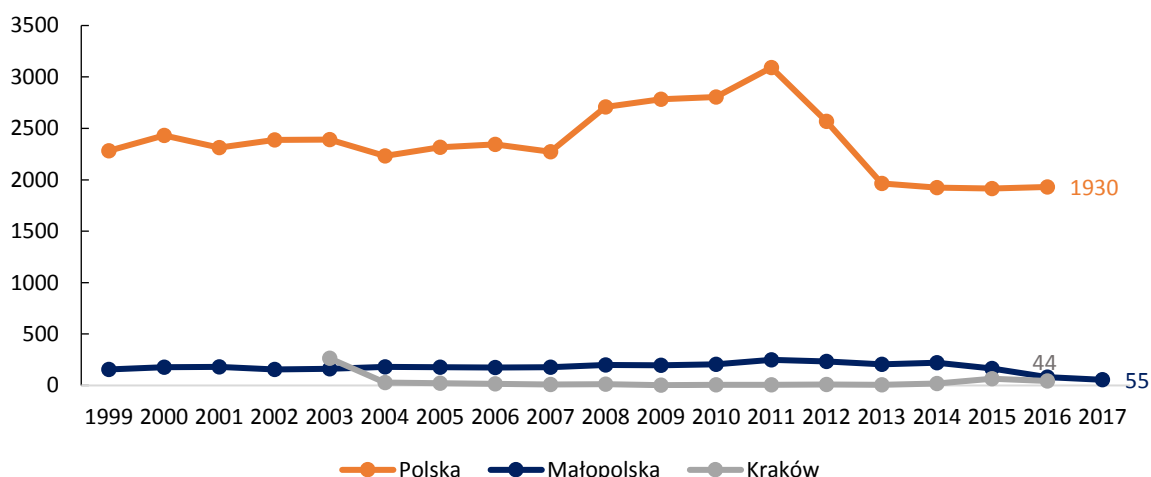
Tabela 26. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999–2017

Rok	Kraków	Małopolska	Polska
1999	bd.	155	2 283
2000	bd.	178	2 430
2001	bd.	182	2 313
2002	50	155	2 387
2003	47	161	2 392
2004	48	182	2 231
2005	49	178	2 316
2006	39	174	2 345
2007	43	176	2 274
2008	53	198	2 708
2009	60	195	2 783

Rok	Kraków	Małopolska	Polska
2010	53	204	2 806
2011	63	249	3 091
2012	55	234	2 567
2013	50	206	1 963
2014	52	222	1 923
2015	65	188	1 915
2016	44	135	1 930
2017	bd.	55	bd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz www.polskawliczbach.pl

Wykres 37. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999–2017



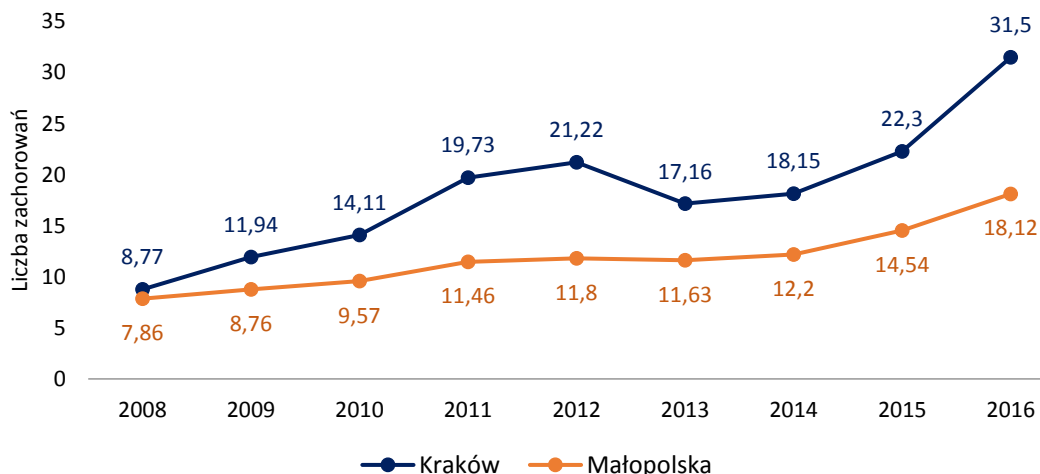
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

8. ZACHOROWALNOŚĆ I ZGONY NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

Choroby nowotworowe są jedną z głównych przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych. W 2016 r. w Krakowie na choroby nowotworowe zachorowało 20 010 osób, wskaźnik zachorowalności (liczba osób powyżej 19 roku życia, u których stwierdzono chorobę nowotworową, będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach lekarskich, w przeliczeniu na 1000 osób) wyniósł 31,5 przypadków na 1000 ludności i był to najwyższy wskaźnik w całym województwie małopolskim. W tym samym czasie w województwie małopolskich zachorowało ogółem 49 026 osób (współczynnik zachorowalności wyniósł 18,11 przypadków na 1 000 ludności).

Na przestrzeni lat 2008–2016 wskaźnik zachorowań zarówno w Małopolsce jak i w Krakowie systematycznie wzrasta co prezentuje Wykres 38. W poszczególnych powiatach województwa małopolskiego również można zaobserwować wzrost zachorowalności na nowotwory ogółem, najwyższy przyrost obserwuje się w mieście Krakowie, Tarnowie i powiecie olkuskim (Tabela 27).

Wykres 38. Współczynnik zachorowalności na nowotwory ogółem w Krakowie i Małopolsce w latach 2008–2016



Źródło: na podstawie danych Internetowego Obserwatora Statystyk Społecznych

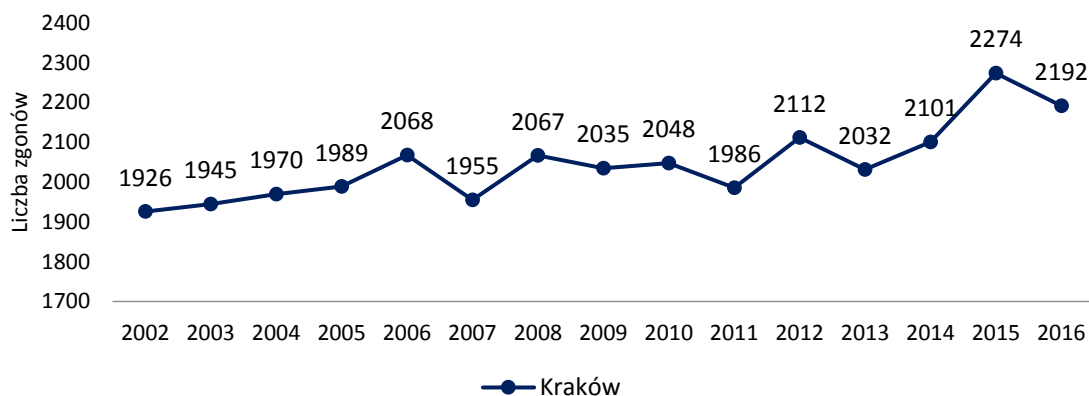
Tabela 27. Zachorowalność na nowotwory ogółem w województwie małopolskim w podziale na powiaty w latach 2010–2016

Powiat:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
bocheński	5,02	5,98	6,10	8,86	8,09	10,86	13,40
brzeski	6,18	6,50	6,88	9,25	9,83	10,95	13,33
chrzanowski	13,30	13,86	9,86	11,77	2,20	15,15	16,27
dąbrowski	4,94	6,12	6,02	7,63	9,77	11,33	12,36
gorlicki	6,30	7,75	7,04	7,68	8,53	9,82	10,90
krakowski	8,87	9,64	10,23	10,10	10,33	11,04	11,93
limanowski	7,75	7,93	7,39	8,19	7,94	10,40	13,15
m. Kraków	14,11	19,73	21,22	17,16	18,15	22,30	31,50
m. Nowy Sącz	9,70	8,99	8,22	9,33	8,17	10,68	11,79
m. Tarnów	9,03	9,30	8,67	17,24	23,59	24,07	25,32
miechowski	6,52	7,32	5,69	6,62	7,35	8,35	9,12
myślenicki	5,05	5,87	5,89	6,09	8,11	9,77	12,13
nowosądecki	8,15	7,63	7,25	7,82	6,26	7,15	10,10
nowotarski	6,72	8,52	6,39	7,45	7,34	9,55	8,62
olkuski	10,17	12,38	13,94	13,54	16,85	21,34	24,01
oświęcimski	5,66	6,50	5,58	6,96	8,05	9,49	13,52
proszowicki	20,31	19,96	16,98	15,00	18,70	22,91	23,75
suski	8,43	8,82	7,89	8,65	9,90	12,23	13,56
tarnowski	7,98	8,41	8,32	9,86	4,53	12,14	13,29
tatrzański	7,88	8,14	8,23	10,03	10,19	9,12	10,99
wadowicki	6,95	7,91	12,01	9,95	9,29	11,85	18,01
wielicki	10,79	12,47	18,80	18,90	13,71	16,49	16,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Internetowego Obserwatora Statystyk Społecznych

Liczba zgonów na nowotwory ogółem w Krakowie w 2016 r. wyniosła 2 192 co stanowiło 30,7% zgonów ogółem. Na przestrzeni lat 2002–2016 obserwuje się wzrost liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych (Wykres 39). Zgony z powodu nowotworów ogółem w Krakowie na 100 tys. ludności wyniosły 298,2/100 tys. ludności i współczynnik ten był wyższy niż dla województwa małopolskiego i dla Polski. W populacji kobiet zgony z powodu nowotworu złośliwego sutka wynosiły w 2016 r. 43,7 przypadków na 100 tys. kobiet, a nowotworu szyjki macicy 7,9 przypadki na 100 tys. kobiet²⁵.

Wykres 39. Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych w Krakowie w latach 2002–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Internetowego Obserwatora Statystyk Społecznych

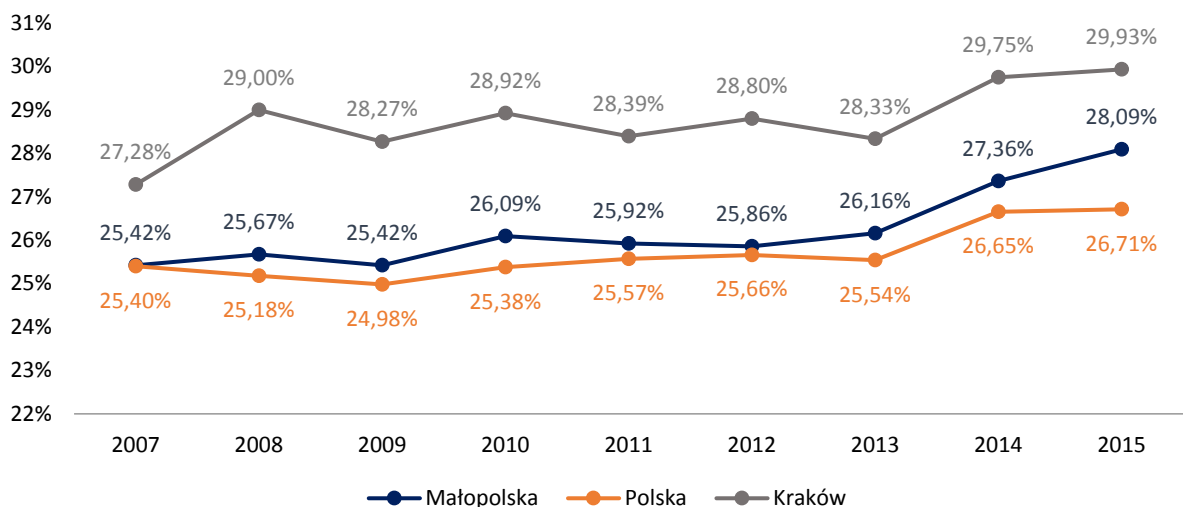
W 2016 r. w województwie małopolskim odnotowano 8 619 zgonów z powodu nowotworów, co stanowiło 28,1% wszystkich zgonów i na przestrzeni lat 2007–2016 obserwuje się coraz wyższy odsetek zgonów z powodu nowotworów w stosunku do zgonów ogółem. Współczynnik umieralności na nowotwory ogółem wyniósł 261,6 przypadków na 100 tys. ludności i był niższy niż współczynnik dla Polski (274,3/100 tys.). W populacji kobiet zgony z powodu nowotworu złośliwego sutka wynosiły w 2016 r. 31,1 przypadków na 100 tys. kobiet, a nowotworu szyjki macicy 7,3 przypadki na 100 tys. kobiet²⁶.

W Polsce w 2016 r. odnotowano 105 946 zgonów z powodu nowotworów co stanowiło 27,3% wszystkich zgonów (pierwsze miejsce zajmują choroby układu krążenia 43,3%). W 2016 r. współczynnik zgonów z powodu nowotworów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosił 274,3. Analizując dostępne dane 2016 r. współczynnik umieralności wśród kobiet na złośliwy nowotwór sutka na 100 tys. wyniósł 31,8 przypadków, a z powodu raka szyjki macicy 8 przypadków na 100 tys. kobiet.

²⁵ <http://www.polskawliczbach.pl/Krakow> [27.10.2018]

²⁶ <http://www.polskawliczbach.pl/malopolskie> [27.10.2018]

Wykres 40. Udział zgonów z powodu chorób nowotworowych w zgonach ogółem w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007-2015



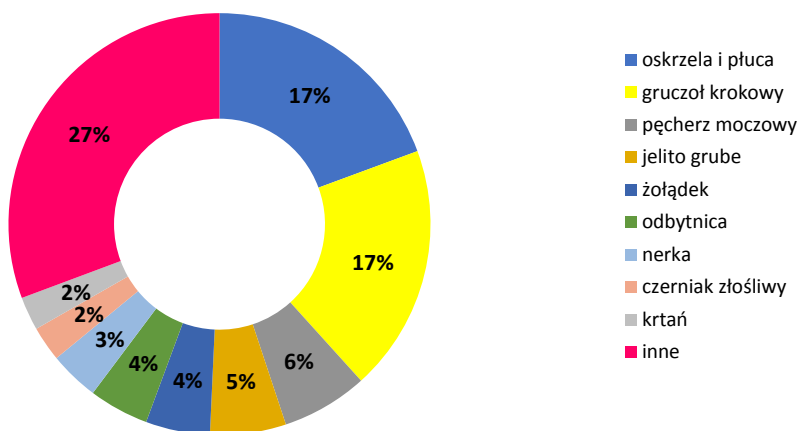
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Internetowego Obserwatora Statystyk Społecznych

Ze względu na brak dostępnych szczegółowych danych z 2016 r. dotyczących zachorowań oraz umieralności na poszczególne rodzaje nowotworów, poniżej przedstawiono strukturę zachorowań na nowotwory w 2015 r.

W 2015 r. na terenie Krakowa wśród mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory:

- oskrzeli i płuc (17%)
- gruczołu krokowego (17%)
- pęcherza moczowego (6%),
- jelito grube (5%)
- żołądka (4%),
- inne nowotwory złośliwe (27%) (Wykres 41).

Wykres 41. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie mężczyzn w Krakowie w 2015 r.

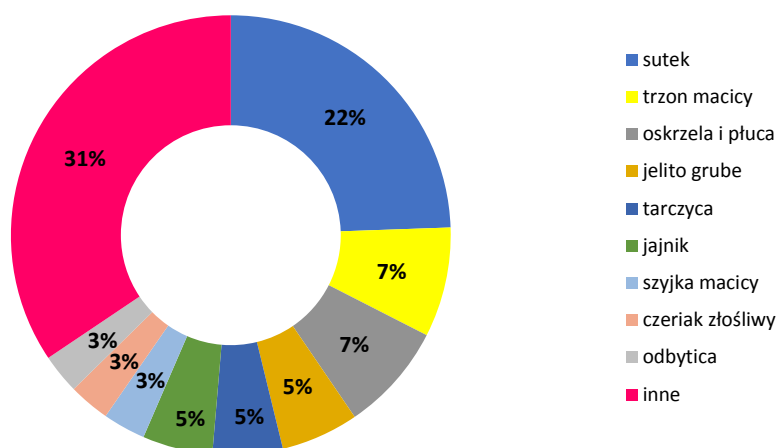


Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017

W 2015 r. w Krakowie wśród kobiet najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi były nowotwory:

- sutka (22%),
- trzon macicy (7%),
- oskrzeli i płuc (7%),
- inne nowotwory złośliwe (31%) (Wykres 42).

Wykres 42. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie kobiet w Krakowie w 2015 r.



Źródło: Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017

W Polsce w 2015 r. najczęściej występującymi nowotworami były:

- nowotwory: płuc, tchawicy i oskrzeli 57,1/100 tys.;
- piersi 47,4/100 tys.;
- gruczołu krokowego 36,9/100 tys.;
- jelita grubego 28,1/100 tys.

Najwyższa umieralność w Polsce w 2015 r. występowała dla nowotworów: płuc tchawicy i oskrzeli (61,6/100 tys.), jelita grubego (20,2/100 tys.) oraz piersi (16,6/100 tys.).

W Polsce w 2015 r. wśród kobiet najczęściej występującymi typami nowotworów były nowotwory: piersi: 91,2/100 tys., płuc, tchawicy i oskrzeli: 37,8/100 tys., trzonu macicy: 31,5/100 tys., oraz jelita grubego: 25,5/100 tys. Największa umieralność w grupie kobiet występowała z powodu nowotworów: płuca, tchawicy i oskrzeli: 37,6/100 tys., piersi: 31,8/100 tys. oraz jelita grubego: 17,8/100 tys.²⁷

Natomiast wśród mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami były nowotwory: płuc, tchawicy i oskrzeli: 77,7/100 tys., gruczołu krokowego: 76,4/100 tys., oraz jelita grubego: 30,8/100 tys. Największa umieralność w grupie mężczyzn występowała z powodu nowotworów: płuca, tchawicy i oskrzeli: 87,3/100 tys., gruczołu krokowego: 26,2/100 tys. oraz jelita grubego 22,6/100 tys.²⁸

Na podstawie danych Eurostat w 2015 r. ponad 1,3 mln osób zmarło z powodu nowotworów w 28 krajach Unii Europejskiej, co stanowiło ponad jedną czwartą zgonów ze wszystkich przyczyn ogółem.

²⁷ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2016

²⁸ Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017

W 2015 r. najwyższy standaryzowany współczynnik umieralności odnotowano na Węgrzech (345,9/100 tys.), w Chorwacji (335,7/100 tys.) i Słowacji (320,1/100 tys.). Nieco większy udział odsetek zgonów z powodu nowotworów obserwuje się w populacji mężczyzn (w UE 28,7/100 tys.) niż populacji kobiet (22,1/100 tys.). Warto zwrócić uwagę, że standaryzowany współczynnik zgonów wśród mężczyzn był o 72% wyższy niż wśród kobiet (346,2 vs 200,8 na 100 tys. osób)²⁹.

Tabela 28. Umieralność z powodu chorób nowotworowych w krajach UE w 2015 r.

Kraj	Liczba zgonów	Udział we wszystkich zgonach [%]			Standaryzowany współczynnik umieralności/100 tys.				
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Osoby < 65 r.ż.	Osoby 65+
UE-28	1 321 592	25,4	28,7	22,1	260,6	346,2	200,8	77,9	1 014,8
Belgia	27 237	24,8	28,5	21,3	249,7	329,3	194,4	72,1	983,0
Bułgaria	17 957	16,4	18,4	14,3	241,9	330,4	179,3	102,4	817,8
Czechy	26 862	24,2	26,6	21,8	278,6	373,3	216,3	79,0	1 102,7
Dania	15 403	29,4	31,1	27,8	292,3	355,3	250,1	72,3	1 200,6
Niemcy	226 662	24,4	27,3	21,7	252,1	324,1	202,4	72,4	993,6
Estonia	3 856	25,1	28,4	22,1	299,1	472,6	213,1	90,4	1 160,5
Irlandia	8 847	29,4	31,0	27,7	275,2	334,2	232,5	66,0	1 138,8
Grecja	29 669	24,6	29,5	19,5	250,0	345,1	174,1	74,0	976,4
Hiszpania	107 083	25,4	30,8	20,0	230,6	332,3	155,5	70,6	891,2
Francja	162 045	27,3	31,4	23,3	245,3	337,1	179,4	78,9	932,1
Chorwacja	14 024	25,8	30,4	21,5	335,7	481,1	243,4	106,5	1 281,8
Włochy	169 835	26,4	31,0	22,3	244,6	325,8	188,1	64,4	988,7
Cypr	1 337	22,7	25,1	20,1	206,7	266,2	159,5	54,3	836,0
Łotwa	5 876	20,8	23,1	18,8	293,7	449,7	219,6	103,9	1 077,5
Litwa	8 294	20,1	22,9	17,4	285,5	449,2	198,9	104,6	1 032,5
Luksemburg	1 056	26,8	28,4	25,1	239,6	284,0	202,4	57,4	992,1
Węgry	32 772	24,9	27,8	22,2	345,9	471,8	267,3	137,3	1 207,2
Malta	917	26,6	29,0	24,2	226,2	286,9	183,5	65,0	892,1
Holandia	44 321	30,3	34,1	26,8	284,0	357,4	234,4	75,1	1 146,4
Austria	20 404	24,9	28,0	22,0	243,4	315,0	195,0	68,1	967,0
Polska	100 676	25,4	27,1	23,6	304,5	429,0	228,8	99,5	1 150,5
Portugalia	26 489	24,4	29,2	19,7	241,6	349,7	166,3	79,3	911,7
Rumunia	51 075	19,7	22,4	16,8	275,3	381,8	197,9	117,5	926,7
Słowenia	6 228	31,5	36,0	27,2	310,5	435,3	233,3	88,0	1 229,0
Słowacja	13 690	25,5	28,0	22,9	320,1	453,3	237,5	100,9	1 225,0
Finlandia	12 161	23,3	25,1	21,5	218,7	284,4	177,6	54,0	898,6
Szwecja	22 405	24,8	26,5	23,1	231,6	277,9	200,8	50,8	977,6
Wielka Brytania	164 411	27,4	30,0	25,0	275,3	336,9	231,7	67,5	1 132,9
Islandia	597	27,7	28,9	26,5	244,2	275,3	224,3	53,1	1 032,7
Liechtenstein	62	25,3	29,3	21,7	191,3	232,6	157,4	52,1	766,0
Norwegia	10 766	26,9	30,3	23,9	245,9	310,0	203,2	55,8	1 030,8

²⁹ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer [27.10.2018]

Kraj	Liczba zgonów	Udział we wszystkich zgonach [%]			Standaryzowany współczynnik umieralności/100 tys.				
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Osoby < 65 r.ż.	Osoby 65+
Szwajcaria	17 297	25,6	29,4	22,1	221,6	289,3	175,4	55,1	909,3
Serbia	21 394	20,7	23,8	17,5	297,2	391,5	226,3	119,9	1 029,2
Turcja	76 581	19,7	23,5	15,1	198,7	295,0	125,6	66,5	744,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat

Jedną piątą zgonów z powodu nowotworów w 2015 r. w 28 krajach UE stanowiły nowotwory płuc (273 tys.) i częściej u mężczyzn niż u kobiet. Standaryzowany współczynnik zgonów w podziale na płeć wynosił: 83,5 zgonów/100 tys. mężczyzn i 31,5 zgonów/ 100 tys. kobiet. Najwyższy standaryzowany współczynnik zgonów odnotowano na Węgrzech (89,4/100 tys. ludności), następnie Polsce (69,6/100 tys.) oraz Danii (68,7/100 tys.). W 2015 r. w krajach UE odnotowano 154 000 zgonów z powodu nowotworu jelita grubego, co stanowiło 11,7% zgonów z powodu wszystkich nowotworów ogółem. Najwyższy standaryzowany współczynnik zgonów odnotowano na Węgrzech (54,1/100 tys.), Chorwacji (50,1/100 tys.) i Słowacji (49,5/100 tys.). Z powodu raka piersi w 2015 r. w UE ogółem zmarło 95,3 tys. kobiet. Najwyższy standaryzowany współczynnik zgonów występował w Chorwacji (43,1/100 tys.), Słowacji (24,1/100 tys.) i na Węgrzech (24,8/100 tys.). W 19 na 28 krajów UE współczynnik zgonów z powodu raka piersi był wyższy niż z powodu raka płuc i największe różnice występowały w takich krajach jak Malta, Litwa, Łotwa i Słowacja³⁰.

GLOBOCAN co roku publikuje oszacowania dotyczące rozpowszechnienia (zapadalności, umieralności) 36 nowotworów w 185 krajach na całym świecie. Wszystkie analizy oparte są o aktualne, wiarygodne dane zbierane przez International Agency for Research on Cancer oraz World Health Organization. Wykres 43 prezentuje szacunkową liczbę zachorowań oraz współczynnik zachorowalności w 2018 r. w podziale na lokalizację nowotworów.

Wykres 43. Szacowana liczba nowych zachorowań na nowotwory w podziale na rodzaj w Europie, ogółem dla obu płci i we wszystkich grupach wiekowych w 2018 r.

ICD	Nowotwór	Liczba zachorowań	Surowy współczynnik zachorowalności	Standaryzowany wg. wieku współczynnik
C00-97	ogółem	22 308 619	266,3	208,9
C50	piersi	2 611 362	62,7	49,9
C33-34	płuco	2 563 915	30,6	23,4
C18-21	jelito grube	2 349 185	28	21,1
C61	prosta	1 725 867	41	33,9
C16	żołądek	1 166 834	13,9	10,7
C22	wątroba	923 546	11	8,7
C67	pęcherz moczowy	746 498	8,9	6,5
C73	tarczyca	645 651	7,7	6,7
C53	szyjka macicy	630 919	15,1	12,7
C15	przełyk	624 998	7,5	5,9
C82-86, C96	chłoniak nieziarniczy	624 708	7,5	6
C25	trzustka	591 477	7,1	5,2

³⁰ Statistics Explained (<http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>) - 17/10/2018

ICD	Nowotwór	Liczba zachorowań	Surowy współczynnik zachorowalności	Standaryzowany wg. wieku współczynnik
C64-65	nerka	539 777	6,4	5,2
C91-95	białaczki	531 813	6,3	5,4
C54	trzon macicy	503 647	12,1	9,5
C43	skóra	431 932	5,2	4,1
C00-06	warga jama ustna	416 749	5,0	4,1
C56	Jajnik	363 185	8,7	7
C70-72	mózgu i ośrodkowego układu nerwowego	361 490	4,3	3,7
C23-24	woreczek żółciowy	253 136	3	2,2
C32	krtań	217 297	2,6	2,1
C88+C90	szpiczak mnogi	208 282	2,5	1,9
C11	nosogardło	134 098	1,6	1,4
C09-10	gardło	120 861	1,4	1,2
C81	chłoniak Hodgkina	99 183	1,2	1,1
C12-13	głowa i szyja	97 585	1,2	0,95
C62	jądro	95 092	2,3	2,1
C07-08	gruczoły ślinowe	62 286	0,74	0,6
C51	srom	60 630	1,5	1
C46	mięsak Kaposiego	44 532	0,53	0,48
C45	międzybłoniak	43 640	0,52	0,38
C60	prącie	40 799	0,97	0,81
C52	pochwa	20 396	0,49	0,37

Źródło: opracowanie na podstawie danych IARC 2018 <https://gco.iarc.fr>

9. CHOROBY ZAWODOWE

Zgodnie z definicją art. 235¹ *Kodeksu pracy* ³¹ „Za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy (...)”. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych³² zawiera wykaz 26 chorób zawodowych:

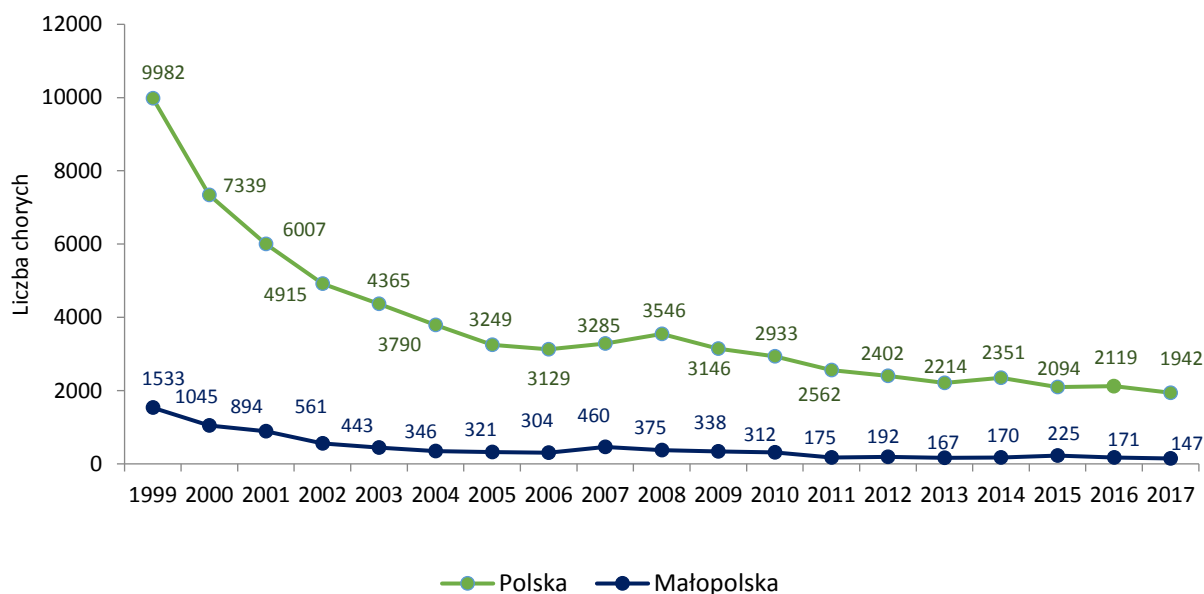
1. Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne wymienione w wykazie.
2. Gorączka metaliczna.
3. Pylice płuc.
4. Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu.
5. Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc.
6. Astma oskrzelowa.
7. Zewnętrzne pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych.
8. Ostre uogólnione reakcje alergiczne.

³¹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 poz. 917)

³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. nr 105, poz. 869)

9. Byssinoza.
10. Beryloza.
11. Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych.
12. Alergiczny nieżyt nosa.
13. Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym.
14. Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym.
15. Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat.
16. Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego.
17. Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi.
18. Choroby skóry wymienione szczegółowo w wykazie.
19. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy.
20. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy.
21. Obustronny trwały ubytek słuchu spowodowany hałasem.
22. Zespół wibracyjny.
23. Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego.
24. Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia.
25. Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi.
26. Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

Wykres 44. Choroby zawodowe w Polsce i Małopolsce w latach 1999–2017



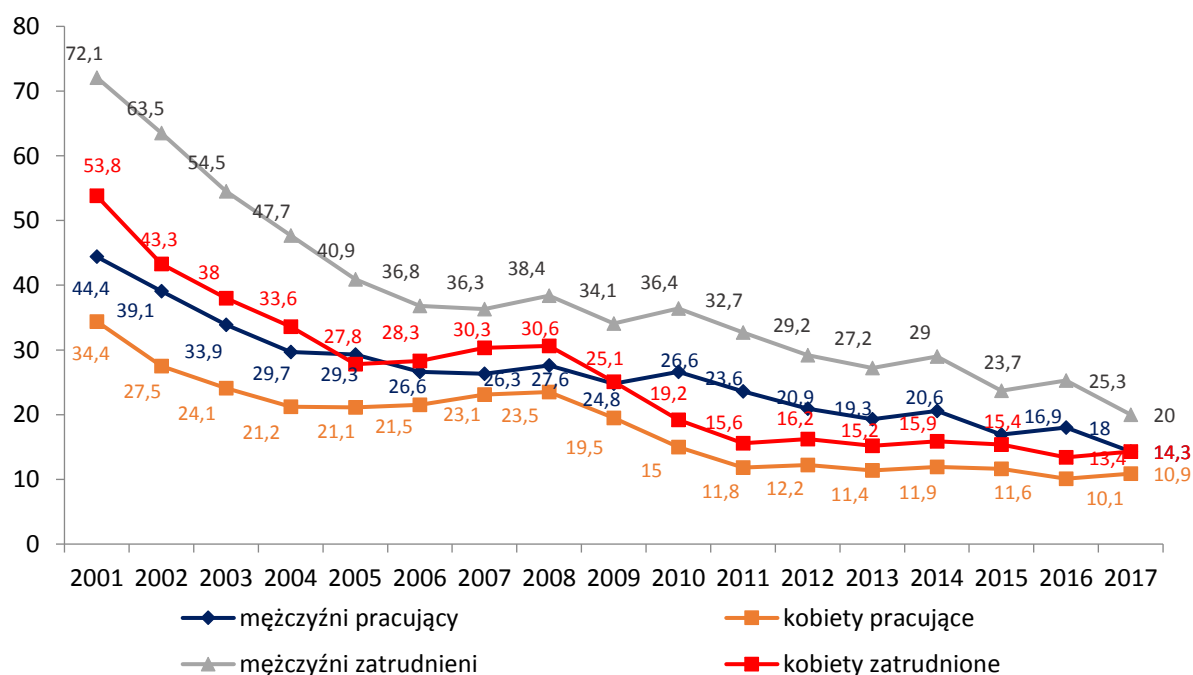
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe w Polsce w 2017 r., Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2018

W Polsce w 2017 r. stwierdzono 1 942 przypadki chorób zawodowych i podobnie jak w latach ubiegłych częściej stwierdzano choroby zawodowe w populacji mężczyzn niż kobiet (59,6% vs 40,4%) (Wykres 44). W statystykach dokonuje się wyróżnienia osób pracujących oraz osób zatrudnionych.

Według przyjętych kryteriów dane dotyczące zatrudnionych odnoszą się do pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy tj. umowy o pracę, mianowania, powołania, pracowników pełnozatrudnionych, sezonowych oraz dorywczych a także niezatrudnionych w głównym miejscu pracy. Natomiast grupa pracujących obejmuje ponadto właścicieli i współwłaścicieli, agentów, osoby pracujące w fundacjach, stowarzyszeniach, osoby wykonujące pracę nakładczą, duchownych. Według powyższego założenia liczba pracujących jest większa niż zatrudnionych.

Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe w 2017 r. wśród pracujących ogółem wynosił 12,7/100 tys. Zapadalność była wyższa u mężczyzn pracujących (14,3/100 tys.) niż u kobiet (10,9/100 tys.) Natomiast analizując zapadalność na choroby zawodowe wśród osób zatrudnionych w 2017 r. wynosiła ogólnie 17,3/100 tys. ludności, w tym 20,0/100 tys. w populacji mężczyzn i 14,3/100 tys. w populacji kobiet. Na przestrzeni analizowanych lata 2001–2017 współczynnik zapadalności na choroby zawodowe był niższy wśród kobiet niż mężczyzn. W latach 2001–2017 zauważalny był spadek zapadalności na choroby zawodowe w całej populacji. Współczynnik w poszczególnych grupach wg. płci zmniejszył się z 34,4/100 tys. do 10,9/100 tys. wśród kobiet pracujących, z 53,8 do 14,3/100 tys. wśród kobiet zatrudnionych, natomiast wśród mężczyzn pracujących z 44,4/100 tys. do 14,3/100 tys. oraz z 72,1/100 tys. do 20,0/100 tys. wśród mężczyzn zatrudnionych (Wykres 45).

Wykres 45. Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe na 100 tys. pracujących i zatrudnionych kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2001–2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, Choroby zawodowe w Polsce w 2017 r., Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2018

W 2017 r. najwyższy poziom współczynnika zapadalności na choroby zawodowe na 100 tys. pracujących zanotowano w województwie podlaskim (29,4/100 tys.), warmińsko-mazurskim (26,1/100 tys.) oraz śląskim (23,0/100 tys.). Najniższa zapadalność na choroby zawodowe wśród pracujących obserwowana była w województwie łódzkim (5,4/100 tys.), podkarpackim (5,5/100 tys.) oraz opolskim (5,8/100 tys.) Natomiast w przypadku przeliczenia liczby nowych zachorowań na choroby zawodowe na 100 tys. zatrudnionych współczynniki w poszczególnych województwach

prezentują się nieco odmiennie, gdzie najwyższe współczynniki odnotowano w woj. podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim a najniższe w województwie łódzkim, opolskim i mazowieckim (Tabela 29).

Tabela 29. Zapadalność na choroby zawodowe na 100 tys. według województw w 2017 r.

Wyszczególnienie	Współczynnik zapadalności na 100 tys. pracujących	Współczynnik zapadalności na 100 tys. zatrudnionych
Polska	12,7	17,3
Dolnośląskie	19,2	24,0
Kujawsko-pomorskie	14,2	19,5
Lubelskie	12,1	22,9
Lubuskie	21,8	28,6
Łódzkie	5,4	7,8
Małopolskie	11,0	16,2
Mazowieckie	7,0	8,8
Opolskie	5,8	8,1
Podkarpackie	5,5	9,5
Podlaskie	29,4	50,5
Pomorskie	11,7	15,0
Śląskie	23,0	28,4
Świętokrzyskie	21,6	38,5
Warmińsko-mazurskie	26,1	36,0
Wielkopolskie	8,5	11,3
Zachodniopomorskie	18,1	23,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2017 r.*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2018

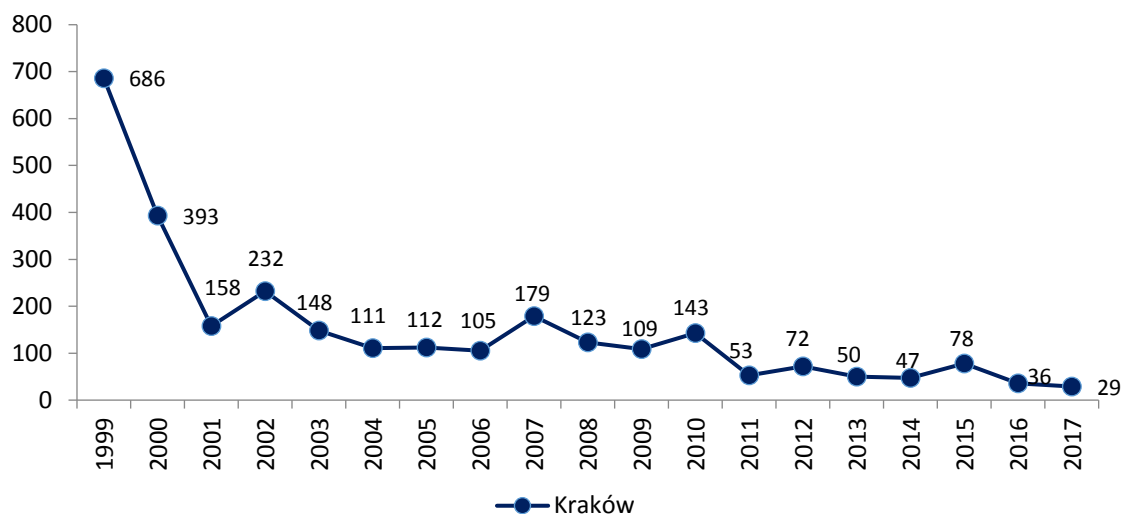
Tabela 30. Liczba chorób zawodowych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2015–2017

Wyszczególnienie	Rok		
	2015	2016	2017
Kraków	78	36	29
Małopolska	225	171	147
Polska	2 094	2 119	1 942

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, N. Szeszenia-Dąbrowska, *Choroby zawodowe w Polsce w 2017 r.*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2018, Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2017 r. oraz dane Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

Na podstawie danych Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Polsce w 2017 r. liczba stwierdzonych chorób zawodowych wynosiła 1 942 i na przestrzeni lat 2015–2017 ulega spadkowi, podobną tendencję obserwuje się również w województwie małopolskim (147 przypadków w 2017 r., 171 w 2016 r., 225 w 2015 r.). W samym Krakowie stwierdzono w 2017 r. 29 przypadki chorób zawodowych, w 2016 r. – 3, a w 2015 r. odnotowano 78 przypadków. (Tabela 30). Choć na przestrzeni lat 2011–2017 obserwowane są niewielkie wahania to w dłuższym horyzoncie czasowym tj. od 1999 r. odnotowuje się 15,5-krotny spadek stwierdzonych chorób zawodowych (Wykres 46).

Wykres 46. Liczba zachorowań na choroby zawodowe w Krakowie w latach 1999–2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan sanitarny województwa małopolskiego w 2016 i 2017 r.

Tabela 31. Liczba przypadków chorób zawodowych w Krakowie w latach 2016–2017

Choroby zawodowe	2016	2017
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1	0
Pylice płuc	2	1
Astma oskrzelowa	0	1
Alergiczny nieżyt nosa	0	2
Przewlekłe choroby narządu głosu	2	5
Nowotwory złośliwe	7	6
Choroby skóry	6	3
Przewlekłe choroby układu ruchu	3	1
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	8	5
Ubytek słuchu	4	3
Choroby układu wzrokowego	0	1
Choroby zakaźne	3	1
Ogółem	36	29

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

W 2016–2017 r. w Krakowie najwięcej przypadków zachorowań z powodu chorób zawodowych odnotowano z powodu przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy (22% w 2016 r. i 17% w 2017 r.), nowotworów złośliwych powstałych w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy (19% w 2016 r. i 21% w 2017 r.), chorób skóry (17% w 2016 r. i 10% w 2017 r.) W 2017 r. odnotowano również wysoki odsetek przewlekłych chorób narządu głosu spowodowanych nadmiernym wysiłkiem głosowym (17%). Na przestrzeni lat 2005–2017 można zauważyć, że w Krakowie najczęściej stwierdza się 13 spośród 26 chorób wymienionych w ustawie o chorobach zawodowych.(Tabela 31, Tabela 33).

Tabela 32. Choroby zawodowe (udział procentowy) w Krakowie w latach 2005–2017

Stan chorobowy	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	2%	1%	2%	6%	4%	19%	6%	21%	11%	0%	23%	8%	3%
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	12%	5%	11%	12%	8%	18%	19%	17%	16%	6%	6%	22%	17%
Choroby zakaźne	8%	7%	7%	7%	9%	7%	13%	14%	12%	9%	6%	8%	3%
Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym	34%	31%	45%	33%	33%	11%	13%	14%	25%	15%	21%	6%	17%
Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze dla ludzi	20%	27%	14%	17%	10%	14%	28%	10%	12%	17%	17%	19%	21%
Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem	6%	7%	7%	7%	17%	11%	4%	10%	14%	13%	6%	11%	10%
Astma oskrzelowa	3%	7%	1%	3%	4%	3%	2%	3%	0%	4%	6%	0%	3%
Alergiczny nieżyt nosa	2%	3%	5%	3%	5%	5%	2%	3%	4%	4%	2%	0%	7%
Choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu	1%	1%	0%	1%	2%	1%	0%	3%	2%	6%	2%	3%	0%
Zespół wibracyjny	3%	3%	3%	6%	3%	1%	2%	1%	2%	0%	2%	0%	0%
Pylce płuc	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	3%
Choroby skóry	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	17%	10%
Choroby układu wzrokowego	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raport o stanie zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017 r. oraz dane Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

Badania WHO wskazują, że nieprawidłowe warunki pracy przyczyniają się do co najmniej 1,6% obciążenia chorobami w Europejskim Regionie WHO. Statystyki pokazują, że do chorób zawodowych przyczynia się pięć największych ryzyk w miejscu pracy:

- urazy (40% ciężaru zawodowego choroby);
- hałas (22%);
- czynniki rakotwórcze (18%);
- unoszące się w powietrzu cząstki stałe (17%);
- zagrożenia ergonomiczne (3%)³³.

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy (*International Labour Organization*; ILO) w 28 krajach UE główną przyczyną zgonów z powodu wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych są nowotwory (52%), następnie choroby układu krążenia (24%) oraz wypadki przy pracy (2%)³⁴.

³³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/occupational-health/data-and-statistics> [9.10.2018]

³⁴ Elster D, Takala J, Remes J. An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses. EU-OSHA 2017

10. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie realizuje zadania określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn.zm.) oraz w wydanych do niej aktach wykonawczych. Jednym z głównych zadań Powiatowego Zespołu jest wydawanie:

- a) orzeczeń o niepełnosprawności,
- b) orzeczeń o stopniu niepełnosprawności,
- c) orzeczeń o wskazaniach do ulg i uprawnień.

Na wydawanych orzeczeniach stosuje się symbole przyczyn niepełnosprawności, które są istotne ze względu na możliwości uzyskiwania ulg i uprawnień:

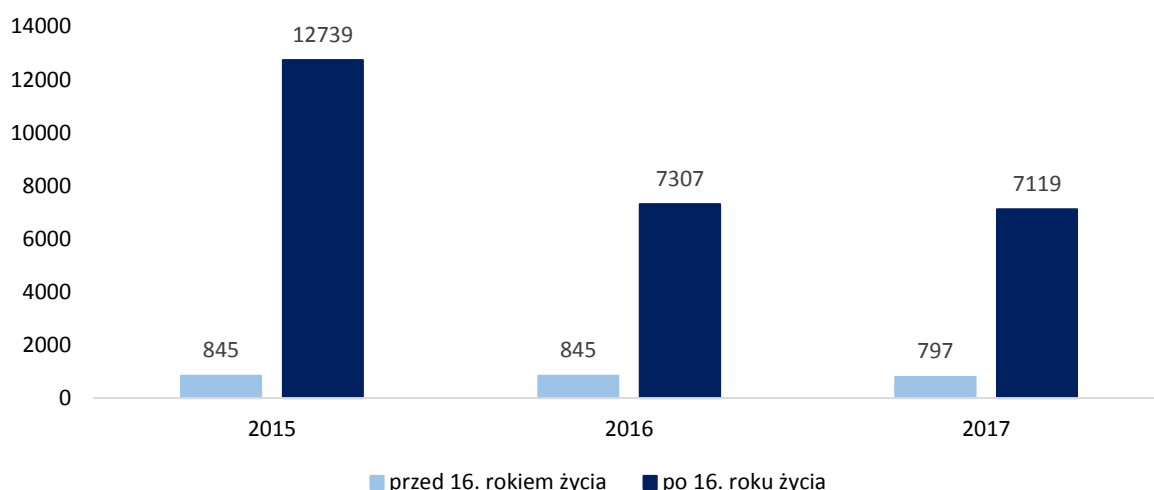
- a) 01-U - upośledzenie umysłowe,
- b) 02-P - choroby psychiczne,
- c) 03-L - zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu,
- d) 04-O - choroby narządu wzroku,
- e) 05-R - upośledzenie narządu ruchu,
- f) 06-E - epilepsja,
- g) 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia,
- h) 08-T - choroby układu pokarmowego,
- i) 09-M - choroby układu moczowo-płciowego,
- j) 10-N - choroby neurologiczne,
- k) 11-I - inne (w tym: schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego),
- l) 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe.

Symbol przyczyny niepełnosprawności odzwierciedla uszkodzenie lub chorobę, która skutkuje zaburzeniem funkcji organizmu oraz ograniczeniem w wykonywaniu czynności życiowych i aktywności społecznej danej osoby.

W 2017 r. w Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie zatrudnionych było ogółem 72 osoby, w tym m. in. 22 lekarzy, 10 psychologów, 13 pracowników socjalnych³⁵. Na przestrzeni lat 2015–2017 liczba wydanych orzeczeń uległa spadkowi w 2017 r. wydano łącznie dla osób poniżej i powyżej 16. roku życia 7 119 orzeczeń, o 118 mniej orzeczeń niż w 2016 r. i blisko o połowę mniej niż w 2015 r. Zdecydowaną większość orzeczeń stanowią orzeczenia o niepełnosprawności wydawane osobom powyżej 16. roku życia (Wykres 47).

³⁵ Sprawozdania z działalności Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z 2017 r.

Wykres 47. Liczba orzeczeń o niepełnosprawności wydanych w Krakowie w latach 2015–2017

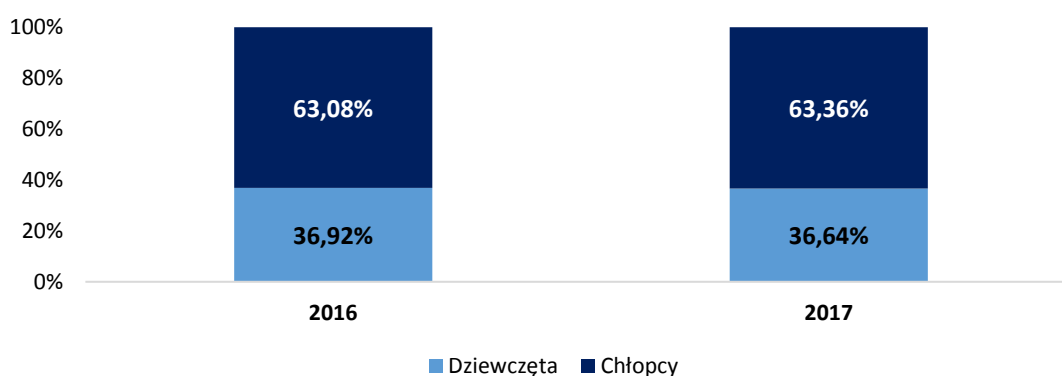


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

10.1. Osoby poniżej 16. roku życia

Zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku osób poniżej 16. roku wydaje się orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (bez określania stopni niepełnosprawności). Z analiz przeprowadzonych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności wynika, że 2016 r. w Krakowie wydano 845 orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 r. ż., z czego 312 (36,9 %) to orzeczenia w grupie dziewcząt oraz 533 (63,1%) w grupie chłopców. W 2017 r. wydano o 48 orzeczeń więcej tj. 797, spośród których 292 (26,6%) orzeczenia dotyczyły dziewcząt a 505 (63,4%) chłopców.

Wykres 48. Odsetek wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku poniżej 16. roku życia w Krakowie w podziale na płeć w latach 2016–2017



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

Analiza wydanych orzeczeń w 2016 r. wykazała, że grupą schorzeń, która najczęściej była powodem stwierdzenia niepełnosprawności były schorzenia z kategorii 11-I – inne, w ramach których zawierają się m. in. schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego. W tej grupie wydano 178 orzeczeń,

które stanowiły 21% spośród wszystkich decyzji. Kolejne liczne kategorie dotyczyły 12-C – całościowych zaburzeń rozwojowych – w 162 (19,2%) wydanych orzeczeń oraz 10-N – chorób neurologicznych – 125 (14,8%) wydanych orzeczeń.

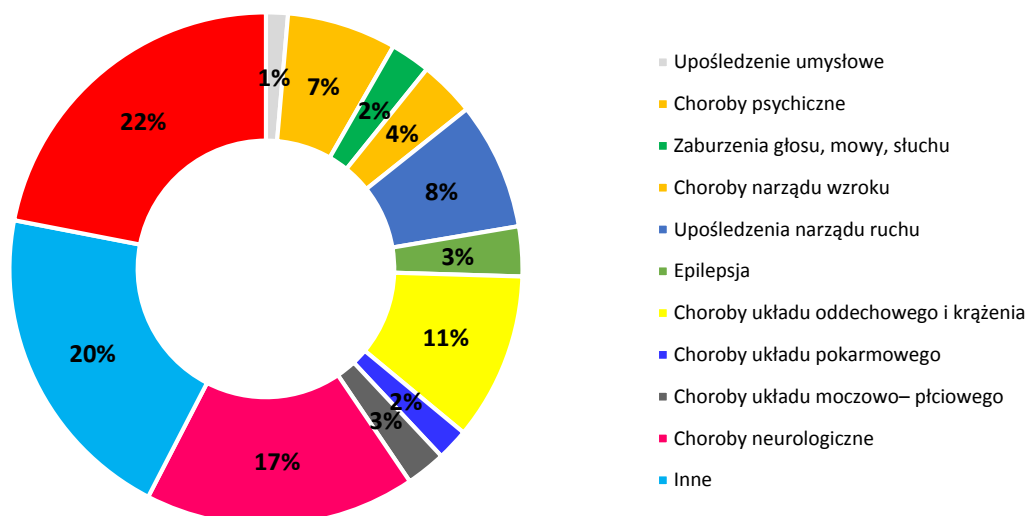
Natomiast w 2017 r. wydane orzeczenia najczęściej dotyczyły 12-C – całościowych zaburzeń rozwojowych w liczbie 175 (21,96%), 11-I – innych przyczyn – 163 (20,45%), oraz 10-N – chorób neurologicznych – 136 (17,06%) (Tabela 33, Wykres 49).

Tabela 33. Liczba osób poniżej 16. roku życia w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w latach 2016–2017

Przyczyna niepełnosprawności	Liczba orzeczeń	
	2016	2017
Upośledzenie umysłowe	17	11
Choroby psychiczne	53	55
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	26	20
Choroby narządu wzroku	25	28
Upośledzenia narządu ruchu	89	64
Epilepsja	26	25
Choroby układu oddechowego i krążenia	94	84
Choroby układu pokarmowego	21	16
Choroby układu moczowo–płciowego	29	20
Choroby neurologiczne	125	136
Inne	178	163
Całościowe zaburzenia rozwojowe	162	175
Ogółem	845	797

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

Wykres 49. Odsetek osób poniżej 16. r. ż. w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w 2017 r.



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

Najwięcej orzeczeń o niepełnosprawności wydano w grupie wiekowej 8–16 lat (w 2016 r. – 41,5%; w 2017 r. – 34,6%), następnie 4–7 lat (w 2016 r. – 28,6%; w 2017 r. – 30,4%) a najmniej w grupie wiekowej 0–3 lat (w 2016 r. – 29,8%; w 2017 r. – 34,4%) (Tabela 34). W 2016 r. w grupie 0–3 najczęstszą przyczyną orzekania o niepełnosprawności były:

- a) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (24,6%),
- b) choroby neurologiczne (13,9%),
- c) upośledzenia narządu słuchu (13,5%),
- d) choroby układu oddechowego i krążenia (13,1%).

Natomiast w 2017 r. w najmłodszej grupie wiekowej do lat 3 najczęściej orzekano o niepełnosprawności z powodu:

- a) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (25,9%),
- b) całościowe zaburzenia rozwojowe (16,1%),
- c) upośledzenia narządu słuchu (15,7%),
- d) choroby układu oddechowego i krążenia (12,8%).

W przedziale wiekowym 4–7 lat w 2016 r. najczęściej orzekano o niepełnosprawności z powodu:

- a) całościowe zaburzenia rozwojowe (24,0%),
- b) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (19,8%),
- c) choroby neurologiczne (19,4%).

Natomiast w 2017 r. w przedziale wiekowym 4–7 lat najczęściej orzekano o niepełnosprawności z powodu:

- a) całościowe zaburzenia rozwojowe (26,3%),
- b) choroby neurologiczne (24,3%),
- c) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (16,2%).

W 2016 r. w najstarszej grupie wiekowej tj. 8–16 lat niepełnosprawność orzekana była z powodu:

- a) całościowych zaburzeń rozwoju (21,4%),
- b) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (19,4%).

Natomiast w 2017 r. w przedziale wiekowym 8–16 lat niepełnosprawność orzekana była z powodu:

- a) całościowe zaburzenia rozwojowe (23,9%),
- b) choroby z kategorii inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (18,8%),
- c) choroby neurologiczne (15,6%).

Tabela 34. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16. r.ż. w Krakowie w podziale na wiek i przyczynę niepełnosprawności w latach 2016-2017

Przyczyna niepełnosprawności	2016			2017		
	0 – 3	4 – 7	8 – 16	0 – 3	4 – 7	8 – 16
Upośledzenie umysłowe	0	10	7	0	4	7
Choroby psychiczne	3	10	40	3	11	41
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	11	8	7	14	2	4
Choroby narządu wzroku	9	5	11	8	11	9
Upośledzenia narządu ruchu	34	13	42	43	10	11
Epilepsja	8	6	12	5	13	7
Choroby układu oddechowego i krążenia	33	29	32	35	26	23
Choroby układu pokarmowego	16	2	3	6	1	9
Choroby układu moczowo	12	6	11	12	4	4
Choroby neurologiczne	35	47	43	33	60	43
Inne	62	48	68	71	40	52
Całościowe zaburzenia rozwojowe	29	58	75	44	65	66
Ogółem	252	242	351	274	247	276

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

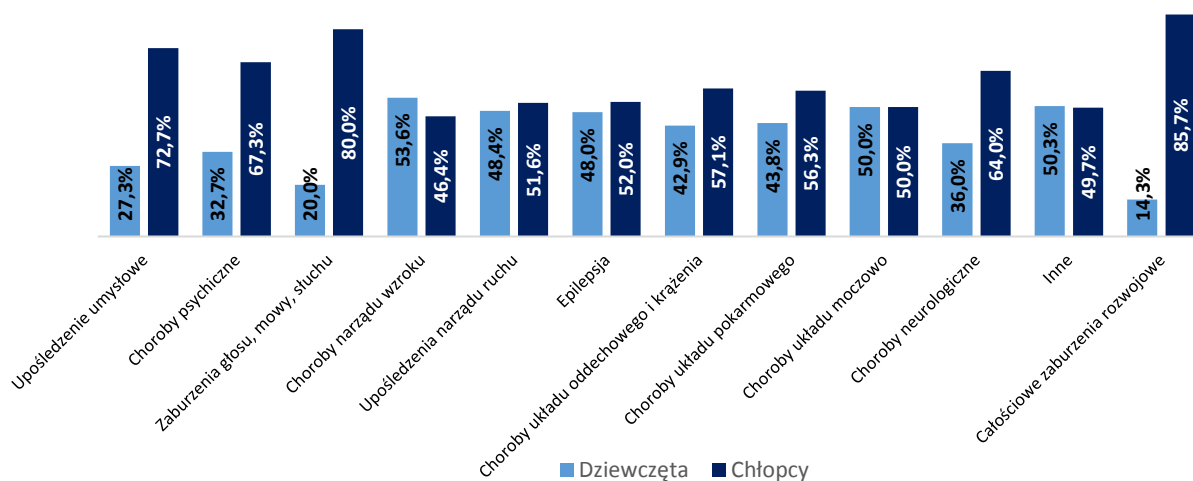
W latach 2016–2017 w grupie osób poniżej 16 r.ż. niepełnosprawność dotyczyła częściej chłopców niż dziewczęta. Największe różnice występowały w kategorii całościowe zaburzenia rozwojowe (chłopcy 85,7%, dziewczęta 14,3%). W większości przyczyn niepełnosprawności częściej wydawano orzeczenia w grupie chłopców niż dziewcząt, jedynie w przypadku chorób narządu wzroku wydano więcej orzeczeń wśród dziewcząt (Tabela 35, Wykres 50).

Tabela 35. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16. r.ż. w Krakowie w podziale na płeć i przyczynę niepełnosprawności w latach 2016–2017

Przyczyna niepełnosprawności	Dziewczęta		Chłopcy	
	2016	2017	2016	2017
Upośledzenie umysłowe	5	3	12	8
Choroby psychiczne	17	18	36	37
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	5	4	21	16
Choroby narządu wzroku	13	15	12	13
Upośledzenia narządu ruchu	45	31	44	33
Epilepsja	13	12	13	13
Choroby układu oddechowego i krążenia	38	36	56	48
Choroby układu pokarmowego	7	7	14	9
Choroby układu moczowo	11	10	18	10
Choroby neurologiczne	43	49	82	87
Inne	81	82	97	81
Całościowe zaburzenia rozwojowe	34	25	128	150
Ogółem	312	292	533	505

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

Wykres 50. Przyczyny niepełnosprawności osób poniżej 16. r.ż. w podziale na płeć w Krakowie w 2017 r.



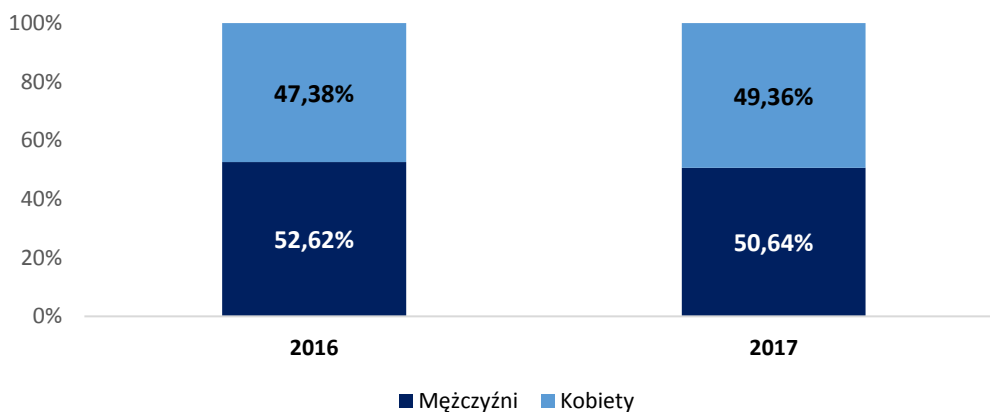
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

W 2017 r. Powiatowy Zespół Ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie wydał dla osób przed 16. roku życia 880 orzeczeń (w 2016 r. – 914) , w tym 9 orzeczeń o odmowie ustalenia niepełnosprawności (w 2016 r. – 8), 74 orzeczeń o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w 2016 r. – 61) oraz 797 orzeczeń o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w 2016 r. – 845).

10.2. Osoby powyżej 16. roku życia

Powiatowy Zespół Ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie wydał ogółem w 2016 r. 7 307 i w 2017 r. 7 119 orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku powyżej 16. roku życia. Odsetek wydanych orzeczeń o niepełnosprawności kobiet i mężczyzn kształtował się w latach 2016–2017 na podobnym poziomie (w 2016 r. – 52,62% mężczyźni, 47,38% kobiety, w 2017 r. – 50,64% mężczyźni, 49,36% kobiety) (Wykres 51).

Wykres 51. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku poniżej 16. roku życia w Krakowie w podziale na płeć w latach 2016–2017



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

Tabela 36. Liczba osób powyżej 16. roku życia w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w latach 2016–2017

Przyczyna niepełnosprawności	Liczba orzeczeń	
	2016	2017
Upośledzenie umysłowe	54	49
Choroby psychiczne	1 244	1 381
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	76	99
Choroby narządu wzroku	155	149
Upośledzenia narządu ruchu	2 576	2 391
Epilepsja	133	107
Choroby układu oddechowego i krążenia	1 109	1 153
Choroby układu pokarmowego	278	262
Choroby układu moczowo–płciowego	467	406
Choroby neurologiczne	900	792
Inne	286	286
Całościowe zaburzenia rozwojowe	29	44
Ogółem	7 307	7 119

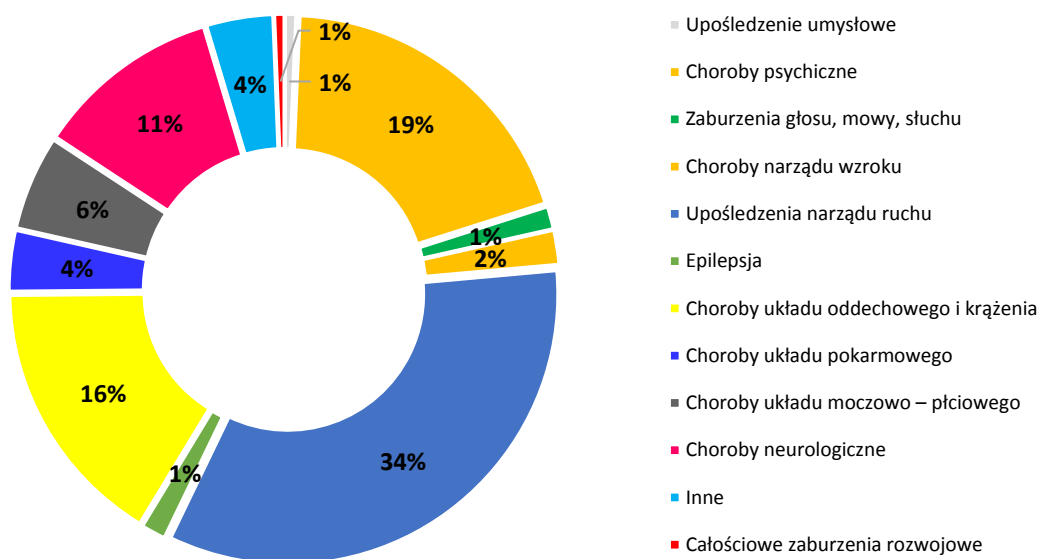
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Analizując przyczyny wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w latach 2016–2017 największą liczbę orzeczeń wydano z następujących przyczyn (Tabela 36):

- upośledzenia narządu ruchu (w 2016 r. – 2 576; w 2017 r. – 2 391),
- chorób psychicznych (w 2016 r. – 1 244; w 2017 r. – 1 381),
- chorób układów oddechowego i krążenia (w 2016 r. – 1 109; w 2017 r. – 1 153),
- chorób neurologicznych (w 2016 r. – 900; w 2017 r. – 792).

Wykres 52 przedstawia odsetek poszczególnych przyczyn wydawania orzeczeń w 2017 r.

Wykres 52. Odsetek osób powyżej 16. r. ż. w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w 2017 r.



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

Tabela 37. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności (osoby powyżej 16. roku życia) w Krakowie w podziale na grupy wiekowe w latach 2016–2017

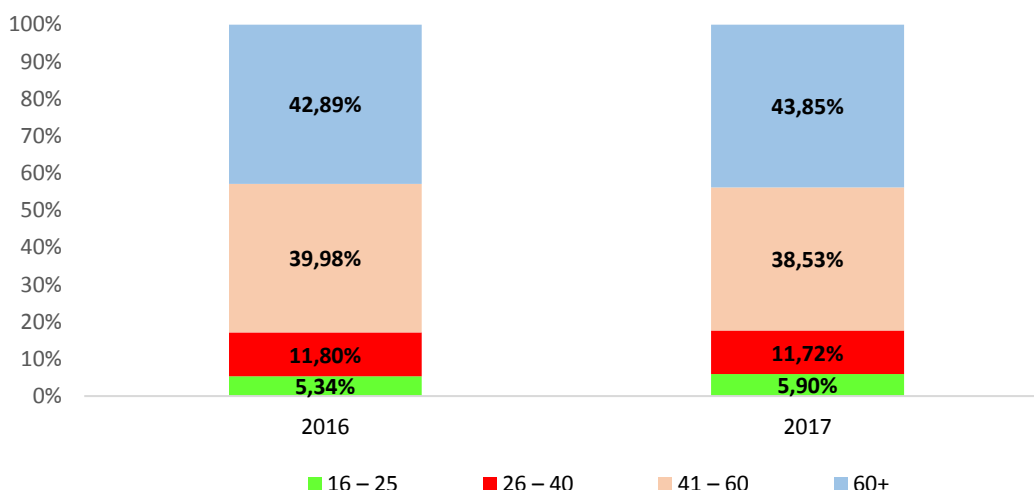
Przyczyny niepełnosprawności	2016				2017			
	16 – 25	26 – 40	41 – 60	60+	16 – 25	26 – 40	41 – 60	60+
Upośledzenie umysłowe	41	5	7	1	31	3	9	6
Choroby psychiczne	90	351	560	243	110	369	611	291
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	9	6	32	29	9	10	33	47
Choroby narządu wzroku	14	18	46	77	17	17	49	66
Upośledzenia narządu ruchu	57	150	1041	1328	60	164	933	1234
Epilepsja	16	30	71	16	14	29	53	11
Choroby układu oddechowego i krążenia	18	57	411	623	22	39	383	709
Choroby układu pokarmowego	11	35	119	113	11	28	113	110
Choroby układu moczowo – pęciowego	13	45	196	213	4	30	177	195
Choroby neurologiczne	49	115	318	418	59	80	273	380
Inne	44	49	120	73	46	56	100	64
Całościowe zaburzenia rozwojowe	28	1	0	0	36	7	1	0
Ogółem	390	862	2 921	3 134	419	832	2 735	3 113

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

W najmłodszej grupie wiekowej 16–25 lat najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były choroby psychiczne (w 2016 r. – 90 orzeczeń, w 2017 r. – 110), następnie upośledzenie narządu ruchu (w 2016 r. – 57 orzeczeń, w 2017 r. – 60) i choroby neurologiczne (w 2016 r. – 49 orzeczeń, w 2017 r. – 59). W grupie wiekowej 16–25 lat również powyższe trzy przyczyny były najczęstsze w orzekaniu niepełnosprawności. W grupie wiekowej 41–60 lat największą liczbę orzeczeń wydano z powodu upośledzenia narządu ruchu (w 2016 r. – 1041 orzeczeń, w 2017 r. – 933), choroby psychicznej (w 2016 r. – 560 orzeczeń, w 2017 r. – 611) oraz choroby układu oddechowego i krążenia (w 2016 r. – 411 orzeczeń, w 2017 r. – 383). Natomiast w najstarszej grupie wiekowej powyżej 60. roku życia dominującą przyczyną orzeczeń o niepełnosprawności było: upośledzenie narządu ruchu (w 2016 r. – 1328 orzeczeń, w 2017 r. – 1234), choroby układu oddechowego i krążenia (w 2016 r. – 623 orzeczeń, w 2017 r. – 709) oraz choroby neurologiczne (w 2016 r. – 418 orzeczeń, w 2017 r. – 380) (Tabela 37).

W latach 2016–2017 wydano najwięcej orzeczeń o niepełnosprawności w grupie powyżej 16. roku życia w najstarszej grupie wiekowej tj. powyżej 60. roku życia (w 2016 r. – 3134 (42,89%); w 2017 r. – 3113 (42,85%), następnie w grupie wiekowej 41–60 lat (w 2016 r. – 2921 (39,98%); w 2017 r. – 2735 (38,53%)) (Wykres 53).

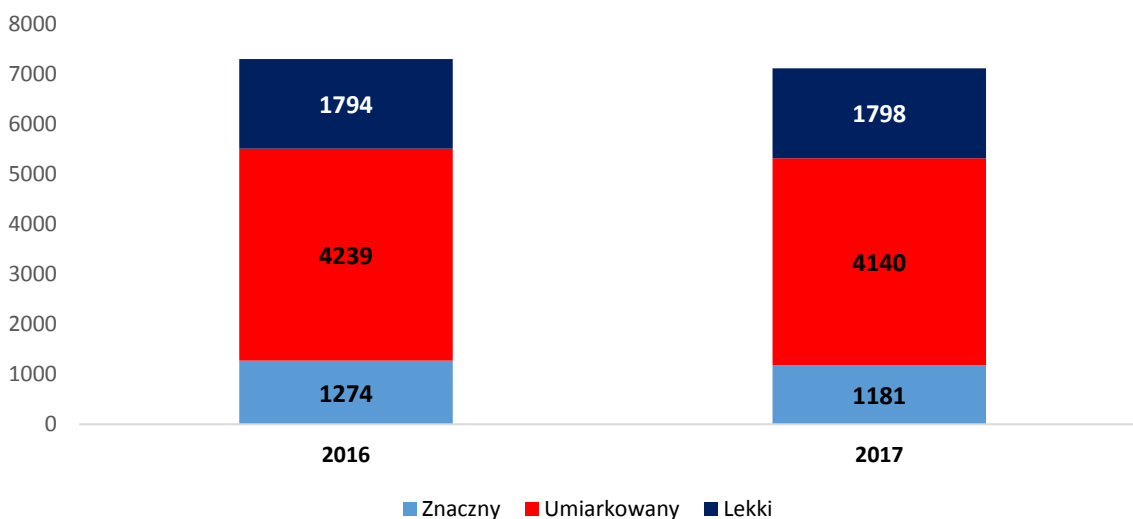
Wykres 53. Odsetek wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg wieku w Krakowie w latach 2016–2017



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

Analizując dane dotyczące orzeczeń pod względem stopnia stwierdzonej niepełnosprawności, zarówno w 2016 r. jak i w 2017 r. najczęściej orzeczeń wydano o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w 2016 r. – 4239 (58,01%); w 2017 r. – 4140 (58,15%) orzeczeń). Na drugim miejscu znajdują się orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności (w 2016 r. – 1794 (24,55%); w 2017 r. – 1798 (25,26%) orzeczeń), a najmniej orzeczeń wydano o znacznym stopniu niepełnosprawności (w 2016 r. – 1274 (17,44%); w 2017 r. – 1181 (16,59%) orzeczeń) (Wykres 54).

Wykres 54. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności w Krakowie dla osób w wieku powyżej 16. r.ż. w latach 2016–2017 w podziale na stopień niepełnosprawności

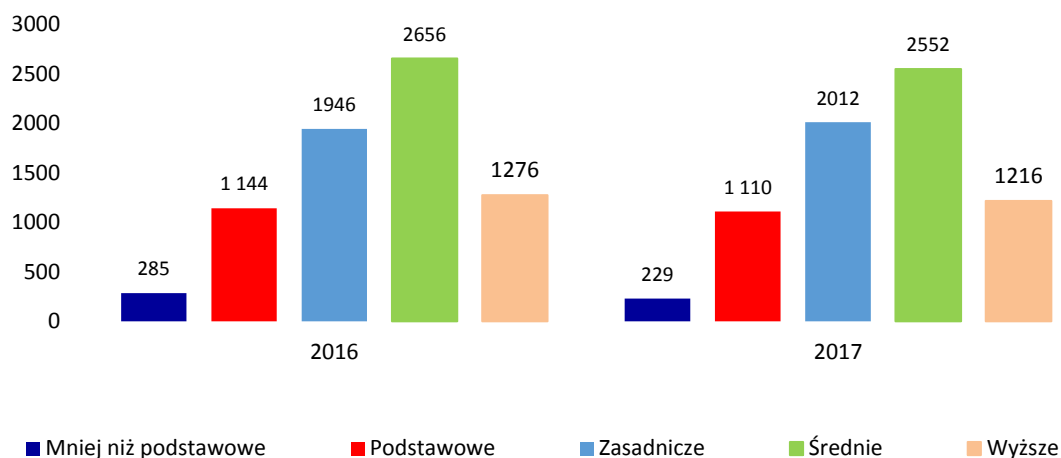


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Analizując poziom wykształcenia osób, którym wydano orzeczenia o niepełnosprawności, najczęściej orzeczeń o niepełnosprawności zostało wydanych w Krakowie w latach 2016–2017 dla osób z wykształceniem średnim (w 2016 r. – 2 656; w 2017 r. – 2 552) oraz z wykształceniem zasadniczym (w 2016 r. – 1 946; w 2017 r. – 2 012). Natomiast najmniej dla osób z wykształceniem niższym niż

podstawowe (w 2016 r. – 285; w 2017 r. – 229), lecz wynika to z faktu, iż jest to najmniej liczna grupa osób w populacji (Wykres 55).

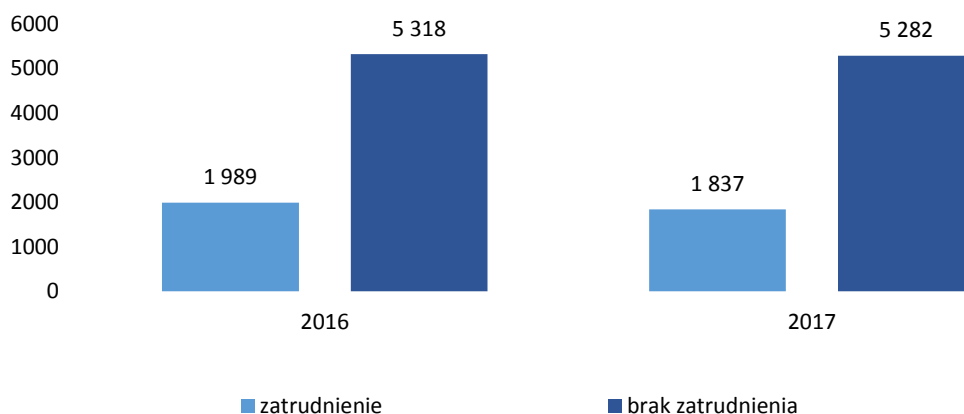
Wykres 55. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16 r. ż. ze względu na wykształcenie w Krakowie w latach 2016–2017



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

W latach 2015–2016 wśród osób niepełnosprawnych w Krakowie utrzymywał się podobny poziom zatrudnienia. W 2016 r. 71,8% osób z orzeczeniem o niepełnosprawności pozostawało bezrobotnych, w 2017 r. odsetek ten był wyższy i wynosił 74,2%. Natomiast status osoby zatrudnionej deklarowało odpowiednio 27,2% i 25,8%. (Wykres 56).

Wykres 56. Zatrudnienie osób (powyżej 16. roku życia) niepełnosprawnych w Krakowie w latach 2016–2017



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

W 2017 r. Powiatowy Zespół Ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie wydał dla osób po 16. życia 1 766 orzeczeń (w 2016 r. – 7 777), w tym 1 655 z określeniem stopnia niepełnosprawności (w 2016 r. – 7 311), 42 orzeczeń o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych (w 2016 r. – 141) oraz 69 orzeczeń o odmowie ustalenia stopnia niepełnosprawności (w 2016 r. – 325).

11. WSKAŹNIKI ZUS DOTYCZĄCE GMINY MIEJSKIEJ KRAKÓW (ABSENCJA CHOROBY, RENTY I WYDATKI ZUS)

11.1. Absencja chorobowa

Choroba własna lub członka rodziny, niepełnosprawność lub hospitalizacja, mogą skutkować czasową lub stałą niezdolnością do pracy. Z tego tytułu Zakład Ubezpieczeń Społecznych ponosi wydatki na świadczenia przyznawane tym osobom. Czasowa niezdolność do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny zwana jest absencją chorobową. Czasową niezdolność do pracy regulują następujące akty prawne:

- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. 2015 r. poz. 2013);
- ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2016 r. poz. 372 z późn. zm.);
- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 poz. 917)

Z danych przedstawionych przez Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych w 2017 r. wynika, że w Krakowie w Rejestrze Zaświadczeń Lekarskich KSI ZUS zarejestrowano 406,3 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wystawionych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS na łączną liczbę 4 553,8 tys. dni i zarówno liczba zaświadczeń lekarskich jak i dni absencji była wyższa niż w 2016 r. (398,6 tys. zaświadczeń lekarskich i 4 449,7 dni absencji chorobowej). Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2017 r. wynosiła 138,6 dni a przeciętna długość absencji chorobowej przypadająca na jedną osobę w roku 32,86 dni. Wskaźnik przeciętnej długości zaświadczenia lekarskiego był dłuższy w 2017 r. w porównaniu z 2016 r. (135,1 dni w 2016 r.) natomiast przeciętna długość absencji chorobowej w roku była nieco niższa w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (32,93 dni w 2016 r.) (Tabela 38, Tabela 39).

Tabela 38. Absencja chorobowa (A00-Z99) w Krakowie w latach 2016–2017

Płeć	Liczba dni absencji chorobowej w tys.		Liczba osób w tys.		Przeciętna długość absencji chorobowej w roku (w dniach)	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Mężczyźni	1 664,1	1 719,1	57,4	59,1	28,99	29,07
Kobiety	2 785,6	2 834,7	77,7	79,4	35,83	35,68
Ogółem	4 449,7	4 553,8	135,1	138,6	32,93	32,86

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Tabela 39. Zaświadczenia lekarskie zarejestrowane przez ZUS w Krakowie w latach 2016–2017

Płeć	Liczba zaświadczeń lekarskich w tys.		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego (w dniach)	
	2016	2017	2016	2017
Mężczyźni	158,2	162,4	57,4	59,1
Kobiety	240,4	243,9	77,7	79,4
Ogółem	398,6	406,3	135,1	138,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

11.2. Emerytury i renty

Według danych Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych na grudzień 2017 r. w Krakowie 171,2 tys. osób pobierało emerytury i renty, z czego emerytury pobierały 129,3 tys. osoby i 17 tys. osób renty z tytułu niezdolności do pracy, a renty rodzinne do których uprawniona jest co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie pobierały 24,9 tys. osób. Jak pokazują dane najwyższy odsetek świadczeniobiorców, tj. 75,5% stanowiły osoby pobierające emeryturę.

Natomiast liczba osób, którym w 2017 r. w Krakowie przyznano emerytury i renty wyniosła ogółem 9,7 tys. osób w tym 8,6 tys. osób otrzymało emerytury, 600 osób renty z tytułu niezdolności do pracy, a 500 osób rentę rodzinną, do których uprawniona jest, co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie.

Przeciętna wysokość świadczenia emerytalno-rentowego, z dodatkami pielęgnacyjnymi dla sierot zupełnych, emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinnej wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie w 2017 r. była wyższa niż w latach poprzednich tj. 2015-2016 (Tabela 40).

Tabela 40. Przeciętna wysokość świadczeń wypłacanych przez ZUS w Krakowie w latach 2015–2017

Rodzaj świadczenia	2015	2016	2017
emerytury i renty ogółem	2 145,82 zł	2 178,86 zł	2 233,41 zł
emerytura	2 208,25 zł	2 241,12 zł	2 285,60 zł
renty z tytułu niezdolności do pracy	1 934,80 zł	1 962,73 zł	2 048,77 zł
renty rodzinnej, do których uprawniona jest, co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie	2 015,56 zł	2 044,02 zł	2 088,95 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wśród mieszkańców Krakowa przyznał w 2016 r. emerytury 37% mężczyznom (1,7 tys.), a 63% kobietom (2,9 tys.), w 2017 r. 35% mężczyznom i 65% kobietom. Emerytury w 2016 i 2017 r. najczęściej przyznawano w grupach wiekowych 60–64 w grupie kobiet oraz 65–69 lat w grupie i mężczyzn. W 2016 i 2017 r. nie przyznano emerytury w grupie wiekowej 70 lat i więcej (Tabela 41).

Tabela 41. Osoby zamieszkałe w mieście na prawach powiatu Kraków, którym przyznano emerytury¹ wypłacane przez ZUS wg wieku² i płci w latach 2016–2017

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w tys.					
	2016			2017		
59 i mniej	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
60 - 64	3,1	0,3	2,8	5,7	0,2	5,4
65 - 69	1,4	1,4	0,0	2,9	2,8	0,1
70 i więcej	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ogółem	4,6	1,7	2,9	8,6	3,1	5,6

Ze względu na zaokrąglenia danych ZUS, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości "ogółem".

¹Bez świadczeń realizowanych na mocy umów międzynarodowych bez emerytur pomostowych.

²Wiek w momencie przyznania

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

W 2016 r. ZUS wypłacił renty z powodu niezdolności do pracy ogółem 19,4 tys. osobom, w tym 11,4 tys. mężczyznom oraz 8 tys. kobietom. Z analizy struktur rent wynika, że w 2016 r. 63,9% rent przyznanych przez ZUS w Krakowie stanowiły renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, 25,7% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy a 10,3% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. W 2017 r. liczba przyznanych rent przez ZUS spadła do 17,1 tys. ogółem, w tym 10 tys. mężczyznom i 7,1 tys. kobietom. Analogicznie jak w latach poprzednich najwięcej rent przyznano z tytułu częściowej niezdolności do pracy (63,5%), następnie renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (25,9%) a najmniejszą część stanowiły renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (10,6%) (Tabela 42, Wykres 57). Z analizy struktury rent pod względem płci odnotowuje się wyższy odsetek mężczyzn niż kobiet pobierających renty.

Tabela 42. Rodzaj rent przyznawanych przez ZUS w podziale na płeć w Krakowie w latach 2015–2017

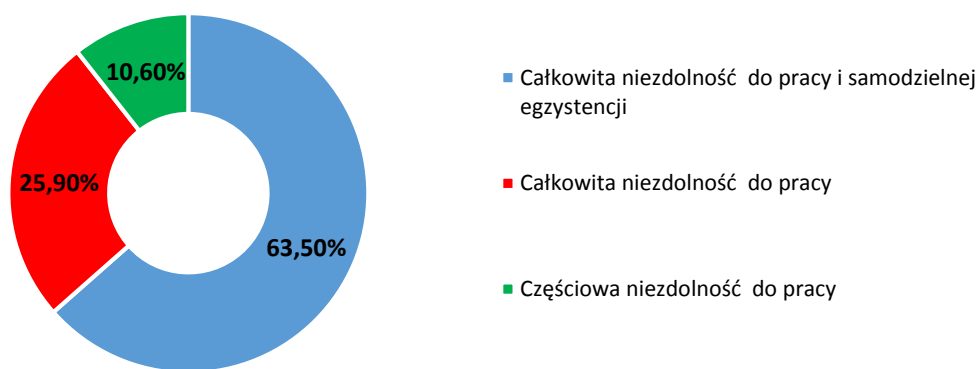
Rok	Ogółem			Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji			Całkowita niezdolność do pracy			Częściowa niezdolność do pracy		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
	w tys.											
2015	20,4	11,9	8,5	2,2	1,3	0,9	5,3	3,1	2,2	12,9	7,4	5,5
2016	19,4	11,4	8,0	2,0	1,3	0,8	5,0	3,0	2,0	12,4	7,2	5,2
2017	17,0	10,0	7,1	1,8	1,1	0,7	4,4	2,6	1,8	10,8	6,2	4,6

M – Mężczyźni; K – Kobiety

Ze względu na zaokrąglenia danych ZUS, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości "ogółem".

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Wykres 57. Struktura rent przyznawanych przez ZUS w Krakowie w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Najwięcej świadczeniobiorców rent z powodu niezdolności do pracy wypłacanych przez ZUS w latach 2016–2017 było wśród osób w wieku 60–64 lat (4,2 tys. w 2016 r. i 3,6 tys. w 2017 r.) oraz 55–59 lat (3,8 tys. w 2016 r. i 3,3 tys. w 2017 r.).

Wśród mężczyzn z powodu niezdolności do pracy najwięcej rent stanowiły osoby w wieku 60–64 lat oraz 55–59 lat zarówno w 2016 r. jak i 2017 r. W grupie kobiet najliczniej rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierały kobiety w wieku 55–59 lat oraz 75–79 lat (Tabela 43).

Tabela 43. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w podziale na wiek w latach 2016–2017

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
w tys.						
	2016			2017		
19 i mniej	-	-	-	-	-	-
20 - 24	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
25 - 29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30 - 34	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
35 - 39	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
40 - 44	0,7	0,4	0,3	0,7	0,4	0,3
45 - 49	1,0	0,5	0,5	0,9	0,5	0,4
50 - 54	1,7	0,9	0,8	1,5	0,8	0,7
55 - 59	3,8	1,9	2,0	3,3	1,6	1,7
60 - 64	4,2	3,3	0,9	3,6	3,0	0,6
65 - 69	1,7	1,3	0,4	1,1	0,8	0,3
70 - 74	1,4	0,6	0,8	1,2	0,5	0,7
75 - 79	1,7	0,8	1,0	1,6	0,7	0,9
80 - 84	1,6	0,8	0,8	1,5	0,8	0,8
85 - 89	0,8	0,4	0,4	0,8	0,4	0,4
90 i więcej	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Ogółem	19,4	11,4	8,0	17,0	10,0	7,1

Ze względu na zaokrąglenia danych ZUS, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości "całotem"

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacane przez ZUS w 2016 r. i 2017 r. dla Gminy Miejskiej Kraków w największej liczbie pobierały osoby w wieku:

- a) 55–59 lat (0,4 tys. osób ogółem; 0,2 tys. mężczyzn i 0,2 tys. kobiet);
b) 60–64 lat (0,4 tys. osób ogółem; 0,3 tys. mężczyzn i 0,1 tys. kobiet).

Renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w 2016 r. i 2017 r. dla Gminy Miejskiej Kraków w największej liczbie pobierały osoby w wieku:

- a) 55–59 lat (1 tys. osób ogółem w 2016 r., 0,9 tys. osób ogółem w 2017 r.; 0,5 tys. mężczyzn i 0,5 tys. kobiet);
- b) 60–64 lat (w 2016 r. 1,1 tys. osób ogółem, w tym 0,9 tys. mężczyzn i 0,2 tys. kobiet oraz w 2017 r. 0,9 tys. osób ogółem, w tym 0,8 tys. mężczyzn i 0,1 tys. kobiet).

Renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w 2016 r. i 2017 r. w Gminie Miejskiej Kraków najczęściej pobierały osoby w wieku:

- a) 55–59 lat (w 2016 r. 2,4 tys. osób ogółem, w tym 1,2 tys. mężczyzn i 1,2 tys. kobiet oraz w 2017 r. 2 tys. osób ogółem, w tym 1 tys. mężczyzn i 1 tys. kobiet).
- b) 60–64 lat (w 2016 r. 2,7 tys. osób ogółem, w tym 2,1 tys. mężczyzn i 0,6 tys. kobiet oraz w 2017 r. 2,2 tys. osób ogółem, w tym 1,9 tys. mężczyzn i 0,4 tys. kobiet).

Tabela 44. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę według rodzaju na wiek i płeć w latach 2016–2017

Wiek	Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji						Całkowita niezdolność do pracy						Częściowa niezdolność do pracy					
	Og.	M	K	Og.	M	K	Og.	M	K	Og.	M	K	Og.	M	K	Og.	M	K
	2016 r.			2017 r.			2016 r.			2017 r.			2016 r.			2017 r.		
	w tys.																	
Ogółem	2,0	1,3	0,8	1,8	1,1	0,7	5,0	3,0	2,0	4,4	2,6	1,8	12,4	7,2	5,2	10,8	6,2	4,6
19 i mniej	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
25 - 29	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30 - 34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
35 - 39	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
40 - 44	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1
45 - 49	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2
50 - 54	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,6	0,3	0,3	0,5	0,3	0,2	1,0	0,5	0,5	0,9	0,5	0,4
55 - 59	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	1,0	0,5	0,5	0,9	0,5	0,5	2,4	1,2	1,2	2,0	1,0	1,0
60 - 64	0,4	0,3	0,1	0,4	0,3	0,1	1,1	0,9	0,2	0,9	0,8	0,1	2,7	2,1	0,6	2,2	1,9	0,4
65 - 69	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	1,2	0,8	0,3	0,7	0,5	0,3
70 - 74	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,1	0,5	0,6	1,0	0,4	0,6
75 - 79	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	1,3	0,6	0,7	1,2	0,5	0,7
80 - 84	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	1,1	0,6	0,5	1,1	0,6	0,6
85 - 89	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,3	0,2	0,6	0,3	0,3
90 i więcej	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Og. – ogółem, M – Mężczyźni; K – Kobiety

Ze względu na zaokrąglenia danych ZUS, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości "ogółem".

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

W 2016 r. ZUS w Krakowie przyznał renty rodzinne 26,1 tys. osób i była to liczba większa niż w 2017 r. (25,6 tys.). W analizowanych latach renty rodzinne częściej przyznawane były grupie kobiet stanowiąc 91% wszystkich rent (w 2016 r. – 23,7 tys. kobiet, w 2017 r. – 23,3 tys. kobiet). W populacji mężczyzn renty rodzinne najczęściej otrzymały osoby w wieku 20 – 24 lata (w 2016 r. – 0,5 tys., w 2017 r. – 0,4 tys.). W populacji kobiet najczęściej rentę rodzinną otrzymały osoby w wieku:

- 80 – 84 lat (w 2016 r. – 4,4 tys., w 2017 r. – 4,3 tys.);
- 75 – 79 lat (w 2016 r. – 3,8 tys., w 2017 r. – 3,6 tys.);
- 85 – 89 lat (w 2016 r. – 3,6 tys., w 2017 r. – 3,6 tys.) (Tabela 45).

Tabela 45. Liczba osób zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uprawnionych do renty rodzinnej wypłacanej przez ZUS, w podziale na wiek i płeć w 2016 r.

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w tys.					
	2016			2017		
4 i mniej	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 - 9	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
10 - 14	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
15 - 19	0,7	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3
20 - 24	1,1	0,5	0,6	1,1	0,4	0,6
25 - 29	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
30 - 34	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
35 - 39	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
40 - 44	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
45 - 49	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
50 - 54	0,4	0,1	0,3	0,4	0,1	0,3
55 - 59	1,2	0,2	1,1	1,1	0,2	1,0
60 - 64	2,0	0,3	1,7	1,8	0,3	1,5
65 - 69	2,5	0,2	2,3	2,4	0,1	2,2
70 - 74	3,1	0,1	3,0	3,2	0,1	3,1
75 - 79	3,8	0,1	3,8	3,6	0,1	3,6
80 - 84	4,5	0,0	4,4	4,4	0,1	4,3
85 - 89	3,6	0,0	3,6	3,7	0,0	3,6
90 i więcej	1,8	0,0	1,8	1,9	0,0	1,9
Ogółem	26,1	2,4	23,7	25,6	2,4	23,3

Ze względu na zaokrąglenia danych ZUS, w niektórych przypadkach sumy składników mogą się nieznacznie różnić od podanych wielkości "ogółem".

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

12. LICZBA PRZEPROWADZONYCH TRANSPLANTACJI

Transplantacja jest to przeszczep narządów lub tkanek od zmarłego lub żywego dawcy. W 2017 r. pobrano o 77 narządów więcej niż w roku ubiegłym. Z roku na rok liczba dokonywanych przeszczepów wzrasta. Organami najczęściej przeszczepianymi w Polsce są nerki oraz wątroba. W 2017 r. przeprowadzono 1 097 przeszczepów (56 przeszczepów od żywych dawców). Najbardziej przeprowadzany jest przeszczep trzustki, w latach 2011–2017 liczba transplantacji tego narządu znajdowała się na podobnym poziomie (w 2011 r. – 34 przeszczepów, w 2016 r. – 41 przeszczepów). Na przestrzeni lat obserwuje się wzrost przeszczepów serca (w 2011 r. – 85 transplantacji, w 2017 r. – 103). Trend wzrostowy dotyczy także przeszczepów płuc, których w 2017 r. było o 66 więcej niż w 2011 r. (2017 r. – 88 przeszczepy, 2011 r. – 22 przeszczepy) (Tabela 46).

Tabela 46. Liczba transplantacji w Polsce w latach 2011–2017

Organ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Serce	85	81	91	79	101	104	103
Płuca	22	40	38	52	62	82	88
Nerki	1088	1212	1174	1180	1040*	1067** ³⁶	1097***
Trzustka	34	46	39	39	41	40	41
Wątroba	306	331	344	360	334^	343^^	380^^^

*w tym 6 żywych dawców

** w tym 50 żywych dawców

*** w tym 56 żywych dawców

^ w tym 2 od żywych dawców

^^ w tym 28 od żywych dawców

^^^ w tym 24 od żywych dawców

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu

W Małopolsce podobnie jak w Polsce najwięcej transplantacji dotyczyło nerek. W 2017 r. dokonano 58 przeszczepów nerek od zmarłych dawców oraz 4 od żywych. W latach 2013 – 2016 w Małopolsce nastąpił spadek przeszczepów serca (w 2013: 9 transplantacji, w 2016: 4 transplantacje). Najmniej transplantacji dotyczyło trzustki i w 2016 r. w Małopolsce dokonano tylko 1 przeszczepu (Tabela 47).

Tabela 47. Liczba transplantacji w Małopolsce w latach 2011–2017

Organ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Serce	5	6	9	7	5 ³⁷	4	9
Płuca	2	8	4	4	4	4	4
Nerki	52	76	76	60	62	58*	54
Trzustka	1	2	2	4	2	1	3
Wątroba	17	22	20	18	23	21**	20

* 4 żywych dawców

** 1 żywy dawca

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu

W Krakowie w latach 2011–2017 dokonywano jedynie transplantacji serca oraz nerek. W latach 2011–2017 nastąpił spadek liczby dokonywanych przeszczepów serca (z 10 transplantacji w 2011 r. do 2 transplantacji w 2017 r.). Liczba przeszczepów nerek w 2017 r. wzrosła w porównaniu do 2011 r. o 26 transplantacje, jednakże najwięcej przeszczepów tego narządu dokonano w 2013 – 80 przeszczepów. W 2017 r. wykonano w Krakowie 58 transplantacji nerek (Tabela 48).

Tabela 48. Liczba transplantacji w Krakowie w latach 2011–2017

Organ	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Serce	10	8	9	8	7	4	2
Nerki	32	66	80	68	75	55	58

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu

³⁶ LD – narządy pobrane od żywych dawców³⁷Liczba przeszczepów płuc oraz serc w latach 2011 – 2015 podawana jako dane przeszczepów wielonarządowych.

13. PODSUMOWANIE

1. W 2017 r. liczba urodzeń w Krakowie wynosiła 9 170. Przyrost naturalny w 2017 roku był wyższy względem województwa małopolskiego oraz Polski i wynosił 2,6/1 000 mieszkańców.
2. Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł w 2017 r. w Krakowie 2,4/1 000 urodzeń żywych i od kilku lat wykazuje tendencję spadkową. Dla województwa małopolskiego współczynnik ten w 2017 r. wyniósł 3,7/1000 urodzeń żywych, w Polsce 4,0/1 000 urodzeń żywych, a w krajach UE – 3,4/1 000.
3. Współczynnik umieralności ogólnej w 2017 r. w Krakowie wynosił 999/100 tys. i na przestrzeni lat wykazuje tendencję wzrostową. W Polsce w 2017 r. wartość współczynnika umieralności ogólnej wyniosła 984/100 tys. mieszkańców a w krajach UE 1036/100 tys.
4. W latach 2010–2015 standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej, dla Polski, Małopolski i Krakowa był znacznie wyższy w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej w grupie mężczyzn w 2015 r. wynosił odpowiednio – Kraków: 779,00 /100 tys., Małopolska: 862,03/100 tys., Polska: 947,09/100 tys. w 2015 r. wartości standaryzowanego współczynnika umieralności ogólnej w grupie kobiet przedstawiały się następująco – Kraków: 456,46 /100 tys., Małopolska: 454,59/100 tys., Polska: 512,24/100 tys.
5. W Krakowie od kilku lat można zaobserwować wydłużenie się oczekiwanej długości życia. Od 2007 do 2016 r. wskaźnik ten dla mieszkańców Krakowa był wyższy od średniej ogólnopolskiej zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn. W Krakowie w 2017 r. w stosunku do roku 2016 nastąpił niewielki spadek oczekiwanej długości życia z 77,1 lat do 76,8 lat.
6. Analizując dane GUS w Polsce liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F01-99 wg klasyfikacji ICD-10) w latach 2006–2016 gwałtownie wzrosła (1 967 zgonów w 2006 r. i 3 204 zgonów w 2016 r.). Wzrost ten dotyczy także Małopolski o 188 zgony w analizowanym okresie. Podobna sytuacja miała również w Krakowie, gdzie w latach 2006–2016 liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania stale rosła i osiągnęła w 2016 r. 40 przypadków (w 2006 r. – 1 zgon).
7. W 2017 r. w Krakowie liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych bez uwzględniania uzależnień wynosiła 78 872 przypadki. Liczba leczonych na terenie Krakowa z powodu zaburzeń psychicznych w latach poprzednich wyniosła: w 2013 r. 76 913 os., w 2014 r. 74 448 os., w 2015 r. 73 821 os., i w 2016 r. 75 721 osób.
8. W 2016 r. odnotowano w Krakowie 44 zgony z powodu chorób zakaźnych.
9. W 2016 r. zaobserwowano wzrost zapadalności na choroby zakaźne: infekcje grypopodobne i grypę: 15 074/ 100 tys.; płonicę 84,3/100 tys. krztusiec 55,1/100 tys.
10. W Małopolsce w 2017 r. wykryto 158 nowych zakażeń HIV. Natomiast w Krakowie odnotowano 108 nowo wykrytych zakażeń HIV. Nie odnotowano w latach 2016–2017 w Krakowie zgonów z powodu AIDS.
11. W latach 2010–2016 w Krakowie liczba stwierdzonych przypadków gruźlicy wykazuje tendencję wzrostową. W 2017 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę ogółem wyniósł 11,8 przypadków na 100 tys. ludności w porównaniu do 14,8/100 tys. w 2016 r.
12. W Krakowie w latach 2013–2016 liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C systematycznie rosła. W 2016 r. odnotowano w Krakowie 52 zachorowania na WZW B i 77 zachorowań na WZW C.

13. w 2016 r. w woj. małopolskim 95,2% dzieci i młodzieży w wieku od 1 do 20 r.ż. zostało objętych sprawozdaniami ze szczepień ochronnych w stosunku do liczby ludności. W Krakowie procentowy stan zaszczepienia dzieci i młodzieży w 2016 r. wynosił 98,2%.
14. Od kilku lat zauważalny jest niepokojący trend wzrostu liczby osób uchylających się od szczepień ochronnych. Na koniec 2017 r. w województwie małopolskim 2 096 dzieci nie zostało zaszczepionych w związku uchylaniem się od obowiązku szczepień ich rodziców/opiekunów prawnych. Wzrost liczby uchylających się od szczepień obserwuje się w całej Polsce.
15. W Krakowie stwierdzono w 2017 r. 29 przypadków chorób zawodowych, w 2016 r. – 36. Choć na przestrzeni ostatnich lat tj. 2011–2017 obserwowane są niewielkie wahania to w dłuższym horyzoncie czasowym tj. od 1999 r. odnotowuje się 15,5-krotny spadek stwierdzanych chorób zawodowych.
16. W 2017 r. wydano 7 916 orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej i powyżej 16. roku życia. Zdecydowaną większość orzeczeń stanowią orzeczenia o niepełnosprawności wydawane osobom powyżej 16. roku życia (7 119).
17. W Krakowie w latach 2011–2017 dokonywano jedynie transplantacji serca oraz nerek. W 2017 r. w Krakowie przeprowadzono 60 transplantacji (serca – 2 oraz nerek –58).

CZĘŚĆ II

ZASOBY OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE

1. WSTĘP

Zgodnie z art. 4 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2018 roku, poz. 160; z późn. zm.) świadczenia zdrowotne mogą udzielać następujące podmioty lecznicze:

- a) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- b) jednostki budżetowe, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) instytuty badawcze,
- d) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- e) kościoły, kościelne osoby prawne lub związku wyznaniowe—w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mogą funkcjonować również w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej, jeżeli organem założycielskim lub prowadzącym jest Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego.

Według Ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2018 roku, poz. 160; z późn. zm.) świadczenia można podzielić na dwa główne rodzaje:

- a) opieka stacjonarna i całodobowe świadczenia zdrowotne, w tym:
 - świadczenia szpitalne
 - inne niż szpitalne (udzielane w: zakładzie opiekuńczo–leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
- b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (udzielane w przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach, ambulatoriach z izbą chorych, zakładach badań diagnostycznych oraz medycznych laboratoriach diagnostycznych).

W niniejszym rozdziale zaprezentowano zasoby opieki zdrowotnej zlokalizowane na terenie miasta Krakowa oraz poziom ich wykorzystywania. Rozdział zawiera treści dotyczące zasobów infrastrukturalnych, jak również zasobów kadrowych, oraz zabezpieczenia ludności Krakowa w dostęp do leków i instytucji udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

2. STACJONARNA OPIEKI ZDROWOTNA – LECZNICTWO ZAMKNIĘTE

W 2016 r. na terenie województwa małopolskiego w ramach stacjonarnej opieki medycznej działało 131 podmiotów leczniczych typu stacjonarnego, w tym:

- a) 13 szpitali wojewódzkich (1 w formie spółki),
- b) 19 szpitali powiatowych,
- c) 8 szpitali resortowych,
- d) 52 niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej działających w formie spółek (w tym 3 zakłady o profilu psychiatrycznym),
- e) 39 publicznych i niepublicznych zakładów opieki długoterminowej³⁸.

Na terenie miasta Krakowa w 2016 r. funkcjonowało 45 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej w tym:

- a) 7 szpitali wojewódzkich,
- b) 2 szpitale miejskie,
- c) 5 szpitali resortowych,
- d) 9 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej,
- e) 22 niepublicznych ogólnych i psychiatrycznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Na terenie miasta Krakowa w 2017 r. funkcjonowało 47 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej w tym:

- a) 5 szpitali wojewódzkich,
- b) 2 szpitale miejskie,
- c) 4 szpitale resortowe,
- d) 10 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej,
- e) 26 niepublicznych ogólnych i psychiatrycznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Tabela 49. Wykaz publicznych szpitali na terenie Krakowa w 2016 r.

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres	Podmiot tworzący
1.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3 30-901 Kraków	Minister Obrony Narodowej
2.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80 31-202 Kraków	Województwo Małopolskie
3.	Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii	Al. Modrzewiowa 22 30-224 Kraków	Województwo Małopolskie
4.	Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie	os. Na Wzgórzach 17B 31-723 Kraków	Województwo Małopolskie
5.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	ul. Skarbowa 4 31-121 Kraków	Województwo Małopolskie
6.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2 31-503 Kraków	Województwo Małopolskie
7.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicka 35-37 31-202 Kraków	miasto na prawach powiatu - Miasto Kraków
8.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	os. Na Skarpie 66 31-913 Kraków	miasto na prawach powiatu - Miasto Kraków

³⁸ Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku. Małopolski Urząd Wojewódzki

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres	Podmiot tworzący
9.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265 30-663 Kraków	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
10.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Mikołaja Kopernika 36 31-501 Kraków	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
11.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	ul. Wawelska 15B 02-034 Warszawa	Rada Ministrów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym dla trzech podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach stacjonarnej opieki medycznej:

1. Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie,
2. Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie,
3. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie ul. Wielicka 267).

Na terenie Krakowa swoją działalność w zakresie świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej lecznictwa zamkniętego świadczyły w 2016 r. 23 niepubliczne placówki (Tabela 50).

Tabela 50. Wykaz niepublicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie Krakowa na 2016 r.

Lp.	Nazwa i adres podmiotu	Rodzaj świadczeń – oddziały
1.	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego w Krakowie ul. Trynatarska 11	internistyczny, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej
2.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego ul. H. Siemiradzkiego 1	Położniczo-ginekologiczny, noworodków i wcześniaków
3.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego – 2. Ośrodek Diagnostyczno-Operacyjny ul. H. Siemiradzkiego 1	położniczy
4.	Prywatne Centrum Diagnostyczno – Operacyjne Ginekologii i Położnictwa oraz Chorób Sutka „Femina” S.C. Szpital ul. Zagaje 67	Położniczo-ginekologiczny
5.	Centrum Medyczne UJASTEK Sp. z o.o. ZOZ Szpital Położniczo – Ginekologiczny „Ujastek” ul. Ujastek 3	Ginekologiczno-położniczy, patologii ciąży, noworodków i wcześniaków
6.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” Sp. z o.o. ul. Rogozińskiego 12	usług medyczne, lecznicze i diagnostyczne – świadczone w ramach lecznictwa otwartego i szpitalnego
7.	Szpital „ORTOPEDICUM” ul. Koło Strzelnicy 3	chirurgii urazowo-ortopedycznej
8.	Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o. o. os. Złota Jesień 1	nefrologiczny
9.	Scanmed S.A. Szpital św. Rafała ul. A. Bochenka 12	anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgiczny, chirurgii urazowo- ortopedycznej, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji

10.	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o. o.	os. Złotej Jesieni 1	Anestezjologii i intensywnej terapii, onkologii klinicznej z pododdziałem dziennym, chirurgii ogólnej z i onkologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, chorób wewnętrznych, dermatologii, ginekologii i położnictwa z ginekologia onkologiczną, hematologii i chorób wewnętrznych z pododdziałem dziennym, kardiologii i chorób wewnętrznych, chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej / , oparzeń, neonatologii, neurologii i udarów mózgu z pododdziałem udarów mózgu, otolaryngologii, okulistyki, psychiatrii, rehabilitacji neurologicznej z pododdziałem rehabilitacji ogólnoustrojowej, toksykologii i chorób wewnętrznych z pododdziałem detoksykacji, urologii, urazów wielonarządowych, ortopedii i neuroortopedii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, radioterapii, ratunkowy, dzienny dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym i po alloplastyce stawów biodrowych i kolanowych
11.	Szpital „CenterMed”	ul. św. Łazarza 14	ginekologiczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii urazowo – ortopedycznej, chirurgiczny dla dzieci, chirurgii plastycznej, otolaryngologiczny, urologiczny, urologiczny dla dzieci
12.	SCM – Oddział Chirurgii Jednego Dnia	ul. Grzegórzecka 67c	usługi medyczne, lecznicze i diagnostyczne: ginekologia/położnictwo, proktologia, chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, diagnostyka i leczenie chorób piersi, operacje rekonstrukcyjne, chirurgia naczyniowa
13.	Orto – Med. Spółka z o.o	ul. św. Łazarza 14	usług medyczne, lecznicze i diagnostyczne – świadczone w ramach leczenia otwartego i szpitalnego
14.	REGENMED Sp. z o.o. Sp. koman. REGENMED Szpital	ul. Grzegórzecka 67C	terapię wykorzystujące komórki macierzyste mezenchymalne
15.	Centre De La Vision	ul. H. Sienkiewicza 34	poradnia okulistyczna, blok operacyjny
16.	VOIGT MEDICA Centrum Chirurgii Laserowej	ul. Kluczborska 17	laserowa korekcja wad wzroku, laserowe zabiegi operacyjne
17.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczne Centrum Chirurgiczne Estetika-NOVA	ul. Tuchowska 6B	chirurgia plastyczna
18.	NZOZ Arka – Chirurgia Jednego Dnia	ul. Królowej Jadwigi 15	ginekologiczno-położniczy
19.	Włodzimierz Miniewicz NZOZ MW – med	ul. Dobrego Pasterza 207 A	specjalistyczne badania okulistyczne
20.	Medicus Sp. z o.o Krakowskie Centrum Okulistyki ZOOPTICA	ul. H. Wieniawskiego 62	operacje zaćmy, korekcje wzroku
21.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby	ul. Nadbrzezie 25	ośrodek terapii uzależnień
22.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień	ul. Suchy Jar 4	ośrodek terapii uzależnień
23.	Ujastek Chirurgia Jednego Dnia	ul. Ujastek 3	zabiegi chirurgii i chirurgii estetycznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

Od 2017 r. zaczęły również funkcjonować tzw. sieci szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Podmioty, znajdujące się w sieci, są podzielone na kilka poziomów tzw. systemy zabezpieczenia. Pierwsza kategoria to szpitale I, II i III. Druga kategoria to szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, trzecia – pediatryczne, a czwarta – ogólnopolskie. Sieć obejmuje też ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w przychodniach przyszpitalnych oraz nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. W województwie małopolskim do sieci szpitali w 2017 r. zakwalifikowało się 36 szpitali. 13 placówek z terenu miasta Krakowa zostało włączonych do sieci.

Tabela 51. Wykaz szpitali z terenu miasta Krakowa znajdujące się w sieci szpitali w 2017 r.

Nazwa placówki	Poziom
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	szpitale ogólnopolskie
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	szpitale ogólnopolskie
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	III poziom zabezpieczenia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	szpitale ogólnopolskie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	szpitale ogólnopolskie
Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	II poziom zabezpieczenia
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. o.o.	II poziom zabezpieczenia
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	II poziom zabezpieczenia
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	II poziom zabezpieczenia
Uniwersytecki Szpital Dzieciątęcy w Krakowie	szpitale ogólnopolskie
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątęcy im. św. Ludwika w Krakowie	szpitale pediatryczne
Scanmed S.A. Szpital św. Rafała	II poziom zabezpieczenia
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie	III poziom zabezpieczenia

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

Na grudzień 2016 r. łączna liczba łóżek w opiece stacjonarnej (w szpitalach ogólnych, psychiatrycznych i zakładach opieki długoterminowej) w województwie małopolskim wynosiła 19 541 łóżek (w 2015 r. – 14 861)³⁹:

- 5 064 łóżka w publicznych podmiotach wojewódzkich,
- 6 789 łóżka w publicznych podmiotach powiatowych,
- 2 911 łóżka w szpitalach resortowych,
- 57 łóżka w podmiotach gminnych,
- 4 720 łóżka w podmiotach niepublicznych.

³⁹ Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku. Małopolski Urząd Wojewódzki

Natomiast na terenie Krakowa liczba łóżek ogółem w opiece stacjonarnej wynosiła 8 338, w tym:

- a) 2 766 łóżek w publicznych podmiotach wojewódzkich,
- b) 1 039 łóżek w publicznych podmiotach powiatowych,
- c) 2 518 łóżek w szpitalach resortowych
- d) 2 015 łóżek w podmiotach niepublicznych⁴⁰.

2.1. Szpitale ogólne

Na grudzień 2016 r. w łączna liczba łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych w województwie małopolskim wynosiła 14 909 w tym⁴¹:

- a) 3 890 łóżka w publicznych wojewódzkich szpitalach ogólnych,
- b) 6 390 łóżka w publicznych powiatowych szpitalach ogólnych,
- c) 2 891 łóżka w resortowych szpitalach ogólnych,
- d) w 1 738 łóżka w niepublicznych szpitalach ogólnych.

Natomiast na w terenie Krakowa liczba łóżek ogółem w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych wynosiła 6 136 w (5 513 w szpitalach publicznych i 623 w szpitalach niepublicznych) w tym:

- a) 1 976 łóżek w publicznych szpitalach wojewódzkich,
- b) 1 039 łóżek w publicznych szpitalach powiatowych,
- c) 2 498 łóżek w szpitalach resortowych,
- d) 623 łóżek w podmiotach niepublicznych⁴².

Szpital Uniwersytecki w Krakowie dysponuje od lat największą liczbą łóżek – 1 306 w 2016 r. Jednakże na przestrzeni lat obserwuje się zmniejszanie ich liczby. Najmniej łóżek posiadał Wojewódzki Szpital Okulistyczny (60 łóżek – stan niezmienny od 2012 r.). Szczegółowe dane dotyczące liczby łóżek na przestrzeni lat 2012–2016 przedstawia Tabela 52.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku. Małopolski Urząd Wojewódzki

⁴² Ibidem.

Tabela 52. Liczba łóżek w publicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012–2016

Nazwa i adres	Liczba łóżek*				
	2012	2013	2014	2015	2016
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80	526	541	599	597	620
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie ul. Skarbowa 4	377	412	412	406	406
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1	624	628	658	658	658
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dzieciątęcy im. św. Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2	120	120	120	120	120
Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii Al. Modrzewiowa 22	110	110	110	110	112
Wojewódzki Szpital Okulistyczny os. Na Wzgórzach 17 b	60	60	60	60	60
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37	439	448	432	432	432
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ os. Na Skarpie 66	597	607	602	607	607
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1-3	431	414	415	412	419
Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddziału w Krakowie, ul. Garncarska 11	200	200	200	172	166
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie ul. Kronikarza Galla 25	-	-	-	140	137
Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Kopernika 36	1254	1260	1300	1318	1306
Uniwersytecki Szpital Dzieciątęcy ul. Wielicka 265	556	522	522	469	470
Ogółem	5294	5322	5430	5501	5513

* w tabeli uwzględniono wyłącznie szpitale oraz łóżka o profilu ogólnym (bez łóżek w szpitalach psychiatrycznych oraz opiece długoterminowej)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raport Lecznictwo w Małopolsce. Stan na 31.12.2016 r.

W 2017 r. liczba łóżek w szpitalach miejskich kształtowała się następująco:

1. Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie – 599
2. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie – 421.

W 2016 r. w województwie małopolskim łączna liczba łóżek w szpitalach ogólnych niepublicznych wyniosła 1 738. Szpitalne ogólnie niepubliczne na terenie Miasta Kraków dysponowały w 2016 r. 623 łózkami. Największą liczbę łóżek posiadał Szpital Położniczo-Ginekologiczny Ujastek Sp. z o.o. (165) oraz Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego (113) i Scanmed Szpital św. Rafała (113). Wiele szpitali ma stałą liczbę łóżek na przestrzeni analizowanych lat, ale także część placówek kończy swoją działalność, zmienia lokalizację, lub też powstają nowe.

Tabela 53. Liczba łóżek w niepublicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012–2016

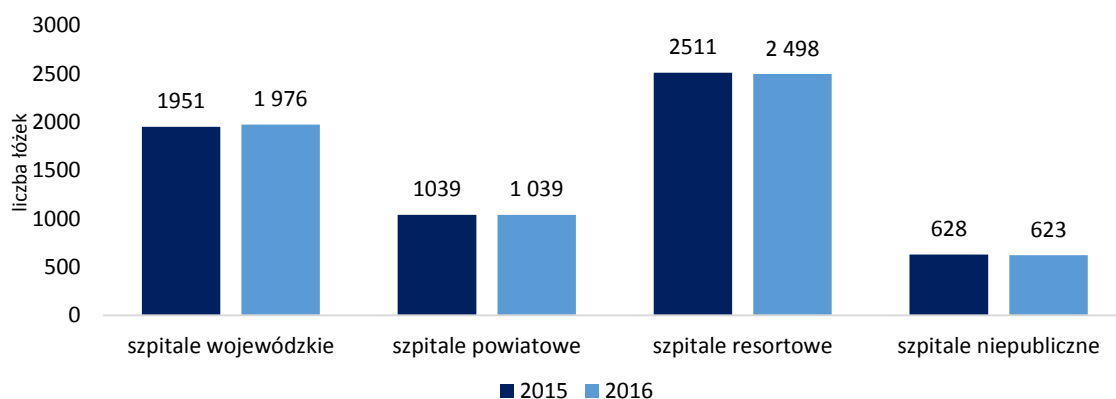
Lp.	Nazwa podmiotu	Liczba łóżek				
		2012	2013	2014	2015	2016
1.	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego w Krakowie	118	118	113	113	113
2.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego	75	75	68	68	68
3.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego – 2. Ośrodek Diagnostyczno–Operacyjny	5	5	5	5	5
4.	FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno – Operacyjne Ginekologia i Położnictwo	5	5	5	5	5
5.	Szpital Położniczo – Ginekologiczny „UJASTEK” Sp. z o.o.	158	165	165	165	165
6.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno–Zabiegowe „MEDICINA” Sp. z o.o.	13	20	21	21	27
7.	Medycyna Prywatna UJASTEK Sp. z o.o. Chirurgia Jednego Dnia	–	–	8	8	8
8.	Niepubliczny ZOZ „ORTOPEDICUM”	33	34	34	34	34
9.	Niepubliczny ZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II	36	36	26	26	26
10.	Niepubliczny ZOZ Scanmed Szpital św. Rafała	60	83	83	106	113
11.	Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjne ARTROME	13	13	13	–	–
12.	Szpital „CenterMed”	15	15	15	12	12
13.	Krakowskie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ	25	21	27	27	–
14.	Centre de la VISION,	7	0	–	7	7
15.	VOIGT MEDICA Centrum Chirurgii Laserowej – Kraków, ul. Balicka 255	1	0	–	–	2
16.	NZOZ Raclawicka Sp. z o.o.	2	0	–	1	–
17.	NZZ Arka – Chirurgia Jednego Dnia	4	0	–	4	2
18.	Włodzimierz Miniewicz NZOZ MW – med	6	0	–	7	7
19.	Krakowskie Centrum Okulistyki ZOOPTICA	1	0	–	1	1
20.	NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta Sp. z o.o.	–	–	–	–	–
21.	ORTOMED Szpital	10	–	–	10	10
22.	REGENMED Sp. z o.o.	–	–	–	8	8
23.	SCM Sp. z o.o. Chirurgia Jednego Dnia	–	–	–	–	8
24.	NZOZ Specjalistyczne Centrum Chirurgiczne Estetika-NOVA	–	–	–	–	2
Ogółem		587	590	583	628	623

* w tabeli uwzględniono wyłącznie szpitale oraz łózka o profilu ogólnym (bez łóżek w szpitalach psychiatrycznych oraz opiece długoterminowej)

Źródło opracowanie własne na podstawie Raport Lecznictwo w Małopolsce. Stan na 31.12.2016 r.

Analiza danych przedstawionych w Raportach Lecznictwo w Małopolsce w 2015 r. i 2016 r. wskazuje, że w Krakowie najwięcej łóżek w placówkach o profilu ogólnym znajduje się w szpitalach resortowych (2 498 w 2016 r. tj. 40,7% spośród wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych). Publiczne szpitale wojewódzkie na terenie Gminy Miejskiej Kraków w 2016 r. dysponowały 1 976 łózkami, co stanowiło 32,2% ogółu łóżek oraz szpitale powiatowe posiadały 1 039 (16,9%). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały szpitale niepubliczne posiadając w 2016 r. 623 łózka (10,2%) (Wykres 58).

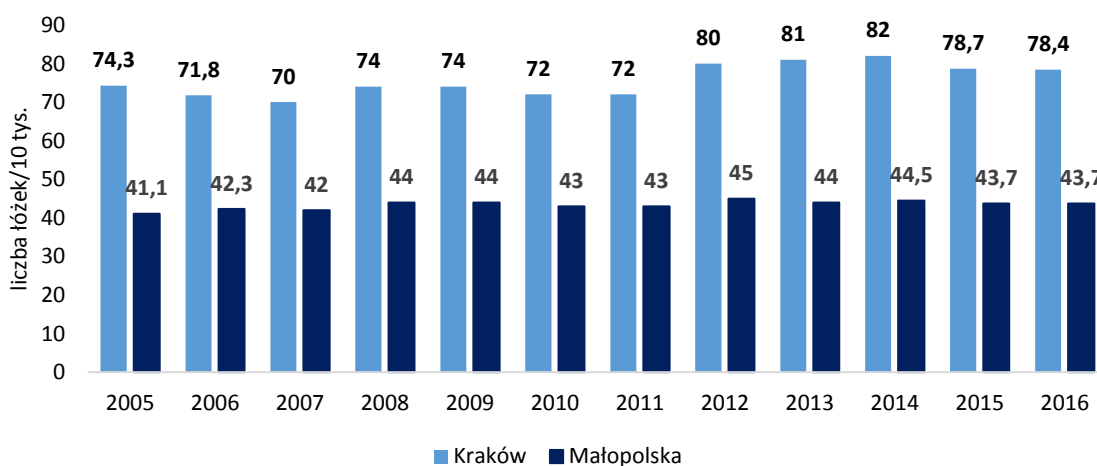
Wykres 58. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2015–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie Raporty Lecznictwo w Małopolsce za 2015 i 2016 r.

Wskaźnik dostępności szpitali, wyrażony jako liczba łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców zarówno w województwie małopolskim jak i Gminie Miejskiej Kraków ulegał niewielkim wahaniom i w 2005 r. wynosił 74,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców, najniższy był w 2007 r. (70/10 tys.) a najwyższy w 2014 r. (82/10 tys.). Dla województwa małopolskiego wskaźnik ten wahał się w analizowanych latach od 41,1 łóżek/10 tys. ludności w 2005 r. do 45/10 tys. w 2012 r. a następnie spadał osiągając w 2016 r. wartość 43,7 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Natomiast dla Krakowa wskaźnik ten był blisko dwukrotnie wyższy i w 2016 r. wyniósł 78,4 łóżka/10 tys. mieszkańców (Tabela 54).

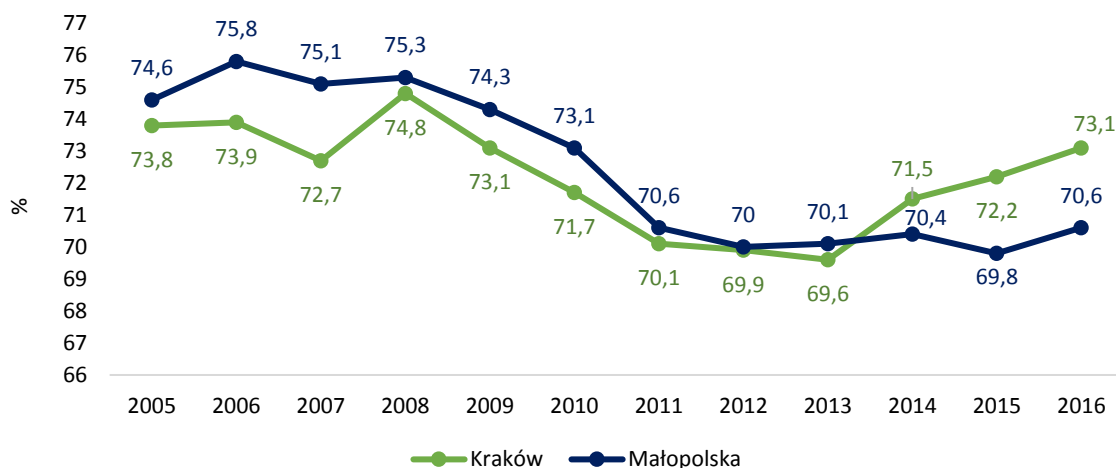
Tabela 54. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych w przeliczeniu na 10 tys. w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z opracowania Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 r.

W 2016 r. średnie procentowe wykorzystanie łóżek w Krakowie wynosiło 73,1%, a w województwie małopolskim było nieco niższe i wynosiło 70,6%. Od 2013 r. obserwuje wzrost średniego wykorzystania łóżek zarówno w Krakowie jak i w województwie małopolskim. Jednakże na przestrzeni analizowanych lat 2005-2016 najwyższe wykorzystanie odnotowano w 2008 r. (Wykres 59).

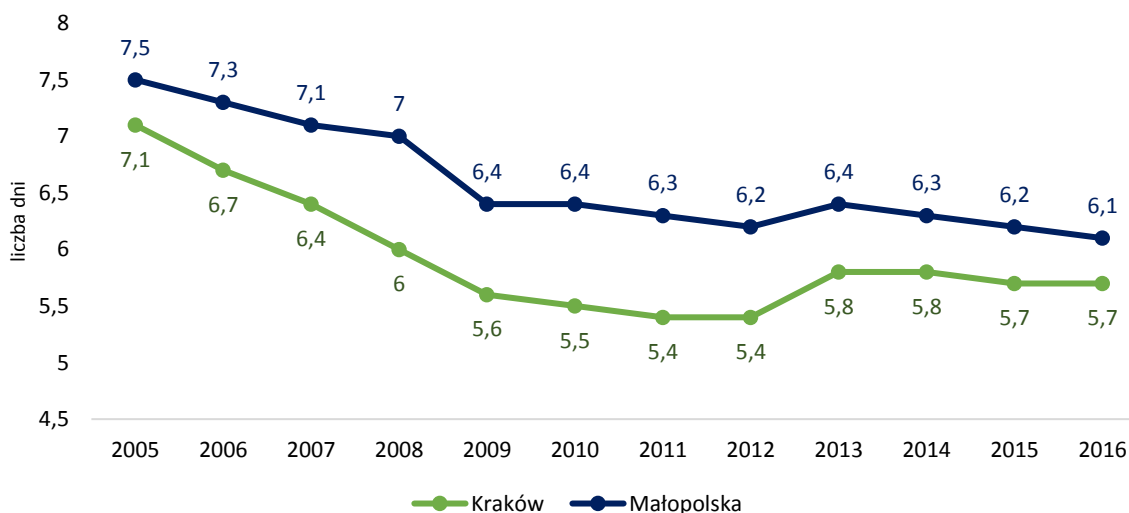
Wykres 59. Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych w Krakowie i Małopolsce latach 2005–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2014, 2015 i 2016 r.

Analizując szpitale publiczne i niepubliczne z terenu Krakowa, można zauważyć, iż średni czas pobytu pacjenta na oddziale od 2005 r. ulega spadkowi. W 2005 r. średni czas pobytu pacjenta w szpitalu wynosił 7,1 dni, a w 2016 r. 5,7 dni. Podobny trend obserwuje się dla całego województwa małopolskiego, gdzie w analogicznym okresie, średni czas pobytu pacjenta w szpitalu sięgał 7,5 dni, natomiast w 2016 r. 6,1 dni (Wykres 60).

Wykres 60. Średni czas pobytu w szpitalu w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z opracowania Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2014, 2015 i 2016 r.

W latach 2015–2016 liczba stołów operacyjnych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki stacjonarnej w woj. małopolskim nie uległa zmianie, a w mieście Kraków w 2016 r. odnotowano spadek o jeden. Liczba wykonanych zabiegów operacyjnych w 2016 r. w województwie małopolskim wynosiła 206 460, a w Krakowie 116 385. Liczba zabiegów przypadających na 1 stół w Krakowie był w 2016 r. wyższa niż w woj. małopolskim (741 vs 730).

Tabela 55. Zabiegi operacyjne w woj. małopolskim i w Krakowie w latach 2015–2016

Wyszczególnienie	Małopolska		Kraków	
	2015	2016	2015	2016
Liczba stołów operacyjnych	283	283	158	157
Liczba zabiegów operacyjnych	192 390	206 460	108 244	116 385
Liczba zabiegów przypadających na 1 stół operacyjny	680	730	685	741

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z opracowania Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2015 i 2016 r.

Zarówno publiczne jak i niepubliczne zakłady opieki stacjonarnej prowadzą hemodializy i w 2016 r. w całym województwie małopolskim istniało 90 stanowisk dializacyjnych, w tym 52% z nich zlokalizowanych jest w Krakowie. W 2016 r. w Małopolsce dializie poddano 1 409 pacjentów, w tym w Krakowie 855 (Tabela 56).

Tabela 56. Dializy w zakładach opieki stacjonarnej w woj. małopolskim i w Krakowie w latach 2015–2016

Wyszczególnienie	Małopolska		Kraków	
	2015	2016	2015	2016
Liczba stanowisk dializacyjnych	90	90	47	47
Liczba wykonanych dializ	73 157	74 048	37 659	38 104
Liczba osób dializowanych	1 393	1 409	849	855

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z opracowania Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2015 i 2016 r.

2.2. Stacjonarne leczenie psychiatryczne

Na terenie województwa małopolskiego w 2016 r. funkcjonowały 4 zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej, w tym dwa szpitale publiczne i dwie placówki niepubliczne:

- 2 szpitale psychiatryczne (w Krakowie i Andrychowie),
- 1 ośrodek leczenia odwykowego alkoholowego,
- 1 ośrodek MONAR.

Na terenie Gminy Miejskiej Kraków w 2016 r. i 2017 r. zlokalizowane były 2 podmioty: Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie oraz Stowarzyszenie MONAR, które dysponuje dwoma ośrodkami: Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby oraz Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień.

W 2016 r. zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie małopolskim dysponowały łącznie 1 133 łóżkami, w tym 1 024 łóżka znajdowały się w placówkach publicznych (90,3% ogółu łóżek) a 109 w placówkach niepublicznych. W dwóch zakładach na terenie Krakowa w 2016 r. znajdowało się łącznie 877 łóżek. Najwięcej miejsc posiadał Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego w Krakowie SPZOZ w Krakowie, który ma swojej strukturze 14 oddziałów – 790 łóżek, pozostałe 87 łóżek posiada Stowarzyszenie MONAR. Na przestrzeni analizowanych lat 2011–2016 obserwuje się niewielkie wahania liczby łóżek i w 2016 r. szpitale posiadały o 3 łóżka mniej niż w 2015 r. ale o 9 łóżek więcej niż w 2011 r.

Tabela 57. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach psychiatrycznych w Krakowie w latach 2011–2016

Nazwa i adres podmiotu	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Krakowie	778	786	783	810	793	790
Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby – Kraków, ul. Nadbrzezie 25	25	26	25	33	25	25
Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień – Kraków, ul. Suchy Jar 4	65	65	62	62	62	62
Ogółem	868	877	870	905	880	877

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z opracowań Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za lata 2011–2016

Ponadto, w Krakowie funkcjonowały następujące publiczne zakłady opieki stacjonarnej posiadające oddziały psychiatryczne (stan na 31 grudnia 2016 r.):

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera Sp. z o.o., os. Złota Jesień 1;
- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika, ul. Strzelecka 2 (2 oddziały kliniczne);
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36 (2 oddziały kliniczne);
- 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1–3.

W 2016 r. łącznie w publicznych i niepublicznych szpitalach psychiatrycznych było 877 łóżek. Najwięcej łóżek w placówkach publicznych i niepublicznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w Krakowie znajduje się na ogólnych oddziałach psychiatrycznych (274 łóżek), kolejno na oddziałach psychogeriatrycznych (120 łóżek), oddziałach/ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu (92 łóżka) (Tabela 58).

Tabela 58. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych placówkach leczenia psychiatrycznego w Krakowie w 2016 r. w podziale na rodzaj oddziału

Rodzaj oddziału	Liczba łóżek
Oddział terapii uzależnienia od narkotyków	70
Oddział psychiatryczny	274
Oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	17
Oddział rehabilitacji psychiatrycznej	89
Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych	35
Oddział psychogeriatryczny	120
Oddział psychiatrii sądowej	40
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	65
Oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	30
Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu	92
Oddział/Ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi	45
Ogółem	877

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

Liczba pacjentów leczonych w Krakowie w stacjonarnych zakładach lecznictwa psychiatrycznego w 2016 r. wynosiła 7 237 (312 576 osobodni leczenia; leczeni bez ruchu międzyoddziałowego), natomiast średni czas pobytu pacjenta wynosił 43,2 dni (do wyliczenia współczynnika przyjęto leczonych bez ruchu międzyoddziałowego). Liczba leczonych pacjentów na jedno łóżko w 2016 r. W placówkach opieki psychiatrycznej w Krakowie wyniosła 8,25⁴³.

W największym w województwie małopolskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ znajdującym się na terenie Krakowa w 2016 r. leczono 8 044 pacjentów, średni czas pobytu wyniósł 35,4 dni, średnie wykorzystanie łóżek było wysokie i wyniosło 99%⁴⁴.

Tabela 59. Liczba leczonych psychiatrycznie (bez uzależnień) w szpitalach psychiatrycznych oraz wieloprofilowych w województwie małopolskim w 2016 r.

Nazwa jednostki	Liczba pacjentów	Średni czas pobytu [dni]
Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie	9 005	35,4
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	480	27,7
Szpital Uniwersytecki w Krakowie	722	35,2
Szpital Uniwersytecki w Krakowie – oddział dziecięcy	176	40,1
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie – oddział dziecięcy	202	23,8
Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie	441	37,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 i Raport. Lecznictwo w Małopolsce w 2016 r.

2.3. Zakłady opieki długoterminowej

Podstawowym celem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Do zakładów opiekuńczo-leczniczych przyjmowani są pacjenci na podstawie wniosku lekarza rodzinnego lub lekarza z oddziału szpitalnego po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych, ale wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, którzy w ocenie wg skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.

W 2016 r. w województwie małopolskim w ramach stacjonarnej opieki medycznej w istniało 39 publicznych i niepublicznych zakładów opieki długoterminowej (zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów), które łącznie dysponowały 3 499 łózkami (626 w podmiotach publicznych i 2 873 w podmiotach niepublicznych). W Gminie Miejskiej Kraków zlokalizowanych było 10 publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących opiekę długoterminową o profilu ogólnym (1 325 łózek), w tym Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Wielickiej 267 (Obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267) posiadający 511 łózek.

⁴³ Dane Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie. Małopolski Urząd Wojewódzki

⁴⁴ Raport Lecznictwo w Małopolsce w 2016 r.

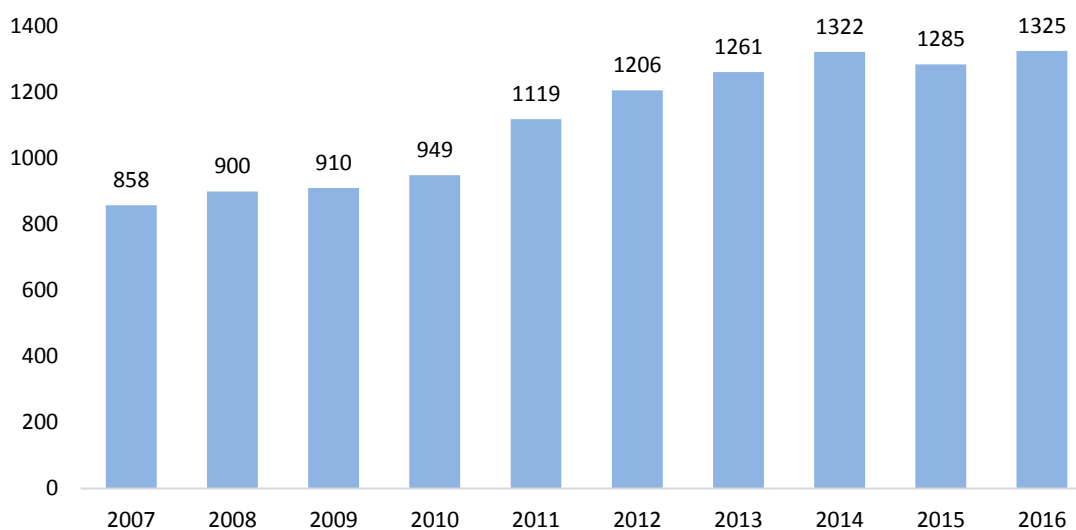
Ponadto część placówek stacjonarnej opieki medycznej (tj. szpitale) w swojej strukturze posiadała oddziały opieki paliatywnej. W 2016 r. w województwie małopolskim istniało 9 takich podmiotów posiadających łącznie 626 łóżek.

Tabela 60. Publiczne i niepubliczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, opiekuńczo-lecznicze oraz hospicja działające na terenie Krakowa w 2016 r.

Lp.	Nazwa podmiotu	Ogółem
PUBLICZNE		
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267)	ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
NIEPUBLICZNE		
2.	NEOMEDICA Sp. z o. o. NZOZ – Zakład Opiekuńczo- Leczniczy nr 1	ul. Prądnicka 36, 31-201 Kraków
3.	BONA - MED Sp. z o. o. NZOZ	ul. ks. Kazimierza Siemaszki 17C,E, 31-202 Kraków
4.	Fundacja „Zdrowie dla Budowlanych” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy "Czwórka"	os. Młodości 9, 31-915 Kraków
5.	Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum im. św. Łazarza" – Hospicjum Stacjonarne	ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków
6.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o. o. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków
7.	Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością NZOZ	ul. Rzepakowa 5a, 31-989 Kraków
8.	Stowarzyszenie Przyjaciół Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dom-Med	ul. Helclów 2, 31-148 Kraków
9.	Polski Czerwony Krzyż; Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża	ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków
10.	Zgromadzenie Sióstr św. Feliksa z Kantalicjo, Prowincja Krakowska – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek	ul. Hugona Kołłątaja 7, 31-502 Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie

Wykres 61. Liczba miejsc w publicznych i niepublicznych podmiotach prowadzących opiekę długoterminową na terenie Krakowa w latach 2007–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w latach 2008-2016

Liczba miejsc w podmiotach publicznych i niepublicznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych oraz hospicjów i oddziałach opieki paliatywnej w szpitalach ogólnych w większości ulegała zwiększeniu lub pozostała na stałym poziomie na przestrzeni analizowanych lat 2007–2016 (Wykres 61). Największym zakładem w Krakowie pozostaje niezmiennie Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267), który w 2017 r. dysponował 512 łóżkami (w 2016 r. – 511). Drugim co do wielkości jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ, ul. Ujastek 3. Szczegółowy wykaz liczby miejsc w latach 2007–2016 w zakładach opieki długoterminowej działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków przedstawia Tabela 61.

Tabela 61. Liczba łóżek w zakładach opieki długoterminowej działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2007–2016

Lp.	Nazwa podmiotu	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Publiczne											
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy ul. Wielicka 267, Kraków (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie)	bd.	bd.	403	414	412	412	480	513	511	511
Niepubliczne											
2.	Zakład Usług Medyczno– Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK os. Żłotej Jesieni 1, Kraków	42	39	44	44	44	42	42	42	42	42
3.	NZOZ Zakład Opiekuńczo- Leczniczy „Czwórka” os. Młodości 9, Kraków	80	80	80	83	80	84	84	87	87	89
4.	Neomedica Sp. z o.o., NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nr 1 – Kraków ul. Prądnicka 36	36	33	35	35	35	35	35	35	35	35
5.	NZOZ „BONA – MED.” Sp. z o.o. ul. Siemaszki 17, Kraków	49	86	98	98	98	115	124	115	109	115
6.	Zgromadzenie Sióstr św. Feliksa z Kantalicjo, Prowincja Krakowska – Zakład Opiekuńczo- Leczniczy prowadzony, ul. Kołatąja 7, Kraków	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
7.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ ul. Ujastek 3, Kraków	bd.	bd.	95	120	268	268	268	268	268	287
8.	ZOZ „Centrum Medyczne – Nowa Huta” Sp. z o.o. ul. Ujastek 3, Kraków	43	Zakończył działalność w 2008 r.								
9.	NZOZ „DOM – MED” ul. Helclów 2, Kraków	91	110	110	110	110	110	110	110	110	110

Lp.	Nazwa podmiotu	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
10.	Hospicjum Stacjonarne Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza” ul. Fatimska 17, Kraków	bd.	bd.	30	30	44	bd.	44	44	44	44
11.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie Oddział medycyny paliatywnej ul. Kopernika 36 Kraków	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	19	7	20
12.	5. Wojskowy Szpital Kliniczny Oddział Medycyny Paliatywnej ul. Wrocławska 1 – 3 Kraków	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	17	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie i Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w latach 2011–2016

Od 2007 r. obserwowany jest stały wzrost liczby łóżek w podmiotach świadczących opiekę długoterminową w Gminie Miejskiej Kraków i w 2016 r. liczba miejsc była 1,5 razy większa niż w 2007 r.

Tabela 62. Działalność publicznych i niepublicznych zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej na terenie Małopolski i miasta Krakowa w latach 2014–2016

Wyszczególnienie	Małopolska			Kraków		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Liczba łóżek	3 318	3 477	3 591	1 322	1 285	1 325
Liczba leczonych	11 468	12 653	12 768	3 685	3 583	3 408
Średnie wykorzystanie łóżek [%]	94	90	91	94	96	96
Liczba leczonych na 1 łóżko	4	4	4	3	3	3
Średni okres pobytu [dni]	96	90	93	123	129	135

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w latach 2014–2016

W latach 2014–2016 odnotowano coroczne zwiększenie liczby łóżek oraz liczby leczonych pacjentów w województwie małopolskim. Natomiast w placówkach na terenie Miasta Kraków po mimo wzrostu liczby łóżek na przestrzeni analizowanych lat, liczba leczonych pacjentów zmniejszyła się. Średni okres pobytu pacjenta w zakładzie opieki długoterminowej w województwie małopolskim wyniósł w 2016 r. 93 dni, natomiast w Krakowie był wyższy i wynosił 135 dni (Tabela 62).

Analizując dane demograficzne przedstawione w Części I, zauważalny jest wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Biorąc pod uwagę wzrost odsetka osób starszych w populacji, szczególnego znaczenia nabiera zapewnienie osobom starszym i przewlekle chorym odpowiedniej opieki. W Polsce opieka ta jest sprawowana w ramach współdziałania dwóch sektorów: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, a jej zasadniczym celem jest – oprócz organizowania opieki – udzielanie wsparcia w sposób umożliwiający jak najdłuższe funkcjonowanie tych osób w środowisku lokalnym. Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są realizowane w warunkach:

- a) stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej,

- b) domowych – w hospicjach domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia,
- c) ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Opieka instytucjonalna na terenie miasta Krakowa realizowana jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz poradniach.

Na terenie miasta Krakowa oddziały geriatryczne posiada 5 podmiotów:

- a) Szpital Uniwersytecki w Krakowie – Oddział Kliniczny Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Śniadeckich 10, 31 – 531 Kraków);
- b) Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego – Oddział psychogeriatryczny (ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 – 393 Kraków);
- c) Samodzielny Publiczny ZOZ MSW w Krakowie – Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Kronikarza Galla 25, 33-332 Kraków);
- d) Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla – Oddział Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Geriatrii (ul. Skarbowa 4, 31 – 121 Kraków);
- e) Szpital Zakonu Bonifratów św. Jana Granego w Krakowie (ul. Trynitarzka 11, Kraków).

Oddział medycyny paliatywnej świadczy interdyscyplinarną, całodobową opiekę nad pacjentami nieuleczalnie chorymi. Celem pobytu na tych oddziałach jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez: zapobieganie i uśmierzanie bólu, pielęgnację, wsparcie psychiczne i duchowe chorego oraz jego najbliższych, a także stwarzanie godnych warunków w ostatnim etapie jego życia.

W latach 2015–2016 oddziały medycyny paliatywnej posiadały dwa podmioty publiczne:

- a) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267) – 29 łóżek w 2016 r., 30 łóżek w 2017 r.;
- b) Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36 – 20 łóżek w 2016 r.

W latach poprzednich oddział medycyny paliatywnej posiadał również 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Wrocławska 1–3.

W zakresie opieki hospicyjnej i paliatywnej w 2016 r. na terenie miasta Krakowa funkcjonowało 8 zakładów, prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia (Tabela 63).

Tabela 63. Wykaz hospicjów i zespołów opieki paliatywnej prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia w Krakowie w 2016 r.

Lp.	Nazwa	Adres
1.	Małopolskie Hospicjum dla Dzieci w Krakowie	ul. Odmętowa 4; 31-979 Kraków
2.	Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża	ul. Długa 38; 31 - 116 Kraków
3.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Alma Spei”	ul. Dożynkowa 88a; 31-234 Kraków
4.	Hospicjum Św. Łazarza	ul. Fatimska 17; 31-831 Kraków
5.	Krakowskie Hospicjum dla Dzieci im. księdza Józefa Tischnera	ul. Różana 11/1; 30-505 Kraków
6.	Stowarzyszenie Hospicjum Maryi Królowej Apostołów w Krakowie	ul. Witosa 15/1a; 30-611 Kraków

7.	NZOZ Zakład Usług Medyczno-Rehabilitacyjnych PCK Domowa Opieka Paliatywna i Oddział Szpitalny w Krakowie	ul. Studencka 19; 31-116 Kraków
8.	NZOZ Mari - Med Opieka Długoterminowa i Paliatywna Maria Skołuba	Nad Sudołem 32, 31-228 Kraków

Źródło opracowanie własne na podstawie BIP Miasta Krakowa

Obok hospicjów stacjonarnych funkcjonują hospicja domowe, których rolą jest realizowanie świadczeń w domu pacjenta we współpracy z lekarzem, pielęgniarką oraz położną podstawowej opieki zdrowotnej. W 2017 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 31 hospicjów domowych, w tym w Krakowie 5 placówek realizowało świadczenia z zakresu opieki domowej. Natomiast w woj. małopolskim świadczenia z zakresu hospicjum domowego dla dzieci realizowało 11 placówek, w tym 3 w Krakowie⁴⁵.

Na terenie miasta Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatry w 2017 r. udzielało 9 podmiotów:

- Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków);
- Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie (ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków);
- Przychodnia "SANA-MED" (os. Dywizjonu 303 2, 31-871 Kraków);
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pro vita et spe" (ul. Dietla 64, 31-039 Kraków);
- Centrum Medyczne "MED-ALL" (ul. Budziszyńska 1, 31-619 Kraków);
- Samodzielny Publiczny ZOZ MSW w Krakowie - Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Kronikarza Galla 25, 33-332 Kraków);
- Szpital Zakonu Bonifratów św. Jana Granego w Krakowie (ul. Trynitarzka 11, Kraków);
- Nowa Rehabilitacja (ul. Komuny Paryskiej 24, Kraków);
- Małopolski Zespół Przychodni Specjalistycznych "Batorego 3" (ul. Batorego 3, Kraków).

2.4. Opieka sprawowana w systemie pomocy społecznej

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) pomoc społeczna ma na celu wsparcie osoby i rodziny w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych i pomoc w życiowym usamodzielnieniu się, a także ich integrację ze środowiskiem. Obowiązek zapewnienia opieki osobie wymagającej pomocy z powodu wieku lub niepełnosprawności spoczywa na rodzinie, w dalszej kolejności na pomocy społecznej. Uchwałą Nr XIII/106/99 Rady Miasta Krakowa z dnia 17 marca 1999 r. (z późn. zm.) określa system pomocy społecznej miasta Krakowa. Podstawową jednostką organizacyjną systemu pomocy społecznej miasta Krakowa jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie. Pozostałymi jednostkami realizującymi zadania pomocy społecznej są domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, placówki opiekuńczo-wychowawcze, ośrodki adopcyjno-opiekuńcze, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, placówki pomocy dla kobiet z dziećmi, placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, placówki pomocy bezdomnym, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki wsparcia i inne jednostki organizacyjne realizujące zadania pomocy społecznej. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie został powołany uchwałą Rady Miasta Krakowa nr XXXIII/228/91 z dnia 14 października 1991 roku (z późn. zm.).

⁴⁵ Jak i gdzie się leczyć. Informator Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydanie i 2018

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Osobę wymagającą tej formy wsparcia kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej to instytucja, która świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Dom pomocy społecznej może również świadczyć specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących.

Rodzaje domów pomocy społecznej (DPS) określają przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.):

- a) dla osób w podeszłym wieku;
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

W 2016 r. W Krakowie funkcjonowało 13 publicznych domów pomocy społecznej, które łącznie dysponowały 1 858 miejscami, a w 2017 r. liczba podmiotów nie uległa zmianie, natomiast zwiększyła się liczba miejsc do 1 883⁴⁶ (Tabela 64). Warto nadmienić, że w Krakowie powstał Domu Pomocy Społecznej (DPS ul. Rozrywki 1) o specjalistycznym profilu, przeznaczony dla osób uzależnionych oraz osób chorujących psychicznie. Budowę rozpoczęto w 2009 r. i powstały DPS stanowił pierwszą tego rodzaju placówkę w Polsce (60 miejsc).

Na terenie miasta Krakowa w latach 2011–2013 funkcjonowały 3 niepubliczne domy pomocy, w 2014–2017 5 DPS, , które zapewniały łącznie 199 miejsc (Tabela 64).

Tabela 64. Liczba miejsc w publicznych i niepublicznych Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011-2017

Lp.	Adres	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Publiczne								
1.	DPS os. Hutnicze 5	40	40	40	–	–	–	45
2.	DPS os. Sportowe 9	40	40	45	45	45	45	45
3.	DPS os. Szkolne 28	50	50	50	50	50	50	50
4.	DPS ul. Babińskiego 25	88	87	87	87	87	87	87
5.	DPS ul. Helców 2	332	332	332	332	332	332	312
6.	DPS ul. Kluzeka 6	90	90	90	90	90	90	90
7.	DPS ul. Krakowska 55	208	208	208	265	235	260	260
8.	DPS ul. Łanowa 39	140	140	140	140	140	140	140
9.	DPS ul. Łanowa 41	318	318	318	374	374	378	378
10.	DPS ul. Łanowa 43	169	169	165	165	165	165	165

⁴⁶ Dane Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie

Lp.	Adres	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
11.	DPS ul. Nowaczyńskiego 1	175	175	175	175	175	175	175
12.	DPS ul. Praska 25	76	76	81	81	81	81	81
13.	DPS ul. Radziwiłłowska 8	50	55	55	55	55	55	55
Ogółem		1 776	1 780	1 786	1 859	1 829	1 858	1 883
Niepubliczne								
1.	DPS ul. Podgórk Tynieckie 96	50	50	50	50	50	50	50
2.	DPS ul. Sołtysowska 13d	67	67	67	67	67	67	67
3.	DPS ul. Ułanów 25	25	25	25	45	45	45	45
4.	DPS ul. Łanowa 1B	–	–	–	37	37	37	37
5.	DPS os. Hutnicze 5	–	–	–	40	40	45	–
Ogółem		142	142	142	239	239	304	199

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie.

W latach 2011–2016 w Krakowie funkcjonowały Domy Pomocy Społecznej o następujących profilach:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

Najwięcej DPS w Gminie Miejskiej Kraków jest przeznaczonych dla osób przewlekle somatycznie chorych (7 placówek w latach 2014–2017) i posiadają łącznie najwięcej miejsc (911 w latach 2016–2017). W Krakowie znajduje się jedna placówka DPS dedykowana dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (25 miejsc w latach 2016–2017) i dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (165 miejsc w latach 2016–2017) (Tabela 65).

Tabela 65. Liczba placówek i miejsc w DPS w Krakowie w latach 2011–2017

Rok	DPS	dla osób w podeszłym wieku	dla osób przewlekłe somatycznie chorych	dla osób przewlekłe psychicznie chorych	dla dzieci i młodzieży niepełnospraw- nych intelektualnie	dla dorosłych niepełnospraw- nych intelektualnie	dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnospraw- nych intelektualnie	Ogółem
2011	l. placówek	3	6	3	1	2	1	16
	l. miejsc	233	787	576	25	128	169	1918
2012	l. placówek	3	6	3	1	2	1	16
	l. miejsc	233	792	576	25	127	169	1922
2013	l. placówek	3	5	3	1	2	1	15
	l. miejsc	238	797	576	25	127	165	1928
2014	l. placówek	3	7	3	1	2	1	17
	l. miejsc	238	854	689	25	127	165	2098
2015	l. placówek	3	7	3	1	2	1	17
	l. miejsc	238	854	659	25	127	165	2068
2016	l. placówek	3	7	3	1	2	1	17
	l. miejsc	181	911	688	25	132	165	2102
2017	l. placówek	3	7	3	1	2	1	17
	l. miejsc	157	915	688	25	132	165	2082

DPS os. Szkolne 28 posiada 3 lokalizacje ze względu na przeznaczony jest trzy typy domów: dla osób przewlekłe psychicznie chorych – 50 miejsc, dla osób przewlekłe somatycznie chorych – 45 miejsc oraz dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 45 miejsc.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raporty o Stanie Miasta za lata 2011–2017

Czas oczekiwania na miejsce w krakowskich DPS w latach 2011–2017 był zróżnicowany i zależny przede wszystkim od typu domu. W 2017 roku, w stosunku do roku 2011 wydłużył się okres oczekiwania – z 6 do 9 miesięcy – na umieszczenie w DPS dla osób w podeszłym wieku, natomiast dla osób przewlekłe somatycznie chorych okres ten zmniejszył się z 27 do 12 miesięcy; dla osób przewlekłe psychicznie chorych – z 33 do 6 miesięcy; dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – z 15 do 2 miesięcy. Analizując poszczególne lata w okresie 2011–2017 można zaobserwować znaczne różnice w średnim czasie oczekiwania na miejsce. Na przestrzeni lat 2011–2017 we wszystkich typach DPS liczba oczekujących ulegała zmniejszeniu (Tabela 66).

Tabela 66. Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w DPS w Krakowie w latach 2011–2017

Profil działalności DPS		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
dla osób w podeszłym wieku	czas oczekiwania (mies.)	6	10	10	3	3	5	9
	liczba oczekujących	40	40	33	16	18	27	28
dla osób przewlekłe somatycznie chorych	czas oczekiwania (mies.)	27	24	18	3	6	10	12
	liczba oczekujących	358	286	163	58	131	169	204

Profil działalności DPS		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
dla osób przewlekle psychicznie chorych	czas oczekiwania (mies.)	33	30	15	12	0	6	6
	liczba oczekujących	145	81	57	29	3	19	13
dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	czas oczekiwania (mies.)	15	12	7	15	12	3	2
	liczba oczekujących	23	11	7	13	12	5	2
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	czas oczekiwania (mies.)	3	3	bd.	3	3	na bieżąco	na bieżąco
	liczba oczekujących	3	8	1	0	0	0	0
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	czas oczekiwania (mies.)	bd.	bd.	bd.	15	12	3	2
	liczba oczekujących	bd.	bd.	bd.	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie

Dom pomocy społecznej świadczy usługi opiekuńcze beneficjentom, które obejmują m. in. pomoc w codziennych zajęciach, w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z rodziną i otoczeniem, natomiast specjalistyczne usługi opiekuńcze obejmują pielęgnację wspierającą proces leczenia, rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu. Ponadto można wyróżnić specjalistyczne usługi opiekuńcze dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi (Tabela 66). W latach 2011–2017 liczba udzielonych świadczeń w ramach pomocy społecznej w zakresie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych wzrasta, w 2017 r. udzielono 2 519 osobom pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (wzrost o 12% w stosunku do 2011 r.), 93 usługi opiekuńcze dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi (wzrost o 59% w stosunku do 2011 r.) oraz 457 specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi (wzrost o 11% w stosunku do 2011 r.)

Tabela 67. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w Krakowie latach 2011–2017

Rodzaj usługi	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Świadczenia w ramach zadań własnych							
Usługi opiekuńcze	2228	2194	2097	2169	2390	2372	2519
Usługi opiekuńcze dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi	38	38	40	47	59	75	93
świadczenia w ramach zadań zleconych							
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	407	417	448	422	434	451	457

Źródło: opracowanie własne na podstawie opracowanie własne na podstawie Raport o stanie miasta za lata 2013–2017

W 2017 r. usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w Krakowie świadczyły następujące placówki:

- a) Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. Bł. Anieli Salawy w Krakowie (na terenie Dzielnicy I – III Gminy Miejskiej Kraków);
- b) Małopolski Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Krakowie (na terenie Dzielnicy IV – VII Gminy Miejskiej Kraków);
- c) Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Krakowie (na terenie Dzielnicy VIII – XVIII Gminy Miejskiej Kraków).

W 2017 r. zadanie na zlecenie Gminy Miejskiej Kraków w zakresie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością w realizował Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym realizował jeden podmiot – Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. Bł. Anieli Salawy.

3. PODSTAWOWA I AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

3.1. Podstawa opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) stanowi element systemu opieki zdrowotnej, której zadaniem jest zapewnienie uprawnionym do świadczeń zamieszkałym lub przebywającym w Polsce świadczeń opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia te udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w uzasadnionych przypadkach – w domu. Opieka POZ opiera się na złożeniu w podmiocie leczniczym deklaracji do przystąpienia do podstawowej opieki zdrowotnej i wybór imienny lekarza rodzinnego a także pielęgniarki i położnej POZ. Do świadczeń gwarantowanych w POZ należą świadczenia udzielane przez:

- a) lekarza POZ,
- b) pielęgniarkę POZ,
- c) położną POZ,
- d) pielęgniarkę lub higienistkę szkolną,
- e) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- f) transport sanitarny.

Do POZ w 2016 r. w województwie małopolskim zadeklarowanych było 3 206 255 pacjentów z czego 78,5% stanowią osoby powyżej 19. roku życia w Krakowie liczba zadeklarowanych wyniosła 825 012 (82,5% pacjentów powyżej 19. roku życia) (Tabela 68).

Tabela 68. Liczba osób zadeklarowanych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2013–2016

Wyszczególnienie	Małopolska				Kraków			
	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.
0–18 lat	674 931	657 619	671 605	689 724	135 630	134 593	137 611	143 922
19 lat i więcej	2 574 836	2 538 769	2 525 839	2 516 531	674 834	676 766	692 938	681 090
Ogółem	3 249 767	3 196 388	3 197 444	3 206 255	810 464	811 359	830 549	825 012

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej i MOW NFZ

W 2017 r. 157 świadczeniodawców z terenu Krakowa udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast liczba podpisanych umów wyniosła 161. Na przestrzeni lat 2010–2017 liczba świadczeniodawców systematycznie wzrastała (Tabela 69).

Tabela 69. Liczba świadczeniodawców z terenu Krakowa oraz liczba umów zawartych z NFZ w latach 2010–2017 w ramach POZ

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Liczba świadczeniodawców	139	135	137	141	145	143	143	157
Liczba umów	346	211	148	156	154	143	143	161

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej i MOW NFZ

Liczba osób zadeklarowanych do lekarzy POZ obejmuje wszystkich mieszkańców, którzy złożyli deklarację i wybrali swojego lekarza POZ, natomiast liczba pacjentów, którzy wymagają opieki lekarza z powodu różnych chorób jest znacznie mniejsza. W 2016 r. liczba pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń lekarza POZ i wymagali opieki czynnej z powodu chorób przewlekłych w woj. małopolskich wynosiła 1 088 186, a w Krakowie 322 908. Najliczniejszą grupę wymagającą tego rodzaju opieki zdrowotnej są osoby powyżej 65. roku życia, a następnie osoby pomiędzy 35. a 54. rokiem życia (Tabela 70).

Tabela 70. Struktura wiekowa pacjentów leczonych przez lekarzy POZ z powodu chorób przewlekłych – wymagający opieki czynnej w Małopolsce i Krakowie w 2016 r.

Wiek	Małopolska	Kraków
0-2	12 727	3 274
3 - 4	13 392	3 483
5 - 9	35 085	6 818
10 - 14	38 858	5 533
15-18	28 783	4 786
19-34	116 825	51 828
35-54	248 801	70 573
55-64	243 191	67 901
65 i więcej	350 524	108 712
Ogółem	1 088 186	322 908

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Pacjenci zgłaszają się do lekarza POZ z różnymi problemami zdrowotnymi i pozostają pod ich opieką w trakcie diagnostyki, leczenia, kontroli skuteczności leczenia przede wszystkim z powodu chorób przewlekłych. W 2016 r. pod opieką lekarzy POZ w Krakowie najwięcej było pacjentów do 18 r. ż. z powodu dychawicy oskrzelowej (5 340 pacjentów), zniekształceń kręgosłupa (2 374 pacjentów) oraz niedokrwistości (1 099 pacjentów). Natomiast w grupie dorosłych tj. w wieku 19 lat i więcej, najczęściej pacjenci pozostawali pod opieką lekarza POZ z powodu:

- a) chorób układu krążenia (150 738 pacjentów),
- b) chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (108 094 pacjentów),
- c) chorób układu trawiennego (51 669).

Szczegółowe dane przedstawia Tabela 71.

Tabela 71. Liczba pacjentów będących pod opieką lekarza POZ w zakładach publicznych, niepublicznych oraz praktykach lekarskich wg wybranych jednostek chorobowych w Krakowie w 2016 r.

Jednostka chorobowa	0-18 lat	19 i więcej
gruźlica A15-A19, B-90	–	320
nowotworu C00-C97, D00-D48	461	20 010
niedokrwistości D50-D59	1 099	26 895
choroby tarczycy E00-E07	896	31 129
cukrzycy E10-E14	266	10 019
niedożywienia E40-E46	206	–
otyłości E65-E68	1 135	–
upośledzenia umysłowego F70-F79	270	–
padaczki G40	647	–
dziecięcego porażenia mózgowego G80	145	–
zaburzenia refrakcji i akomodacji oka H52	2 121	–
nieżyt oskrzeli i dychawica oskrzelowa J40-J47	–	21 097
dychawicy oskrzelowej J45	5 340	–
alergii skórnych L27.2	1 632	–
zniekształcenia kręgosłupa M40-M41	2 474	–
choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	–	108 094
choroby układu moczowego N00-N23	582	–
wady rozwojowej układu krążenia Q20-Q28	455	–
zaburzenia rozwoju R62	990	–
trwałego uszkodzenia narządu ruchu R26.2	76	–
choroby obwodowego układu nerwowego G50-G59	–	27 463
choroby układu krążenia I00-I99	–	150 738
choroby układu trawiennego K25-K93	–	51 669

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane są w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna w zakresie POZ w 2017 r. udzielana była przez 18 podmiotów na terenie miasta Krakowa.

Tabela 72. Wykaz podmiotów udzielających świadczeń w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna w Krakowie w 2017 r.

Nazwa świadczeniodawcy	Obszar zabezpieczenia m. Kraków	Populacja obszaru zabezpieczanego na 31.12.2016 r.
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o. o.	Kraków - Dzielnica XIV, XV, XVI	121 901
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	Kraków - dzielnica IV+ Zielonki	91 435
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana		

Pawła II		
Szpital św. Rafała w Krakowie	Kraków - Dzielnica V, VI + Zabierzów	80 294
Szpital św. Rafała w Krakowie	Kraków - Dzielnica IX, X, XI	95 133
Specjalistyczny Szpital im. J. Dietla w Krakowie	Kraków - Dzielnica I, VII	53 695
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	Kraków - Dzielnica II, III	76 060
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	Kraków - Dzielnica XVII, XVIII + Igołomia-Wawrzeńczyce	81 033
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Sp. z o. o.	Kraków - Dzielnica VIII	60 495
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Sp. z o. o.	Kraków - Dzielnica XII, XIII	98 211

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

Świadczenia udzielane przez SOR i Izbę Przyjęć został opisane w kolejnej części „Ratownictwo medyczne”.

1 października 2017 r. wraz z wejściem w życie reformy ochrony zdrowia i rozpoczęciem funkcjonowania nowej sieci szpitali, nastąpiła również zmiana w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W związku z powyższymi zmianami systemowymi w Tabeli 73 przedstawia liczbę udzielonych świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w okresie od 1 października 2017 r. do 1 października 2018 r. w placówkach na terenie Krakowa. W tym okresie udzielono łącznie 117 540 porad lekarskich ambulatoryjnych, jednocześnie w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta udzielono 5 056 porad, natomiast świadczeń pielęgniarstwach ambulatoryjnych zrealizowano 30 603. Najwięcej świadczeń zostało udzielonych przez NZOZ Kraków – Południe Sp. z o. o.

Tabela 73. Liczba udzielonych świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Krakowie w okresie od 1 października 2017 r. do 1 października 2018 r.

Nazwa Świadczeniodawcy	Porady lekarskie ambulatoryjne	Porady lekarskie w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	Porad pielęgniarstwach ambulatoryjne
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	11 015	435	1 644
Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	6 705	358	1 901
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	9 337	253	4 074
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	2 932	184	603
Szpital Specjalistyczny Im. Stefana Żeromskiego SPOZ w Krakowie	13 188	616	2 344
SCANMED S.A.	21 137	876	5 564
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o. o.	25 120	1 169	5 189
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Sp. Z o. o.	28 106	1 165	9 284
Ogółem	117 540	5 056	30 603

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

3.2. AmbulATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

AmbulATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA (AOS) udzielana jest przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczenia gwarantowane w powyższym zakresie są udzielane w poradniach specjalistycznych w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia (mogą być udzielane również w domu chorego) na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. lekarza POZ lub lekarza innej specjalności). Skierowanie powinno zostać dostarczone do poradni do której zgłosił się pacjent w terminie 14 dni roboczych od dnia rejestracji, w przeciwnym razie pacjent zostanie skreślony z listy oczekujących. Jednakże skierowanie nie jest wymagane do:

- a) ginekologa i położnika;
- b) dentysty;
- c) wenerologa;
- d) onkologa;
- e) psychiatry;
- f) poradni dla osób chorych na gruźlicę;
- g) poradni dla osób zakażonych wirusem HIV.

Świadczenia gwarantowane w ramach AOS obejmują:

- a) porady specjalistyczne;
- b) badania diagnostyczne;
- c) procedury zabiegowe ambulatoryjne;
- d) świadczenia w chemioterapii;
- e) inne świadczenia ambulatoryjne (dializa otrzewnowa, hemodializa, tlenoterapia w warunkach domowych, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych: całkowite żywienie pozajelitowe, żywienie dojelitowe w warunkach domowych: żywienie dojelitowe, wykonanie zatyczki do protezy gałki ocznej, powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej, naprawa i renowacja protezy twarzy, wykonanie i zaopatrzenie w protezę twarzy, wykonanie i zaopatrzenie w protezę nosa, wykonanie i zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej, wykonanie i zaopatrzenie w protezę gałki ocznej, wargi i nosa, leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej: założenie pompy insulinowej, oksigenacja hiperbaryczna, terapia izotopowa, teleradioterapia radykalna, paliatywna i w leczeniu chorób skóry, teleradioterapia konformalna z monitoringiem TK, bramkowana, z modulacją intensywności dawki, elektronami, fotonami, brachyterapia standardowa, brachyterapia z planowaniem 3D, domowa antybiotykoterapia dożylna w leczeniu zaostrzeń choroby oskrzelowo-płucnej u pacjentów z mukowiscydozą. Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie, opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego).

W 2017 r. 674 świadczeniodawców z terenu Krakowa udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (łącznie liczba przychodni, ośrodków zdrowia i praktyk lekarskich), w tym 11 prywatnych praktyk lekarskich posiadało kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń. Od 2011 r. obserwowany jest stały wzrost liczby placówek ambulatoryjnych, natomiast spadek odnotowano w stosunku do liczby prywatnych praktyk posiadających kontrakt z NFZ (Tabela 74).

Tabela 74. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Krakowie w latach 2011–2017

Typ jednostki	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich:	565	565	580	602	638	669	674
prywatne praktyki lekarskie – kontrakt z NFZ	17	13	10	16	11	11	11

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raport o stanie miasta 2017

Analizując liczbę porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w Krakowie należy zaznaczyć, iż w większości analizowanych rodzajów poradni odnotowano wzrost liczby udzielonych świadczeń w 2017 r. w stosunku do 2016 r.:

- poradni nefrologicznych (z 36 992 w 2016 r. do 39 217 w 2017 r.),
- poradni kardiologicznych (z 413 339 w 2016 r. do 418 279 w 2017 r.),
- poradni dermatologicznych (z 285 745 w 2016 r. do 292 045 w 2017 r.),
- poradni rehabilitacyjnych (z 117 868 w 2016 r. do 128 970 w 2017 r.),
- poradni chorób zakaźnych (z 52 735 w 2016 r. do 53 738 w 2017 r.),
- poradni pediatricznych (z 115 212 w 2016 r. do 144 842 w 2017 r.),
- poradni ginekologiczno-położniczych (z 562 517 w 2016 r. do 576 986 w 2017 r.),
- poradni chirurgii ogólnej (z 805 255 w 2016 r. do 825 925 w 2017 r.),
- poradni otolaryngologicznych (z 370 807 w 2016 r. do 378 523 w 2017 r.),
- poradni urologicznych (z 155 961 w 2016 r. do 158 041 w 2017 r.),
- poradni stomatologicznych (z 1 154 473 w 2016 r. do 1 361 302 w 2017 r.).

W pozostałych poradniach odnotowano niewielki spadek w liczbie udzielonych świadczeń. Natomiast porównując liczbę porad udzielonych w 2011 r. w stosunku do 2017 r. jedynie w przypadku poradni nefrologicznych odnotowano spadek udzielonych świadczeń (40 457 porad w 2011 r. i 39 217 porad w 2017 r.) (Tabela 75).

Tabela 75. Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w Krakowie w latach 2011–2017

Poradnia	Liczba udzielonych porad						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alergologiczna	141 445	163 276	171 083	193 508	208 232	210 873	187 904
Diabetologiczna	90 046	110 275	105 981	109 877	113 292	114 397	108 219
Nefrologiczna	40 457	45 478	46 824	39 579	36 910	36 992	39 217
Kardiologiczna	295 852	277 203	391 473	412 675	411 499	413 339	418 279
Dermatologiczna	230 759	244 349	273 534	274 153	271 511	285 745	292 045
Neurologiczna	259 098	267 951	304 122	315 228	327 979	334 467	333 679
Onkologiczna	121 632	133 338	140 675	145 993	166 946	177 583	177 295
Rehabilitacyjna	117 692	119 966	130 778	127 542	127 267	117 868	128 970
Chorób zakaźnych	47 779	49 689	50 847	50 988	51 649	52 735	53 738
Pediatriczna	49 576	42 969	92 616	68 956	89 672	115 212	144 842
Ginekologiczno-położnicza	500 368	500 771	533 227	529 135	559 079	562 517	576 986
Chirurgii ogólnej w tym:	258 334	242 894	691 531	755 439	793 793	805 255	825 925
Urazowo-ortopedyczna	249 206	265 225	239 637	339 284	363 424	387 267	411 293
Okulistyczna	418 304	450 203	465 638	486 019	531 455	557 824	554 916

Poradnia	Liczba udzielonych porad						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Otolaryngologiczna	340 316	304 846	340 616	348 141	365 613	370 807	378 523
Urologiczna	119 958	116 645	139 143	144 948	151 611	155 961	158 041
Stomatologiczna, w tym:	1 131 834	1 138 699	1 245 323	1 347 321	1 516 021	1 154 473	1 361 302
ortodontyczna	111 684	100 385	93 597	100 812	122 286	135 086	142 418
protetyki stomatologicznej	36 491	41 858	43 464	45 697	65 103	58 853	59 384
chirurgii stomatologicznej	94 237	106 677	129 006	122 819	162 217	156 097	179 747
ortodontyczna	111 684	100 385	93 597	100 812	122 286	135 086	142 418

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Raport o Stanie Miasta 2017 i danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego

Liczba porad w poradniach specjalistycznych zarówno na terenie województwa małopolskiego jak i miasta Krakowa wykazuje tendencję wzrostową. Największy wzrost liczby udzielonych porad odnotowano dla poradni pediatrycznych. W województwie małopolskim wzrost o 20% w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. W poradniach neurologicznych, rehabilitacyjnych, ginekologiczno-położniczych oraz otolaryngologicznych nastąpił niewielki spadek liczby udzielonych porad w województwie małopolskim, odpowiednio o 0,3% – neurologia; 4,4% – rehabilitacja, 0,4% – ginekologia i położnictwo oraz 1% – otolaryngologia. W mieście Krakowie, dla wszystkich czterech specjalizacji odnotowano niewielki wzrost liczby udzielonych świadczeń. Istotnie większą liczbę porad można było również zaobserwować dla porad z zakresu zdrowia psychicznego. o ile w województwie małopolskim nastąpił niewielki wzrost 7,6%, natomiast w Krakowie liczba porad zwiększyła się o 12,3%. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 76.

Tabela 76. Porady udzielone w poradniach specjalistycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w 2015 i 2016 r.

Poradnia (kod resortowy)	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Chorób wewnętrznych (1000–1009)	359 618	319 800	3 693 93	325 973
Alergologiczna (1010–1017)	415 852	208 232	419 768	210 873
Diabetologiczna (1020–1021)	252 730	113 292	255 915	114 397
Kardiologiczna (1100–1121)	749 195	411 499	766 423	413 339
Dermatologiczna (1200–1203)	553 642	271 511	566 070	285 745
Neurologiczna (1220–1233)	692 853	327 979	690 616	334 467
Onkologiczna (1240–1251)	226 724	166 946	239 752	177 583
Gruźlicy i chorób płuc (1270–1277)	311 464	112 311	320 893	114 962
Rehabilitacyjna (1300–1309)	268 027	127 267	256 735	117 868
Pediatryczna (1401–1421)	119 223	89 672	143 154	115 212
Ginekologiczno-położnicza (1450–1475)	1 230 195	559 079	1 225 216	562 517
Chirurgiczna (1500–1581, 1630–1631)	1 897 571	793 793	1 927 577	805 255

Poradnia (kod resortowy)	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Okulistyczna (1600–1605)	1 055 286	531 455	1 070 973	557 824
Otolaryngologiczna (1610–1617)	770 563	365 613	762 349	370 807
Zdrowia psychicznego (1700–1711)	454 650	236 052	489 264	265 083
Geriatryczna (1060)	16 286	bd	16 140	13 806
Nefrologiczna (1130–1131)	62 134	36 992	65 292	36 992
Reumatologiczna (1280–1281)	268 027	127 267	256 791	36 992
Chorób zakaźnych (1340–1349)	76 372	52 735	77 749	52 735
Pediatryczna (1401–1421)	119 223	89 672	143 154	115 212

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2015 i 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej, Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach 2017 r., Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego

W zakresie wybranych świadczeń zdrowotnych AOS obserwuje się wzrost udzielanych świadczeń na przestrzeni lat 2015–2017 w zakresie badań kolonoskopowych (9 197 świadczeń w 2017 r.), endoprotezoplastyki (4 929 w 2017 r.), zabiegów w zakresie soczewki (45 067 w 2017 r.), rezonansu magnetycznego (45 067 w 2017 r.) i tomografii komputerowej (51 256 w 2017 r.) (Tabela 77).

Tabela 77. Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w wybranych rodzajach w latach 2015–2017

Rodzaj świadczenia	2015	2016	2017
endoskopowe badanie przewodu pokarmowego – gastroscopia	13 680	13 635	12 087
endoskopowe badanie przewodu pokarmowego – kolonoskopia	8 498	9 021	9 197
endoprotezoplastyka	3 274	3 571	4 929
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	8 569	9 616	12 452
rezonans magnetyczny	36 775	37 561	45 067
tomografia komputerowa	48 624	48 296	51 256

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

Z powodu braku szczegółowych danych dot. świadczeń udzielonych ogółem we wszystkich poradniach stomatologicznych w województwie małopolskim, dane nie zostały przedstawione w tabeli⁴⁷:

- a) stomatologia zachowawcza i chorób błon śluzowych – 3 247,90 tys.
- b) ortodoncja – 225,7 tys.
- c) protetyka stomatologiczna – 76,7 tys.
- d) chirurgia stomatologiczna – 215,9 tys.

Liczba porad stomatologicznych ogółem wzrosła zarówno w województwie małopolskim jak i w Krakowie w latach 2015–2016. Najwięcej spośród świadczeń stanowią porad w zakresie

⁴⁷ Główny Urząd Statystyczny

stomatologii zachowawczej i chorób błon śluzowych i w 2017 r. w Krakowie udzielono ich 979 753, co stanowiło 71,97% wszystkich porad stomatologicznych (Tabela 78).

Tabela 78. Porady udzielone w poradniach stomatologicznych na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w latach 2015–2017

Wyszczególnienie	2015		2016		2017	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Stomatologia zachowawcza i chorób błon śluzowych	2 929 118	1 516 021	3 041 904	1 227 564	bd.*	979 753
Ortodontyczne	207 457	122 286	216 242	135 086	bd.*	142 418
Protetyka stomatologiczna	83 213	65 103	82 867	61 508	bd.*	59 384
Chirurgia stomatologiczna	203 088	162 217	200 596	156 097	bd.*	179 747
Ogółem	3 422 876	1 516 021	3 541 609	1 580 255	bd.*	1 361 302

bd.* – brak szczegółowych danych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2015 i 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej i Raport o stanie miasta 2017

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane badania diagnostyczne w ramach świadczeń AOS w 2017 r. był zróżnicowany i najdłuższy, bo ponad dwa lata oczekiwano na świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego (736 dni dla przypadków stabilnych, 328 dni dla przypadków pilnych), następnie endoprotezoplastykę stawu biodrowego (704 dni dla przypadków stabilnych, 289 dni dla przypadków pilnych), a także zabiegi w zakresie soczewki tj. operacje zaćmy (629 dni dla przypadków stabilnych, 158 dla przypadków pilnych). Na przestrzeni lat 2015–2017 wydłużeniu uległ czas oczekiwania w szczególności na badania w pracowni endoskopii i rezonansu magnetycznego. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 79.

Tabela 79. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie miasta Krakowa w latach 2015–2017 (w dniach)

Rodzaj świadczenia	2015	2016	2017
przypadki stabilne			
endoskopowe badanie przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia)	34	50	67
endoprotezoplastyka stawu biodrowego	655	712	704
endoprotezoplastyka stawu kolanowego	693	747	736
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	683	729	629
rezonans magnetyczny	149	189	190
tomografia komputerowa	77	84	81
przypadki pilne			
endoskopowe badanie przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia)	5	6	12
endoprotezoplastyka stawu biodrowego	315	274	289
endoprotezoplastyka stawu kolanowego	299	345	328
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	244	197	158
rezonans magnetyczny	62	79	97
tomografia komputerowa	24	34	36

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdania z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2016–2018" oraz danych MOW NFZ

W Polsce możemy wyróżnić dwa rodzaje działalności leczniczej: ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne udzielane przez szpitale oraz inne niż szpital podmioty. Świadczenia całodobowe udzielane są w szpitalnych oddziałach

ratunkowych (SOR) i Izbach Przyjęć w trybie nagłym pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W 2016 r. w województwie małopolskim łącznie 44 zakłady leczenia uzdrowiskowego (7 szpitali uzdrowiskowych, 37 sanatoriów uzdrowiskowych) przyjęły w trybie stacjonarnym 86 376 kuracjuszy oraz w trybie ambulatoryjnym 1 548 kuracjuszy. 53,8 tys. kuracjuszy (83,1% ogółu) udzielono świadczeń finansowanych lub dofinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast w 2017 r. 10 579 mieszkańców Krakowa zostało skierowanych na leczenie uzdrowiskowe. Najdłuższy czas oczekiwania w 2017 r. na świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego dotyczył uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dorosłych – od 26 do 28 miesięcy, a najkrócej pacjenci oczekiwali na leczenie ambulatoryjne ok. 3 miesięcy.

W Polsce leczenie psychiatryczne odbywa się poprzez udzielanie świadczeń między innymi w trybie ambulatoryjnym (w poradniach), stacjonarnym, jako leczenie środowiskowe lub rehabilitacja psychiatryczna. Leczenie ambulatoryjne zazwyczaj odbywa się w Poradniach Zdrowia Psychicznego lub też Poradniach Leczenia Uzależnień.

W latach 2011–2017 w Krakowie liczba poradni zdrowia psychicznego posiadających kontrakt z MOW Narodowym Funduszem Zdrowia uległa zmniejszeniu z 43 w 2011 r. do 41 w 2017 r. Natomiast liczba poradni leczenia uzależnień wzrosła z 11 w 2011 r. do 13 w 2017 r. (Tabela 80).

Tabela 80. Liczba poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz liczba udzielonych świadczeń w ramach kontraktu z MOW NFZ w Krakowie w latach 2011–2017

Rok	poradnia zdrowia psychicznego		poradnia leczenia uzależnień	
	liczba poradni	liczba porad	liczba poradni	liczba porad
2011	43	bd.	11	bd.
2012	45	bd.	12	bd.
2013	44	bd.	13	bd.
2014	43	bd.	13	bd.
2015	42	271 834	12	51 437
2016	41	272 373	13	49 386
2017	41	270 414	13	47 082

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

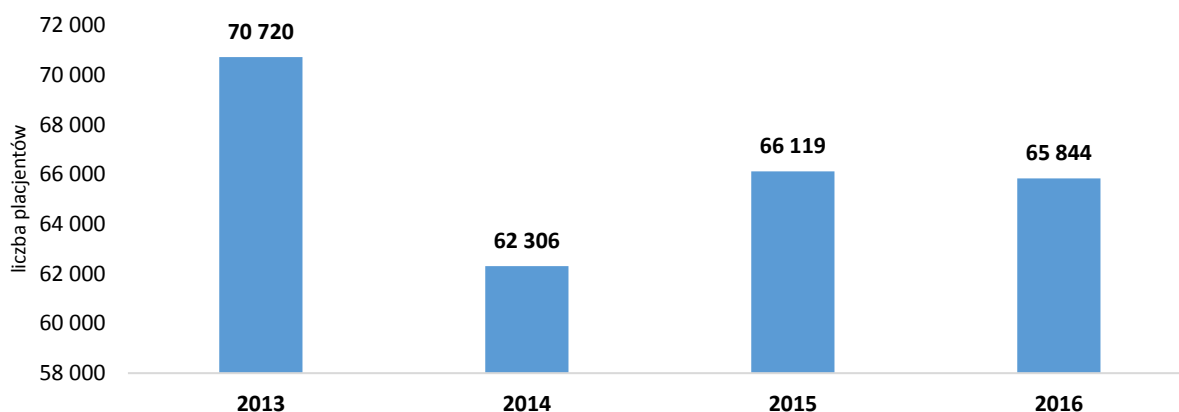
Tabela 81. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) według wybranych rozpoznań i płci w Krakowie w 2016 r.

Rozpoznanie	Ogółem	%	Mężczyźni	%	Kobiety	%
Zaburzenia organiczne (F00-F09)	9 169	13,93%	4 241	46,3%	4 928	53,7%
Schizofrenia (F20)	6 848	10,40%	3 378	49,3%	3 470	50,7%
Zaburzenia schizofreniczne i urojeniowe (F21-F29)	1 456	2,21%	602	41,3%	854	58,7%
Epizody afektywne, depresje, zaburzenia dwubiegunowe i inne zaburzenia nastroju (F30-F39)	13 710	20,82%	4 420	32,2%	9 290	67,8%
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40-F48)	19 694	29,91%	5 997	30,5%	13 697	69,5%
Inne	14 967	22,73%	8 230	55%	6 737	45%
Ogółem	65 844	100%	26 868	40,8%	38 976	59,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

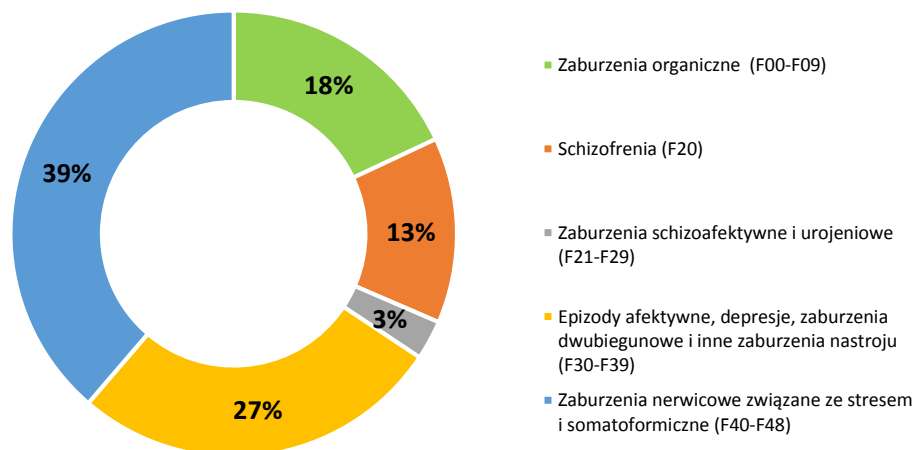
Analizując pacjentów leczonych psychiatrycznie pod względem jednostek chorobowych w 2016 r. liczba leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych bez uwzględniania uzależnień wynosiła 65 844 przypadków. Najwięcej osób leczono z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem 19 694 osób (22,73% spośród wszystkich zaburzeń psychicznych), w tym kobiety stanowiły 69,5% (13 647 przypadków), a mężczyźni pozostałe 30,5% (5 997 przypadków). Kolejnym co do częstości rozpoznaniem w 2016 r. były epizody afektywne – 13 70 (20,82% wszystkich rozpoznań), w tym 9 210 to kobiety a 4 420 to mężczyźni. Trzecie miejsce co do częstości zajmują zaburzenia psychiczne organiczne. Z ich powodu leczyło się 9 169 (13,93% wszystkich rozpoznań) – 4 928 u kobiet, 4 241 u mężczyzn. (Tabela 81, Wykres 62). Na przestrzeni analizowanych lat 2014–2016 rozpoznania te są najczęstsze.

Wykres 62. Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) ogółem w Krakowie w latach 2013-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

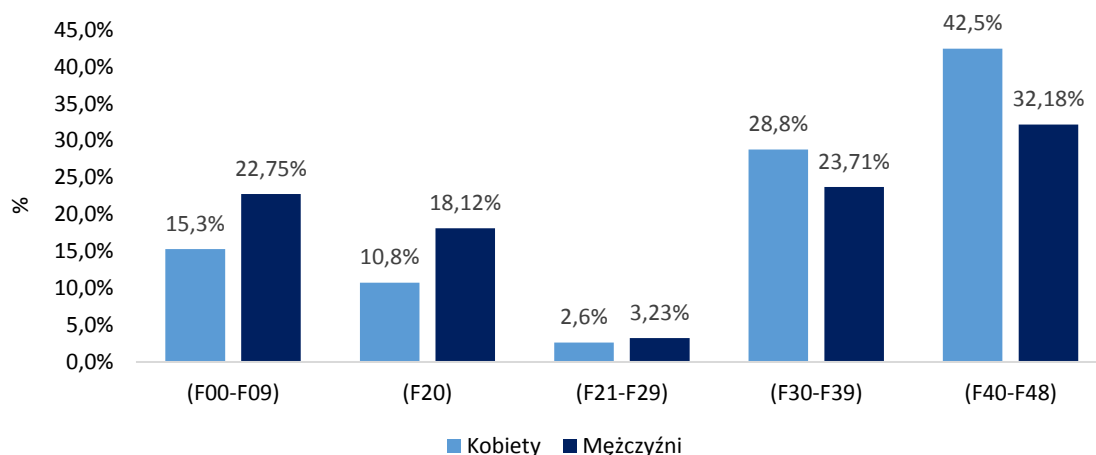
Wykres 63. Odsetek leczonych ambulatoryjnie z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Krakowie w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Występowanie poszczególnych zaburzeń psychicznych różni się względem płci. W 2016 r. analizując wybrane jednostki chorobowe, najczęściej w grupie kobiet leczono z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem. Odsetek ten jest znacznie wyższy w porównaniu do grupy mężczyzn. Jedynie w przypadku grupy chorób określanej F30-F39 tj. epizody afektywne odnotowano wyższy odsetek u mężczyzn (28,8%) (Wykres 64).

Wykres 64. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Krakowie w 2016 r. według wybranych rozpoznań w podziale na płeć



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Tabela 82. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.

Rozpoznanie	Małopolska	Kraków
- opiaty (F11)	215	204
- kanabinoły (F12)	259	212
- leki uspokajające i nasenne (F13)	407	275
- kokaina (F14)	10	8
- inne substancje pobudzające, w tym kofeina (F15)	170	144
- substancje halucynogenne (F16)	4	bd.
- lotne rozpuszczalniki (F18)	8	bd.
- kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)	1 419	998
- używanie tytoniu (F17)	52	bd.
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	366	bd.
Współuzależnienia	140	bd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

W 2016 r. w województwie małopolskim z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych leczonych ambulatoryjnie było 2 544 pacjentów, spośród których 70,6% stanowili mężczyźni. Najwięcej leczono pacjentów z powodu używania kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych nie wymienionych w innych kategoriach (kod F19) – 1 419 osób. Natomiast w Gminie Miejskiej Kraków w 2016 r. leczono 1 879 osób w wyniku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, spośród których 71,4% to mężczyźni. Analogicznie jak w woj. małopolskim najczęstszym powodem udzielania świadczeń było uzależnienie od kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych nie wymienionych w innych kategoriach (kod F19) – 998 (Tabela 82).

Niwelowanie szkodliwych skutków zażywania narkotyków polega na działaniach z zakresu redukcji szkód, do których zalicza się między innymi program leczenia substytucyjnego. Program ten polega na leczeniu metadonem oraz suboxonem. W województwie małopolskim takie programy realizuje Poradnia Leczenia Uzależnień Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera Sp. z o.o. w Krakowie, a dla osób pozbawionych wolności z uzależnieniem od opiatów – Areszt

Śledczy w Krakowie przy ul. Montelupich 7. W 2017 r. programem substytucyjnym w Poradni Leczenia Uzależnień Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera Sp. z o.o. w Krakowie leczono 79 pacjentów (69 pacjentów to mieszkańcy Krakowa).

W 2017 r. MOW NFZ na leczenie uzależnień dla podmiotów zlokalizowanych na terenie miasta Krakowa przeznaczył 19 320 656,27 zł, w tym:

- a) lecznictwo ambulatoryjne – 5 149 844,37 zł;
- b) lecznictwo dzienne – 527 512,90 zł;
- c) lecznictwo stacjonarne – 13 643 299,00 zł.

Ostatnia analizowana grupa zaburzeń to leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim i w mieście Kraków. W 2016 r. liczba osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w Małopolsce wynosiła 11 357, w tym 8 862 (78%) to byli mężczyźni, natomiast w Krakowie 4 355 i w tej grupie leczonych było 3 223 mężczyzn (74% ogółu leczonych). Liczba leczonych osób z rozpoznaniem współistniejących uzależnień od środków psychoaktywnych w Małopolsce wynosiła 147, z czego 54 pacjentów z terenu Krakowa. Współuzależnionych w 2016 r. zarejestrowano w województwie małopolskim 994, z czego 214 w Krakowie (Tabela 83).

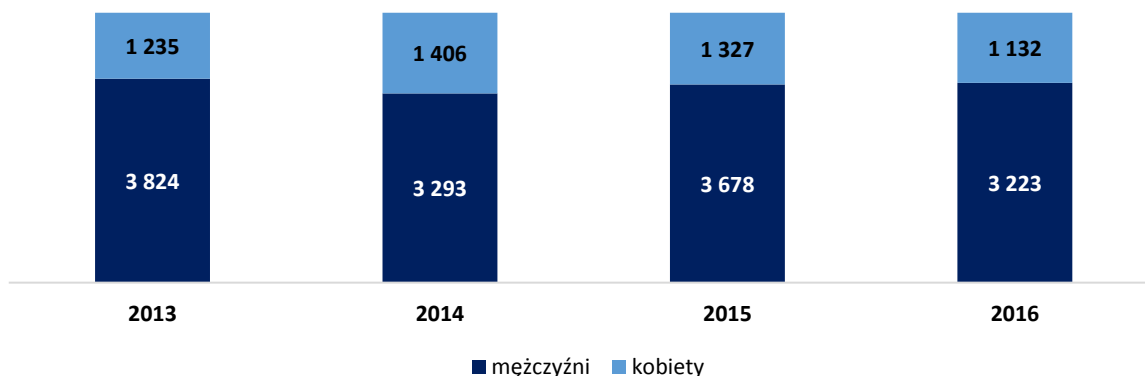
Tabela 83. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.

Rozpoznanie	Małopolska	Kraków
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu (F10)	11 357	4 355
Współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)	147	54
Współuzależnienia	994	214

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Analizując dane na przestrzeni lat 2013–2016 obserwowana jest tendencja spadkowa liczby leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (Wykres 65).

Wykres 65. Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w Krakowie w latach 2013–2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie małopolskim realizuje zadania na podstawie:

1. Ustawy z 8 września 2006 roku o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2195 z późn. zm.)
2. Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938 z późn. zm.)
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2014 roku w *sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego* (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1902)
4. Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa małopolskiego

Jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LPR) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

W 2017 r. na terenie województwa małopolskiego, zgodnie z planem działania systemu, w stałej dyspozycji pozostaje:

- a) 134 Zespoły Ratownictwa Medycznego, w tym: 102 specjalistyczne (S) i 32 podstawowe (P) stacjonujące w poszczególnych powiatach i na terenie miasta Krakowa.
- b) 21 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych funkcjonujących w strukturach szpitali wieloprofilowych;
- c) 1 baza HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, 26 lądowisk przyszpitalnych⁴⁸.

Śmigłowcowe zespoły ratownictwa medycznego (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) działają w bazach stałych, których w Polsce jest 17. W województwie małopolskim baza HEMS zlokalizowana jest na terenie Portu Lotniczego Kraków-Balice. Nowa baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Kraków – Balice została otwarta w styczniu 2014 r.

W 2017 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 21 szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym 6 na terenie Krakowa, w tym jeden szpital dziecięcy (Tabela 84).

Tabela 84. Szpitale na terenie Gminy Miejskiej Kraków, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w latach 2015–2017

Lp.	Nazwa szpitala	Adres
1.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie	ul. Wrocławska 1 – 3
2.	Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	os. Na Skarpie 66
3.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	ul. Prądnicka 35 – 37
4.	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	os. Złotej Jesieni 1
5.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. M. Kopernika 36
6	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265

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

⁴⁸ <https://www.lpr.com.pl/pl/ladowiska/ladowiska-przyszpitalne/> [dostęp 19.10.2018]

Tabela 85 Szpitale na terenie Małopolski, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2017 r.

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Ulica
1.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy"	Bochnia	Krakowska 31
2.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	Brzesko	Kościuszki 68
3.	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	Chrzanów	Topolowa 16
4.	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	Gorlice	Węgierska 21
5.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	Kraków	Wrocławska 1 – 3
6.	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	Kraków – Krowodrza	Prądnicka 35 – 37
7.	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	Kraków – Nowa Huta	Os. Na Skarpie 66
8.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	Kraków – Nowa Huta	Os. Złotej Jesieni 1
9.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie – Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof	Kraków – Śródmieście	Kopernika 50
10.	Szpital Powiatowy w Limanowej	Limanowa	Piłsudskiego 61
11.	Szpital św. Anny w Miechowie	Miechów	Szpitalna 3
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	Myślenice	Szpitalna 2
13.	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	Nowy Sącz	Młyńska 10
14.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	Nowy Targ	Szpitalna 14
15.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nowy Szpital w Olkuszu	Olkusz	Al. 1000 – lecia 13
16.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	Oświęcim	Wysokie Brzegi 4
17.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	Sucha Beskidzka	Szpitalna 22
18.	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ w Tarnowie	Tarnów	Lwowska 178a
19.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	Wadowice	Karmelicka 5
20.	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	Zakopane	Kamieniec 10
21.	Uniwersytecki Szpital Dzieciątka w Krakowie	Kraków-Podgórze	Wielicka 265

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

Nakłady finansowe na funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych zarówno w województwie małopolskim jak i w Krakowie systematycznie rosną. Roczne koszty SOR na terenie miasta Krakowa stanowią około 30% całkowitych kosztów wszystkich SOR w województwie (Tabela 86).

Tabela 86. Nakłady na SOR w Krakowie i Małopolsce w latach 2015–2017

Kraków			Małopolska		
2015	2016	2017	2015	2016	2017
34 410 139,11 zł	40 246 979,29 zł	bd.	112 571 687,34 zł	123 492 325,09 zł	153 174 534,89 zł

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

Na terenie Krakowa w 2017 r. działało 5 izb przyjęć w tym, 2 izby w rejonie Kraków – Krowodrza, 2 izby w rejonie Kraków – Śródmieście i 1 izba w Kraków – Podgórze. W całym województwie

małopolskim funkcjonowało 10 izb przyjęć. Wykaz izb przyjęć w województwie małopolskim przedstawia Tabela 87. W porównaniu z 2016 r. liczba izb przyjęć w województwie była taka sama jak w 2017 r., natomiast w porównaniu z 2015 r. zmniejszyła o jedną. Ponadto dodatkowo możliwe jest utworzenie dodatkowej izby przyjęć, tj. w Szpitalu Specjalistycznym im. dr J. Babińskiego, ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków.

Tabela 87. Izby przyjęć działające na terenie Krakowa i Małopolski w 2017 r.

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków-Krowodrza
2.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków-Krowodrza
3.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla	ul. Skarbowa 1, 31-121 Kraków – Śródmieście
4.	Szpital S.A. Św. Rafała	ul. Adama Bochenka 12, 30-693 Kraków- Podgórze
5.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2-2a, 31-503 Kraków- Śródmieście
6.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej	Dąbrowa Tarnowska, Szpitalna 1
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr Józefa Dietla w Krynicy Zdroju	Krynica - Zdrój, Kraszewskiego 142
8.	SPZOZ w Proszowicach	Proszowice, Kopernika 13
9.	Szpital Miejski w Rabce Zdroju Sp. z o. o.	Rabka-Zdrój, Słoneczna 3
10.	Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie	Tarnów, Szpitalna 13

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

W ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie małopolskim pracują 32 zespoły Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego (KPR). Ambulanse KPR działają oprócz Krakowa również w trzech powiatach. Zespoły podstawowe, których KPR posiada 26 są dwu lub trzy osobowe, w których skład wchodzi ratownicy medyczni lub pielęgniarzy. Ponadto w KPR zespoły „P” wyposażone są dodatkowo w urządzenia do kompresji klatki piersiowej. Oprócz tego funkcjonuje 6 zespołów specjalistycznych „S”. Na terenie miasta Krakowa stacjonowało w 2017 r. łącznie 20 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), w tym: 2 specjalistyczne „S” i 18 podstawowych „P”.

Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń wyłącznie osobom w stanie nagłego zagrożenia życia przebywającym w warunkach poza szpitalnych. Wyróżnia się zespoły podstawowe, specjalistyczne oraz lotnicze. W skład podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. W skład specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się z co najmniej trzech osób, w tym co najmniej jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarzki systemu.

Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego Specjalistycznych w woj. małopolskim odnotowuje spadek na przełomie lat 2011–2017 (48 – w 2011 r., 32 – w 2017 r.). Natomiast Zespoły Ratownictwa Medycznego Podstawowe w latach 2011–2017 odnotowują stały wzrost i w 2017 r.

funkcjonowały 102 zespoły „P”. Jednakże ogólna liczba ZRM na przestrzeni lat wzrosła ze 117 w 2011 r. do 134 zespołów w 2017 r. (Tabela 88).

Tabela 88. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie woj. małopolskiego w latach 2011–2017

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ZRM – specjalistyczny	48	45	43	39	39	35	32
ZRM – podstawowy	69	66	69	88	84	94	102
Ogółem	117	111	112	127	123	129	134

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

W Gminie Miejskiej Kraków w 2017 r. stacjonowało 18 ZRM podstawowych i w stosunku do 2011 r. liczba ta wzrosła o 10, natomiast znacznemu zmniejszeniu uległa liczba ZRM specjalistycznych z 8 zespołów w 2011 r. do 2 zespołów w 2017 r.

Tabela 89. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie Krakowa w latach 2011–2017

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ZRM – specjalistyczny	8	10	8	4	4	4	2
ZRM – podstawowy	8	8	10	15	15	15	18
Ogółem	16	18	18	19	19	19	20

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

Od 18 października 2017 r. system dyspozytorski w województwie małopolskim zastąpiono jednolitym w skali kraju *Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego* (SWD PRM). W ramach powyższego systemu w 2017 r. funkcjonowały dwie Skoncentrowane Dyspozytornie Medyczne, a jedna z nich zlokalizowana była w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym przy ul. św. Łazarza 14 (Dyspozytornia Medyczna nr 1 w Krakowie), natomiast druga w Tarnowie (Dyspozytornia Medyczna nr 2 w Tarnowie). Do zadań dyspozytorni medycznej jest obsługa zgłoszeń z numeru 999 – Pogotowie Ratunkowe i z numeru 112. Krakowska dyspozytornia działa przez całą dobę, w 2017 r. funkcjonowało 12 stanowisk wyposażonych w komputery i konsole służące do prowadzenia rozmów telefonicznych i łączności radiowej z zespołami. Dyspozytorzy wysyłający posługują się elektronicznymi mapami, na których w czasie rzeczywistym widoczne są działania zespołów ratownictwa medycznego w terenie. Natomiast w Dyspozytorni Medycznej w Tarnowie istniało 6 stanowisk dyspozytorskich.

W systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego, działają również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LPR). Lotnicze Pogotowie Ratunkowe to podmiot leczniczy, który jest podległy Ministerstwu Zdrowia. W jego skład wchodzi Lotnicze Pogotowia Ratunkowe. Lotnicze Pogotowia Ratunkowe prowadzi działalność w siedemnastu bazach stałych, w których stacjonują śmigłowcowe zespoły ratownictwa medycznego i pełni funkcję w zakresie:

- ratownictwa medycznego (loty do wypadków i nagłych zachorowań i udzielanie pomocy ich ofiarom);
- lotniczego transportu sanitarnego wykonywanego poza zadaniami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (transport pacjentów wymagających opieki medycznej pomiędzy podmiotami leczniczymi);

- c) lotniczego transportu medycznego spoza granic kraju (np. transport do Polski obywateli naszego kraju, ofiar wypadków lub nagłych zachorowań);
- d) lotniczego transportu medycznego poza granice kraju.⁴⁹

W 2017 r. na terenie Krakowa działały następujące lądowiska:

- a) Kraków – Błonia
- b) Kraków – Prokocim
- c) Kraków – Kopernika
- d) Kraków Kopernika CUMRiK
- e) Kraków Narutowicz
- f) Kraków Prokocim Dziecięcy USD
- g) Kraków Prokocim
- h) Kraków Żeromski
- i) Kraków Rydygier.

Liczba lądowisk w województwie małopolskim oraz w Krakowie na przestrzeni lat 2011–2017 ulegała wahaniom i w 2017 r. osiągnęła najwyższą wartość w porównaniu z latami poprzednimi. W 2017 r. w województwie małopolskim istniało 26 lądowisk przyszpitalnych oraz 9 w Krakowie (Tabela 90).

Tabela 90. Liczba lądowisk przyszpitalnych w województwie małopolskim oraz Krakowie w latach 2011–2017

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
województwo małopolskie	18	22	25	25	25	25	26
Kraków	4	6	8	8	8	8	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Liczba lądowań Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w latach 2011–2017 była zróżnicowana, w 2017 r. w woj. małopolskim odbyło się 654 lądowań LPR, natomiast w samym Krakowie 464.

Tabela 91. Liczba lądowań w województwie małopolskim oraz Krakowie w latach 2011–2017

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
województwo małopolskie	649	589	536	665	843	754	654
Kraków	425	361	360	432	545	503	464

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Wielkość nakładów finansowych na przestrzeni lat 2011–2017 na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe ulegała wahaniom z tendencją spadkową. W 2017 r. wydatkowano 4,26 mln zł, o 1,55 mln mniej niż w 2011 r. Łączne nakłady na LPR w latach 2011–2017 wyniosła 25 773 700,43 zł (Tabela 92).

⁴⁹ Oficjalna strona Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl, 18.10.2018)

Tabela 92. Wielkość nakładów finansowych na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w woj. małopolskim w latach 2011–2017

Rok	Wielkość nakładów finansowych [zł]
2011	5 824 393,33
2012	2 579 792,63
2013	2 635 447,37
2014	2 872 133,54
2015	3 655 359,38
2016	3 938 633,70
2017	4 267 940,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

W 2017 r. w województwie małopolskim udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia 233,6 tys. osobom, w tym 108,8 tys. kobiet. Spośród ogółu, 45% stanowiły osoby po 65. Roku życia. W trybie ambulatoryjnym na szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w 2017 r. udzielono świadczeń 449,7 tys. osób, w tym 205,8 kobietom⁵⁰.

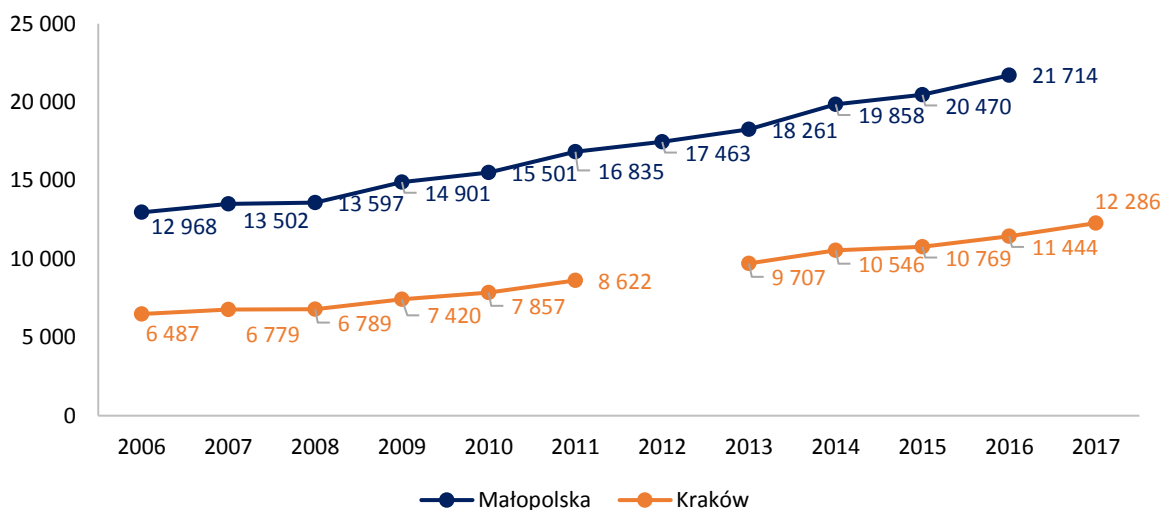
5. KADRY MEDYCZNE

Jednym z elementów efektywnego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie odpowiednio wykształconej i rozmieszczonej kadry medycznej. Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że na koniec 2016 r. w województwie małopolskim na 10 tys. mieszkańców przypadało 24 pracujących lekarzy (37 w 2015 r.), blisko 5 lekarzy dentystów i 54 pielęgniarki. Łączna liczba lekarzy w województwie małopolskim w 2016 r. wynosiła 21 553 oraz 2 768 lekarzy dentystów. W Gminie Miejskiej Kraków w 2016 r. pracowało 11 317 lekarzy (52,50% ogółu lekarzy w województwie), a w 2017 r. liczba zatrudnionych wzrosła do 12 286 lekarzy. Lekarzy stomatologów w Krakowie w 2016 r. pracowało 1 446, a w 2017 r. 1 559. Kobiety stanowią coraz większą grupę pośród lekarzy i w 2017 r. stanowiły 56,42% ogółu lekarzy.

Na przestrzeni lat 2006–2016 liczba lekarzy systematycznie wzrastała zarówno w województwie małopolskim jak i w Krakowie co przedstawia Wykres 66 i Wykres 67.

⁵⁰ Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2017 r. Informacje sygnałowe. GUS

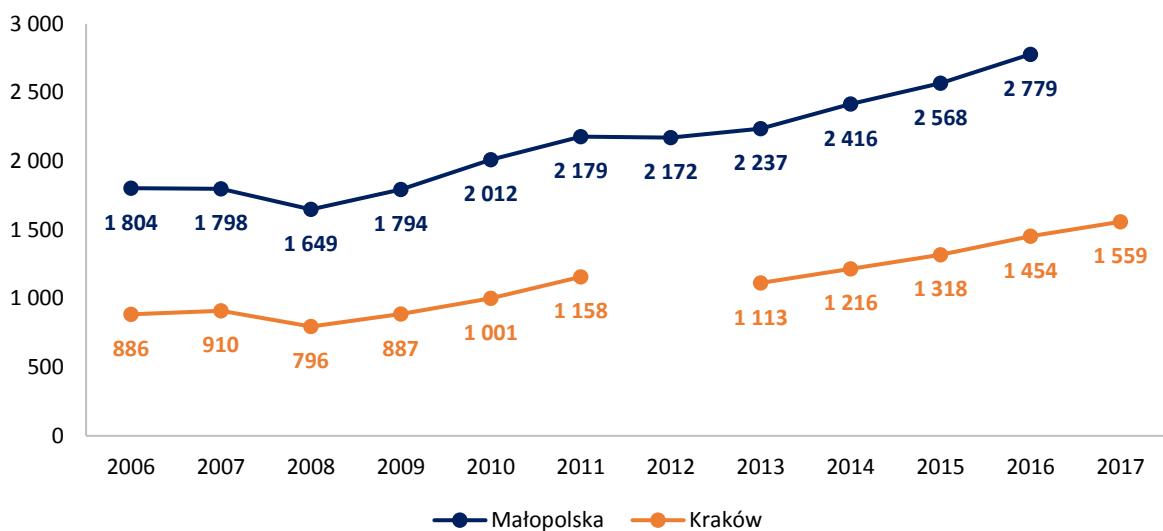
Wykres 66. Liczba lekarzy ogółem pracujący w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2006–2017



Brak danych dla Krakowa w 2012 r. oraz dla woj. małopolskiego w 2017 r.

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

Wykres 67. Liczba lekarzy stomatologów ogółem pracujący w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2006–2017



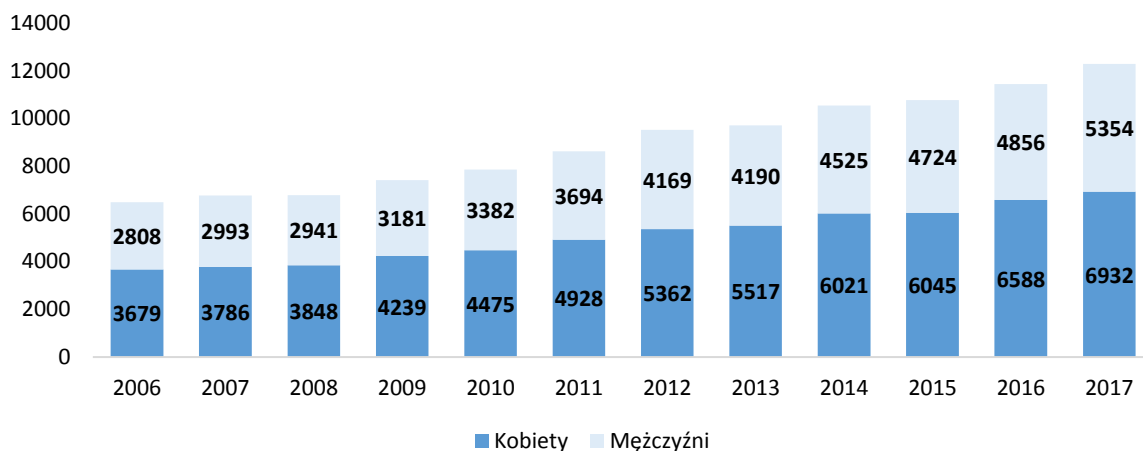
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie

Brak danych dla Krakowa w 2012 r. oraz dla woj. małopolskiego w 2017 r.

Analizując strukturę lekarzy pracujących w Krakowie, od 2006 r. odsetek kobiet lekarzy jest wyższy niż mężczyzn (56,4% vs 43,6% w 2017 r.) w 2006 r. liczba kobiet lekarzy wyniosła 3 679 i w ciągu 12 lat liczba kobiet w tym zawodzie wzrosła prawie dwukrotnie (Wykres 68). Tendencja

ta również występuje w Polsce, gdzie w 2017 r. odnotowano, że zawód lekarza wykonywało 78 421 kobiet i 57 526 mężczyzn co stanowi odpowiednio 57,7% i 42,3%⁵¹.

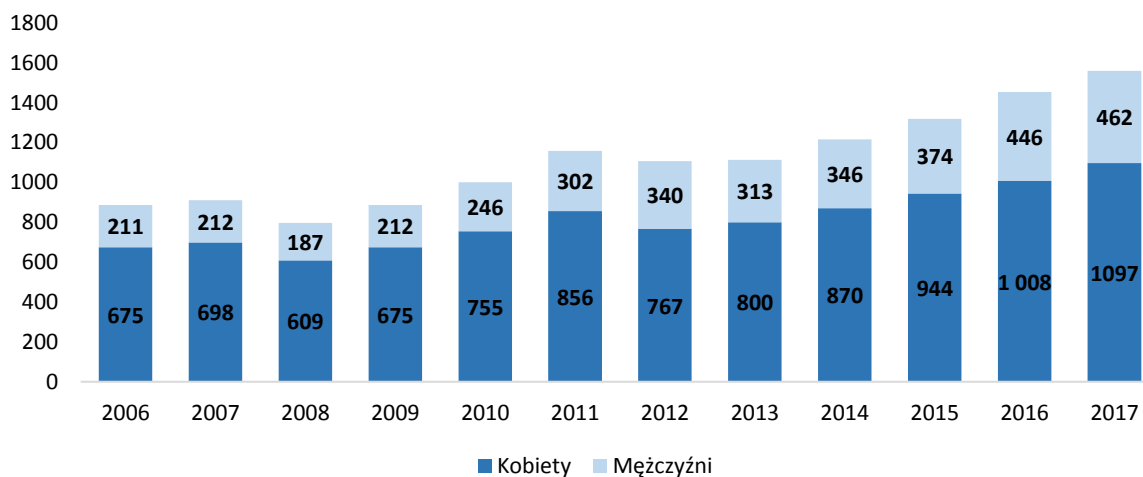
Wykres 68. Liczba lekarzy pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006–2017



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

Liczba lekarzy dentystów płci żeńskiej jest wyższa niż płci męskiej mężczyzn (70,4% vs 29,6% w 2017 r.) w 2006 r. liczba kobiet lekarzy wyniosła 675 i w ciągu 12 lat liczba kobiet w tym zawodzie wzrosła ponad 1,5-krotnie (Wykres 69).

Wykres 69. Liczba lekarzy dentystów pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006–2017



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

Liczba pielęgniarek pracujących w województwie małopolskim w 2016 r. wynosiła 21 848, a w 2017 r. – 22 313. W 2017 r. pielęgniarek z wykształceniem wyższym pielęgniarskim pracowało 11 078 (w 2016 r. – 10 395), w tym z tytułem magistra 3 995 (w 2016 r. – 3 408).

⁵¹ Biliński P, Krajewski R. Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, maj 2018 roku, ISBN 978-83-948240-2-0. [https://nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf, dostęp 19.10.2018]

Natomiast w Krakowie w 2017 r. pracowało ogółem 10 177 (w 2016 r. – 9 773), w tym z wykształceniem wyższym pielęgniarskim 5 551, z tytułem magistra 2 235. W 2017 r. położnych ogółem pracowało 1 507, z wykształceniem wyższym 740, w tym z tytułem magistra 332.

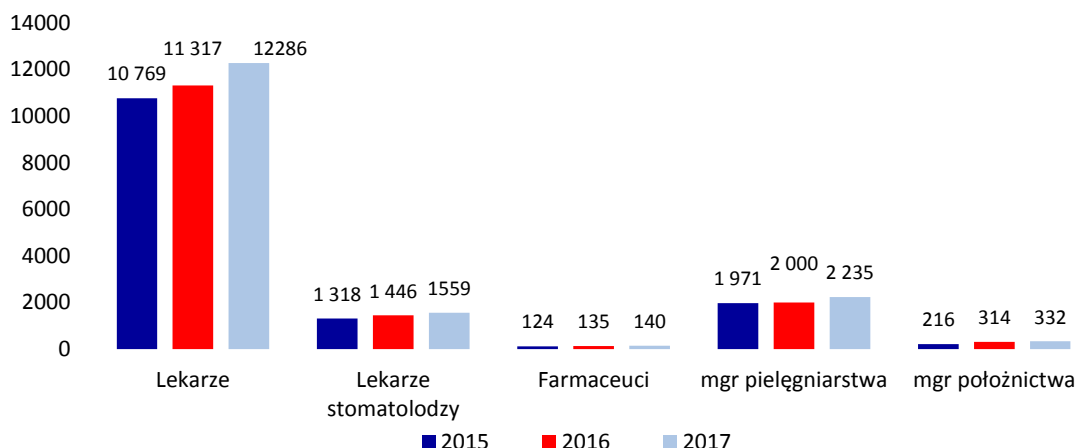
W 2017 r. zarówno w grupie pielęgniarek jak i położnych wzrosła liczba personelu z tytułem magistra. Podobna sytuacja występuje w przypadku ratowników medycznych – liczba ratowników z tytułem magistra wzrosła z 25 w 2016 r. do 41 w 2017 r. Szczegółowe dane dotyczące personelu medycznego w wykształceniu wyższym w tabeli poniżej (Tabela 93).

Tabela 93. Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w tym z wykształceniem wyższym w Krakowie w latach 2016–2017

Zawód	2016		2017	
	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
Lekarze	11 317	4 311	12 286	4 404
w tym kobiety	6 533	2 718	6 932	2 636
Lekarze stomatolodzy	1 446	701	1 559	701
w tym kobiety	1 002	479	1 097	526
Farmaceuci	135	101	140	104
w tym kobiety	105	78	107	77
Diagności laboratoryjni	699	570	805	663
w tym mgr analityki medycznej	388	302	449	359
Pielęgniarki ogółem	9 773	7 266	10 177	7 402
w tym mgr pielęgniarstwa	2 000	1 550	2 235	1 706
Położne	1 471	849	1 507	877
w tym mgr położnictwa	314	182	332	196
Fizjoterapeuci z wyższym wykształceniem	1 196	865	1 175	814
Psycholodzy	768	352	758	358
Ratownicy medyczni	963	242	1 016	377
w tym mgr ratownictwa medycznego	25	13	41	14
Logopedzi	120	45	121	54
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	110	47	145	72
Dietetycy	90	78	129	90
w tym mgr dietetyki, technologii żywienia, żywienia człowieka	bd	bd	112	82

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie, Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2016 r., Raport o Stanie Miasta 2016

Wykres 70. Wybrany personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w latach 2015–2017



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

W 2017 r. personel ze średnim wykształceniem obejmował między innymi pielęgniarki, które stanowiły najliczniejszą grupę personelu medycznego z wykształceniem średnim (4 626 pielęgniarek), kolejną grupę stanowiło 767 położnych, 700 ratowników medycznych i 683 techników elektroradiologii (Tabela 94).

Tabela 94. Zatrudnienie personelu medycznego z wykształceniem średnim w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2017 r.

Zawód	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
Technicy farmaceutyczni	85	83
Technicy analityki medycznej	268	232
Diagności laboratoryjni	356	304
Pielęgniarki ogółem	4 626	3 214
Położne	767	366
Technicy fizjoterapii	218	178
Dietetycy	92	81
Ratownicy medyczni	700	254
Technicy elektroradiologii	682	483
Technicy dentyści	59	42
Terapeuci zajęciowi	60	53
Technicy masażysty	107	88
Instruktorzy higieny	32	32
Higienistki szkolne	48	43
Higienistki stomatologiczne	321	269

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

W 2017 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej świadczeń udzielało 1 027 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (w 2016 r. – 931), w tym 272 tj. 26,48% stanowili lekarze rodzinni, a 209 tj. 20,35% lekarze pediatri. Pielęgniarek w POZ pracowało 895, w tym 343 (38,3%) środowiskowych rodzinnych i 96 (10,72%) pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania.

Tabela 95. Pracujący w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2017 r.

Wyszczególnienie	Liczba pracujących
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	1 027
w tym lekarze rodzinni	272
w tym pediatri	209
Pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej	895
w tym środowiskowe rodzinne	343
w tym środowiskowe nauczania i wychowania	96

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

Lekarz uzyskujący prawo wykonywania zawodu, który ukończył staż i uzyskanie pełne prawo wykonywania zawodu, podejmuje szkolenia specjalizacyjne. Tryb, sposób i realizację specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26). Istnieje 77 specjalizacji lekarskich oraz 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych. Rozporządzenie określa również minimalny czas trwania specjalizacji. Do 1999 r. obowiązywał dwustopniowy system specjalizacji. Po odbyciu szkolenia lekarz otrzymywał tytuł "lekarza danej specjalności" tzw. I stopień specjalizacji, następnie mógł zdobyć specjalizację II. stopnia i tytuł "lekarza specjalisty" danej specjalności. Natomiast po 1999 r. szkolenia odbywają się w systemie modułowym (jednolity lub podstawowy i specjalistyczny).

W Krakowie w latach 2010–2017 nastąpił wzrost liczby lekarzy o 270 specjalistów posiadających specjalizację II. stopnia lub, którzy uzyskali tytuł specjalisty nowym trybem tj. po 1999 r. (2 373 w 2010 r. i 2 648 lekarzy w 2017 r.). Jednakże na przestrzeni analizowanych lat można zaobserwować duże wahania w liczbie specjalistów i w 2017 r. liczba lekarzy specjalistów była mniejsza niż w roku poprzednim o 255 lekarzy. Tabela 96 przedstawia ogólną liczbę lekarzy specjalistów z II. stopniem specjalizacji lub którzy uzyskali specjalizację nowym trybem. Najwięcej lekarzy specjalistów w 2017 r. było w dziedzinie:

- chorób wewnętrznych – 272 lekarzy,
- medycyny rodzinnej – 185 lekarzy,
- anestezjologii i intensywnej terapii 174 – lekarzy,
- kardiologii – 162 lekarzy.

Od 2010 r. obserwuje się spadek specjalistów w dziedzinie:

- chorób wewnętrznych – z 388 w 2010 r. do 272 w 2017 r.;
- radiodiagnostyki – z 79 w 2010 r. do 28 w 2017 r.;
- pediatrii – z 180 w 2010 r. do 152 w 2017 r.

Natomiast wzrost specjalistów odnotowano w dziedzinie:

- kardiologii – z 88 w 2010 r. do 162 w 2017 r.;

- b) onkologii klinicznej – z 17 w 2010 r. do 41 w 2017 r.;
- c) anestezjologii i intensywnej terapii – z 132 w 2010 r. do 174 w 2017 r.;
- d) medycyny rodzinnej – z 151 w 2010 r. do 185 w 2017 r.

Tabela 96. Liczba lekarzy wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2009–2017

Lekarze specjaliści	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ogółem	2 373	2 535	2 597	2 574	2 697	2 746	2 903	2 648
Wybrane specjalizacje								
Alergologii	16	15	18	21	23	20	21	18
Anestezjologii i intensywnej terapii	132	143	158	156	169	171	188	174
Chirurgii ogólnej	111	115	104	102	100	90	125	97
Chorób płuc	42	47	49	47	48	57	55	51
Chorób wewnętrznych	388	436	418	399	381	371	367	272
Dermatologii i wenerologii	44	50	42	38	34	42	45	36
Kardiologii	88	99	121	117	163	165	162	162
Medycyny rodzinnej	151	157	172	163	174	168	181	185
Medycyny pracy	46	39	40	41	42	41	42	25
Neurologii	77	81	89	86	100	93	94	83
Okulistyka	81	87	98	103	94	94	93	89
Onkologii klinicznej	17	27	30	27	31	39	35	41
Otolaryngologii	56	54	45	49	54	58	45	40
Pediatrici	180	188	179	191	199	193	205	152
Położnictwa i ginekologii	130	152	126	120	119	140	162	147
Psychiatrii	145	152	157	150	143	139	148	140
Radiodiagnostyki	79	85	87	94	110	98	66	28

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie i Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie

W województwie małopolskich ogólna liczba lekarzy ze specjalizacją II. stopnia lub, którzy uzyskali tytuł tzw. nowym trybem wynosiła w 2016 r. 5 165 i na przestrzeni lat ulegała wahaniom, ale z tendencją wzrostową. W 2016 r. w woj. małopolskim najwięcej zarejestrowanych było lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej – 645, chorób wewnętrznych – 615, pediatrii – 323 i anestezjologii i intensywnej terapii – 308.

Tabela 97. Liczba lekarzy wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2009–2017

Lekarze specjaliści	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ogółem	4 422	4 534	4 898	4 784	4 876	5 037	5 165
Alergologii	42	41	47	48	49	49	44
Anestezjologii i intensywnej terapii	233	256	301	284	300	300	308
Chirurgii ogólnej	212	221	228	230	218	225	241
Chorób płuc	127	135	147	145	138	140	135
Chorób wewnętrznych	645	661	690	641	621	627	615

Lekarze specjaliści	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Geriatrici	13	16	17	15	21	19	22
Dermatologii i wenerologii	52	56	61	49	44	54	55
Kardiologia	171	173	213	212	258	272	273
Medycyny rodzinnej	610	617	599	603	628	632	645
Medycyny pracy	49	53	56	53	45	49	46
Neurologii	148	151	181	173	167	188	168
Okulistyki	115	120	147	133	127	132	135
Onkologii Klinicznej	29	36	50	49	43	66	48
Otorynolaryngologii	93	91	94	87	91	98	56
Pediatrici	255	273	259	274	279	286	323
Położnictwa i ginekologii	287	267	294	274	254	275	287
Psychiatrici	202	211	228	210	188	210	207
Radiodiagnostyki	152	156	162	169	171	165	46

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie

W 2017 r. w Gminie Miejskiej Kraków pracowało łącznie 188 lekarzy dentyistów ze specjalizacją II stopnia lub którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.). w analizowanym okresie 2010–2017 obserwuje się tendencję spadkową lekarzy dentyistów ze specjalizacją. Największą grupę specjalistów stanowili lekarze ze specjalnością stomatologii ogólnej (w 2010 r.: 116 specjalistów, w 2015 r.: 105 specjalistów) (Tabela 98). Największy wzrost nastąpił w specjalizacjach z:

- ortodoncji (z 31 w 2010 r. do 39 w 2017 r.);
- periodontologii (z 4 w 2010 r. do 12 w 2017 r.);
- protetyki stomatologicznej (19 w 2010 r. do 33 w 2017 r.).

Tabela 98. Liczba lekarzy dentyistów wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2010–2017

Lekarze dentyści ze specjalizacją:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ogółem	259	301	277	301	287	298	bd.	188
Wybrane specjalizacje:								
Chirurgii stomatologicznej	28	38	34	36	36	37	bd.	26
Chirurgia szczękowo-twarzowej	9	7	10	11	8	9	bd.	12
Ortodoncja	31	33	30	32	31	35	bd.	39
Periodontologia	4	10	10	8	12	16	bd.	12
Protetyka stomatologiczna	19	32	27	49	35	36	bd.	33
Stomatologia dziecięca	10	11	16	17	14	14	bd.	14
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	41	37	45	40	43	46	bd.	37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie i Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie

Łączna liczba lekarzy dentyistów (specjalizacja II stopnia i specjalność uzyskana nowym trybem) w 2016 r. w województwie małopolskim wyniosła 292. Obserwowany jest stały wzrost lekarzy ze specjalizacjami stomatologicznymi na przełomie lat 2010–2016. Najwięcej w województwie

małopolskim jest lekarzy dentyków ze specjalizacją ortodoncja (59 lekarzy w 2016 r.) oraz chirurgia stomatologiczna (50 lekarzy w 2016 r.) (Tabela 99).

Tabela 99. Liczba lekarzy dentyków wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Małopolsce w latach 2010–2017

Lekarze dentyści ze specjalizacją:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ogółem	225	241	250	279	275	288	292	bd.
Wybrane specjalizacje:								
Chirurgii stomatologicznej	32	34	34	38	44	45	50	bd.
Chirurgia szczękowo-twarzowej	10	10	12	12	11	12	10	bd.
Ortodoncja	58	57	54	57	57	64	59	bd.
Periodontologia	15	20	19	18	23	26	17	bd.
Protetyka stomatologiczna	36	49	47	68	59	59	61	bd.
Stomatologia dziecięca	8	12	14	17	13	15	16	bd.
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	64	58	67	65	66	67	49	bd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku i lata poprzednie

6. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO

W województwie małopolskim w 2016 r. liczba porad lekarskich udzielonych w poradniach specjalistycznych wyniosła 11 259 628. Najwięcej świadczeń udzieliły poradnie chirurgiczne – 17,12% porad ogółem, następnie ginekologiczno-położnicze – 10,88% i okulistyczne – 9,51%. Szczegółowy wykaz przedstawia Tabela 100.

Tabela 100. Porady w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego w 2016 r.

Rodzaj poradni	Liczba udzielonych porad lekarskich	Wskaźnik zgłaszalności na 1 000 ludności	Odsetek udzielonych porad do porad ogółem
chorób wewnętrznych	369 393	109,2	3,28
alergologiczna	419 768	124,1	3,73
diabetologiczna	255 915	75,7	2,27
endokrynologiczna	389 602	115,2	3,46
geriatryczna	16 140	4,8	0,14
kardiologiczna	766 423	226,6	6,81
nefrologiczna	65 292	19,3	0,58
dermatologiczna	566 070	167,4	5,03
neurologiczna	690 616	204,2	6,13
onkologiczna	239 752	70,9	2,13
gruźlicy i chorób płuc	320 893	94,9	2,85
reumatologiczna	256 791	75,9	2,28
rehabilitacyjna	256 735	75,9	2,28
chorób zakaźnych	77 749	23,0	0,69

medycyny sportowej	35 940	10,6	0,32
pediatryczna	143 154	42,3	1,27
ginekologiczno-położnicza	1 225 216	362,2	10,88
chirurgiczna	1 927 577	569,9	17,12
okulistyczna	1 070 973	316,6	9,51
otolaryngologiczna	762 349	225,4	6,77
urologiczna	307 498	90,9	2,73
zdrowia psychicznego	489 264	144,7	4,35
poradnia leczenia uzależnień	127 641	37,7	1,13
innej specjalności nie wymienionej	478 877	141,6	4,25
Ogółem	11 259 628	3 329,0	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie Wydział Polityki Społecznej

Tabela 101. Liczba podmiotów udzielających podstawowych świadczeń specjalistycznych w ramach kontraktu z MOW NFZ na terenie Krakowa w latach 2010–2017

Rodzaj świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alergologia	17	18	18	17	22	22	22	22
Chirurgia dziecięca	6	7	7	6	5	5	5	5
Chirurgia ogólna	32	32	33	28	38	38	38	37
Choroby metaboliczne	7	5	5	5	6	5	5	5
Choroby płuc	20	14	19	18	18	18	18	bd.
Dermatologia i wenerologia	32	26	26	21	27	27	27	27
Diabetologia	24	17	20	20	21	20	19	19
Endokrynologia	25	20	23	24	24	23	22	20.
Gastroenterologia	8	9	8	8	8	8	8	5
Geriatrya	4	5	4	5	9	9	9	9
Ginekologia i położnictwo	34	34	32	32	49	47	45	45
Kardiologia	37	36	35	34	38	37	39	38
Neurologia	55	41	44	45	47	45	45	44
Nefrologia						8	8	8
Okulistyka	52	41	41	37	39	39	39	40
Onkologia	11	11	9	10	9	11	10	10
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	26	29	28	25	25	25	26	27
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	3	3	3	3	3	3	4	3
Otolaryngologia	42	36	35	35	44	45	44	43
Proktologia	7	7	3	7	7	7	7	7
Reumatologia	23	15	15	15	15	15	15	15
Urologia	25	24	24	25	22	22	22	22

Rehabilitacyjna	bd.	bd.	bd.	bd.	53	53	53	53
Zdrowie psychiczne	bd.	43	45	44	43	42	41	41
Leczenie uzależnień	bd.	11	12	13	13	12	13	13
stomatologia ogółem	bd.	bd.	bd.	bd.	123	113	118	123

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i danych Urzędu Miasta Krakowa – Biuro ds. Ochrony Zdrowia

W zakresie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej liczba podmiotów udzielających świadczenia specjalistyczne w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w niektórych specjalnościach jest względnie stała np. poradni leczenia uzależnień, zdrowia psychicznego, rehabilitacyjnych, urologicznych, otolaryngologicznych, onkologicznych. W Tabeli 101 nie przedstawiono sumy ogólnej w związku z brakiem danych dla niektórych rodzajów poradni.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 poz. 1510, z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, z późn. zm.) świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych ma obowiązek prowadzenia listy osób oczekujących na te świadczenia.

W 2017 r. średni czas oczekiwania na ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne w Krakowie wyniósł ok. 87 dni i w porównaniu do roku poprzedniego wydłużył się o ok. 9 dni. (w 2016 r. – ok. 76 dni). Analizując średni czas oczekiwania na świadczenia AOS w poradniach zlokalizowanych na terenie Krakowa w odniesieniu do przypadków stabilnych największy wzrost odnotowano w poradni endokrynologicznej (204 dni w 2017 r.), gastroenterologicznej (169 w 2017 r.) chorób zakaźnych (144 dni w 2017 r.), neurochirurgicznej (136 dni w 2017 r.), okulistycznej (156 dni w 2017 r.). Najdłużej na świadczenia specjalistyczne w 2017 r. oczekiwali pacjenci do ośrodka rehabilitacji dziennej – 475 dni, poradni leczenia naczyń – 323. Powyżej 200 dni pacjenci oczekiwali również na świadczenia poradni endokrynologicznej – 204 dni, gastroenterologii dla dzieci – 209 dni. Natomiast najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w odniesieniu do: świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci (11 dni), świadczeń ogólnostomatologicznych (14 dni), świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii (14 dni), świadczeń chirurgii stomatologicznej (16 dni) i protetyki (15 dni).

Tabela 102. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przypadki stabilne) na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2012–2017

Rodzaj świadczenia/Paradnia	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alergologia	70	64	65	78	99	96
Alergologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	127	135
Diabetologia	68	64	58	53	57	58

Rodzaj świadczenia/Poradnia	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Chorób metabolicznych	33	20	40	bd.	68	68
Nefrologia	bd.	bd.	bd.	92	143	146
Nefrologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	69	78
Kardiologia	98	96	90	78	90	90
Kardiologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	132	116
Dermatologia	33	40	42	45	51	55
Endokrynologia	103	144	156	bd.	177	204
Neurologia	41	46	54,5	62	68	77
Neurologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	125	120
Neurochirurgia	bd.	bd.	bd.	84	113	136
Świadczenia z zakresu onkologii	17	19	20	28	48	45
Rehabilitacyjna	bd.	bd.	bd.	22	21	22
Rehabilitacyjna dla dzieci	bd.	bd.	bd.	bd.	35	38
Dział/Pracownia rehabilitacji	bd.	bd.	bd.	bd.	202	165
Ośrodek rehabilitacji dziennej	bd.	bd.	bd.	bd.	426	475
Chorób zakaźnych	bd.	bd.	bd.	73	100	144
Chorób zakaźnych dla dzieci	bd.	bd.	bd.	bd.	52	63
Neonatologiczna	bd.	bd.	bd.	16	16	17
Ginekologiczno-położnicza	13	16	19	17	16	14
Gastroenterologia	90	86	101	bd.	138	169
Gastroenterologia dla dzieci	bd.	bd.	bd.	bd.	162	209
Chirurgii ogólnej	12	17	17	18	19	20
Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej	2	1	8,5	24	11	bd.
Choroby metaboliczne	33	20	40	bd.	68	68
Okulistyczna	75	85	99	111	130	156
Otorynolaryngologiczna	26	25	26	31	39	47
Urologia	70	90	85	99	101	106
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	52	65	67	86	99	100
Zdrowia psychicznego	bd.	bd.	bd.	28	27	29
Leczenia uzależnień	bd.	bd.	bd.	21	24	17
Stomatologia	bd.	bd.	bd.	20	14	14
Stomatologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	11
Leczenie protetyczne	bd.	bd.	bd.	37	40	33
Protetyki stomatologicznej	bd.	bd.	bd.	62	19	15
Ortodontyczna	bd.	bd.	bd.	118	139	132
Chirurgii stomatologicznej	bd.	bd.	bd.	17	16	16
Geriatryi	18	17	12	16	12	22
Gruźlica i choroby płuc	41	35	36	bd.	79	68
Leczenie chorób naczyń	bd.	bd.	bd.	bd.	249	323
Gruźlica i choroby płuc u dzieci	bd.	bd.	bd.	bd.	89	78
Reumatologia	60	64	63,5	92	113	117
Reumatologia dziecięca	bd.	bd.	bd.	bd.	96	96

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

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia AOS w przypadku stanu pilnego jest zróżnicowany pod względem rodzaju poradni. Najdłuższy czas oczekiwania w 2017 r. odnotowano do poradni neurochirurgicznych (38 dni), poradni udzielających świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (33 dni) oraz kardiologicznych (31 dni). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 103.

Tabela 103. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przypadki pilne) na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2015–2017

Rodzaj poradni	2015	2016	2017
Poradnia alergologiczna	8	8	8
Poradnia diabetologiczna	4	5	9
Poradnia nefrologiczna	10	11	13
Świadczenia z zakresu kardiologii	22	30	31
Poradnia dermatologiczna	4	4	4
Poradnia neurologiczna	7	10	17
Poradnia neurochirurgiczna	17	34	38
Świadczenia z zakresu onkologii	6	9	12
Poradnia rehabilitacyjna	4	4	5
Poradnia chorób zakaźnych	13	18	22
Poradnia neonatologiczna	2	1	0
Poradnia położniczo-ginekologiczna	0	1	0
Poradnia chirurgii ogólnej	3	3	4
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	26	29	33
Poradnia okulistyczna	7	12	16
Poradnia otorynolaryngologiczna	2	3	7
Poradnia urologiczna	6	9	13
Poradnia zdrowia psychicznego	0	0	1
Poradnia leczenia uzależnień	0	0	0
Poradnia stomatologiczna	1	0	0
Leczenie protetyczne	2	1	0
Poradnia protetyki stomatologicznej	1	0	0
Poradnia ortodontyczna	2	5	5
Poradnia chirurgii stomatologicznej	0	0	0

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

W 2017 r. w ramach kontraktów z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie województwa istniała możliwość wykonania badań specjalistycznych z zakresu:

- a) Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia w 29 podmiotach (6 w Krakowie);
- b) Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia w 37 podmiotach (12 w Krakowie);
- c) Badania echokardiograficzne płodu – 2 podmioty w Krakowie;
- d) Badania izotopowe – 3 podmioty (2 w Krakowie);
- e) Badania genetyczne – 5 podmiotów w Krakowie.

Istotnym elementem procesu opieki zdrowotnej jest diagnostyka laboratoryjna. Badania diagnostyczne wykonywane przez m. in. przez medyczne laboratoria diagnostyczne pozwalające na ocenę stanu zdrowia poprzez badania materiału klinicznego (krew, surowica, płyny ustrojowe, wydzieliny, wydaliny). Ewidencja medycznych laboratoriów diagnostycznych jest prowadzona przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie art. 14 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o *diagnostyce laboratoryjnej* (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1384 ze zm.)⁵². W 2017 r. w rejestrze znajdowało się 217 laboratoriów z terenu województwa małopolskiego, w tym 95 w Krakowie⁵³.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w załączniku nr 2, wyszczególniono 916 badań laboratoryjnych w podziale na: analitykę, morfologię krwi i badania hematologiczne, serologię grup krwi, badania układu krzepnięcia, chemię kliniczną, toksykologię, monitorowanie stężenia leków, bakteriologię, wirusologię, mykologię, parazytologię, badania materiału biologicznego oraz badania genetyczne⁵⁴.

W 2016 r. MOW NFZ zawarł z 2 świadczeniodawcami z terenu woj. małopolskiego kontrakty na realizację świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie badania genetyczne (wartość kontraktu: 4 642 964 zł), które wykonały 5 914 badań (2 956 – kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych; 2 958 – kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych)⁵⁵.

7. SPRZĘT MEDYCZNY W ZAKŁADACH OGÓLNYCH PUBLICZNEJ I NIEPUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Definicja aparatury medycznej zawarta jest w pojęciu „wyrób medyczny”, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o *wyrobach medycznych* (Dz. U. 2017.211), gdzie „wyrób medyczny to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany

⁵² ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1384 z późn. zm.)

⁵³ Rejestr medycznych laboratoriów diagnostycznych w województwie małopolskim. [http://kiidl.org.pl/uploads/diagno%C5%9Bci%20i%20laboratoria%20-%20aktualizacja/akt_lab_05092018/malopolskie.pdf dostęp 20.10.2018]

⁵⁴ Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.)

⁵⁵ Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej. Informacja o wynikach kontroli. KZD.430.001.2017 Nr ewid. 42/2017/P/16/056/KZD. Naczelna Izba Kontroli

samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby;
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia;
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego;
- d) regulacji poczęć;

– których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiąganym w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane taki środkami”⁵⁶

Zarówno w Polsce jak i w województwie małopolskim na przestrzeni lat zauważalny jest systematyczny wzrost wyposażenia placówek opieki zdrowotnej w sprzęt medyczny w tym wysokospecjalistyczny. W 2016 r. w porównaniu do 2010 r. wzrosła liczba tomografów komputerowych o 210 urządzeń, rezonansów magnetycznych o 114 urządzenia. Od 2012 r. wzrosła także liczba pozytonowych tomografów komputerowych z 19 w 2012 r. do 26 w 2016 r. (Tabela 104).

Tabela 104. Liczba sprzętu medycznego ogółem i w placówkach stacjonarnych w Polsce w latach 2010–2016

Małopolska	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tomograf komputerowy	430	506	574	640	584	642	640
w zakładach stacjonarnych	332	375	410	431	457	483	499
Rezonans magnetyczny	148	176	202	239	246	284	292
w zakładach stacjonarnych	93	111	128	148	159	180	194
Tomograf pozytonowy (PET-CT)	bd.	bd.	19	16	34	26	26
w zakładach stacjonarnych	bd.	bd.	19	16	23	16	19

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia

W woj. małopolskim sytuacja prezentuje się podobnie i liczba sprzętu wzrasta systematycznie. Ponadto zdecydowana większość sprzętu medycznego znajduje się w placówkach stacjonarnych (Tabela 105).

Tabela 105. Liczba sprzętu medycznego ogółem i w placówkach stacjonarnych w Małopolsce w latach 2010–2016

Małopolska	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tomograf komputerowy	46	45	54	57	58	56	57
w zakładach stacjonarnych	31	34	36	39	43	42	42
Rezonans magnetyczny	20	13	15	16	19	27	30
w zakładach stacjonarnych	10	8	8	9	11	14	14
Tomograf pozytonowy (PET-CT)	0	0	1	2	3	3	3
w zakładach stacjonarnych	0	0	1	2	2	2	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia

⁵⁶ Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017.211)

W Krakowie w 2016 r. w zakładach stacjonarnych zlokalizowanych było:

- a) 9 rezonansów magnetycznych;
- b) 22 tomografy komputerowe;
- c) 3 pozytonowe tomografy komputerowe.

Na przestrzeni analizowanych lat 2010–2017 systematycznie wzrasta dostęp do sprzętu medycznego. W 2017 r. w Krakowie zlokalizowane były 3 pozytonowe tomografy komputerowe (SPZOZ Szpital Uniwersytecki i Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie oraz Voxel SA ul. Wielicka 265) (Tabela 106).

Tabela 106. Liczba sprzętu medycznego i w placówkach stacjonarnych w Krakowie w latach 2010–2017

Kraków	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tomograf komputerowy	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.	bd.
w zakładach stacjonarnych	15	18	20	21	22	22	23	16
Rezonans magnetyczny	bd.	bd.	bd.	7	8	bd.	bd.	bd.
w zakładach stacjonarnych	7	5	5	6	7	9	9	11
Tomograf pozytonowy (PET-CT)	0	0	1	2	2	2	3	3
w zakładach stacjonarnych	0	0	1	2	2	2	2	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu Lecznictwo w Małopolsce i danych Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

8. SŁUŻBA KRWI

Na terenie województwa małopolskiego w zakresie służby krwi działa Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie (RCKiK), które mieści się przy ulicy Rzeźniczej 11 w Krakowie. W skład RCKiK wchodzi 15 terenowych oddziałów (Tabela 107).

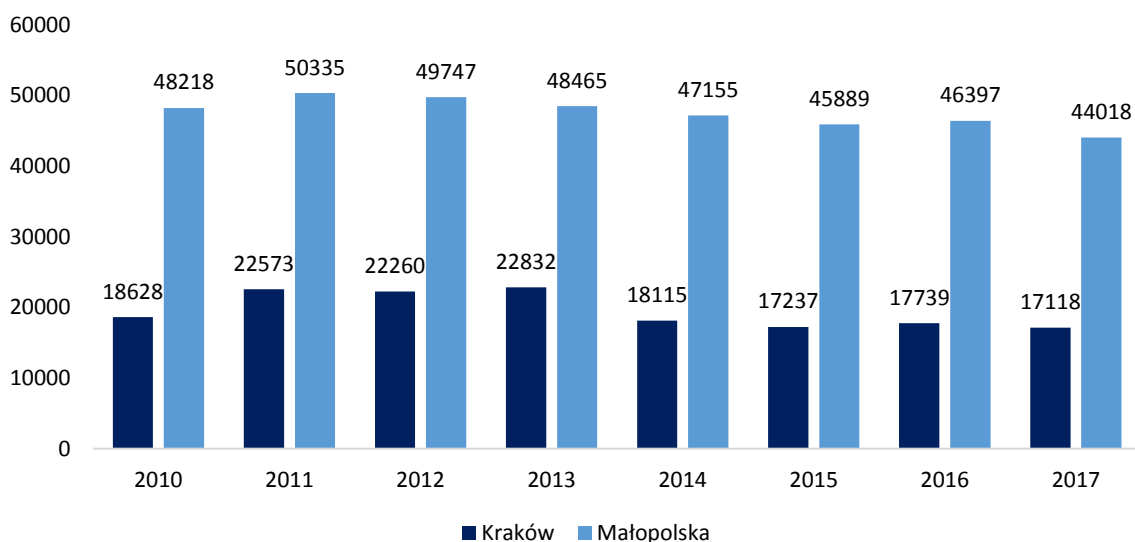
Tabela 107. Wykaz oddziałów terenowych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

	Nazwa	Ulica	Miasto
1	Terenowy Oddział Bochnia	ul. Krakowska 31, 32-700	Bochnia
2	Terenowy Oddział Chrzanów	ul. Topolowa 16, 32-500	Chrzanów
3	Terenowy Oddział Gorlice	ul. Węgierska 21, 38-300	Gorlice
4	Terenowy Oddział Kraków	ul. Wielicka 265, 30-663	Kraków
5	Terenowy Oddział Kraków	os. Na Skarpie 66a, 31-913	Kraków
6	Terenowy Oddział Limanowa	ul. Piłsudskiego 61, 34-600	Limanowa
7	Terenowy Oddział Myślenice	ul. Szpitalna 2, 32-400	Myślenice
8	Terenowy Oddział Nowy Sącz	ul. Kazimierza Wielkiego 9A, 33-300	Nowy Sącz
9	Terenowy Oddział Nowy Targ	ul. Szpitalna 14, 34-400	Nowy Targ
10	Terenowy Oddział Oświęcim	ul. Wysokie Brzegi 4, 32-600	Oświęcim
11	Terenowy Oddział Sucha Beskidzka	ul. Szpitalna 22, 34-200	Sucha Beskidzka
12	Terenowy Oddział Tarnów	ul. Szpitalna 13, 33-100	Tarnów
13	Terenowy Oddział Tarnów	ul. Lwowska 178a, 33-100	Tarnów
14	Terenowy Oddział Wadowice	ul. Karmelicka 5, 34-100	Wadowice
15	Terenowy Oddział Zakopane	ul. Szymony 14, 34-500	Zakopane

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

Liczbę osób oddających krew w latach 2010–2017 w województwie małopolskim i Krakowie przedstawia Wykres 71. Od 2011 r. w województwie małopolskim obserwuje się spadek liczby oddających krew (o ok. 8% porównując 2011 r. z 2017 r.). Podobną tendencję obserwuje się w Krakowie od 2013 r., gdzie liczba krwiodawców spadła z 22 832 osób w 2013 r. do 17 118 osób w 2017 r.

Wykres 71. Liczba oddających krew w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2010–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

9. ZABEZPIECZENIE MIESZKAŃCÓW KRAKOWA W LEKI

W 2017 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 1 157 aptek ogólnodostępnych, w tym 314 znajdowało się w Krakowie. W Mieście Kraków 10 aptek ogólnodostępnych działało w systemie całodobowym (Tabela 108).

Tabela 108. Wykaz aptek całodobowych w Krakowie w 2017 r.

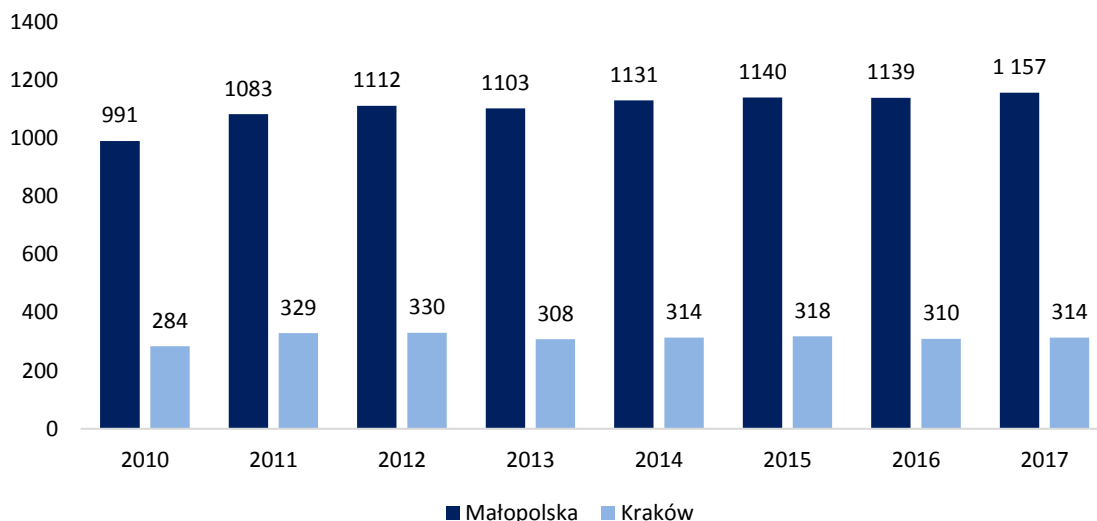
Podmiot i adres
1. Apteka ul. Karmelicka 23
2. Apteka ul. Mogilska 21
3. Apteka ul. Zielińska 3
4. Apteka ul. Kronikarza Galla 26
5. Apteka ul. Kazimierza Wielkiego 117
6. Apteka ul. Kalwaryjska 94
7. Apteka ul. Miłkowskiego 3/1
8. Apteka ul. Wolska 1
9. Apteka ul. Ćwiklińskiej 10
10. Apteka os. Centrum A, bl. 4

Źródło: opracowanie własne na podstawie opracowania Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa

W analizowanych latach 2010–2017 w województwie małopolskim jak i Krakowie obserwuje się wzrost liczby aptek. W 2017 r. w Krakowie liczba ogólnodostępnych aptek zwiększyła się o 9,6%

w stosunku do 2010 r. Dostępność aptek w pełni zabezpiecza potrzeby zdrowotne mieszkańców Krakowa (Wykres 72).

Wykres 72. Liczba aptek ogólnodostępnych w województwie małopolskim i Krakowie w latach 2010-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Bank Danych Regionalnych Główny Urząd Statystyczny

10. PODSUMOWANIE

Na podstawie informacji przedstawionych w części II niniejszego raportu można stwierdzić, iż:

1. W 2017 r. na terenie miasta Krakowa funkcjonowało 47 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej. Wśród podmiotów publicznych 11 szpitali o profilu ogólnym, 1 szpital okulistyczny, 1 szpital psychiatryczny oraz 1 zakład opiekuńczo-leczniczy.
2. W 2017 r. 13 placówek z terenu miasta Krakowa zostało włączonych do sieci szpitali.
3. Gmina Miejska Kraków jest organem założycielskim dla trzech podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w ramach stacjonarnej opieki medycznej.
4. Na grudzień 2016 r. w szpitalach publicznych i niepublicznych łączna liczba łóżek w opiece stacjonarnej w Krakowie wynosiła 8 338, w tym 5 513 łóżka w publicznych szpitalach. Szpital Uniwersytecki w Krakowie dysponuje od lat największą liczbą łóżek – 1306.
5. Wskaźnik dostępności szpitali, wyrażony jako liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców dla Gminy Miejskiej Kraków w latach 2005–2016 ulegał wahaniom i najniższy był w 2007 r. (70 łóżek/10 tys. mieszkańców), najwyższy w 2014 r. (82/10 tys.), a w 2016 r. wynosił 78,4 łóżka/10 tys. mieszkańców
6. Średni czas pobytu pacjenta na oddziale od 2005 r. ulegał spadkowi. W 2005 r. średni czas pobytu pacjenta w szpitalu wynosił 7,1 dni, a w 2016 r. 5,7 dni.
7. Na terenie województwa małopolskiego w 2016 r. funkcjonowały 4 zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej, które dysponowały łącznie 1 133 łóżkami, w tym 1 024 łóżka znajdowały się w placówkach publicznych (90,3% ogółu łóżek) a 109 w placówkach

niepublicznych. W dwóch zakładach na terenie Krakowa w 2016 r. znajdowało się łącznie 877 łóżek. Liczba pacjentów leczonych w Krakowie w stacjonarnych zakładach leczenia psychiatrycznego w 2016 r. wynosiła 7 237 (312 576 osobodni leczenia; leczeni bez ruchu międzyoddziałowego), natomiast średni czas pobytu pacjenta wyniósł 43,2 dni.

8. W 2016 r. w Krakowie liczba leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych bez uwzględniania uzależnień wynosiła 65 844 przypadków. Najwięcej osób leczono z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem 19 694 osób (22,73% spośród wszystkich zaburzeń psychicznych).
9. W 2016 r. w Krakowie liczba osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu wynosiła 4 355, w tym 74% stanowili mężczyźni (8 862).
10. W Gminie Miejskiej Kraków w 2016 r. leczono 1 879 osób w wyniku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, spośród których 71,4% to mężczyźni. Analogicznie jak w woj. małopolskim najczęstszym powodem udzielania świadczeń było uzależnienie od kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych nie wymienionych w innych kategoriach (kod F19) (998 osób).
11. W 2016 r. w Krakowie istniało 10 publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących opiekę długoterminową o profilu ogólnym, w tym Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ul. Wielickiej 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267) posiadający 511 łóżek. Od 2007 r. obserwowany jest systematyczny stały wzrost liczby łóżek w podmiotach świadczących opiekę długoterminową w Gminie Miejskiej Kraków.
12. W 2016 r. w Krakowie funkcjonowało 13 publicznych domów pomocy społecznej, które łącznie dysponowały 1 858 miejscami, a w 2017 r. liczba podmiotów nie uległa zmianie, natomiast zwiększyła się liczba miejsc do 1 883.
13. W 2017 r. 157 świadczeniodawców z terenu Krakowa udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (161 umów podpisanych z MOW NFZ). Na przestrzeni lat 2010–2017 liczba świadczeniodawców rośnie.
14. Do POZ w 2016 r. w województwie małopolskim zadeklarowanych do lekarza POZ było 3 206 255 pacjentów z czego 78,5% stanowią osoby powyżej 19. roku życia. W Krakowie liczba zadeklarowanych wyniosła 825 012 (82,5% pacjentów powyżej 19. roku życia).
15. Liczba placówek ambulatoryjnych w Krakowie od 2011 r. stale wzrasta. W 2011 r. łączna liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich wynosiła 565 jednostek, w 2017 r. liczba placówek wzrosła do 674.
16. Liczba porad w poradniach specjalistycznych zarówno na terenie województwa małopolskiego jak i miasta Krakowa wykazuje tendencję wzrostową. Największy wzrost liczby udzielonych porad odnotowano dla poradni pediatrycznych (15 212 w 2016 r. i 144 842 w 2017 r.).
17. Liczba porad stomatologicznych ogółem wzrosła zarówno w województwie małopolskim jak i w Krakowie w latach 2015–2016. Najwięcej spośród świadczeń stanowią porad w zakresie stomatologii zachowawczej i chorób błon śluzowych i w 2017 r. W Krakowie udzielono ich 979 753, co stanowiło 71,97% wszystkich porad stomatologicznych.

18. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna w zakresie POZ w 2017 r. udzielana była przez 18 podmiotów na terenie miasta Krakowa. W 2017 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 21 szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym 6 na terenie Krakowa. W województwie w 2017 r. funkcjonowało 10 izb przyjęć, a na terenie Krakowa 5 w tym, 2 izby w rejonie Kraków – Krowodrza, 2 izby w rejonie Kraków – Śródmieście i 1 izba w Kraków – Podgórze. W Gminie Miejskiej Kraków w 2017 r. stacjonowało 18 ZRM podstawowych i w stosunku do 2011 r. liczba ta wzrosła o 10, natomiast znacznemu zmniejszeniu uległa liczba ZRM specjalistycznych z 8 zespołów w 2011 r. do 2 zespołów w 2017 r. W województwie małopolskim baza śmigłowcowego zespołu ratownictwa medycznego (HEMS) zlokalizowana jest na terenie Portu Lotniczego Kraków, w 2017 r. w województwie małopolskim istniało 26 lądowisk przyszpitalnych oraz 9 w Krakowie.
19. W Gminie Miejskiej Kraków w 2016 r. pracowało 11 317 lekarzy (52,50% ogółu lekarzy w województwie), a w 2017 r. liczba zatrudnionych wzrosła do 12 286 lekarzy (wzrost o 7,8%). Lekarzy stomatologów w Krakowie w 2016 r. pracowało 1 446, a w 2017 r. 1 559 (wzrost o 7,2%). W 2017 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej świadczeń udzielało 1 027 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (w 2016 r. – 931), w tym 272 tj. 26,48% stanowili lekarze rodzinni, a 209 tj. 20,35% lekarze pediatrzy.
20. W 2017 r. zaobserwowano znaczny spadek liczby pielęgniarek z 9 773 w 2016 r. do 5 551 pracujących w 2017 r. a także położnych analogicznie z 1 471 do 740 pracujących. Natomiast zarówno w grupie pielęgniarek jak i położnych wzrosła liczba personelu z wyższym wykształceniem.
21. W Krakowie w latach 2010–2017 nastąpił wzrost liczby lekarzy o 270 specjalistów posiadających specjalizację II stopnia lub, którzy uzyskali tytuł specjalisty nowym trybem tj. po 1999 r. (2 373 w 2010 r. i 2 648 lekarzy w 2017 r.). Jednakże na przestrzeni analizowanych lat można zaobserwować duże wahania w liczbie specjalistów i w 2017 r. liczba lekarzy specjalistów była mniejsza niż w roku poprzednim o 255 lekarzy.
22. W 2017 r. najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w AOS w Krakowie odnotowano na świadczenia specjalistyczne do ośrodka rehabilitacji dziennej – 475 dni, poradni leczenia naczyń – 323.
23. Od 2011 r. w województwie małopolskim obserwuje się spadek liczby oddających krew (o ok. 8% porównując 2011 r. z 2017 r.). Podobną tendencję obserwuje się w Krakowie od 2013 r., gdzie liczba krwiodawców spadła z 22 832 osób w 2013 r. do 17 118 osób w 2017 r.
24. W 2017 r. w województwie małopolskim funkcjonowało 1 157 aptek ogólnodostępnych, w tym 314 znajdowało się w Krakowie. W Mieście Kraków 10 aptek ogólnodostępnych działało w systemie całodobowym.

CZEŚĆ III

DZIAŁANIA MIASTA W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. WSTĘP

Priorytetowym celem zdrowia publicznego jest wydłużanie życia w zdrowiu oraz poprawa jakości życia. Jednym z głównych dokumentów na poziomie krajowym, który wyznacza cele polityki zdrowotnej jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. Zdefiniowane cele i zadania realizowane są przez szereg podmiotów zarówno na poziomie krajowym, regionalnym jak i lokalnym. Gmina Miejska Kraków w oparciu o obowiązujące akty prawne, narodowe programy jak i lokalne analizy realizuje liczne działania ukierunkowane na profilaktykę, edukację zdrowotną i promocję zdrowia. Celem Gminy Miejskiej Kraków jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, poprawa jakości życia, wyrównywanie nierówności w zdrowiu oraz odpowiadanie na bieżące potrzeby społeczności lokalnej. W związku z powyższym Gmina Miejska prowadzi liczne działania w obszarze:

- a) podnoszenia jakości usług świadczonych przez podmioty lecznicze dla których Miasto Kraków jest podmiotem tworzącym – modernizowane i wyposażane w nowoczesną aparaturę medyczną;
- b) zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej a także z zakresu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku;
- c) projektowanie, finansowanie i realizowanie programów polityki zdrowotnej (Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” oraz Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2018) przez Gminę Miejską Kraków jak i finansowane przez Rady Dzielnic;
- d) organizacja konferencji, szkoleń, akcji profilaktycznych, kampanii oraz innych działań o charakterze edukacyjnym przez Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa;
- e) realizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej wśród dzieci i młodzież na terenie krakowskich szkół i placówek oświatowych
- f) ulepszanie infrastruktury komunalnej i technicznej Uzdrowiska Swoszowice w celu zachowania jego funkcji leczniczych.

2. DZIAŁANIA W STOSUNKU DO SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ, DLA KTÓRYCH GMINA MIEJSKA KRAKÓW JEST PODMIOTEM TWORZĄCYM

2.1. Stacjonarna opieka zdrowotna – zrealizowane inwestycje i pozyskane środki zewnętrzne

Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym dla trzech zakładów leczenia zamkniętego:

- a) Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków,
- b) Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków,
- c) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30–663 Kraków.

Wsparcie finansowe powyższych podmiotów leczniczych jest przyznawane na podstawie regulacji prawnych tj.:

- a) ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o *samorządzie gminnym* (t. j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 994 z późn. zm.),
- b) uchwały Nr 1167/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie *przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2013-2015"*,
- c) uchwały Nr 558/15 z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie *przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”*.
- d) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (t.j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.).

Dostosowanie powyższych trzech jednostek do wymagań technicznych i sanitarnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2012 r. poz. 739) realizowane jest poprzez przebudowę podmiotów leczniczych, zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do powyższych przepisów.

W latach 2016–2017 środki finansowe na realizację powyższych zadań uzyskano z:

- a) budżetu Gminy Miejskiej Kraków,
- b) budżetu państwa,
- c) Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009–2014 Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014,
- d) funduszy Unii Europejskiej,
- e) środków własnych podmiotów leczniczych.

W 2017 r. łącznie na realizację zadań obejmujących przebudowę oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa Gmina Miejska przekazała kwotę w wysokości 34 020 062,02 zł:

- a) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ: 11 061 345,49 zł (w 2016 r. – 12 477 541 zł);
- b) Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza: 15 068 973,69 zł (w 2016 r. – 6 303 375 zł);

- c) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267): 7 889 742,84 zł (w 2016 r. – 6 403 022 zł).

Tabela 109. Źródła finansowania inwestycji w miejskich podmiotach leczniczych w latach 2016–2017

Źródło finansowania	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza Krakowie		Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie		Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie, ul. Wielicka 267*	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Środki własne	549 909	bd.	134 847	bd.	1 408 992	bd.
Dotacja z budżetu	6 303 375	15 056 923	12 477 541	11 061 346	6 403 022	7 889 743
Inne	36 266	–	–	–	–	–
Dotacja z budżetu – zadanie dzielnic	–	–	50 000	60 000	23 703	20 000 zł
Darowizny	5 783	bd.	–	bd.	–	bd.
łącznie	6 895 333	15 056 923	12 612 388	11 121 346	7 812 014	7 909 743

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raport o stanie Miasta 2017, Informacja rzeczowo-finansowa nt. realizacji inwestycji programowych i Sprawozdanie z realizacji miejskiego programu ochrony zdrowia Zdrowy Kraków 2016-2018 za rok 2017

*obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267

W ramach środków wydzielonych do dyspozycji Dzielnic Miasta Krakowa w zakresie realizacji przebudowy pomieszczeń oraz zakupu wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną miejskich jednostek leczenia zamkniętego (w ramach tzw. zadań dzielnic) w latach 2004–2018 przekazały środki finansowe dla Szpitala Specjalistycznego im S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie w wysokości 756 642 zł i dla Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie w wysokości 98 703 zł.

Ponadto w ramach Programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267) realizuje w okresie 30.07.2014 – 30.04.2017 Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”. Projekt obejmuje następujące działania:

1. Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia.
2. Rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem w szczególności wsparcie pacjentów i ich opiekunów. W ramach zadania uruchomiono wypożyczalnię sprzętu zakupionego w ramach Projektu (łóżek specjalistycznych, materacy przeciwoodleżynowych, wózków inwalidzkich, balkoników).
3. Rozwój terapii zajęciowych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie – wdrażanie nowatorskich metody leczenia i rehabilitacji w ramach terapii zajęciowych (np. muzykoterapia, dogoterapia, biblioterapia, kinoterapia, ogrodoterapia).

4. Stworzenie i wdrożenie programu informacyjnego „Złoty wiek” ukierunkowanego na edukację zdrowotną. Program obejmuje szkolenia dla pielęgniarek, lekarzy i opiekunów osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych.
5. Stworzenie i wyposażenie centrum rehabilitacji indywidualnej pacjentów opartej o nowoczesne narzędzia i techniki, organizacja szkoleń dla fizjoterapeutów i dla opiekunów, kampania informacyjno-promocyjna.

Poniżej przedstawiono szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych w latach 2015–2017 w zakładach opieki zdrowotnej, których podmiotem tworzącym jest Gmina Miejska Kraków wraz z wysokością środków finansowych przeznaczonych na dane zadanie (Tabela 110, Tabela 111, Tabela 112).

Tabela 110. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2015 r.

Jednostka	Wykaz dotacji udzielonych w 2015 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie)	Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej	Budżet Miasta – 839 731 zł MF EOG i NMF 2009-2014 – 3 358 924 zł
	Poprawa opieki geriatrycznej dla mieszkańców gmin wchodzących w skład Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych poprzez przebudowę Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie wraz z jego otoczeniem	500 000 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	20 000 zł
	Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie dla potrzeb mieszkańców gmin wchodzących w skład Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych	5 718 926 zł
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	2 479 000 zł
	Poprawa jakości usług zdrowotnych dla mieszkańców gmin wchodzących w skład Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych poprzez kompleksową przebudowę Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie wraz z jego otoczeniem	8 251 030 zł
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ	39 764 zł
Ogółem		21 207 375 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

Tabela 111. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2016 r.

Jednostka	Wykaz dotacji udzielonych w 2016 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,	Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej	Budżet Miasta – 969 078 zł MF EOG i NMF 2009-2014 –

Jednostka	Wykaz dotacji udzielonych w 2016 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz niesamodzielnymi w Krakowie)		3 876 312,63 zł
	Poprawa opieki geriatrycznej poprzez przebudowę i termomodernizację Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie (ZIT)	33 928,14 zł
	Przebudowa Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	1 500 000 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	23 702,76 zł
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w SMS im. G. Narutowicza w Krakowie (ZIT)	141 477,17 zł
	Zakup sprzętu medycznego dla potrzeb Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	740 605,44 zł
	Przebudowa Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	5 421 292,82 zł
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	Poprawa jakości usług zdrowotnych poprzez przebudowę i termomodernizację Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie (ZIT)	9 997 180,62 zł
	Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie (ZIT)	1 140 000 zł
	Przebudowa Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	Budżet Miasta – 251 224,69 zł Środki z Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – 576 000 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ w	50 000 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	463 135,91 zł
Ogółem		25 183 938,18 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

Tabela 112. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2017 r.

Jednostka	Wykaz dotacji udzielonych w 2017 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi w Krakowie)	Poprawa opieki geriatrycznej poprzez przebudowę i termomodernizację Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie.	7 111 713 zł (w tym 6 880 595 zł środki niewygasające)
	Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej.	Budżet Miasta – 151 605,99 zł MF EOG i NMF 2009-2014 – 606 423,85 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie.	20 000 zł
Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie dla potrzeb mieszkańców gmin wchodzących w skład Zintegrowanych Inwestycji	5 611 880 zł (w tym 5 575 190 zł brutto środki niewygasające)

Terytorialnych .

Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie	Informatyzacja Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	1 980 687,27 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie .	5 918 406,42 zł
	Przebudowa Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza Krakowie.	1 558 000 zł
	Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie. Zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia na potrzeby Oddziału Pediatrycznego i Chirurgii Dzieci (I etap), Oddziału Ginekologiczno -Położniczego (I etap), Centralnej Sterylizacji, Oddziału Otolaryngologii, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Okulistyki oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i i III.	579 874,63 zł
	Przebudowa Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.	8 742 724,82 zł
	Informatyzacja Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ.	1 400 478,02 zł
	Komfortowe poczekalnie w szpitalach i składane łóżko-fotele.	60 000,00 zł
	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.	59 862,53 zł
	Doposażenie w sprzęt medyczny oraz infrastrukturę informatyczną ze szczególnym uwzględnieniem obszaru intensywnego nadzoru Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie.	218 405,49 zł
	Ogółem	34 000 062,02 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

Oprócz powyższych dotacji dla jednostek dla których Gmina Miejska Kraków jest podmiotem tworzącym, w 2017 r. miasto Kraków przekazało środki finansowe dla:

- Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie Oddział w Krakowie – dofinansowanie wykonania prac rozbiórkowych pomieszczeń obecnego prosektorium, adaptacji pomieszczeń piwnicy, przyziemia i parteru na potrzeby Przychodni Przyklinicznej, zakupu części pierwszego wyposażenia – 997 035,17 zł.
- 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie – dofinansowanie zakupu zestawu motorowego z oprzyrządowaniem chirurgicznym oraz narzędzi do mikrochirurgii i supermikrochirurgii dla potrzeb Bloku Operacyjnego Kliniki Chirurgii Urazowej i Ortopedii – 100 000 zł.

Łącznie wydatki Gminy Miejskiej Kraków w 2017 r. na inwestycje w podmiotach leczniczych wyniosły 35 117 097,19 zł.

2.2. Działania na rzecz poprawy jakości w jednostkach miejskich

Zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym jest ważnym elementem zapewnienia prawidłowego funkcjonowania jednostki, standaryzacji czynności diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnarskich, lekarskich, zarządczych. Podmioty lecznicze, których Miasto Kraków jest podmiotem tworzącym,

podejmowały szereg działań w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz przystosowaniu działalności do potrzeb nowoczesnego rynku usług medycznych. Działania te wynikały zarówno z konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami z sektora opieki zdrowotnej, jak również były elementem procesu zwiększenia efektywności zarządzania zasobami w ochronie zdrowia.

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie

os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków

Misją Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie jest zapewnienie każdemu pacjentowi kompleksowej opieki zdrowotnej przy zastosowaniu skutecznych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz efektywnym wykorzystaniu zasobów Szpitala. Szpital działa od ponad 60 lat i świadczy usługi w 22 Oddziałach i Pododdziałach oraz w 18 Poradniach Specjalistycznych. w. Średnia roczna liczba łóżek w 2017 r. wynosiła 599. Liczba leczonych na oddziałach szpitalnych z ruchem międzyoddziałowym (w tym noworodki) wyniosła 28 437 osób. Liczba przyjętych w ramach opieki ambulatoryjnej w SOR wyniosła 36 003 osób a liczba przyjętych w poradniach specjalistycznych 75 913.

Szpital posiada pracownie diagnostyki medycznej (Echokardiograficzną Ultrasonografii i Diagnostyki Zabiegowej, EEG, EKG i Prób Wysiłkowych), Centralną Sterylizatornię, Działy Diagnostyki Laboratoryjnej i Diagnostyki Obrazowej oraz Pracownię Endoskopową. Ponadto szpital świadczy porady pielęgniarskie:

- dla osób po zabiegach na jelicie grubym – ze stomią,
- dla dzieci i dorosłych z atopowym zapaleniem skóry,
- dla kobiet w okresie laktacji ,
- dla osób chorych na cukrzycę i ich rodzin.

Szpital sukcesywnie realizuje zadania na rzecz poprawy jakości, polegające m.in. na podejmowaniu działań związanych z planowaniem, przygotowaniem, wdrożeniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością oraz Akredytacją Szpitala. Szpital posiada: System Zarządzania Jakością ISO 2008: 2015, zgodny z wymaganiami normy EN ISO 9001: 2015, który obejmuje wszystkie świadczenia realizowane przez Szpital (tj. w zakresie leczenia i opieki szpitalnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz diagnostyki obrazowej i sterylizacji) oraz Certyfikat Akredytacyjny CMJ (nr 2014/60), potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego.

Od 21 marca 2012 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie przy Oddziale Ginekologiczno- Położniczym i Oddziale Noworodkowym funkcjonuje „Okno Życia”. Miejsce to umożliwia również matkom w trudnej sytuacji życiowej anonimowe i bezpieczne pozostawienie nowonarodzonego dziecka. W 2017 r. w Szpitalu powstała nowa sala operacyjna na Oddziale Otolaryngologicznym za blisko 2 mln zł z budżetu Miasta Krakowa. Wyposażona jest w sprzęt ostatniej generacji.

Szpital zakończył realizację projektu pn.: „Doposażenie w sprzęt medyczny oraz infrastrukturę informatyczną ze szczególnym uwzględnieniem obszaru intensywnego nadzoru Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie”. W ramach projektu zakupiono m. in. sprzęt i aparaturę medyczną dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, nowy system monitoringu CCTV.

W 2017 r. oddano do użytku nowe poczekalnie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz poczekalnię dla lekarzy specjalistów, które zostały zrealizowane w ramach środków z budżetu obywatelskiego „Komfortowe poczekalnie w szpitalach”.

W 2017 r. również szpital rozpoczął udział w Projekcie „Badanie pilotażowe pomiaru stężenia tlenu azotu w powietrzu wydychanym (FeNO) u dzieci klas III szkół podstawowych w Krakowie” w ramach kampanii na rzecz poprawy jakości powietrza „Bądźmy razem w walce o czyste powietrze dla Krakowa”. Celem jest przeprowadzenie pilotażowego projektu polegającego na działaniach edukacyjno-informacyjnych skierowanych do uczniów szkół podstawowych. Celem badania było określenie związku między stężeniem tlenu azotu w wydychanym powietrzu u dzieci z nawracającymi schorzeniami układu oddechowego i dzieci z grupy kontrolnej w zależności od zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego (smogu) w Krakowie.

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków

Szpital świadczy usługi medyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w 13 oddziałach oraz w 12 poradniach specjalistycznych. Średnia roczna liczba łóżek w 2017 r. wynosiła 421. Liczba leczonych na oddziałach szpitalnych z ruchem międzyoddziałowym (w tym noworodki) wyniosła 22 521 osób; Liczba przyjętych w ramach opieki ambulatoryjnej w SOR wyniosła 33 605 osób; Liczba przyjętych w poradniach specjalistycznych wyniosła 74 136 osób.

Szpital posiadał akredytację ministerialną na specjalizację w zakresie: chorób wewnętrznych, kardiologii, ginekologii, chirurgii, neurologii, pediatrii, urologii, intensywnej terapii, ortopedii, medycyny ratunkowej.

W poprzednich latach Szpital uzyskał łącznie 101 certyfikatów i zaświadczeń, m.in.:

- a) Membership Certificate 2008–2011 potwierdzający członkostwo Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie w Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia,
- b) Certyfikat Nr 34259–2008–AQ–POL–FINANS potwierdzający, że Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie spełnia wymagania normy Systemu Zarządzania: ISO 9001:2000. Certyfikat obejmuje świadczenie usług medycznych: diagnostyka, leczenie, pielęgnacja, promocja zdrowia, profilaktyka,
- c) Certyfikat Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Łańcuch Krewniaków” potwierdzający uczestnictwo Szpitala w ogólnopolskiej akcji na rzecz promocji Honorowego Krwiodawstwa i Transplantacji,
- d) Certyfikat Akredytacyjny Nr 2016/48 Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. potwierdzający spełnienie przez Szpital standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

W 2016 r. oddano do użytku zmodernizowaną Pracownię Mikrobiologii, Centralną Sterylizatornię oraz zakupiono tomograf komputerowy.

Od 2017 r. Szpital realizuje Projekt pn.: „Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w SMS im. G. Narutowicza w Krakowie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 12. Infrastruktura społeczna, Działanie 12.1. Infrastruktura Ochrony zdrowia, Poddziałanie 12.1.4. Infrastruktura ochrony zdrowia o znaczeniu subregionalnym – zit (całkowita, szacunkowa wartość projektu: 27 000 000 zł, w tym środki z budżetu Miasta Krakowa w kwocie 19 812 600,05 zł, budżetu Unii Europejskiej w kwocie 6 738 187,45 zł i z budżetu państwa w kwocie 449 212,50 zł.)

Od grudnia 2011 r. Szpital dysponuje lądowiskiem dla helikopterów, dzięki czemu Szpitalny Oddział Ratunkowy spełnia wszystkie wymogi ustawy o ratownictwie medycznym.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie, ul. Wielicka 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267)

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W skład Zakładu wchodzi trzy oddziały (ogólny, psychiatryczny i stacjonarnej opieki paliatywnej) i dwie poradnie (poradnia medycyny paliatywnej, poradnia żywieniowa i hospicjum domowe) a także dwie pracownie diagnostyczne: radiologiczną i EKG. Świadczenia udzielane są w ramach opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej oraz w rodzaju całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Zakład posiadał w 2017 r. 512 łóżek ogółem, w tym 30 łóżek w Oddziale Stacjonarnym Medycyny Paliatywnej, 395 łóżek w Oddziale Ogólnym, 87 łóżek w Oddziale Psychiatrycznym. Liczba pacjentów objętych całodobowymi świadczeniami opiekuńczo-leczniczymi wynosiła w 2017 r. – 1 059. W Poradni Medycyny Paliatywnej przyjęto 745 osób, a opieką w Hospicjum Domowym objęto 158 osób (w tym zrealizowano 461 wizyt lekarskich i 1 668 wizyt pielęgniarских).

Przy Zakładzie działa Stowarzyszenie Przyjaciół Opieki Paliatywno-Hospicyjnej, którego nadrzędnym celem działalności jest poprawa jakości życia pacjentów znajdujących się pod opieką Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy, a także pomoc ich rodzinom w czasie sprawowania nad nimi opieki i po ich śmierci. Przy zakładzie działa również Stowarzyszenie Przyjaciół Opieki Długoterminowej "Razem łatwiej", którego celem jest poprawa jakości życia pacjentów znajdujących się pod opieką Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie uzyskał w 11.09.2012 r. certyfikat ISO 9001:2008 na usługi medyczne w zakresie pielęgniarstwa i opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej i leczenia uzależnień, który jest przyznawany na 3 lata.

W latach 2014–2017 Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie realizował projekt pt. „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”, współfinansowany ze środków Mechanizmu Finansowego

Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych” (wartość projektu 15 113 384,36 zł, w tym dofinansowanie ze środków NMF i MF EOG 2009–2014: 12 090 707,08 zł, dofinansowanie ze środków Gminy Miejskiej Kraków: 3 022 677,28 zł).

W okresie od 2016 do 2017 Zakład realizował projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, Działanie 5.2 „Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych” (wartość projektu 990 048,00 zł, w tym dofinansowanie ze środków europejskich: 834 412,45 zł i ze środków dotacji celowej: 125 934,11 zł). Natomiast od 1 czerwca do 31 grudnia 2018 r. działalność Dziennego Domu Opieki Medycznej finansowana jest ze środków budżetu Miasta Krakowa i prowadzona w trybie Programu polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”. Na ten cel, Zakład otrzymał dotację w łącznej wysokości 437 500,00 zł.

W ramach projektu "Poprawa opieki geriatrycznej i termomodernizacja Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie" w 2017 r. rozpoczęto budowę nowego Pawilonu Nr 5 w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie przy ul. Wielickiej 267, który jest przeznaczony na opiekę psychiatryczną i ośrodek opieki dziennej.

Od 7 listopada 2018 r. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny został przekształcony w Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie.

2.3. Gospodarowanie lokalami użytkowymi przeznaczonymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zarządzenie Nr 1154/2009 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie zasad wynajmowania przez Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie lokali stanowiących własność Gminy Miejskiej Kraków przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych (z późn. zm.), wydane na podstawie Uchwały Nr XXXIV/445/08 Rady Miasta Krakowa z dnia 13 lutego 2008 r. w sprawie zasad najmu lokali użytkowych, stanowiących własność Gminy Miejskiej Kraków, na czas nieoznaczony, na czas oznaczony dłuższy niż 3 lata oraz w przypadku, gdy po umowie zawartej na czas oznaczony do 3 lat, strony zawierają kolejne umowy, których przedmiotem jest ten sam lokal reguluje zasady gospodarowania lokalami przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych stanowiącymi własność Gminy Miejskiej Kraków. W sprawach, których wspomniane zarządzenie nie reguluje oraz przy organizacji przetargów na najem lokali użytkowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych, znajduje zastosowanie Zarządzenie Nr 856/2008 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 5 maja 2008 r. w sprawie trybu i szczegółowych warunków najmu lokali użytkowych stanowiących własność Gminy Miejskiej Kraków wynajmowanych przez Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie (z późn. zm.), zawierające przepisy wykonawcze do ww. uchwały Rady Miasta Krakowa.

Na dzień 31 grudnia 2017 r. Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie, wynajmował na realizację świadczeń zdrowotnych 590 lokali użytkowych (w 2016 r. – 592 lokale użytkowe). Większość lokali usytuowanych było w 50 budynkach, które były w całości przeznaczone na realizację świadczeń

zdrowotnych. 56 lokali użytkowych usytuowanych było poza budynkami przychodni zdrowia (tzw. lokale rozproszone), dodatkowo w 23 lokalach użytkowych zaliczanych do zasobu lokali użytkowych wynajmowanych na zasadach ogólnych realizowane były usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

Tabela 113. Zasoby Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie w latach 2010–2017

Rodzaj lokalu	Liczba (%)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Przychodnie zdrowia	471 82,02%	494 86,21%	510 87,63%	498 86,16%	496 87,02%	495 87,15%	507 85,64%	511 86,61%
Lokale rozproszone	72 13%	67 11,69%	60 10,31%	62 10,73%	60 10,5%	54 3,35%	56 9,46%	56 9,49%
Lokale udostępniane na zasadach ogólnych	11 1,99%	12 2,09%	12 2,06%	18 3,11%	14 2,46%	19 9,50%	29 4,90%	23 3,9%
Ogółem	554 100%	573 100%	582 100%	578 100%	570 100%	568 100%	592 100%	590 100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie

W 2017 r. w Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie prowadził prace remontowe w 41 budynkach w całości przeznaczonych na działalność leczniczą, których zakres obejmował w szczególności:

- roboty ogólnobudowlane (m.in. remonty schodów, wymianę stolarki okiennej, remonty i wymianę stolarki drzwiowej, remonty kominów, remonty ogrodzenia, remonty pochylni, remonty szachtów, czyszczenie rynien),
- prace remontowe instalacji wodno-kanalizacyjnej, gazowej oraz c.o. obejmujące m.in.: naprawę instalacji, wymianę elementów kotłowni, naprawę kotłów gazowych c.o. i c.w.u., wymianę poziomów kanalizacji sanitarnej, czyszczenie kanalizacji, remonty instalacji elektrycznej, remonty i naprawy dźwigów, projekty tablic informacyjnych wraz z ich montażem, likwidację napisów graffiti na elewacjach budynków, projekty budowy wiat śmietnikowych, oraz zabezpieczenia przed ptakami.

Wysokość poniesionych wydatków na remonty zasobu przeznaczonego na realizację świadczeń zdrowotnych w 2017 r. wynosiła 635 741,05 zł.

W 2017 r. w ramach zadania inwestycyjnego dotyczącego likwidacji barier architektonicznych w budynkach komunalnych wykonano:

- budowę szybu windowego z zakupem i montażem urządzeń dźwigowych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku przy ul. Lenartowicza 12 (2 etap),
- modernizację szybu windowego wraz z doбором nowego urządzenia dźwigowego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku przy al. Pokoju 4,
- budowę szybu windowego z zakupem i montażem urządzeń dźwigowych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku przy ul. Wysłouchów 43 (1 etap),
- projekt przebudowy szybu windowego wraz z doбором i montażem urządzenia dźwigowego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku przy ul. Kutrzeby 4,

- e) projekt budowy szybu windowego wraz z zakupem i montażem urządzenia dźwigowego dla potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku przy ul. Szwedzkiej 27.

Na realizację zadania została wydatkowana kwota 510 060,17 zł, z czego 137 132,62 zł pochodziło ze środków finansowych Rad Dzielnic.

Dodatkowo w ramach programu Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, na kilku budynkach w całości przeznaczonych na działalność leczniczą były realizowane w 2017 r. prace termomodernizacyjne. Dotyczyło to następujących lokalizacji:

- a) os. Na Skarpie 32/ ul. Cerchów 5,
- b) os. Na Wzgórzach 1,
- c) ul. Heleny 2,
- d) al. Pokoju 4,
- e) ul. Rusznikarska 17.

Na realizację prac termomodernizacyjnych wydatkowano kwotę 2 753 340,87 zł, z czego 1 019 520,10 zł pochodziło ze środków finansowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

W latach 2013–2017 na remonty obiektów przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych przeznaczono kwotę w wysokości 14 384 838,15 zł, w tym 13 273 318,05 zł pochodziło ze środków własnych Gminy Miejskiej Kraków, co stanowi 92,3% całkowitej wydatkowanej kwoty. Szczegółowe wydatki na remonty w latach 2010–2017 przedstawia Tabela 114.

Tabela 114. Nakłady poniesione na remonty i inwestycje w budynkach przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w Krakowie w latach 2010–2017

Rok	bieżące remonty w budynkach przychodni zdrowia	likwidacja barier architektonicznych	termomodernizacja	środki zewnętrzne	Ogółem
2010	2 666 381,99	315 978,27	0,00	0,00	2 982 360,26
2011	2 294 621,97	123 022,97	0,00	0,00	2 417 644,94
2012	1 088 210,83	48 365,32	0,00	0,00	1 136 576,15
2013	1 046 080,33	55 924,26	0,00	92 000,00	1 194 004,59
2014	1 390 338,89	258 806,52	0,00	0,00	1 649 145,41
2015	1 652 255,01	389 396,09	0,00	0,00	2 041 651,10
2016	1 613 592,48	598 641,50	3 388 660,98	0,00	5 600 894,96
2017	635 741,05	510 060,17	1 733 820,77	1 019 520,10	3 899 142,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie

3. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA MIASTA KRAKOWA

3.1. Realizacja programów polityki zdrowotnej

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” przyjęto uchwałą nr XXXIV/558/15 Rady Miasta Krakowa z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”. Program jest kontynuacją poprzednich edycji Zdrowego Krakowa. W ramach podjętej uchwały w latach 2016–2017 realizowane były następujące programy polityki zdrowotnej:

1. Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy;
2. Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej;
3. Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa;
4. Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych;
5. Program profilaktyki próchnicy u dzieci;
6. Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65. roku życia;
7. Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego;
8. Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków;
9. Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0–3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli;
10. Program profilaktyki wad postawy.

W latach 2016–2017 realizowano 10 programów polityki zdrowotnej. W 2016 r. z programów zdrowotnych skorzystało łącznie 33 095 mieszkańców miasta Krakowa, a koszt realizacji wyniósł 1 240 510 zł (Tabela 115). Natomiast w 2017 r. objęto działaniami 33 258 osób udzielając 36 344 świadczeń na łączną kwotę 1 346 970 zł.

Ponadto w latach 2016–2017, na terenie miasta Krakowa realizowano „Program dzienny dom opieki medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”. Program ten został włączony do Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”, dopiero w 2018 r. Zarządzeniem Nr 281/2018 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 05.02.2018 r. w sprawie przyjęcia i przekazania pod obrady Rady Miasta Krakowa projektu uchwały zmieniającej uchwałę Nr XXXIV/558/15. W 2016 i 2017 r. Program finansowany był z funduszy zewnętrznych – V Osi priorytetowej *Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.2 Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych* Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Szczegółowe informacje na temat tego programu przedstawiono na końcu rozdz. 3.1.

Tabela 115. Zestawienie liczby osób objętych Programami, liczby udzielonych świadczeń i kosztów realizacji Programów w latach 2016–2017

Nazwa programu	2016		2017	
	Liczba osób objęta programem	Koszt realizacji (zł)	Liczba osób objęta programem	Koszt realizacji (zł)
Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy	1 396	79 373	1 311	76 468
Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej	5 519	172 924	7 349	184 780
Szczepienia ochronne przeciw grypie po 65 roku życia	6 612	179 919	5 326	179 899,5
Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych	1 030	79 929	1 029	79 929
Program profilaktyki próchnicy u dzieci	1 700	160 000	2 340	311 985
Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie	15 543	222 045	14 700	222 045

Nazwa programu	2016		2017	
	Liczba osób objęta programem	Koszt realizacji (zł)	Liczba osób objęta programem	Koszt realizacji (zł)
Miasta Krakowa				
Program w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego	135	77 600	141	22 557,75
Program profilaktyki zakażeń meningokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków	630	79 786	613	78 270
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli	278	79 018	264	79 163
Program profilaktyki wad postawy	793	19 610	1 525	116 810
łącznie	33 636	1 150 204	34 598	1 351 907

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BIP Miasta Krakowa i „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

1) Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.

Cel programu

Celem programu jest redukcja zapadalności na choroby układu krążenia i cukrzycę typu 2 poprzez:

- wczesną identyfikację osób o podwyższonym ryzyku rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2,
- program interwencji nefarmakologicznej dla osób ze zwiększonym ryzykiem rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2, który ma na celu obniżenie ryzyka rozwoju tych chorób,
- kontrolę skuteczności programu interwencyjnego,
- prospektywną obserwację osób – uczestników Programu w latach wcześniejszych, w celu identyfikacji osób, u których wystąpiły powikłania sercowo-naczyniowe lub cukrzyca.

Do kogo skierowany jest program?

Program jest skierowany do mieszkańców Krakowa, którzy nie brali dotychczas udziału w Programie, a którzy ukończyli 25. rok życia i u których do chwili badania nie stwierdzano cukrzycy ani miażdżycy i jej sercowo-naczyniowych powikłań. W Programie mogli wziąć udział także Uczestnicy wcześniejszych edycji Programu.

Etapy programu

Etap I – polegał na identyfikacji osób z cukrzycą typu 2, upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłowym lipidogramem.

Osoby, u których w trakcie realizacji programu rozpoznano po raz pierwszy cukrzycę kończyły na tym etapie udział w programie. Dalsze ich leczenie prowadzone było w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Osoby, u których rozpoznano upośledzoną tolerancję glukozy i/lub nieprawidłowy lipidogram i które wyraziły chęć udziału w dalszych etapach programu przechodziły do etapu II programu.

Etap II – polegał na przeprowadzeniu 4 indywidualnych spotkań z edukatorem (najczęściej z wyszkoloną pielęgniarką, lub rzadziej z lekarzem).

Etap III – polegał na kontroli efektów osiągniętych w trakcie etapu II. Osoby, które podlegały szkoleniu modyfikującemu styl życia z powodu nieprawidłowego lipidogramu miały wykonywane kontrolne badanie lipidogramu po 3 miesiącach realizacji zmian stylu życia. U osób z upośledzoną tolerancją glukozy kontrolny test doustnego obciążenia glukozą wykonywany jest po upływie roku od pierwszego testu. W trakcie tego roku osoba ze zdiagnozowaną upośledzoną tolerancją glukozy realizuje zalecenia dotyczące diety i wysiłku fizycznego ustalone w trakcie realizacji etapu II.

Realizatorzy Programu

„Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”.

Tabela 116. Realizacja Programu prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy w latach 2016–2017

2016			2017		
Liczba osób objęta programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu	Liczba osób objęta programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu
etap I – 1 396			etap I – 1 311		
etap II – 118	1 535	79 373 zł	etap II – 84	1 571	79 254 zł
etap III – 21			etap III – 90		

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za rok 2016 i 2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

Na potrzeby realizacji Programu prewencji miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia umowy zawarto z 12 ośrodkami. Były to głównie zespoły podstawowej opieki zdrowotnej lub praktyk lekarza rodzinnego, ale także laboratorium analityczne oraz szpitale: Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera; Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II.

Tabela 117. Wykaz realizatorów Programu prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy miejskich, z którymi zawarte zostały umowy na lata 2016–2018

Lp.	Realizator	Adres
1.	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera	os. Złotej Jesieni 1, Kraków
2.	S.C.D.Z. Medicina	ul. Barska 12, Kraków
3.	Praktyka lekarzy Rodzinnych NZOZ	ul. Na Kozłowie 29, Kraków
4.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED.	ul. Lubocka 53, Kraków
5.	NZOZ Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych S.C.	ul. Bocheńska 4, Kraków
6.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80, Kraków
7.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED.	ul. Branicka 29, Kraków
8.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED.	ul. os. Centrum B11, Kraków
9.	NZOZ Laboratorium Analityczne DAN-MED.	ul. Os. Urocze 2, Kraków
10.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ "MARK-MED."	os. Urocze 2, Kraków
11.	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Janusz Krzysztoń	ul. Heleny 2, Kraków
12.	Instytut Medycyny Innowacyjnej	ul. Walerego Sławka 3, Kraków

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z i Urzędu Miasta Krakowa

2) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej.

Program ma na celu wczesne rozpoznanie choroby alergicznej u wszystkich uczniów Miasta Krakowa w wieku 7–8 i 16–17 lat.

Realizacja Programu

Program przebiegał dwuetapowo:

Etap I był przeprowadzany przez pielęgniarki środowiskowe przy pomocy ankiety opracowanej i wzorowanej na międzynarodowej ankiecie ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) uzupełnionej o ankietę przesiewową i kwestionariusz dotyczący występowania objawów sugerujących wyprysk kontaktowy.

Etap II obejmował badanie alergologiczne dzieci z dodatnią ankietą celem weryfikacji wystąpienia choroby alergicznej.

Uczniowie z dodatnim wywiadem alergologicznym potwierdzonym na podstawie wypełnionych ankiet są kierowani do Poradni Alergologicznych celem przeprowadzenia ukierunkowanych badań alergologicznych i konsultacji u specjalisty alergologa.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 118. Realizacja Programu profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej w latach 2016-2017

2016 r.				2017 r.			
Liczba osób objęta programem		Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu w 2016 r.	Liczba osób objęta programem		Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu w 2017 r.
I etap: ankietyzacja	5519 uczniów			I etap: ankietyzacja	7 349 uczniów		
II etap: wstępna wizyta specjalistyczna	674 uczniów			II etap: wstępna wizyta specjalistyczna	598 uczniów		
druga wizyta	674 uczniów			druga wizyta	595 uczniów		
spirometria	203 uczniów			spirometria	194 uczniów		
testy skórne punktowe z 10 alergenami inhalacyjnymi	572 uczniów	7 966	172 924 zł	testy skórne punktowe z 10 alergenami inhalacyjnymi	571 uczniów	7 349	184 910 zł
testy skórne płatkowe z 10 najpopularniejszymi haptunami	118 uczniów			testy skórne płatkowe z 10 najpopularniejszymi haptunami	130 uczniów		
oznaczenie panelu pokarmowego fx5	185 uczniów			oznaczenie panelu pokarmowego fx5	274 uczniów		
testy punktowe z alergenami pokarmowymi	21 uczniów						

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za rok 2016 i 2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

3) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.

Cel Programu

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym powinny mieć zapewnioną odpowiednią opiekę zdrowotną w miejscu nauczania i wychowania, szczególnie w przypadkach nagłych zagrażających ich zdrowiu i życiu.

Jedną z chorób zakaźnych jest grypa, która przenoszona jest drogą kropelkową i często atakuje dzieci w wieku szkolnym. Duże skupisko uczniów to doskonały czynnik do szerzenia się tej choroby. w okresie jesienno-wiosennym liczba zachorowań uczniów w szkołach dochodzi nawet do 30%. Należy jednak pamiętać, że gabinet pielęgniarstwa w szkole to nie tylko miejsce, w którym udziela się pomocy w chorobach zakaźnych, ale również w chorobach towarzyszących dzieciom np. cukrzyca.

Celem Programu było uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szkołach podstawowych, specjalnych i integracyjnych do pięciu dni w tygodniu.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 119. Realizacja Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa w latach 2016-2017

2016			2017		
Liczba osób objętych Programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu	Liczba osób objętych Programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu
15 543	7 770	222 045 zł	14 700	13 313	428 580 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za rok 2016 i 2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

W 2017 r. działalność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej finansowana była ze środków MOW NFZ w następującym zakresie:

- 48 placówek – 5 dni w tygodniu;
- 29 placówek – 4 dni w tygodniu;
- 34 placówek – 3 dni w tygodniu;
- 42 placówek – 2 dni w tygodniu;
- 27 placówek – 1 dzień w tygodniu.

Natomiast Gmina Miejska Kraków dofinansowywała godziny pracy pielęgniarek i higienistek w następującym podziale:

- a) 1 placówka – 4 dni w tygodniu;
- b) 1 placówka – 3 dni w tygodniu;
- c) 27 placówek – 2 dni w tygodniu;
- d) 28 placówek – 1 dzień w tygodniu.

Szczegółowe informacje na temat realizacji Programu przedstawiono w Rozdziale 3.7. Medycyna szkolna.

4) Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych.

Dysplazja stawów biodrowych jest w populacji polskiej najczęstszą wrodzoną wadą narządu ruchu, która dotyczy 4–6% niemowląt. Najbardziej zaawansowaną postacią dysplazji jest zwichnięcie biodra. Nierozpoznana dysplazja powoduje przedwczesny rozwój zmian zwyrodnieniowych. Konsekwencją jest konieczność wczesnego leczenia operacyjnego - endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Cel ogólny programu

Celem głównym było zwiększenie czułości wczesnego rozpoznania dysplazji stawów biodrowych w populacji niemowląt zamieszkających na terenie Miasta Krakowa poprzez wdrożenie przesiewowych badań populacyjnych bioder u dzieci w wieku od 4 tygodni do 4 miesięcy życia, ze szczególnym uwzględnieniem dysplazji klinicznie bezobjawowych, niemożliwych do wykrycia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Długookresowym celem Programu było zmniejszenie częstości występowania wczesnych zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych u pacjentów z przetrwałą, nierozpoznaną i nieleczoną dysplazją stawu biodrowego, a tym samym zmniejszenie chorobowości związanej z powyższym problemem w populacji Krakowa.

Realizacja Programu

Program składał z dwóch etapów.

Etap I obejmował:

- przesiewowe badanie kliniczne stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;
- badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę,
- wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;
- przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji wraz z informacją Poradni Ortopedii Dziecięcej oraz Poradni Preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa.

Do drugiego etapu zostały zakwalifikowane dzieci, u których w badaniu klinicznym i/lub USG stwierdzono dysplazję fizjologiczną, opóźnienie dojrzewania, lub dysplazję stawu biodrowego.

Etap II składał się z:

- badania klinicznego stawów biodrowych oraz kontrolnego badania ultrasonograficznego (USG) stawów biodrowych metodą Grafa;
- wykonania pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.

Realizatorzy Programu

W 2016 r. Program był realizowany przez 3 podmioty lecznicze. Łącznie wykonano 1073 USG stawów biodrowych, łącznie na kwotę 79 929 zł. W roku 2017 z Programu skorzystało 1 029 osób. Koszt programu za 2017 rok: 79 929 zł.

Tabela 120. Realizacja Programu profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych na terenie Miasta Krakowa w latach 2016-2017

2016			2017		
Liczba osób objętych Programem	Liczba wykonanych USG stawów biodrowych	Koszt	Liczba osób objętych Programem	Liczba wykonanych USG stawów biodrowych	Koszt
1030	I etap - przesiewowe badanie kliniczne stawów biodrowych i badanie USG – 1030 II etap - badanie kliniczne oraz kontrolne USG stawów biodrowych – 43	79 929 zł	1 029	1 073	79 929 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za lata 2016-2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

Tabela 121. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w latach 2016-2017 na terenie Krakowa

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	Specjalistyczne Centrum Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.	ul. Wielicka 25, Kraków
2.	S.C.D.Z. "MEDICINA"	ul. Grzegórzecka 67 C, Kraków
3.	Comarch Healthcare S.A.	ul. Prof. Życzkowskiego 29, Krak

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BIP Miasta Krakowa

5) Program profilaktyki próchnicy u dzieci.

Zgodnie z definicją WHO próchnica to proces patologiczny, umiejscowiony, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzący do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie próchnicotwórcze, rozkładające cukry obecne w produktach żywnościowych, wytwarzające kwasy, które niszczą szkliwo zębów. Choroba próchnicowa zębów uznana jest za chorobę społeczną. W Polsce choruje na nią ok. 90% dzieci.

Cel ogólny programu

Celem Programu była edukacja dzieci w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej oraz przestrzegania prawidłowej diety.

Populacja objęta Programem

Adresatami Programu były dzieci w wieku 6–14 lat.

Realizacja Programu

Program realizowany był w 2 etapach.

Etap I składał się z:

- badania stomatologicznego, oceniającego stan uzębienia (obecność ubytków próchnicowych, wad zgryzu);
- instruktażu szczotkowania zębów;
- przekazania dzieciom informacji na temat odpowiedniej diety;
- usuwania bakteryjnej płytki nazębnej i pokrywania lakierem fluorowym zębów stałych.

Etap II obejmował:

- kontrolne badanie stomatologiczne;
- lakowanie zębów stałych u dzieci powyżej 7 roku życia;
- pokrywanie lakierem fluorowym zębów stałych.

Realizatorzy Programu

Program był finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków, w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”. Program był realizowany przez 6 podmiotów leczniczych.

Tabela 122. Realizacja Programu profilaktyki próchnicy u dzieci na terenie Miasta Krakowa w latach 2016-2017

2016			2017		
Liczba osób objęta Programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu	Liczba osób objęta Programem	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu
1 700	3 400	160 000 zł	2 340	8 961	311 985 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za rok 2016 i 2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

W 2017 r. w Krakowie zabiegi stomatologiczne wykonano u 2 340 uczniów. Koszt Programu wyniósł: 311 985 zł (Sprawozdanie MPOZ za rok 2017).

6) Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65. roku życia.

Grypa jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego o wysokiej zaraźliwości. Zakażenie szerzy się bardzo łatwo, przede wszystkim drogą kropelkową, w mniejszym stopniu przez przedmioty zanieczyszczone wydzieliną z górnych dróg oddechowych. W skali globalnej corocznie grypa występuje w formie epidemii lub co kilkanaście, kilkadziesiąt lat w postaci pandemii. W skali globalnej na grypę zapada rocznie 5–15% populacji. Ocenia się, że w Polsce choruje od miliona do kilku milionów osób, w zależności od sezonu grypowego. Istotnym problemem zdrowotnym jest wysoki wskaźnik ciężkich powikłań, nierzadko śmiertelnych szczególnie u osób 65+.

Cel ogólny programu

Celem głównym Programu było zmniejszenie zachorowalności na grypę wśród mieszkańców Miasta Kraków w wieku powyżej 65 lat oraz zmniejszenie transmisji wirusa w środowisku. Dodatkowo program miał na celu zwiększenie wiedzy mieszkańców Krakowa na temat zagrożeń dla zdrowia związanych z gripą oraz podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców Krakowa w zakresie potrzeby szczepień przeciw grypie.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 123. Realizacja Programu szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia w latach 2016–2017 roku na terenie Krakowa

2016 r.			2017 r.		
Liczba osób zaszczepionych	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu	Liczba osób zaszczepionych	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu
6 612	13 224	179 919 zł	5 326	10 478	179 899,5 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016–2018" za lata 2016–2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

Tabela 124. Podmioty lecznicze realizujące Program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65. roku życia w latach 2016–2017 na terenie Krakowa

Program Szczepień ochronnych przeciwko grypie po 65. roku życia w wybranych Dzielnicach Miasta Krakowa		
	Nazwa oferenta	Adres
Dzielnica XV	Centrum Medyczne "MED-ALL" s.c. Krystyna Targosz, Jan Targosz	ul. Budziszyńska 1, 31-619 Kraków
Dzielnica VI	JCM Sp. z o.o.	ul. Kazimierza Wierzyńskiego 9, 30-198 Kraków
Dzielnica XIV	Comarch Healthcare S.A.	ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków
Program szczepień ochronnych przeciwko grypie po 65. roku życia		
Lp.	Nazwa oferenta	Adres
1.	Falck Medycyna Sp. z o.o.	ul. Mazowiecka 4-6, 30-036 Kraków
2.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	ul. Bolesława Komorowskiego 12, 30-106 Kraków
3.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków
4.	Comarch Healthcare S.A.	ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków
5.	NZOZ "COR VITA"	ul. Kościuszki 35, 30-105 Kraków
6.	Centrum Medyczne "Ujastek" Sp. z o.o. Poradnia Lekarska "Skarpa"	os. Na Skarpie 64, 31-920 Kraków
7.	Centrum Medyczne "Ujastek" Sp. z o.o. Poradnia Lekarska "Złota Jesień"	os. Złota Jesień 15b, 31-820 Kraków
8.	Centrum Medyczne "Ujastek" Sp. z o.o. Poradnia Lekarska "Centralna"	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków
9.	Centrum Medyczne "Ujastek" Sp. z o.o. Poradnia Lekarska "Kurdwanów"	os. Wystouchów 13, 31-611 Kraków
10.	Praktyka Lekarska Internistyczno-Pediatryczna "ZDROWIE" Sp. z o.o.	ul. Rusznikarska 17, 31-261 Kraków
11.	JCM Sp. z o.o.	ul. Kazimierza Wierzyńskiego 9, 30-198 Kraków
12.	Centrum Medyczne „MED.-ALL” S.C.	ul. Budziszyńska 1, 31-619 Kraków
13.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe „MEDICINA” Sp. z o.o.	ul. Grzegórzecka 67 C, 31-307 Kraków
14.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno- Zabiegowe "MEDICINA" Sp. z o.o.	ul. Barska 12, 30-307 Kraków
15.	NZOZ Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych S.C. Elżbieta Kryj-Radziszewska, Adam Windak	ul. Bocheńska 4, 31-061 Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BIP Miasta Krakowa

7) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego.

Występowanie chorób układu krążenia w większości przypadków stanowi wynik nieprawidłowego stylu życia, doprowadzającego do rozwoju miażdżycy. U osób predysponowanych genetycznie wprowadzenie modyfikacji w zakresie stylu życia i wdrożenie profilaktyki może redukować ryzyko

wystąpienia incydentów sercowo – naczyniowych, niosących ze sobą negatywne konsekwencje społeczno-ekonomiczne.

Cel ogólny programu

Głównymi celami Programu są: zmniejszenie umieralności i zachorowalności na choroby układu krążenia, a także poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa małopolskiego.

Populacja objęta Programem

Programem objęto pacjentów hospitalizowanych w wylosowanym do badania Oddziale Kardiologicznym, u których zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca.

Realizacja Programu

W projekcie pn.: „Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego skierowany do mieszkańców Miasta Krakowa” wzięło udział 5 Jednostek Obwodowych. W trzech Jednostkach Obwodowych kontynuowano badanie pacjentów po roku. Z 90 osób zrekrutowanych w 2015 r. zgłosiło się w 2016 r. 75 osób. Dwie Jednostki Obwodowe zrekrutowały 60 nowych pacjentów: każda z nich zrekrutowała po 30 osób.

Kryterium włączenia do Programu było występowanie u pacjenta choroby niedokrwiennej serca i hospitalizacja w wylosowanym do badania Oddziale Kardiologicznym.

Pacjenci mieli za zadanie uzupełnić IV część Zeszytu Oceny Ryzyka i Wiedzy Pacjenta, natomiast pozostałe części dotyczące wyników badań laboratoryjnych, pomiarów antropometrycznych oraz wywiadu, były uzupełniane przez Nauczyciela Prewencji. Wśród wyłonionych grup przeprowadzono dodatkowo interaktywne szkolenia dotyczące prewencji, udostępniono materiały edukacyjne, a wśród uczestników grup drugich – zaplanowano interwencję telefoniczną.

W 2017 r. "Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia" realizował Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80 Kraków. W 2017 r. w ramach Programu przebadano 141 osób. Koszt programu za 2017 rok: 80 000 zł.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 125. Realizacja Programu w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego w latach 2016-2017 na terenie Krakowa

2016			2017		
Liczba przebadanych osób	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu	Liczba przebadanych osób	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt Programu
135	675	77 600 zł	141	842	80 000 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016 - 2018" za lata 2016-2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

8) Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy.

Meningokoki stanowią czynnik etiologiczny dla zapalenia opon mózgowo rdzeniowych i sepsy. Wysokie ryzyko powikłań, a także wysoka śmiertelność są najczęściej odnotowywane w przypadku dzieci poniżej 4 roku życia. Wdrożenie Programu szczepień przeciwko meningokokom pozwoli na redukcję ryzyka.

Cel ogólny programu

Poprawa sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami meningokokowymi, poprzez zwiększenie dostępności szczepień.

Populacja objęta Programem

Dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałe na terenie Miasta Krakowa.

Realizacja Programu

W trakcie realizacji Programu każde zgłoszone dziecko, które nie przekroczyło 24 miesiąca życia otrzymywało jedną dawkę szczepionki skoniugowanej - monowalentnej przeciwko serogrupie C.

Realizatorzy Programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 126. Realizacja Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia w latach 2016-2017

2016 r.			2017 r.		
Liczba zaszczepionych dzieci	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu	Liczba zaszczepionych dzieci	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu
630	1 260	79 786 zł	613	1 852	78 270 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016–2018" za lata 2016-2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

W latach 2016–2017 Program realizowany był przez 4 podmioty lecznicze.

Tabela 127. Podmioty lecznicze profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia na terenie Krakowa w latach 2016-2017

Lp.	Realizator Programu	Adres
1.	Falck Medycyna Sp. Z.o.o	ul. Mazowiecka 4-6, Kraków
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2, Kraków
3.	Comarch Healthcare S.A.	ul. Prof. Życzkowskiego 29, Kraków
4.	NZOZ Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych	ul. Bocheńska 4, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BIP Miasta Krakowa

9) Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli.

Pneumokoki są bakteriami o wysokiej zjadliwości, wywołującymi szczególnie ostrą odpowiedź u dzieci z niedojrzałym układem immunologicznym. Wzrost antybiotykoodporności szczepów bakteryjnych coraz częściej powoduje powikłania, które mogą zagrażać życiu dzieci.

Cel Programu

Wdrożenie programu szczepień ma na celu 95% redukcję zapadalności na IChP, redukcję hospitalizacji z powodu zapalenia płuc wywołanego zakażeniem pneumokokami, redukcję wizyt ambulatoryjnych oraz antybiotykoterapii niezbędnej przy leczeniu zakażeń.

Program skierowany do dzieci zameldowanych na terenie Krakowa, w wieku 0-3 lat, uczęszczających do żłobków lub przedszkoli. Dziecko mogło otrzymać do 3 dawek szczepionki przeciwko pneumokokom, zgodnie ze schematem szczepień. Program szczepień realizowały 4 podmioty lecznicze.

Realizatorzy Programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”.

Tabela 128. Realizacja Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli w latach 2016-2017

2016			2017		
Liczba zaszczepionych dzieci	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu	Liczba zaszczepionych dzieci	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu
278	556	79 018 zł	264	907	79 163 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za lata 2016-2017. Dane dot. liczby udzielonych świadczeń opracowano na podstawie „Raport o Stanie Miasta” za 2016 i 2017 r.

W latach 2016-2017 Program realizowany był przez 4 podmioty.

Tabela 129. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat na terenie Krakowa w latach 2016-2017

Lp.	Realizator Programu	Adres
1.	Falck Medycyna Sp. Z.o.o	ul. Mazowiecka 4-6, Kraków
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2, Kraków
3.	Comarch Healthcare S.A.	ul. Prof. Życzkowskiego 29, Kraków
4.	NZOZ Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych	ul. Bocheńska 4, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BIP Miasta Krakowa

10) Program profilaktyki wad postawy

Program profilaktyki wad postawy skierowany jest do uczniów w wieku od 11 do 12 lat.

Skoliozy stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują u około 2-5% populacji, w tym w Polsce nawet do 15%, a około 90% wszystkich skrzywień kręgosłupa stanowią skoliozy idiopatyczne. Podstawę postępowania terapeutycznego w bocznych skrzywieniach kręgosłupa stanowi prawidłowa i precyzyjna diagnoza.

Cel programu

Głównymi celami programu są:

- Skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy,
- Edukacja w zakresie profilaktyki schorzeń kręgosłupa w postaci spotkań z rodzicami, omówienia wyników badań, uświadomienia zagrożeń i konsekwencji rozpoznanych wad jak również zwrócenie uwagi na czynniki wpływające na rozwój wad,

- c) Wskazanie różnych form terapii, które mogą być kontynuowane po zakończeniu działań w ramach programu,
- d) Osiągnięcie efektu w postaci wzrostu świadomości u rodziców, dzieci i dyrektorów szkół z zagrożeń zdrowotnych, jakie niosą za sobą wady postawy.

Realizatorzy Programu

W ramach Programu w 2016 r. podpisano 5 umów z Krakowskim Ośrodkiem Diagnostyki Kręgosłupa, natomiast w 2017 r. – 10.

Tabela 130. Realizacja Programu profilaktyki wad postawy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków w latach 2016-2017

2016			2017		
Liczba przebadanych uczniów	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu	Liczba przebadanych uczniów	Liczba udzielonych świadczeń	Koszt realizacji Programu
793	1 051	19 610 zł	1 525	1 919	116 810 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016-2018" za lata 2016-2017

Program Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków

W okresie od czerwca 2016 r. do maja 2018 r. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie, ul. Wielicka 267) realizował projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych” (wartość projektu 990 048,00 zł, w tym dofinansowanie ze środków europejskich: 834 412,45 zł i ze środków dotacji celowej: 125 934,11 zł). Natomiast od 01.06.2018 r. do 31.12.2018 r. działalności Dziennego Domu Opieki Medycznej prowadzonego przez Miejskie Centrum Opieki dla Osób starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných finansowana jest ze środków budżetu Miasta Krakowa i prowadzona w trybie Programu polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”. Na ten cel została przyznana dotacja w łącznej wysokości 437 500,00 zł.

Realizatorami projektu DDOM współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych” były następujące podmioty:

- a) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie przy ul. Wielickiej 267 (obecnie: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných),
- b) Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, DDOM prowadzony przy ul. Emaus 18 w Krakowie,
- c) Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie,
- d) Centrum Medyczne Scanmed przy ul. Armii Krajowej 5 w Krakowie.

Cel programu

Głównymi celami programu są:

- a) stworzenie i wdrożenie rozwiązań zapewniających opiekę osobom niesamodzielnym, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymagają oni opieki całodobowej.
- b) zwiększenie bezpieczeństwa oraz usprawnienie procesu powrotu do zdrowia osób kończących leczenie szpitalne,
- c) organizacja efektywnego systemu umożliwiającego odchodzenie od opieki instytucjonalnej nad pacjentem na rzecz opieki w domu poprzez zastosowanie indywidualnych planów wsparcia,
- d) dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta,
- e) podniesienie wiedzy i umiejętności członków rodziny i opiekunów osób starszych poprzez prowadzenie działań edukacyjnych.

3.2. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (tj: Dz.U. z 2018 poz. 1875) ochronę zdrowia psychicznego zobowiązane są zapewnić organy administracji rządowej i samorządowej oraz powołane do tego instytucje. W działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin.

W dniu 15 grudnia 2015 r. Rada Miasta Krakowa podjęła Uchwałę Nr XXXIV/566/15 w *sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2018*. Uchwała ta stanowi kontynuację realizacji celów operacyjnych zawartych w Miejskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2015 oraz w Miejskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010–2012.

W ramach podjętej uchwały w zakresie zdrowia psychicznego realizowane były następujące programy polityki zdrowotnej:

1. Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego. Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP).
2. Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem.

Poniżej przedstawiono szczegółowe informacje na temat Programu Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP) finansowanego z budżetu Miasta Krakowa.

Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego. Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)

Program adresowany jest do kobiet i mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi. Po wdrożeniu procesu diagnostycznego w przypadku rozpoznania głębszych zaburzeń psychicznych, czy też zaburzeń osobowości, w celu wprowadzenia proponowanych rozwiązań o charakterze prozdrowotnym, organizowane są sesje edukacyjne oraz edukacyjne konsultacje rodzinne, po czym beneficjentów

kieruje się do leczenia psychiatrycznego w placówkach PZP lub na psychoterapię indywidualną i grupową (w przypadku dysfunkcji osobowości).

Cel Programu

- a) Przygotowanie i stworzenie materiałów edukacyjnych dotyczących rozpoznawania i przeciwdziałania rozwojowi głębokich zaburzeń psychicznych;
- b) Tworzenie zespołu prowadzącego edukacyjne porady indywidualne, diagnostyczne oraz edukacyjne konsultacje rodzinne;
- c) W przypadku rozpoznania rozwiniętych głębokich zaburzeń psychicznych (głęboka depresja, psychoza, zaburzenie osobowości) planowane przekazanie do dalszego leczenia do odpowiedniej placówki medycznej.

Realizacja Programu

Osoby zgłaszające się do udziału w Programie były w pierwszym etapie poddane procesowi diagnostycznemu, w którym zastosowano wywiad kliniczny pogłębiony oraz testy: Skalę Depresji Becka i Kwestionariusz Satysfakcji Beneficjenta z Porady Profilaktycznej. W kolejnym kroku, na podstawie wyników/diagnozy planowano wdrożenie porad profilaktycznych: sesji edukacyjnych oraz edukacyjnych konsultacji rodzinnych, by umożliwić wprowadzenie proponowanych rozwiązań o charakterze prozdrowotnym przypadku rozpoznania głębszych zaburzeń psychicznych, czy też zaburzeń osobowości, po czym kierowano beneficjentów do leczenia psychiatrycznego w placówkach PZP lub na psychoterapię indywidualną i grupową (w przypadku dysfunkcji osobowości). W ramach Programu w 2016 r.:

- a) przeprowadzono 385 skutecznych interwencji profilaktycznych,
- b) udzielono 213 porad diagnostyczno-edukacyjnych,
- c) przeprowadzono 154 sesji edukacyjnych, 18 edukacyjnych konsultacji rodzinnych.
- d) z Programu skorzystało 169 beneficjentów, w tym: 128 kobiet i 41 mężczyzn.

W 2017 r. w ramach Programu:

- a) przeprowadzono 295 skutecznych interwencji profilaktycznych,
- b) z Programu skorzystało 120 beneficjentów.

W 2016 r. i 2017 r. Program realizowały następujące dwa podmioty lecznicze: PRO VITA Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień NZOZ Kraków – Śródmieście – Wojciech Śledziński oraz FALCK Medycyna Sp. z o.o. Koszt realizacji Programu w roku 2016 wynosił 39 966 zł. Koszt realizacji Programu w 2017 r. wynosił: 41 913 zł (w tym: 1 955 zł w ramach ogłoszonego w 2017 r. konkursu uzupełniającego)

Tabela 131. Podmioty lecznicze realizujące Program "Pomoc w powrocie do zdrowego życia lat 2016–2017 roku na terenie Krakowa

Jednostka	Adres
-----------	-------

PRO VITA Centrum Zdrowia Psychicznego i Terapii Uzależnień NZOZ Kraków – ul. Basztowa 5
 Śródmieście – Wojciech Śledziński

Falck Medycyna Sp. z o.o.

ul. Mazowiecka 4-6, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa i Sprawozdanie z realizacji MPOZ "Zdrowy Kraków 2016 - 2018" za rok 2016 i 2017

Podmiotami niepublicznymi realizującymi w latach 2016–2017 zadanie polegające na prowadzeniu ośrodków wsparcia dla osób zaburzeniami psychicznymi (środowiskowych domów samopomocy) na zlecenie Gminy Miejskiej Kraków były:

- a) Krakowska Fundacja „Hamlet”,
- a) Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera,
- b) Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej,
- c) Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko”,
- d) Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”,
- e) Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Przystanek Betlejem”,
- f) Krajowe Towarzystwo Autyzmu – Oddział Kraków,
- g) Caritas Archidiecezji Krakowskiej,
- h) Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”,
- i) Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Zespołem Downa „Tęcza”.

Poniżej w celach porównawczych przedstawiono wyniki z realizacji Programu z lat ubiegłych.

1) Liczba osób, które skorzystały z Programu Profilaktyki Głębokich, Nawracających Zaburzeń Psychiczych (GZP):

- a) 2013 rok – 38 osób,
- b) 2014 rok – 132 osoby,
- c) 2015 rok – 179 osób,
- d) 2016 rok – 169 osób,
- e) **2017 – 120 osób**

2) Liczba świadczeń udzielonych w ramach Programu Profilaktyki Głębokich, Nawracających Zaburzeń Psychiczych (GZP):

- a) 2013 rok – 80 porad,
- b) 2014 rok – 165 porad,
- c) 2015 rok – 313 porad
- d) 2016 rok – 385 porad,
- e) **2017 – 385 porad.**

Z informacji udostępnionych na stronie BIP Miasta Krakowa wynika, że zarówno w roku 2017 jak i 2016 wykonano 385 porad.

3.3. Zadania dzielnic – programy polityki zdrowotnej

Dnia 27 marca 1991 r. Rada Miasta Krakowa podjęła uchwałę w sprawie utworzenia w Mieście Krakowie 18 dzielnic miejskich. Dzielnice aktualnie działają w oparciu o Statut Dzielnic ustalony przez

Radę Miasta Krakowa uchwałą Nr LXVII/660/96 z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie organizacji i zakresu działania Dzielnic (z późn. zm.). W uchwale wyróżniono dzielnice:

- a) Dzielnica I Stare Miasto
- b) Dzielnica II Grzegórzki
- c) Dzielnica III Prądnik Czerwony
- d) Dzielnica IV Prądnik Biały
- e) Dzielnica V Krowodrza
- f) Dzielnica VI Bronowice
- g) Dzielnica VII Zwierzyniec
- h) Dzielnica VIII Dębniki
- i) Dzielnica IX Łagiewniki-Borek Fałęcki
- j) Dzielnica X Swoszowice
- k) Dzielnica XI Podgórze Duchackie
- l) Dzielnica XII Bieżanów-Prokocim
- m) Dzielnica XIII Podgórze
- n) Dzielnica XIV Czyżyny
- o) Dzielnica XV Mistrzejowice
- p) Dzielnica XVI Bieńczyce
- q) Dzielnica XVII Wzgórza Krzesławickie
- r) Dzielnica XVIII Nowa Huta

Do zakresu działania Dzielnic należą sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, a także powierzone im przez Radę Miasta, służące zaspokajaniu zbiorowych potrzeb i poprawie warunków życia jej mieszkańców. Szczególnym zadaniem Dzielnic jest określanie przedsięwzięć priorytetowych służących zaspokajaniu najpilniejszych potrzeb danej Dzielnicy. Do zadań, których realizatorem są Dzielnice Miasta Krakowa należy również realizacja zadań związanych z ochroną zdrowia mieszkańców dzielnicy. W związku z tym Rady Dzielnic Miasta Krakowa wychodzą naprzeciw zapotrzebowaniu społeczności lokalnej w zakresie ochrony zdrowia poprzez finansowanie lokalnych programów prozdrowotnych.

W roku 2016 Dzielnice Miasta Krakowa przeznaczyły na profilaktykę i promocję zdrowia kwotę w wysokości 161 972 zł. Kwota ta pozwoliła na włączenie do programów dzielnicowych 2 355 mieszkańców Krakowa. Natomiast w 2017 r. wydatkowano kwotę 146 173 zł obejmując programami dzielnicowymi 1 632 mieszkańców. W 2017 r. w 10 Dzielnicach realizowano tzw. programy dzielnicowe (w 2016 r. 9 Dzielnic), szczegółowe informacje prezentuje Tabela 132.

Tabela 132. Realizacja programów dzielnicowych w Krakowie w latach 2016–2017

Dzielnica i nazwa programu	2016		2017	
	Kwota [zł]	Liczba beneficjentów	Kwota [zł]	Liczba beneficjentów
Dzielnica II Grzegórzki				
Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem	14 340	20	14 450	30
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	6 690	86	6 850	89
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku od 0-3 lat zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli	4 350	15	4 350	15
Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci	4 384	32	4 384	32

w wieku od 12 do 24 miesięcy zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków				
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	7 000	175	–	–
Dzielnica III Prądnik Czerwony				
Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem	–	–	4 000	3
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	2 925	66	3 000	124
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	1 973	45	–	–
Dzielnica VI Bronowice				
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	12 000	375	–	–
Dzielnica VII Zwierzyniec				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	13 570	162	14 000	176
Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych	7 957	103	793	106
Dzielnica VIII Dębniki				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	24 995	363	24 980	327
Dzielnica IX Łagiewniki-Borek Fałęcki				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	–	–	6 880	62
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	2 953	95	–	–
Dzielnica XII Bieżanów-Prokocim				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	–	–	4 880	43
Dzielnica XIV Czyżyny				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci			6 000	86
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	6 000	2 000	–	–
Dzielnica XV Mistrzejowice				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci			19 760	234
Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65. roku życia	19 990	364	–	–
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku od 0-3 lat zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli	19 850	77	–	–
Dzielnica XVI Bieńczyce				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	9 995	137	19 760	234
Dzielnica XVII Wzgórza Krzesławickie				
Program profilaktyki wad postawy u dzieci	–	–	10 000	120

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raport o stanie Miasta 2016 i Raport o stanie Miasta 2017

3.4. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki

W 2015 r. miasto Kraków wydatkowało kwotę 361 884,83 zł. W 2016 r., do otwartego konkursu ofert w sprawie realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, wpłynęły 42 projekty. 28 ofert uzyskało liczbę punktów uprawniającą do otrzymania dotacji zgodnie z przyjętą przez Komisję konkursową ds. oceny ofert skalą punktową. Na realizację działań przedstawionych w ofertach konkursowych na 2016 r., miasto Kraków przeznaczyło kwotę w wysokości 956 751 zł. Szczegółowy kosztorys przewidziany na realizację konkretnych zadań publicznych przedstawiono w Tabeli 133.

Tabela 133. Podział środków na realizację zadań z zakresu współpracy organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w 2016 roku na terenie Krakowa

Nazwa zadania publicznego	Liczba umów	Kwota
Realizacja działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia o charakterze uniwersalnym (dla wszystkich grup społecznych) w środowisku lokalnym	6	67 088,70 zł
Prowadzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia poprzez organizację kampanii społecznych i innych wydarzeń lokalnych skierowanych do wszystkich mieszkańców Miasta Krakowa lub wybranej docelowej grupy społecznej	4	57 934,49 zł
Organizowanie konferencji i warsztatów zwiększających kompetencje osób pracujących w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia oraz prowadzenie szkoleń adresowanych do wybranych grup odbiorców, mających na celu podniesienie ich kwalifikacji zawodowych	2	30 000,00 zł
Prowadzenie działań związanych z organizacją szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy lub utrzymaniem wolontaryjnych grup ratownictwa medycznego	4	69 513,24 zł
Realizacja samopomocowych inicjatyw, służących rozwojowi form wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym poprzez stworzenie warunków dla utworzenia Klubów samopomocowych	2	19 999,00 zł
Tworzenie i prowadzenie programów zatrudnienia i przygotowania zawodowego dla osób chorujących psychicznie	3	19 999,00 zł
Krakowskie centrum psychoonkologii	1	150 000,00 zł
Zadanie publiczne zaplanowane przez Dzielnice Miasta Krakowa do realizacji we współpracy z organizacjami pozarządowymi w 2016 roku - „Ochrona i promocja zdrowia – organizacja kursu z zakresu pierwszej pomocy dla mieszkańców Dzielnicy VII	1	3 000,00 zł
Realizacja zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, w tym organizacja konferencji, dotyczących depresji u dzieci i młodzieży szkolnej, problematyki onkologicznej oraz profilaktyki chorób cywilizacyjnych w wieku senioralnym	3	32 467,00 zł
„Promocja zdrowia poprzez wydanie książki pt.: „pomiędzy ideą a rzeczywistością. 10 lat działalności maltańskiego centrum pomocy niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzinom w Krakowie”, w związku z 10-leciem działalności maltańskiego centrum pomocy niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzinom w Krakowie”	1	6 750,00 zł
Utworzenie Centrum Opieki Wyręczającej dla Przewlekłe i Nieuleczalnie Chorych Dzieci	1	500 000,00 zł
łącznie	28	956 751,40 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

Natomiast w 2017 r. do otwartego konkursu ofert w sprawie realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, wpłynęło 40 projektów, a 27 uzyskało wymaganą liczbę punktów. Na realizację zadań finansowych, planowanych w budżecie Miasta Krakowa i budżecie Dzielnic w 2017 r. wydatkowano kwotę w wysokości 311 452 zł.

3.5. Promocja zdrowia i działania promujące zdrowy styl życia

W 2016 r. na terenie miasta Krakowa podejmowane były liczne działania mające na celu uświadamianie mieszkańców nt. wartości jaką jest zdrowie.

W ramach ww. działań:

- a) zorganizowano Krakowskie Dni Zdrowia na Rynku Głównym w Krakowie i w krakowskich przychodniach oraz Światowy Dzień Serca;
- b) zorganizowano konferencje dotyczące profilaktyki np. w ramach Małopolskich Dni Profilaktyki, imprezy plenerowe dotycząca Profilaktyki Niewydolności Serca, spotkania dotyczące profilaktyki onkologicznej oraz otwarte wykłady dla mieszkańców Miasta Krakowa w zakresie profilaktyki cukrzycy;
- c) Uczestnictwo w kampanii informacyjno-edukacyjnej dot. wiedzy o antybiotykach;
- d) od 2007 r. Gmina Miejska Kraków finansuje szczepienia przeciw grypie dla mieszkańców Krakowa po 65. roku życia;
- e) w ramach II Małopolskich Dni Profilaktyki Zdrowia w Krakowie zorganizowana została Małopolska Konferencja Profilaktyki Zdrowia, która rozpoczęła Tydzień Profilaktyki Zdrowia w Małopolsce.

Podczas Dorocznej Debaty Ekspertów Flu Forum, Miasto Kraków otrzymało tytuł Eksperta profilaktyki grypy wśród mieszkańców, zwłaszcza wśród seniorów. a Urząd Miasta Krakowa otrzymał nagrodę „Samorząd dla Serca” dla najaktywniejszych jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy zdrowotne w ramach Kampanii „Ciśnienie na życie”.

We wrześniu 2016 roku odbył się także II Tydzień Profilaktyczny w Małopolsce organizowany przez Biuro Ds. Ochrony Zdrowia i Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. W ramach ww. Tygodnia roku na Rynku Głównym w Krakowie miały miejsce XIV Krakowskie Dni Zdrowia. Podczas wydarzeń była możliwość wykonywania badań profilaktycznych, porad oraz konsultacji lekarskich i pielęgnarskich. Jednocześnie mieszkańcy Miasta Krakowa mogli skorzystać z porad Rzecznika Praw Pacjenta, przedstawicieli NFZ, Urzędu Miasta, Urzędu Marszałkowskiego i Sanepid.

Na terenie miasta Krakowa działa także Całodobowy Telefon Informacji Medycznej, a nadzór nad tą działalnością sprawuje Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Kraków.

Zakres udzielanych informacji obejmuje:

- 1) adresy i numery telefonów świadczeniodawców wraz ze wskazaniem rodzaju udzielanych świadczeń medycznych oraz czasu oczekiwania na świadczenie z zakresu:
 - a) Podstawowej opieki zdrowotnej
 - b) Specjalistycznej opieki ambulatoryjnej
 - c) Pomocy doraźnej (medycyna ratunkowa)
 - d) Opieki całodobowej
 - e) Leczenia szpitalnego
 - f) Stomatologii (wraz z rodzajem udzielanych świadczeń)

- g) Rehabilitacji leczniczej
 - h) Leczenia uzdrowiskowego
 - i) Opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo – lecznicze i zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze) z terenu Miasta Krakowa, udzielających świadczeń medycznych w ramach kontraktów z Narodowym funduszem Zdrowia
- 2) ośrodków udzielających bezpłatnej pomocy dla osób uzależnionych, ich rodzin, ofiar przemocy domowej, klubów „Anonimowych Alkoholików (AA)” oraz telefonów zaufania dla tych osób, z terenu Miasta Krakowa.
 - 3) adresów i numerów telefonów realizatorów miejskich (dzielnicowych) programów zdrowotnych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz leczenia uzależnień z terenu Miasta Krakowa.
 - 4) adresów i numerów telefonów organizacji pozarządowych działających na terenie Miasta Krakowa, prowadzących działalność w dziedzinie ochrony zdrowia.

Koszt funkcjonowania telefonu w 2016 r. wyniósł 146 124, 00 zł brutto.

W 2016 r. średnia miesięczna ilość udzielanych informacji wynosiła 10 567. Łącznie udzielono 126 815 informacji. Najwięcej informacji udzielono z zakresu poradni specjalistycznych (bez odwykowych) – 69 749 oraz szpitali (w tym SOR) – 14 521.

W 2017 r. również Urząd Miasta Krakowa organizował Małopolskie Dni Profilaktyki Zdrowia w Krakowie, a także Obchody Światowego Dnia Serca. Ponadto w 2017 r. ruszył Projekt „Rodzicu nie jesteś sam!”, który jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014- 2020, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

3.6. Działania wspierające funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi i osób niepełnosprawnych w latach 2016–2017

Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w 2016 r. w ramach działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie odbywało się poprzez realizację poniżej opisanych zadań:

- a) Środowiskowe domy samopomocy – udzielają wsparcia osobom chorującym psychicznie, niepełnosprawnym intelektualnie, osobom z autyzmem oraz z chorobą Alzheimera.
- b) Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi – udzielają wsparcia osobom w nich zamieszkującym w zakresie poprawy kontaktów społecznych, przywrócenie możliwości pełnienia satysfakcjonujących ról społecznych, zapewnienie bezpiecznego, całodobowego zakwaterowania.
- c) Warsztaty terapii zajęciowej – działania ukierunkowane na pozyskanie lub przywrócenie umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy.

Szczegółowe informacje na temat realizacji poszczególnych działań realizowanych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób niepełnosprawnych przedstawiono w Tabeli 134.

Tabela 134. Formy wsparcia funkcjonujące w ramach systemu pomocy społecznej na terenie miasta Krakowa w latach 2016 – 2017

Forma wsparcia	2016	2016	2017
Środowiskowe domy samopomocy	Liczba domów samoopieki	13	13
	Liczba miejsc	452	459
	Liczba osób	526	522
Mieszkania chronione dla osób zaburzeniami psychicznymi	Liczba mieszkań	8	10
	Liczba miejsc	43	52
	Liczba osób	48	53
	Liczba terapii zajęciowych	15	15
Warsztaty terapii zajęciowej	Liczba miejsc	563	563
	Liczba osób	650	632

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

Informacje na temat placówek biorących udział w realizacji powyższych zadań przedstawiano w Tabeli 135.

Tabela 135. Podmioty niepubliczne realizujące zadanie w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2016–2017

Środowiskowe domy samopomocy
Krakowska Fundacja „Hamlet”
Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera
Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko”
Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”
Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Przystanek Betlejem”
Krajowe Towarzystwo Autyzmu – Oddział Kraków
Caritas Archidiecezji Krakowskiej
Fundacja Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Zespołem Downa „Tęcza”
Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi
Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
Fundację Pomocy Chorym Psychiczenie im. Tomasza Deca
Warsztaty terapii zajęciowej
Fundacja Artes
Katolickie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych i Ich Przyjaciół „KLIKA”
Stowarzyszenie Integracji oraz Aktywizacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych „EMAUS”
Fundację im. Brata Alberta
Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Kraków Nowa Huta
Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Miejski Krakowski
Duszpasterskie Stowarzyszenie Osób z Upośledzeniem Umysłowym
Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko”
Stowarzyszenie „Dobrej Nadziei”
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej „Gaudium et Spes”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie za 2016 r. i 2017 r. z realizacji miejskiego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2016–2018

3.7. Medycyna szkolna

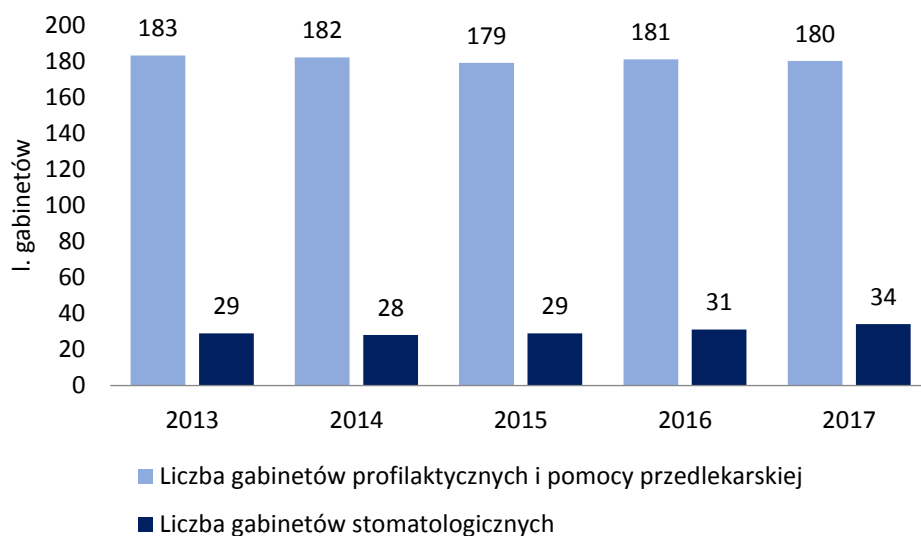
Na podstawie Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z 17 marca 2016 roku w *sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016–2018* Referat Zdrowia w Biurze ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa zobowiązany jest do organizacji i koordynowania medycyny szkolnej w samorządowych szkołach. Należy mieć na uwadze, że 1 września 2017 r. weszły w życie przepisy dotyczące reorganizacji szkolnictwa tj. wygaszanie gimnazjów, powrót do 8-letnich szkół podstawowych, 4-letnich liceów ogólnokształcących i 5-letnich techników. Gmina Miejska Kraków realizuje zadania z zakresu medycyny szkolnej poprzez zapewnienie profilaktycznej opieki, medycznej i stomatologicznej dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Celem powyższych działań jest wczesne rozpoznawanie i zapobieganie stanom chorobowym, śledzenie prawidłowości rozwoju psychofizycznego dzieci i młodzieży oraz kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych i prozdrowotnych. Szczegółowy zakres organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w *sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*.

Gmina Miejska Kraków zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów dentystycznych.

W 2017 r. na terenie 190 szkół i placówek w Krakowie funkcjonowało 180 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Na terenie 41 samorządowych szkół i placówek, dla których Gmina Miejska Kraków jest organem prowadzącym znajdowały się gabinety stomatologiczne. W 34 gabinetach spośród wszystkich 41 realizowano w 2017 r. programy polityki zdrowotnej finansowane przez Gminę Miejską Kraków jak i z innych źródeł⁵⁷. Na przestrzeni lat 2013-2017 liczba gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej nieznacznie zmniejszyła się, natomiast liczba gabinetów stomatologicznych wzrosła (Wykres 73). Należy mieć na uwadze, że spadek liczby gabinetów wynika z wprowadzonej w 2017 r. reformy edukacji, której skutkiem jest reorganizacja szkolnictwa i likwidacja gimnazjów.

⁵⁷ Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r. (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r. [https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=1575210.11.2018]

Wykres 73. Liczba gabinetów profilaktycznych i stomatologicznych w szkołach w Krakowie w latach 2013–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

Najwięcej gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz stomatologicznych (odpowiednio 94 i 26) działa na terenie szkół podstawowych. W 2017 r. profilaktyczną opieką zdrowotną w gabinetach profilaktyki objęto łącznie 74 815 uczniów, z czego 2 529 to uczniowie niepełnosprawni. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 136.

Tabela 136. Liczba szkół i gabinetów profilaktyki zdrowotnej oraz liczba uczniów w samorządowych szkołach i placówkach w 2017 r.

Wyszczególnienie	Liczba szkół	Liczba gabinetów	Liczba uczniów	w tym niepełnosprawnych
Szkoły podstawowe	90	94	36 923	668
Zespoły szkolno-przedszkolne	10	10	4 199	19
Zespoły szkół sportowych	2	2	1 327	1
Zespoły szkół ogólnokształcących	14	14	4 202	69
Zespoły szkół integracyjnych	1	1	968	73
Licea ogólnokształcące samodzielne	21	20	12 970	58
Zespoły szkół zawodowych	24	24	12 055	52
Szkoły muzyczne	3	1	424	3
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze	18	14	1 747	1 586
Pozostałe (poradnie psychologiczno-pedagogiczne i specjalistyczne, bursy szkół ponadpodstawowych, szkolne schronisko młodzieżowe)	7	0	–	–
Ogółem	190	180	74 815	2 529

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

W 10 szkołach nie funkcjonują gabinety profilaktyki zdrowotnej – w 1 szkole podstawowej, w 2 liceach ogólnokształcących, 2 szkołach muzycznych, w 2 zespołach szkół specjalnych, 1 zespole placówek resocjalizacyjno-socjoterapeutycznych, 1 centrum kształcenia ustawicznego oraz 2 centrum kształcenia praktycznego. Przyczyny braku gabinetów przedstawia Tabela 137.

Tabela 137. Przyczyny braku gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedmedycznej w szkołach i placówkach w Krakowie w 2017 r.

Nazwa szkoły	Przyczyna
Szkoła Podstawowa nr 138	nagłych przypadkach udzielana jest pomoc w podmiocie leczniczym znajdującym się naprzeciw szkoły
IX Liceum Ogólnokształcące	w nagłych przypadkach udzielana jest pomoc w poradni lekarzy POZ przy ul. Galla 24
XXI Liceum Ogólnokształcące	pielęgniarka posiada miejsce do pracy w pokoju księgowej, (do dyspozycji 1 raz w tygodniu przez 4 godziny)
Szkoła Muzyczna I stopnia	szkoła kształcąca w trybie popołudniowym, uczniowie jednocześnie uczęszczają do szkoły kształcącej w trybie dziennym
Szkoła Muzyczna I i II stopnia	szkoła kształcąca w trybie popołudniowym, uczniowie jednocześnie uczęszczają do szkoły kształcącej w trybie dziennym
Centrum Kształcenia Ustawicznego	nagłych przypadkach pomoc udzielana jest w podmiocie leczniczym znajdującym się w pobliżu szkoły
Centrum Kształcenia Praktycznego	placówka edukacyjna kształcąca osoby dorosłe oraz młodzież w wieku szkolnym uczęszczającą do szkół kształcących w trybie dziennym
Zespół Szkół Specjalnych nr 2	szkoła znajduje się na terenie Szpitala Uniwersyteckiego
Zespół Szkół Specjalnych nr 3	szkoła znajduje się na terenie Szpitala Uniwersyteckiego
Zespół Placówek Resocjalizacyjno-Socjoterapeutycznych z lokalizacją ul. Górka Narodowa 116	pomoc udzielana jest w przychodni

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” obejmował programy zdrowotne realizowane w samorządowych szkołach i placówkach:

- Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej – adresowany do uczniów w wieku 7–8 lat oraz 16–17 lat;
- Program profilaktyki wad postawy – adresowany do uczniów w wieku 11–12 lat;
- Program profilaktyki próchnicy u dzieci – adresowany do uczniów w wieku 6–14 lat;
- Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa, którego celem było uzupełnienie godzin pracy pielęgniarek i higienistek szkolnych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szkołach podstawowych, w szkołach specjalnych i szkołach integracyjnych do 5 dni w tygodniu.

Tabela 138. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016–2017

Rodzaj placówki	Program profilaktyki astmy*				Program profilaktyki wad postawy*			
	2016		2017		2016		2017	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Szkoły podstawowe	43	2 960	47	2 823	5	327	7	664
Gimnazja	0	0	nd.	nd.	0	0	nd.	nd.

Zespół Szkolno-Przedszkolny	8	541	7	418	1	28	1	29
Zespoły szkół sportowych	2	171	1	97	0	0	1	87
Zespoły szkół ogólnokształcących	8	1 171	6	245	0	0	0	0
Zespoły szkół integracyjnych	6	597	1	100	1	174	0	0
Licea ogólnokształcące samodzielne	11	1 752	12	1 519	0	0	0	0
Zespoły szkół zawodowych	16	1 378	17	1 270	0	0	0	0
Szkoły muzyczne	1	67	1	83	0	0	0	0
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze	2	43	2	41	0	0	1	23
Ogółem	97	8 680	94	6 596	7	529	10	803

*finansowane przez Gminę Miejską Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

Z Programu profilaktyki astmy i chorób alergicznych w 2016 r. skorzystało 8 680 uczniów z 97 placówek oświatowych, natomiast w 2017 r. 6 596 uczniów z 94 placówek. Program profilaktyki wad postawy objął w 2016 r. 529 uczniów w 7 szkołach, a w 2017 r. i 803 uczniów z 10 szkół i placówek (Tabela 139).

Tabela 139. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016–2017

Rodzaj placówki	Wyrównywanie dostępności*				Pozostałe – finansowane z innych źródeł			
	2016		2017		2016		2017	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Szkoły podstawowe	33	10 496	42	14 599	9	2 871	19	4 475
Gimnazja	2	435	nd.	nd.	4	1021	nd.	nd.
Zespół Szkolno-Przedszkolny	5	1096	5	1261	4	1148	1	26
Zespoły szkół sportowych	0	0	0	0	0	0	0	0
Zespoły szkół ogólnokształcących	4	1838	6	1461	6	2487	2	309
Zespoły szkół integracyjnych	3	1574	0	0	1	175	1	80
Licea ogólnokształcące samodzielne	0	0	2	381	0	0	2	425
Zespoły szkół zawodowych	0	0	0	0	4	1569	6	1788
Szkoły muzyczne	0	0	0	0	1	16	0	0

Rodzaj placówki	Wyrównywanie dostępności*				Pozostałe – finansowane z innych źródeł			
	2016		2017		2016		2017	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze	1	90	2	177	0	0	1	201
Ogółem	48	15 529	57	17 879	29	9 287	32	7 304

*finansowane przez Gminę Miejską Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych =Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

Z Programu wyrównania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa w 2016 r. skorzystało 15 529 uczniów z 48 szkół i placówek, w 2017 r. 17 879 uczniów z 57 szkół i od 2015 r. liczba placówek systematycznie rośnie (13 851 uczniów z 47 krakowskich szkół – w 2015 r.). Z kolei programy finansowane z innych źródeł w 2016 r. realizowano w 29 placówkach, a w 2017 r. – 32 placówkach^{58,59,60}.

W 2017 r. działalność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej finansowana była ze środków MOW NFZ w następującym zakresie:

- 48 placówek – 5 dni w tygodniu;
- 29 placówek – 4 dni w tygodniu;
- 34 placówek – 3 dni w tygodniu;
- 42 placówek – 2 dni w tygodniu;
- 27 placówek – 1 dzień w tygodniu.

Natomiast Gmina Miejska Kraków dofinansowywała godziny pracy pielęgniarek i higienistek w następującym podziale:

- 1 placówka – 4 dni w tygodniu;
- 1 placówka – 3 dni w tygodniu;
- 27 placówek – 2 dni w tygodniu;
- 28 placówek – 1 dzień w tygodniu.

⁵⁸ Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

⁵⁹ Sprawozdanie z realizacji w roku 2016, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2017 r.

⁶⁰ Sprawozdanie z realizacji w roku 2015, Zarządzenia nr 1148/2013 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 26 kwietnia 2013 r. (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2013-2015. Kraków, marzec 2016 r.

Tabela 140. Programy zdrowotne w zakresie stomatologii realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016–2017

Rodzaj placówki	Program profilaktyki próchnicy*				Pozostałe – finansowane z innych źródeł			
	2016		2017		2016		2017	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Szkoły podstawowe	11	1 158	19	1 616	12	3 220	10	2 690
Gimnazja	5	363	nd.	nd.	1	383	nd.	nd.
Zespół Szkolno-Przedszkolny	0	0	2	972	2	780	1	694
Zespoły szkół sportowych	1	745	0	0	1	604	1	222
Zespoły szkół ogólnokształcących	0	0	2	571	2	625	1	132
Zespoły szkół integracyjnych	2	674	0	0	1	771	0	0
Licea ogólnokształcące samodzielne	0	0	1	315	0	0	0	0
Zespoły szkół zawodowych	0	0	0	0	4	1 229	4	980
Szkoły muzyczne	0	0	0	0	0	0	0	0
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno-Wychowawcze	0	0	0	0	2	341	1	23
Ogółem	19	2 940	24	3 474	25	7 953	18	4 741

*finansowane przez Gminę Miejską Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji w roku 2017, Zarządzenia nr 670/2016 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2016 r. (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach i placówkach na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2016-2018. Kraków, marzec 2018 r.

W 2016 r. w Programie profilaktyki próchnicy uczestniczyło łącznie 2 940 uczniów z 19 szkół i placówek, w 2017 r. i 3 474 uczniów z 24 szkół i placówek. w pozostałych programach zdrowotnych z zakresu stomatologii finansowanych z innych źródeł uczestniczyło w 2016 r. 7 953 uczniów z 25 szkół a w 2017 r. 4 741 uczniów z 18 szkół.

Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedmedycznej w szkole powinien spełniać wymogi określone przepisami prawnymi w zakresie odpowiedniego wyposażenia w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze, w tym przede wszystkim odpowiadać wymogom zdefiniowanym w ustawie z dnia 15 września 2017 roku o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej⁶¹.

⁶¹ Ustawa z dnia 15 września 2017 roku o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1774).

Pomieszczenie pielęgniarki szkolnej powinno posiadać:

- a) kozetkę,
- b) stolik zabiegowy lub stanowisko pracy – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki szkolnej,
- c) szafkę przeznaczoną do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych
- d) biurko oraz szafkę kartoteczną – przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej,
- e) wagę medyczną ze wzrostomierzem,
- f) parawan,
- g) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,
- h) stetoskop
- i) tablice Snellena do badania ostrości wzroku,
- j) tablice Ishihary do badania widzenia barwnego,
- k) tablice – siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników,
- l) środki do nadzorowanej grupowej profil⁶².

Analiza wyposażenia gabinetów wskazuje, że w 2017 r. wszystkie posiadały szafkę na leki, biurko, aparat do pomiaru ciśnienia, wagę, stetoskop i apteczkę. 99,44% gabinetów posiada kozetkę, 98,89% stolik zabiegowy, 98,89% parawan, 99,44% tablice Snellena, 60,56% tablice Ishihary, 97,22% siatki centylowe, 64,44% środki do profilaktyki próchnicy zębów. 26 września 2017 r. weszła w życie ustawa o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w szkołach, która pozwoliła na doposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach poprzez przyznanie dotacji w kwocie 6 700 zł i na gabinet. Dzięki dotacji możliwe było podniesienie jakości i uzupełnienie brakującego wyposażenia gabinetów w szkołach. Należy podkreślić, że poziom wyposażenia na przestrzeni lat poprawia się, w 2016 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej w ramach 0,4% rezerwy części oświatowej subwencji ogólnej na rok 2015 przekazało dla 173 samorządowych szkół i placówek środki w kwocie 863 211 zł na zakup sprzętu w ramach doposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Na realizację programów w zakresie medycyny szkolnej skierowanych do uczniów w latach 2013–2017 Gmina Miejska Kraków przekazała środki finansowe w wysokości 1 305 045 zł, wydatki w poszczególnych latach przedstawia Tabela 141.

Tabela 141. Wysokość wydatków Gminy Miejskiej Kraków na działania z zakresu medycyny szkolnej w latach 2013–2017

Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2016	2017
Kwota [zł]	18 300	307 320	328 800	222 045	428 580

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Sprawozdanie z realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Zdrowy Kraków 2016-2018 za rok 2017

⁶² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1248).

3.7. Rekomendacje AOTMiT dla programów Miasta Krakowa

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest państwową jednostką organizacyjną, do której zadań należy:

- a) ustalanie taryfy świadczeń,
- b) ocena świadczeń opieki zdrowotnej,
- c) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych,
- d) opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej,
- e) realizacja innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.

W 2016 roku nie oceniano żadnego programu polityki zdrowotnej dla miasta Krakowa. Natomiast zgodnie z informacjami publikowanymi na stronie BIP AOTMiT, w 2017 roku przedmiotem opinii Agencji był program kierowany do mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków: „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”. Program otrzymał pozytywną opinię Rady Przejrzystości oraz Prezesa AOTMiT.

Celem programu było prowadzenie dziennego domu opieki medycznej dla osób niesamodzielnych i starszych, w ramach opieki uczestnikom zapewniano świadczenia mające na celu poprawę jakości życia i stanu ich zdrowia. W opinii Prezesa Agencji podkreślono, że zadania realizowane w ramach programu są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Program ma być realizowany w latach 2018 – 2023, budżet został oszacowany na 3,67 mln zł.

Dodatkowo odnaleziono informacje, że w roku 2017 opiniowanych przez Agencję było 7 programów realizowanych przez województwo małopolskie:

- a) Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego – opinia pozytywna;
- b) AKTYWATOR – popraw swoją skuteczność w podjęciu i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób w wieku 18 – 45 lat” – opinia negatywna (nieprawidłowe wskazanie populacji docelowej);
- c) Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym – opinia negatywna (nieprawidłowe wskazanie populacji docelowej);
- d) Wdrożenie rehabilitacji ruchowej w ramach prewencji utraty zdolności do pracy z powodu chorób sercowo-naczyniowych wśród mieszkańców województwa małopolskiego w wieku 36-55 lat – opinia pozytywna;
- e) Wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci w wieku szkolnym w zakresie zaburzeń słuchu i wad wymowy – opinia negatywna (działania programu pokrywają się z działaniami finansowanymi ze środków publicznych, niejasno doprecyzowane interwencje oraz kwestie organizacyjne programu);
- f) Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej – opinia pozytywna;
- g) Wczesna wielospecjalistyczna interwencja dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością, w tym kobiet w ciąży spodziewających się dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością – opinia pozytywna;

- h) Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 4-7 lat – opinia negatywna (działania programu pokrywają się z działaniami finansowanymi ze środków publicznych, niejasno doprecyzowane interwencje oraz kwestie organizacyjne programu).

4. UZDROWISKO SWOSZOWICE – DZIAŁANIA MIASTA KRAKOWA

Na grudzień 2017 r. w Polsce funkcjonowało 49 szpitali uzdrowiskowych (w tym 6 dla dzieci), oprócz tego istnieje wiele, przychodni i ośrodków, które obsługują kompleksy uzdrowiskowe⁶³. Uzdrowisko Swoszowice jest jedynym w Polsce uzdrowiskiem i jednym z niewielu w Europie funkcjonującym na obszarze dużej aglomeracji miejskiej. Położone jest ono w południowo-wschodniej części miasta Krakowa, w odległości ok. 10 km od Rynku Głównego, w Dzielnicy X Swoszowice, która jest jednostką pomocniczą gminy miejskiej Kraków. Dzielnice pomocnicze działają w oparciu o Statut Dzielnic, ustalony przez Radę Miasta Krakowa uchwałą Nr LXVII/660/96 z dnia 18 grudnia 1996 r. w sprawie organizacji i zakresu działania Dzielnic (z późn. zm.). Natomiast dnia 27 września 2006 r. Rada Miasta Krakowa podjęła uchwałę Nr CXVII/1231/06 w sprawie utworzenia Osiedla Uzdrowisko Swoszowice jako jednostki pomocniczej niższego rzędu w ramach Dzielnicy X Miasta Krakowa (z późniejszymi zmianami) Osiedle posiada także statut nadany 17 grudnia 2008 r. Nr LX/784/08 z dnia 17 grudnia 2008 r. w sprawie nadania statutu dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice, ze zm. Uchwała Nr XCIII/2431/18 Rady Miasta Krakowa z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie przyjęcia i ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr LX/784/08 Rady Miasta Krakowa z dnia 17 grudnia 2008 r. w sprawie nadania statutu dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice. Statut określa między innymi trzy strefy ochrony uzdrowiskowej, zakres leczenia balneologicznego i fizjoterapeutycznego, a ponadto zawiera wykaz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz wykaz pomników przyrody na terenie uzdrowiska⁶⁴.

Uzdrowisko Swoszowice powstało w 1811 roku. Natomiast w 1974 roku Urząd Miasta Krakowa nadał Swoszowicom status Uzdrowiska. W 1999 roku nastąpiło przekształcenie Uzdrowiska z jednostki państwowej w spółkę należącą do Skarbu Państwa. Od 2007 roku Uzdrowisko funkcjonuje pod nazwą Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o. Na terenie Uzdrowiska znajdują się dwa źródła wody leczniczej pod nazwą „Źródło Główne” i „Źródło Napoleon” Złożem wód leczniczych są wody mineralne, swoiste (siarczanowo-wodorowęglanowo-wapniowo-magnezowe). W dniu 27 listopada 2017 r. właściwości lecznicze wody z ujęcia „Źródło Główne” zostały potwierdzone świadectwem wydanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny NR HU-100/WL-1/2017 oraz dla ujęcia „Źródło Napoleon” świadectwem NR HU-100/WL-2/2017.

Uzdrowisko Swoszowice specjalizuje się w leczeniu i profilaktyce następujących schorzeń:

- a) reumatologicznych (choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowego zapalenia stawów, entezopatie układu mięśniowo-więzadłowego);
- b) pourazowych i pooperacyjnych narządu ruchu;
- c) dermatologicznych (łuszczyca);
- d) gośćca łuszczycowego.

⁶³ Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2017 r. Główny Urząd Statystyczny

⁶⁴ Operat uzdrowiskowy dla Uzdrowiska Swoszowice. Kraków-Swoszowice, 2018 r.

Gmina Miejska Kraków prowadzi działania w stosunku do Uzdrowiska Swoszowice mające na celu zachowanie funkcji leczniczych Uzdrowiska, w tym tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej. W związku z powyższym opracowano Plan Rozwoju dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice oraz Program Tworzenia i Ulepszania Infrastruktury Komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.

23 października 2008 roku Minister Zdrowia po analizie operatu uzdrowiskowego wydał decyzję potwierdzającą możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego oraz ustalił kierunki lecznicze. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Uzdrowisko zobowiązane jest do aktualizacji operatu uzdrowiskowego. Operat Uzdrowiskowy stanowi podstawę działalności uzdrowiska i jest niezbędny do utrzymania Statusu Uzdrowiska. Operat zawiera opis Uzdrowiska Swoszowice a także ocenę właściwości leczniczych klimatu na podstawie określonych badań. We wrześniu 2018 r. złożono do Ministerstwa Zdrowia Operat uzdrowiskowy dla Uzdrowiska Swoszowice w celu potwierdzenia i zachowania statutu uzdrowiska.

Uzdrowisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o. udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- a) leczenia stacjonarnego w ramach kontraktu z NFZ (leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne i uzdrowiskowe szpitalne),
- b) leczenia ambulatoryjnego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- c) odpłatnego leczenia stacjonarnego oraz leczenia ambulatoryjnego w przychodni uzdrowiskowej.

Tabela 142. Dane o kuracjuszach korzystających ze świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego w Uzdrowisku Swoszowice w latach 2012–2017

Rok	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Liczba pacjentów szpitala uzdrowiskowego	341	327	324	288	472	451
Liczba kuracjuszy sanatoryjnych	779	975	988	1 011	973	960
Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	3 994	4 183	4 659	4 806	4736	4850
Liczba pacjentów rehabilitacyjnych w szpitalu uzdrowiskowym	185	145	101	79	0	0
Liczba kuracjuszy rehabilitacyjnych w sanatorium	0	0	0	0	0	0
Ogółem	5 299	5 630	6 072	6 184	6 181	6 261

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa

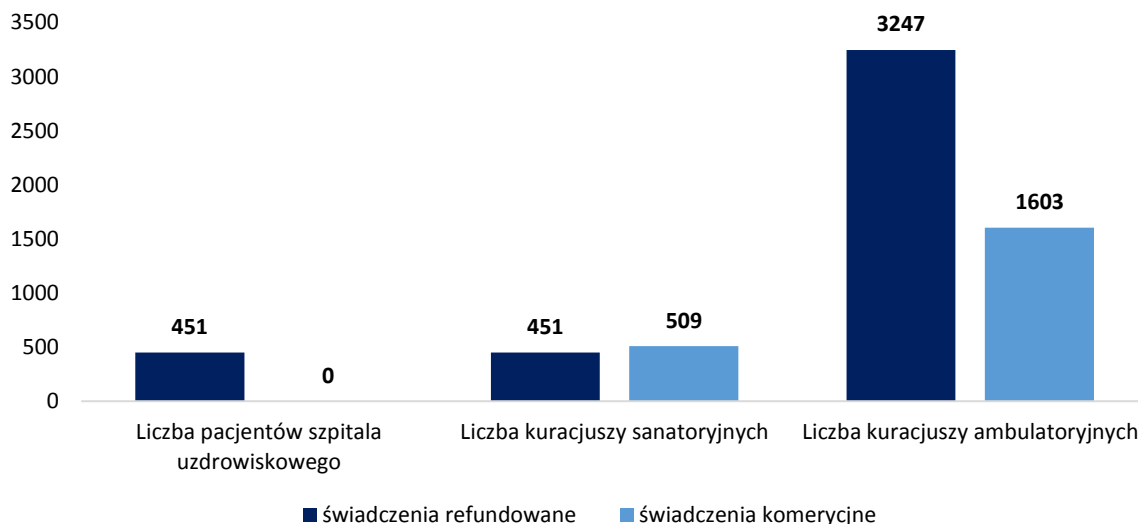
W Uzdrowisku Swoszowice codziennie przyjmowanych jest około 400 kuracjuszy i wykonywanych jest 1 200 zabiegów dziennie (czyli ok. 330 tys. rocznie). W ciągu roku z usług sanatoryjnych korzysta od ponad 5 tys. do ponad 6 tys. kuracjuszy⁶⁵.

Z przedstawionych danych wynika, że z roku na rok liczba kuracjuszy korzystających ze świadczeń Uzdrowiska Swoszowice rośnie. W 2017 r. przyjęto łącznie 6 361 pacjentów korzystających ze szpitala uzdrowiskowego, usług sanatoryjnych, ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych. i było to o 962 kuracjuszy więcej niż w 2012 r. Największą liczbę stanowili kuracjusze korzystający z opieki ambulatoryjnej (w 2017 r. – 4 850) (Tabela 142). Należy jednak pamiętać, że fluktuacja w liczbie przyjmowanych

⁶⁵ Informacja o Uzdrowisku Swoszowice – Urząd Miasta Krakowa

kuracjuszy jest zależna od kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż zdecydowana większość kuracjuszy to osoby korzystające ze świadczeń refundowanych (4 149) w porównaniu do osób korzystających ze świadczeń komercyjnie (2 112) (Wykres 74).

Wykres 74. Rodzaj udzielanych świadczeń przez Uzdrowisko Swoszowice w podziale na refundowane i komercyjne w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Informacji dotyczącej realizacji zadań ustawowych Gminy Miejskiej Kraków w zakresie zachowania i rozwoju funkcji leczniczych Osiedla Uzdrowisko Swoszowice w 2017 r.

W 2017 r. w ramach realizacji zadania w ramach tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej przeznaczonej dla uzdrowisk lub obszarów ochrony uzdrowiskowej, związanej ze spełnieniem warunków, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 5 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych zrealizowano wiele inwestycji w tym między innymi:

- a) szereg inwestycji, celem rozbudowy i ulepszenia infrastruktury komunalnej i technicznej (remonty, renowacje, prace projektowe). Łączna kwota inwestycji: 157 687, 00 zł,
- b) budowa sieci wodociągowej oraz sieci kanalizacji sanitarnej. Łączna kwota wykonanych inwestycji: 4 548 900, 00 zł.

5. RATOWNICTWO MEDYCZNE – REALIZACJA „RAMOWEGO PROGRAMU KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”

Na mocy Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) nadzór nad systemem na terenie kraju od 1 stycznia 2007 roku sprawuje Minister Zdrowia. Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa należy do zadań Wojewody. W 2007 r. Uchwałą Nr XX/264/07 Rady Miasta Krakowa z 12 września 2007 roku Urząd Miasta Krakowa rozpoczął realizację „Ramowego Programu KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”. Celem Programu jest stworzenie na terenie miasta Krakowa sieci automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, umieszczonych w miejscach i budynkach użyteczności publicznej (np. urzędach, dworcach, centrach handlowych) oraz zwiększanie wiedzy społeczeństwa w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej poprzez organizowanie bezpłatnych szkoleń.

Urząd Miasta Krakowa również w 2017 r. kontynuował inicjatywę związaną z poprawą bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w zakresie pomocy przedmedycznej poprzez rozszerzenie sieci defibrylatorów w ramach „Ramowego Programu KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”.. Na realizację tego projektu z budżetu Miasta przeznaczono środki finansowe w wysokości 93 000 zł (Tabela 143), z czego 60 000,00 zł przeznaczono na utrzymanie sieci AED. 30 000 zł zostało przeznaczonych na realizację szkoleń (w ramach budżetu obywatelskiego „Mali Ratownicy”) z pierwszej pomocy wraz z obsługą AED w 12 Dzielnicach Miasta Krakowa. W ramach tego zadania przeszkolono łącznie 1380 osób – dzieci i młodzież z przedszkoli i szkół. Pozostałe 3 000 zł wydatkowano na dodatkowe szkolenia w placówkach, wydruk certyfikatów oraz zakup opasek uciskowych do tamowania krwotoków oraz sprzętu do reanimacji dzieci.

Tabela 143. Zestawienie kosztów związanych z realizacją Ramowego Programu KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA w latach 2012–2017

Rok		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Koszt związany z umową zawartą z Pogotowiem Ratunkowym (zł)	–	50 000	50 000	50 300	71 600	60 000	60 000
Koszt nowych urządzeń AED (zł)	–	13 277	–	3 436	–	–	–
Koszty związane z realizacją zadań (zł)	R2	16 600	–	61 788	–	–	–
	ZHP	15 500	19 500	9 009	–	–	–
	FZP	23 700	4 000	3 436	–	–	–
	PTZCA	–	2 500	–	–	–	–
	MOFP	–	4 000	–	–	–	–
	MOPCK	–	–	35 989	–	–	–
	Inne/brak danych	–	–	–	–	7 000	3 000
Koszt szkoleń ogółem (zł)	–	55 800	30 000	110 222	11 600	25 000	30 000
Koszt sieci AED ogółem (zł)	–	119 077	80 000	195 483	60 000	92 000	93 000

R2 – Fundacja R2; **ZHP** – Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Krakowska; **FZP** – Fundacja Zdrowia Publicznego, **PTZCA** – Polskie Towarzystwo Zwalczania Chorób Alergicznych, **MOFP** – Małopolski Ośrodek Fundacji Praesterno w Krakowie, **MOPCK** – Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa – Sprawozdania realizacji uchwały nr 20/264/07 Rady Miasta Krakowa z dnia 12 września 2007 r.

W 2016 r. i 2017 r. w Mieście Krakowie rozmieszczonych było 31 defibrylatorów AED w tym 2 na wyposażeniu radiowozów Straży Miejskiej (Tabela 144).

Tabela 144. Rozmieszczenie urządzeń AED na terenie miasta Krakowa w 2017 r.

Lp.	Lokalizacja	Liczba AED	Adres
1.	Regionalny Dworzec Autobusowy	2	ul. Bosacka 18
2.	Dworzec Główny PKP	2	pl. Jana Nowaka - Jeziorańskiego 3
3.	Bazylika Mariacka w Krakowie	1	Plac Mariacki 5
4.	Pawilon Wystawienniczo-Informacyjny Wyspiański 2000	1	Pl. Wszystkich Świętych 2
5.	Hotel Ester	1	ul. Szeroka 20
6.	Sąd Okręgowy w Krakowie	1	ul. Przy Rondzie 7
7.	Urząd Miasta Krakowa	1	al. Powstania Warszawskiego 10
8.	Nowohuckie Centrum Kultury	1	al. Jana Pawła II 232
9.	Urząd Miasta Krakowa	1	Os. Zgody 2
10.	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1	ul. Pędzichów 27
11.	Urząd Skarbowy	1	ul. Krowoderskich Zuchów 2
12.	Urząd Miasta Krakowa	1	ul. Wielicka 28
13.	Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach	1	ul. Siostry Faustyny 3
14.	Międzynarodowy Port Lotniczy im. Jana Pawła II, Kraków – Balice	3	ul. Kpt. M. Medweckiego 1, 32-083 Balice
15.	Wojewódzka Biblioteka Publiczna	1	ul. Rajska 1
16.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie	1	ul. Mosiężnica 2
17.	Muzeum Narodowe w Krakowie	1	Oddział Galeria Sztuki Polskiej XIX wieku w Sukiennicach
18.	Małopolski Ośrodek Ruchu Drogowego	1	ul. Nowohucka 33 a
19.	Straż Miejska Miasta Krakowa – defibrylator na wyposażeniu radiowozu	2	ul. Dobrego Pasterza 116
20.	Grodzki Urząd Pracy	1	ul. Wąwozowa 34
21.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie	1	os. Stalowe 16 D
22.	Prokuratura Okręgowa w Krakowie	1	os. Kościuszkowskie 2
23.	Urząd Miasta Krakowa	1	Rynek Podgórski 1
24.	Centrum Jana Pawła II „Nie lękajcie się”	1	ul. Totus Tuus 32
25.	Muzeum in. Emeryka Hutten Czapskiego	1	Ul. Piłsudskiego 10-12
26.	Dom Jana Matejki	1	Ul. Floriańska 41
Ogółem		31	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BIP Miasta Krakowa – Sprawozdania realizacji uchwały nr 20/264/07 Rady Miasta Krakowa z dnia 12 września 2007 r.

6. PODSUMOWANIE

1. Strategicznym dokumentem Miasta Krakowa wskazującym kierunki działań w zakresie zdrowia, w szczególności profilaktyki jest Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”. Program jest kontynuacją poprzednich edycji Zdrowego Krakowa i w 2016 r. w ramach niego realizowano 10 programów polityki zdrowotnej. w 2016 r. z programów zdrowotnych skorzystało 33 095 mieszkańców miasta Krakowa. Łączny koszt realizacji programów wyniósł 1 240 510 zł.). Natomiast w 2017 r. objęto działaniami 33 258 osób udzielając 36 344 świadczeń na łączną kwotę 1 346 970 zł. Ponadto w latach 2016–2017, na terenie miasta Krakowa realizowano „Program dzienny dom opieki medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”. Program ten został włączony do Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018” w 2018 r.
2. Wszystkie programy polityki zdrowotnej realizowane przez miasto Kraków zostały zaopiniowane przez Prezesa AOTMiT.
3. W ramach tworzenia warunków udziału w rozwoju społeczności osobom i grupom zagrożonym wykluczeniem, Urząd Miasta Krakowa prowadzi kolejną edycję Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2018. Zakładał on, poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych, także szeroki wachlarz działań informacyjno-edukacyjnych oraz promujących zdrowie psychiczne w środowiskach potencjalnie zagrożonych występowaniem tego rodzaju problemów. W 2016 r. realizowano dwa programy: Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego. Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP) oraz Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem.
4. Rady Dzielnic aktywnie włączają się w liczne działania profilaktyczne jak i finansowanie programów polityki zdrowotnej. W roku 2016 Dzielnice Miasta Krakowa przeznaczyły na profilaktykę i promocję zdrowia kwotę w wysokości 161 972 zł. Kwota ta pozwoliła na włączenie do programów dzielnicowych 2 355 mieszkańców Krakowa.
5. W 2016 r., do otwartego konkursu ofert w sprawie realizacji zadań z zakresu współpracy organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego publicznych z zakresu ochrony zdrowia wpłynęły 42 projekty. Na realizację działań przedstawionych w ofertach konkursowych na 2016 r., miasto Kraków przeznaczyło kwotę w wysokości 956 751 zł.
6. Gmina Miejska Kraków rok rocznie dba o podnoszenie jakości usług świadczonych w zakładach leczenia zamkniętego dla których jest podmiotem tworzącym. Przede wszystkim w 2017 r. prowadzone były działania dostosowawcze do wymagań technicznych i sanitarnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2012 r. poz. 739).
7. W 2017 r. łącznie na realizację zadań obejmujących przebudowę oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa Gmina Miejska przekazała kwotę w wysokości 34 020 062,02 zł.
8. Na dzień 31 grudnia 2017 r. Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie, wynajmował na realizację świadczeń zdrowotnych 590 lokali użytkowych.

9. W 2017 r. podobnie jak w 2016 r. Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie prowadził prace remontowe w 41 budynkach przeznaczonych w całości na działalność leczniczą na które wydatkowano łączną kwotę w wysokości 3 899 142,09 zł.
10. Jak co roku miasto Kraków podejmowało w 2016 r. i 2017 r. szereg inicjatyw w zakresie medycyny szkolnej. W 2017 r. na terenie 190 szkół i placówek w Krakowie funkcjonowało 180 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W szkołach i placówkach oświatowych realizowano wiele programów zdrowotnych w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”. W 2016 r. Gmina Miejska Kraków na działania z zakresu medycyny szkolnej wydatkowała 222 045 zł, a w 2017 r. 428 580 zł.
11. Uzdrowisko Swoszowice jest jedynym w Polsce uzdrowiskiem i jednym z niewielu w Europie funkcjonującym na obszarze dużej aglomeracji miejskiej i od kilku lat liczba kuracjuszy korzystających ze świadczeń uzdrowiska wzrasta, osiągając w 2017 r. liczbę 6 261 pacjentów. Ponadto na terenie Swoszowic prowadzone są liczne inwestycje i modernizacje.
12. W 2017 r. Miasto Kraków kontynuowało realizację „Ramowego Programu KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”, którego celem była poprawa dostępności urządzeń AED, a także wiedzy na temat udzielania pomocy przedmedycznej i paramedycznej. W 2017 roku na terenie Krakowa dostępnych było 31 defibrylatorów.

CZĘŚĆ IV

WPŁYW UWARUNKOWAŃ ŚRODOWISKOWYCH I INNYCH NA ZDROWIE MIESZKAŃCÓW KRAKOWA

1. WSTĘP

Niniejsza część zawiera informacje dotyczące wpływu uwarunkowań środowiskowych i innych czynników związanych ze stylem życia na zdrowie mieszkańców Krakowa. W poniższych rozdziałach przeprowadzono przegląd literatury, raportów i badań naukowych dotyczących związku determinant środowiskowych ze zdrowiem człowieka odwołując się do wskaźników zdrowotnych i charakterystyki mieszkańców Krakowa.

2. WPŁYW STYLU ŻYCIA NA ZDROWIE

Styl życia człowieka ma niebagatelne znaczenie dla jego zdrowia. Zgodnie z koncepcją Marca Lalonde'a zdrowie zależne jest w 50% od stylu życia. Zwłaszcza od takich aspektów jak: sposób odżywiania, aktywność fizyczna, stosowanie używek, w tym alkoholu, nikotyny. Pozostałe czynniki warunkujące zdrowie to: uwarunkowania genetyczne (20%), warunki środowiskowe (20%) i dostęp do opieki medycznej (10%).

Palenie tytoniu

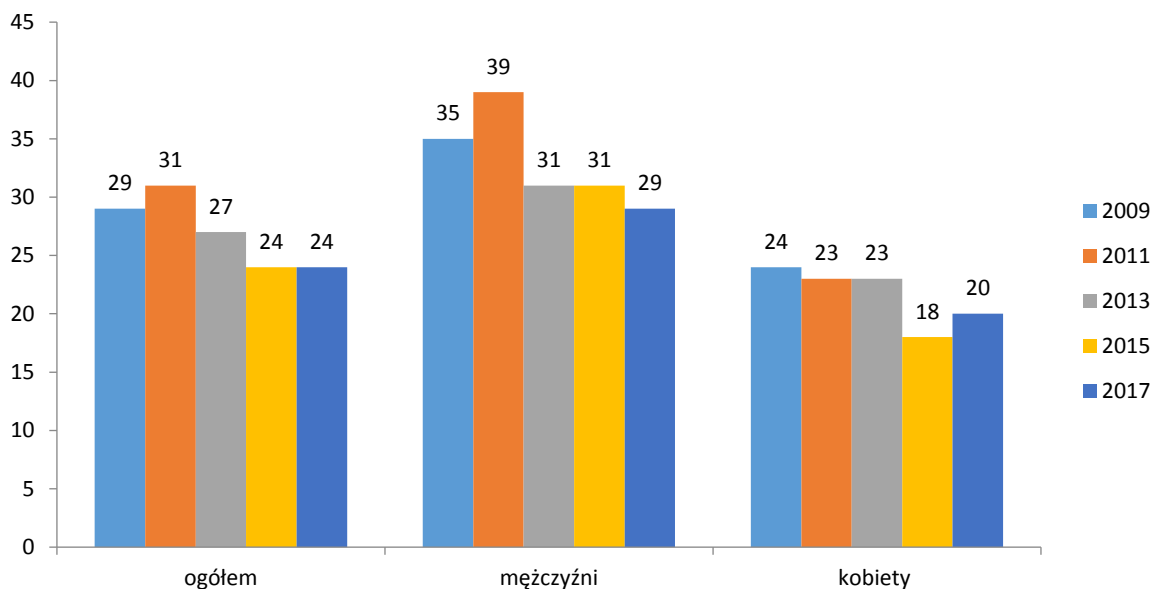
Nikotynizm jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych, akceptowalnych społecznie uzależnień, mającym bezpośredni wpływ na zdrowie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka zdrowotnego odpowiedzialnych za największą liczbę zgonów. Palenie papierosów zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny było najpoważniejszym czynnikiem ryzyka łącznego obciążenia chorobami mężczyzn w Polsce w 2013 r., odpowiadającym za utratę 18,6% lat przeżytych w zdrowiu. U kobiet natomiast palenie jest trzecim najpoważniejszym czynnikiem ryzyka (po wysokim ciśnieniu i wysokim BMI) odpowiadającym za utratę 7,9% lat przeżytych w zdrowiu⁶⁶.

W 2017 r. na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego przeprowadzono ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia, przeprowadzone na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie osób w wieku 15+. Zgodnie z uzyskanymi danymi w 2017 r. do nałogowego (codziennego) palenia tytoniu przyznawało się 24% Polaków. Odsetek ten utrzymuje się na podobnym poziomie jak w 2015 r. i jest nieco niższy niż w latach 2009-2013⁶⁷.

⁶⁶ *Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce 2016 r.* NIZP - PZH

⁶⁷ Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia Główny Inspektorat Sanitarny

Wykres 75. Odsetek osób palących tytoń codziennie w latach 2009-2017 w Polsce, w grupach płci oraz ogółem

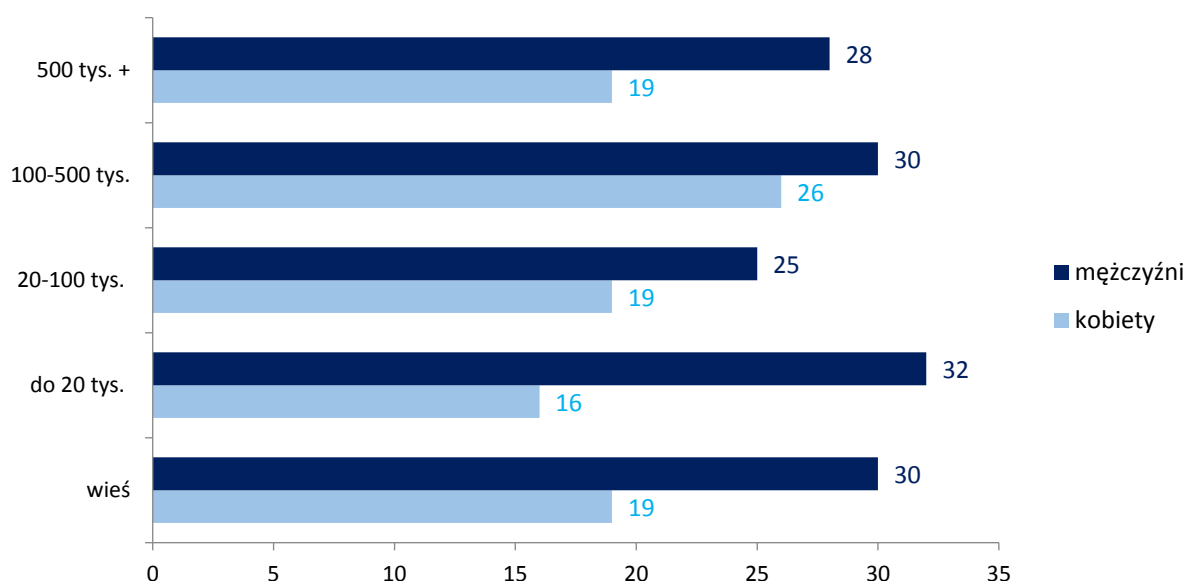


Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia. Główny Inspektorat Sanitarny

W nałóg palenia tytoniu częściej wpadają mężczyźni – 29%, niż kobiety – 20%. Odsetek ten nie zmienił się w znacznym stopniu w stosunku do poprzedniego pomiaru. Odsetek osób palących „okazjonalnie” utrzymuje się na podobnym do lat wcześniejszych poziomie i wynosi 1%.

Badanie wskazuje, że miejsce zamieszkania tylko w niewielkim stopniu wpływa na częstość rozpowszechniania palenia tytoniu. Bez względu na miejsce zamieszkania mężczyźni palą znacznie częściej niż kobiety.

Wykres 76. Odsetek palących regularnie wg miejsca zamieszkania w Polsce w 2017 r. wg płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia. Główny Inspektorat Sanitarny

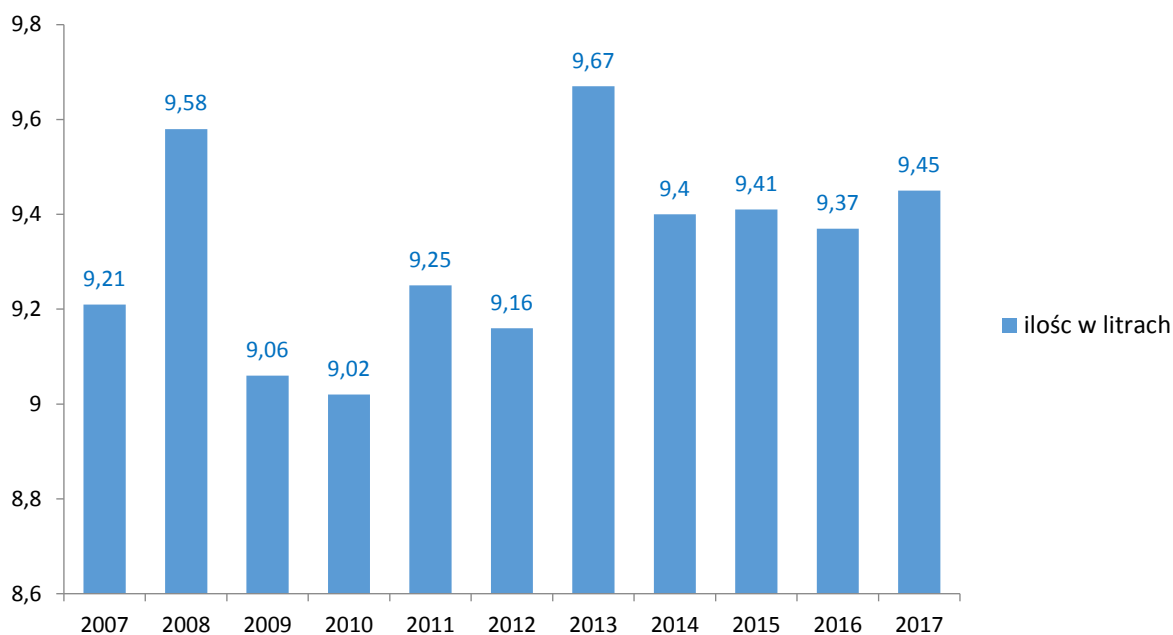
Wyniki badań GUS z 2014 r. wskazują na zróżnicowanie terytorialne rozpowszechnienia palenia tytoniu. W województwie małopolskim obserwowany był najniższy odsetek palących zarówno wśród kobiet (11,4%) jak i wśród mężczyzn (23,5%). Niższy odsetek palących odnotowano jedynie w województwie podkarpackim (kobiety – 10%, mężczyźni – 23,1%). Dane dla województwa małopolskiego są zbieżne z danymi europejskimi. W krajach Unii Europejskiej regularnie pali 15,5% kobiet oraz 23,2% mężczyzn. Dla Miasta Krakowa brak danych dotyczących rozpowszechniania palenia w grupach płci.

Spżycie alkoholu

Według danych WHO spożywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia populacji. Ma ono związek z wieloma chorobami, w tym chorobami serca, rakiem jamy ustnej, przełyku, wątroby, jelita grubego, piersi, a także rozwojem wad wrodzonych płodu czy depresją. Używanie alkoholu również należy do głównych przyczyn przedwczesnych zgonów, zwłaszcza wśród mężczyzn. Poziom spożycia alkoholu jest przedstawiany zwykle za pomocą wskaźnika spożycia 100% alkoholu na osobę. W Polsce alkohol jest popularną używką. Zgodnie z danymi Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) średnie spożycie 100% alkoholu na osobę w Polsce w 2017 r. wynosiło 9,45 l. Na przestrzeni lat ilość ta ulegała niewielkim wahaniom⁶⁸.

⁶⁸ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, [<http://www.parpa.pl> 24.10.2018]

Wykres 77. Średnie spożycie 100% alkoholu na 1 mieszkańca wyrażone w litrach, w Polsce w latach 2007–2017



Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Polacy w 2017 r. najczęściej sięgali po piwo – 57,8%, następnie po wyroby spirytusowe – 32,5%, a najrzadziej po wino i miody pitne – 7,8%.

W opracowaniach międzynarodowych poziom spożycia alkoholu przedstawiany jest w przeliczeniu na populację osób powyżej 15 r. ż. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) w 2016 r. ogólna ilość spożytego 100% alkoholu w Polsce na mieszkańca wynosiła 10,4 l. Polska zajmowała wówczas 12 miejsce pod względem ilości spożytego alkoholu w UE (na 28 państw)⁶⁹. Średnie spożycie alkoholu w Regionie Europejskim wynosiło w 2016 r. wówczas 9,8 litra, zatem w Polsce w tym okresie spożycie alkoholu było wyższe niż średnia dla Europy. Według danych WHO kobiety częściej są abstynentkami niż mężczyźni, a także spożywają mniej alkoholu. W 2016 r. odsetek kobiet pijących obecnie spośród wszystkich pijących (populacja 15+) na świecie wynosił 32,4%, natomiast mężczyzn 53,7%. Dla regionu europejskiego odsetek ten wynosił odpowiednio 51,7% dla kobiet oraz 69,6% dla mężczyzn⁷⁰.

Nadwaga i otyłość/odżywianie

Nadwaga i otyłość określane są jako nieprawidłowy lub nadmierny przyrost tkanki tłuszczowej stanowiącej zagrożenie dla zdrowia. Powszechnie do oceny nadwagi i otyłości u dorosłych wykorzystywany jest wskaźnik BMI (Body Mass Index), który oblicza się dzieląc wagę ciała (wyrażoną w kg) przez kwadrat wzrostu (wyrażony w metrach). Wartość BMI dla dorosłych powyżej 25 wskazuje na występowanie nadwagi, a powyżej 30 wskazuje na otyłość. BMI jest najbardziej użyteczną miarą nadwagi i otyłości, jednak należy ją traktować jako wartość szacunkową (podczas obliczeń BMI nie bierze się pod uwagę cech osobniczych).

⁶⁹ OECD, Alcohol Consumption [<https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>]

⁷⁰ WHO, Global status report on alcohol and health 2018

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami wielu chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów. Nadwaga i otyłość stanowią problem głównie w krajach o wysokim dochodzie, jednak obecnie problem ten osiąga znaczne rozmiary również w krajach o niskim i średnim dochodzie, zwłaszcza w miastach. W 2016 r. ponad 1,9 miliarda dorosłych osób w wieku 18+ borykało się z problemem nadwagi, w tym aż 650 milionów było otyłych. Niepokojące są także dane dotyczące dzieci. W 2016 r. 41 milionów dzieci na świecie w wieku poniżej 5 r. ż. miało nadwagę lub otyłość, a w wieku 5-19 ponad 340 milionów⁷¹. Według danych Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego w 2014 r. osoby z nadwagą i osoby otyłe w Polsce stanowiły odpowiednio 36,6% i 16,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej, czyli łącznie 53,3%. Odsetki te były wyższe niż średnie dla krajów UE, które wynosiły 34,8% osób z nadwagą i 15,4% osób otyłych. Problem nadmiernej masy ciała w Polsce częściej dotyczy mężczyzn (44% nadwaga i 18,1% otyłość) niż kobiet (30,1% osób z nadwagą i 15,6% osób z otyłością). Analogiczna sytuacja występuje w pozostałych krajach UE⁷². Dostępne dane dla Małopolski pochodzą z badania WOBASZ II, zgodnie z którym otyłość występowała u 24% mężczyzn i u 23,4% kobiet⁷³.

Podstawową przyczyną występowania nadwagi i otyłości jest brak równowagi energetycznej pomiędzy kaloriami, które są przyjmowane a tymi, które są wydatkowane przez organizm. Najczęściej przyczyną takiego stanu rzeczy jest wzrost konsumpcji produktów o dużej zawartości tłuszczu, jak również zmniejszenie aktywności fizycznej.

Problem nadwagi i otyłości, a także powiązane z nimi choroby niezakaźne można rozwiązać zmieniając aspekty związane ze stylem życia, tj. zmieniając nawyki żywieniowe i zwiększając lub podejmując aktywność fizyczną.

Zasady prawidłowego żywienia, których stosowanie pozwala utrzymać lub poprawić stan zdrowia zostały opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia. Zasady odnoszą się m. in. do liczby i częstości spożywanych posiłków, w tym warzyw i owoców, płynów, zalecanych produktów, jak również określają, których produktów należy unikać w diecie bądź ograniczać.

Według danych zebranych przez Internetowy Obserwator Statystyk Społecznych wskaźnik otyłości wśród dzieci i młodzieży rozumiany jako odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakładach publicznych, niepublicznych oraz praktykach lekarskich z powodu schorzeń wywołanych otyłością, w przeliczeniu na 1 000 osób w 2015 r. wynosił 14,33/1 000 dzieci do 18 r. ż., a w Krakowie 8,91/1 000⁷⁴.

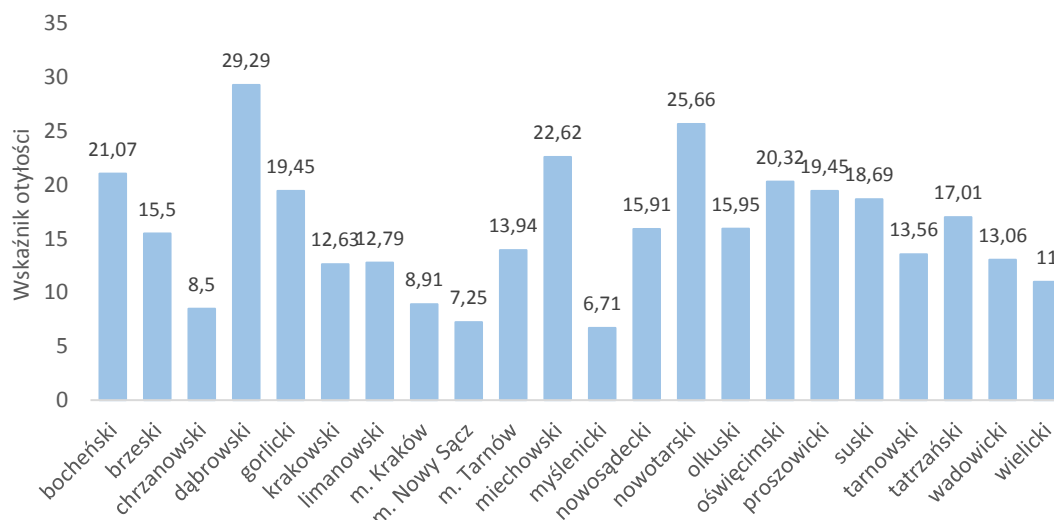
⁷¹ <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [25.10.2018]

⁷² Zgkiczyński W. S., Nadwaga i otyłość w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych nr 4(227), 2017

⁷³ Stepaniak U i wsp.: Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with WOBASZ study (2003–2005). [Pol Arch Med Wewn.](#) 2016 Aug 18;126(9):662-671

⁷⁴ <http://www.obserwator.rops.krakow.pl/differenceanalysis> [25.10.2018]

Wykres 78. Odsetek dzieci do 18 r. ż. będących pod opieką lekarza POZ z powodu schorzeń wywołanych otyłością w powiatach województwa małopolskiego w 2015 r.



Źródło: Internetowy Obserwator Statystyk Społecznych

W 2017 r. przeprowadzono badanie wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w województwie małopolskim, którego celem była ocena odżywienia dzieci i młodzieży. Grupa badana objęła 347 uczniów (55,6% dziewcząt i 44,4% chłopców) i średnie BMI wyniosło 19,11 ($\pm 3,35$) i nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą chłopców i grupą dziewcząt. Większość badanych miała prawidłową masę ciała, odsetek dzieci z nadwagą i otyłością ogółem wyniósł 16,2% (nadwaga – 10,1%, otyłość – 6,1%), a dzieci niedożywionych 6,1%. Warto zwrócić uwagę, że u 72,3% badanych wykazano niedobory wody w organizmie i większe niedobory występowały w grupie dziewcząt niż chłopców⁷⁵.

Istotnym aspektem odżywiania jest również odpowiednie nawodnienie organizmu. Źródłem płynów dla naszego organizmu powinna być głównie woda. Wyniki międzynarodowych badań wskazują, że dzieci i młodzież nie piją wystarczającej ilości wody. W celu zbadania tego problemu w populacji polskiej Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w 2017 r. rozpoczął badania pt. „Ocena zachowań żywieniowych i stanu nawodnienia rodzin z dziećmi w wieku szkolnym” w ocenie stanu odżywienia i nawodnienia dzieci uwzględnione zostaną wyniki przeprowadzonych badań antropometrycznych (wzrost i masa ciała, obwody pasa i bioder, a także pomiar ciśnienia tętniczego) oraz analizy składu ciała (udział tłuszczu i mięśni oraz zawartości wody w organizmie). Najważniejszym aspektem badania jest ocena występowania odwodnienia wśród dzieci na podstawie dwóch próbek moczu: porannej przyniesionej z domu oraz próbce moczu oddanej w czasie pobytu dziecka w szkole⁷⁶. Badania prowadzone były w szkołach krakowskich oraz innych w województwie małopolskim.

⁷⁵ Błaszczuk-Bębenek E, Żwirski J, Schlegel-Zawadzka M. Ocena stanu odżywienia dzieci z regionu Małopolski. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(3): 336-342

⁷⁶ <http://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/uczniowie-maja-problem-z-odwodnieniem-za-malo-wody-do-sniadania/> [13.11.2018]

Spożycie owoców i warzyw

Jednym z podstawowych zaleceń prozdrowotnych jest spożycie 4–5 porcji warzyw i owoców w ciągu dnia. Ich korzystne działanie wynika z tego, że dostarczają m.in. błonnik oraz dużą ilość witamin i składników o działaniu antyoksydacyjnym.

Wg danych GUS, w 2016 r. mieszkańcy województwa małopolskiego konsumowali (zakupili) przeciętnie 3,35 kg owoców oraz 4,58 kg warzyw. Wartości średnie dla Polski w tym okresie wynosiły odpowiednio 3,64 kg owoców i 5,05 kg warzyw. Wskazuje to, iż spożycie owoców i warzyw w Małopolsce jest nieco niższe niż w Polsce, jednakże na przestrzeni lat spożycie owoców i warzyw wzrasta.

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna stanowi ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu wielu chorób. Niski poziom ruchu stanowi ważny czynnik ryzyka obciążenia chorobami. Do niedawna szczególnie podkreślano wpływ zbilansowanej diety na zdrowie, zdecydowanie mniejszą wartość przypisując roli aktywności fizycznej. Obecnie podejście to zdecydowanie zmieniło się, a aktywność fizyczna została uznana za nieodłączny element prawidłowego żywienia. Zaznaczone to zostało w Piramidzie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, która została zaktualizowana w 2016 r. Jedną ze znaczących zmian było umieszczenie aktywności fizycznej u podstawy piramidy. Oznacza to, iż powinna towarzyszyć każdemu człowiekowi codziennie przez ok. 30-45 min.

Regularna aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na funkcjonowanie organizmu, umysłu, a także zmniejsza ryzyko zapadalności na choroby przewlekłe. Do korzyści wynikających z podejmowania regularnej aktywności można zaliczyć:

- a) zmniejszenie ryzyka otyłości,
- b) zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia,
- c) obniżenie profilu lipidowego, w tym cholesterolu,
- d) zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka,
- e) wzmocnienie mięśni i kości,
- f) poprawa samopoczucia i zdolności umysłowych.

Według zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia czas trwania pojedynczych ćwiczeń powinien wynosić 30 min., jednak kilka krótszych serii ćwiczeń dających łącznie 30 min. również daje korzyści zdrowotne. W przypadku dzieci zalecany czas wynosi 60 min. dziennie aktywności fizycznej o umiarkowanej lub dużej intensywności. Zgodnie z dostępną wiedzą, najlepsze efekty zdrowotne można uzyskać podejmując aktywność fizyczną przez wszystkie dni tygodnia (bądź zdecydowaną większość dni tygodnia)⁷⁷.

Zgodnie z zaleceniami WHO, osoby zdrowe, dorosłe (18-64 lat) powinny podejmować wysiłek:

- a) umiarkowany (≥ 150 min./tydz.) lub
- b) intensywny (≥ 75 min./tydz.) lub
- c) ekwiwalent kombinacji wysiłku umiarkowanego i intensywnego.

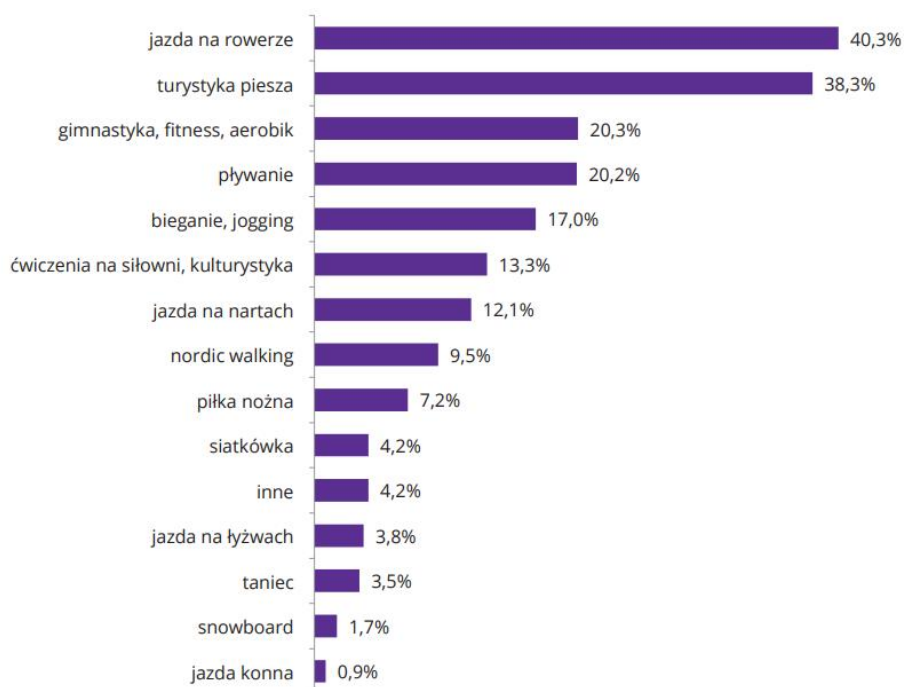
⁷⁷ Instytut Żywności i Żywienia, <http://www.izz.waw.pl/> [23.10.2018]

W 2017 r. niemal co siódmy Polak w wieku 15–69 lat spełniał normy rekomendowane przez WHO dotyczące zalecanego poziomu aktywności fizycznej (16,1%) wykonując ćwiczenia w czasie wolnym. Odsetek ten nie uwzględniał aktywności transportowej, np. podejmowanej na rowerze, natomiast biorąc pod uwagę również aktywność transportową odsetek ten wynosił 21,9%. Mężczyźni częściej podejmowali aktywność fizyczną (18,9%) niż kobiety (13,4%)⁷⁸.

Dla Małopolski dane dotyczące aktywności fizycznej pochodzą z Raportu Badanie opinii mieszkańców Małopolski 2015⁷⁹. Według uzyskanych danych jeden na 3 mieszkańców (33,7%) regionu podejmuje aktywność fizyczną 3 razy w tygodniu bądź częściej, mając na celu poprawę stanu zdrowia i kondycji. 29,2% Małopolan podejmuje aktywność fizyczną 1-2 razy w tygodniu, a aż 15,1% nigdy nie podejmuje aktywności mającej na celu poprawę zdrowia.

Najchętniej wybieraną formą aktywności fizycznej mieszkańców małopolski jest jazda na rowerze (40,3%) oraz turystyka piesza (38,3%)

Wykres 79. Odsetek najczęściej wybieranych form aktywności fizycznej przez Małopolan



Źródło: www.obserwatorium.malopolska.pl/blog/o-jakosci-powietrza-aktywnosci-fizycznej-zwiazkach-innymi-wojewodztwami-badanie-opinii-mieszkancow/

3. WPŁYW HAŁASU NA ZDROWIE

Bodźce akustyczne są uciążliwe dla narządu słuchu, a ich szkodliwość zależy od natężenia, częstotliwości fal akustycznych, czasu działania i charakteru zmian w czasie. Hałasem nazywane są wszelkie niepożądane, nieprzyjemne, dokuczliwe lub szkodliwe drgania ośrodka sprężystego działającego na organ słuchu i inne zmysły oraz elementy organizmu człowieka. Długotrwały hałas jest uciążliwy dla organizmu, co objawia się występowaniem dolegliwości ze strony układu

⁷⁸ Ministerstwo Sportu i Rekreacji, Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017

⁷⁹ Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, Departament polityki Regionalnej, Badanie opinii mieszkańców Małopolski 2015, 5. Edycja

nerwowego, powoduje rozdrażnienie, bezsenność, zmęczenie i bóle głowy, może nawet prowadzić do trwałego uszkodzenia słuchu. Za próg szkodliwości hałasu przyjmuje się natężenie dźwięku 35 decybeli (dB), natomiast powyżej 85 dB występuje tzw. „hałas nieznośny”, który może prowadzić do wystąpienia zaburzeń układu krążenia i układu pokarmowego. Hałas jest jednym z najsilniejszych bodźców jakie docierają do człowieka⁸⁰.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z ochroną środowiska przed hałasem w Polsce jest ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – *Prawo ochrony środowiska* (Dz.U.2013, poz. 1232 ze zm.), która definiuje hałas jako dźwięki o częstotliwościach od 16 Hz do 16 000 Hz. Rozróżnia się dwie podstawowe kategorie hałasu środowiskowego, w zależności od źródła jego pochodzenia:

- hałas komunikacyjny
 - drogowy (uliczny)
 - lotniczy
 - kolejowy i tramwajowy
- hałas przemysłowy (w otoczeniu zakładu).

Prawo ochrony środowiska definiuje następujące wskaźniki hałasu:

- A. wskaźniki hałasu mające zastosowanie do prowadzenia długookresowej polityki w zakresie ochrony środowiska przed hałasem
 - **LDWN** – długookresowy średni poziom dźwięku a wyrażony w decybelach (dB), wyznaczony w ciągu dób w roku, z uwzględnieniem pory dnia, pory wieczoru, pory nocy;
 - **LN** – długookresowy średni poziom dźwięku a wyrażony w decybelach (dB), wyznaczony w ciągu wszystkich pór nocy w roku;
- B. wskaźniki hałasu mające zastosowanie do ustalania i kontroli warunków korzystania ze środowiska w odniesieniu do jednej doby
 - **LAeq D** – równoważny poziom dźwięku a dla pory dnia;
 - **LAeq N** – równoważny poziom dźwięku a dla pory nocy.

Tabela 145. Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku

Przeznaczenie terenu	Dopuszczalny poziom hałasu			
	Drogi lub linie kolejowe		Pozostałe obiekty i działalność będąca źródłem hałasu	
	LAeqD LDWN	LAeqD LN	LAeqD LN	LAeqN LN
Strefa ochronna „A” uzdrowiska, tereny szpitali poza miastem	50	45	45	40
Tereny zabudowy mieszkaniowej jednorodzinnej, tereny zabudowy związanej ze stałym lub wielogodzinnym pobytem dzieci i młodzieży, tereny domów opieki, tereny szpitali w miastach	61	56	50	40
Tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego, tereny zabudowy zagrodowej, tereny rekreacyjno-wypoczynkowe, tereny mieszkaniowo-usługowe	65	56	55	45
Tereny w strefie śródmiejskiej miast powyżej 100 tys. mieszkańców	68	60	55	45

Źródło: *Zagrożenia hałasem wybrane zagrożenia, Biuro Analiz i Dokumentacji, Kancelaria Sejmu 2012*

⁸⁰ <http://rcin.org.pl> [[23.10.2018]

Według danych WHO ok. 40% ludności w krajach UE jest narażonych na hałas drogowy o poziomie przekraczającym 55 dB, 20% jest narażonych na poziom hałasu przekraczający 65 dB w ciągu dnia, a więcej niż 30% na hałas przekraczający 55 dB w nocy. Występują grupy osób szczególnie narażonych na hałas, należą do nich dzieci, osoby starsze i przewlekle chore, a także pracownicy zmianowi.

Hałas wywiera niekorzystny wpływ na zdrowie i organizm człowieka. Ekspozycja na hałas powoduje nie tylko uszkodzenia słuchu (poprzez powodowanie zmian lokalnych w ślimaku), ale również wpływa na zaburzenia o charakterze ogólnoustrojowym (Tabela 146). Do tego typu zaburzeń zaliczyć można zaburzenia naczyniowe, psychiczne, zaburzenia hormonalne, zaburzenia układu krążenia, jak również zaburzenia układu odpornościowego. Hałas jest czynnikiem fizycznym, który oddziałując na organizm, wywołuje reakcję stresową. Leży ona u podłoża wszystkich wymienionych objawów i polega na wzroście aktywności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej oraz na wzroście aktywności układu współczulnego, który modyfikuje czynność gruczołów dokrewnych. Szkodliwe działanie hałasu na organizm człowieka objawia się zmęczeniem, gorszą wydajnością, trudnościami w skupieniu uwagi, zaburzeniami orientacji, drażliwością, podwyższonym ciśnieniem krwi, bólem i zawrotami głowy, czasowymi lub trwałymi uszkodzeniami słuchu, występowaniem szumów usznych.

Tabela 146. Ogólnoustrojowy wpływ hałasu na organizm człowieka

Układ	Rodzaj zaburzeń lub dolegliwości
Układ krążenia	Zmiany w naczyniach włosowatych i mięśniu sercowym wzrost ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca, przyspieszenie czynności serca, skurcze dodatkowe, zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, zwężenie drobnych naczyń krwionośnych i zmniejszenie wielkości przepływu krwi w tkankach, niedokrwistość, podwyższone OB, eozynofilia
Układ pokarmowy	Wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, wrzody żołądka
Układ dokrewny	Wzrost czynności kory nadnerczy, nadczynność tarczycy, wzrost przemiany materii
Ośrodkowy układ nerwowy	Wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego; występowanie zmian patologicznych w przebiegu krzywej EEG, zmiany w psychice, jak np. zakłócenie równowagi psychicznej tj. znużenie, rozdrażnienie, kłótniowość, stany niepokoju i lęku, upośledzenie koncentracji i uwagi; zaburzenia oraz trudności pełnego i spokojnego wypoczynku i snu
Narząd słuchu	Przytępienie słuchu, czasowy lub stały ubytek słuchu, szumy uszne, pęknięcie błony bębenkowej

Źródło: *Zagrożenia hałasem wybrane zagrożenia, Biuro Analiz i Dokumentacji, Kancelaria Sejmu 2012*

Hałas stanowi jedno z najważniejszych zagrożeń środowiskowych dla zdrowia fizycznego, psychicznego oraz dobrego samopoczucia. Stanowi rosnący problem zarówno dla społeczeństwa jak i decydentów w całej Europie. Mając na uwadze skalę problemu WHO opublikowała zaktualizowane *Wytyczne dotyczące hałasu środowiskowego dla regionu Europejskiego*, proponując zestaw zaleceń dotyczących ochrony zdrowia ludzkiego przed narażeniem na hałas środowiskowy pochodzący z różnych źródeł⁸¹. Według danych WHO dla regionu Europy Zachodniej oszacowano, że hałas odpowiada za utratę 61 000 lat życia DALY (DALY – lata życia skorygowane niesprawnością) z powodu choroby niedokrwiennej serca, 45 000 z powodu zaburzeń funkcji poznawczych u dzieci, 903 000 lat z powodu zaburzeń snu, 22 000 z powodu szumów usznych oraz 654 000 z powodu irytacji. Wyniki te wskazują, że co najmniej 1 milion lat rocznie jest traconych z powodu hałasu związanego z ruchem

⁸¹ WHO, Noise – guidelines, 2018

drogowym w Europie Zachodniej. Brak danych dotyczących narażenia na hałas w środkowej i wschodniej części Europejskiego Regionu WHO oznacza, że nie można ocenić obciążenia chorobami spowodowanymi hałasem środowiskowym dla całego regionu.

W dokumencie *Wytyczne dotyczące hałasu środowiskowego dla regionu Europejskiego* określone zostały kluczowe skutki zdrowotne powstałe w wyniku ekspozycji na hałas środowiskowy. Za najpoważniejsze skutki zdrowotne związane z hałasem uznano: choroby sercowo-naczyniowe, kłopoty ze snem, upośledzenie funkcji poznawczych, upośledzenie słuchu i szum w uszach. Za ważne uznano skutki zdrowotne związane z: komplikacjami przy porodzie, obniżeniem jakości życia, samopoczuciem i zdrowia psychicznego oraz zaburzenia metaboliczne⁸².

Wpływ hałasu na narząd słuchu

Najbardziej narażonym na negatywne działanie hałasu jest narząd słuchu. Zmiany mogą mieć charakter przejściowy lub trwały, zależnie od czasu ekspozycji i natężenia hałasu oraz mogą obejmować ubytki słuchu lub całkowitą jego utratę. Skutki oddziaływania hałasu na słuch zależą przede wszystkim od poziomu ciśnienia akustycznego hałasu i czasu jego ekspozycji. Przy poziomie 85 dB i czasie ekspozycji do 40 lat (przy 8-godzinny dniu pracy) ryzyko uszkodzenia słuchu wynosi 10%. Skutkiem długotrwałego narażenia na hałas o wysokich poziomach jest nieodwracalne uszkodzenie komórek rzęskowych znajdujących się w ślimaku. W konsekwencji tego procesu dochodzi do przesunięcia progu słyszenia i pogorszenie zrozumiałości mowy. Przesunięcie progu słyszenia powoduje, że część sygnału mowy ludzkiej znajduje się poza obszarem dźwięków słyszalnych. Dochodzą do tego problemy w ocenie głośności dźwięków, utrata zdolności rozróżniania wysokości i określania kierunku skąd dochodzi dźwięk.

Narażenie nawet przez krótkie okresy czasu na poziomy ciśnienie akustycznych przekraczające 140 dB, pociąga za sobą ryzyko morfologicznego uszkodzenia ucha, zazwyczaj w postaci pęknięcia błony bębenkowej. Uczucie niewygodności w uchu pojawia się powyżej 100 – 110 dB, zaś ostry ból zaczyna występować w przybliżeniu przy 130 dB i należy to traktować jako sygnał ostrzegawczy przed zagrażającym uszkodzeniem i pilną potrzebę podjęcia przedsięwzięć zapobiegawczych i ochronnych. Uszkodzenia słuchu są konsekwencją ekspozycji zarówno na hałas przemysłowy (który charakteryzuje się zwykle wyższym natężeniem i dłuższym czasem ekspozycji i jako jedna z najczęstszych chorób zawodowych prowadzi często do czasowego lub trwałego upośledzenia słuchu.

Warto zaznaczyć, że skala czasowa uszkodzeń słuchu jest zależna od wielu czynników tj. osobniczej wrażliwości na hałas, natężenia hałasu, widma, modelu narażenia oraz wielu czynników nie w pełni wyjaśnionych. U niektórych osób ciężkie uszkodzenie może powstać w pierwszych paru miesiącach (w razie narażenia na krańcowo wysokie poziomy hałasu), a u innych rozwija się stopniowo w ciągu całego okresu pracy. Czasowe przesunięcie progu (NITTS) jest przejściowym obniżeniem ostrości słuchu powstającym po stosunkowo krótkim narażeniu na nadmierny hałas, przy którym słuch dość szybko po zaprzestaniu działania hałasu, wraca do stanu sprzed narażenia. Natomiast spowodowane hałasem trwałe przesunięcie progu (NIPTS) stanowi nieodwracalny (czuciowo-nerwowy) ubytek słuchu, który jest skutkiem długotrwałej ekspozycji. Obecnie uważa się, że ryzyko jest nieistotne przy poziomach narażenia na hałas mniejszych niż 75 dB (A) Leq (8 godz.), w związku z czym wiele państw przyjęło w swych przepisach i zaleceniach 85 dB (A) ± 5 dB (A) jako wartość graniczną dla hałasu przemysłowego.

⁸² WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region, 2018

Hałas komunikacyjny ma również duży wpływ na poziom upośledzenia słuchu. Hałas drogowy, lotniczy, jak również inne źródła akustyczne o wysokim natężeniu dźwięku również wpływa na podwyższenie progu słuchu. Proces ten przebiega jednak mniej gwałtownie w porównaniu do narażenia na hałas przemysłowy, niemniej jednak istnieją podejrzenia że hałas komunikacyjny przyczynia się do rozwoju głuchoty starczej. Stwierdzono między innymi, że nakładający się na ogólne tło komunalne hałas niektórych zabawek, już u dzieci może wywołać trwałe urazy słuchu. Ponadto obciążenie słuchu młodzieży używającej przenośnych odtwarzaczy (których muzyka z poziomem sięgającym nawet 120dB, trafia bezpośrednio z mini głośników do zewnętrznego przewodu słuchowego), mimo że nie wynosi dziennie po 8 godzin, może być podobne do narażeń w środowiskach pracy, doprowadzających do zawodowego uszkodzenia słuchu.

Wpływ hałasu na układ krążenia

Istnieje wiele dowodów naukowych potwierdzających szkodliwy wpływ hałasu na prawidłowe funkcjonowanie układu krwionośnego i hormonalnego. Hałas jest stresorem, który wywołuje wzrost ciśnienia krwi, skurcz naczyń krwionośnych i przyspieszenie akcji serca, co u osób wysokiej podatności osobniczej może doprowadzić do poważnych chorób i zaburzeń ze strony układu krążenia. Dane dotyczące związku między hałasem a zdrowiem ludzi dotyczą zarówno narażenia na hałas środowiskowy jak i ten związany z miejscem pracy.

Badania dowodzą, iż istnieje zależność między ekspozycją na hałas a występowaniem nadciśnienia tętniczego. Ekspozycja na hałas może pobudzać autonomiczny układ nerwowy i układ dokrewny, co w efekcie może powodować wzrost ciśnienia krwi i częstotliwości skurczów. Badania prowadzone na grupie pracowników dowiodły, że osoby narażone na intensywny hałas mają wyższe ciśnienie krwi w porównaniu do pracowników eksponowanych na niższy poziomy hałas. Analogiczną zależność wykazano w przypadku hałasu środowiskowego. Badania Babischa wykazały, że ryzyko nadciśnienia tętniczego rośnie, gdy poziom hałasu środowiskowego w porze dziennej przekracza 65 dB A. Wykazano również, że w populacji narażonej na hałas z zakresu 60-70 dB w ciągu dnia ryzyko nadciśnienia tętniczego rośnie z 1,5 do 3,3. Dodatkowo badania prowadzone w ramach projektu HYENA potwierdziły, że długotrwała ekspozycja na hałas lotniczy w nocy jak i na hałas komunikacyjny w ciągu dnia jest czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego. Zauważyć należy, że ryzyko to jest większe w przypadku ekspozycji na hałas nocny.

Należy zauważyć także, że ciśnienie tętnicze jest jednym z czynników ryzyka zawału serca i udarów. Dodatkowo, w wyniku reakcji stresowej organizmu i wyrzutu hormonu stresu, długotrwały hałas może prowadzić do rozwoju miażdżycy, nadciśnienia tętniczego i w końcu chorób układu krążenia, prowadzących do zgonu. Prowadzone badania wykazały, że względne ryzyko zawałów w populacji eksponowanej na hałas w środowisku pracy jest 1,5-krotnie wyższe i rośnie wraz z czasem ekspozycji na hałas. Liczne badania skupiające się na hałasie środowiskowym również wykazują nawet 3-krotnie wyższe ryzyko wystąpienia zawału serca wśród osób mieszkających przy ulicach o intensywnym ruchu, w porównaniu do osób mieszkających w spokojnej lokalizacji⁸³.

⁸³ Pawlas K., Hałas jako czynnik zanieczyszczający środowisko – aspekty medyczne; Medycyna środowiskowa - Environmental Medicine 2015, vol. 18, No. 4, 49-56

Zarówno badania epidemiologiczne jak i badania kliniczne potwierdzają występowanie istotnego statystycznie związku między natężeniem hałasu a ryzykiem zawału serca i nadciśnienia tętniczego⁸⁴.

Wpływ hałasu na sen

Sen jest ważnym aspektem życia człowieka, warunkiem prawidłowego funkcjonowania organizmu, dlatego tak ważna jest jego jakość. Zaburzenia snu wpływają natomiast niekorzystnie na organizm, a ich przyczyną bardzo często jest hałas. Ocenia się, że ok. 80% zaburzeń snu jest spowodowanych hałasem środowiskowym. Prawidłowy sen składa się z 6 następujących po sobie faz. Podczas fazy snu głębokiego odnowione zostają zasoby energetyczne organizmu, a w fazie marzeń sennych następuje odnowa procesów pamięciowych i umysłowych. Zatem, aby organizm funkcjonował prawidłowo potrzebna jest prawidłowa struktura snu, którą hałas zaburza. Zaburzenia snu obejmują zmiany przebiegu snu ze skracaniem lub eliminacją snu głębokiego, kłopoty z zasypianiem, zjawisko wybudzania się ze snu, ocenę mobilności ciała podczas snu, zmęczenie po przebudzeniu.

Badania dowodzą, że ekspozycja na hałas podczas snu powoduje pobudzenie układu dokrewnego, układu krążenia, wydzielą się adrenalina, noradrenalina i kortyzol. Rejestrowany jest wzrost ciśnienia krwi, zmiany rytmu serca, czy wzrost częstości oddychania. Sen, który zostaje zaburzony ma niską wartość dla wypoczynku i regeneracji organizmu.

Jakość snu zmienia się, gdy poziom hałasu przekroczy 30 dB, a gdy poziom hałasu przekroczy 55-60 dB (A), wówczas sen nie zapewnia pożądanego stanu wypoczynku. Niepełno-jakościowy sen może prowadzić do wystąpienia zmęczenia, depresji, spadku sprawności, senności w ciągu dnia i złego samopoczucia. Badania wykazały, że najczęściej zaburzenia snu zgłaszają osoby ekspozowane na hałas lotniczy, następnie hałas drogowy i kolejowy. Ponadto badania wykazały, że największe kłopoty ze snem mają osoby w wieku 50-56 lat. Najbardziej wrażliwi na hałas i zaburzenia snu nim wywołane są osoby starsze, osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami snu, chorzy na schizofrenię i autyzm, osoby z szumami usznymi oraz osoby pracujące na zmiany.

Inne zaburzenia zdrowotne związane z hałasem

Zaburzenia zdrowia związane z ekspozycją na hałas inne niż dotyczące układu krążenia czy zaburzeń snu mają raczej charakter incydentalny, niemniej jednak znajdują potwierdzenie w doniesieniach naukowych. Istnieją dane wskazujące na związek między długotrwałą ekspozycją na hałas a wystąpieniem chorób metabolicznych, dokładniej cukrzycy typu 2. W 2002 r. Kraków opracował akustyczną mapę miasta, która w 2017 r. została zaktualizowana. Celem opracowania mapy jest identyfikacja i charakterystyka głównych źródeł hałasu występujących na terenie miasta oraz wyznaczenie obszarów zagrożonych ponadnormatywnym poziomem hałasu. W ramach prac nad Mapą akustyczną wykonane zostały pomiary hałasu drogowego w porze dnia, wieczoru i nocy, z równoczesnymi pomiarami natężeń ruchu w 150 punktach pomiarowych. *Badania hałasu tramwajowego wykonano w 30 punktach pomiarowych, a hałasu kolejowego w 21 punktach*⁸⁵. Mapa akustyczna Miasta Krakowa pełni funkcję informacyjną oraz stanowi podstawę do opracowania Programu ochrony przed hałasem, którego celem jest dostosowanie poziomu hałasu do wymaganych standardów jakości środowiska.

⁸⁴ Bortkiewicz A., Czaja N., Pozasłuchowe skutki działania hałasu ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia. Forum Medycyny Rodzinnej 2018; 12(2): 41-49

⁸⁵ http://krakow.pl/start/223914,artykul,pomiary_halasu_2017.html [13.11.2018]

Uchwałą nr XCII/1379/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 4 grudnia 2013 r. przyjęto „Program ochrony środowiska przed hałasem dla Miasta Krakowa na lata 2014-2018”. W Programie określono potrzeby i działania mające na celu przywrócenie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku na poszczególnych obszarach miasta z uwzględnieniem możliwości finansowych Gminy Miejskiej Kraków. Obecnie trwają prace nad opracowaniem projektu „Programu ochrony środowiska przed hałasem dla Miasta Krakowa na lata 2019 – 2023”⁸⁶.

4. WPŁYW ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA NA ZDROWIE

Zanieczyszczenie powietrza stanowi największe globalne zagrożenie dla zdrowia na świecie. Jakość powietrza ma ogromny wpływ na stan zdrowia i prawidłowe funkcjonowanie organizmu, dlatego tak ważnym zagadnieniem w polityce zdrowotnej jest przeciwdziałanie występującym w środowisku zanieczyszczeniom powietrza.

Pod terminem zanieczyszczeń powietrza rozumie się wprowadzenie do powietrza atmosferycznego substancji stałych, ciekłych lub gazowych w ilościach, które mogą oddziaływać szkodliwie na zdrowie człowieka, klimat, przyrodę żywą, wodę, glebę, albo też powodować inne szkody w środowisku. Substancje zanieczyszczające atmosferę ze względu na swój charakter i łatwość rozprzestrzeniania się oddziałują na wszystkie elementy środowiska, żywe zasoby przyrody, zdrowie człowieka i wytwory jego działalności.

Do podstawowych substancji zanieczyszczających atmosferę zaliczyć należy: dwutlenek siarki (SO₂), dwutlenek azotu i tlenki azotu (NO₂, NO_x), tlenek węgla (CO) oraz zanieczyszczenia pyłowe. Spośród pyłów szczególnie groźne dla zdrowia są jego drobne cząstki o średnicy poniżej 10 mikronów – tzw. pył PM₁₀. Składnikami tego pyłu mogą być zanieczyszczenia, z których m. in.: arsen, kadm, nikiel i niektóre wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, w tym benzopiren. Równie niebezpiecznym dla zdrowia jest pył PM_{2,5}, składający się z cząsteczek, których średnica nie przekracza 2,5 mikronów.

Źródła zanieczyszczeń powietrza podzielić można na naturalne – np. wulkany, pożary lasów, bagna wydzielające m.in. metan, gleby i skały ulegające erozji, tereny zielone, z których pochodzą pyłki roślinne, pył kosmiczny oraz na źródła antropogeniczne, mające związek z działalnością człowieka. Przede wszystkim źródłem zanieczyszczeń są emisje szkodliwych substancji z pojazdów, przemysłu, elektrowni, elektrociepłowni, rolnictwa oraz gospodarstw domowych. W miastach głównym czynnikiem powodującym złą jakość powietrza jest transport, energetyka i przemysł. Zanieczyszczenia pochodzące z tych źródeł podnoszą poziom zanieczyszczeń na dużych obszarach. Niekontrolowane spalanie biomasy i paliw stałych przyczynia się natomiast do lokalnego i regionalnego zanieczyszczenia powietrza.

Wartości dopuszczalne, docelowe, cele krótkoterminowe dla ozonu, poziomy alarmowe oraz pułap stężenia ekspozycji dla niektórych substancji w powietrzu normuje Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. z 2012 r., poz. 1031)

⁸⁶ https://www.bip.krakow.pl/?news_id=98253 [13.11.2018]

Polska jest jednym z krajów Unii Europejskiej z najgorszą jakością powietrza. Główną przyczyną niskiej jakości powietrza w kraju jest emisja pyłów zawieszonych i benzo(a)pirenu (B(a)P) z domowych pieców i lokalnych kotłowni węglowych, w których węgiel spalany jest nieefektywnie (tzw. niska emisja – niewielkie ilości zanieczyszczeń wprowadzane są do powietrza przez dużą liczbę źródeł). Według danych WHO za lata 2012–2015 na niemal 3 tys. miast z 90 krajów świata w niechlubnej pierwszej setce najbardziej zanieczyszczonych miast europejskich pod względem PM10 znajdowało się aż 45 polskich miast⁸⁷. Również w raporcie Europejskiej Agencji Środowiska z 2017 r. wskazano zanieczyszczenie powietrza jako kluczowy problem środowiskowy i społeczny. W skali Europy za najbardziej niebezpieczne dla zdrowia ludzi wskazano zanieczyszczenie pyłami zawieszonymi, głównie PM2,5 oraz NO₂⁸⁸. Z raportu Europejskiej Agencji Środowiska wynika, iż w 2015 r. Polska była drugim po Bułgarii krajem UE, w którym notowano najczęstsze przekroczenia stężeń dobowych PM10 (w skali kraju). Natomiast w przypadku PM2,5 oraz B(a)P Polska zajmowała pierwsze miejsce wśród najbardziej zanieczyszczonych krajów UE. W 2015 r. w Polsce liczba dni z przekroczeniami stężeń dobowych PM10 (powyżej 50 µg/m³) wynosiła 200 dni, w Bułgarii 184 dni, a we Włoszech 121 dni. Nadmienić należy, iż dopuszczalny poziom dni z przekroczeniami wynosi 35 dni. Zanieczyszczenie powietrza B(a)P również najwyższe było w Polsce (15,6 ng/m³) a następnie na Węgrzech (4,1 ng/m³) i we Francji (3,8 ng/m³). Maksymalny poziom stężenia rocznego B(a)P obowiązujący w UE wynosi 1 ng/m³, co oznacza, że w Polsce wskaźnik ten został przekroczony piętnastokrotnie.

W 2017 r. wystąpiły warunki atmosferyczne, które przyczyniły się w większości kraju do pogorszenia parametrów dotyczących jakości powietrza, zwłaszcza w sezonie zimowym. Z danych Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska (GIOŚ) za lata 2010–2017 wynika, iż niezmiennie największym zagrożeniem dla jakości powietrza w Polsce stanowią ponadnormatywne stężenia pyłów zawieszonych (PM10 i PM2,5) oraz B(a)P. Zagrożeniem, choć w mniejszym stopniu, jest również przekroczenie dopuszczalnego poziomu NO₂, występuje ono głównie w największych miastach w Polsce (tj. w Warszawie, Krakowie, Katowicach, Wrocławiu) i ma związek z dużym ruchem samochodowym. Przekroczenia dla innych substancji w tym okresie miały charakter epizodyczny. W 2017 r. w Polsce maksymalne wartości parametrów dotyczących jakości powietrza utrzymywały się na bardzo wysokich poziomach, znacznie przekraczających poziom normatywne. Maksymalne roczne stężenia wynosiły odpowiednio:

- a) PM10: 64,3 µg/m³ (wartość normatywna: 35), liczba dni z przekroczeniami stężeń dobowych – 130;
- b) PM2,5: 40,1 µg/m³ (wartość normatywna: 25);
- c) B(a)P: 22,7 ng/m³ (wartość normatywna: 1);
- d) NO₂: 60,5 µg/m³ (wartość normatywna: 40).

Kraków pozostaje jednym z miast z najgorszą jakością powietrza w Polsce. W 2017 r. był najbardziej zanieczyszczonym miastem pod względem poziomu PM10. Jakość powietrza w województwie małopolskim jest monitorowana przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie. W tym celu w całym województwie rozlokowane są stacje pomiarowe zanieczyszczeń powietrza. W Krakowie w 2017 r. zlokalizowanych było 7 stacji pomiarowych. W 2017 r. na stacjach pomiarowych w Krakowie (Al. Krasińskiego i ul. Dietla) odnotowano przekroczenia poziomu dopuszczalnego

⁸⁷ Ambient Air Pollution Database, WHO, 2016 [www.who.int/phe/health_topic/outdoorair/databases/cities/en]

⁸⁸ Air quality in Europe – 2017 report, European Environment Agency, 2017

stężenia średniorocznego dwutlenku azotu (średnia roczna Al. Krasińskiego – 61 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, średnia roczna ul. Dietla – 42 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) i niestety przekroczenia normy rejestruje się od 2006 r. Najczęściej przekroczenia stężenia dwutlenku azotu występują na terenach o wzmożonym ruchu pojazdów, tym samym duże aglomeracje borykają się z tym problemem⁸⁹. W 2017 r. w Krakowie na Al. Krasińskiego odnotowano najwięcej, bo aż 130 przekroczeń stężeń 24-godzinnych pyłu zawieszonego PM10 (dopuszczalna częstość przekroczenia stężeń 24-godzinnych – tj. wartości 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ – wynosi 35 dni w roku kalendarzowym)⁹⁰. Łącznie w 2017 r. W Krakowie odnotowano 188 dni przekroczeń normy zanieczyszczeń PM10. Natomiast norma roczna, definiowana jako maksymalny poziom średniego stężenia PM10 nie przekraczający 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, w Krakowie jest od lat powyżej najwyższych dopuszczalnych wartości i w latach 2010–2014 średnie roczne stężenie PM10 wynosiło 69,34 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Czas największego zanieczyszczenia powietrza to miesiące od października do kwietnia⁹¹.

Kraków jest jednym z miast europejskich charakteryzujących się bardzo wysokimi stężeniami zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego. Ten stan rzeczy ściśle związany jest z niekorzystnym usytuowaniem miasta w dolinie rzeki oraz miejscowych emisji zanieczyszczeń. Dodatkowo gęsta zabudowa oraz wysokie natężenie ruchu kołowego w połączeniu z ograniczonym przewietrzaniem obszaru powoduje koncentrację pyłowych zanieczyszczeń powietrza. Głównymi zakładami emitującymi zanieczyszczenia są Huta im. T. Sendzimira, Elektrociepłownia EDF „Łęg” i Krakowskie zakłady Farmaceutyczne⁹². Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego przyjęty 23 stycznia 2017 r. określa poziom ograniczenia emisji pyłu PM10, PM2,5, B(a)P do 2023 r. Poziom realizacji zdefiniowanych celów przedstawia Rysunek 1.

Rysunek 1. Realizacja celu ograniczenia emisji pyłu PM10, PM2,5, B(a)P wyznaczonego w Programie ochrony powietrza dla województwa małopolskiego

Substancja	Strefa	Zakładana wielkość redukcji emisji do 2023 r. [Mg/rok]	Redukcja emisji w 2016 r. [Mg/rok]	Stopień osiągnięcia celu [%]
Pył PM10	Aglomeracja Krakowska	1 202	176,7	14,7%
	miasto Tarnów	425	4,1	1,0%
	strefa małopolska	11 059	88,6	0,8%
	województwo małopolskie	12 686	269,4	2,1%
Pył PM2,5	Aglomeracja Krakowska	1 181	172,0	14,6%
	miasto Tarnów	418	3,4	0,8%
	strefa małopolska	10 802	81,1	0,8%
	województwo małopolskie	12 401	256,5	2,1%
Benzo(a)piren	Aglomeracja Krakowska	0,57	0,05	9,4%
	miasto Tarnów	0,20	0,00	0,7%
	strefa małopolska	5,61	0,04	0,7%
	województwo małopolskie	6,38	0,10	1,5%

Źródło: Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego. Małopolska w zdrowej atmosferze. Załącznik nr 1 do uchwały Nr XXXII/451/17 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 23 stycznia 2017 roku

⁸⁹ Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego. Małopolska w zdrowej atmosferze. Załącznik nr 1 do uchwały Nr XXXII/451/17 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 23 stycznia 2017 roku.

⁹⁰ Ocena jakości powietrza w województwie małopolskim w 2017 roku. Zgodnie z art. 80 ustawy – Prawo Ochrony Środowiska Na podstawie obowiązującego prawa krajowego i UE. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie. Kraków, kwiecień 2018.

⁹¹ <http://powietrzewkrakowie.pl/> [10.11.2018]

⁹² Gliniak M, Miczyński J., Zuśka Z., Ocena poziomu pyłowego zanieczyszczenia powietrza w aglomeracji krakowskiej na przykładzie Al. A. Mickiewicza; [w]: Logistyka 4/2015

Do istotnej redukcji pyłów PM₁₀, PM_{2,5} i B(a)P przyczynia się likwidacja pieców i kotłów. W 2016 r. Sejmik Województwa Małopolskiego przyjął uchwałę antysmogową dla Krakowa, która zakazuje stosowania paliw stałych w kotłach, piecach i kominkach od 1 września 2019 r. a od 1 lipca 2017 r. na obszarze Krakowa zakazane zostało stosowanie w instalacjach, w których następuje spalanie paliw (kotły, piece, kominki) paliw złej jakości. Mieszkańcy Krakowa mogą ubiegać się o dotację do wymiany pieców węglowych. W 2017 r. zlikwidowano 6 071 palenisk i kotłowni na paliwa stałe, zamontowano 344 instalacje odnawialnych źródeł energii. W 2017 r. wypłacono łącznie 77 758 307,05 zł na trwałą zmianę systemu ogrzewania w ramach Programu Ograniczania Niskiej Emisji oraz 6 511 437,91 zł na instalację odnawialnego źródła energii⁹³. Warto przywołać wyniki monitoringu z 2016 r., które wskazują, że w 2016 r. likwidacja 4 274 kotłów przyczyniła się do redukcji PM₁₀ o 176,66 Mg, PM_{2,5} o 171,98 Mg i B(a)P o 0,054 Mg⁹⁴.

W 2015 r. Miasto Kraków przystąpiło do Rady Programowej Smart City Forum. Koncepcja Smart City czyli inteligentnego miasta to wykorzystanie szeroko rozumianych technologii komunikacyjno-informacyjnych (ICT) dla poprawy jakości funkcjonowania miasta. Poprawa jakości może dotyczyć różnych obszarów np. komunikacji miejskiej i ruchu drogowego, zużycia energii, monitoringu zanieczyszczenia powietrza czy jakości wody. Projekt Strategia Miasta 2030 wyznacza dla Krakowa cel, którym jest nowoczesna metropolia, oferująca wysoką jakość życia jego mieszkańcom, przyjazne warunki dla innowacyjnej gospodarki, stworzenie miasta silnego kapitałem ludzkim i społecznym oraz nowoczesnie zarządzanego przy wykorzystaniu technologii ICT, uwzględniającego przy tym aspiracje mieszkańców oraz ich udział w życiu publicznym. W ramach SmartCity powstała strona internetowa o charakterze informacyjno-edukacyjnym zawierająca informacje jak każdy z mieszkańców może przyczynić się do poprawy jakości powietrza w mieście (<http://smartcity.otwartyplan.org/>). Miasto Kraków uczestniczy również w projekcie zintegrowanym LIFE, pn.: „Wdrażanie Programu ochrony powietrza dla województwa małopolskiego – Małopolska w zdrowej atmosferze” który koordynowany jest przez Województwo Małopolskie, a jego celem jest przyspieszenie wdrażania działań służących poprawie jakości powietrza. Projekt jest realizowany od października 2015 r. do grudnia 2023 r. w Krakowie program ten dotyczy przede wszystkim ograniczenia emisji komunikacyjnych. Całkowity koszt realizacji projektu przez Gminę Miejską Kraków oszacowany został na poziomie 9 818 554 zł, z czego dofinansowanie Komisji Europejskiej wynosić będzie 5 810 225 zł, a Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Krakowie: 354 700 zł⁹⁵.

Inne działania prowadzone przez Miasto Kraków mające na celu poprawę stanu jakości powietrza obejmują:

- a) od 2009 r. prowadzone są kontrole w zakresie przestrzegania zakazu spalania odpadów w kotłach i piecach;
- b) powołanie w 2014 r. Rady Programowej ds. Ochrony powietrza;
- c) podpisanie przez Gminę Miejską Kraków 23 czerwca 2016 r. Porozumienia z Tauron Sprzedaż Sp z o.o. o wspólnych działaniach w ramach Programu Ograniczania Niskiej Emisji dla Miasta Krakowa. kontrole emisji spalin z samochodów w celu eliminacji z ruchu samochodów, które są niesprawne technicznie, a w szczególności przekraczają normy emisji spalin;

⁹³ Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa [https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=102988 10.11.2018]

⁹⁴ Podsumowanie realizacji Programu ochrony powietrza dla województwa małopolskiego w 2016 roku. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. [<https://powietrze.malopolska.pl/wp-content/uploads/2018/03/PodsumowaniePOP2016-1.pdf> 10.11.2018]

⁹⁵ Biuletyn Informacji Publicznej Miasta Krakowa [https://www.bip.krakow.pl/?sub_dok_id=83162 10.11.2018]

- d) podpisanie w listopadzie 2016 r. Porozumienia pomiędzy Gminą Miejską Kraków a Akademią Górniczo-Hutniczą oraz Norweskim Instytutem Badań Powietrza, którego celem jest zwiększenie skuteczności działań na rzecz poprawy jakości powietrza oraz zwiększenia efektywności energetycznej;
- e) zakup mobilnych automatycznych stacji pomiarowych w 2015 i 2016 r.;
- f) rozwój systemu transportu publicznego i promowanie korzystania z komunikacji miejskiej (w 2016 r. zakupiono 107 nowych niskoemisyjnych pojazdów komunikacji miejskiej);
- g) rozbudowa i modernizacja sieci ciepłowniczych zapewniająca podłączenie nowych użytkowników (w 2016 r. 145 nowych użytkowników, 14,9 km nowej sieci ciepłowniczej);
- h) rozbudowa sieci gazowych zapewniająca podłączenie nowych użytkowników (w 2016 r. 1682 nowych odbiorców gazu, 33,7 km nowej sieci gazowej);
- i) rozbudowa parkingów typu Park&Ride;
- j) budowa ścieżek rowerowych;
- k) działania edukacyjne i promocyjne.

Podczas dni, w których normy powietrza są znacznie przekroczone zalecane jest pozostanie, w miarę możliwości, w domu. Badania prowadzone w 2016 r. przez Akademię Górniczo-Hutniczą w Krakowie (AGH w Krakowie) i Krakowski Alarm Smogowy wskazują jednak, że stężenia pyłów wewnątrz budynków mimo iż są niższe, to i tak pozostają na wysokim poziomie. Prowadzone badania miały na celu zaprezentowanie w jakim stopniu zanieczyszczenie powietrza na zewnątrz wpływa na zanieczyszczenie powietrza wewnątrz budynku. Pomiary prowadzono od 4 do 14 dni, w 11 lokalizacjach w Krakowie i okolicach. Uzyskane wyniki pokazały, że podczas alarmu smogowego w zamkniętych pomieszczeniach normy są średnio o 50% niższe niż na zewnątrz, jednak stężenia i tak znacząco przekraczają dopuszczalne poziomy uznawane za bezpieczne dla zdrowia. Wyjątek stanowią pomieszczenia, w których wykorzystywane są kominki – tam poziom zanieczyszczeń bywa wyższy niż na zewnątrz. Na podstawie przeprowadzonych pomiarów naukowcy z Wydziału Fizyki i Informatyki Stosowanej AGH w Krakowie stwierdzili, iż wietrzenie pomieszczeń ma pozytywny wpływ na poprawę jakości powietrza wewnątrz pomieszczeń tylko w sytuacji znacznej poprawy jakości powietrza na zewnątrz (gdy stężenia zanieczyszczeń powietrza na zewnątrz są niższe niż wewnątrz budynku)⁹⁶.

Należy podkreślić, że w Krakowie podejmowane są liczne i intensywne działania mające na celu poprawę jakości powietrza. Na obserwowany spadek stężenia zanieczyszczeń w powietrzu wpływają łagodniejsze sezony zimowe, a także działania podejmowane przez mieszkańców w zakresie likwidacji starych, niskosprawnych urządzeń grzewczych. Działania Miasta zostały również wyróżnione w raporcie Naczelnej Izby Kontroli, gdzie podkreślono, że „tylko jedna gmina – Kraków, wdrożyła program rekompensat zwiększonych kosztów zastosowania innych niż paliwo stałe nośników energii” oraz „Miasto Kraków podjęło adekwatne do rangi problemu i prawidłowo ukierunkowane działania naprawcze, mające na celu osiągnięcie wymaganej jakości powietrza na terenie miasta, a także ograniczenie jego zanieczyszczenia pyłami zawieszonymi.”⁹⁷.

Negatywny wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie i życie ludzkie potwierdzony jest licznymi doniesieniami naukowymi. Według danych WHO i Europejskiej Agencji Środowiska zanieczyszczone powietrze powoduje rocznie ok. 7 milionów przedwczesnych zgonów na świecie, a w krajach

⁹⁶ www.polskialarmsmogowy.pl [9.11.2018]

⁹⁷ Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami lata 2014–2017 (I półrocze) Najwyższa Izba Kontroli Warszawa, wrzesień 2018 r. [<https://www.nik.gov.pl/plik/id,17789,vp,20393.pdf> 10.11.2018]

europejskich odpowiada za nieco ponad 400 000 przedwczesnych zgonów (ze względu na zanieczyszczenie pyłem PM_{2,5}). W Polsce szacuje się, że z powodu zanieczyszczenia powietrza pyłem PM_{2,5} przedwcześnie umiera 46 000 osób.

Europejska Agencja Środowiska wskazuje zanieczyszczenie powietrza jako jeden z najpoważniejszych czynników ryzyka zachorowań w Europie. Choroby wynikające z zanieczyszczenia powietrza to m. in. choroby serca i udary będące najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów (ok. 80% przypadków), jak również choroby płuc oraz rak płuc. Zła jakość powietrza przyczynia się także do zwiększenia występowania chorób związanych z rozwojem i możliwościami poznawczymi człowieka. Istnieją także dane naukowe wskazujące, że ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza mogą przyczynić się do rozwoju cukrzycy typu 2 u dorosłych, a także rozwoju otyłości, ogólnoustrojowego stanu zapalnego, starzenia się, wystąpienia choroby Alzheimera oraz demencji. Zanieczyszczenie powietrza oddziałuje na cały organizm powodując szereg dolegliwości. Ma wpływ także na rozwój płodu oraz płodność⁹⁸.

Negatywny wpływ zanieczyszczeń powietrza na układ oddechowy zaczyna się już na etapie życia płodowego. W zależności od rozmiaru cząstki pyłu mogą one docierać do różnych części układu oddechowego. Najniebezpieczniejsze są cząstki o średnicach 2-3 μm lub mniejsze. Większe zanieczyszczenia zostają zatrzymane w obrębie górnych dróg oddechowych, natomiast najmniejsze mogą osiedlić się w pęcherzykach płucnych czy przenikać do krwiobiegu i dalej do mózgu, serca, wątroby, nerek czy śledziony. Zanieczyszczenia mogą nasilać choroby płuc, objawy astmy oskrzelowej, zwiększać zapadalność na infekcje dróg oddechowych. Niemowlęta kobiet, które w czasie ciąży były narażone na zanieczyszczenie pyłem PM_{2,5}; mogą częściej mieć objawy, które świadczą o występowaniu zapalenia górnych dróg oddechowych, natomiast u dzieci może występować zaburzenie rozwoju i funkcjonowania dolnych dróg oddechowych w późniejszym wieku. Badania dowodzą, że zmniejszenie ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza wpływa na zmniejszenie dolegliwości ze strony układu oddechowego zarówno u dorosłych jak i u dzieci⁹⁹.

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem w 2013 r. udowodniła, że pył zawieszony i spaliny emitowane przez silnik Diesla są substancjami o udowodnionym działaniu rakotwórczym. Dodatkowo według danych WHO w 2010 r. zanieczyszczenia powietrza były odpowiedzialne za 15% zgonów z powodu raka płuca na całym świecie. Zanieczyszczenia zwiększają także ryzyko występowania raka pęcherza moczowego, nowotworów mózgu i raka szyjki macicy u dorosłych.

Zanieczyszczenia powietrza mają negatywny wpływ na układ krążenia. W 2016 r. w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu przeprowadzono badanie mające na celu ocenę związku pomiędzy zanieczyszczeniami powietrza i częstością występowania ostrych schorzeń sercowo-naczyniowych oraz śmiertelnością mieszkańców aglomeracji śląskiej. Badanie wykazało, że istnieje zależność pomiędzy podwyższonymi stężeniami zanieczyszczeń powietrza a występowaniem nagłych stanów sercowo-naczyniowych u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Dodatkowo wykazano, iż ogłoszenie alertu smogowego wiąże się z częstszym występowaniem udaru mózgu. Wykazano także dodatni wpływ zanieczyszczeń powietrza na śmiertelność sercowo-naczyniową i ogólną w populacji aglomeracji górnośląskiej.

Wyniki badań wskazują, że zanieczyszczenia powietrza wywierają negatywne skutki na centralny układ nerwowy, m. in. wpływają na rozwój układu nerwowego w okresie prenatalnym, gorsze

⁹⁸ European Environment Agency, Air quality in Europe – 2016 report, Air quality in Europe – 2017 report

⁹⁹ NIK, Delegatura w Krakowie, Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami, Informacja o wynikach kontroli, 2018

funkcjonowanie układu nerwowego, czy też niższy poziom inteligencji u dzieci, których matki w okresie ciąży były narażone na zanieczyszczenia powietrza. Wpływ na układ nerwowy może objawiać się także poprzez występowanie nadpobudliwości, upośledzenia funkcji poznawczych, depresji, większej skłonności do zachowań agresywnych, chorób neurodegeneracyjnych, ubytków inteligencji i trudności ze skupieniem uwagi. Badania wskazują, że wpływ zanieczyszczeń na układ nerwowy może mieć także związek z występowaniem autyzmu.

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, niska masa urodzeniowa czy wcześniactwo również może mieć związek z zanieczyszczeniami powietrza. Ekspozycja na zanieczyszczenia może mieć również wpływ na płodność zarówno kobiet jak i mężczyzn. Wybrane źródła danych dotyczące wpływu zanieczyszczeń powietrza na zdrowie człowieka:

1. WHO, 2017, "Economic cost of the health impact of air pollution in Europe";
2. Jędrak J. i in., 2017, wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie;
3. Juda-Rezler K. i Toczko B. (red.), 2016; Pyły drobne w atmosferze. Kompendium wiedzy o zanieczyszczeniu powietrza pyłem zawieszonym w Polsce. Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa;
4. Thurston D. G. et. al., 2015; Ischemic Heart Disease mortality and long-term exposure to source-related components of U.S. fine particle air pollution;
5. EEA, 2014; Air quality in Europe — 2014 report. EEA Report No 5/2014, European Environment Agency EEA, Copenhagen;
6. Portal „Polski Alarm Smogowy”.

5. WPŁYW PÓL ELEKTROMAGNETYCZNYCH NA ZDROWIE

Postęp technologiczny sprawia, że coraz bardziej ludzie narażeni są na działanie promieniowania elektromagnetycznego. Pole elektromagnetyczne wytwarzane jest przez ładunki elektryczne. Poruszający się ładunek wytwarza nie tylko pole elektryczne, ale również pole magnetyczne. Dlatego też oba pola nie mogą być traktowane oddzielnie i mówimy o polu elektromagnetycznym. Pole elektromagnetyczne jest właściwością przestrzeni związaną z obecnością ładunków elektrycznych powodującą, że pomiędzy tymi ładunkami pojawia się szczególny rodzaj oddziaływania. Pola elektromagnetyczne, niewidoczne dla oka są obecne w naszym otoczeniu wszędzie. Naturalne pola elektryczne są wytwarzane m.in. w atmosferze w związku z występowaniem burz. Oprócz źródeł naturalnych pola elektromagnetyczne są wytwarzane także przez źródła stworzone przez człowieka: promieniowanie rentgenowskie, anteny telewizyjne, stacje radiowe, stacje bazowe telefonii komórkowej.

Narażenie na pola elektromagnetyczne nie jest zjawiskiem nowym. Jednak od XX wieku narażenie środowiska na działanie pola elektromagnetycznego wytwarzanego przez człowieka stale rośnie. Wynika to ze stale rosnącego zapotrzebowania na energię elektryczną, rozwoju technologii i zmian w zachowaniach społecznych. Również w Polsce od kilkunastu lat widoczny jest wzrost liczby tzw. stacji bazowych, które wytwarzają pole elektromagnetyczne (PEM). Taki stan rzeczy ma związek z dynamicznym rozwojem rynku telefonii komórkowej oraz wzrostem intensywności korzystania z połączeń głosowych i Internetu mobilnego. Rosną także obawy społeczeństwa dotyczące wpływu pól elektromagnetycznych na zdrowie.

Małe ilości prądu elektrycznego występują w ludzkim ciele w wyniku zachodzących reakcji chemicznych, będących częścią funkcji organizmu, nawet w przypadku braku zewnętrznych pól elektrycznych. Dzięki temu możliwa jest np. ocena pracy serca przy użyciu elektrokardiogramu.

Na ciało ludzkie wpływa pole elektromagnetyczne o niskiej częstotliwości indukując napięcia i prądy w ciele. Są one jednak bardzo małe, nie wywołują wstrząsów i innych efektów elektrycznych. Mogą stymulować nerwy i mięśnie lub wpływać na inne procesy biologiczne. Nie kwestionuje się, że pole elektromagnetyczne może wywoływać skutki biologiczne, jednak nie muszą one prowadzić do powstania negatywnych skutków zdrowotnych. WHO dokonując dogłębnej analizy aktualnej literatury naukowej nie stwierdziła występowania konsekwencji zdrowotnych wynikających z narażenia na niskie pole elektromagnetyczne. Stanowisko WHO jest przeciwstawne do powszechnych opinii społecznych i pseudonaukowych doniesień medialnych. Poszukując informacji na temat wpływu pola elektromagnetycznego na zdrowie można odnaleźć doniesienia opisujące objawy zdrowotne powstałe w wyniku narażenia na pole elektromagnetyczne. Należą do nich: bóle głowy, lęki, depresja, nudności, zmęczenie, utrata libido. Do chwili obecnej brak jednak rzetelnych danych naukowych potwierdzających związek między tymi objawami a narażeniem na pole elektromagnetyczne. Wymienione problemy zdrowotne mogą mieć związek z innymi czynnikami środowiskowymi bądź też mogą być wyrazem lęku na obecność nowych technologii w bliskim otoczeniu. Dowody naukowe nie wskazują także na występowanie związku między ekspozycją na niskie pole elektromagnetyczne a wystąpieniem jakiegokolwiek ryzyka związanego z ciążą i porodem (tj.: samoistne poronienia, wady rozwojowe, mała masa urodzeniowa, choroby wrodzone).

Obecnie brak jest jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających związek pomiędzy częstością zachorowania na raka a ekspozycją na pole elektromagnetyczne. Dotychczasowe wyniki badań naukowych zawierają wiele nieścisłości. Szereg badań epidemiologicznych sugeruje niewielki wzrost ryzyka wystąpienia białaczki u dzieci, które są narażone na działanie pola elektromagnetycznego o niskiej częstotliwości w środowisku domowym. Naukowcy jednak nie wskazują na związek przyczynowo-skutkowy. Najnowszy przegląd systematyczny z metaanalizą wykazał, że na podstawie dostępnych danych z 10 badań włączonych do przeglądu korzystanie z telefonów bezprzewodowych (telefonów komórkowych) nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania glejaka u osób dorosłych. Jednakże należy mieć na uwadze, że długotrwałe korzystanie z telefonów komórkowych (powyżej 10 lat) może zwiększać to ryzyko, ale brak jest badań wskazujących na taki efekt, dlatego też konieczne są dalsze obserwacje¹⁰⁰. Obecnie prowadzone są liczne badania, które mają na celu sformułowanie jednoznacznych wniosków dotyczących możliwego wpływu na wystąpienie nowotworu.

Istnieją dane naukowe wskazujące na występowanie ogólnego podrażnienia oka i izaćmy u pracowników narażonych na wysoki poziom promieniowania. Nie ma jednak dowodów na występowanie podobnych skutków zdrowotnych wśród ogółu społeczeństwa narażonego na niski poziom promieniowania¹⁰¹.

Mimo doniesień naukowych obserwuje się zaniepokojenie społeczne w związku z możliwością wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych związanych z działaniem słabych pól elektromagnetycznych pochodzących głównie z anten stacji bazowych telefonii komórkowej. W celu

¹⁰⁰ Wang P, Hou C, Li Y. Wireless Phone Use and Risk of Adult Glioma: Evidence from a Meta-Analysis. *World Neurosurg.* 2018 Jul;115:e629-e636. doi: 10.1016/j.wneu.2018.04.122.

¹⁰¹ <http://www.who.int/peh-emf/about/WhatIsEMF/en/index1.html>

ochrony społeczeństwa opracowano zasady reglamentacji pól elektromagnetycznych, ustalono dopuszczalne wartości narażenia ludzi w środowisku pracy i komunalnym oraz zasady ekspozycji na ten czynnik. Dzięki temu w warunkach rzeczywistych, natężenie pola emitowanego przez anteny stacji bazowych, w miejscach możliwego przebywania ludności osiąga ono wartości znacznie poniżej maksymalnych dopuszczalnych poziomów. Nie występują przesłanki, wskazujące na to, że pole stwarza zagrożenie dla zdrowia¹⁰².

W 2017 r. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (WIOŚ) w Krakowie wykonał w 45 punktach pomiarowych badania poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku. W Gminie Miejskiej Kraków w 2017 r. wykonano pomiary w 10 takich punktach, które zlokalizowane były w centralnych dzielnicach lub osiedlach:

- a) ul. Meissnera
- b) Rondo Gen. Maczka
- c) ul. Armii Krajowej
- d) Pl. Inwalidów
- e) Al. 3 Maja
- f) Rondo Grunwaldzkie
- g) ul. Zbrojarzy
- h) Rynek Główny
- i) ul. Kurczaba
- j) Pl. Centralny

Celem pomiarów jest określenie oddziaływania pól elektromagnetycznych w miejscach dostępnych dla ludności. Średnia arytmetyczna pomiarów pól elektromagnetycznych w środowisku w 10 wybranych lokalizacjach w 2017 r. wyniosła 0,597 V/m¹⁰³. Najwyższą wartość zarejestrowano w punkcie pomiarowym przy Rondzie Gen. Maczka (1,18 V/m), a najniższą w punkcie pomiarowym przy Placu Inwalidów (0,2 V/m). Dopuszczalny poziom w zależności od częstotliwości zawiera się w przedziale od 7 V/m do 20 V/m, tym samym analiza wyników pomiarów wykazała, że występujące w środowisku poziomy pól elektromagnetycznych są mniejsze od poziomów dopuszczalnych.

Ponadto WIOŚ w Krakowie w 2017 r. wykonał pomiary pól elektromagnetycznych anten stacji bazowej telefonii komórkowej, zlokalizowanych przy ul. Mackiewicza w Krakowie, które nie wykazały występowania pól elektromagnetycznych o wartościach przekraczających wartość dopuszczalną (7 V/m)¹⁰⁴.

Należy podkreślić, że dopuszczalne poziomy oddziaływania pola elektromagnetycznego w Polsce są bardziej rygorystyczne od zalecanych przez WHO i przyjętych w UE limitów International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP) wynoszących od 28 V/m do 61 V/m zależnie od częstotliwości.

¹⁰² Marzec S., Stawowy A., Narażenie ludności na pole elektromagnetyczne anten telefonii komórkowej. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach, Nr 1(3)/2007

¹⁰³ Wyniki pomiarów monitoringu pól elektromagnetycznych w środowisku na terenie województwa małopolskiego wykonanych w 2017 roku. Małopolski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska. [http://www.krakow.pios.gov.pl/Press/monitoring/pem/wyniki/pem17.pdf 11.11.2018]

¹⁰⁴ <http://krakow.pios.gov.pl/2017/11/30/pomiary-natezenia-pol-elektromagnetycznych-nie-przekraczaja-norm/> [11.11.2018]

Również w raporcie z pilotażowych badań i analiz dotyczących dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych opracowanym w grudniu 2016 r. przez Instytut Łączności – Państwowy Instytut Badawczy przy współudziale Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego brak jest dowodów potwierdzających tezy o negatywnym wpływie promieniowania elektromagnetycznego (PEM) na ludzkie zdrowie. Pomiary natężenia PEM w wybranych lokalizacjach w Krakowie i Rzeszowie wskazują, że dopuszczalne poziomy nie są przekraczane. Autorzy raportu podkreślają, iż dotychczas brak dowodów naukowych potwierdzających występowanie jakichkolwiek efektów zdrowotnych związanych z PEM poza tymi związanymi z podniesieniem temperatury tkanek¹⁰⁵. Jednakże wykonane pomiary w Krakowie w otoczeniu trzech stacji bazowych na budynkach (ul. Kąpielowa 75, ul. Łojasiewicza 6, ul. Aleksandrowicza 4a-4b) w 86 punktach pomiarowych leżących na osiach wiązki głównej poszczególnych trzech sektorach choć nie wykazały bezpośrednio przekroczenia wartości 7 V/m to uwzględniając oszacowaną rozszerzoną niepewność pomiaru w jednym punkcie pomiarowym przekroczenia mogły wystąpić¹⁰⁶.

Rosnąca liczba urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne skłania jednak do monitorowania tego zjawiska i prowadzenia dalszych badań. Naukowcy z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w 2018 r. rozpoczynają projekt mające na celu ocenę wpływu pola elektromagnetycznego (PEM) na zdrowie. Do udziału w badaniu zapraszają chętnych z Krakowa i okolic. W pierwszy etapie naukowcy chcą pozyskać subiektywne opinie na temat oddziaływania pól elektromagnetycznych na organizm poprzez udzielenie (anonimowo) odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety. Następnie zakwalifikowane do drugiego etapu osoby zostaną poddane badaniom klinicznym, dzięki którym oceniony zostanie stan zdrowia uczestników¹⁰⁷.

Miasto Kraków podejmuje liczne działania mające na celu ochronę mieszkańców przed nadmiernym zanieczyszczeniem polami elektromagnetycznymi. W 2015 r. Rada Miasta Krakowa przyjęła Rezolucję Nr 26/XXXIV/15 skierowaną do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Cyfryzacji, Ministra Rozwoju, Ministra Środowiska, Ministra Infrastruktury i Budownictwa, Parlamentarzystów RP oraz Prezesa UKE w sprawie nowelizacji przepisów Specustawy Telekomunikacyjnej i planów jej liberalizacji. W 2015 r., również na wniosek Rady Miasta Krakowa, powstała mapa narażenia mieszkańców na PEM od stacji bazowych telefonii komórkowych, która dostępna jest na stronie portalu Miejskiego Systemu Informacji Przestrzennej. W 2016 r. miasto Kraków zakupiło nowoczesne narzędzia pomiarowe a na ten cel w budżecie miasta przewidziano 450 tys. zł¹⁰⁸. Od 2017 r. mieszkańcy Krakowa, którzy obawiają się, że w ich otoczeniu występują przekroczenia dopuszczalnych wartości PEM mają możliwość wypożyczenia od Miasta ekspozymetru EMF Spy.

¹⁰⁵ Instytut Łączności – Państwowy Instytut Badawczy; Raport Pilotażowe badania i analizy dotyczące dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych (PEM), 2016

¹⁰⁶ Mikuła J, Machowski W, Stępień J i wsp. Program Ochrony Środowiska Przed Polami Elektromagnetycznymi (PEM) Dla Miasta Krakowa Na Lata 2018-2022 (Projekt).

¹⁰⁷ www.elektrowrazliwi.cm-uj.krakow.pl [9.11.2018]

¹⁰⁸ https://www.krakow.pl/srodowisko/203447,artykul,ochrona_przed_polami_elektromagnetycznymi.html [11.11.2018]

6. PODSUMOWANIE

1. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) palenie tytoniu jest jednym z głównych czynników ryzyka zdrowotnego odpowiedzialnych za największą liczbę zgonów. Mimo to aż 24% Polaków przyznaje się do nałogowego palenia. W 2014 r. w województwie małopolskim obserwowany paliło 11,4% kobiet oraz 23,5% mężczyzn.
2. Średnie spożycie 100% alkoholu na osobę w Polsce w 2017 r. wynosiło 9,45 l, najczęściej spożywanym alkoholem było piwo.
3. Nadwaga i otyłość są istotnym czynnikiem ryzyka wielu chorób, w Małopolsce w 2014 r. z problemem otyłości borykało się 24% mężczyzn i 23,4% kobiet.
4. Mieszkaniec województwa małopolskiego w 2016 r. skonsumował (zakupił) przeciętnie 3,35 kg owoców oraz 4,58 kg warzyw.
5. Najpopularniejszą formą aktywności wśród Małopolan była jazda na rowerze.
6. W 2017 r. Polska była drugim po Bułgarii krajem UE, w którym notowano najczęstsze przekroczenia stężeń dobowych PM₁₀. Kraków pozostaje jednym z miast z najgorszą jakością powietrza w Polsce, ale jednocześnie jest jednym z niewielu miast w Polsce, które podejmuje szerokie działania w celu poprawy jakości powietrza.
7. W 2017 r. w Krakowie występowały przekroczenia normy zanieczyszczeń PM₁₀, PM_{2,5} i B(a)P oraz NO₂.
8. W 2017 r. zlikwidowano 6 071 palenisk i kotłowni na paliwa stałe, zamontowano 344 instalacje odnawialnych źródeł energii. W 2017 r. wypłacono łącznie 77 758 307,05 zł na trwałą zmianę systemu ogrzewania w ramach Programu Ograniczania Niskiej Emisji oraz 6 511 437,91 zł na instalację odnawialnego źródła energii.
9. Od 2015 r. Miasto Kraków uczestniczy również w projekcie zintegrowanym LIFE, pn.: „Wdrażanie Programu ochrony powietrza dla województwa małopolskiego – Małopolska w zdrowej atmosferze” który koordynowany jest przez Województwo Małopolskie, a jego celem jest przyspieszenie wdrażania działań służących poprawie jakości powietrza.
10. Pomiary natężenia PEM przeprowadzone przez w 2016 r. w wybranych lokalizacjach w Krakowie wskazują, że dopuszczalne poziomy nie są przekraczane, a badania przeprowadzone przez Instytut Łączności – Państwowy Instytut Badawczy przy współudziale Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wskazują na brak dowodów potwierdzających tezy o negatywnym wpływie promieniowania elektromagnetycznego (PEM) na ludzkie zdrowie.
11. WIOŚ w Krakowie w 2017 r. wykonał pomiary pól elektromagnetycznych anten stacji bazowej telefonii komórkowej, zlokalizowanych przy ul. Mackiewiczza w Krakowie, które nie wykazały występowania pól elektromagnetycznych o wartościach przekraczających wartość dopuszczalną.

RECENZJA

Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach obejmujący analizę zdrowotności populacji Krakowian w latach 2016 - 2017 jest niezwykle cenną i przydatną publikacją dla organów samorządu Miasta Krakowa. Zawarte w nim analizy danych dotyczące najważniejszych wskaźników zdrowotnych, w szczególności przyrostu naturalnego, współczynnika umieralności niemowląt, współczynnika umieralności ogólnej, najczęstszych przyczyn zgonów, zapadalności na choroby zakaźne oraz oczekiwanej długości życia, stanowią podstawę do podejmowania określonych zadań w zakresie zdrowia publicznego przez władze samorządowe. Rzetelnie przeprowadzona została analiza czynników warunkujących stan zdrowia i choroby, ze szczególnym uwzględnieniem czynników środowiskowych, co jest niezbędne do podejmowania przez organy samorządu działań profilaktycznych i prewencyjnych, zapobiegających niekorzystnemu oddziaływaniu tych czynników na stan zdrowia mieszkańców Krakowa, ze szczególnych uwzględnieniem stanu zdrowia dzieci, młodzieży szkolnej oraz seniorów.

Raport dokonuje podsumowania możliwości podażowych podmiotów leczniczych na terenie gminy miejskiej Kraków, co ma bezpośredni na ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych dla Krakowian i pozwala na podejmowanie działań poprawiających bezpieczeństwo zdrowotne.

Przedmiotowy raport podsumowuje dotychczasowe działania gminy miejskiej Kraków podejmowane w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w tym niezwykle istotny dla zdrowia publicznego obszary szczepień ochronnych finansowanych z budżetu miasta oraz nakreśla dalsze potrzeby populacji krakowskiej do realizacji w tym obszarze.

Reasumując, Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach uznać należy za prawidłowy i przydatny dokument stanowiący ekspercka diagnozę dotyczącą stanu zdrowotności populacji Krakowa.

Piśmiennictwo

1. Eurostat Data <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/main-tables> [10.10.2018]
2. <https://www.depresja.pl/zdrowie-psychiczne-polakow> [20.10.2018]
3. <http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html> [20.10.2018]
4. OECD (2018), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en [4.12.2018 r.]
5. Raport http://www.rodzicpoludzku.pl/images/RAPORT_FRpL_2018.pdf [4.12.2018 r.]
6. Raport za rok 2017 z realizacji Małopolskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2014–2020.
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz. U. z 2018 r. poz. 151, 1669.
8. Czarkowski MP, Kondej B, Staszewska-Jakubik E. Szczepienia Ochronne w Polsce w 2016 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii.
9. https://pssekrakow.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1066:informacje-dotyczace-zachorowan-na-gruzlice-w-krakowie-i-powiecie-krakowskim-w-2017-roku&catid=89&Itemid=212 [23.10.2018]
10. Gruźlica. Biuletyn IGiChP 2017 .
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Disease name. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.
12. European Centre for Disease Prevention and Control: Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.
15. Rosińska M, Niedźwiecka-Stadnik M, Szmulik K. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2017 roku. Zakład Epidemiologii Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
16. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016, 2017 roku NIZP-PZH.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and AIDS. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018.
18. <http://www.polskawliczbach.pl/Krakow> [27.10.2018]
19. Raport o zdrowiu mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach (2017)
20. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer [27.10.2018]
21. Statistics Explained [<http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>] [17.10.2018]
22. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 poz. 917).
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. nr 105, poz. 869).
24. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/occupational-health/data-and-statistics> [9.10.2018]

25. Elster D, Takala J, Remes J. An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses. EU-OSHA 2017.
26. Sprawozdania z działalności Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z 2017 r.
27. Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego w 2016 roku. Małopolski Urząd Wojewódzki.
28. Raport Lecznictwo w Małopolsce w 2016 r.
29. Jak i gdzie się leczyć. Informator Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydanie i 2018
30. <https://www.lpr.com.pl/pl/ladowiska/ladowiska-przyszpitalne/> [dostęp 19.10.2018]
31. Oficjalna strona Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl, 18.10.2018]
32. Biliński P, Krajewski R. Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, maj 2018 roku, ISBN 978-83-948240-2-0. [https://nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf, dostęp 19.10.2018]
33. ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1384 z późn. zm.).
34. Rejestr medycznych laboratoriów diagnostycznych w województwie małopolskim. [http://kidl.org.pl/uploads/diagno%C5%9Bci%20i%20laboratoria%20-%20aktualizacja/akt_lab_05092018/malopolskie.pdf 20.10.2018]
35. Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz 357 z późn. zm.).
36. Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej. Informacja o wynikach kontroli. KZD.430.001.2017 Nr ewid. 42/2017/P/16/056/KZD. Naczelna Izba Kontroli.
37. Jak i gdzie się leczyć. Informator Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydanie i 2018
38. Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017.211).
39. Ustawa z dnia 15 września 2017 roku o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 roku, poz. 1774).
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1248).
41. Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2017 r. Główny Urząd Statystyczny.
42. Informacja o Uzdrowisku Swoszowice – BIP Urząd Miasta Krakowa.
43. Operat uzdrowiskowy dla Uzdrowiska Swoszowice. Kraków-Swoszowice, 2018 r.
44. Sytuacja zdrowotna ludności w Polsce 2016 r. NIZP – PZH.
45. Ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia Główny Inspektorat Sanitarny
46. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, [<http://www.parpa.pl> 24.10.2018]
47. OECD, Alcohol Consumption [<https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> 20.10.2018]
48. WHO, Global status report on alcohol and health 2018.
49. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [25.10.2018]
50. Zgliczyński W. S., Nadwaga i otyłość w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych nr 4(227), 2017

51. Stepaniak U i wsp.: Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with WOBASZ study (2003–2005). *Pol Arch Med Wewn.* 2016 Aug 18;126(9):662-671.
52. <http://www.obserwator.rops.krakow.pl/differenceanalysis> [25.10.2018]
53. Błaszczuk-Bębenek E, Żwirski J, Schlegel-Zawadzka M. Ocena stanu odżywienia dzieci z regionu Małopolski. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(3): 336-342.
54. Instytut Żywności i Żywieni [\[http://www.izz.waw.pl/\]](http://www.izz.waw.pl/) 23.10.2018]
55. Ministerstwo Sportu i Rekreacji, Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017.
56. Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, Departament polityki Regionalnej, Badanie opinii mieszkańców Małopolski 2015, 5. Edycja.
57. WHO, Noise – guidelines, 2018.
58. WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region, 2018.
59. Pawlas K., Hałas jako czynnik zanieczyszczający środowisko – aspekty medyczne; *Medycyna środowiskowa -Environmental Medicine* 2015, vol. 18, No. 4, 49-56.
60. Bortkiewicz A., Czaja N., Pozasłuchowe skutki działania hałasu ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018; 12(2): 41-49.
61. Ambient Air Pollution Database, WHO, 2016.
[www.who.int/phe/health_topic/outdoorair/databases/cities/en 23.10.2018]
62. Air quality in Europe – 2017 report, European Environment Agency, 2017.
63. Raport NIK <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/dbaj-o-zdrowie-nie-oddychaj.html> [23.10.2018]
64. Gliniak M, Miczyński J., Zuśka Z., Ocena poziomu pyłowego zanieczyszczenia powietrza w aglomeracji krakowskiej na przykładzie Al. A. Mickiewicza; [w]:*Logistyka* 4/2015.
65. European Environment Agency, Air quality in Europe – 2016 report, Air quality in Europe – 2017 report.
66. NIK, Delegatura w Krakowie, Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami, Informacja o wynikach kontroli, 2018.
67. Wang P, Hou C, Li Y. Wireless Phone Use and Risk of Adult Glioma: Evidence from a Meta-Analysis. *World Neurosurg.* 2018 Jul;115:e629-e636. doi: 10.1016/j.wneu.2018.04.122.
68. What are electromagnetic fields? [<http://www.who.int/peh-emf/about/WhatisEMF/en/index1.html> 23.10.2018]
69. Marzec S., Stawowy A., Narażenie ludności na pole elektromagnetyczne anten telefonii komórkowej. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach*, Nr 1(3)/2007.
70. Program ochrony powietrza dla województwa małopolskiego. Małopolska w zdrowej atmosferze. Załącznik nr 1 do uchwały Nr XXXII/451/17 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 23 stycznia 2017 roku.
71. Ocena jakości powietrza w województwie małopolskim w 2017 roku. Zgodnie z art. 80 ustawy – Prawo Ochrony Środowiska Na podstawie obowiązującego prawa krajowego i UE. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie. Kraków, kwiecień 2018.
72. <http://powietrzewkrakowie.pl/> [10.11.2018]
73. Podsumowanie realizacji Programu ochrony powietrza dla województwa małopolskiego w 2016 roku. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. [<https://powietrze.malopolska.pl/wp-content/uploads/2018/03/PodsumowaniePOP2016-1.pdf> 10.11.2018]
74. www.polskialarmsmogowy.pl [9.11.2018]

75. Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami lata 2014–2017 (I półrocze) Najwyższa Izba Kontroli Warszawa, wrzesień 2018 r. [<https://www.nik.gov.pl/plik/id,17789,vp,20393.pdf> 10.11.2018]
76. Wyniki pomiarów monitoringu pól elektromagnetycznych w środowisku na terenie województwa małopolskiego wykonanych w 2017 roku. Małopolski Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska. [<http://www.krakow.pios.gov.pl/Press/monitoring/pem/wyniki/pem17.pdf> 11.11.2018]
77. <http://krakow.pios.gov.pl/2017/11/30/pomiary-natezenia-pol-elektromagnetycznych-nie-przekraczaja-norm/> [11.11.2018]
78. Instytut Łączności – Państwowy Instytut Badawczy; Raport Pilotażowe badania i analizy dotyczące dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych (PEM), 2016.
79. Mikuła J, Machowski W, Stępień J i wsp. Program Ochrony Środowiska Przed Polami Elektromagnetycznymi (PEM) Dla Miasta Krakowa Na Lata 2018-2022 (Projekt).
80. www.elektrowrazliwi.cm-uj.krakow.pl [9.11.2018]
81. https://www.krakow.pl/srodowisko/203447,artykul,ochrona_przed_polami_elektromagnetyczny_mi.html [11.11.2018]
82. http://krakow.pl/start/223914,artykul,pomiary_halasu_2017.html [13.11.2018]
83. <http://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/uczniowie-maja-problem-z-odwodnieniem-za-malo-wody-do-sniadania/> [13.11.2018]

Spis tabel

Tabela 1. Gęstość zaludnienia (os./km ²) w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005–2017	11
Tabela 2. Prognoza liczby mężczyzn w Krakowie w podziale na wiek w latach 2017–2036	21
Tabela 3. Prognoza liczby kobiet w Krakowie w podziale na wiek w latach 2017–2036	21
Tabela 4. Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie i Polsce w 2016 r. (%)	29
Tabela 5. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2010–2015 w podziale na płeć	31
Tabela 6. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015	32
Tabela 7. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015	32
Tabela 8. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015	33
Tabela 9. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2015	33
Tabela 10. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych z podziałem na płeć w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2016	35
Tabela 11. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji polskiej w wieku 18–65 lat z odniesieniem do płci (%)	37
Tabela 12. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych według wybranych rozpoznań w Krakowie w latach 2016–2017	38
Tabela 13. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.	40
Tabela 14. Realizacja Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2016–2017	42
Tabela 15. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Krakowie w latach 1999–2016	43
Tabela 16. Współczynnik zapadalności na 100 tys. na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2005–2017	44
Tabela 17. Liczba wykonanych szczepień ochronnych w Krakowie w latach 2011–2016	46
Tabela 18. Odsetek zaszczepionych osób w Krakowie w latach 2011–2016	47
Tabela 19. Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych łagodnych, poważnych i ciężkich w Małopolsce w latach 2012–2017	49
Tabela 20. Liczba uchylających się od szczepień ochronnych w Małopolsce w latach 2015–2017	49
Tabela 21. Liczba zachorowań oraz zapadalność na 100 tys. na gruźlicę wszystkich postaci w Krakowie w latach 2010–2017	50
Tabela 22. Zapadalność na gruźlicę na 100 tys. w podziale na województwa w 2017 r.	51
Tabela 23. Liczba zachorowań na WZW B i C w Krakowie w latach 2010–2016	53
Tabela 24. Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2015–2017	57
Tabela 25. Zapadalność na AIDS na 1000 mieszkańców w Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2017 r.	58
Tabela 26. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999–2017	58

Tabela 27. Zachorowalność na nowotwory ogółem w województwie małopolskim w podziale na powiaty w latach 2010–2016	60
Tabela 28. Umieralność z powodu chorób nowotworowych w krajach UE w 2015 r.	64
Tabela 29. Zapadalność na choroby zawodowe na 100 tys. według województw w 2017 r.	69
Tabela 30. Liczba chorób zawodowych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2015–2017	69
Tabela 31. Liczba przypadków chorób zawodowych w Krakowie w latach 2016–2017	70
Tabela 32. Choroby zawodowe (udział procentowy) w Krakowie w latach 2005–2017	71
Tabela 33. Liczba osób poniżej 16. roku życia w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w latach 2016–2017.....	74
Tabela 34. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16. r.ż. w Krakowie w podziale na wiek i przyczynę niepełnosprawności w latach 2016–2017	76
Tabela 35. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16. r.ż. w Krakowie w podziale na płeć i przyczynę niepełnosprawności w latach 2016–2017.....	76
Tabela 36. Liczba osób powyżej 16. roku życia w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w latach 2016–2017.....	78
Tabela 37. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności (osoby powyżej 16. roku życia) w Krakowie w podziale na grupy wiekowe w latach 2016–2017	79
Tabela 38. Absencja chorobowa (A00-Z99) w Krakowie w latach 2016–2017.....	82
Tabela 39. Zaświadczenia lekarskie zarejestrowane przez ZUS w Krakowie w latach 2016–2017	82
Tabela 40. Przeciętna wysokość świadczeń wypłacanych przez ZUS w Krakowie w latach 2015–2017	83
Tabela 41. Osoby zamieszkałe w mieście na prawach powiatu Kraków, którym przyznano emerytury ¹ wypłacane przez ZUS wg wieku ² i płci w latach 2016–2017.....	83
Tabela 42. Rodzaj rent przyznawanych przez ZUS w podziale na płeć w Krakowie w latach 2015–2017.....	84
Tabela 43. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w podziale na wiek w latach 2016–2017	85
Tabela 44. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę według rodzaju na wiek i płeć w latach 2016–2017	86
Tabela 45. Liczba osób zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uprawnionych do renty rodzinnej wypłacanej przez ZUS, w podziale na wiek i płeć w 2016 r.	87
Tabela 46. Liczba transplantacji w Polsce w latach 2011–2017.....	88
Tabela 47. Liczba transplantacji w Małopolsce w latach 2011–2017.....	88
Tabela 48. Liczba transplantacji w Krakowie w latach 2011–2017	88
Tabela 49. Wykaz publicznych szpitali na terenie Krakowa w 2016 r.	92
Tabela 50. Wykaz niepublicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie Krakowa na 2016 r.	93
Tabela 51. Wykaz szpitali z terenu miasta Krakowa znajdujące się w sieci szpitali w 2017 r.	95
Tabela 52. Liczba łóżek w publicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012–2016.....	97
Tabela 53. Liczba łóżek w niepublicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012–2016.....	98
Tabela 54. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych w przeliczeniu na 10 tys. w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005–2016.....	99
Tabela 55. Zabiegi operacyjne w woj. małopolskim i w Krakowie w latach 2015–2016.....	101
Tabela 56. Dializy w zakładach opieki stacjonarnej w woj. małopolskim i w Krakowie w latach 2015–2016.....	101

Tabela 57. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach psychiatrycznych w Krakowie w latach 2011–2016	102
Tabela 58. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych placówkach leczenia psychiatrycznego w Krakowie w 2016 r. w podziale na rodzaj oddziału	102
Tabela 59. Liczba leczonych psychiatrycznie (bez uzależnień) w szpitalach psychiatrycznych oraz wieloprofilowych w województwie małopolskim w 2016 r.	103
Tabela 60. Publiczne i niepubliczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, opiekuńczo-lecznicze oraz hospicja działające na terenie Krakowa w 2016 r.	104
Tabela 61. Liczba łóżek w zakładach opieki długoterminowej działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2007–2016.....	105
Tabela 62. Działalność publicznych i niepublicznych zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej na terenie Małopolski i miasta Krakowa w latach 2014–2016	106
Tabela 63. Wykaz hospicjów i zespołów opieki paliatywnej prowadzonych przez fundacje i stowarzyszenia w Krakowie w 2016 r.	107
Tabela 64. Liczba miejsc w publicznych i niepublicznych Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011–2017	109
Tabela 65. Liczba placówek i miejsc w DPS w Krakowie w latach 2011–2017	111
Tabela 66. Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w DPS w Krakowie w latach 2011–2017.	111
Tabela 67. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w Krakowie latach 2011–2017	112
Tabela 68. Liczba osób zadeklarowanych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2013–2016	113
Tabela 69. Liczba świadczeniodawców z terenu Krakowa oraz liczba umów zawartych z NFZ w latach 2010–2017 w ramach POZ	114
Tabela 70. Struktura wiekowa pacjentów leczonych przez lekarzy POZ z powodu chorób przewlekłych – wymagający opieki czynnej w Małopolsce i Krakowie w 2016 r.	114
Tabela 71. Liczba pacjentów będących pod opieką lekarza POZ w zakładach publicznych, niepublicznych oraz praktykach lekarskich wg wybranych jednostek chorobowych w Krakowie w 2016 r.....	115
Tabela 72. Wykaz podmiotów udzielających świadczeń w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna w Krakowie w 2017 r.	115
Tabela 73. Liczba udzielonych świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Krakowie w okresie od 1 października 2017 r. do 1 października 2018 r.	116
Tabela 74. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Krakowie w latach 2011–2017	118
Tabela 75. Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w Krakowie w latach 2011–2017	118
Tabela 76. Porady udzielone w poradniach specjalistycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w 2015 i 2016 r.	119
Tabela 77. Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w wybranych rodzajach w latach 2015–2017	120
Tabela 78. Porady udzielone w poradniach stomatologicznych na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w latach 2015–2017	121
Tabela 79. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na wybrane świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie miasta Krakowa w latach 2015–2017 (w dniach)	121
Tabela 80. Liczba poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz liczba udzielonych świadczeń w ramach kontraktu z MOW NFZ w Krakowie w latach 2011–2017	122
Tabela 81. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) według wybranych rozpoznai i płci w Krakowie w 2016 r.	122

Tabela 82. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.	124
Tabela 83. Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim i w Krakowie w 2016 r.	125
Tabela 84. Szpitale na terenie Gminy Miejskiej Kraków, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w latach 2015–2017	126
Tabela 85 Szpitale na terenie Małopolski, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2017 r.	127
Tabela 86. Nakłady na SOR w Krakowie i Małopolsce w latach 2015–2017	127
Tabela 87. Izby przyjęć działające na terenie Krakowa i Małopolski w 2017 r.....	128
Tabela 88. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie woj. małopolskiego w latach 2011–2017 ..	129
Tabela 89. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie Krakowa w latach 2011–2017.....	129
Tabela 90. Liczba ładowisk przyszpitalnych w województwie małopolskim oraz Krakowie w latach 2011–2017	130
Tabela 91. Liczba ładowań w województwie małopolskim oraz Krakowie w latach 2011–2017.....	130
Tabela 92. Wielkość nakładów finansowych na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w woj. małopolskim w latach 2011–2017	131
Tabela 93. Zatrudnienie podstawowego personelu medycznego w tym z wykształceniem wyższym w Krakowie w latach 2016–2017	134
Tabela 94. Zatrudnienie personelu medycznego z wykształceniem średnim w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2017 r.	135
Tabela 95. Pracujący w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Krakowie w 2017 r.....	136
Tabela 96. Liczba lekarzy wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2009–2017	137
Tabela 97. Liczba lekarzy wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2009–2017	137
Tabela 98. Liczba lekarzy dentyków wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Krakowie w latach 2010–2017	138
Tabela 99. Liczba lekarzy dentyków wg. wybranych specjalności z II st. specjalizacji lub, którzy uzyskali tytuł „nowym trybem” (po 1999 r.) w Małopolsce w latach 2010–2017	139
Tabela 100. Porady w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego w 2016 r.	139
Tabela 101. Liczba podmiotów udzielających podstawowych świadczeń specjalistycznych w ramach kontraktu z MOW NFZ na terenie Krakowa w latach 2010–2017.....	140
Tabela 102. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przypadki stabilne) na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2012–2017.....	141
Tabela 103. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przypadki pilne) na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2015–2017	143
Tabela 104. Liczba sprzętu medycznego ogółem i w placówkach stacjonarnych w Polsce w latach 2010–2016.....	145
Tabela 105. Liczba sprzętu medycznego ogółem i w placówkach stacjonarnych w Małopolsce w latach 2010–2016	145
Tabela 106. Liczba sprzętu medycznego i w placówkach stacjonarnych w Krakowie w latach 2010–2017	146
Tabela 107. Wykaz oddziałów terenowych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie	146
Tabela 108. Wykaz aptek całodobowych w Krakowie w 2017 r.	147

Tabela 109. Źródła finansowania inwestycji w miejskich podmiotach leczniczych w latach 2016–2017	153
Tabela 110. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2015 r.	154
Tabela 111. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2016 r.	154
Tabela 112. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w 2017 r.	155
Tabela 113. Zasoby Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie w latach 2010–2017	161
Tabela 114. Nakłady poniesione na remonty i inwestycje w budynkach przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w Krakowie w latach 2010–2017	162
Tabela 115. Zestawienie liczby osób objętych Programami, liczby udzielonych świadczeń i kosztów realizacji Programów w latach 2016–2017	163
Tabela 116. Realizacja Programu prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy w latach 2016–2017	165
Tabela 117. Wykaz realizatorów Programu prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy miejskich, z którymi zawarte zostały umowy na lata 2016–2018	165
Tabela 118. Realizacja Programu profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej w latach 2016–2017	166
Tabela 119. Realizacja Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa w latach 2016–2017	167
Tabela 120. Realizacja Programu profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych na terenie Miasta Krakowa w latach 2016–2017	169
Tabela 121. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w latach 2016–2017 na terenie Krakowa	169
Tabela 122. Realizacja Programu profilaktyki próchnicy u dzieci na terenie Miasta Krakowa w latach 2016–2017	170
Tabela 123. Realizacja Programu szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia w latach 2016–2017 roku na terenie Krakowa	171
Tabela 124. Podmioty lecznicze realizujące Program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65. roku życia w latach 2016–2017 na terenie Krakowa	172
Tabela 125. Realizacja Programu w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego w latach 2016–2017 na terenie Krakowa	173
Tabela 126. Realizacja Programu profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia w latach 2016–2017	174
Tabela 127. Podmioty lecznicze profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12. do 24. miesiąca życia na terenie Krakowa w latach 2016–2017	174
Tabela 128. Realizacja Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0–3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli w latach 2016–2017	175
Tabela 129. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0–3 lat na terenie Krakowa w latach 2016–2017	175
Tabela 130. Realizacja Programu profilaktyki wad postawy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków w latach 2016–2017	176
Tabela 131. Podmioty lecznicze realizujące Program "Pomoc w powrocie do zdrowego" w latach 2016–2017 roku na terenie Krakowa	178

Tabela 132. Realizacja programów dzielnicowych w Krakowie w latach 2016–2017.....	180
Tabela 133. Podział środków na realizację zadań z zakresu współpracy organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w 2016 roku na terenie Krakowa ...	182
Tabela 134. Formy wsparcia funkcjonujące w ramach systemu pomocy społecznej na terenie miasta Krakowa w latach 2016 – 2017	185
Tabela 135. Podmioty niepubliczne realizujące zadanie w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2016–2017	185
Tabela 136. Liczba szkół i gabinetów profilaktyki zdrowotnej oraz liczba uczniów w samorządowych szkołach i placówkach w 2017 r.....	187
Tabela 137. Przyczyny braku gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedmedycznej w szkołach i placówkach w Krakowie w 2017 r.	188
Tabela 138. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016–2017	188
Tabela 139. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016– 2017	189
Tabela 140. Programy zdrowotne w zakresie stomatologii realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w latach 2016–2017.....	191
Tabela 141. Wysokość wydatków Gminy Miejskiej Kraków na działania z zakresu medycyny szkolnej w latach 2013–2017	192
Tabela 142. Dane o kuracuszach korzystających ze świadczonych usług w zakresie leczenia sanatoryjnego w Uzdrowisku Swoszowice w latach 2012–2017	195
Tabela 143. Zestawienie kosztów związanych z realizacją Ramowego Programu KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA w latach 2012–2017	197
Tabela 144. Rozmieszczenie urządzeń AED na terenie miasta Krakowa w 2017 r.....	198
Tabela 145. Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku	209
Tabela 146. Ogólnoustrojowy wpływ hałasu na organizm człowieka	210

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba ludności w Krakowie w podziale na płeć w latach 1995–2017.....	11
Wykres 2 Współczynnik feminizacji w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005–2017	12
Wykres 3 Liczba urodzeń w Krakowie w latach 1984–2017.....	13
Wykres 4 Wskaźnik przyrostu naturalnego w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005–2017	13
Wykres 5 Liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005–2017	14
Wykres 6 Liczba zgonów w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz Polsce w latach 2005–2017	15
Wykres 7 Struktura wiekowa populacji Gminy Miejskiej Kraków w 5–letnich grupach wiekowych w podziale na płeć w 2017 r.	16
Wykres 8 Odsetek kobiet i mężczyzn w 5–letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2017 r.	17
Wykres 9 Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w latach 1995–2017...	17
Wykres 10 Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Małopolsce w latach 1995–2017	18

Wykres 11 Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w 2017 r.	19
Wykres 12 Liczba osób w wieku 70+ w Krakowie w latach 1984–2017	19
Wykres 13 Prognoza liczby ludności w podziale na płeć w Krakowie na lata 2017–2036	20
Wykres 14 Oczekiwana długość życia kobiet w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007–2017	22
Wykres 15 Oczekiwana długość życia mężczyzn w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007–2017	22
Wykres 16 Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2004–2017	24
Wykres 17 Liczba urodzeń z masą urodzeniową poniżej 2 500 g w Krakowie i Małopolsce w latach 2002–2017	25
Wykres 18 Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową poniżej 2 500 g w Polsce w latach 2002–2017	25
Wykres 19 Odsetek porodów przez cesarskie cięcie w Małopolsce, Polsce i UE w 2016 r.	26
Wykres 20 Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w podziale na płeć w Krakowie w latach 1999–2017	27
Wykres 21 Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w latach 1999–2017 w Krakowie, Polsce i Unii Europejskiej.....	28
Wykres 22 Odsetek zgonów w 5- i 10- letnich grupach wiekowych w Krakowie w podziale na płeć w 2017 r.	29
Wykres 23 Struktura zgonów w Krakowie z podziałem na płeć w 2016 r.	30
Wykres 24 Struktura zgonów w Polsce z podziałem na płeć w 2016 r.	30
Wykres 25 Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006–2016	35
Wykres 26 Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w latach 2013–2017.....	38
Wykres 27 Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych według wybranych rozpoznań w Krakowie w 2017 r.	39
Wykres 28. Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) ogółem w Krakowie w latach 2013–2016	39
Wykres 29 Współczynnik zapadalności na gruźlicę na 100 tys. w województwie małopolskim w latach 2000–2017	51
Wykres 30 Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie małopolskim w latach 2000–2017	51
Wykres 31 Współczynnik zapadalności na gruźlicę na 100 tys. w Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999–2016	52
Wykres 32 Współczynnik zapadalności na WZW typu B na 100 tys. w Krakowie w latach 1999–2016.....	54
Wykres 33 Współczynnik zapadalności na WZW typu B na 100 tys. w krajach UE/EOG, Polsce i województwie małopolskim w latach 1999–2017	54
Wykres 34 Współczynnik zapadalności na WZW typu C na 100 tys. w krajach UE/EOG, Polsce i województwie małopolskim w latach 1999–2017.	55
Wykres 35 Zapadalność na wirusa HIV w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2009 –2017	56
Wykres 36 Zapadalność na AIDS w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2005–2017	57
Wykres 37 Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999–2017	59
Wykres 38 Współczynnik zachorowalności na nowotwory ogółem w Krakowie i Małopolsce w latach 2008–2016	60
Wykres 39 Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych w Krakowie w latach 2002–2016	61
Wykres 40 Udział zgonów z powodu chorób nowotworowych w zgonach ogółem w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007–2015	62

Wykres 41 Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie mężczyzn w Krakowie w 2015 r.	62
Wykres 42 Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie kobiet w Krakowie w 2015 r.	63
Wykres 43 Szacowana liczba nowych zachorowań na nowotwory w podziale na rodzaj w Europie, ogółem dla obu płci i we wszystkich grupach wiekowych w 2018 r.	65
Wykres 44 Choroby zawodowe w Polsce i Małopolsce w latach 1999–2017	67
Wykres 45 Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe na 100 tys. pracujących i zatrudnionych kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2001–2017	68
Wykres 46 Liczba zachorowań na choroby zawodowe w Krakowie w latach 1999–2017	70
Wykres 47 Liczba orzeczeń o niepełnosprawności wydanych w Krakowie w latach 2015–2017	73
Wykres 48 Odsetek wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku poniżej 16. roku życia w Krakowie w podziale na płeć w latach 2016–2017	73
Wykres 49 Odsetek osób poniżej 16. r. ż. w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w 2017 r.	74
Wykres 50 Przyczyny niepełnosprawności osób poniżej 16. r.ż. w podziale na płeć w Krakowie w 2017 r.	77
Wykres 51 Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku poniżej 16. roku życia w Krakowie w podziale na płeć w latach 2016–2017	77
Wykres 52 Odsetek osób powyżej 16. r. ż. w Krakowie, którym wydano orzeczenie o niepełnosprawności z powodu poszczególnych przyczyn w 2017 r.	78
Wykres 53 Odsetek wydanych orzeczeń o niepełnosprawności wg wieku w Krakowie w latach 2016–2017.....	80
Wykres 54 Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności w Krakowie dla osób w wieku powyżej 16. r.ż. w latach 2016–2017 w podziale na stopień niepełnosprawności	80
Wykres 55 Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16 r. ż. ze względu na wykształcenie w Krakowie w latach 2016–2017	81
Wykres 56 Zatrudnienie osób (powyżej 16. roku życia) niepełnosprawnych w Krakowie w latach 2016–2017 ..	81
Wykres 57 Struktura rent przyznawanych przez ZUS w Krakowie w 2017 r.	84
Wykres 58 Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2015–2016	99
Wykres 59 Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych w Krakowie i Małopolsce latach 2005–2016	100
Wykres 60 Średni czas pobytu w szpitalu w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005–2016	100
Wykres 61 Liczba miejsc w publicznych i niepublicznych podmiotach prowadzących opiekę długoterminową na terenie Krakowa w latach 2007–2016.....	104
Wykres 62 Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) ogółem w Krakowie w latach 2013-2016.....	123
Wykres 63 Odsetek leczonych ambulatoryjnie z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Krakowie w 2016 r.	123
Wykres 64 Leczeni ambulatoryjnie z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Krakowie w 2016 r. według wybranych rozpoznań w podziale na płeć	124
Wykres 65 Liczba leczonych ambulatoryjnie z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w Krakowie w latach 20013–2016	125
Wykres 66 Liczba lekarzy ogółem pracujący w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2006–2017	132
Wykres 67 Liczba lekarzy stomatologów ogółem pracujący w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2006–2017	132
Wykres 68 Liczba lekarzy pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006–2017	133

Wykres 69 Liczba lekarzy dentystów pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006–2017	133
Wykres 70 Wybrany personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w latach 2015–2017.....	135
Wykres 71 Liczba oddających krew w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2010–2017	147
Wykres 72 Liczba aptek ogólnodostępnych w województwie małopolskim i Krakowie w latach 2010-2017	148
Wykres 73 Liczba gabinetów profilaktycznych i stomatologicznych w szkołach w Krakowie w latach 2013–2017	187
Wykres 74 Rodzaj udzielanych świadczeń przez Uzdrowisko Swoszowice w podziale na refundowane i komercyjne w 2017 r.	196
Wykres 75 Odsetek osób palących tytoń codziennie w latach 2009-2017 w Polsce, w grupach płci oraz ogółem	202
Wykres 76 Odsetek palących regularnie wg miejsca zamieszkania w Polsce w 2017 r. wg płci	203
Wykres 77 Średnie spożycie 100% alkoholu na 1 mieszkańca wyrażone w litrach, w Polsce w latach 2007–2017	204
Wykres 78 Odsetek dzieci do 18 r. ż. będących pod opieką lekarza POZ z powodu schorzeń wywołanych otyłością w powiatach województwa małopolskiego w 2015 r.	206
Wykres 79 Odsetek najczęściej wybieranych form aktywności fizycznej przez Małopolan.....	208

Spis rysunków

Rysunek 1. Realizacja celu ograniczenia emisji pyłu PM10, PM2,5, B(a)P wyznaczonego w Programie ochrony powietrza dla województwa małopolskiego	216
---	-----

Zdjęcie na okładce: pixabay.com

Słownik pojęć

AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*).

ECDC – Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ang. *European Centre for Disease Prevention and Control*) agencją UE, której celem jest skuteczna ochrona obywateli Europy przed chorobami zakaźnymi.

Gęstość zaludnienia – Miara zagęszczenia ludności na określonym terytorium – wyrażana najczęściej w osobach na 1 km kw.

HIV – zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (ang. *human immunodeficiency virus*).

ICT – technologie komunikacyjno-informacyjne związane ze zbieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, przesyłaniem, rozdzielaniem i prezentacją informacji. Obejmują one w szczególności technologie komputerowe (sprzęt i oprogramowanie) i technologie komunikacyjne.

Niepożądany odczyn poszczepienny – zaburzenie stanu zdrowia, które wystąpiło w okresie 4 tygodni po podaniu szczepionki. Wyjątek stanowią odczyny po szczepieniu BCG – w tych wypadkach kryterium czasowe jest znacznie wydłużone, co wynika ze specyfiki szczepionki. Ze względu na stopień nasilenia objawów NOP wyróżniono odczyny ciężkie, poważne i łagodne.

Pył zawieszony PM₁₀ – mieszanina cząstek zawieszonych w powietrzu, może zawierać substancje toksyczne takie jak wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, metale ciężkie, dioksyny i furany. Pył PM₁₀ zawiera cząstki o średnicy mniejszej niż 10 mikrometrów, które mogą docierać do górnych dróg oddechowych i płuc. Poziom dopuszczalny dla stężenia średniodobowego wynosi 50 µg/m³ i może być przekraczany nie więcej niż 35 dni w ciągu roku. Poziom dopuszczalny dla stężenia średniorocznego wynosi 40 µg/m³.

Pył zawieszony PM_{2,5} – zawiera cząstki o średnicy mniejszej niż 2,5 mikrometra, które mogą docierać do górnych dróg oddechowych, płuc oraz przenikać do krwi. Docelowa wartość średnioroczna dla pyłu PM_{2,5} wynosi 25 µg/m³.

Standaryzowany współczynnik umieralności – współczynnik umieralności zmodyfikowany statystycznie w celu wyeliminowania wpływu różnic w rozkładzie wieku w porównywanych populacjach.

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization) to organizacja działająca w ramach ONZ, zajmująca się najważniejszymi aspektami ochrony zdrowia.

Współczynnik feminizacji – współczynnik określający wzajemne relacje między liczbą kobiet i mężczyzn, tj. liczba kobiet przypadająca na 100 mężczyzn.

Współczynnik przyrostu naturalnego – stosunek różnicy między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów do liczby ludności w połowie badanego okresu lub do średniego stanu ludności w tym okresie – wyrażony w ‰ (tj. na 1 000 ludności).

Współczynnik umieralności – stosunek liczby wszystkich zgonów w badanej populacji w określonym przedziale czasowym do liczebności tej populacji w połowie przedziału czasowego; zwykle przeliczany na 100 000 (lub 10 000) ludności na rok.

Współczynnik umieralności niemowląt – Stosunek liczby zgonów jakie wystąpiły w określonym przedziale czasowym wśród dzieci poniżej jednego roku życia w stosunku do liczby żywych urodzeń w tym samym przedziale czasowym, zwykle przeliczany na 1000 żywych urodzeń w ciągu roku kalendarzowego.

Współczynnik zapadalności – liczba nowych zachorowań zarejestrowanych w ciągu roku przypadająca na 100 000 (lub 10 000) mieszkańców.

