



RAPORT O ZDROWIU MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA I JEGO UWARUNKOWANIACH

URZĄD MIASTA KRAKOWA
Kraków, 2017



Opracowanie:
IBMed Sp. z o.o.
ul. Retoryka3/2
31-108 Kraków

Na zlecenie:
Biura ds. Ochrony Zdrowia
Urzędu Miasta Krakowa

Recenzent: Dr Alicja Domagała

Spis treści

Część I. Mierniki stanu zdrowia mieszkańców Krakowa

1. WSTĘP.....	5
2. STAN LUDNOŚCI ORAZ RUCH NATURALNY.....	7
3. STRUKTURA LUDNOŚCI WG PŁCI, WIEKU I GRUP EKONOMICZNYCH	11
4. TRWANIE ŻYCIA.....	16
5. STAN ZDROWIA NA PODSTAWIE DANYCH O UMIERALNOŚCI.....	18
5.1 Współczynnik umieralności niemowląt	18
5.2 Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową	18
5.3 Odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie.....	19
5.4 Współczynnik umieralności ogólnej.....	20
5.5 Zgony według wieku	21
5.6 Zgony według przyczyn	22
5.7 Standaryzowane współczynniki umieralności.....	23
6. ZACHOROWALNOŚĆ NA WYBRANE CHOROBY	26
6.1 Choroby zakaźne	26
6.2 Szczepienia ochronne	28
6.3 Gruźlica	30
6.4 WZW typu B oraz WZW typu C	32
6.5 HiV/AIDS.....	33
6.6 Zgony z powodu chorób zakaźnych	35
6.7 Zachorowania na nowotwory złośliwe.....	35
7. CHOROBY ZAWODOWE.....	40
8. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	44
8.1 Osoby poniżej 16 roku życia	44
8.2 Osoby powyżej 16 roku życia.....	46
9. WSKAŹNIKI ZUS DOTYCZĄCE GMINY MIEJSKIEJ KRAKÓW (ABSENCJA CHOROBY, RENTY, WYDATKI ZUS).....	49
10. LICZBA PRZEPROWADZONYCH TRANSPLANTACJI	53
11. LICZBA SPRZĘTU MEDYCZNEGO W KRAKOWIE, MAŁOPOLSCE I POLSCE W LATACH 2010 – 2015.....	54
12. PODSUMOWANIE.....	56

Część II. Zasoby opieki zdrowotnej w Krakowie

1. WSTĘP.....	57
2. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA – LECZNICTWO ZAMKNIĘTE	57
2.1 Szpitale ogólne.....	59
2.2 Stacjonarne leczenie psychiatryczne	63
2.3 Zakłady opieki długoterminowej	67
3. PODSTAWOWA I AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	74
4. RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	79
5. KADRY MEDYCZNE.....	84
6. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO	90
7. SŁUŻBA KRWI	92
8. ZABEZPIECZENIE MIESZKAŃCÓW KRAKOWA W LEKI.....	93
9. PODSUMOWANIE.....	93

Część III. Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej

1. WSTĘP.....	96
2. DZIAŁANIA W STOSUNKU DO SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ, DLA KTÓRYCH GMINA KRAKÓW JEST PODMIOTEM TWORZĄCYM W TYM:.....	96
2.1 Stacjonarna opieka zdrowotna – zrealizowane inwestycje i pozyskane środki zewnętrzne	96
2.2 Działania na rzecz poprawy jakości w jednostkach miejskich.....	100
2.3 Gospodarowanie lokalami użytkowymi przeznaczonymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych	102
3. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA MIASTA KRAKOWA.....	103
3.1 Miejskie programy zdrowotne – Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”	103
3.2 Podsumowanie realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” za lata 2004-2015:	114

3.3 Miejski program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 -2015	116
3.4 Zadania dzielnic – programy polityki zdrowotnej	118
3.5 Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej	120
3.6 Promocja zdrowia i działania promujące zdrowy styl życia	121
3.7 Medycyna szkolna	122
3.8 Rekomendacje AOTMiT dla programów Miasta Krakowa	127
4. UZDROWISKO SWOSZOWICE – DZIAŁANIA MIASTA KRAKOWA.....	128
5. RATOWNICTWO MEDYCZNE – REALIZACJA PROGRAMU „KRAKOWSKA SIEĆ AED IMPULS ŻYCIA”	129
6. PODSUMOWANIE.....	131
Część IV. Wpływ uwarunkowań środowiskowych i innych na zdrowie mieszkańców Krakowa.	
<hr/>	
1. WSTĘP.....	132
2. WPŁYW STYLU ŻYCIA NA ZDROWIE	132
3. WPŁYW HAŁASU NA ZDROWIE CZŁOWIEKA	137
4. WPŁYW ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA NA ZDROWIE CZŁOWIEKA	150
5. PODSUMOWANIE.....	157
6. SPIS TABEL.....	158
7. SPIS WYKRESÓW	162
8. RECENZJA.....	165
9. BIBLIOGRAFIA	167

Część I. Mierniki stanu zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa

1. Wstęp

Analiza sytuacji zdrowotnej populacji to jeden z aspektów prowadzenia polityki zdrowotnej. Wymaga informacji dotyczącej stanu zdrowia populacji i jej potrzeb zdrowotnych. Stan zdrowia populacji można określić na podstawie mierników zarówno pozytywnych jak i negatywnych. Do pozytywnych mierników zalicza się m.in. liczbę urodzeń żywych. Jednakże do oceny sytuacji zdrowotnej populacji stosuje się negatywne współczynniki m.in. współczynniki zachorowalności, współczynniki umieralności według przyczyn lub współczynniki umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych.

Szczególnie istotne z perspektywy podejmowania decyzji polityki zdrowotnej są wskaźniki dotyczące struktury mieszkańców. W 2015 roku odnotowano dodatnie saldo migracji wewnętrznych w Małopolsce i w Krakowie. Dla województwa małopolskiego wynosiło 3 770 osób, w Krakowie saldo migracji wewnętrznych wynosiło 1 840 osób.

Najważniejsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Krakowa są następujące:

- Przyrost naturalny w 2015 roku był wyższy w Krakowie w porównaniu do wartości ogólnopolskich a niższy na tle województwa małopolskiego. Wartość przyrostu naturalnego w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w 2015 roku wynosiła odpowiednio: dla Polski -0.67/1 000 mieszkańców; dla województwa małopolskiego 0.99/1 000 mieszkańców, a dla Krakowa 0.54/1 000 mieszkańców, a w UE -0,1/1 000 mieszkańców.
- Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł w 2015 w Krakowie 2.9/1 000 urodzeń żywych (dokładnie tyle samo co w województwie). Średnia wartość ogólnopolska w 2015r. wyniosła 4.0/1 000 urodzeń żywych, a wartość dla UE stanowiła 3.6/1 000 urodzeń żywych.
- W 2015 r. oczekiwana długość życia noworodka w populacji kobiet w Krakowie wyniosła 83.1 lat, w województwie małopolskim: 82.9 lat, a najniższe wartości na poziomie całego kraju wyniosły 81.9 lat. W Unii Europejskiej oczekiwana długość życia u kobiet wyniosła 83.3 lat. W populacji mężczyzn oczekiwana długość życia w Krakowie wynosiła 77.1 lat i była wyższa niż w województwie małopolskim: 75.3 lat oraz w Polsce: 73.9 lat, jednak niższa niż w Unii Europejskiej: 79.9 lat.
- Aktualnie w mieście Krakowie, odnotowano 118 osoby żyjące, których długość życia osiągnęła wartość sto lat i więcej.
- Współczynnik umieralności ogólnej w 2015 r. w Krakowie wynosił 966/100 tys. i był niższy niż na poziomie całego kraju: 1027/100 tys. oraz na poziomie Unii Europejskiej: 1026/100 tys.
- 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. 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.
- Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2015r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 57% zgonów, w Polsce 52% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2015r. z powodu nowotworów odnotowano 30% zgonów, w Polsce 31% zgonów. W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 5%, Polska 6%), choroby układu oddechowego (Kraków 4%, Polska 7%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 4%, Polska 4%)
- Wiek środkowy osób zmarłych w Krakowie (mediana) wynosi dla mężczyzn 75.6 lat (przy średniej dla Polski 71.4) oraz 83.4 lata dla kobiet (przy średniej dla Polski 82.7 lat).

- Zapadalność na nowotwory w Krakowie wynosiła 487.74/100tyś. W grupie kobiet najwyższy współczynnik zapadalności został odnotowany dla nowotworu piersi. Natomiast w grupie mężczyzn, najwyższy współczynnik zapadalności odnotowano dla nowotworu gruczołu krokowego oraz nowotworu płuc.
- 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%), najwięcej porodów przez cesarskie cięcie zaobserwowano dla województwa małopolskiego – 45%; w UE wskaźnik porodów wykonanych przez cesarskie cięcie wynosi 25%.
- Dla Gminy Miejskiej Kraków, w porównaniu do poprzedniego roku, nastąpił spadek współczynnika zapadalności na wybrane choroby zakaźne tj.: infekcje grypopodobne i grypę: z 14 242.93/100 tys. w 2014 r. do 11 759.7/ 100 tys. w 2015r.; infekcje grypopodobne i grypę u dzieci do lat 14: 49 185.01/100 tys. w 2014 r. do 34 012.20/ 100 tys. w 2015r.; płonicę: 104.22/100 tys. w 2014 r. do 72.92/100 tys. w 2015r.; różyczkę: 24.15/100 tys. w 2014 r. do 5.1/100 tys. w 2015r.; świnkę: 9.98/100 tys. w 2014 r. do 5.70 /100tys. w 2015r. Pomiędzy rokiem 2014 a 2015 wzrost zapadalności wystąpił dla chorób zakaźnych tj.: borelioza: z 35.7/100 tys. w 2014 r. do 51.24/100 tys. w 2015r.; krztusiec: z 11.16/100 tys. w 2014 r. do 14.27/100 tys. w 2015 r.
- W 2015 roku współczynnik zapadalności na gruźlicę w Krakowie wynosił 13.4/100 tys. mieszkańców i był niższy w porównaniu do województwa małopolskiego: 16.5/100 tys. mieszkańców, oraz Polski: 16.7/100 tys. mieszkańców. Na tle UE zapadalność na gruźlicę wynosiła 11.7/100 tys. mieszkańców.
- W 2015 roku współczynnik zapadalności na WZW B w Krakowie wynosił 1.8/100 tys. mieszkańców i był niższy w porównaniu do województwa małopolskiego 2.88/100 tys. mieszkańców, Polski 9.13/100 tys. mieszkańców, oraz UE 4.2/ 100 tys. mieszkańców . W przypadku WZW typu C zapadalność w Krakowie w 2015 roku wynosiła 6.5/100 tys. mieszkańców i była niższa w porównaniu do wartości ogólnopolskich – 11.4/100 tys. i UE 8.8/100 tys. mieszkańców, ale wyższa na tle województwa małopolskiego, gdzie zapadalność kształtowała się na poziomie 5.13/100 tys. mieszkańców.
- Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie była najwyższa spośród wszystkich analizowanych regionów i wynosiła 9.7/100 tys. mieszkańców, kolejno w UE zapadalność wynosiła 6.3/100 tys. mieszkańców, następnie w Polsce 3.32/100 tys. mieszkańców, a najmniejszą zapadalność odnotowano dla województwa małopolskiego 2.78/100 tys. mieszkańców.
- W 2015 roku w Krakowie współczynnik zapadalności na AIDS wynosił 0.26/100 tys. mieszkańców i był wyższy w porównaniu do wartości wojewódzkich – 0.06/100 tys. mieszkańców, a niższy na tle wartości ogólnopolskich (0.29/100 tys. mieszkańców), oraz UE 0.8/100 tys. mieszkańców.

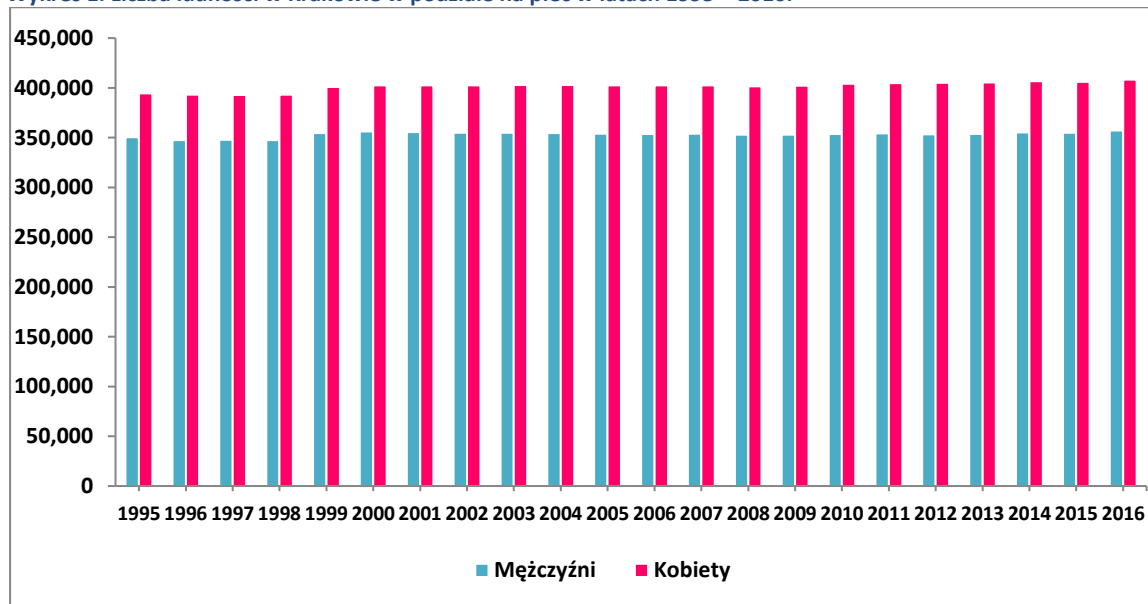
Niniejszy Raport jest kontynuacją dotychczasowych wydań Raportów za lata 2004-2009 oraz 2012-2014. Uwagi, wnioski i propozycje dotyczące niniejszego Raportu można zgłaszać do Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, al. Powstania Warszawskiego 10, 31-549 Kraków, tel. 12 616 94 96, fax. 12 616 94 86, e-mail: bz.umk@um.krakow.pl

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 2016 r. Miasto Kraków było zamieszkiwane przez 765 320 osób, w tym 408 223 kobiet i 357 097 mężczyzn. W porównaniu do roku 2015 liczba mieszkańców Miasta Krakowa zwiększyła się o 4 251 osób (761 069 w 2015 r.), liczba kobiet wzrosła o 2 108 (406 115 w 2015 r.) a liczba mężczyzn o 2 143 osoby (354 954 w 2015 r.). Względem 1995 r. ogólna liczba ludności Miasta Krakowa wzrosła o 20 333 osoby (z 744 987 w 1995 r. do 765 320 w 2016 r.), w tym wśród kobiet odnotowano wzrost o 13 640 osób (z 394 583 w 1995 r. do 408 223 w 2016 r.), a wśród mężczyzn o 6 693 osoby (z 350 404 w 1995 r. do 357 097 w 2016 r.).

Pomiędzy rokiem 1995 a 2016 w województwie małopolskim ogólna liczba mieszkańców wzrosła o 192 074 osoby (z 3 190 186 w 1995 r. do 3 382 260 w 2016 r.), w tym liczba kobiet zwiększyła się o 104 510 osób (z 1 636 433 w 1995 r. do 1 740 943 w 2016 r.), a liczba mężczyzn o 87 564 osoby (z 1 553 753 w 1995 r. do 1 641 317 w 2016 r.). W 2016 r. Małopolskę zamieszkiwało 3 382 260 osób (o 9 642 mieszkańców więcej niż w 2015 r.), w tym 1 740 943 kobiet (o 5 032 więcej niż w 2015 r.) oraz 1 641 317 mężczyzn (o 4 610 więcej niż w 2015 r.). W latach 1995 – 2016 ludność Gminy Miejskiej Kraków stanowiła około 22 – 23% ludności województwa małopolskiego. Natomiast w 2016 r. ludność województwa małopolskiego stanowiła 8.8% ludności całego kraju (Wykres 1).

Wykres 1. Liczba ludności w Krakowie w podziale na płeć w latach 1995 – 2016.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 1. Gęstość zaludnienia (os./km²) w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005 – 2015.

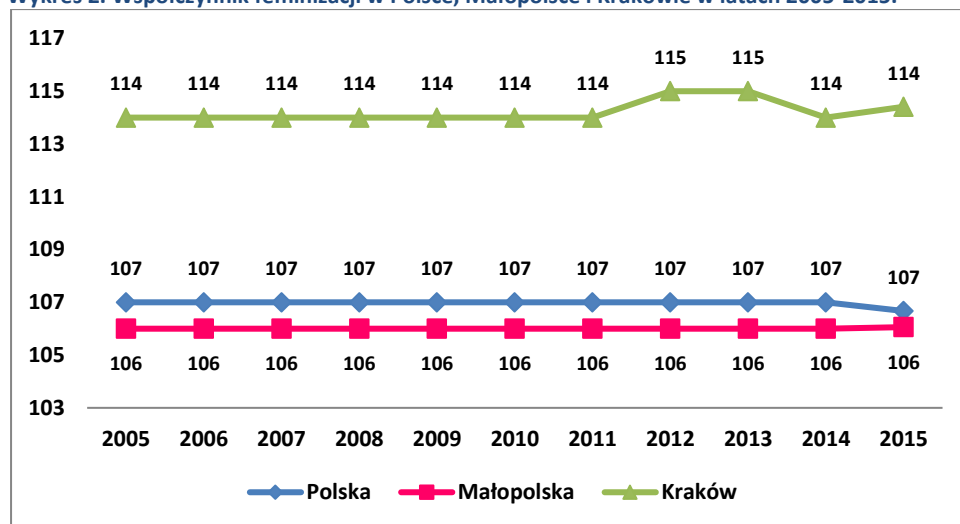
Rok	Polska	woj. małopolskie	Kraków
2005	122	215	2315
2006	122	215	2314
2007	122	216	2315
2008	122	217	2309
2009	122	217	2310
2010	123	220	2319
2011	123	220	2323
2012	123	221	2320

2013	123	221	2322
2014	123	222	2331
2015	123	222	2327

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Gęstość zaludnienia w latach 2005 – 2015 była najwyższa na poziomie Gminy Miejskiej Kraków, następnie w województwie małopolskim oraz w Polsce. W 2015 r. gęstość zaludnienia wynosiła odpowiednio: 2327 os./km² w Krakowie, 222 os./km² w województwie małopolskim oraz 123 os./km² w Polsce. W Krakowie pomiędzy rokiem 2014 a 2015 gęstość zaludnienia spadła z 2331 os./km² do 2327 os./km² (Tabela 1).

Wykres 2. Współczynnik feminizacji w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005-2015.



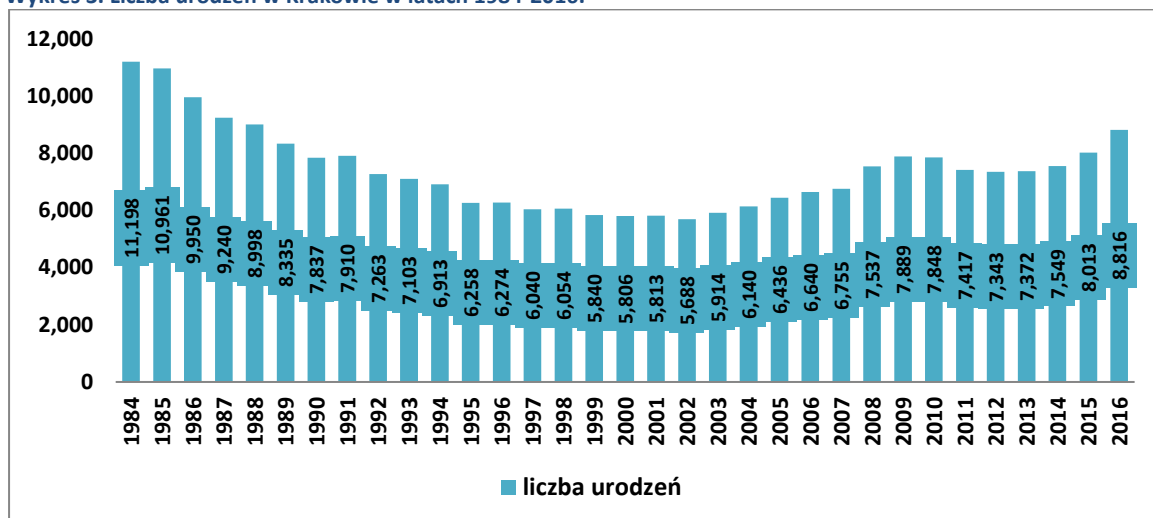
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Współczynnik feminizacji określa liczbę kobiet przypadającą na liczbę mężczyzn i najczęściej przedstawiany jest jako liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn. W całym analizowanym okresie tj. w latach 2005 – 2015 w Krakowie występowała nadwyżka liczby kobiet nad mężczyznami i jednocześnie współczynnik feminizacji w Krakowie był wyższy niż w województwie małopolskim oraz w Polsce. W 2015 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 do 2015 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).

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 do 5 688 w 2002 r. (liczba urodzeń w tym okresie spadła niemal dwukrotnie). Od 2002 roku liczba urodzeń w Krakowie zaczęła wzrastać. W latach 2002 – 2009 odnotowano wzrost z 5 688 urodzeń do 7 889 urodzeń. Po roku 2009 aż do 2012 nastąpił spadek liczby urodzeń w Krakowie do poziomu 7 343. Następnie od 2012 roku aż do 2016 odnotowano wyraźny wzrost liczby urodzeń. W 2016 roku liczba urodzeń w Krakowie wynosiła 8 816 (Wykres 3).

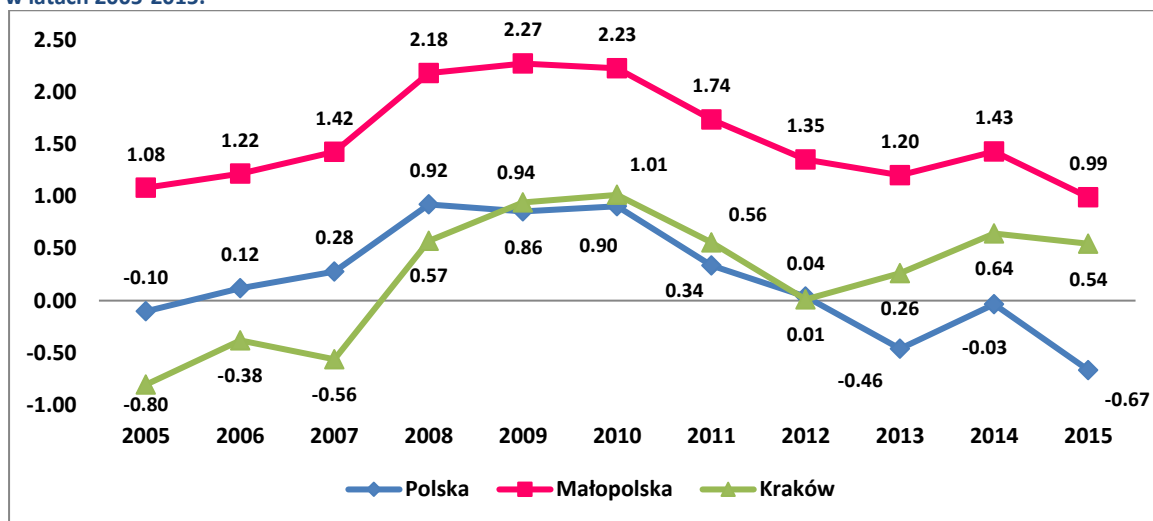
Wykres 3. Liczba urodzeń w Krakowie w latach 1984-2016.



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 - odwrotnie. Wielkość przyrostu naturalnego zależy od stopnia rozwoju gospodarczego – im wyższy poziom rozwoju państwa, tym niższy przyrost naturalny. W okresie od 2005 do 2015 roku wskaźnik przyrostu naturalnego mierzonego na 1 000 mieszkańców był najwyższy w województwie małopolskim w porównaniu do wartości ogólnopolskich i tych dla Miasta Krakowa. W Polsce między 2005, a 2015 r. przyrost naturalny po początkowym wzroście z wartości -0.1/1 000 zanotował spadek do -0.67/1 000 w 2015 r. Podobną tendencję spadkową zanotowano dla województwa małopolskiego. W 2005 roku przyrost naturalny wynosił 1.08/1 000 mieszkańców, a w 2015 zmalał do 0.99/1 000 mieszkańców. W analizowanym okresie od 2005 do 2015 roku w Krakowie nastąpiła zmiana współczynnika przyrostu naturalnego z poziomu -0.8/1 000 mieszkańców do wartości dodatnich 0.54/1 000 mieszkańców (Wykres 4).

Wykres 4. Wskaźnik przyrostu naturalnego w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005-2015.

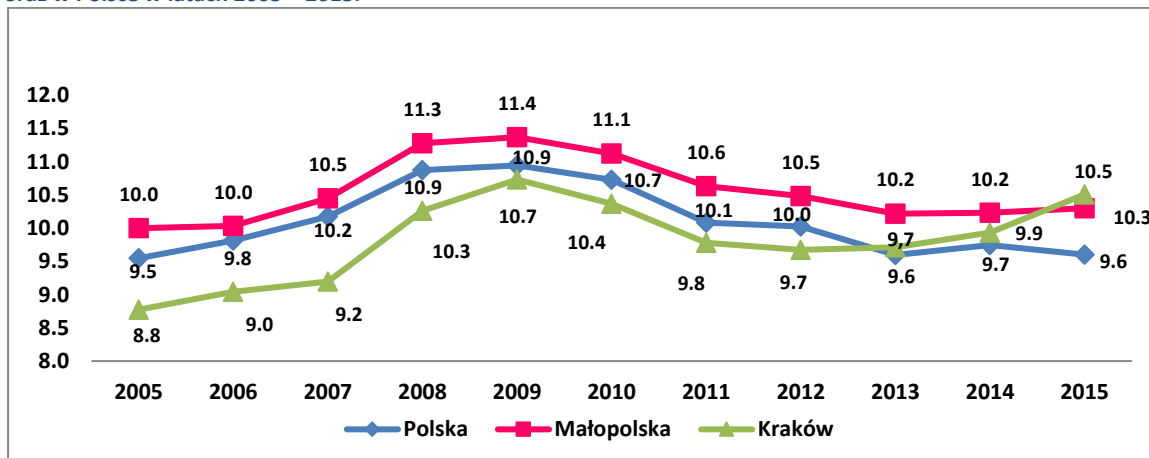


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Kolejnym wskaźnikiem opisującym strukturę ludności jest liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców. W 2015 roku liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców była najwyższa w Krakowie (10.5/1 000 mieszkańców), następnie w Małopolsce (10.3/1 000 mieszkańców), a najmniejsze wartości odnotowano dla Polski (9.6/1 000 mieszkańców). Dla wszystkich analizowanych obszarów w latach 2005 – 2009 odnotowano systematyczny wzrost tego wskaźnika:

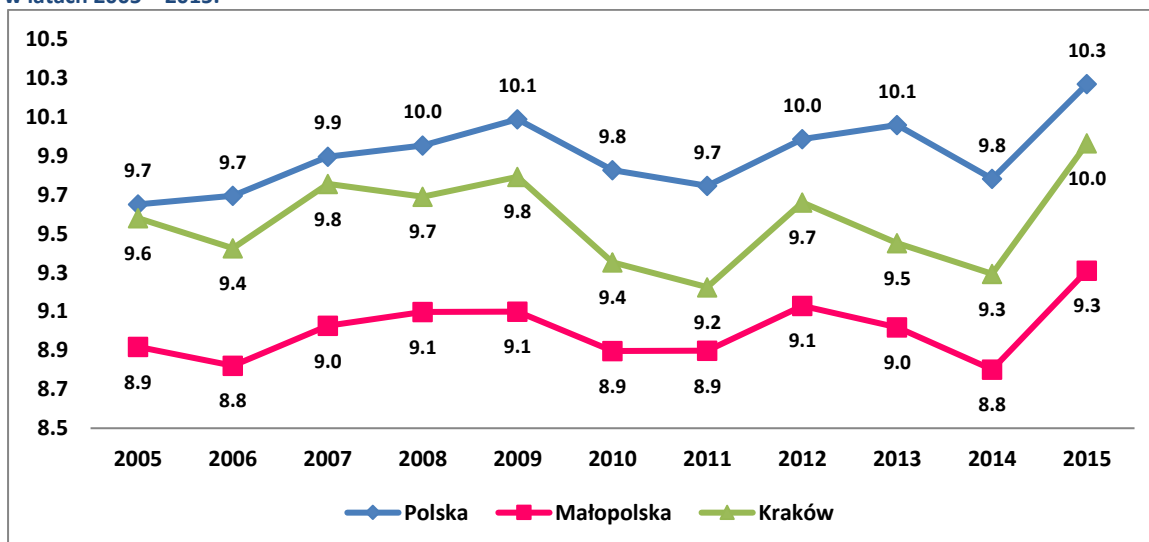
- w Krakowie z 8.8/1 000 mieszkańców do 10.7/1 000 mieszkańców,
 - w Małopolsce z 10/1 000 mieszkańców do 11.4/1 000 mieszkańców,
 - w Polsce z 9.5/1 000 mieszkańców do 10.9/1 000 mieszkańców,
- od 2010 do 2014 roku odnotowano powolny spadek tego wskaźnika:
- W Małopolsce z 11.1/1 000 mieszkańców do 10.2/1 000 mieszkańców,
 - W Polsce z 10.7/1 000 mieszkańców do 9.7/1 000 mieszkańców,
 - 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 – 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 6. Liczba zgonów w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz Polsce w latach 2005 – 2015.



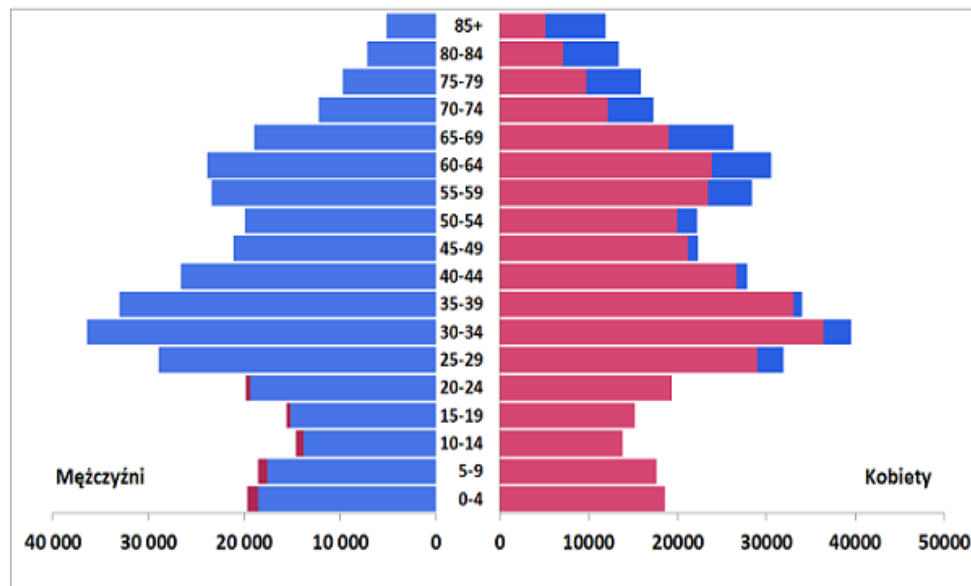
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wskaźnik liczby zgonów na 1 000 mieszkańców w 2015 roku najwyższy był dla Polski i wyniósł 10.3/1 000, następnie dla Krakowa 10/1 000, a najniższą wartość odnotowano w województwie małopolskim 9.3/1 000. W analizowanym 10-leciu (2005-2015) liczba zgonów na 1 000 mieszkańców wzrosła we wszystkich analizowanych obszarach. W 2005 roku wartość wskaźnika dla Polski wynosiła 9.7/1 000, dla Małopolski 8.9/1 000, a dla Krakowa 9.6/1 000 (Wykres 6).

3. Struktura ludności wg 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.

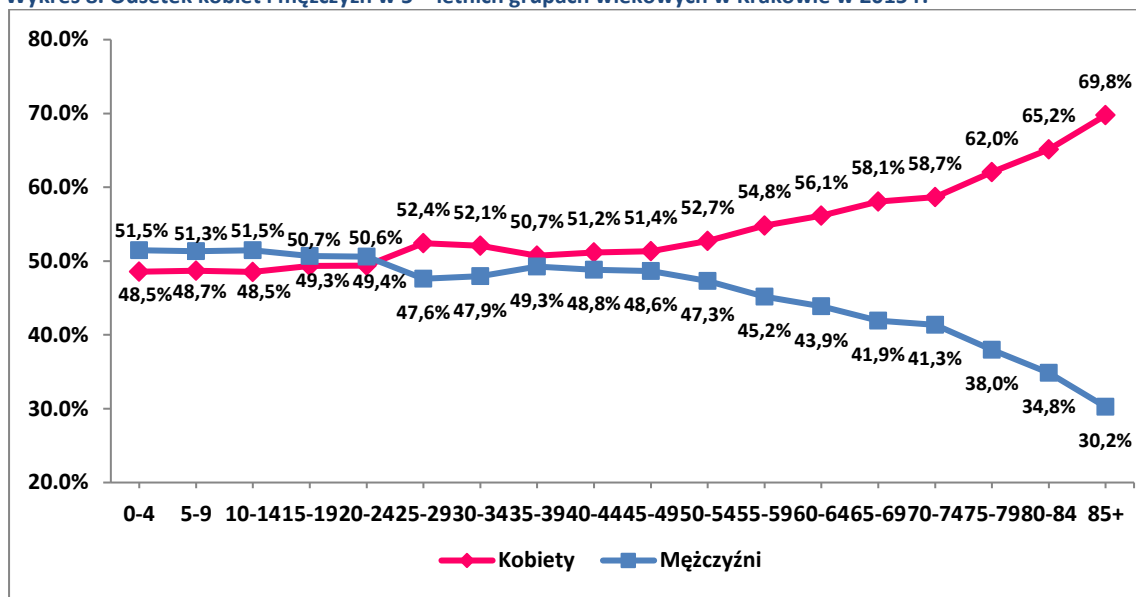
Wykres 7. Struktura wiekowa populacji Gminy Miejskiej Kraków w 5 – letnich grupach wiekowych w podziale na płeć w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W 2015 r. w Krakowie dla osób w wieku 0 – 24 lata można zaobserwować nadwyżkę liczby mężczyzn nad liczbą kobiet. Największa nadwyżka mężczyzn występowała w grupie wiekowej 0 – 4 lata, gdzie liczba kobiet wynosiła 18 587, a liczba mężczyzn 19 702 (nadwyżka mężczyzn wynosiła 1 115 osób). Od 25 r.ż. liczba kobiet zaczęła przewyższać liczbę mężczyzn i w grupie wiekowej 30 – 34 różnica ta wzrosła do 3 124 osób (39 549 kobiet i 36 425 mężczyzn). Następnie w przedziale wiekowym 35 – 39 lat nadwyżka liczby kobiet nad liczbą mężczyzn zmalała i wynosiła 993 osoby (34 045 kobiet i 33 052 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 26 276, a liczba mężczyzn 18 975 (liczba kobiet w stosunku do liczby mężczyzn była wyższa o 7 301 osób). Największa liczba ludności występowała w przedziale wiekowym 30 – 34 lata: 39 549 kobiet i 36 425 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 Gminy Miejskiej Kraków jest społeczeństwem starzejącym się (Wykres 7).

Wykres 8. Odsetek kobiet i mężczyzn w 5 – letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Analizując odsetek kobiet i mężczyzn w 5 – letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2015 r. można zaobserwować, że wraz ze wzrostem wieku zwiększał się odsetek kobiet w ogólnej liczebności populacji. 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 51.5%, a kobiety 48.5% 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 85 r.ż. (odsetek kobiet w populacji wynosił 69.8%, a mężczyzn 30.2%).

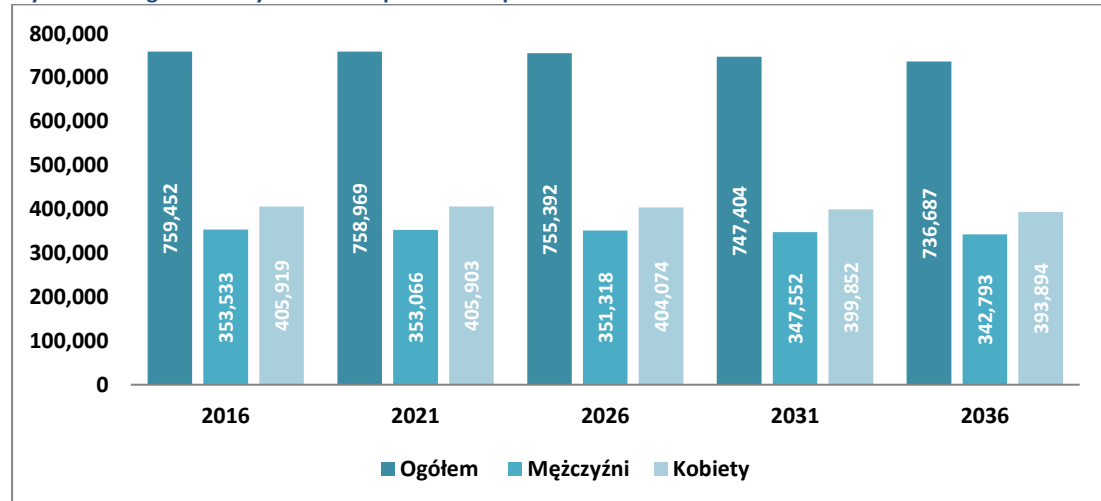
Podsumowując powyższe dane można stwierdzić, że w Krakowie występuje zjawisko nadumieralności mężczyzn, które definiuje się jako wyższe natężenie zgonów mężczyzn niż kobiet, będących w tym samym wieku. Konsekwencją tego zjawiska jest krótsze przeciętne trwanie życia mężczyzn. Należy jednak pamiętać, 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).

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

W 2016 r. – liczba ludności ogółem wynosi 759 452, w tym 353 533 mężczyzn i 405 919 kobiet,

- W 2021 r. – liczba ludności ogółem wynosić ma 758 969, w tym 353 066 mężczyzn i 405 903 kobiet,
- W 2026 r. – liczba ludności ogółem wynosić ma 755 392, w tym 351 318 mężczyzn i 404 074 kobiet,
- W 2031 r. – liczba ludności wynosić ma 747 404, w tym 347 552 mężczyzn i 399 852 kobiet,
- W 2036 r. – liczba ludności wynosić ma 736 687, w tym 342 793 mężczyzn i 393 894 kobiet (Wykres 9).

Wykres 9. Prognoza liczby ludności w podziale na płeć w Krakowie na lata 2016 – 2036.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W 2016 roku wśród mężczyzn w Krakowie największą populację stanowiły osoby w wieku 15-64 (245 920 osób), następnie osoby w wieku 15-59 (222 164 osób), kolejno osoby w wieku 60+ (78 255 osób), taka tendencja utrzymywać się będzie również w kolejnych latach tj. 2021, 2026, 2031, 2036. Pomiędzy 2016 r. a 2036 r. nastąpi 15% 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 (8% spadek) i 15-64 lat (7% spadek). Największy przyrost liczby mężczyzn odnotuje się dla wieku 85+, w latach 2016 – 2036 nastąpi zmiana struktury populacji mężczyzn w tym wieku (przyrost o 78%), kolejno o 80% przyrost mężczyzn w wieku 80+, następnie w wieku 75+ (przyrost o 68%), w wieku 65+ o 28%, a w wieku 60+ o 20% (Tabela 2).

Tabela 2. Prognoza liczby mężczyzn w Krakowie w podziale na wiek w latach 2016 – 2036.

Wiek	2016	2021	2026	2031	2036	% zmiana 2016-2036
0-14	53 114	55 513	52 903	49 305	45 225	-15%
15-59	222 164	214 467	213 980	211 462	203 727	-8%
60+	78 255	83 086	84 435	86 785	93 841	20%
15-64	245 920	235 114	231 685	230 479	227 768	-7%
65+	54 499	62 439	66 730	67 768	69 800	28%
75+	21 897	23 801	28 636	34 101	36 789	68%
80+	12 527	13 176	14 413	17 984	22 082	76%
85+	5 454	6 359	6 540	7 319	9 723	78%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W 2016 roku wśród kobiet w Krakowie największą populację stanowią osoby w wieku 15-64 (269 347 osób), następnie osoby w wieku 15-59 (238 729 osób), kolejno osoby w wieku 60+ (117 413 osób), taka tendencja utrzymywać się będzie również w kolejnych latach tj. 2021, 2026, 2031, 2036. Pomiędzy 2016 r. a 2036 r. nastąpi 15% 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 (9% spadek) i 15-64 lat (9% spadek). Największy przyrost liczby kobiet odnotuje się dla wieku 85+, w latach 2016 – 2036 nastąpi zmiana struktury populacji kobiet w tym wieku (przyrost o 85%), kolejno o 75% zanotuje się przyrost kobiet w wieku 80+, następnie w wieku 75+ (przyrost o 63%), w wieku 65+ o 23%, a w wieku 60+ o 14% (Tabela 3).

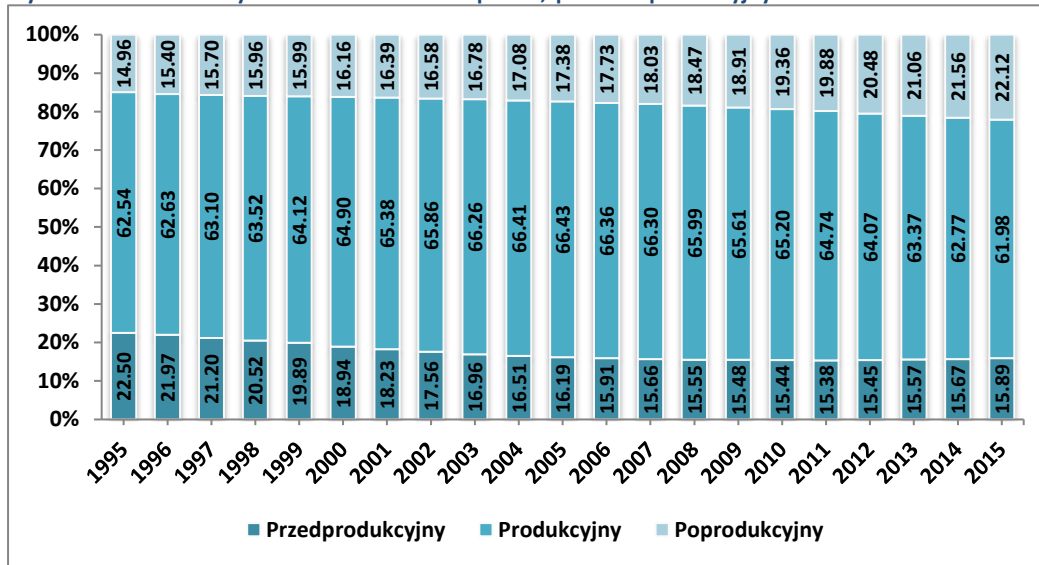
Tabela 3. Prognoza liczby kobiet w Krakowie w podziale na wiek w latach 2016 – 2036.

Wiek	2016	2021	2026	2031	2036	% zmiana 2016-2036
0-14	49 777	51 936	49 582	46 166	42 301	-15%

15-59	238 729	229 478	228 631	226 038	217 475	-9%
60+	117 413	124 489	125 861	127 648	134 118	14%
15-64	269 347	255 322	249 236	247 418	244 573	-9%
65+	86 795	98 645	105 256	106 268	107 020	23%
75+	40 931	43 805	52 498	62 383	66 918	63%
80+	25 590	26 912	29 271	36 812	44 793	75%
85+	12 378	14 390	15 192	17 189	22 875	85%

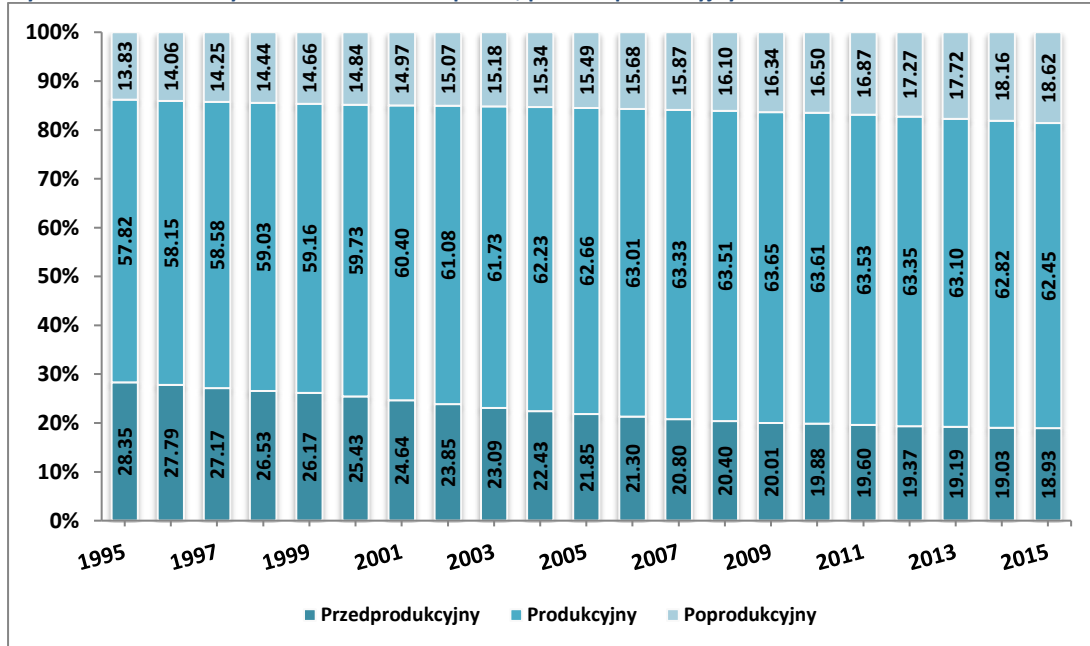
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 10. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w latach 1995 – 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 11. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Małopolsce w latach 1995 - 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

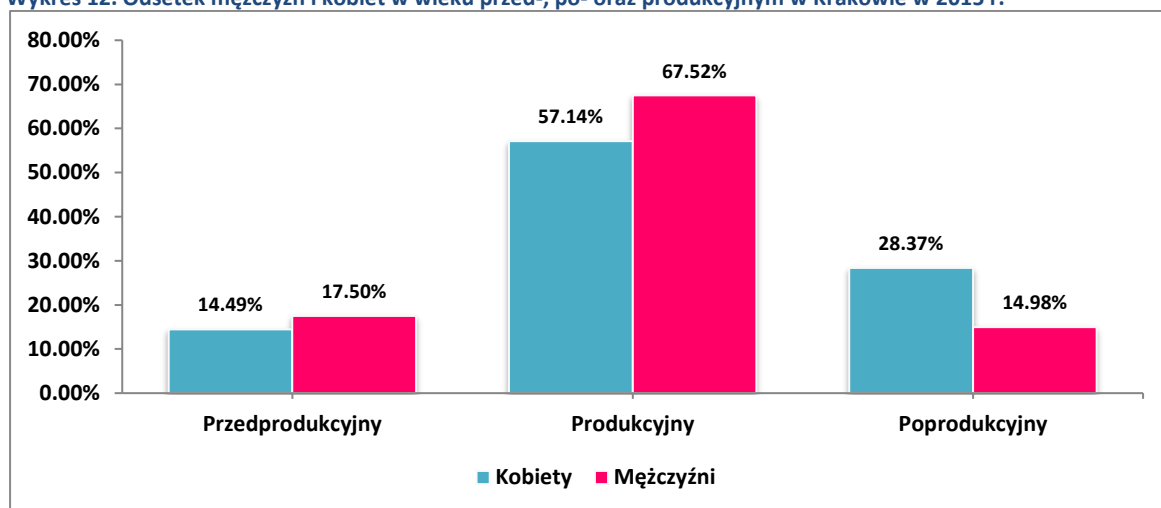
Charakteryzując strukturę ludności możemy wyróżnić także trzy podstawowe grupy ekonomiczne: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny i poprodukcyjny. W latach 1995 – 2015 w Krakowie obserwowany był systematyczny spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym: w 1995 r. wynosił 22.5%, podczas gdy w 2015 r. jego wartość wynosiła 15.89%. Udział osób w wieku produkcyjnym odznaczał się stabilnym poziomem (62.54% w 1995 r. oraz 61.98 w 2015 r.). Natomiast odnotowany został znaczny wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym: z 14.96% w 1995 r. do 22.12% w 2015 r. Wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym i jednoczesny spadek odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym wskazuje, iż populacja Miasta Krakowa jest społeczeństwem starzejącym się (Wykres 10).

W latach 1995 – 2015 w województwie małopolskim odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym systematycznie malał z 28.35% w 1995 r. do 18.93% w 2015 r. Pomiędzy rokiem 1995 a 2009 obserwowany był wzrost udziału osób w wieku produkcyjnym (z 57.82% w 1995 r. do 63.65% w 2009 r.), a następnie w latach 2009 – 2015 odnotowano jego spadek (z 63.65% w 2009 r. do 62.45% w 2015 r.). W całym analizowanym okresie w województwie małopolskim następował systematyczny wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym: z 13.83% w 1995 r. do 18.62% w 2015 r.

Analizując powyższe wykresy można zauważyć, że w 2015 r. odsetek osób w wieku:

- przedprodukcyjnym wynosił: 15.89% w Krakowie oraz 18.93% w Małopolsce,
- produkcyjnym: 61.98% w Krakowie i 62.45% w województwie małopolskim,
- poprodukcyjnym: 22.12% w Krakowie oraz 18.62% w Małopolsce (Wykres 10, Wykres 11).

Wykres 12. Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w 2015 r.



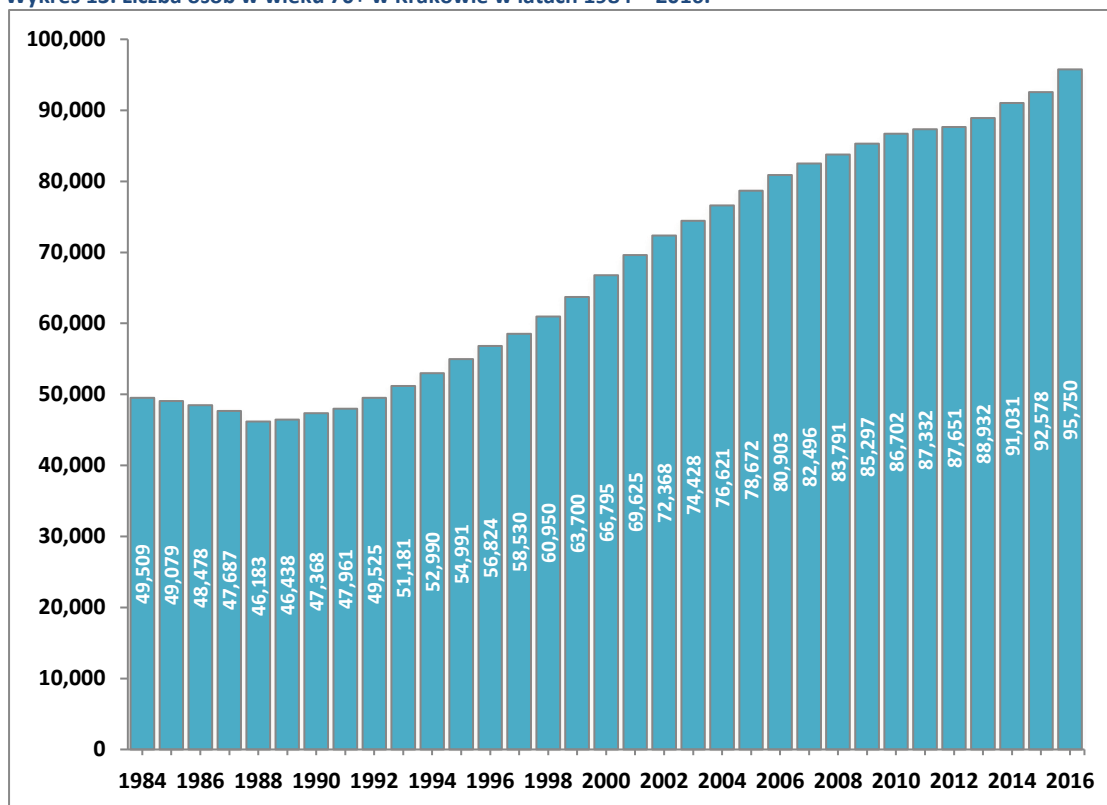
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Analizując ekonomiczne grupy wiekowe z uwzględnieniem podziału na płeć w Krakowie w 2015 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 (28.37% ogółu liczebności kobiet oraz 14.98% liczebności mężczyzn). Dużą dysproporcję pomiędzy odsetkiem kobiet i mężczyzn odnotowano także dla grupy wieku produkcyjnego: 57.14% dla kobiet oraz 67.52% dla mężczyzn. Natomiast odsetek kobiet w wieku przedprodukcyjnym wynosił 14.49%, a mężczyzn 17.50% (Wykres 12).

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 współczynnikiem obciążenia demograficznego to Francja (59.4), Szwecja (59.2) i Finlandia (58.2), natomiast średnia dla Unii Europejskiej wynosiła 53.2.

Wykres 13. Liczba osób w wieku 70+ w Krakowie w latach 1984 – 2016.

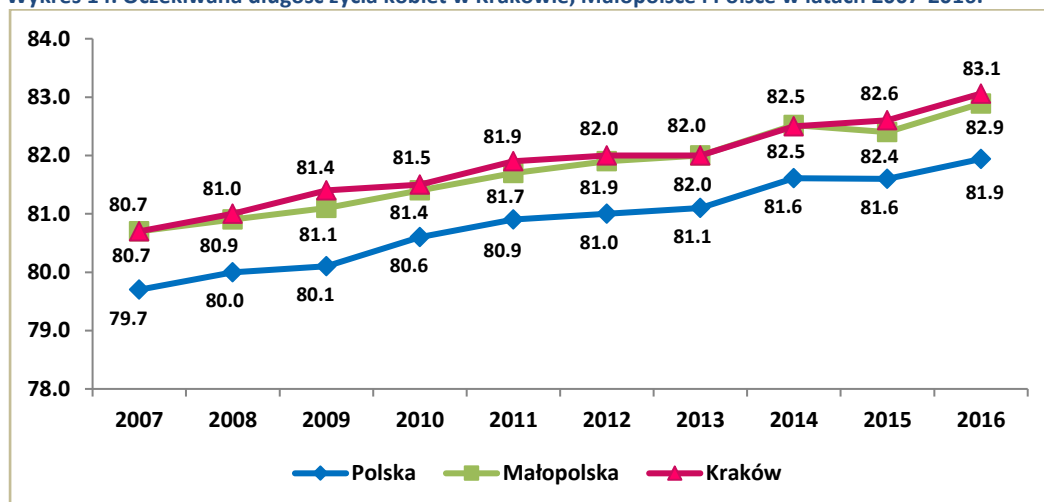


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

4. Trwanie życia

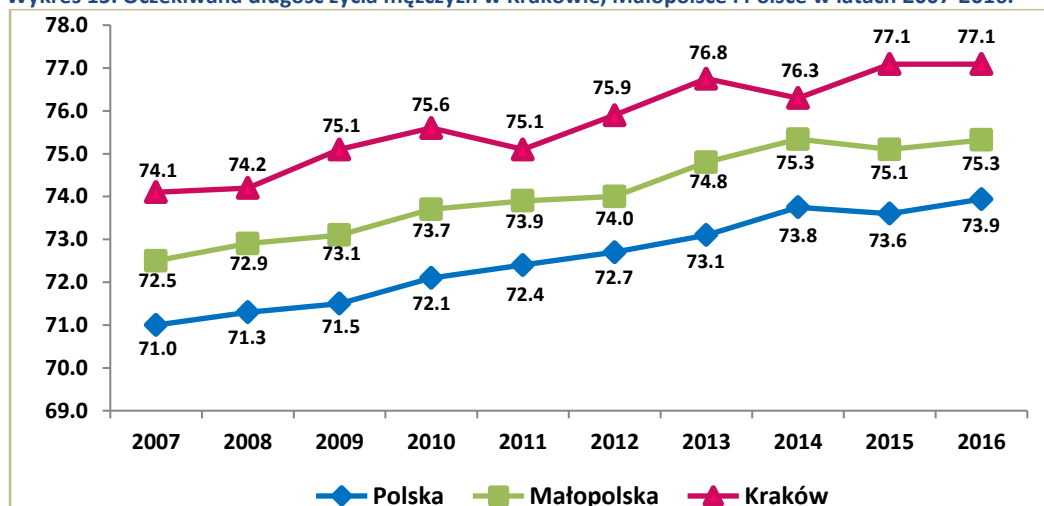
Oczekiwana długość życia to wskaźnik ukazujący zmiany występujące w strukturze demograficznej, który obliczany jest dzięki wskaźnikowi umieralności. W momencie urodzenia czyli w wieku 0 lat oznacza liczbę lat, jaką dana osoba może przeżyć przy zachowaniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego sformułowano tablice trwania życia. W Krakowie od kilku lat można zaobserwować wydłużenie się oczekiwanej długości życia. Od 2007 do 2015r. 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) (Wykres 14, Wykres 15).

Wykres 14. Oczekiwana długość życia kobiet w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007-2016.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Wykres 15. Oczekiwana długość życia mężczyzn w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007-2016.



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 Gminie Miejskiej Kraków jak 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:

- W Polsce z 79.7 lat do 81.9 lat,
- W Małopolsce z 80.7 lat do 82.9 lat,
- W Krakowie z 80.7 lat do 83.1 lat.

Także w tym okresie wzrosła oczekiwana długość życia mężczyzn:

- W Polsce z 71.0 lat do 73.9,
- W Małopolsce z 72.5 lat do 75.3 lat,
- W Krakowie z 74.1 lat do 77.1 lat (Wykres 15).

Według danych uzyskanych z Eurostatu oczekiwana długość życia w Unii Europejskiej (biorąc pod uwagę 28 państw członkowskich) w 2015 r. wyniosła 83.3 lat dla kobiet oraz 79.9 lat dla mężczyzn.

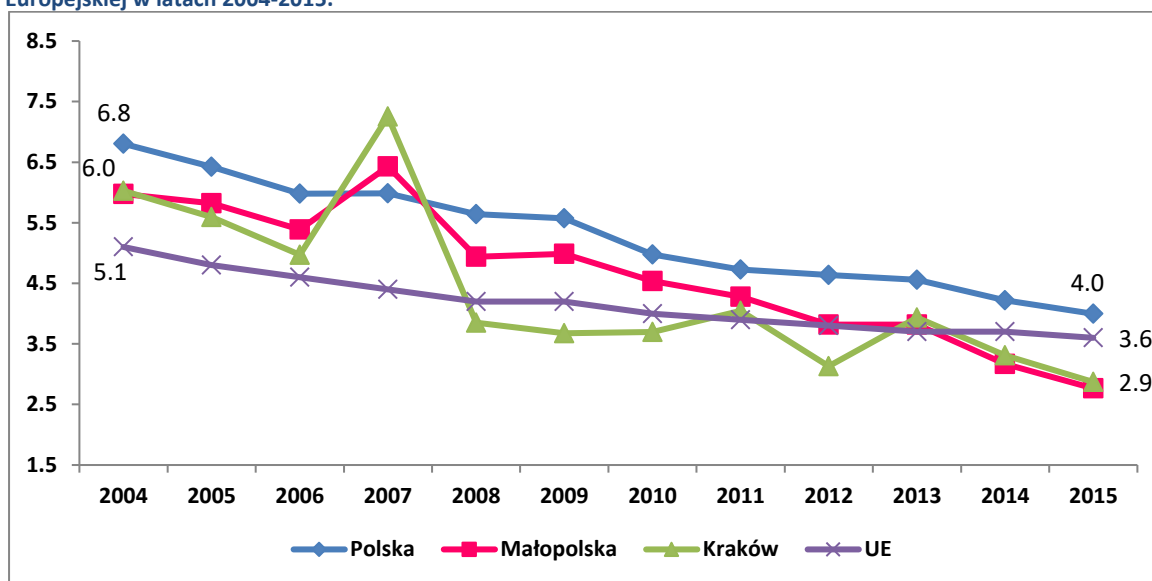
5. Stan zdrowia na podstawie danych o umieralności

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 maleje zarówno w województwie małopolskim, Krakowie jak i w Polsce i Unii Europejskiej. W latach 2004 – 2015 nastąpił spadek tego wskaźnika:

- W Krakowie z 6.0/1 000 urodzeń żywych do 2.9/1 000 urodzeń żywych,
- W Małopolskiej z 6.0/1 000 urodzeń żywych do 2.9/1 000 urodzeń żywych
- W Polsce z 6.8/1 000 urodzeń żywych do 4.0/1 000 urodzeń żywych
- W Unii Europejskiej z 5.1/1 000 urodzeń żywych do 3.6/1 000 urodzeń żywych

Wykres 16. Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2004-2015.



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

W Gminie Miejskiej Kraków od 2004 do 2006 nastąpił widoczny spadek współczynnika umieralności z 6.0/1000 do 5.0/1000 urodzeń żywych. W 2006 roku nastąpił wzrost współczynnika umieralności niemowląt z 5.0/1000 urodzeń żywych do 7.3/1000 urodzeń żywych w 2007, następnie spadł do 3.8/1000 urodzeń żywych w 2008 i do 2015 utrzymuje się w miarę na stałym poziomie. W 2015 wyniósł 2.9/1000 urodzeń żywych.

W województwie małopolskim, podobnie jak w Krakowie od 2004 do 2006 zauważalny był spadek z 6.0/1000 urodzeń żywych do 5.4/1000 urodzeń żywych. W 2007 roku wzrósł do 6.4/1000 urodzeń żywych i od roku 2008 malał od 4.0/1000 urodzeń żywych do 2.8/1000 urodzeń żywych w 2015r.

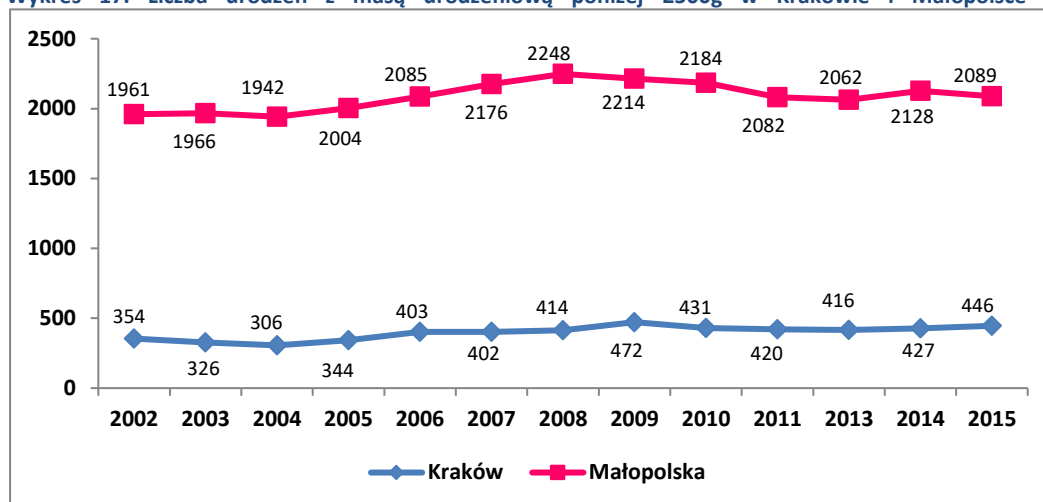
Natomiast w Polsce współczynnik stale malał od roku 2004 r., kiedy wynosił 6.8/1000 urodzeń żywych do 2015r., kiedy wyniósł 4.0/1000 urodzeń żywych. Tendencja spadkowa występowała również w Unii Europejskiej (w 2004r. współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5.1/1000 urodzeń żywych; w 2015r. 3.6/1000 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.

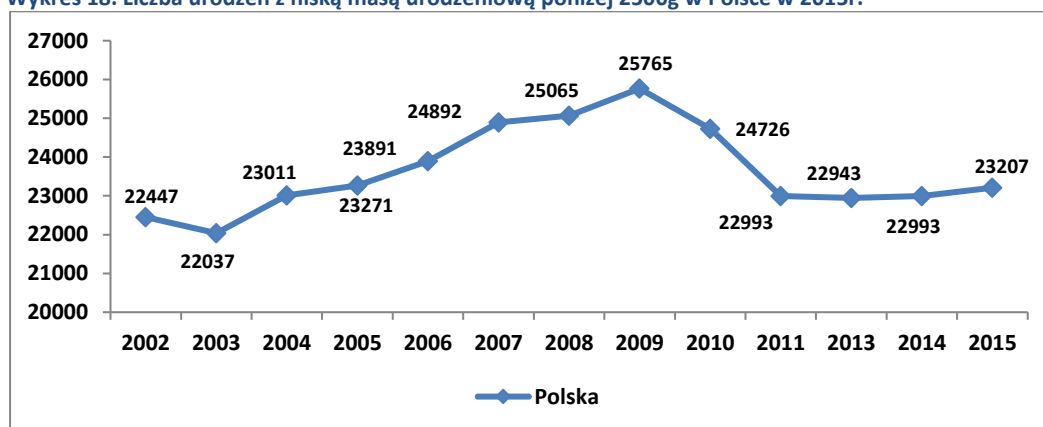
W 2015r. w Krakowie urodziło się 446 noworodków z masą poniżej 2,5 kg. W Małopolsce takich urodzeń było 2089. W latach 2005 – 2015 w Krakowie zauważalny był wzrost urodzeń dzieci z niską masą urodzeniową (w 2005: 344 urodzeń; w 2015: 446 urodzeń). W Małopolsce od 2008 do 2015 nastąpił spadek z 2248 do 2089 urodzeń (Wykres 17).

Wykres 17. Liczba urodzeń z masą urodzeniową poniżej 2500g w Krakowie i Małopolsce w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS.

Wykres 18. Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową poniżej 2500g w Polsce w 2015r.



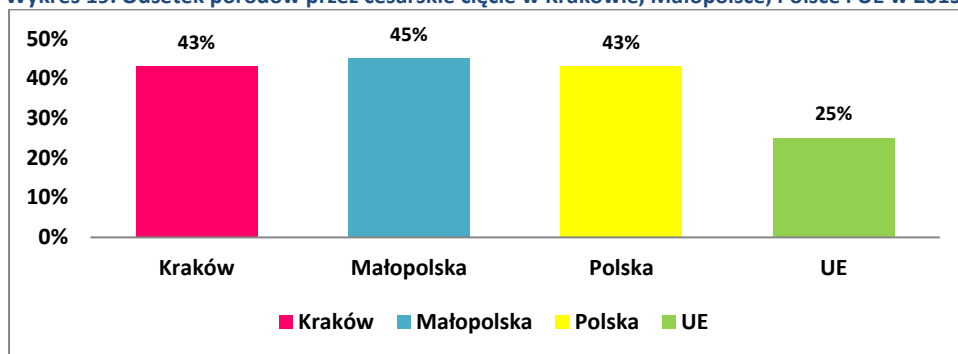
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS.

W Polsce w 2015 urodzeń poniżej masy urodzeniowej wynoszącej 2500g było 23 207. Od 2003 do 2009 występował wzrost urodzeń z niską masą urodzeniową (2003: 22 037 urodzeń; 2009: 25 765 urodzeń). Od 2009 do 2011 roku nastąpił spadek urodzeń z niską masą urodzeniową (2009: 25 765 urodzeń; 2011: 22 993 urodzeń). Od 2011 do 2015 roku liczba tych urodzeń znajdowała się na podobnym poziomie (2011: 22 993 urodzeń; 2015: 23 207 urodzeń) (Wykres 18).

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% (Wykres 19).

Wykres 19. Odsetek porodów przez cesarskie cięcie w Krakowie, Małopolsce, Polsce i UE w 2015r.

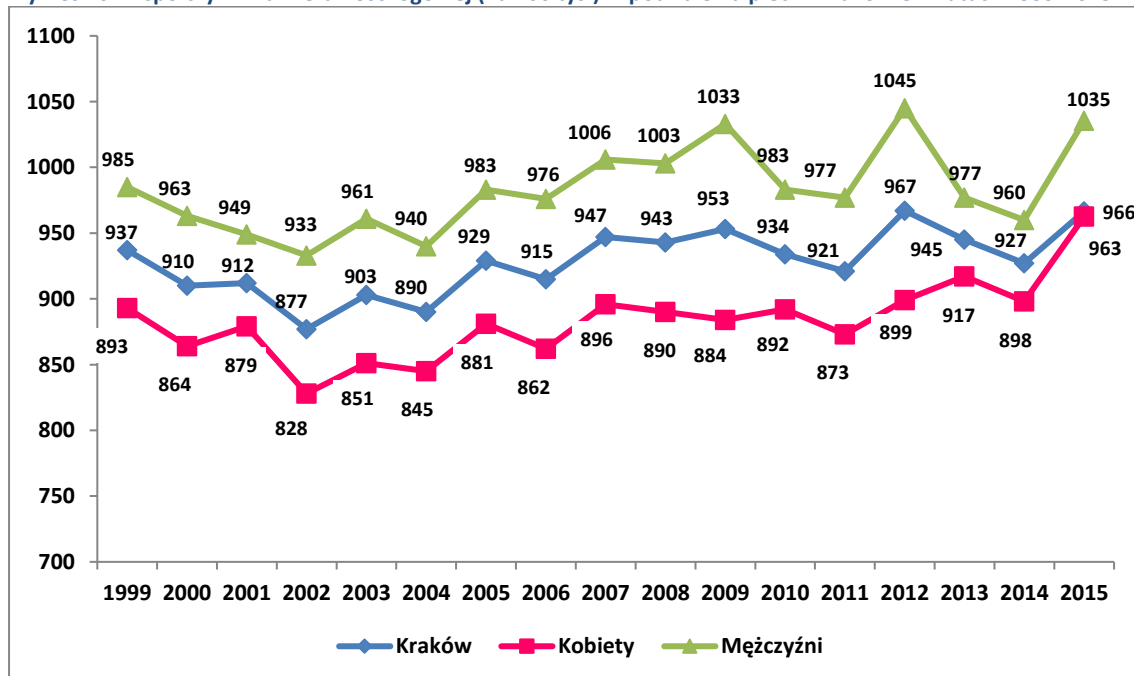


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Fundacji „Rodzić po ludzku”.

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 1999r. w Krakowie wartość współczynnika umieralności ogólnej wynosiła: 893/100 tys. w grupie kobiet oraz 985/100tys. w grupie mężczyzn, a jego wartość ogółem dla populacji Krakowa wynosiła 937/100 tys. mieszkańców. Najniższą wartość dla grupy kobiet, zaobserwowano w 2002 roku (828/100 tys.), najwyższą w 2015r. (963/100tys.). W grupie mężczyzn najniższą wartość wskaźnika umieralności ogólnej odnotowano w 2002r. (933/100tys.), najwyższą w 2012r.(1 045/100tys.). Dla całej populacji Krakowa, najniższą wartość współczynnika umieralności ogólnej zaobserwowano w 2002r. (877/100tys.), najwyższy w 2015r. (966/100tys.). W latach 1999 - 2015 współczynnik 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 1999-2015.

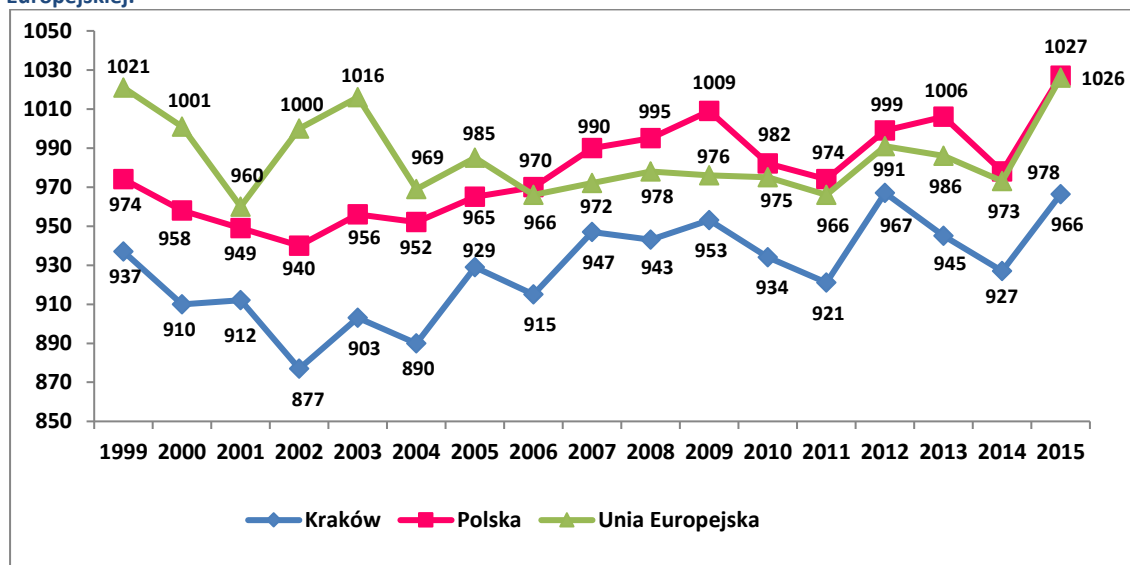


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Eurostatu.

W Polsce w 2015 r. wartość współczynnika umieralności ogólnej wyniosła 1 027/100 tys. mieszkańców. W Unii Europejskiej współczynnik umieralności ogólnej w 1999r. wynosił 1 021/100tys. W okresie od 2000 – 2014 r. posiadał tendencję spadkową (1 001/ 100tys. w 2000r. do 973/100 tys. w 2014 r.), jednakże w

2015r. wartość współczynnika wzrosła do 1 026/100tys. osób. W latach 1999 – 2015 najniższe wartości współczynnika umieralności ogólnej odnotowano dla: Gminy Miejskiej Kraków (Wykres 21).

Wykres 21. Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w latach 1999-2015r. w Krakowie, Polsce i Unii Europejskiej.

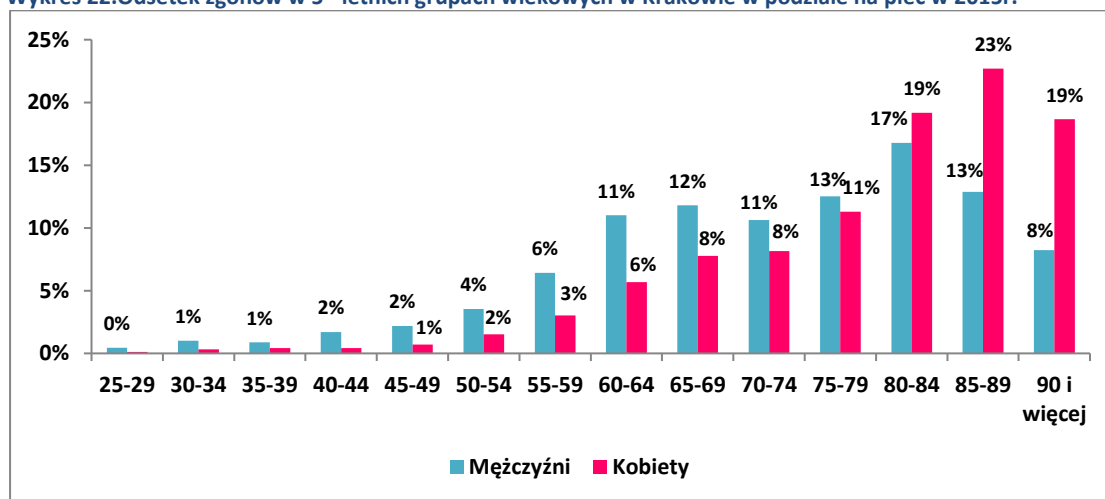


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Banku Światowego.

5.5 Zgony według wieku

W Krakowie 2015r. występowała przewaga odsetka zgonów mężczyzn nad zgonami kobiet w grupach wiekowych od 25 – 79. Największa różnica widoczna jest w grupie wiekowej 50 – 54 lat (zgony mężczyzn 4%, zgony kobiet 2%), 55 – 59 lat (zgony mężczyzn 6%, zgony kobiet 3%), 60 – 64 lata (zgony mężczyzn 11%, zgony kobiet 6%), 65 – 69 lat (zgony mężczyzn 12%, zgony kobiet 8%). W grupach wiekowych powyżej 80 r.ż. nastąpiła zmiana w częstości zgonów względem płci, odsetek kobiet w kolejnych kategoriach wiekowych był wyższy w porównaniu do mężczyzn (w grupie wiekowej 80 – 84 lat zgony mężczyzn 17%, zgony kobiet 19%), 85 – 89 lat (zgony mężczyzn 13%, zgony kobiet 23%) oraz 90 i więcej lat (zgony mężczyzn 8%, zgony kobiet 19%) (Wykres 22).

Wykres 22. Odsetek zgonów w 5-letnich grupach wiekowych w Krakowie w podziale na płeć w 2015r.



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. Nieco większa różnica pomiędzy Krakowem, a Polską występują w chorobach układu krążenia i wynosi około 5% (Kraków: 51,24% zgonów; Polska 45,96% zgonów). Częstość pozostałych przyczyn zgonów pozostaje na podobnym poziomie (Tabela 4).

Tabela 4. Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie i Polsce w 2015r.

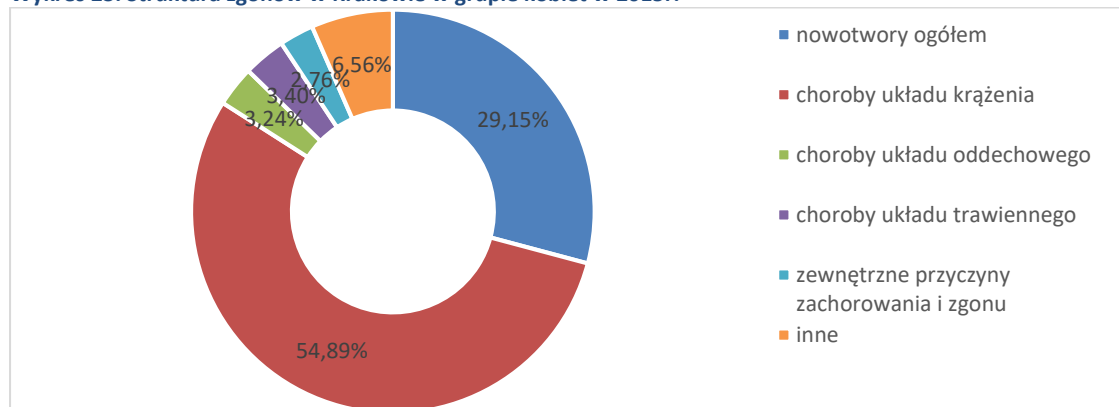
Stan chorobowy	Kraków	Polska
Choroby układu krążenia	51,24 %	45,96%
Nowotwory	29,93%	26,71%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	4,25%	5,01%
Choroby układu oddechowego	3,53%	6,14%
Choroby układu trawiennego	3,94%	3,73%
Inne	7,11%	12,74%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2015r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 51,24% zgonów, w Polsce 45,96% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2015r. z powodu nowotworów odnotowano 29.93% zgonów, w Polsce 26,71% zgonów.

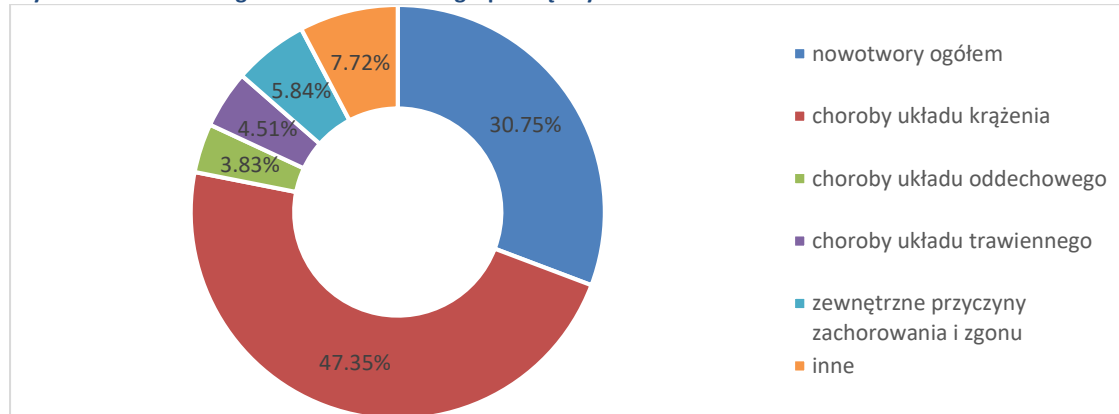
W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 4,25%, Polska 5,01%), choroby układu oddechowego (Kraków 3,53%, Polska 6,14%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 3,94%, Polska 3,73%) (Tabela 4).

Wykres 23. Struktura zgonów w Krakowie w grupie kobiet w 2015r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 24. Struktura zgonów w Krakowie w grupie mężczyzn w 2015r.

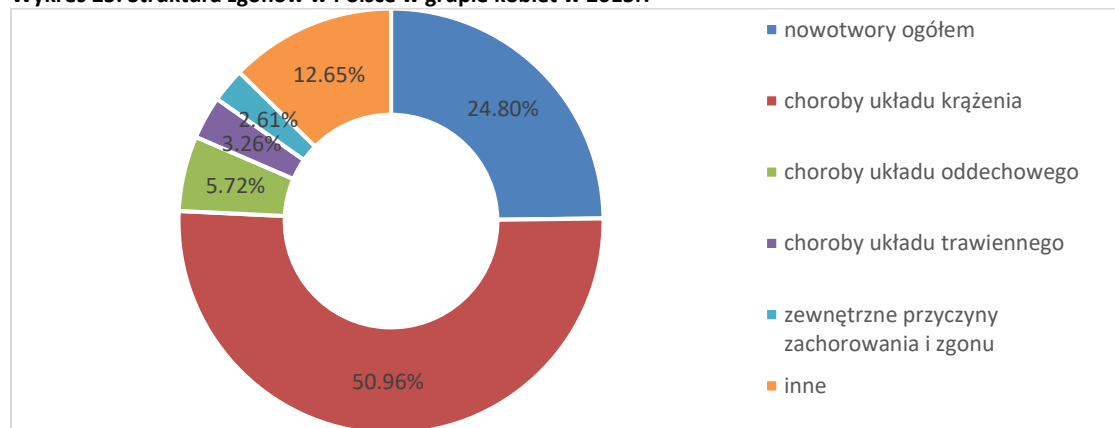


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet w Krakowie najczęstszą przyczyną zgonów stanowiły choroby układu krążenia: mężczyźni (47,35% zgonów), kobiety (54,98% zgonów), (Wykres 23, Wykres 24). W Polsce najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn stanowiły choroby układu krążenia (40,73% zgonów), u kobiet także były to choroby układu krążenia (50,96% zgonów) (Wykres 25, Wykres 26). Nowotwory stanowiły drugą w kolejności przyczynę zgonów odpowiednio:

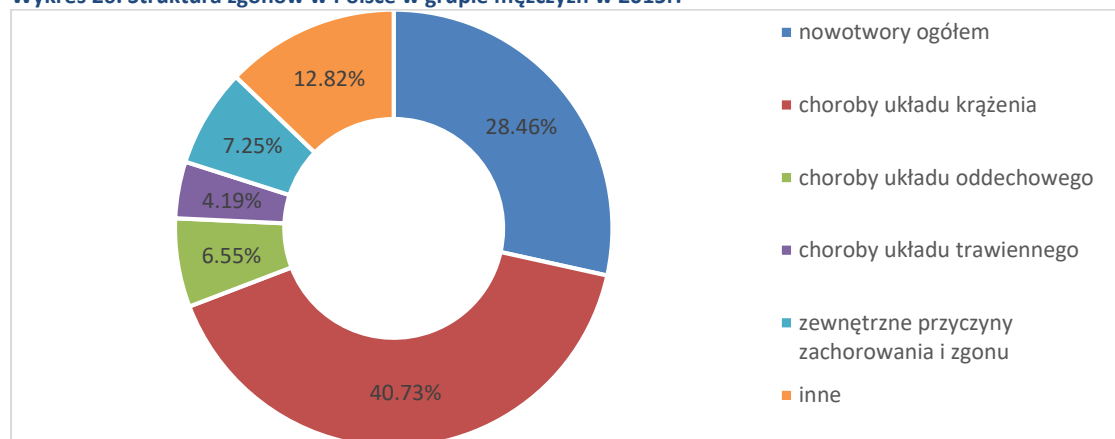
- Dla kobiet 24,80% zgonów w Polsce, 29,15% zgonów w Krakowie (Wykres 23, Wykres 25)
- Dla mężczyzn 28,46% zgonów w Polsce, 30,75% zgonów w Krakowie (Wykres 24, Wykres 26).

Wykres 25. Struktura zgonów w Polsce w grupie kobiet w 2015r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 26. Struktura zgonów w Polsce w grupie mężczyzn w 2015r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

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 około 3 % (Wykres 23, Wykres 25). Dla mężczyzn z powodu zewnętrznych przyczyn zachorowania, zgony wyniosły odpowiednio 5,84% w Krakowie i 7,25% w Polsce (Wykres 24, Wykres 26).

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.

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: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez portal www.zdrowiepolakow.pl i Główny Urząd Statystyczny.

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. wyniósł 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 1064.53/100 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 556.9/100 tys. do 512.24/100 tys. w Polsce (Tabela 5).

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: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez portal www.zdrowiepolakow.pl i Główny Urząd Statystyczny.

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 roku wynosiła odpowiednio: dla Polski: 229.25/100tys., dla Małopolski: 231.56/100 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 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: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez portal www.zdrowiepolakow.pl i Główny Urząd Statystyczny.

W 2015 roku standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w grupie mężczyzn był najniższy w Polsce: 98.70/100 tys., następnie w województwie małopolskim: 170.05/100tys., oraz w Krakowie: 172.24/100tys. Między 2006 a 2015 rokiem 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 8. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2014.

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: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez portal www.zdrowiepolakow.pl i Główny Urząd Statystyczny.

Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów w 2015 roku wśród mężczyzn wynosił odpowiednio: w Polsce 256.15/100tys., w Małopolsce 245.28/100 tys., a w Krakowie 235.61/100 tys. Wśród kobiet w 2015 roku 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 roku 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, a w samym Krakowie z wartości 282.52/100 tys. (Tabela 8).

Tabela 9. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2014.

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: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez portal www.zdrowiepolakow.pl i Główny Urząd Statystyczny.

W 2015 roku 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 16.23/100tys., a dla województwa małopolskiego był on najniższy i wynosił 14.03/100tys. W analizowanym okresie 2006 – 2015 w Polsce, Małopolsce i Krakowie zaobserwowano spadek wartości tego współczynnika dla obu płci (Tabela 9).

6. Zachorowalność na wybrane choroby

6.1 Choroby zakaźne

Choroby zakaźne to grupa chorób dotycząca ludzi, zwierzęta oraz rośliny. Występują poprzez zakażenie przez czynnik zakaźny, który osłabia barierę ochronną organizmu. U ludzi choroby zakaźne wywoływane są przez wirusy, bakterie oraz grzyby. Stosuje się podział na choroby według czynnika zakaźnego tzn. na choroby wirusowe, bakteryjne lub grzybicze. Do chorób zakaźnych znanych w społeczeństwie zalicza się: AIDS, boreliozę, infekcje grypopodobne i grypę, mononukleozę, odrę, ospę wietrzną, świnkę, płonice, półpasiec, różyczkę, rzeżączkę, krtusiec etc.

Dla Gminy Miejskiej Kraków, w porównaniu do poprzedniego roku, nastąpił spadek dla współczynnika zapadalności na:

- infekcje grypopodobne i grypę: z 14 242.93/100 tys. w 2014 r. do 11 759.7/ 100 tys. w 2015r.
- infekcje grypopodobne i grypę u dzieci do lat 14: 49 185.01/100 tys. w 2014 r. do 34 012.20/ 100 tys. w 2015r.
- płonice: 104.22/100 tys. w 2014 r. do 72.92/100 tys. w 2015r.
- różyczkę: 24.15/100 tys. w 2014 r. do 5.1/100 tys. w 2015r.
- świnkę: 9.98/100 tys. w 2014 r. do 5.70 /100tys. w 2015r.

Pomiędzy rokiem 2014 a 2015 wzrost zapadalności wystąpił dla:

- boreliozę: z 35.7/100 tys. w 2014 r. do 51.24/100 tys. w 2015r.
- krtusca: z 11.16/100 tys. w 2014 r. do 14.27/100 tys. w 2015r. (Tabela 10)

Tabela 10. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Krakowie w latach 1999-2015.

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	111.66
2004	488.23	727.28	395.28	32.21	38.55	21.78	8.58	29.18	5.55	172.03
2005	1 254.38	b.d.	265.26	44.01	39.25	2.90	12.16	35.82	3.17	84.45
2006	1 059.15	b.d.	341.02	26.45	35.97	17.45	13.22	29.09	1.32	17.06
2007	1 613.57	b.d.	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	106.98	32.94	25.16	257.97	17.00	8.96	6.98
2014	14 242.93	49 185.01	701.69	104.22	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

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

W 2015 r. dla Polski nastąpił spadek wartości współczynnika zapadalności na:

- różyczkę: z 15.31/100 tys. w 2014 r. do 5.05/100 tys. w 2015r.
- narażenie na wściekliznę: z 22.51/100 tys. w 2014 r. do 20.41/100tys. w 2015r.
- boreliozę: 36.06/100 tys. w 2014 r. do 33.95/100 tys. w 2015r.
- salmonellozę: z 21.84/100 tys. w 2014 r. do 21.68/100tys. w 2015r.
- świnkę: z 6/52/100 tys. w 2014r. do 5.46/100 tys. w 2015r.
- ospę wietrzną: z 575.98/100 tys. w 2014 r. do 456.58/100 tys. w 2015 r.

Z kolei, pomiędzy 2013 a 2014 r. wzrost zapadalności odnotowano dla:

- krztusiec: z 5.46/100 tys. w 2014 r. do 12.17/100tys. w 2015r.
- wirusowego zakażenia jelitowego: z 134/100 tys. w 2014 r. do 140.96/100tys. w 2015r. (Tabela 11)

Tabela 11. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2005-2015.

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
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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

6.2 Szczepienia ochronne

W 2015r. w celu realizacji programu szczepień ochronnych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęto 681 394 dzieci i młodzieży do 20r.ż. Liczba dzieci, które nie uzyskały szczepień ochronnych wyniosła 867, więcej niż w roku poprzednim (2014 r.), gdzie liczba ta wynosiła 769. W okresie od 2012 do 2015 zauważalny jest wzrost liczby dzieci nieobjętych szczepieniem, poziom wszczepialności dzieci w Polsce wyraźnie spada.

W 2015r. w województwie małopolskim odnotowano 189 niepożądanych odczynów poszczepiennych, w tym:

- 167 o przebiegu łagodnym,
- 19 o przebiegu poważnym,
- 3 o przebiegu ciężkim.

Zaobserwowano, że niepożądany odczyn poszczepienny częściej wystąpił u chłopców (55%) niż u dziewczynek (45%).

Realizację szczepień ochronnych w województwie małopolskim przeprowadzono od 1 r.ż do 19 r.ż.. Zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych szczepiono przeciw: WZW B, Gruźlica, Błonica, Tęźcowi, Krztuścowi, Polio, Haemophilus inf. Typu b oraz Odrze, Świnke i Różyczce. Stan średniego uodpornienia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego wyniósł 94,5%.

Tabela 12. Realizacja szczepień obowiązkowych w woj. małopolskim dla grup wiekowych określonych w Programie Szczepień Ochronnych w latach 2012-2015.

Okres życia dziecka:	Rodzaj szczepienia	2012	2013	2014	2015
1 rok życia	WZW B	90,7%	90,7%	89,7%	89,4 %
	GRUŻLICA	99,5%	99,4%	99,2%	99%
	Błonica – Tęzec – Krztusiec	58%	58,4%	55,9%	56,7%
	POLIO	58,2%	58,2%	55,8%	56,6%
	Haemophilus inf. typu b – pierw.	58%	58,4%	55,7%	56,6%
2 rok życia	Błonica – Tęzec – Krztusiec	98,1%	97,7%	97,3%	96,5%
	POLIO	98%	97,6%	97,2%	96,1%
	Odra – Świnke – Różyczka	83,4%	81,7%	78,6%	72,4%
	Haemophilus inf. typu b szczepienie podstawowe	98,1%	97,5%	97,2%	96,4%
6 rok życia	Błonica – Tęzec – Krztusiec	80,5%	79,4%	75,4%	89,8%
	POLIO	80,5%	79,4%	75,3%	90,0%
10 rok życia	Odra – Świnke – Różyczka	99,7%	99,7%	99,8%	99,0%
Gimnazjum	Tęzec – Błonica	90,3%	89,3%	87,5%	85,4%
Szkoła ponadpodstawowa	Tęzec – Błonica	81,6%	80,6%	79,4%	78,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie.

Analizując dane dotyczące szczepień dzieci i młodzieży do 20 r.ż w porównaniu do roku 2014 można stwierdzić że zaszczepialność dzieci maleje niemal w każdej z analizowanych kategorii rodzajów szczepień. Poziom zaszczepienia na terenie woj. Małopolskiego oraz Gminy Miejskiej Kraków wpływa na ograniczenie zachorowań na choroby zakaźne objęte Programem Szczepień Ochronnych obowiązującym w Polsce. (Tabela 12, Tabela 13).

Tabela 13. Liczba wykonanych szczepień ochronnych oraz odsetek zaszczepionych osób w Krakowie w latach 2011-2015.

Rok życia	Rodzaj szczepienia	Liczba zaszczepionych					Stan zaszczepienia				
		2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
1	WZW B	6621	6557	6516	6	6728	88,4%	88,3%	87,7%	85,0%	85,3%
	BCG – szczepienie p/w gruźlicy u noworodków	7422	7316	7321	7530	7738	99,1%	98,50%	98,5%	98,2%	98,2%
	DT – błonica/tężec	3920	3761	3807	3	3969	52,3%	50,7%	51,2%	48,6%	50,4%
	Krztusiec	3920	3751	3805	724	3958	52,3%	50,5%	51,2%	48,6%	50,2%
	Polio	3917	3804	3772	3732	3977	52,3%	51,2%	50,7%	48,7%	50,5%
	Heamophilus inf.	3883	3733	3786	3668	3942	51,8%	50,3%	50,9%	47,9%	50,0%
2	WZW B	8421	7902	7970	7931	8121	99,4%	99,2%	99,0%	98,5%	97,6%
	DT – błonica/tężec	8141	7637	7679	7599	7691	96,1%	95,8%	95,4%	94,4%	92,5%
	Krztusiec	8141	7637	7678	7596	7640	96,1%	95,8%	95,4%	94,3%	91,8%
	Polio	8126	7613	7672	7604	7561	96,0%	95,5%	95,3%	94,4%	90,9%
	BCG	8430	7316	7986	7963	8225	99,6%	99,1%	99,2%	98,9%	98,9%
	MMR (odra+świnka+różyczka) Heamophilus inf.	6184	5685	5455	5156	4755	73,0%	71,3%	67,8%	64,0%	57,2%
3	DT – błonica/tężec – 4x	7313	7304	7764	7738	7731	86,3%	87,2%	97,9%	97,9%	96,8%
	Krztusiec – 4x	7308	7303	7759	7738	7725	86,8%	87,2%	97,8%	97,9%	96,8%
	Polio – 3x	7306	7312	7760	7713	7561	86,8%	87,3%	97,8%	97,6%	96,3%
	MMR I d. (odra+świnka+różyczka)	7808	7912	7422	7244	7120	92,8%	94,5%	93,6%	91,6%	89,2%
	Heamophilus inf.	8252	8133	7768	7682	7717	98,0%	97,1%	97,9%	97,2%	96,6%
4	DT – błonica/tężec – 4x	7528	7807	7771	7699	7609	94,7%	93,7%	94,1%	98,7%	97,8%
	Krztusiec – 4x	7528	7805	7771	7697	7602	94,7%	93,7%	94,1%	98,7%	97,7%
	Polio – 3x	7520	7801	7790	7705	7621	94,7%	93,7%	94,3%	98,8%	98,00%
5	DT – błonica/tężec – 4x	6905	7570	8139	8091	7619	97,1%	96,2%	99,3%	99,1%	98,70%
	Krztusiec – 4x	6905	7569	8138	8085	7618	97,1%	96,2%	99,3%	99,1%	98,70%
	Polio – 3x	6903	7575	8131	8084	7620	97,0%	96,3%	99,2%	99,1%	98,70%
6	DT – błonica/tężec – 5x	4295	4341	4798	4507	8010	63,1%	62,7%	62,2%	56,0%	99,10%
	Krztusiec – 4x	4247	4323	4792	4503	8002	62,4%	62,4%	62,1%	56,0%	99,00%
	Polio – 5x	4295	4341	4794	4513	8001	63,1%	62,7%	62,2%	56,1%	99,00%
7	DT – błonica/tężec – 5x	5830	6049	6106	6638	7905	90,3%	89,4%	88,9%	87,2%	99,20%
	Krztusiec – 5x	5827	6044	6097	6635	7904	90,2%	89,3%	88,8%	87,2%	99,20%
	Polio – 4x	5822	6031	6117	6626	7907	90,1%	89,1%	89,1%	87,0%	99,30%
	MMR Id. (odra+świnka+różyczka)	6376	6679	6786	7495	7824	98,7%	98,7%	98,8%	98,5%	98,20%
8	MMR (odra+świnka+różyczka) – I d	6234	6234	6646	6776	7459	99,0%	98,8%	98,8%	98,8%	98,80%
9	MMR I+II d.	5865	5865	6340	6593	6747	98,7%	99,2%	99,2%	99,0%	98,90%
10	MMR I+II d.	5466	5466	6143	6254	6538	94,2%	99,3%	99,2%	99,4%	98,90%
11	MMR I+II d.	5733	5733	5778	6076	6211	96,8%	97,4%	99,5%	99,5%	99,40%

	Różyczka – dziewczynki	2750	2750	2732	2863	2926	95,3%	95,2%	97,1%	97,5%	97,20%
12	Różyczka – dziewczynki	2739	2739	2706	2747	2907	96,4%	97,1%	97,9%	98,5%	98,20%
14	Td – (tęzec+błonica) VI d	4605	4605	4386	3910	5568	77,7%	74,7%	74,6%	68,3%	99,80%
19	Td – (tęzec+błonica) VII d	4319	4319	3666	3373	5581	65,7%	63,6%	62,3%	59,1%	44,90%

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MZ – 54 otrzymanego od Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Krakowie.

6.3 Gruźlica

Gruźlica to choroba zakaźna wywołana przez bakterie *Mycobacterium tuberculosis*, czyli potocznie prątki gruźlicy. Jest to najczęstsza choroba zakaźna przenoszona drogą kropelkową na świecie. Źródłem zakażenia są osoby chore na gruźlicę w fazie prątkowania, ale także zwierzęta, które wydają prątki razem z mlekiem (np. krowy). Zachorowanie nie daje charakterystycznych objawów. Prątki wkraczają do organizmu i mogą zostać wyeliminowane, jednakże część z nich może zostać uśpiona i uaktywnić się w fazie osłabienia organizmu. Następuje wtedy rozprzestrzenienie się ich w całym organizmie. Objawy mogą mieć ogólny charakter tj. gorączka, osłabienie organizmu albo objawy miejscowe. W Polsce realizowane są szczepienia ochronne zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w ciągu 24 h od narodzin dziecka. W 2015 r. w Polsce zaszczepiono 7 738 noworodków.

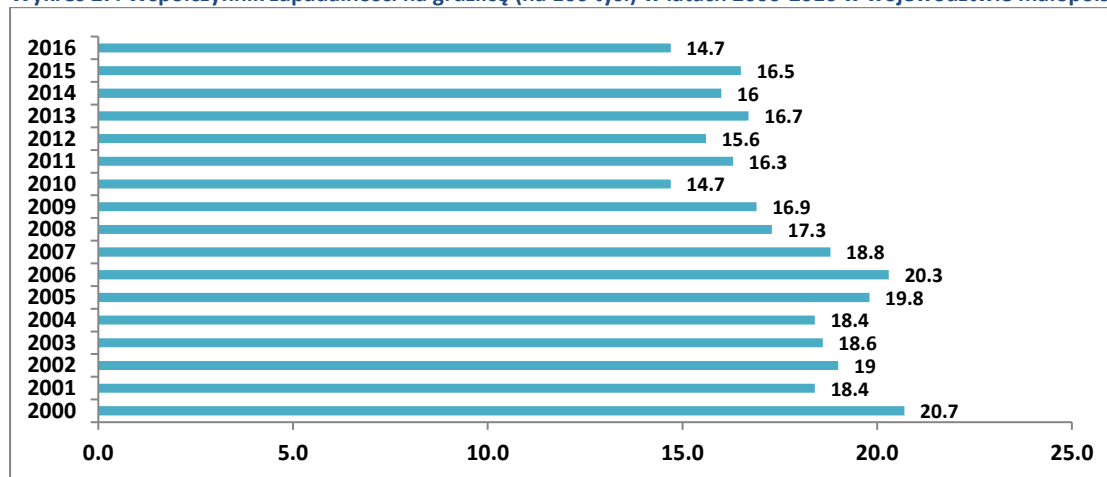
Tabela 14. Liczba zachorowań oraz zapadalność (na 100 tys.) na gruźlicę w Krakowie w latach 2010 – 2016.

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gruźlica (ogółem) – zapadalność	11,22	12,38	12,53	15,68	19,69	13,40	14,95
Gruźlica (ogółem) – liczba zachorowań	85	94	95	119	150	100	114

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

W latach 2010 - 2016 w Krakowie liczba stwierdzonych przypadków gruźlicy wzrosła z 85 do 114. W analizowanym okresie największą zapadalność na gruźlicę odnotowano w 2014 roku – liczba nowych zachorowań wynosiła 150 osób a współczynnik zapadalności na 100 tys. wynosił 19.96. W 2016 roku zapadalność na gruźlicę w Krakowie kształtowała się na poziomie 14.95/100 tys. (Tabela 14).

Wykres 27. Współczynnik zapadalności na gruźlicę (na 100 tys.) w latach 2000-2016 w województwie małopolskim.

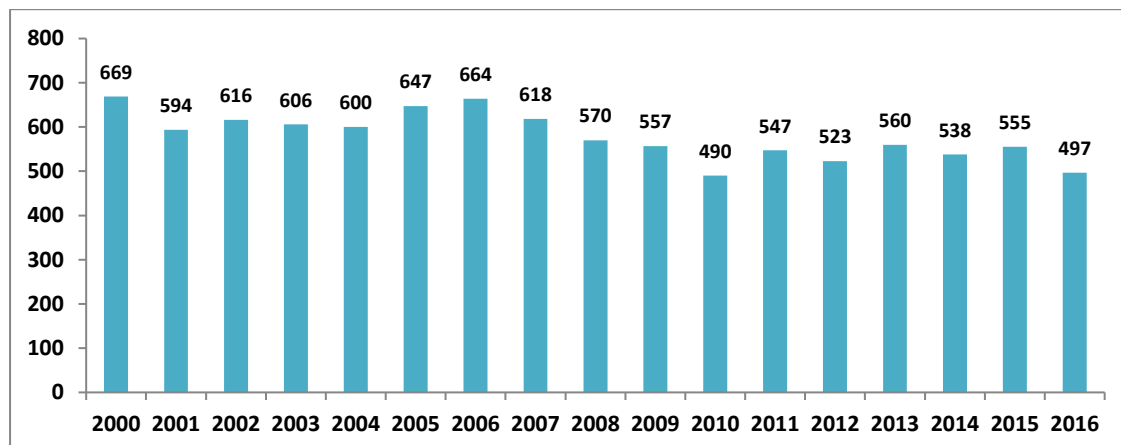


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie.

W 2015 r. współczynnik zachorowalności na gruźlicę w województwie małopolskim wyniósł 16.5/100tys. osób a w 2016r. 14.7/100tys. osób.

W latach 2000-2004 obserwowano spadek zapadalności na gruźlicę z 20.7/100tys. w 2000r. do 18.4/100tys. w 2004r. W latach 2004 – 2006 był wzrostem wartości współczynnika zapadalności na gruźlicę z 18.4/100 tys. w 2004 r. do 20.3/100 tys. w 2006 r. W latach 2006 – 2010 zapadalność malała z 20.3/100 tys. w 2006 r. do 14.7/100 tys. w 2010 r. Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2015 r. wyniósł 16.5 /100 tys. wyższy niż w roku poprzednim (16/100 tys.)(Wykres 27). Najmniejsza liczba zachorowań na gruźlicę w Małopolsce wystąpiła w 2010 r. (490 przypadków), a najwyższa w 2000 r.(669 przypadków zachorowania)(Wykres 28).

Wykres 28. Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie małopolskim w latach 2000-2016.



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

W Polsce zauważalne są różnice pomiędzy zapadalnością na gruźlicę pomiędzy województwami. W 2015 roku najwyższy współczynnik wystąpił w województwie śląskim i wyniósł 26.5/100tys., kolejno w lubelskim 22.7/100tys. (co stanowi odwrotną sytuację do roku 2014, gdzie w województwie lubelskim współczynnik wyniósł 26.1/100tys. a w śląskim 24.5/100tys.), łódzkim 22.2/100tys., świętokrzyskim 22/100tys., natomiast najniższy współczynnik wystąpił w województwie wielkopolskim 8.3/100tys. oraz warmińsko-mazurskim 9.2/100tys. (Tabela 15).

Tabela 15. Zapadalność na gruźlicę (na 100tys.) w poszczególnych województwach oraz w Polsce w 2015r.

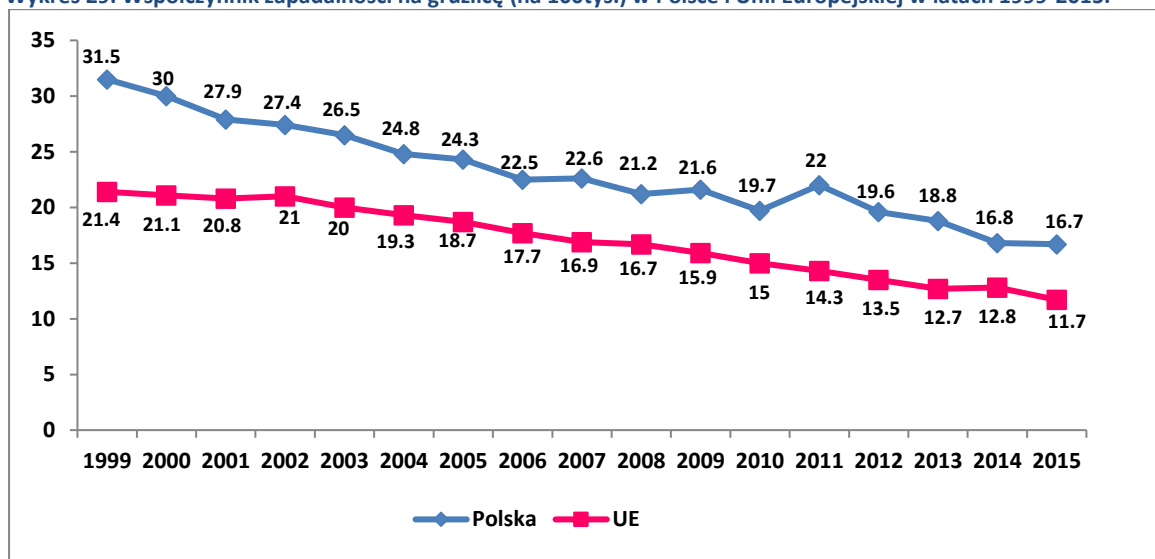
Województwo	Współczynnik zapadalności
Polska	16,7
Dolnośląskie	16,7
Kujawsko – pomorskie	14,2
Lubelskie	22,7
Lubuskie	11,3
Łódzkie	22,2
Małopolskie	16,5
Mazowieckie	14,9
Opolskie	16,5
Podkarpackie	16,4
Podlaskie	10,5
Pomorskie	15,7
Śląskie	26,5
Świętokrzyskie	22
Warmińsko – mazurskie	9,2
Wielkopolskie	8,3
Zachodniopomorskie	13,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2015r. na gruźlicę zachorowało 10.4 mln osób na świecie, a w 2014r. 9.6 mln. W 2015 r. zachorowało 5.9 mln mężczyzn, 3.3 mln kobiet oraz 1.2 mln dzieci.

Zapadalność na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej oraz Europejskim Obszarze Gospodarczym w 2015r. wyniosła 11.7/100tys. i był niższy niż w Polsce (16.7/100tys.). W Unii Europejskiej wartość czynnika maleje od roku 1999 (21.4/100tys.) do 11.7/100tys. w 2015r. W Polsce zmaleł od 1999 z 31.5/100tys. do 16.7/100tys. w 2015r. (Wykres 29).

Wykres 29. Współczynnik zapadalności na gruźlicę (na 100tys.) w Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

6.4 WZW typu B oraz WZW typu C

Wirusowe zapalenie wątroby (hepatitis) wywoływane jest przez czynniki tj. alkohol, leki, substancje chemiczne oraz drobnoustroje. Za tę chorobę odpowiedzialne są wirusy, które dzieli się na:

- Wirusy pierwotne hepatotropowe : A,B,C,D,E
- Wirusy cytomegalii (CMV)
- Wirusy herpes (HSV)
- Wirusy Epsteina – Barr (EBV).

Wirusy typu B, C i D przenoszone są drogą parenteralną, płciową oraz wertykalną.

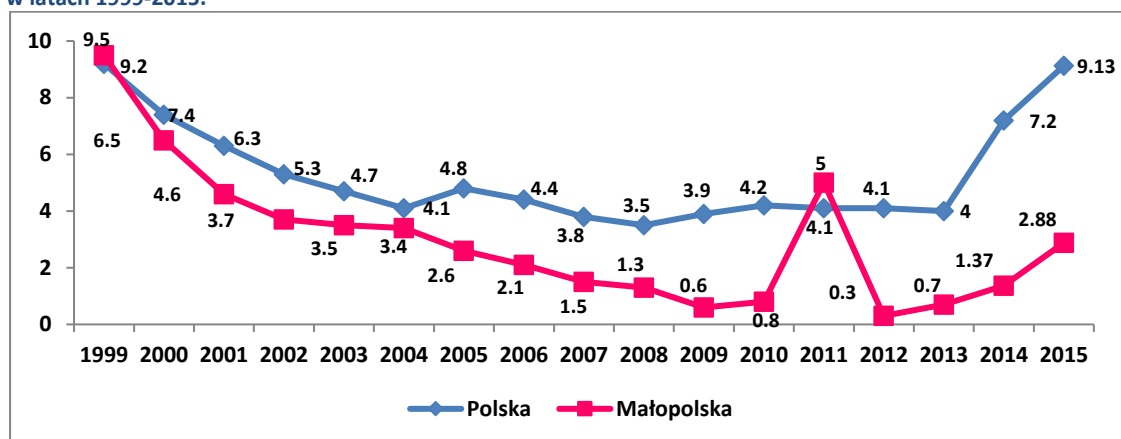
W Krakowie w latach 2013-2016 liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C gwałtownie wzrosła. W 2013 roku liczba chorych na WZW B wynosiła 11 osób, w 2016 nastąpił wzrost do poziomu 52 chorych. Podobną tendencję zauważyć można w przypadku zachorowań na WZW typu C. Między 2013 – 2016 liczba chorych wzrosła o 53 przypadki (z 24 w 2013 r. do 77 w 2016 r.) (Tabela 16).

Tabela 16. Liczba przypadków zapalenia wątroby typu B i C w Krakowie w latach 2013 - 2016.

Rok	WZW B	Zapadalność WZW B	WZW C	Zapadalność WZW C
2013	11	1,3	24	1,6
2014	5	0,7	39	2,6
2015	14	1,8	50	6,5
2016	52	6,8	77	10,1

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

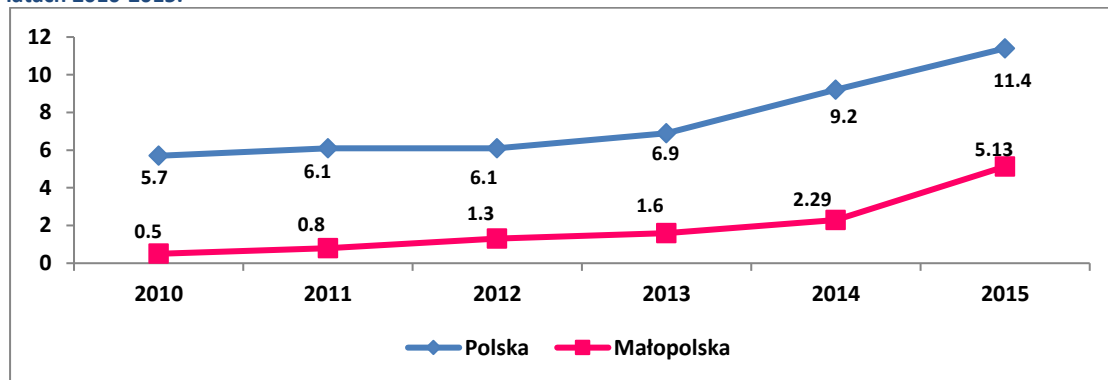
Wykres 30. Współczynnik zapadalności na WZW typu B (na 100tys.) w województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 1999-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie.

Współczynnik zapadalności na WZW B w województwie małopolskim wyniósł 2.88/100tys. i był niższy niż dla całego kraju (9.13/100tys.). W porównaniu do roku 2014 nastąpił wzrost. W Polsce w 2014 wynosił on 7.2/100tys., a w województwie małopolskim 1.37/100 tys.. Od roku 1999 wartość współczynnika w województwie małopolskim malała do roku 2010 (z 9.5/100tys. do 0.8/100tys.), następnie współczynnik gwałtownie wzrósł w 2011 do 5/100tys. i następnie od roku 2012 do 2015 rośnie (z 0.3/100tys. do 2.88/100tys.). W Polsce od 1999 (9.2/100tys.) współczynnik malał do roku 2013 (4/100tys.) i od roku 2013 do roku 2015 stale rośnie (z 4/100tys. do 9.13/100tys.) (Wykres 30).

Wykres 31. Współczynnik zapadalności na WZW typu C (na 100tys.) w województwie małopolskim i w Polsce w latach 2010-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie.

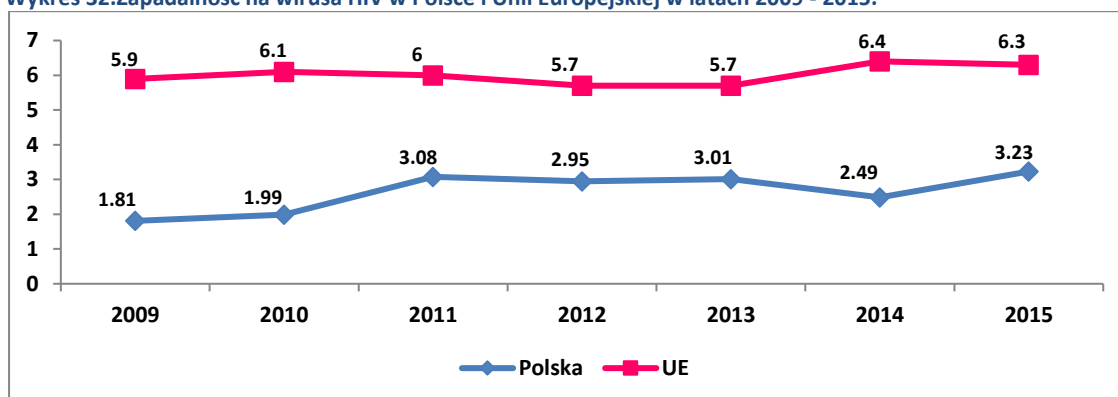
Współczynnik zapadalności na WZW C w województwie małopolskim w 2015r. wyniósł 5.13/100tys i był niższy od wskaźnika w Polsce (11.4/100tys.). W porównaniu do poprzednich lat zapadalność na WZW typu C stale rośnie (w 2010 r. wynosiła 0.5/100tys., w 2015 r. 5.13/100tys.). Podobna sytuacja jest w Polsce. W 2010 współczynnik zapadalności wyniósł 5.7/100tys. a w 2015 11.4/100tys. (Wykres 31).

6.5 HiV/AIDS

HIV to ludzki wirus upośledzenia (niedoboru) odporności, który może wywołać zespół nabytego upośledzenia odporności – AIDS. Ze względu na skalę zakażeń i tempo rozprzestrzeniania się wirusa

epidemia HIV/AIDS jest jednym z priorytetowych zagadnień zdrowia publicznego, gdyż schorzenie to wymaga natychmiastowego działania. Wirusem HIV zakażają się przede wszystkim osoby młode – między 15 a 24 rokiem życia (stanowią prawie 40% zarażonych na całym świecie).

Wykres 32. Zapadalność na wirusa HIV w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2009 - 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie oraz European Centre for Disease Prevention and Control.

Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, iż w okresie od 1 stycznia 2015r. do 31 grudnia 2015r. w Polsce zostało zgłoszonych 1 273 przypadków wykrycia zakażenia wirusem HIV (Wykres 32) oraz 129 przypadków choroby AIDS, w tym 40 zgonów z powodu AIDS. W Polsce w latach 2009 – 2015 zauważalny jest wzrost współczynnika zapadalności na wirusa HIV (w 2009 wyniósł on 1.81/100 tys. osób, w 2015 3.23/100 tys. osób)(Wykres 32). W Małopolsce w 2015 roku współczynnik zapadalności na HIV wyniósł 2.8/100 tys. osób, w Polsce zapadalność wynosiła 3.23/100 tys. osób, w Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosił 6.3/100 tys. osób a w Krakowie odnotowano zapadalność na poziomie 9.7/100 tys. mieszkańców (Tabela 17).

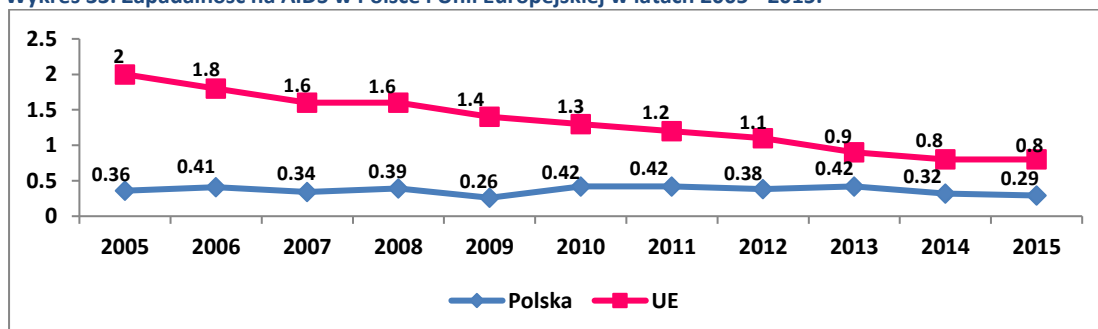
Tabela 17. Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2015 r.

Rok	Kraków	Małopolska	Polska	UE
2015	9,7	2,78	3,23	6,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie oraz European Centre for Disease Prevention and Control.

W Polsce w przeciwieństwie do Unii Europejskiej współczynnik zapadalności na AIDS znajduje się prawie na tym samym poziomie od 2005 do 2015 roku (2005 : 0.36/100 tys. osób, 2015r : 0.29/100 tys. osób). W Unii Europejskiej współczynnik ten spada (w 2005 r. wyniósł 2/100 tys. osób, w 2015r. 0.8/100 tys. mieszkańców)(Wykres 33).

Wykres 33. Zapadalność na AIDS w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2005 - 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie oraz European Centre for Disease Prevention and Control.

Współczynnik zapadalności na AIDS w Krakowie w 2015 roku wynosił 0.26/100 tys. mieszkańców, w Małopolsce jego wartość wynosiła 0.06/100 tys. osób, w Polsce zapadalność na AIDS kształtowała się na poziomie 0.29/100tys. mieszkańców, a w Unii Europejskiej wartość tego współczynnika wynosiła 0.8/100 tys. osób.)(Tabela 18).

Tabela 18. Zapadalność na AIDS w Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2015r.

Rok	Kraków	Małopolska	Polska	UE
2015	0,26	0,06	0,29	0,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Państwowego Powiatowego Inspektoratu Sanitarnego w Krakowie oraz European Centre for Disease Prevention and Control.

Od 1985r., kiedy wdrożono badania w celu wykrywania wirusa HIV do 2015r. w Polsce wykryto zakażenie HIV u 19 915 osób na terenie kraju, również wśród osób innego obywatelstwa niż polskie przebywających w tym czasie w Polsce. Zakażenie u tych osób nastąpiło przez:

- narkotyki (6 142 osób)
- kontakty heteroseksualne (1 419 osób)
- kontakty homoseksualne (2 545 osób)

Od 1985 roku do 2015 roku na AIDS zachorowało 3 328 osób w Polsce, z czego 1 328 osób zmarło.

6.6 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 roku 2015 w Polsce stwierdzono 1 915 przypadki zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych, w województwie małopolskim 165 przypadki, natomiast w Krakowie 65 przypadków. W porównaniu do roku 2014 dla Gminy Miejskiej Kraków odnotowano wzrost liczby zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych z 19 do 65, dla województwa małopolskiego liczba zgonów zmniejszyła się z 222 do 165, dla Polski odnotowany został spadek liczby zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych z 1 923 do 1 915. W latach 2003 – 2013 liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie odznaczała się tendencją spadkową (z 264 w 2003 r. do 7 w 2013 r.), jednak w roku 2014 liczba zgonów wzrosła do 19, a w kolejnym 2015 liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych wynosiła 65. Pomiędzy rokiem 1999 a 2015 liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych w Polsce zmalała z 2 283 do 1 915. Z kolei w Małopolsce w analizowanym okresie liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych wzrosła z 155 do 165 (Tabela 19).

Tabela 19. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999 - 2015.

Zmienna	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kraków	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	264	27	22	15	11	13	3	5	7	9	7	19	65
Małopolska	155	178	182	155	161	182	178	174	176	198	195	204	249	234	206	222	165
Polska	2 283	2 430	2 313	2 387	2 392	2 231	2 316	2 345	2 274	2 708	2 783	2 806	3 091	2 567	1 963	1 923	1 915

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

6.7 Zachorowania na nowotwory złośliwe

Liczba zachorowań na nowotwory ogółem w Krakowie w 2015 r. wyniosła 3 712, z czego liczba zachorowań wśród mężczyzn wynosiła 1 726 (13% względem zachorowań w całym województwie), a wśród kobiet 1 986 (15%). W województwie małopolskim w 2015 r. zarejestrowano 13 317 przypadków

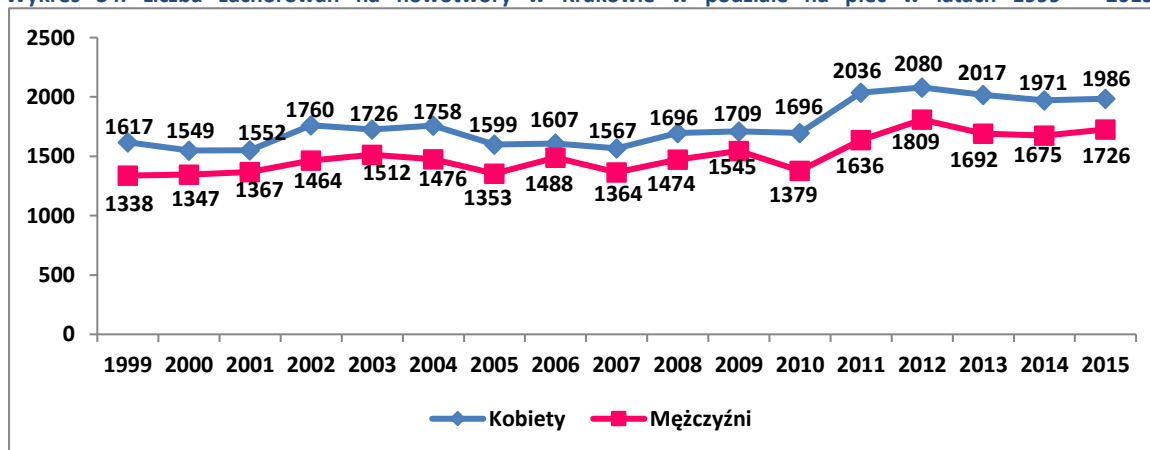
chorób nowotworowych, z czego 6 686(50%) w grupie mężczyzn, a 6 631 (50%) w grupie kobiet (Tabela 20).

Tabela 20. Zachorowania na nowotwory w Małopolsce i powiatach województwa małopolskiego w podziale na płeć w 2015r.

Powiat	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Województwo małopolskie	6 686	50%	6 631	50%	13 317	100%
bocheński	172	1%	168	1%	340	3%
brzeski	217	2%	158	1%	375	3%
chrzanowski	255	2%	266	2%	521	4%
dąbrowski	139	1%	123	1%	262	2%
gorlicki	214	2%	194	1%	408	3%
krakowski	460	3%	502	4%	962	7%
limanowski	227	2%	202	2%	429	3%
miechowski	114	1%	114	1%	228	2%
myślenicki	182	1%	180	1%	362	3%
nowosądecki	280	2%	280	2%	560	4%
nowotarski	336	3%	294	2%	630	5%
olkuski	230	2%	221	2%	451	3%
oświęcimski	364	3%	336	3%	700	5%
proszowicki	112	1%	83	1%	195	1%
suski	154	1%	151	1%	305	2%
tarnowski	403	3%	323	2%	726	5%
tatrzański	76	1%	118	1%	194	1%
wadowicki	370	3%	297	2%	667	5%
wielicki	223	2%	214	2%	437	3%
m. Kraków	1 726	13%	1 986	15%	3 712	28%
m. Nowy Sącz	149	1%	146	1%	295	2%
m. Tarnów	283	2%	275	2%	558	4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

Wykres 34. Liczba zachorowań na nowotwory w Krakowie w podziale na płeć w latach 1999 – 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

Liczba zachorowań na nowotwory w Krakowie w 1999 r. wynosiła :

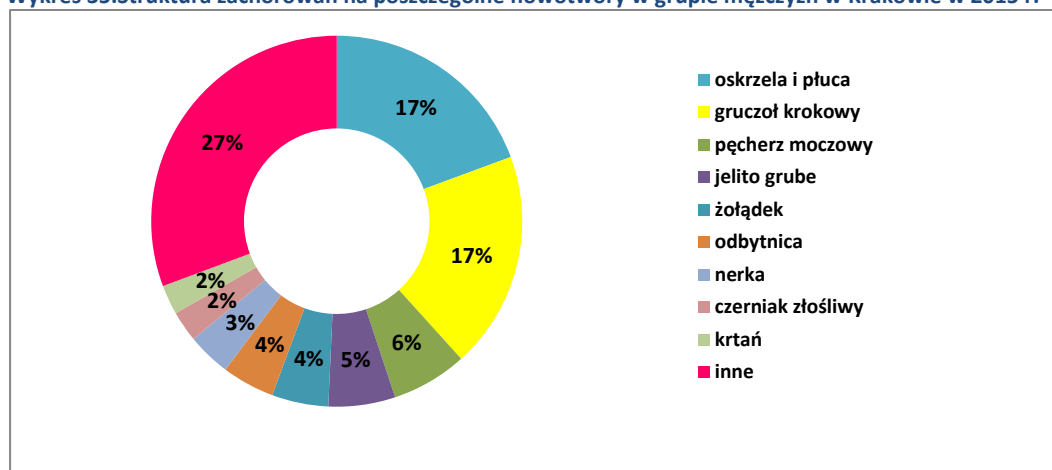
- kobiety: 1 617,
- mężczyźni: 1 338.

W latach 1999 – 2015 liczba zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn wzrosła z 1 338 w 1999 r. do 1 726 w 2015 r. (wzrost o 388 przypadków) wśród kobiet wzrosła z 1 617 w 1999 r. do 1 986 w 2015 r. (wzrost o 369 przypadki) (Wykres 34).

W 2015r. 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 35).

Wykres 35. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie mężczyzn w Krakowie w 2015 r.

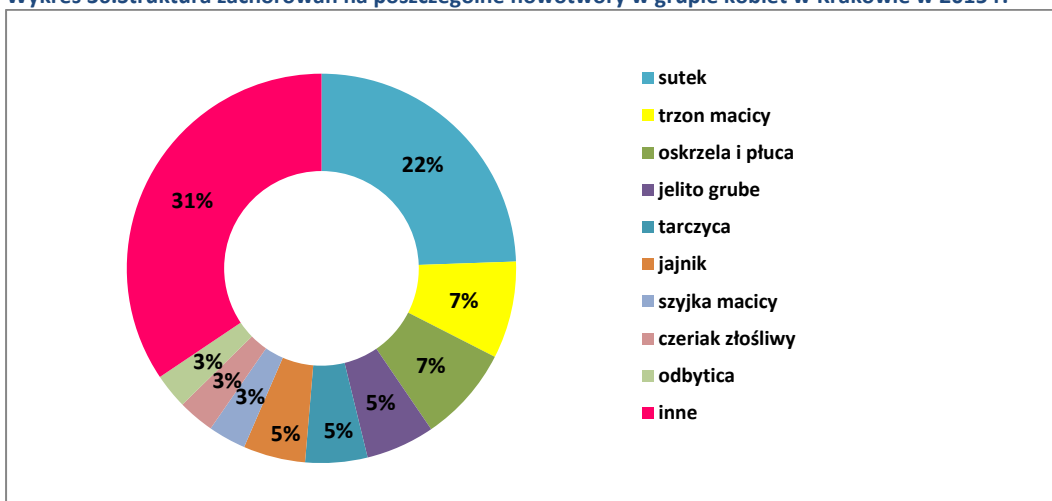


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów.

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 36).

Wykres 36. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie kobiet w Krakowie w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Onkologii.

W 2012 r. w Unii Europejskiej najwyższy współczynnik zapadalności został odnotowany dla nowotworów: jelita grubego: 68.5/100 tys., płuc: 62/100 tys., czerniaka złośliwego skóry: 16.4/100 tys., pęcherza moczowego: 16.3/100 tys. oraz żołądka: 16.2/100 tys. Wśród mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami były nowotwory: gruczołu krokowego: 140.5/100 tys., płuca, tchawicy i oskrzeli: 86.9/100

tys., a także jelita grubego: 78.7/100 tys. Z kolei, wśród kobiet najwyższy współczynnik zapadalności odnotowano dla nowotworów: piersi: 140/100 tys., jelita grubego: 58.8/100 tys. oraz płuca, tchawicy i oskrzeli: 38.3/100 tys. W Unii Europejskiej widoczne są znaczące różnice w zapadalności na poszczególne nowotwory pomiędzy kobietami a mężczyznami:

- żołądek – kobiety: 12/100 tys., mężczyźni: 20.6/100 tys.,
- jelito grube – kobiety: 58.8/100 tys., mężczyźni: 78.7/100 tys.,
- wątroba i wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe – kobiety: 6.1/100 tys., mężczyźni: 14.5/100 tys.,
- trzustka – kobiety: 15.4/100 tys., mężczyźni: 16/100 tys.,
- płuca, tchawica, oskrzela – kobiety: 38.8/100 tys., mężczyźni: 86.9/100 tys.,
- pęcherz moczowy – kobiety: 10.3/100 tys., mężczyźni: 39.5/100 tys.,
- tarczycyca – kobiety: 10.6/100 tys., mężczyźni: 3.9/100 tys. (Tabela 21).

Tabela 21. Liczba zachorowań oraz współczynnik zapadalności (na 100 tys.) na wybrane nowotwory w Unii Europejskiej w 2012 r.

Umiejscowienie	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Żołądek	31 071	12,0	50 521	20,6	81 592	16,2
Jelito grube	151 920	58,8	193 426	78,7	345 346	68,5
Wątroba i wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	15 755	6,1	35 564	14,5	51 319	10,2
Trzustka	39 895	15,4	39 436	16,0	79 331	15,7
Płuca, tchawica i oskrzela	98 982	38,3	213 663	86,9	312 645	62,0
Czerniak złośliwy skóry	42 869	16,6	39 880	16,2	82 749	16,4
Piersi	361 608	140,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Szyjka macicy	33 679	13,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trzon macicy	64 929	25,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Janik	44 577	17,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Gruzoł krokowy	n.d.	n.d.	345 195	140,5	n.d.	n.d.
Jądra	n.d.	n.d.	18 008	7,3	n.d.	n.d.
Pęcherz moczowy	26 693	10,3	97 193	39,5	123 886	16,3
Tarczycyca	27 254	10,6	9 610	3,9	36 864	6,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer.

Tabela 22. Liczba zachorowań, zapadalność, liczba zgonów i umieralność z powodu nowotworów w Polsce w 2015 r.

Umiejscowienie	Liczba zachorowań	Zapadalność	Liczba zgonów	Umieralność
Płuca, tchawica i oskrzela	21 963	57,11	23 713	61,66
Jelito grube	10 815	28,12	7 755	20,17
Gruzoł krokowy	14 211	36,96	4 876	12,68
Piersi	18 245	47,45	6 386	16,61
Żołądek	5 463	14,21	5 279	13,73
Jajnik	3 735	9,71	2 768	7,20
Trzustka	3 578	9,30	4 909	12,77
Szyjka macicy	2 723	7,08	1 585	4,12
Mózg i centralny układ nerwowy	2 814	7,32	2 877	7,48
Pęcherz	6 898	17,94	3 805	9,89
Białaczka limfatyczna	1 883	4,90	1 279	3,33
Wargi jamy ustnej	412	1,07	172	0,45
Trzon macicy	6 243	16,23	1 690	4,39
Wątroba i wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	1 518	3,95	2 031	5,28
Pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe	884	2,30	971	2,53
Krtań	2 526	6,57	1 610	4,19
Przełyk	1 411	3,67	1 483	3,86
Czerniak złośliwy skóry	3 600	9,36	1 446	3,76
Szpiczak mnogi	1 541	4,01	1 327	3,45
Jądra	1 110	2,89	129	0,34

Umiejscowienie	Liczba zachorowań	Zapadalność	Liczba zgonów	Umieralność
Chłoniak Hodgkina	757	1,97	178	0,46
Tarczycza	3 529	9,18	292	0,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer.

W Polsce w 2015 r. najczęściej występowały nowotwory: płuc, tchawicy i oskrzeli 57.1/100 tys., piersi 47.4/100 tys., gruczołu krokowego 36.9/100 tys., oraz 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. (Tabela 22).

Tabela 23. Liczba zachorowań, zapadalność (na 100 tys.), liczba zgonów i umieralność (na 100 tys.) z powodu nowotworów w Polsce wśród kobiet w 2015 r.

Umiejscowienie	Liczba zachorowań	Zapadalność	Liczba zgonów	Umieralność
Płuca, tchawica i oskrzela	7 503	37,80	7 475	37,66
Piersi	18 106	91,23	6 319	31,84
Jelito grube	5 073	25,56	3 547	17,87
Jajnik	3 735	18,82	2 768	13,95
Trzustka	1 800	9,07	2 440	12,29
Szyjka macicy	2 723	13,72	1 585	7,99
Żołądek	1 940	9,77	1 860	9,37
Mózg i centralny układ nerwowy	1 337	6,74	1330	6,70
Trzon macicy	6 243	31,46	1 690	8,52
Pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe	663	3,34	734	3,70
Białaczka limfatyczna	817	4,12	558	2,81
Wątroba i wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	642	3,23	907	4,57
Czerniak złośliwy skóry	1 823	9,19	682	3,44
Szpiczak mnogi	812	4,09	662	3,34
Pęcherz	16 22	8,17	815	4,11
Wargi jamy ustnej i gardło	106	0,53	52	0,26
Przełyk	304	1,53	316	1,59
Krtań	355	1,79	205	1,03
Tarczycza	2 924	14,73	201	1,01
Chłoniak Hodgkina	380	1,91	73	0,37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer.

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. (Tabela 23).

W Polsce w 2015 r. 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. (Tabela 24).

Tabela 24. Liczba zachorowań, zapadalność, liczba zgonów i umieralność z powodu nowotworów w Polsce wśród mężczyzn w 2015 r.

Umiejscowienie	Liczba zachorowań	Zapadalność	Liczba zgonów	Umieralność
Płuca, tchawica i oskrzela	14 460	77,71	16 238	87,27
Jelito grube	5 742	30,86	4 208	22,61
Gruczoł krokowy	14 211	76,37	4 876	26,20

Umiejscowienie	Liczba zachorowań	Zapadalność	Liczba zgonów	Umieralność
Żołądek	3 523	18,93	3 419	18,37
Pęcherz	5 276	28,35	2 990	16,07
Trzustka	1 778	9,56	2 469	13,27
Wargi jamy ustnej	306	1,64	120	0,64
Mózg i centralny układ nerwowy	1 477	7,94	1 547	8,31
Białaczka limfatyczna	1 066	5,73	721	3,57
Krtani	2 171	11,67	1 405	7,55
Wątroba i wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	876	4,71	1 124	6,04
Przełyk	1 107	5,95	1 167	6,27
Czerniak złośliwy skóry	1 777	9,55	764	4,11
Szpiczak mnogi	729	3,92	655	3,57
Pęcherzyk żółciowy	221	1,19	237	1,27
Chłoniak Hodgkina	377	2,03	105	0,56
Jądra	1 110	5,97	129	0,69
Tarczycza	605	3,25	91	0,49

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer.

7. Choroby zawodowe

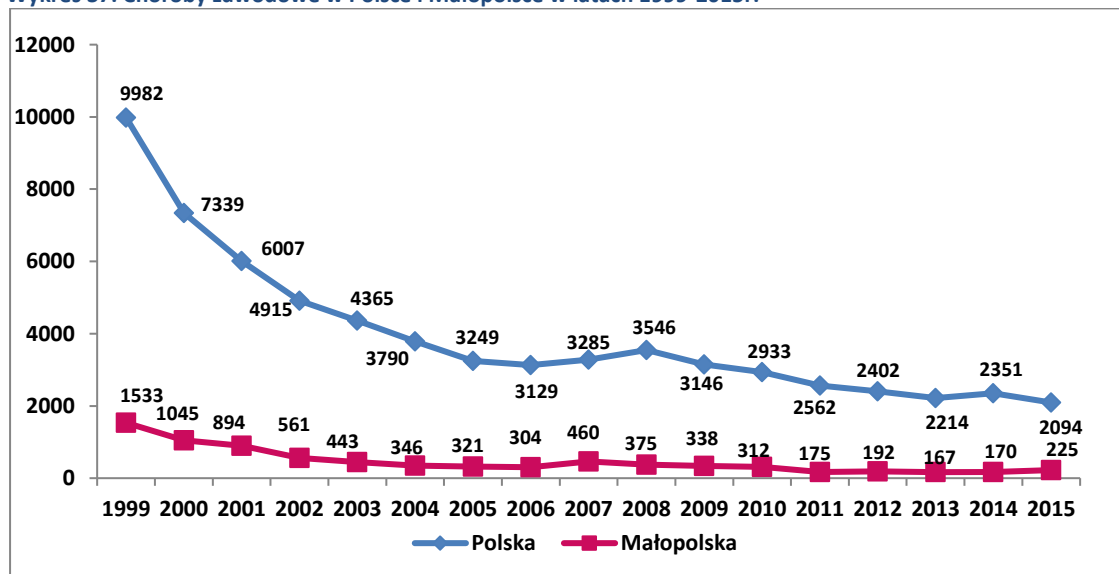
Choroba zawodowa zgodnie z definicją z art. 235 Kodeksu pracy jest to choroba wymieniona w wykazie chorób zawodowych z dnia 29.05.2009r i w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić z wysokim prawdopodobieństwem, że została spowodowana występowaniem szkodliwych dla zdrowia czynników w środowisku pracy lub związanych z wykonywaniem pracy, tzw. „narażenie zawodowe”.

Choroby zawodowe zawarte w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29.05.2009r.:

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 alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych.
8. Ostre uogólnione reakcje alergiczne.
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 37. Choroby zawodowe w Polsce i Małopolsce w latach 1999-2015r.

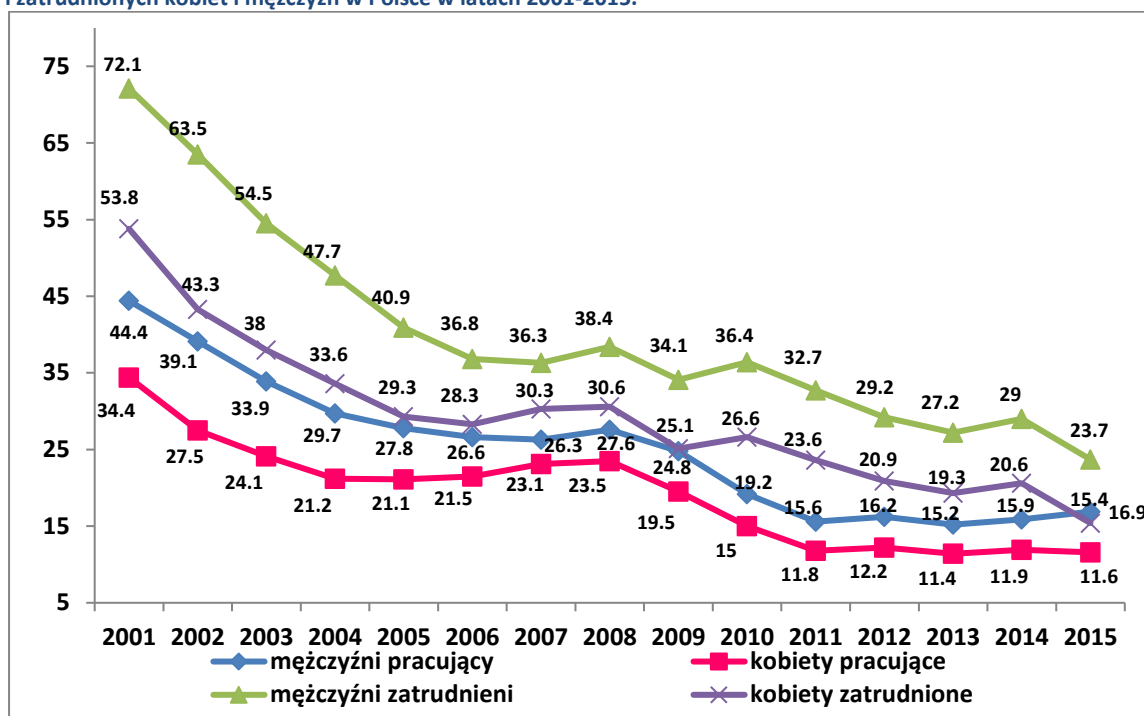


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W Polsce w 2015 stwierdzono 2094 przypadki chorób zawodowych, w tym 60 % stanowili mężczyźni a 40% kobiety (Wykres 37). GUS przyjął kryteria rozróżniające pracujących od zatrudnionych i zgodnie z tym do zatrudnionych zalicza się pracowników zatrudnionych na podstawie stosunku pracy. Dotyczy to pracowników na umowie o pracę, pełnozatrudnionych, sezonowych oraz dorywczych a także niezatrudnionych w głównym miejscu pracy. Osoby pracujące to właściciele i współwłaściciele, agenci, duchowni, pracujący w fundacjach, stowarzyszeniach i wykonujący pracę nakładczą.

Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe w 2015 r. wśród pracujących mężczyzn wynosił 16.9/100 tys. oraz 11.6/100 tys. u kobiet pracujących. Wartość ogólna tego współczynnika wyniosła 28.5/100 tys. Zapadalność na choroby zawodowe wśród osób zatrudnionych w 2015 r. wynosiła ogólnie 39.1/100 tys. dla ludności, 23.7/100tys. w populacji mężczyzn, 15.4/100tys. w populacji kobiet. W latach 2001-2015 współczynnik zapadalności na choroby zawodowe był niższy u kobiet niż u mężczyzn. W latach 2001-2015 zauważalny był spadek zapadalności na choroby zawodowe w całej populacji. Współczynnik w poszczególnych grupach płci zmniejszył się z 34.4/100 tys. na 11.6/100tys. wśród kobiet pracujących, z 53,8 do 15.4/100tys. wśród kobiet zatrudnionych, wśród mężczyzn pracujących z 44.4/100tys. do 16.9/100tys., z 72.1/100tys. do 23.7/100tys. wśród mężczyzn zatrudnionych (Wykres 38).

Wykres 38. Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe w przeliczeniu na 100tys. pracujących i zatrudnionych kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2001-2015.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Główniej Inspekcji Sanitarnej.

W 2015 roku najwyższy poziom współczynnika zapadalności na choroby zawodowe na 100tys. pracujących zanotowano w województwie warmińsko-mazurskim : 30,7/100tys., śląskim 28,2/100tys., podlaskie: 24,6/100tys., świętokrzyskim: 20,0/100 tys. Najniższa zapadalność na choroby zawodowe obserwowana była w województwie opolskim: 4,9/100 tys., łódzkim: 6,5/100 tys. oraz mazowieckim: 6,7/100 tys. (Polska: 14,4/100 tys.). Zapadalność na choroby zawodowe w przeliczeniu na 100 tys. zatrudnionych najwyższe wartości przyjmowała w województwie podlaskim: 42,8/100 tys., warmińsko – mazurskim: 42,6/100 tys. oraz świętokrzyskim: 35,9/100 tys.. Z kolei najniższe wartości dla tego współczynnika występowały w województwie opolskim: 6,9/100 tys., mazowieckim: 8,3/100 tys. oraz łódzkim: 9,5/100 tys. (Polska: 19,6/100 tys.)(Tabela 25).

Tabela 25. Zapadalność na choroby zawodowe (na 100tys.) według województw w 2015 r.

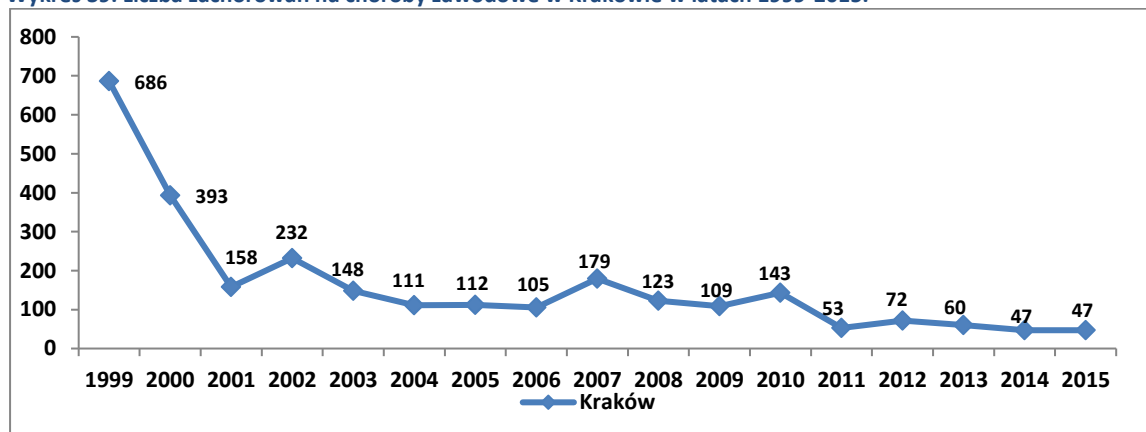
Region	Współczynnik zapadalności na 100 tys. pracujących	Współczynnik zapadalności na 100 tys. zatrudnionych
Polska	14,4	19,6
Dolnośląskie	18,6	23,4
Kujawsko-pomorskie	12,7	17,6
Lubelskie	16	30,7
Lubuskie	9,7	12,8
Łódzkie	6,5	9,5
Małopolskie	17,7	26,5
Mazowieckie	6,7	8,3
Opolskie	4,9	6,9
Podkarpackie	8	13,9
Podlaskie	24,6	42,8
Pomorskie	15,8	20,3
Śląskie	28,2	34,8
Świętokrzyskie	20	35,9

Warmińsko-mazurskie	30,7	42,6
Wielkopolskie	13,6	18,2
Zachodniopomorskie	14	18,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Instytutu Medycyny im. Prof. J. Nofera w Łodzi.

W 2015 roku odnotowano w Krakowie 47 przypadków zachorowań na choroby zawodowe. W przeciągu roku 1999 a 2015 liczba zachorowań zmalała z 689 do 47 w 2015 r. Najwięcej zachorowań wystąpiło w 1999 roku (686), najmniej w 2014 i 2015 roku (47 przypadków) (Wykres 39).

Wykres 39. Liczba zachorowań na choroby zawodowe w Krakowie w latach 1999-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Krakowie.

Tabela 26. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2015 - 2016.

Region	Rok	
	2015	2016
Kraków	47	45
Małopolska	225	171
Polska	2094	2119

Źródło: Opracowanie własne na podstawie - Stan Sanitarny województwa małopolskiego w 2015 i w 2016 r.

Zgodnie z danymi raportów o Stanie Sanitarnym województwa małopolskiego za 2015 i 2016 rok liczba stwierdzonych chorób zawodowych w Polsce w 2015 roku wynosiła 2094 przypadki, w województwie małopolskim 225 przypadków a w samym Krakowie stwierdzono 47 przypadków chorób zawodowych. W 2016 roku nastąpił spadek liczby stwierdzonych chorób zawodowych:

- w Krakowie do 45 przypadków,
- w Małopolsce do 171 przypadków,

w okresie od 2015 do 2016 roku w Polsce liczba stwierdzonych chorób zawodowych wzrosła z 2049 do 2119 przypadków (Tabela 26).

Tabela 27. Wykaz stwierdzonych chorób zawodowych w Krakowie w 2015 r.

Choroby zawodowe	Liczba przypadków
Ogółem	47
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1
Astma oskrzelowa	3
Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	2
Alergiczny nieżyt nosa	1
Przewlekłe choroby narządu głosu	10
Nowotwory złośliwe	8
Choroby skóry	1
Przewlekłe choroby układu ruchu	11
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	3
Ubytek słuchu	3
Zespół wibracyjny	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie - Stan Sanitarny województwa małopolskiego w 2015 i w 2016 r.

W 2015r. w Krakowie najwięcej przypadków zachorowań z powodu chorób zawodowych odnotowano dla przewlekłych chorób układu ruchu wywołanych sposobem wykonywanej pracy (23%), przewlekłych chorób narządu głosu spowodowanych nadmiernym wysiłkiem głosowym (21%), nowotworów złośliwych powstałych w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy (17%), astmy oskrzelowej, przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy oraz chorób zakaźnych i obustronnego trwałego ubytku słuchu typu ślimakowego spowodowanego hałasem (6%). W 2015r. nie było danych o pylicy płuc oraz o gorączce metalicznej (Tabela 28) (Tabela 27).

Tabela 28. Choroby zawodowe (udział procentowy) w Krakowie w latach 2005-2015.

Stan chorobowy	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy	2%	1%	2%	6%	4%	19%	6%	21%	11%	0%	23%
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy	12%	5%	11%	12%	8%	18%	19%	17%	16%	6%	6%
Choroby zakaźne	8%	7%	7%	7%	9%	7%	13%	14%	12%	9%	6%
Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym	34%	31%	45%	33%	33%	11%	13%	14%	25%	15%	21%
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%
Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem	6%	7%	7%	7%	17%	11%	4%	10%	14%	13%	6%
Astma oskrzelowa	3%	7%	1%	3%	4%	3%	2%	3%	0%	4%	6%
Alergiczny nieżyt nosa	2%	3%	5%	3%	5%	5%	2%	3%	4%	4%	2%
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu	1%	1%	0%	1%	2%	1%	0%	3%	2%	6%	2%
Zespół wibracyjny	3%	3%	3%	6%	3%	1%	2%	1%	2%	0%	2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Krakowie.

8. Niepełnosprawność

W Rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. oraz aktem zmieniającym z dnia 23 grudnia 2009r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności powiatowe zespoły wydają orzeczenia o:

- Niepełnosprawności osób przed 16 r. ż
- Stopniu niepełnosprawności osób powyżej 16 r. ż
- Wytycznych do ulg i uprawnień dla osób posiadających orzeczenia o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy, które zawarte są w art. 5 i 62 ustawy.

8.1 Osoby poniżej 16 roku życia

Z analiz przeprowadzonych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności wynika, że w 2015r. w Krakowie wydano 845 orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 r. ż., z czego 338 (40 %) orzeczenia w grupie dziewcząt oraz 507 (60%) w grupie chłopców. Najczęściej wydano orzeczenia dotyczące całościowych zaburzeń rozwojowych w liczbie 170 (20,1%), innych przyczyn – 158 (18,7%), chorób neurologicznych – 136 (16,1%), chorób układu oddechowego i krążenia (10,7%), upośledzenia narządu ruchu (10,4%), chorób psychicznych (6,4 %), upośledzenia umysłowego (3,4%), zaburzenia głosu,

mowy i słuchu – 24(2,8%), chorób układu moczowo – płciowego w liczbie 20 (2,4%) oraz chorób narządu wzroku – 19 (2,2%) i chorób układu pokarmowego – 17 (2,0%)(Tabela 29).

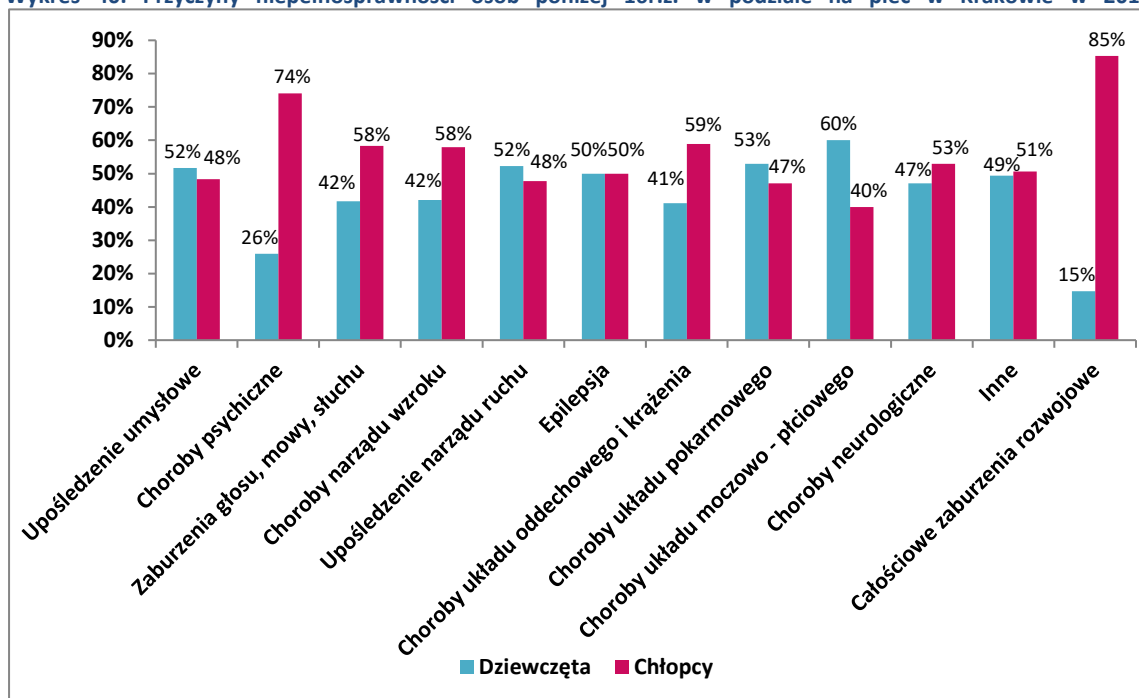
Tabela 29. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 r.ż. w Krakowie w 2015r.

Przyczyna niepełnosprawności	Liczba orzeczeń	Wiek			Płeć	
		0 – 3	4 – 7	8 – 16	Dziewczęta	Chłopcy
Upośledzenie umysłowe	29	3	6	20	15	14
Choroby psychiczne	54	3	9	42	14	40
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	24	11	9	4	10	14
Choroby narządu wzroku	19	6	8	5	8	11
Upośledzenia narządu ruchu	88	35	22	31	46	42
Epilepsja	40	6	11	23	20	20
Choroby układu oddechowego i krążenia	90	34	28	28	37	53
Choroby układu pokarmowego	17	8	1	8	9	8
Choroby układu moczowo – płciowego	20	9	3	8	12	8
Choroby neurologiczne	136	39	44	53	64	72
Inne	158	50	52	56	78	80
Całościowe zaburzenia rozwojowe	170	44	67	59	25	145
Razem	845	248	260	337	338	507

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

Najwięcej orzeczeń o niepełnosprawności wydano w grupie wiekowej 8-16 (39.88% niepełnosprawnych), następnie 4-7 (30.77% niepełnosprawnych) oraz 0-3 (29.35% niepełnosprawnych). W grupie 0-3 najczęstszą przyczyną orzekania o niepełnosprawności było inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego(20.16%), całościowe zaburzenia rozwojowe (17.74%) oraz choroby neurologiczne (15.73%). W przedziale wiekowym 4 -7 najczęściej orzekano o niepełnosprawności z powodu całościowych zaburzeń rozwoju (25.77%), innych, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego (20%) oraz chorób neurologicznych (16.92%). Najrzadziej orzekano z powodu chorób układu pokarmowego (0.38%). W przedziale wiekowym 8 – 16 niepełnosprawność orzekana była z powodu całościowych zaburzeń rozwoju (17.51%) a najrzadziej z powodu zaburzeń głosu, mowy oraz słuchu (1.19%)(Tabela 29).

Wykres 40. Przyczyny niepełnosprawności osób poniżej 16r.ż. w podziale na płeć w Krakowie w 2015r



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

W 2015 roku w grupie osób poniżej 16 r.ż. niepełnosprawność dotykała częściej chłopców niż dziewczęta. Największe różnice występowały w całościowych zaburzeniach rozwojowych (u chłopców 85%, dziewczęta 15%). W większości przyczyn niepełnosprawności chłopcy mają przewagę nad dziewczętami, jednakże w przypadku chorób układu pokarmowego (chłopcy 47%, dziewczęta 53%) oraz chorób układu moczowego (chłopcy 40%, dziewczęta 60%) dziewczęta przeważają nad chłopcami (Wykres 40).

8.2 Osoby powyżej 16 roku życia

Z analizy danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności wynika, że w 2015r. w Krakowie wśród osób powyżej 16 r. ż. Wydano 12739 orzeczeń o niepełnosprawności. Najczęściej wydawano orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (8565 orzeczeń; 67,23% niepełnosprawnych), następnie o lekkim stopniu niepełnosprawności (2459 orzeczeń; 19,3% niepełnosprawnych) oraz o znacznym stopniu niepełnosprawności (1715 orzeczeń; 13,46% niepełnosprawnych) (Tabela 30).

Tabela 30. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16r.ż. ze względu na stopień niepełnosprawności oraz wiek w Krakowie w 2015r.

Przyczyny niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Wiek			
	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	16 – 25	26 – 40	41 – 60	60+
Upośledzenie umysłowe	39	34	0	40	18	12	3
Choroby psychiczne	130	893	343	102	392	623	249
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	14	33	51	10	10	41	37
Choroby narządu wzroku	100	45	41	17	21	54	94
Upośledzenia narządu ruchu	265	4929	1317	86	303	1783	4339
Epilepsja	0	79	71	20	48	62	20
Choroby układu oddechowego i krążenia	308	1024	319	33	59	562	997
Choroby układu pokarmowego	159	137	28	13	23	143	145
Choroby układu moczowo – pęciowego	221	288	18	10	40	204	273
Choroby neurologiczne	381	901	188	60	173	503	734
Inne	84	184	79	47	50	151	99

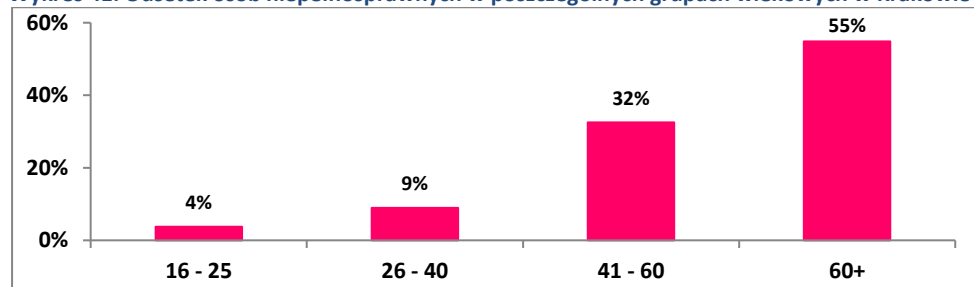
Przyczyny niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności			Wiek			
	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	16 – 25	26 – 40	41 – 60	60+
Całościowe zaburzenia rozwojowe	14	18	4	34	2	0	0
Razem	1715	8565	2459	472	1139	4138	6990

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

Najczęściej wydawano orzeczenia z powodu upośledzenia narządu ruchu (6511 orzeczeń; 51.11% niepełnosprawnych), chorób układu oddechowego i krążenia (1651 orzeczeń; 12.96% niepełnosprawnych), chorób neurologicznych (1470 orzeczeń; 11.54% niepełnosprawnych) oraz chorób psychicznych (1366 orzeczeń; 10.72% niepełnosprawnych). Najrzadziej wydawano orzeczenia dotyczących całościowego zaburzenia rozwojowego (36 orzeczeń; 0.28% niepełnosprawnych), upośledzeń umysłowych (73 orzeczeń; 0.57% niepełnosprawnych), zaburzeń głosu, mowy, słuchu (98 orzeczeń; 0.77% niepełnosprawnych), epilepsji (150 orzeczeń; 1.18% niepełnosprawnych), chorób narządu wzroku (186 orzeczeń; 1.46% niepełnosprawnych), chorób układu pokarmowego (324 orzeczeń; 2.54% niepełnosprawnych), innych przyczyn (347 orzeczeń, 2.72% niepełnosprawnych) oraz chorób układu moczowo – płciowego (527 orzeczeń; 4.14%)(Tabela 30).

Największy odsetek osób niepełnosprawnych znajduje się w grupie wiekowej 60 i więcej lat (55% niepełnosprawnych), następnie w grupie wiekowej 41 - 60 lat (32% niepełnosprawnych) Najmniej w grupie wiekowej 16-25 lat (4% niepełnosprawnych) oraz w grupie wiekowej 26 – 40 lat (9% niepełnosprawnych) (Wykres 41).

Wykres 41. Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych w Krakowie w 2015r.



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

W grupach wiekowych 16 – 25 lat oraz 26 – 40 lat najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były choroby psychiczne (0.8% ; 3.08% niepełnosprawnych), upośledzenia ruchu (0.68% ; 2.38% niepełnosprawnych) oraz choroby neurologiczne (0.47%; 1.36% niepełnosprawnych). W tych samych grupach wiekowych najrzadziej występowały całościowe zaburzenia rozwojowe (0.27%; 0.02% niepełnosprawnych) oraz zaburzenia głosu, mowy i słuchu (0.08 % niepełnosprawnych w obu grupach wiekowych). Wśród osób niepełnosprawnych w grupie wiekowej 41-60 najczęstszą przyczyną niepełnosprawności było upośledzenie narządu ruchu (14% niepełnosprawnych), choroby psychiczne (4.89% niepełnosprawnych) oraz choroby układu oddechowego i krążenia (4.41% niepełnosprawnych). W najstarszej grupie wiekowej 60+ najczęściej występowała niepełnosprawność z powodu upośledzenia narządu ruchu (34,06% niepełnosprawnych), następnie chorób układu oddechowego i krążenia (7.83% niepełnosprawnych) oraz chorób neurologicznych (5,76% niepełnosprawnych). Najrzadziej w tych dwóch grupach wiekowych (41 – 60 oraz 60+) występowało upośledzenie umysłowe (0.09%; 0.02% niepełnosprawnych). Także w tych dwóch grupach nie wydano żadnych orzeczeń dotyczących całościowego zaburzenia rozwoju (Tabela 30). Wśród osób niepełnosprawnych powyżej 16 r. ż kobiety stanowiły 49,7% niepełnosprawnych, a mężczyźni 50.3% niepełnosprawnych. Najliczniejszą grupę z uwzględnieniem poziomu wykształcenia stanowiły osoby z wykształceniem średnim (35.94% niepełnosprawnych), następnie z wykształceniem zasadniczym (24.94

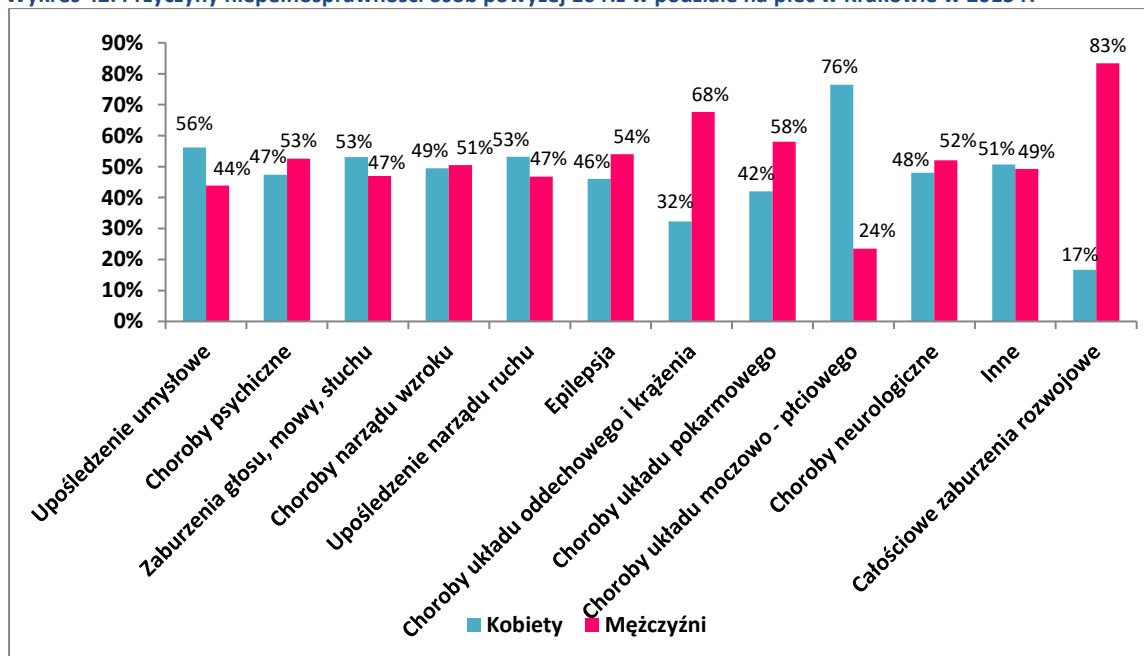
%), osoby z wykształceniem wyższym (22.49%) oraz osoby z wykształceniem podstawowym (12.12%) (Tabela 31).

Tabela 31. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16 r.ż ze względu na płeć i wykształcenie w Krakowie w 2015r.

Przyczyny niepełnosprawności	Płeć			Wykształcenie			
	Kobiety	Mężczyźni	Mniej niż podstawowe	Podstawowe	Zasadnicze	Średnie	Wyższe
Upośledzenie umysłowe	41	32	38	25	8	2	0
Choroby psychiczne	648	718	52	244	369	541	160
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	52	46	6	17	34	30	11
Choroby narządu wzroku	92	94	12	32	30	72	40
Upośledzenia narządu ruchu	3463	3048	248	577	1545	2416	1725
Epilepsja	69	81	4	30	52	48	16
Choroby układu oddechowego i krążenia	534	1117	58	272	528	517	276
Choroby układu pokarmowego	136	188	7	50	86	119	62
Choroby układu moczowo – płciowego	403	124	19	48	119	208	133
Choroby neurologiczne	705	765	94	177	325	516	358
Inne	176	171	24	55	79	105	84
Całościowe zaburzenia rozwojowe	6	30	12	17	2	5	0
Razem	6325	6414	574	1544	3177	4579	2865

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

Wykres 42. Przyczyny niepełnosprawności osób powyżej 16 r.ż w podziale na płeć w Krakowie w 2015 r.



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

Na powyższym wykresie przedstawiono przyczyny niepełnosprawności dla populacji powyżej 16 r. ż. . Można zaobserwować dysproporcje ze względu na płeć. Największe różnice występują dla chorób układu krążenia (u mężczyzn 8,77%, u kobiet 4,19% niepełnosprawnych), upośledzenia narządu ruchu (u kobiet 27,18%, u mężczyzn 23,93% niepełnosprawnych) oraz dla chorób układu moczowo-płciowego (u kobiet 3,16%, u mężczyzn 0,97% niepełnosprawnych) (Wykres 42).

9. Wskaźniki ZUS dotyczące Gminy Miejskiej Kraków (absencja chorobowa, renty, wydatki ZUS)

Absencja chorobowa inaczej czasowa niezdolność od pracy to zjawisko mierzalne obiektywnie. Zgodnie z prawem wyróżnia się 3 rodzaje absencji chorobowej: z tytułu własnej, z tytułu opieki nad dzieckiem oraz z tytułu opieki nad innymi członkiem rodziny. Czasową niezdolność do pracy regulują następujące akty prawne:

- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- ustawy regulujące kwestie związane z absencją chorobową w odniesieniu do tzw. służb mundurowych,
- Kodeks Pracy.

Z danych przedstawionych przez Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych na grudzień 2015 wynika, że w Krakowie liczba osób pobierających emerytury i renty wyniosła 167 900, z czego emerytury pobierały 122 100 osoby, 20 500 osób pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy, a renty rodzinne do których uprawniona jest co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie pobierały 25 400 osoby.

Osób, którym przyznano emerytury i renty w 2015r w Krakowie było ogółem 5 700, z czego emerytury otrzymało 4 400 osób, renty z tytułu niezdolności do pracy 800 osób, a rentę rodzinną, do których uprawniona jest, co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie 500 osób.

Przeciętna wysokość świadczenia emerytalno – rentowego, z dodatkami pielęgnacyjnymi dla sierot zupełnych, wypłacana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie (stan na grudzień 2015r.) wynosiła:

- 2 145,82 zł dla emerytur i rent ogółem
- 2 208,25 zł dla emerytur
- 1 934,80 zł dla renty z tytułu niezdolności do pracy
- 2 015,56 zł dla renty rodzinnej, do których uprawniona jest, co najmniej jedna osoba zamieszkała w Krakowie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wśród mieszkańców Krakowa wypłacił w 2015 r. emerytury w 38% mężczyznom (1667), a 62 % kobietom (2735)(Tabela 32).

Tabela 32. Osoby zamieszkałe w mieście na prawach powiatu Kraków, którym przyznano emerytury¹ wypłacane przez ZUS wg wieku² i płci w 2015r.

Wiek w latach	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
59 i mniej	91	7	84
60 – 64	3008	395	2613
65 – 69	1288	1252	36
70 i więcej	15	13	2
Ogółem	4402	1667	2735

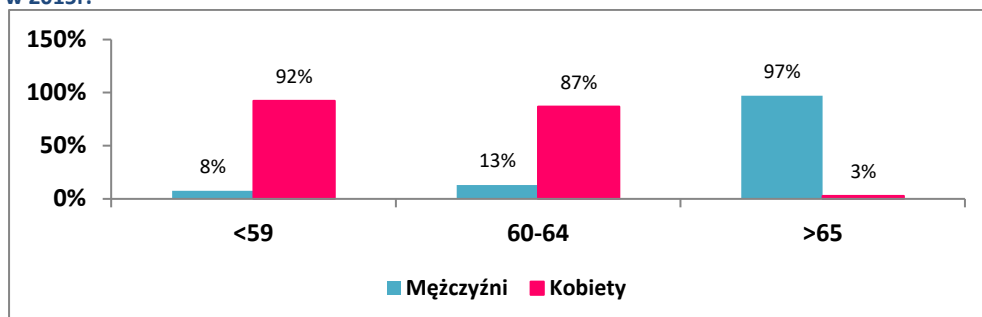
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

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

² Wiek w momencie przyznania.

W grupie kobiet, które otrzymały w 2015 r. emerytury wypłacane przez ZUS 95.54 % było w wieku 60 – 64 lat (2613 osób), 3.07 % w wieku poniżej lub równo 59 lat (84 osób), 1.32% w 65 – 69 r. ż. (36) oraz 0.07% w wieku 70 i więcej lat (2 osoby). W grupie mężczyzn najwięcej emerytur otrzymało 75.10% osób w wieku 65 – 69 (1252 osób), 23,70 % w wieku 60 – 64 (395 osób), 0,78% w wieku 70 i więcej (13 osób) oraz 0.42% poniżej 59 r. ż. (7 osób) (Tabela 32).

Wykres 43. Struktura wiekowa kobiet i mężczyzn otrzymujących emerytury wypłacane przez ZUS w Krakowie w 2015r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Renty z powodu niezdolności do pracy ZUS wypłacał w 2015r. 20 463 osobom, w tym 11 917 mężczyznom oraz 8546 kobietom. Renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji pobrało 2208 osób, w tym 1335 mężczyzn i 873 kobiety. Renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy pobrało 5314, w tym większość mężczyzn (3118) niż kobiet (2196). Renty z powodu częściowej niezdolności do pracy przyznano 12 941 osobom, w tym 7464 mężczyznom oraz 5477 kobietom (Tabela 33).

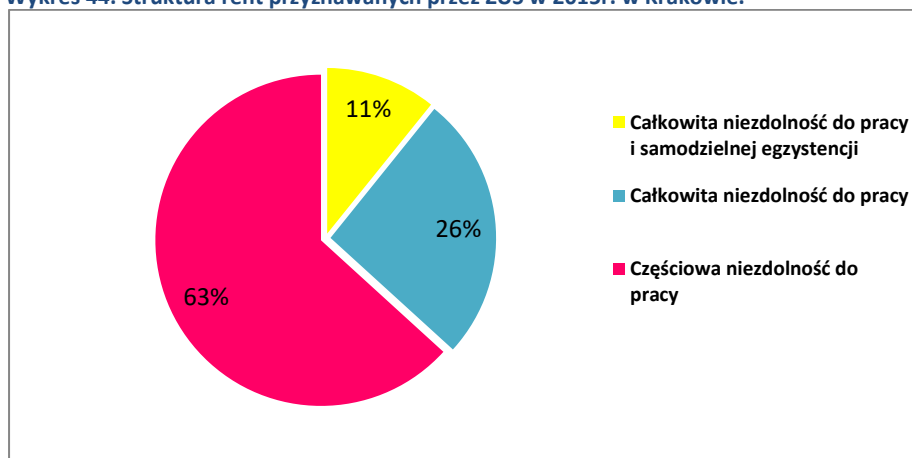
Tabela 33. Rodzaj rent przyznawanych przez ZUS w podziale na płeć w Krakowie w 2015r.

Rodzaj renty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	2208	1335	873
Całkowita niezdolność do pracy	5314	3118	2196
Częściowa niezdolność do pracy	12941	7464	5477
Ogółem	20463	11917	8546

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Z analizy struktur rent wynika, że w 2015 roku 63 % rent przyznanych przez ZUS w Krakowie stanowiły renty z powodu częściowej niezdolności do pracy, 26 % z powodu całkowitej niezdolności do pracy, a 11% stanowiły renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (Wykres 44).

Wykres 44. Struktura rent przyznawanych przez ZUS w 2015r. w Krakowie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Najwięcej świadczeniobiorców rent z powodu niezdolności do pracy wypłacanych przez ZUS w 2015r. było wśród osób w wieku 55 – 59 lat (21.55%) oraz osób w wieku 60 – 64 lat (21.40%). Wśród mężczyzn z powodu niezdolności do pracy najwięcej rent stanowiły osoby w wieku 60- 64 lat (30.67%) oraz 55 – 59

(17.66%). W grupie kobiet najliczniej rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierały kobiety w wieku 55- 59 lat (26.96%) oraz 75 – 79 lat (11.79%)(Tabela 34).

Tabela 34. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w podziale na wiek w 2015r.

Wiek w latach	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
19 i mniej	-	-	-	-	-	-
20 – 24	4	0,02%	1	0,01%	3	0,04%
25 – 29	33	0,16%	24	0,20%	9	0,11%
30 – 34	138	0,67%	90	0,76%	48	0,56%
35 – 39	463	2,26%	259	2,17%	204	2,39%
40 – 44	701	3,43%	395	3,31%	306	3,58%
45 – 49	1098	5,37%	594	4,98%	504	5,90%
50 – 54	1901	9,29%	985	8,27%	916	10,72%
55 – 59	4409	21,55%	2105	17,66%	2304	26,96%
60 – 64	4379	21,40%	3655	30,67%	724	8,47%
65 – 69	1464	7,5%	962	8,07%	502	5,87%
70 – 74	1498	7,32%	646	5,42%	852	9,97%
75 – 79	1872	9,15%	864	7,25%	1008	11,79%
80 – 84	1479	7,23%	766	6,43%	713	8,34%
85 – 89	722	3,53%	395	3,31%	327	3,83%
90 i więcej	302	1,48%	176	1,48%	126	1,47%
Ogółem	20463	100%	11917	100%	8546	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w największej liczbie pobierały osoby w wieku 55 – 59 lat (22,83%). W populacji mężczyzn najwięcej rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji pobrały osoby w wieku 60 – 64 lat (25,54%), a wśród populacji kobiet w wieku 55 – 59 (28,18%)(Tabela 35).

Tabela 35. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w podziela na wiek i płeć w 2015r.

Wiek w latach	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
19 i mniej	-	-	-	-	-	-
20 – 24	-	-	-	-	-	-
25 – 29	6	0,27%	5	0,37%	1	0,11%
30 – 34	28	1,27%	17	1,27%	11	1,26%
35 – 39	82	3,71%	40	3,00%	42	4,81%
40 – 44	99	4,48%	58	4,34%	41	4,70%
45 – 49	164	7,43%	88	6,59%	76	8,71%
50 – 54	262	11,87%	143	10,71%	119	13,63%
55 – 59	504	22,83%	258	19,33%	246	28,18%
60 – 64	395	17,89%	341	25,54%	54	6,19%
65 – 69	74	3,35%	69	5,17%	5	0,57%
70 – 74	47	2,13%	26	1,95%	21	2,41%
75 – 79	71	3,22%	28	2,10%	43	4,93%
80 – 84	138	6,25%	70	5,24%	68	7,79%
85 – 89	184	8,33%	91	6,82%	93	10,65%
90 i więcej	154	6,97%	101	7,57%	53	6,07%
Ogółem	2208	100%	1335	100%	873	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Najliczniej renty z powodu całkowitej niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w 2015 r. dla Gminy Miejskiej Kraków pobrały osoby w wieku 55 – 59 lat (22.07%). Z populacji mężczyzn rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy pobrało 30.89% osób w wieku 60 – 64 lat oraz 17.90% w wieku 55- 59 lat. W populacji kobiet najwięcej rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy pobrało 28.01 % kobiet w wieku 55 – 59 lat oraz 13.66 % w wieku 50 – 54 lat (Tabela 36).

Tabela 36. Osoby pobierające renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w 2015r. zamieszkałe w Krakowie w podziale na wiek i płeć.

Wiek w latach	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
19 i mniej	-	-	-	-	-	-
20 – 24	-	-	-	-	-	-
25 – 29	10	0,19%	7	0,22%	3	0,14%
30 – 34	43	0,81%	27	0,87%	16	0,73%
35 – 39	210	3,95%	117	3,75%	93	4,23%
40 – 44	293	5,51%	164	5,26%	129	5,87%
45 – 49	382	7,19%	212	6,80%	170	7,74%
50 – 54	597	11,23%	297	9,53%	300	13,66%
55 – 59	1173	22,07%	558	17,90%	65	28,01%
60 – 64	1153	21,70%	963	30,89%	190	8,65%
65 – 69	293	5,51%	225	7,22%	68	3,10%
70 – 74	257	4,84%	105	3,37%	152	6,92%
75 – 79	412	7,75%	184	5,90%	228	10,38%
80 – 84	313	5,89%	162	5,20%	151	6,88%
85 – 89	140	2,63%	78	2,50%	62	2,82%
90 i więcej	38	0,72%	19	0,61%	19	0,82%
Ogółem	5134	100%	3118	100%	2196	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Tabela 37. Osoby pobierające renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w 2015r. zamieszkałe w Krakowie w podziale na płeć i wiek.

Wiek w latach	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
19 i mniej	-	-	-	-	-	-
20 – 24	4	0,03%	1	0,01%	3	0,05%
25 – 29	17	0,13%	12	0,16%	5	0,09%
30 – 34	67	0,52%	46	0,62%	21	0,38%
35 – 39	171	1,32%	102	1,37%	69	1,26%
40 – 44	309	2,39%	173	2,32%	136	2,48%
45 – 49	552	4,27%	294	3,94%	258	4,71%
50 – 54	1042	8,05%	545	7,30%	497	9,07%
55 – 59	2732	21,11%	1289	17,27%	1443	26,35%
60 – 64	2831	21,88%	2351	31,50%	480	8,76%
65 – 69	1097	8,48%	668	8,95%	429	7,83%
70 – 74	1194	9,23%	515	6,90%	679	12,40%
75 – 79	1389	10,73%	652	8,74%	737	13,46%
80 – 84	1028	7,94%	534	7,15%	494	9,02%
85 – 89	398	3,08%	226	3,03%	172	3,14%
90 i więcej	110	0,85%	56	0,75%	54	0,99%
Ogółem	12941	100%	7464	100%	5477	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w 2015 r. w Gminie Miejskiej Kraków pobrano w wieku 60 – 64(21.88%) oraz w wieku 55 – 59 lat (21.11%). Z populacji mężczyzn najwięcej rent z tytułu częściowej niezdolności do pracy pobrało 31.50 % osób w wieku 60 – 64 oraz 55 – 59 (17.27%). Wśród populacji kobiet największą liczbę rent z tytułu częściowej niezdolności do pracy pobrało 26.35% w wieku 55 – 59 lat oraz 75- 79 (13.46%)(Tabela 37).

Tabela 38. Liczba osób zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uprawnionych do renty rodzinnej wypłacanej przez ZUS, w podziale na wiek i płeć w 2015r.

Wiek w latach	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
4 i mniej	60	0,23%	32	1,31%	28	0,12%
5 – 9	180	0,69%	89	3,63%	91	0,38%
10 – 14	357	1,36%	170	6,94%	187	0,79%
15 – 19	746	2,84%	347	14,17%	399	1,68%
20 – 24	1234	4,70%	543	22,17%	691	2,90%
25 – 29	89	0,34%	42	1,71%	47	0,20%
30 – 34	124	0,47%	70	2,86%	54	0,23%
35 – 39	196	0,75%	98	4,00%	98	0,41%
40 – 44	202	0,77%	90	3,67%	112	0,47%
45 – 49	186	0,71%	77	3,14%	109	0,46%
50 – 54	431	1,64%	89	3,63%	342	1,44%
55 – 59	1352	5,15%	189	7,72%	1163	4,89%
60 – 64	1936	7,38%	257	10,49%	1679	7,06%
65 – 69	2524	9,62%	134	5,47%	2390	10,05%
70 – 74	3001	11,44%	81	3,31%	2920	12,28%
75 – 79	3948	15,05%	5	2,16%	3895	16,37%
80 – 84	4564	17,40%	46	1,88%	4518	18,99%
85 – 89	3489	13,30%	33	1,35%	3456	14,53%
90 i więcej	1618	6,17%	9	0,37%	1609	6,76%
Ogółem	26 237	100%	2449	100%	23 788	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

W 2015 r. ZUS w Krakowie przyznał renty rodzinne dla 26 237 osób, w tym 23 788 kobiet (91%) oraz 2449 mężczyzn (9%). W populacji mężczyzn renty rodzinne najczęściej otrzymały osoby w wieku 20 – 24 lata (22.17%) oraz 15 – 19 lat (14.17%). W populacji kobiet najczęściej rentę rodzinną otrzymały osoby w wieku 80 -84 lata (18.99%) oraz 75 – 79 lat (16.37%)(Tabela 38).

10. Liczba przeprowadzonych transplantacji

Transplantacja jest to przeszczep narządów lub tkanek od zmarłego lub żywego dawcy. W latach 2011 – 2016 nastąpił wzrost liczby dokonywanych przeszczepów. Organami najczęściej przeszczepianymi w Polsce są nerki oraz wątroba. W 2016 dokonano 167 przeszczepów nerek od zmarłych dawców oraz 50 przeszczepów od żywych dawców. W tym samym roku najmniej było przeszczepów trzustki, jednakże w latach 2011 – 2016 liczba transplantacji tego narządu znajdowała się na podobnym poziomie (w 2011: 34 przeszczepów, w 2016: 40 przeszczepów). W latach 2011 – 2016 dokonywanych było coraz więcej przeszczepów serca (w 2011: 85 transplantacje, w 2016: 104 transplantacje). Także wzrost dotyczy przeszczepów płuc, których w 2016 roku było o 60 więcej niż w 2011 (2016: 82 przeszczepy, 2011: 22 przeszczepy)(Tabela 39).

Tabela 39. Liczba transplantacji w Polsce w latach 2011 - 2016.

Organ	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Serce	85	81	91	79	101	104
Płuca	22	40	38	52	62	82
Nerki	1088	1212	1174	1180	1040 + 6LD	167 + 50LD ³
Trzustka	34	46	39	39	41	40
Wątroba	306	331	344	360	334 + 2LD	343 + 28LD

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu.

³ LD – narządy pobrane od żywych dawców

W Małopolsce podobnie jak w Polsce najwięcej transplantacji dotyczyło nerek. W 2016 roku 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 roku w Małopolsce dokonano tylko 1 przeszczepu (Tabela 40).

Tabela 40. Liczba transplantacji w Małopolsce w latach 2011 - 2016.

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu.

W Krakowie w latach 2011 – 2016 dokonywano jedynie transplantacji serca oraz nerek. W latach 2011 – 2016 nastąpił spadek liczby dokonywanych przeszczepów serca (z 10 transplantacji w 2011r. do 4 transplantacji w 2016r.). Liczba przeszczepów nerek w 2016r. wzrosła w porównaniu do 2011 o 23 transplantacje, jednakże najwięcej przeszczepów tego narządu dokonano w 2013 – 80 przeszczepów. Od 2013 nastąpił spadek transplantacji nerek w Krakowie do 55 (Tabela 41).

Tabela 41. Liczba transplantacji w Krakowie w latach 2011 - 2016.

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Poltransplantu.

11. Liczba sprzętu medycznego w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2010 – 2015.

Definicja aparatury medycznej zawarta jest w pojęciu „wyrób medyczny”, zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010.211), gdzie „wyrób medyczny to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany 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:

- Diagnostowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby
- Diagnostowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia
- Badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego
- Regulacji poczęć

- których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane taki środkami”⁵

W Polsce zauważalny jest liczby sprzętu medycznego. W 2015 w porównaniu do 2010 roku było o 136 więcej rezonansów magnetycznych oraz 212 tomografów komputerowych. Od 2012 roku do 2015 wzrosła także liczba pozytonowych tomografów komputerowych z 19 w 2012r. do 26 w 2015r. (Tabela 42).

⁴Liczba przeszczepów płuc oraz serc w latach 2011 – 2015 podawana jako dane przeszczepów wielonarządowych.

⁵ Ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010.211)

Tabela 42. Liczba sprzętu medycznego w Polsce w latach 2010 - 2015.

Lata	Rezonans magnetyczny	Tomograf komputerowy	Pozytonowy tomograf komputerowy
2010	148	430	b.d
2011	176	506	b.d
2012	202	574	19
2013	239	640	16
2014	246	584	34
2015	284	642	26

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia.

W Małopolsce liczba rezonansów magnetycznych zmalała od 2010 do 2012 o 5 sztuk, jednakże od 2013 do 2015 liczba rezonansów wzrosła do 27. Liczba tomografów komputerowych wzrastała do 2014 roku (2010r.: 46 sztuk, 2014r.: 58 sztuk). W 2015 w województwie małopolskim było 56 tomografów komputerowych. Od 2013 roku do 2015 roku wzrosła liczba pozytonowych tomografów komputerowych z 1 sztuki w 2013r. do 3 w 2015r. (Tabela 43).

Tabela 43. Liczba sprzętu medycznego w Małopolsce w latach 2010 - 2015.

Lata	Rezonans magnetyczny	Tomograf komputerowy	Pozytonowy tomograf komputerowy
2010	20	46	b.d
2011	13	45	b.d
2012	15	54	1
2013	16	57	2
2014	19	58	3
2015	27	56	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia.

W Krakowie w 2015r. liczba rezonansów magnetycznych wzrosła o 1 sztukę w porównaniu do roku 2013. Liczba tomografów komputerowych w 2015 wynosiła 21. Wzrosła o 2 sztuki w porównaniu do roku 2013. Dane dotyczące pozytonowego tomografu komputerowego pochodzą tylko z 2015 i w Krakowie w 2015r. było ich 2 sztuki (Tabela 44).

Tabela 44. Liczba sprzętu medycznego w Krakowie w latach 2010 - 2015.

Lata	Rezonans magnetyczny	Tomograf komputerowy	Pozytonowy Tomograf Komputerowy
2010	b.d	b.d	b.d
2011	b.d	b.d	b.d
2012	b.d	b.d	b.d
2013	7	19	b.d
2014	8	19	b.d
2015	8	21	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu na temat lecznictwa autorstwa Urzędu Marszałkowskiego woj. Małopolskiego.

12. Podsumowanie

- W 2016 r. Gmina Miejska Kraków liczyła 765 320 osób, w tym 408 223 kobiet i 357 097 mężczyzn. W 2015 w Krakowie mieszkało 761 069 osób, w tym 406 115 kobiet oraz 354 954 mężczyzn.
- W latach 2005 – 2015 w Krakowie występowała nadwyżka liczby kobiet nad mężczyznami i jednocześnie współczynnik feminizacji w Krakowie był wyższy niż w województwie małopolskim oraz w Polsce. W 2015 roku współczynnik feminizacji w Krakowie wynosił 114, w Małopolsce 106, a w Polsce 107.
- W Polsce przyrost naturalny wyniósł -0.67/1 000, w Krakowie 0.54/1 000, w Małopolsce 0.99/1 000 osób.
- Oczekiwana długość życia noworodka wydłużyła się od kilku lat. Dla kobiet wynosi 81.9 lat w Polsce, 82.9 lat w Małopolsce oraz w Krakowie 83.1 lat. Dla mężczyzn wynosi 71.0 lat w Polsce, 75.3 lat w Małopolsce oraz 77.1 lat w Krakowie.
- Współczynnik umieralności niemowląt w 2015r. wynosił 4.0/1 000 urodzeń żywych w Polsce, 2.9/1 000 urodzeń żywych zarówno w Małopolsce jak i w Krakowie. W Unii Europejskiej współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 3.6/1 000 urodzeń żywych.
- Dla Krakowa w roku 2015 współczynnik umieralności ogólnej wyniósł 966/ 100 tys. populacji, 1035/ 100 tys. osób w grupie mężczyzn oraz 963/ 100 tys. osób w grupie kobiet. Dla Polski współczynnik umieralności ogólnej wyniósł 1027/ 100 tys. populacji, natomiast w Unii Europejskiej 1026/ 100 tys. populacji.
- W Krakowie 2015r. była przewaga odsetka zgonów mężczyzn nad zgonami kobiet w grupach wiekowych 25 – 79. W wieku 80 – 90 i więcej lat przeważały zgony kobiet. Największa różnica widoczna jest w grupie wiekowej 50 – 54 lat (zgony mężczyzn 4%, zgony kobiet 2%). W wieku 90 i więcej lat (zgony mężczyzn 8%, zgony kobiet 19%) sytuacja była odwrotna i więcej zgonów odnotowano w grupie kobiet.
- Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2015r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 57% zgonów, w Polsce 52% zgonów). W grupie mężczyzn w Krakowie najczęstszą przyczynę zgonów stanowiły choroby układu krążenia (60% zgonów), identycznie jak w grupie kobiet.
- Pomiędzy rokiem 2014 a 2015 wzrost zapadalności na choroby zakaźne wystąpił dla boreliozy (z 35.7/100 tys. w 2014 r. do 51.24/100 tys. w 2015r.) oraz krztuśca (z 11.16/100 tys. w 2014 r. do 14.27/100 tys. w 2015r.). Spadek nastąpił m.in. w infekcjach grypopodobnych i grypie (z 14 242.93/100 tys. w 2014 r. do 11 759.7/ 100 tys. w 2015r.) oraz różyczce (24.15/100 tys. w 2014 r. do 5.1/100 tys. w 2015r.)
- W Małopolsce w 2015 roku współczynnik zapadalności na HIV wyniósł 2.8/100 tys. osób, w Polsce 3.23/100 tys. osób.
- W Polsce w 2015 stwierdzono 2094 przypadki chorób zawodowych, w tym 60% stanowili mężczyźni a 40% kobiety. W odnotowano 47 przypadków chorób zawodowych. Najwięcej zachorowań było z powodu przewlekłych chorób układu ruchu wywołanych sposobem wykonywanej pracy (23%).
- W 2015r. w Krakowie wydano 845 orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 r. ż., z czego 338 (40 %) orzeczenia w grupie dziewcząt oraz 507 (60%) w grupie chłopców. Wśród osób powyżej 16 r. ż. wydano 12739 orzeczeń o niepełnosprawności. Najczęściej wydawano orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (8565 orzeczeń; 67,23% niepełnosprawnych), następnie o lekkim stopniu niepełnosprawności (2459 orzeczeń; 19,3% niepełnosprawnych) oraz o znacznym stopniu niepełnosprawności (1715 orzeczeń; 13,46% niepełnosprawnych).

Część II. Zasoby opieki zdrowotnej w Krakowie

1. Wstęp

Do zasobów opieki zdrowotnej w Krakowie w myśl art.4 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 i jej późniejszej nowelizacji tj. ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 960) wchodzi podmioty udzielające świadczeń medycznych kwalifikujący się jako :

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

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

Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku określa rodzaje świadczeń według rodzajów prowadzonej działalności, są nimi świadczenia:

- opieki stacjonarnej i całodobowe świadczenia zdrowotne, w tym wyróżnia się świadczenia szpitalne oraz inne niż szpitalne (udzielane w: zakładzie opiekuńczo – leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej, hospicjum),
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w skład których wchodzi świadczenia udzielane w przychodniach, poradniach, ośrodkach zdrowia, lecznicach, ambulatoriach z izbą chorych, zakładach badań diagnostycznych oraz medycznych laboratoriach diagnostycznych.

W tym rozdziale zaprezentowano zasoby opieki zdrowotnej jakie posiada Gmina Miejska Kraków wraz z analizą ich dostępności i poziomu wykorzystania. 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 opieka zdrowotna – leczenie zamknięte

Na terenie województwa małopolskiego w ramach stacjonarnej opieki medycznej w 2016 roku działało 131 podmiotów leczniczych, w tym: 13 szpitali wojewódzkich (1 działający w formie spółki), 19 szpitali powiatowych, 8 szpitali resortowych, 52 niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej działających w formie spółek (w tym 3 zakłady o profilu psychiatrycznym) oraz 39 publicznych i niepublicznych zakładów opieki długoterminowej tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów. Na terenie Krakowa znajdują się 44 podmioty lecznicze udzielające świadczenia w formie stacjonarnej opieki zdrowotnej w tym:

- 7 szpitali wojewódzkich (pozycja 1-7),
- 2 szpitale powiatowe (pozycja 8-9),
- 5 szpitali resortowych (pozycja 10-14) (Tabela 45),
- 9 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej,

- 23 niepublicznych ogólnych i psychiatrycznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej

Tabela 45. Wykaz publicznych szpitali na terenie Krakowa w 2016 roku.

Lp.	Nazwa i adres
1	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80
2	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie, ul. Skarbowa 4
3	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1
4	Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul. Babińskiego 29
5	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2
6	Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Al. Modrzewiowa 22
7	Wojewódzki Szpital Okulistyczny, os. Na Wzgórzach 17 b
8	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37
9	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ, os. Na Skarpie 66
10	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1-3
11	Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddziału w Krakowie, ul. Garncarska 11
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25
13	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36
14	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, ul. Wielicka 265

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

Na terenie Krakowa swoją działalność w zakresie świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej lecznictwa zamkniętego świadczą 23 niepubliczne placówki niepubliczne (w tym 3 szpitale psychiatryczne), 9 zakładów opiekuńczo – leczniczych (w tym 1 zakład opieki hospicyjnej) oraz 2 podmioty lecznicze mające oddziały medycyny paliatywnej (Tabela 46).

Tabela 46. Wykaz niepublicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie Krakowa na 2015 r.

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

9.	Scanmed S.A. Szpital św. Rafała – Kraków, ul. A. Bochenka 12	anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej, neurochirurgiczny, chirurgii urazowo – ortopedycznej, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji
10.	Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjne ARTROMED – Kraków, ul. W. Reymonta 22	chirurgii urazowo – ortopedycznej
11.	Szpital „CenterMed” – Kraków, 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 – Kraków, ul. Grzegorzewska 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 – Kraków, ul. św. Łazarza 14	usług medyczne, lecznicze i diagnostyczne – świadczone w ramach lecznictwa otwartego i szpitalnego
14.	Carint Scanmed Sp. z. o. o. Krakowskie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii – Kraków, ul. A. Bochenka 12	pracownia hemodynamiki, sala hybrydowa, oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego, oddział intensywnej terapii, sala wybudzeniowa
15.	Centre De La Vision, – Kraków, ul. H. Sienkiewicza 34	poradnia okulistyczna, blok operacyjny
16.	VOIGT MEDICA Centrum Chirurgii Laserowej – Kraków, ul. Kluczborska 17	laserowa korekcja wad wzroku, laserowe zabiegi operacyjne
17.	NZOZ Raclawicka sp. z o.o. – Kraków, ul. Raclawicka 48	chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, urologia
18.	NZOZ Arka – Chirurgia Jednego Dnia – Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	ginekologiczno – położniczy
19.	Włodzimierz Miniewicz NZOZ MW – med – Kraków, ul. Dobrego Pasterza 207 A	specjalistyczne badania okulistyczne
20.	Medicus Sp. z.o.o Krakowskie Centrum Okulistyki ZOOPTICA – Kraków, ul. H. Wieniawskiego 62	operacje zaćmy, korekcje wzroku
21.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby – Kraków, ul. Nadbrzezie 25	ośrodek terapii uzależnień
22.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień – Kraków, ul. Suchy Jar 4	ośrodek terapii uzależnień
23.	Ujastek Chirurgia Jednego Dnia – Kraków, ul. Ujastek 3	zabiegi chirurgii i chirurgii estetycznej

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

2.1 Szpitale ogólne

Łączna liczba łóżek w szpitalach publicznych i niepublicznych w województwie małopolskim w 2015 roku wyniosła 14861.

W publicznych szpitalach w 2015 roku łącznie liczba łóżek wynosiła 6294, z czego najwięcej miejsc posiadał Szpital Uniwersytecki w Krakowie 1318 łóżek (wzrost o 18 łóżek w stosunku do roku poprzedniego). Najmniej łóżek posiadał Wojewódzki Szpital Okulistyczny (60 łóżek – stan niezmienny od 2012 r.). Tylko w 2 szpitalach publicznych nastąpił wzrost liczby łóżek w stosunku do roku ubiegłego – 2014, są nimi:

- Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
- Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ (wzrost o 5 miejsc),

W pozostałych placówkach liczba łóżek nieznacznie zmalała lub pozostała bez zmian w stosunku do roku poprzedniego. Największą redukcję liczby łóżek między rokiem 2015 a 2014 odnotowano dla Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie (2014: 522 łóżek, 2015: 469 łóżek) (**Tabela 47**).

Tabela 47. Liczba łóżek w szpitalach publicznych w Krakowie w latach 2012-2015.

Lp.	Nazwa i adres	Liczba łóżek			
		2012	2013	2014	2015
1	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80	526	541	599	597
2	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie, ul. Skarbowa 4	377	412	412	406
3	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1	624	628	658	658
4	Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie, ul. Babińskiego 29	-	-	-	793
5	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2	120	120	120	120
6	Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, Al. Modrzewiowa 22	110	110	110	110
7	Wojewódzki Szpital Okulistyczny, os. Na Wzgórzach 17 b	60	60	60	60
8	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37	439	448	432	432
9	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ, os. Na Skarpie 66	597	607	602	607
10	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1-3	431	414	415	412
11	Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddziału w Krakowie, ul. Garncarska 11	200	200	200	172
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25	-	-	-	140
13	Szpital Uniwersytecki w Krakowie ,ul. Kopernika 36	1254	1260	1300	1318
14	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, ul. Wielicka 265	556	522	522	469
SUMA		5294	5322	5430	6294

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

W 2015 roku w województwie małopolskim łączna liczba łóżek w szpitalach ogólnych niepublicznych wyniosła 1717. Liczba łóżek w Krakowie w szpitalach ogólnych niepublicznych w 2015 roku wynosiła 628. Największą liczbą łóżek posiadał szpital Położniczo-Ginekologiczny „Ujastek” sp. z o.o. Największy wzrost liczby łóżek odnotował Scanmed Szpital Św. Rafała - wzrost o 23 łóżka w stosunku do 2014 roku. Dokładną analizę zasobów miejsc w szpitalach niepublicznych w Krakowie przedstawia poniższa tabela (Tabela 48).

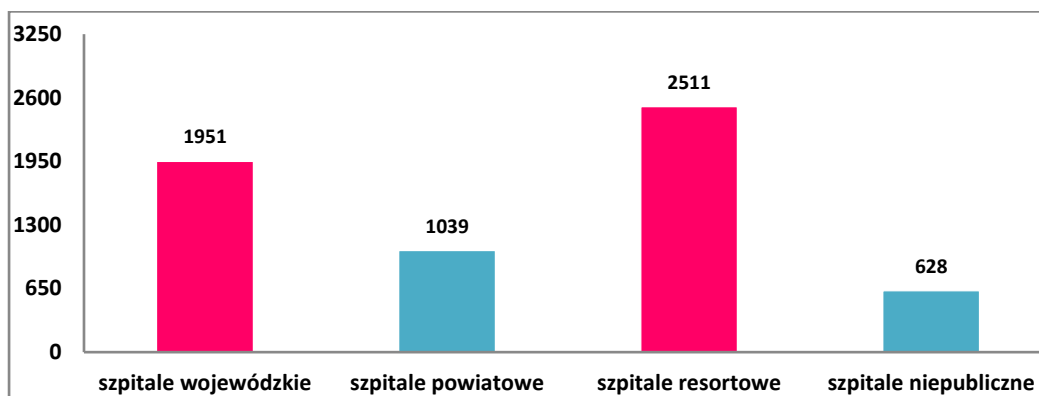
Tabela 48. Liczba łóżek w niepublicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012-2015.

Lp.	Nazwa podmiotu	Liczba łóżek			
		2012	2013	2014	2015
1.	Szpital Zakonu Bonifratrów im. św. J. Grandego w Krakowie – Kraków, ul. Trynatarska 11	118	118	113	113
2.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego – Kraków, ul. H. Siemiradzkiego 1	75	75	68	68
3.	Niepubliczny ZOZ Szpital na Siemiradzkiego – 2. Ośrodek Diagnostyczno – Operacyjny – Kraków, ul. H. Siemiradzkiego 1	5	5	5	5
4.	FEMINA Prywatne Centrum Diagnostyczno – Operacyjne Ginekologia i Położnictwo – Kraków, ul. Zagaje 67	5	5	5	5

5.	Szpital Położniczo – Ginekologiczny „UJASTEK” sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3	158	165	165	165
6.	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczne – Zabiegowe „MEDICINA” sp. z o.o. – Kraków, ul. Rogozińskiego 12	13	20	21	21
7.	Medycyna Prywatna UJASTEK sp. z o.o. Chirurgia Jednego Dnia – Kraków, ul. Ujastek 3	-	-	8	8
8.	Niepubliczny ZOZ „ORTOPEDICUM” – Kraków, ul. Koło Strzelnicy 3	33	34	34	34
9.	Niepubliczny ZOZ Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II – Kraków, os. Złota Jesień 1	36	36	26	26
10.	Niepubliczny ZOZ Scanmed Szpital św. Rafała – Kraków, ul. A. Bochenka 12	60	83	83	106
11.	Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjne ARTROMED – Kraków, ul. W. Reymonta 22	13	13	13	bd
12.	Szpital „CenterMed” – Kraków, ul. św. Łazarza 14	15	15	15	12
13.	Krakowskie Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ – Kraków, ul. A. Bochenka 15A	25	21	27	27
14.	Centre de la VISION, – Kraków, ul. H. Sienkiewicza 34	7	0	bd	7
15.	VOIGT MEDICA Centrum Chirurgii Laserowej – Kraków, ul. Balicka 255	1	0	bd	bd
16.	NZOZ Raclawicka sp. z o.o. – Kraków, ul. Raclawicka 48	2	0	bd	1
17.	NZZ Arka – Chirurgia Jednego Dnia – Kraków, ul. Królowej Jadwigi 15	4	0	bd	4
18.	Włodzimierz Miniewicz NZOZ MW – med – Kraków, ul. Dobrego Pasterza 207 A	6	0	bd	7
19.	Krakowskie Centrum Okulistyki ZOOPTICA – Kraków, ul. H. Wieniawskiego 62	1	0	bd	1
20.	NZOZ Centrum Chirurgiczne Nowa Huta Sp. z o.o. – Kraków, ul. Ujastek 3		bd	bd	bd
21.	ORTOMED Szpital – Kraków, ul. św. Łazarza 14	10	bd	bd	bd
22.	REGENMED sp. z o.o. – Kraków, ul. Grzegorzeczka 67C/U6	bd	bd	bd	bd
Ogółem		1 180	1 239	1 273	

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

Wykres 45. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w 2015r.

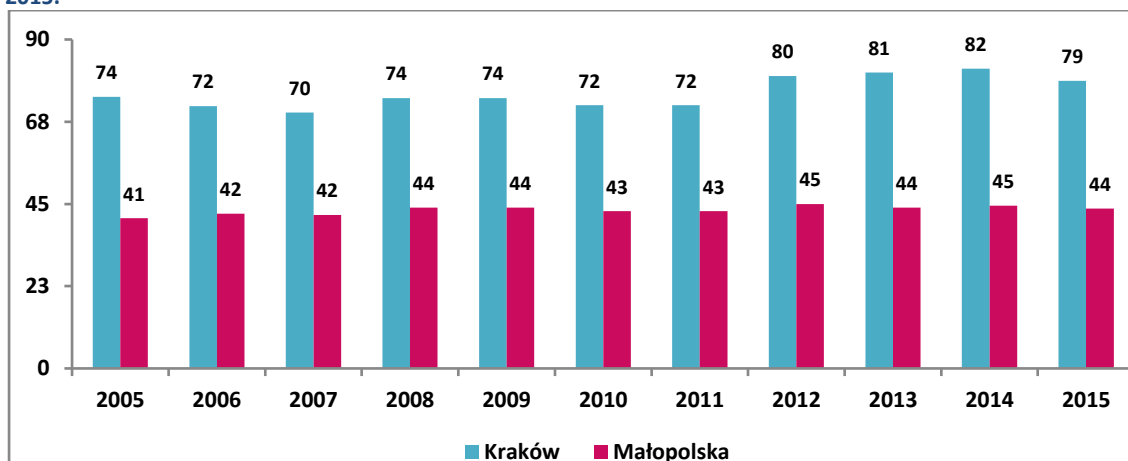


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raportu Lecznictwo w Małopolsce 2015.

Zgodnie z raportem Lecznictwa w Małopolsce z 2015 roku w Krakowie najwięcej łóżek znajdowało się w szpitalach resortowych – łącznie 2911 łóżek, kolejno łącznie w szpitalach wojewódzkich 1951 łóżek, a w szpitalach powiatowych łączna liczba łóżek wynosiła 1039. W ogólnych szpitalach niepublicznych na terenie Krakowa w 2015 roku liczba łóżek wynosiła 628 (Wykres 45).

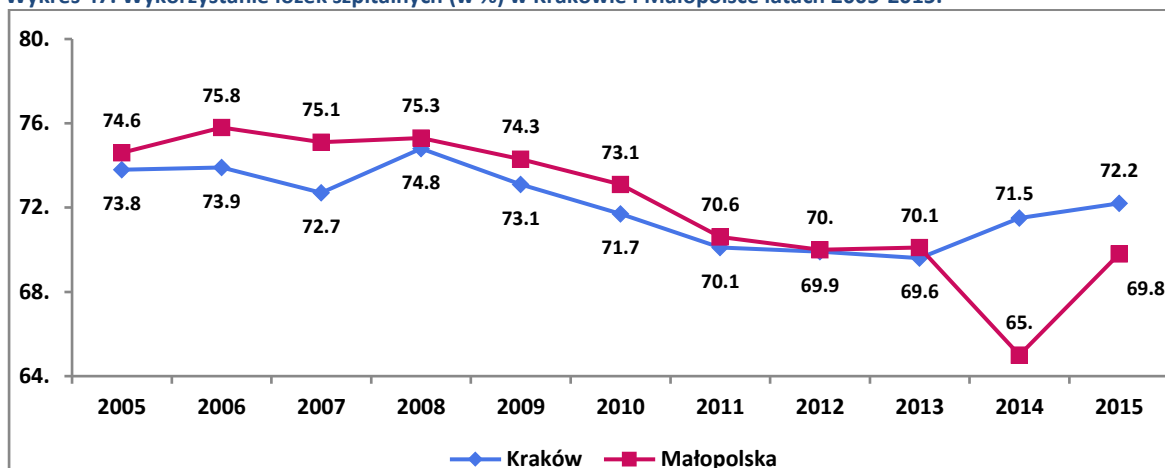
Wskaźnik dostępności szpitali, wyrażony jako liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców dla Gminy Miejskiej Kraków w latach 2000 – 2007 systematycznie malał (spadek z 80.3/10 tys. w 2000 r. do 70/10 tys. w 2007 r.), jednak w latach 2007 – 2014 obserwowany był systematyczny wzrost liczby łóżek z 70/10 tys. w 2007 r. do 82/10 tys. w 2014 r., by znów w 2015 zanotować lekki spadek do wartości 78.7/10 tys. mieszkańców. Na poziomie województwa małopolskiego w latach 2000 – 2015 liczba łóżek utrzymywała się na stabilnym poziomie w granicach 41 – 45/10 tys. (Wykres 46).

Wykres 46. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

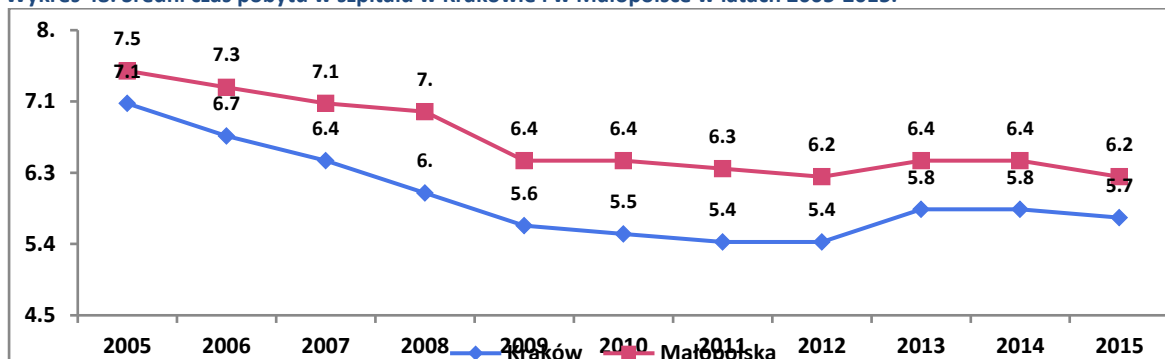
Wykres 47. Wykorzystanie łóżek szpitalnych (w %) w Krakowie i Małopolsce latach 2005-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W 2015 roku w Krakowie nastąpił procentowy wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych w porównaniu do roku 2014 (2015: 72.2%, a w 2014: 71.5%). Wzrost tego wskaźnika w tym okresie był dużo bardziej dynamiczny w odniesieniu do całego województwa małopolskiego. Procentowa wartość wykorzystania łóżek szpitalnych w Małopolsce wzrosła z 65% w 2014 roku do 69.8% w 2015 roku (Wykres 47).

Wykres 48. Średni czas pobytu w szpitalu w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005-2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Między 2005 a 2015 rokiem istotnie zmalał średni czas pobytu pacjentów w szpitalach zarówno w przypadku Krakowa jak i całego województwa. W przypadku Krakowa spadek ten został odnotowany od 7.1 dni w 2005 roku, do 5.7 dni w 2015 roku. Podobnie przedstawia się sytuacja dla całego województwa. W latach 2005-2015 wskaźnik średniego pobytu w szpitalu zmalał z wartości 7.5 dni (dla 2005r.) do 6.2 dni w 2015 roku (Wykres 48).

2.2 Stacjonarne leczenie psychiatryczne

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych. Pacjenci korzystający ze świadczeń w ramach stacjonarnej opieki psychiatrycznej uzyskują pomoc w zakresie:

- świadczeń terapeutycznych,

- programów terapeutycznych,
- niezbędnych badań diagnostycznych,
- konsultacji specjalistycznych,
- leków,
- wyrobów medycznych (w tym przedmiotów ortopedycznych),
- żywienia (z zastrzeżeniem art. 18 ustawy),
- działań edukacyjno – konsultacyjnych dla rodzin.

W Krakowie w 2015 roku publiczne i niepubliczne szpitale psychiatryczne dysponowały łącznie 880 łózkami. Najwięcej z nich posiadał Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego w Krakowie SPZOZ – 793 łóżka, a najmniej Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby – 25 łóżek. Między rokiem 2014 a 2015 nastąpił spadek w łącznej liczbie łóżek w szpitalach psychiatrycznych w Krakowie. W 2014 roku liczba łóżek we wszystkich szpitalach psychiatrycznych wynosiła 905, między 2014 a 2015 rokiem nastąpił zatem spadek liczby łóżek o 25 łóżek. (Tabela 49).

Tabela 49. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach psychiatrycznych w Krakowie w latach 2011-2015 stan na 31 grudnia.

Lp.	Nazwa i adres podmiotu	2011	2012	2013	2014	2015
1.	Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego w Krakowie SPZOZ– Kraków, ul. J. Babińskiego 29	778	786	783	810	793
2.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Osób Uzależnionych z Nawrotami Choroby – Kraków, ul. Nadbrzezie 25	25	26	25	33	25
3.	Stowarzyszenie MONAR Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień – Kraków, ul. Suchy Jar 4	65	65	62	62	62
Ogółem		868	877	870	905	880

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Raportu Lecznictwo w Małopolsce 2015.

Ponadto, w Krakowie funkcjonowały następujące publiczne zakłady opieki stacjonarnej posiadające oddziały psychiatryczne (stan na 31 grudnia 2014 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,
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36 (2 oddziały kliniczne tj.: Oddział Psychiatryczny Dorosłych oraz Oddział Psychiatryczny Dzieci,
- 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie, ul. Wrocławska 1–3.

Tabela 50. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) według wybranych rozpoznań i płci w Krakowie w 2015r.

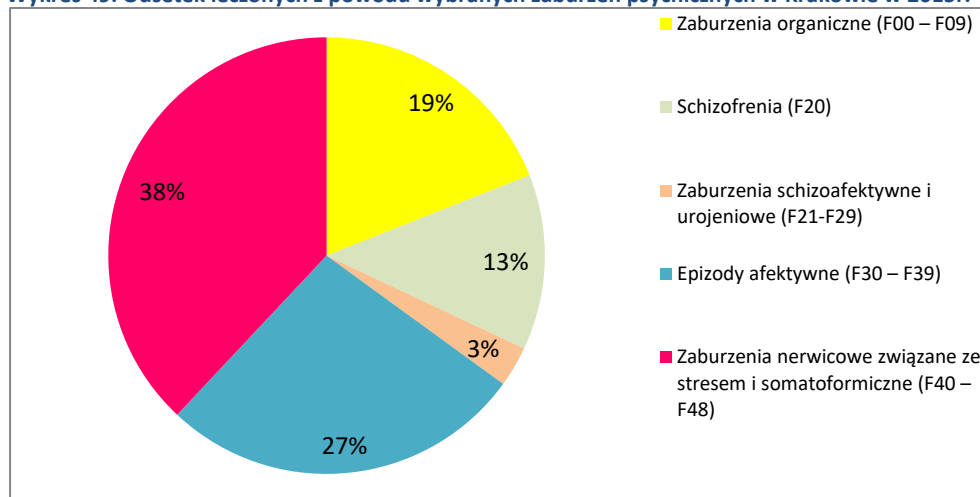
Rozpoznanie	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	N	%	N	%	N	%
Zaburzenia organiczne (F00 – F09)	9 486	19%	4 315	45%	5 171	55%
Schizofrenia (F20)	6 708	13%	3 316	49%	3 392	51%
Zaburzenia schizoafektywne i urojeniowe (F21-F29)	1 603	3%	683	43%	920	57%
Epizody afektywne (F30 – F39)	13 754	27%	4 153	30%	9 601	70%
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (F40 – F48)	19 523	38%	5 876	30%	13 647	70%

Ogółem	51 074	100%	26 495	24 579
--------	--------	------	--------	--------

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W 2015 roku liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych bez uwzględnienia uzależnień wynosiła 51 074 przypadków. Najwięcej osób leczono z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem 19 523 osób (38% spośród wszystkich zaburzeń psychicznych) w tym kobiety stanowiły 70% (13647 przypadków), a mężczyźni pozostałe 30% (5876 przypadków). Kolejnym co do częstości rozpoznaniem w 2015 roku były epizody afektywne (27% wszystkich rozpoznań). Liczba osób leczących się na epizody afektywne wynosiła 13 754 przypadki, w tym 9 601 to kobiety a 4 153 to mężczyźni. Następną pozycją co do rozpoznania były zaburzenia organiczne. Z ich powodu leczyło się 9 486 (19% wszystkich rozpoznań) - 5 171 u kobiet, 4 315 u mężczyzn. Na schizofrenię (13% wszystkich rozpoznań) w 2015 roku w Krakowie leczono łącznie 6 708 pacjentów (3 392 stanowiły kobiety, 3 316 to mężczyźni). Najmniej osób leczono z powodu rozpoznania zaburzeń schizoafektywnych i urojeniowych (3% wszystkich rozpoznań). W 2015 roku liczba leczonych z tej przyczyny osób wynosiła 1 603, z czego 920 to kobiety, a 683 to mężczyźni (Tabela 50)(Wykres 49).

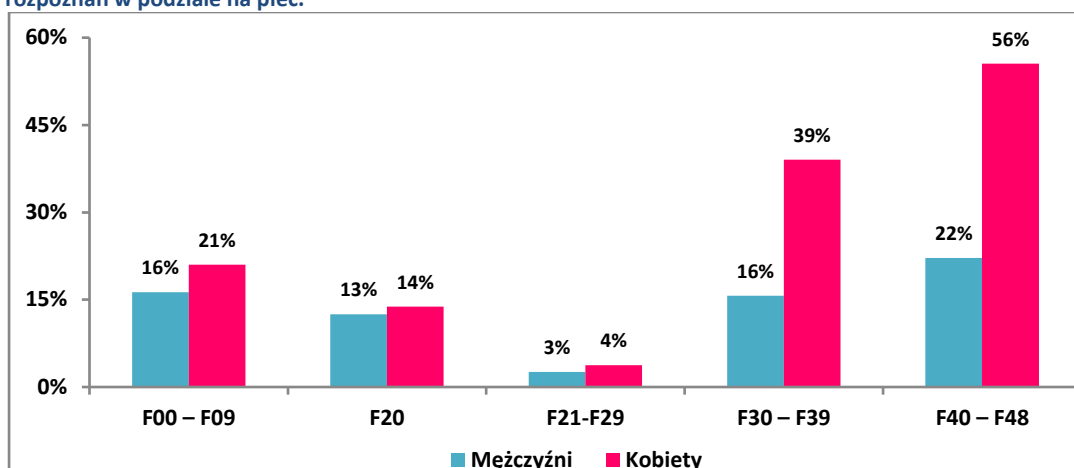
Wykres 49. Odsetek leczonych z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Krakowie w 2015r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Występowanie poszczególnych zaburzeń psychicznych różni się względem płci. W 2015 roku w Krakowie aż 56% spośród wszystkich cierpiących na zaburzenia psychiczne kobiet leczone było z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem. Odsetek ten jest dwa razy wyższy niż w przypadku mężczyzn, gdzie tylko 22% spośród leczonych na zaburzenia psychiczne było spowodowane zaburzeniami nerwicowymi. Wysoka dysproporcja zauważalna jest również w przypadku leczenia występowania epizodów afektywnych, u kobiet 39% spośród wszystkich rozpoznań, u mężczyzn 16%. Kobiety częściej w porównaniu do mężczyzn leczone są z powodu zaburzeń organicznych 21% u kobiet – 16% u mężczyzn. Nieznaczne różnice występują w przypadku rozpoznania schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych (różnica 1% w częstości występowania między kobietami a mężczyznami) (Wykres 50).

Wykres 50. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Krakowie w 2015 r. według wybranych rozpoznań w podziale na płeć.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W 2015 roku liczba osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w Małopolsce wynosiła 11 435, a w Krakowie 5 005. Liczba leczonych osób z rozpoznaniem współistniejących uzależnień od środków psychoaktywnych w Małopolsce wynosiła 148, z czego 47 to przypadki z Krakowa. W 2015 roku liczba leczonych ze względu na współuzależnienia spowodowane używaniem alkoholu w województwie małopolskim wynosiła 1 206 przypadków, z czego w Krakowie 292 (Tabela 51).

Tabela 51. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim i w Krakowie w 2015 r.

Rozpoznanie	Małopolska	Kraków
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu (F10)	11 435	5 005
Współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)	148	47
Współuzależnienia	1 206	292

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W Małopolsce w 2015 roku najczęściej osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych leczono z powodu kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych 1 466 przypadków (w tym: 995 tylko w Krakowie), kolejnym najczęstszym rozpoznaniem było używanie leków uspokajających (Małopolska: 380, Kraków: 265), następnie używanie kanabinoli (Małopolska 278, Kraków: 227), opiatów (Małopolska: 199, Kraków: 189), inne substancje pobudzające, w tym kofeina (Małopolska: 136, Kraków: 118) (Tabela 52).

Tabela 52. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych według wybranych rozpoznań w Krakowie i Małopolsce w 2015 r.

Rozpoznanie	Małopolska	Kraków
Opiaty (F11)	199	189
Kanabinole (F12)	278	227
Leki uspokajające i nasenne (F13)	380	265
Kokaina (F14)	8	6
Inne substancje pobudzające, w tym kofeina (F15)	136	118
Substancje halucynogenne (F16)	7	b.d

Lotne rozpuszczalniki (F18)	6	b.d
Kilka substancji lub inne substancje psychoaktywne (F19)	1 466	995
używanie tytoniu (F17)	66	b.d

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

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, wymagają jednak całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, którzy w ocenie wg skali Barthel (skala wg., której NFZ dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta w celu określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej) uzyskali od 0 do 40 punktów.

W 2015 roku w Krakowie istniało 10 publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących opiekę długoterminową o profilu ogólnym, w tym jeden z nich (Zakład Opiekuńczo – Leczniczy przy ul. Wielickiej 267) (Tabela 53). Dodatkowo na terenie Krakowa w roku 2015 funkcjonowały 2 przyszpitalne Oddziały Medycyny Paliatywnej (w Szpitalu Uniwersyteckim na ul. Kopernika 36 oraz w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym na ul. Wrocławskiej 1 – 3). W poszczególnych zakładach funkcjonujących na terenie Krakowa w latach 2007 – 2015 liczba łóżek przedstawiała się następująco:

- w roku 2007 – 858 łóżek,
- w roku 2008 – 900 łóżek,
- w roku 2009 – 910 łóżek,
- w roku 2010 – 949 łóżek,
- w roku 2011 – 1 119 łóżek,
- w roku 2012 – 1 206 łóżek.
- w roku 2013 – 1 261 łóżek,
- w roku 2014 – 1 322 łóżka
- w roku 2015 – 1285 łóżek.

Tabela 53. Publiczne i niepubliczne podmioty prowadzące opiekę długoterminową na terenie Krakowa w 2015 r.

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres
1	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie	30-663 Kraków, ul. Wielicka 267
2	Małopolski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża	31-513 Kraków, ul. Olszańska 5
3	Stowarzyszenie Przyjaciół Pomocy Społecznej im. L.A. Helclów - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dom-Med.	31-148 Kraków, ul. Helclów 2
4	NEOMEDICA sp. z o.o. - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zakład Opiekuńczo Leczniczy Nr 1	31-201 Kraków, ul. Prądnicka 36
5	BONA-MED. sp. z o.o. - Niepubliczny Zakład Opieki Bona-Med	31-202 Kraków, ul. Ks. K. Siemaszki 17
6	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	31-501 Kraków, ul. M.Kopernika 36
7	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek	31-502 Kraków, ul. Kołłątaja 7
8	Towarzystwa Przyjaciół Chorych "Hospicjum im. św. Łazarza" – Hospicjum Stacjonarne	31-831 Kraków, ul. Fatimska 17
9	Fundacja „Zdrowie dla Budowlanych” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy "Czwórka"	31-915 Kraków, os. Młodości 9

10	Serdeczna Troska sp. z o.o. - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Serdeczna Troska	31-989 Kraków, ul. Rzepakowa 5a
----	---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Pomiędzy rokiem 2014 a 2015 w Małopolsce nastąpił wzrost liczby łóżek w podmiotach świadczących opiekę długoterminową – w 2014 stan łóżek wynosił 3 318, w następnym roku wzrost do 3 477 łóżek, odwrotna sytuacja nastąpiła w samym Krakowie gdzie liczba łóżek istotnie zmalała z 1 322 łóżek w 2014 roku, do 1 285 łóżek w 2015 roku. W województwie małopolskim nastąpił wzrost liczby leczonych osób w instytucjach opieki długoterminowej z 11 468 pacjentów w 2014 do 12 653 pacjentów w następnym roku. W Krakowie liczba leczonych zmalała z 3 685 w 2014 do 3 583 leczonych w 2015 roku. W odniesieniu do wskaźników efektywnościowych tj. procentowego średniego wykorzystania łóżek w Małopolsce między rokiem 2014 a 2015 nastąpił spadek efektywności z 93,5% do 90%, Miasto Kraków pod względem procentowego wykorzystania łóżek opieki długoterminowej odnotowało poprawę z 94,1% w 2014 roku do 96,4% w roku następnym. W analizowanym okresie liczba leczonych na 1 łóżko w Krakowie i w Małopolsce nie różniła się istotnie (Małopolska 2014: 3,5 os./łóżko; 2015: 3,6os./łóżko; Kraków 2014: 2,8 os./łóżko; 2015: 2,7os./łóżko) (Tabela 54).

Tabela 54. Działalność komórek organizacyjnych publicznej i niepublicznej opieki długoterminowej na terenie Krakowa w 2015r.

Wyszczególnienie	Małopolska		Kraków	
	2014	2015	2014	2015
Liczba łóżek: stan na 31.12	3 318	3 477	1 322	1 285
Liczba leczonych	11 468	12 653	3 685	3 583
Średnie wykorzystanie łóżek [%]	93,5	90	94,1	96,4
Liczba leczonych na 1 łóżko	3,5	3,6	2,8	2,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Szczegółowa analiza liczby łóżek w podziale na jednostkami na terenie Gminy Miejskiej Kraków przedstawia poniższa tabela. Odnotowano spadek liczby łóżek w NZOZ „BONA-MED” sp. z o.o. o 6 łóżek, w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy przy ul. Wielickiej w Krakowie o 2 łóżka w stosunku do 2014 roku. Największy spadek odnotowano w Szpitalu Uniwersyteckim na Oddziale Medycyny Paliatywnej o 12 łóżek. (Tabela 55)

Tabela 55. Liczba łóżek w zakładach opieki długoterminowej działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2007 – 2015.

Lp	Nazwa, adres oraz profil	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1.	Zakład Usług Medycznych – Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK (os. Złotej Jesieni 1, Kraków)	42	39	44	44	44	42	42	42	42
2.	NZOZ Zakład Opiekuńczo – Lecznicy „Czwórka” (os. Młodości 9, Kraków)	80	80	80	83	80	84	84	87	87
3.	Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Nr 1 (ul. Prądnicka 36, Kraków)	36	33	35	35	35	35	35	35	35
4.	NZOZ „BONA – MED.” sp. z o.o. (ul. Siemaszki 17, Kraków)	49	86	98	98	98	115	124	115	109
5.	Zakład Opiekuńczo – Lecznicy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek (ul. Kołłątaja 7, Kraków)	72	72	72	72	72	72	72	72	72

6.	Zakład Opiekuńczo – Lecznicy „Serdeczna Troska” NZOZ (ul. Ujastek 3, Kraków)								268	
	dla dorosłych	95	95	95	120	248	260	260	264	
	dla dzieci					20	8	8	4	
7.	Zakład Opiekuńczo – Lecznicy (ul. Wielicka 267, Kraków)								511	
	zakład opiekuńczo – leczniczy	305	342	331	342	331	395	396	397	
	zakład opiekuńczo – leczniczy psychiatryczny	45	43	45	45	81	85	86	87	
	oddział medycyny paliatywnej								29	
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	
10	Niepubliczny ZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej TPCH HOSPICIUM (ul. Fatimska 17, Kraków)				Rozpoczął działalność w 2013 r.			44	44	44
11	Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Kopernika 36) Oddział medycyny paliatywnej								19	7
12	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ (ul. Wrocławska 1 – 3) Oddział Medycyny Paliatywnej								17	0
Razem		858	900	910	949	1 119	1 206	1 261	1 322	1285

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W 2015 W Gminie Miejskiej Kraków było 1829 miejsc w publicznych Domach Opieki Społecznej. Został odnotowany spadek liczby miejsc o 30 w stosunku do roku 2014. Zmniejszona liczba miejsc została w placówkach dla osób przewlekle psychicznie chorych. W pozostałych typach placówek liczba miejsc nie uległa zmianie w stosunku do roku poprzedniego (Tabela 56).

Tabela 56. Liczba miejsc w publicznych Domach Pomocy Społecznej w Gminie Miejskiej Kraków w latach 2011 – 2015

Rodzaj placówki	2011	2012	2013	2014	2015
dla osób w podeszłym wieku	166	166	171	171	171
dla osób przewlekle somatycznie chorych	737	742	747	747	747
dla osób przewlekle psychicznie chorych	576	576	576	689	659
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	128	127	87	87	87
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	-	-	-	-	-
dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	169	169	165	165	165
Ogółem	1776	1780	1746	1859	1829

* opracowanie własne na podstawie Raportów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie.

Opieka nad osobami w wieku podeszłym.

W Polsce opieka długoterminowa jest udzielana przy współdziałaniu dwóch sektorów: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Dla osób starszych i przewlekle chorych bardzo ważna jest bowiem nie tylko odpowiednia pomoc medyczna, ale też wsparcie społeczne.

Tabela 57. Prognoza liczby ludności Krakowa powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035.

Przedział wiekowy	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	44 426	49 586	45 637	37 022	38 750
70-74	28 851	40 130	45 193	41 978	34 396
75-79	24 439	24 401	34 416	39 189	36 783
80-84	18 999	18 334	18 689	26 840	31 013
85 i więcej	15 500	17 806	18 636	19 601	25 826
Razem	132 215	150257	162 571	164 630	166 768

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Na podstawie prognoz zawartych w powyższej tabeli (Tabela 57) można zauważyć, że w latach 2015 – 2035 wśród mieszkańców Krakowa nastąpi znaczący spadek liczby osób w wieku 65 – 69 (spadek z 44 426 do 38 750). W analizowanym okresie czasu prognozowany jest także wzrost liczby ludności w wieku:

- 70 – 74 z 28 851 (2015 r.) do 34 396 (2035 r.),
- 75 – 79 z 24 439 (2015 r.) do 36 783 (2035 r.),
- 80 - 84 z 18 999 (2015 r.) do 31 013 (2035 r.),
- 85 i więcej z 18 999 (2015 r.) do 31 013 (2035 r.).

Największy wzrost w 20-letniej perspektywie zauważa się w przedziale wiekowym 75-79 tj. o 12 344, następnie 80-84 lata tj. o 12 014 osób. Spadek natomiast jest przewidywany w przedziale wiekowym 65-69 tj. o 5676 osób. Wydłużenie życia oraz zauważalny wzrost liczby osób w wieku powyżej 70 roku życia w perspektywie roku 2035 nasuwa refleksje dotyczącą przygotowania społeczności lokalnej zarówno pod względem medycznym, opiekuńczym jak i gospodarczym na takie zmiany demograficzne. Główny Urząd Statystyczny w perspektywie roku 2035 przewiduje dalsze wydłużanie się trwania życia, co w ocenie tej instytucji będzie powodować przyspieszenie procesu starzenia się polskiego społeczeństwa i wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym o 11 %.

Mając na względzie powyższe dane, szczególnego znaczenia nabiera zapewnienie osobom starszym i przewlekle chorym odpowiedniej opieki. Opieka nad osobami starszymi realizowana jest obecnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Opiekę domową w systemie opieki zdrowotnej sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowe na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarskie oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej.

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci przysługują następujący zakres świadczeń w opiece długoterminowej:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
- opieka paliatywna i hospicyjna,
- pielęgniarska opieka długoterminowa,
- domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

Na terenie Miasta Krakowa poniższe podmioty lecznicze posiadają oddziały geriatryczne:

- Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Oddział Kliniczny Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Śniadeckich 10, 31 – 531 Kraków),
- Szpital Specjalistyczny im. J. Babińskiego SPZOZ - Oddział psychogeriatryczny (ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30 – 393 Kraków),
- Samodzielny Publiczny ZOZ MSW w Krakowie - Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (ul. Kronikarza Galla 25, 33-332 Kraków),
- Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla - Oddział Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Geriatrii (ul. Skarbowa 4, 31 – 121 Kraków).

W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie funkcjonuje Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Jest ona pełnoprofilową jednostką internistyczną ze szczególnym uwzględnieniem chorób wieku podeszłego. Stanowi tym samym jeden z nielicznych, a jednocześnie największy ośrodek geriatryczny w Polsce. Klinika Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej jest jedyną tego typu jednostką akademicką w Polsce, a Pracownia Medycyny Rodzinnej była pierwszym ośrodkiem szkolącym lekarzy rodzinnych w naszym kraju. Do

dyspozycji pacjentów znajduje się: 71-łóżkowy oddział kliniczny, dysponujący 2 i 3 - osobowymi salami, z osobnym węzłem sanitarnym przy każdej sali. Równocześnie w skład Kliniki wchodzi nowoczesny 8-łóżkowy Oddział Intensywnego Nadzoru. Jednostka dysponuje także rozbudowanym kompleksem pracowni diagnostycznych, wyposażonych w najwyższej klasy sprzęt medyczny. Pracownia Radiologiczna Kliniki świadczy usługi nie tylko dla potrzeb oddziału klinicznego, ale również dla zlokalizowanych w tym samym budynku klinik i zakładów, Centralnej Izby Przyjęć oraz dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Przy Klinice funkcjonuje m.in. poradnia geriatryczna.

Na terenie Miasta Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatryki świadczenia udzielane są przez 5 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. Budziszewska 1, 31-619 Kraków).

Opieka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, świadczona jest nie tylko w placówkach ochrony zdrowia. Na pomoc medyczną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia może liczyć również obłożnie chory przebywający w domu. Jeśli Pacjent jest obłożnie chory i przebywa w domu ma prawo do pomocy ze strony lekarza pierwszego kontaktu.

W przypadku osoby obłożnie chorej często konieczna jest zmiana opatrunków czy np. regularne zastrzyki. Pacjent może wówczas liczyć na pomoc pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Pielęgniarską opieką domową mogą być objęci pacjenci, którzy złożą deklarację wyboru do pielęgniarki POZ. Jeśli stan chorego będzie wymagał zachowania ciągłości udzielania świadczeń pielęgniarskich również po godz. 18.00 lub w soboty, niedziele oraz dni wolne od pracy – wówczas pacjent uzyska pomoc w ramach tzw. opieki całodobowej.

Rehabilitacja lecznicza ma na celu zapobieżenie, usunięcie, ograniczenie lub złagodzenie skutków niepełnosprawności.

W ramach rehabilitacji finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pacjent może skorzystać z:

- rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej,
- rehabilitacji ogólnoustrojowej na oddziałach dziennych,
- rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej na oddziałach stacjonarnych.

Pacjent jest zobowiązany do posiadania aktualnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Tabela 58. Hospicja i zespoły opieki paliatywnej prowadzone przez fundacje i stowarzyszenia na terenie Miasta Krakowa w 2015 r.

Lp.	Nazwa	Adres
1.	Małopolskie Hospicjum dla Dzieci w Krakowie	ul. Czerwonego Kapturka 10; 31-711 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. Studencka19; 31-116 Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacji Publicznej.

W 2015 r. na terenie Miasta Krakowa funkcjonowało 7 zakładów, które zapewniały świadczenia w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej i prowadzone były przez fundacje i stowarzyszenia (Tabela 58).

Tabela 59. Liczba łóżek w publicznych zakładach opiekuńczo-leczniczych na oddziałach opieki paliatywnej na terenie Miasta Krakowa w 2015 r.

Lp.	Nazwa	Adres	Liczba łóżek
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie	ul. Wielicka 267; 30-663 Kraków	29
2.	5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Krakowie	ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków	-
3.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Ul. M. Kopernika Kraków	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Raport o stanie miasta 2015”

W 2015 r. publiczne zakłady opiekuńczo – lecznicze działające na terenie Krakowa dysponowały łącznie 36 łózkami na oddziałach opieki paliatywnej (Tabela 59). Publiczne i niepubliczne zakłady opiekuńczo – lecznicze działające na terenie Miasta Krakowa w 2015 r. dysponowały łącznie 512 łózkami (Tabela 60).

Tabela 60. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie Miasta Krakowa w latach 2011-2015 r.

Lp.	Nazwa	Liczba łóżek				
		2011	2012	2013	2014	2015
Publiczne						
1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, ul. Wielicka 267	412	480	510	512	512
Niepubliczne						
2.	Zakład Usług Medyczo-Rehabilitacyjnych Zarządu Okręgowego PCK; os. Złotej 1	44	42	42	b.d	b.d
3.	NZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Czwórka”; os. Młodości 9	80	84	84	b.d	b.d
4.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Nr 1; ul. Prądnicka 36	35	35	35	b.d	b.d
5.	NZOZ „BONA-MED.” sp. z o.o.; ul. Siemaszki 1	98	115	124	b.d	b.d
6.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Felicjanek; ul. Kołłątaja 7	72	72	72	b.d	b.d
7.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska” NZOZ; ul. Ujastek 3	268	268	268	b.d	b.d
8.	NZOZ „DOM-MED”; ul. Helców 2	110	110	110	b.d	b.d
9.	Niepubliczny ZOZ Ośrodek Opieki Hospicyjnej TPCH HOSPICIUM; ul. Fatimska 17	-	-	44	b.d	b.d
Razem		1119	1206	1289	512	512

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

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 świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu

oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekle somatycznie chorych;
- osób przewlekle psychicznie chorych;
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej. W 2015 r. w Krakowie funkcjonowało 13 publicznych Domów Pomocy Społecznej, a łączna liczba miejsc w tych jednostkach wyniosła 1889 (Tabela 61).

Tabela 61. Wykaz i liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011-2015.

Lp.	Adres	2011	2012	2013	2014	2015
1.	os. Hutnicze 5	40	40	40	b.d	b.d
2.	os. Sportowe 9	40	40	45	45	45
3.	os. Szkolne 28	50	50	50	50	50
4.	ul. Babińskiego 25	88	87	87	87	87
5.	ul. Helców 2	332	332	332	332	332
6.	ul. Kluzeka 6	90	90	90	90	90
7.	ul. Krakowska 55	208	208	208	b.d	235
8.	ul. Łanowa 39	140	140	140	140	140
9.	ul. Łanowa 41	318	318	318	bd	374
10.	ul. Łanowa 43	169	169	165	165	165
11.	ul. Nowaczyńskiego 1	175	175	175	175	175
12.	ul. Praska 25	76	76	81	81	81
13.	ul. Radziwiłłowska 8	50	55	55	55	55
14.	ul. Rozrywka 1	b.d	b.d	b.d	b.d	60
Razem		1802	1780	1786	1220	1889

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki

Tabela 62. Liczba miejsc w niepublicznych Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011-2015.

Lp.	Podmiot	2011	2012	2013	2014	2015
1.	Zgromadzenie Sióstr Służebniczek Najświętszej Marii Panny N.P.; ul. Podgórk Tynieckie 96	50	50	50	b.d	b.d
2.	Fundacja „Zdrowie dla Budowlanych”; ul. Sołtysovska 13d	67	67	67	b.d	b.d
3.	Fundacja dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Niepełnosprawnych Intelektualnie; ul. Ułanów 25	25	25	25	b.d	b.d

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

Tabela 63. Liczba miejsc, średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w DPS w Krakowie w latach 2011-2015.

Profil działalności DPS		2011	2012	2013	2014	2015
dla osób w podeszłym wieku	liczba miejsc	233	233	238	b.d	b.d
	czas oczekiwania (mies.)	6	10	10	b.d	b.d
	liczba oczekujących	40	40	33	b.d	b.d

dla osób przewlekle somatycznie chorych	liczba miejsc	787	792	797	b.d	b.d
	czas oczekiwania (mies.)	27	24	18	b.d	b.d
	liczba oczekujących	358	286	163	b.d	b.d
dla osób przewlekle psychicznie chorych	liczba miejsc	576	576	576	b.d	b.d
	czas oczekiwania (mies.)	33	30	15	b.d	b.d
	liczba oczekujących	145	81	57	b.d	b.d
dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	liczba miejsc	128	128	127	b.d	b.d
	czas oczekiwania (mies.)	15	12	7	b.d	b.d
	liczba oczekujących	23	11	7	b.d	b.d
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	liczba miejsc	25	25	25	b.d	b.d
	czas oczekiwania (mies.)	3	3		b.d	b.d
	liczba oczekujących	3	8	1	b.d	b.d
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	liczba miejsc	169	169	165	b.d	b.d

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

Tabela 64. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w Krakowie latach 2011-2015.

Rodzaj usługi	2011	2012	2013	2014	2015
Usługi opiekuńcze	2228	2194	2097	b.d	2390
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	407	417	448	b.d	434
Łącznie	2635	2611	2545	b.d	2824
dodatkowo:					
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla rodzin z dziećmi	38 rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi	38 rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi	40 rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi	b.d	59 rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

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

3. Podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna

Podstawowa Opieka Zdrowotna jako pierwszy stopień opieki zdrowotnej należy do całego systemu, zapewniając wszystkim uprawnionym osobom dostęp do świadczeń. Opieka jest zapewniana poprzez zdeklarowanie się w podmiocie leczniczym do przystąpienia do podstawowej opieki zdrowotnej w Instytucji poprzez wybór imienny lekarza rodzinnego. Do świadczeń gwarantowanych w POZ należą świadczenia udzielane przez:

- lekarza POZ,
- pielęgniarkę POZ,
- położną POZ,
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną,
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

- transport sanitarny.

Opieka jest udzielana stacjonarnie (w gabinecie, poradni lub przychodni) lub w szczególnych wypadkach w ramach wizyt domowych (również w domu pomocy społecznej). W ramach POZ zapewniona jest również opieka pielęgniarki środowiskowej oraz położnej. Świadczenia udzielana w ramach tejże opieki obejmują:

- porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych,
- porady lekarskie udzielane w domu pacjenta w przypadkach uzasadnionych medycznie,
- świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,
- badania bilansowe, w tym badania przesiewowe,
- świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej,
- szczepienia ochronne.⁶⁷

Świadczenia POZ – za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ – udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Do Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie małopolskim w 2015 roku zadeklarowało się 3 037 463. W Krakowie liczba zadeklarowanych wyniosła 766 993 (Tabela 65).

Tabela 65. Liczba osób zadeklarowanych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie małopolskim oraz w Krakowie w 2015 roku.

Wyszczególnienie	0 – 18	19 lat i więcej	Ogółem
Województwo małopolskie	671 605	2 525 839	3 037 463
Kraków	137 611	692 938	766 993

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

Na przestrzeni lat 2010-2016 liczba świadczeniodawców w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej zmieniała się. Do 2014 roku odnotowywano wzrost liczby świadczeniodawców. W ciągu lat 2015-2016 liczba świadczeniodawców była niezmienna i wynosiła 143. Najwyższa liczba umów w ramach POZ była natomiast w 2010 roku - 346 umów. W następnych latach liczba umów malała, by również zatrzymać się na niezmiennym poziomie w latach 2015-2016 na 143 umowach (Tabela 66).

Tabela 66. Liczba świadczeniodawców z terenu Krakowa oraz liczba umów zawartych z NFZ w latach 2010 – 2016 w ramach POZ.

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Liczba placówek ambulatoryjnych w Krakowie od 2011 roku stale wzrasta. W 2011 roku łączna liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich wynosiła 565 jednostek, w 2016 roku liczba placówek wzrosła do 658. Nastąpił natomiast spadek w liczbie prywatnych praktyk lekarskich z 17 w 2011 roku do 11 w 2016 roku. Jedynie w 2014 roku liczba praktyk lekarskich wyniosła 16 (Tabela 67).

Tabela 67. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Krakowie w latach 2011 – 2016.

Typ jednostki	2011	2012	2013	2014	2015	2016
---------------	------	------	------	------	------	------

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 19 stycznia 2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 86)

⁷ Oficjalna strona internetowa NFZ (www.nfz.gov.pl, 18.11.2017)

Zakłady publiczne	62	65	55	n.d.	n.d.	n.d.
Zakłady niepubliczne	486	487	515	n.d. ⁴	n.d. ⁴	n.d. ⁴
Prywatne praktyki lekarskie – kontrakt z NFZ	17	13	10	16	11	11
Liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich – ogółem	565	565	580	602	627	658

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – opracowanie na podstawie sprawozdania MZ – 12.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna polega na udzielaniu przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczenia gwarantowane w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są udzielane w poradniach specjalistycznych w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia (także w domu chorego) przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo przez inną osobę, która ma uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologa i położnika,
- dentysty,
- wenerologa,
- onkologa,
- psychiatry,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV.

Świadczenia gwarantowane w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej to:

- porady specjalistyczne
- badania diagnostyczne
- procedury zabiegowe ambulatoryjne
- świadczenia w chemioterapii
- inne świadczenia ambulatoryjne.

Liczba udzielonych porad w poradniach specjalistycznych przedstawia się zależnie od specjalizacji, wzrostowo lub niżkowo. W większości specjalizacji w latach 2011-2016 można zaobserwować wzrost udzielonych porad. Na przełomie 2015 i 2016 roku, największy wzrost odnotowano porad pediatrycznych oraz:

- porad alergologicznych o 2 641 porad (o 1.3%),
- porad dermatologicznych o 14 234 porad (o 5.2%),
- porad neurologicznych o 6 488 porad (o 2%),
- porad onkologicznych o 10 637 porad (o 6.4%),
- **porad pediatrycznych o 25 540 porad (o 28.5%),**
- porad z ch. urazowo-ortopedycznej o 23 843 porad (o 6.6%),
- porad okulistycznych o 26 369 porad (o 5%),
- porad stomatologicznych o 64 234 porad (o 4.2%).

Wśród porad rehabilitacyjnych odnotowano spadek w liczbie porad z 127 267 w 2015 roku do 117 868 porad w 2016 roku. Spadek odnotowano również w poradni chirurgii stomatologicznej z 162 217 w 2015 roku do 156 097 w 2016 roku (spadek o 64 234). Szczegółowe informacje dotyczące liczby porad specjalistycznych w latach 2011-2016 zawarte są w Tabeli poniżej (Tabela 68).

Tabela 68. Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w Krakowie w latach 2011 – 2016.

Poradnia	Liczba udzielonych porad					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016

Alergologiczna	141 445	163 276	171 083	193 508	208 232	210 873
Diabetologiczna	90 046	110 275	105 981	109 877	113 292	114 397
Nefrologiczna	40 457	45 478	46 824	39 579	36 910	36 992
Kardiologiczna	295 852	277 203	391 473	412 675	411 499	413 339
Dermatologiczna	230 759	244 349	273 534	274 153	271 511	285 745
Neurologiczna	259 098	267 951	304 122	315 228	327 979	334 467
Onkologiczna	121 632	133 338	140 675	145 993	166 946	177 583
Rehabilitacyjna	117 692	119 966	130 778	127 542	127 267	117 868
Chorób zakaźnych	47 779	49 689	50 847	50 988	51 649	52 735
Pediatryczna	49 576	42 969	92 616	68 956	89 672	115 212
Ginekologiczno – położnicza	– 500 368	500 771	533 227	529 135	559 079	562 517
Chirurgii ogólnej	258 334	242 894	691 531	755 439	793 793	80 5255
Urazowo – ortopedyczna	– 249 206	265 225	239 637	339 284	363 424	387 267
Okulistyczna	418 304	450 203	465 638	486 019	531 455	557 824
Otolaryngologiczna	340 316	304 846	340 616	348 141	365 613	370 807
Urologiczna	119 958	116 645	139 143	144 948	151 611	155 961
Stomatologiczne – ogółem, w tym:	1 131 834	1 138 699	1 245 323	1 347 321	1 516 021	1 580 255
ortodontyczna	111 684	100 385	93 597	100 812	122 286	135 086
protetyki stomatologicznej	36 491	41 858	43 464	45 697	65 103	61 508
chirurgii stomatologicznej	94 237	106 677	129 006	122 819	162 217	156 097

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – opracowanie na podstawie sprawozdania MZ – 12.

Kolejnym istotnym wskaźnikiem ściśle związanym z liczbą udzielanych porad jest średni czas oczekiwania na świadczenia. Od 2011 roku zaobserwować można stały wzrost czasu oczekiwania na świadczenia - porady w zakresie AOS. Najbardziej wydłużony czas oczekiwania zaobserwowano:

- w alergologii z 78 dni w 2015 roku do 98 dni w 2016 roku,
- w dermatologii z 45 dni w 2015 roku do 51 w 2016 roku,
- w kardiologii z 87 dni w 2015 roku do 96 w 2016 roku,
- w onkologii z 31 w 2015 do 45 w 2016 roku,
- w okulistyce z 111 dni w 2015 roku do 130 w 2016 roku.

Szczegółowe dane dot. średniego czasu oczekiwania zawarte są w Tabeli poniżej (Tabela 69).

Tabela 69. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2012 – 2016

Rodzaj świadczenia	2012	2013	2014	2015	2016
Alergologia	70	64	65	78	98
Chirurgia dziecięca	2	1	8,5	bd	bd
Chirurgia ogólna	12	17	17	18	19
Choroby metaboliczne	33	20	40	bd	bd
Choroby płuc	41	35	36	bd	bd
Dermatologia	33	40	42	45	51
Diabetologia	68	64	58	53	57
Endokrynologia	103	144	156	bd	bd
Gastroenterologia	90	86	101	bd	bd
Geriatrya	18	17	12	bd	bd
Ginekologia i położnictwo	13	16	19	17	16
Kardiologia	98	96	90	87	96
Neurologia	41	46	54,5	62	68
Okulistyka	75	85	99	111	130
Onkologia	17	19	20	31	45
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	52	65	67	65	91
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	26	48	46	bd	bd

Otolaryngologia	26	25	26	31	39
Proktologia	42	56	46	bd	bd
Reumatologia	60	64	63,5	bd	bd
Urologia	70	90	85	99	101

Źródło: Urząd Miasta Krakowa – Biuro ds. Ochrony Zdrowia.

Liczba porad w poradniach specjalistycznych zarówno na terenie województwa małopolskiego jak i miasta Krakowa stale wzrasta. Największy wzrost liczby udzielonych porad odnotowano dla poradni pediatrycznych. W województwie małopolskim nastąpił wzrost z 119223 w 2015 roku do 143 154 w 2016 roku (wzrost o 20%), w Krakowie natomiast odnotowano wzrost porad o 28% (2015: 89 672; 2016: 115 212). 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 natomiast 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% (Kraków: 2015 - 236052; 2016 - 265 083) (Tabela 70).

Tabela 70. Porady udzielone w poradniach specjalistycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w 2015 i 2016 roku.

Poradnia (kod resortowy)	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Chorób wewnętrznych (1000 – 1009)	359618	319800	3 693 93	325 973
Alergologiczna (1010 – 1017)	415852	208232	419768	210 873
Diabetologiczna (1020 – 1021)	252730	113292	255915	114397
Kardiologiczna (1100 – 1121)	749195	411499	766423	413339
Dermatologiczna (1200 – 1203)	553642	271511	566070	285745
Neurologiczna (1220 – 1233)	692853	327979	690616	334467
Onkologiczna (1240 – 1251)	226724	166946	239752	177583
Gruźlicy i chorób płuc (1270 – 1277)	311464	112311	320893	114962
Rehabilitacyjna (1300 – 1309)	268027	127267	256735	117868
Pediatryczna (1401 – 1421)	119223	89672	143154	115212
Ginekologiczno – położnicza (1450 – 1475)	1230195	559079	1225216	562517
Chirurgiczna (1500 – 1581, 1630 – 1631)	1897571	793793	1927577	805255
Okulistyczna (1600 – 1605)	1055286	531455	1070973	557824
Otolaryngologiczna (1610 – 1617)	770563	365613	762349	370807
Zdrowia psychicznego (1700 – 1711)	454650	236052	489 264	265 083

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

Liczba porad stomatologicznych łącznie wzrosła zarówno w województwie małopolskim jak i w Krakowie w latach 2015-2016. W województwie małopolskim liczba porad wzrosła o 9,8% w 2016 roku a w Krakowie o 17,3%. W zakresie porad z chirurgii stomatologicznej liczba udzielonych świadczeń wzrosła w województwie małopolskim z 160 256 do 200 596 w 2016 roku (wzrost o 25%) a w Krakowie z 122 819 w 2015 roku do 156 097 w 2016 roku (wzrost o 27%). W województwie małopolskim o 5% wzrosła liczba porad z zakresu stomatologii zachowawczej i chorób błon śluzowych (Tabela 71).

Tabela 71. Porady udzielone w poradniach stomatologicznych na terenie województwa małopolskiego i Gminy Miejskiej Kraków w latach 2015-2016 r.

Wyszczególnienie	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków

Stomatologia zachowawcza i chorób błon śluzowych	2 820 632	1 077 993	2959756	1154473
Ortodontyczne	182 108	100 812	216 242	135 086
Protetyka stomatologiczna	62 247	45 697	82 867	61 508
Chirurgia stomatologiczna	160 256	122 819	200 596	156 097
Ogółem (1800 – 1840)	3 225 243	1 347 321	3541609	1580255

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

4. Ratownictwo medyczne

Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Na mocy ustawy od 2007 roku wojewodowie są zobowiązani do utworzenia centrum powiadamiania ratunkowego przyjmującego zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i przekierowującego zgłoszenie do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i Pogotowia Ratunkowego. Centrum Powiadamiania Ratunkowego – jako pierwsze powstałe na terenie Polski – działa w Krakowie od kwietnia 2009 roku, przyjmując zgłoszenia z numeru alarmowego 112 z terenu Krakowa i powiatu krakowskiego (ok 1,1 mln mieszkańców). Na podstawie art.32 Ustawy z 2006 roku, w skład polskiego systemu ratownictwa medycznego wchodzi również szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LPR).

Na terenie Krakowa istnieje 6 podmiotów posiadających działy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w tym jeden szpital dziecięcy (*Tabela 72*) a w Małopolsce oddziałów tego typu jest 21 (*Tabela 73*).

Tabela 72. Szpitale na terenie Gminy Miejskiej Kraków, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2015 roku.

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 Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 73. Szpitale na terenie Małopolski, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2015.

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 Dziecięcy w Krakowie	Kraków-Podgórze	Wielicka 265

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odniesieniu do wydatków na Szpitalne Oddziały Ratunkowe zauważalny jest sumaryczny wzrost nakładów pomiędzy rokiem 2015 a 2016 (2015: 112 571 687,34 zł; 2016: 123 492 325,09 zł). Również w samym Krakowie istotnie wzrosły nakłady na znajdujące się na terenie miasta Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2015 roku wartość środków wynosiła 34 410 139,11 zł, a w 2016 środki zwiększyły się niemal o 6 mln do kwoty 40 246 979,29 zł (Tabela 74).

Tabela 74. Nakłady na SOR w Krakowie i Małopolsce w latach 2015-2016.

Kraków		Małopolska	
2015	2016	2015	2016
34 410 139,11 zł	40 246 979,29 zł	112 571 687,34 zł	123 492 325,09 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na terenie Krakowa w 2015 roku działało 6 izb przyjęć w tym, 2 izby w rejonie Kraków - Krowodrza, 3 izby w rejonie Kraków - Śródmieście, 1 izba w Podgórzu. W całym województwie małopolskim funkcjonowało 11 izb przyjęć, w tym 5 poza Krakowem. Spis izb przyjęć w tabeli poniżej (Tabela 75).

Tabela 75. Izby przyjęć działające na terenie Krakowa i Małopolski w 2015r.

Lp.	Nazwa podmiotu	Adres
1	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków-Krowodrza
2	Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków-Krowodrza
3	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla, Centralna Izba Przyjęć	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	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla, Centralna Izba Przyjęć	ul. Skarbowa 1, 31-121 Kraków – Śródmieście
7	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ	Dąbrowa Tarnowska, Szpitalna 1
8	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL IM. DR JÓZEFA DIETLA W KRYNICY - ZDROJU	Krynica - Zdrój, Kraszewskiego 142
9	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH	Proszowice, Kopernika 13
10	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SP. Z O.O.	Rabka-Zdrój, Słoneczna 3
11	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E.SZCZEKLIKA W TARNOWIE	Tarnów, Szpitalna 13

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób

i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Organem założycielskim KPR jest Województwo Małopolskie jako jednostka samorządu terytorialnego. Organami KPR jest Dyrektor i Rada Społeczna składająca się z przewodniczącego wyznaczonego przez Marszałka Województwa Małopolskiego i ośmiu członków. Do zadań KPR należy:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradniach i ambulatoriach,
- realizacja świadczeń zdrowotnych na zlecenie innych podmiotów gospodarczych, instytucji, organizacji społecznych i gospodarczych, osób fizycznych i prawnych oraz pracodawców w rozumieniu Kodeksu Pracy,
- świadczenie usług transportu sanitarnego, w tym również przewozu osób specjalistycznymi
 - środkami transportu oraz materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego zgodnie z Wojewódzkim Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- udzielanie niezbędnej pomocy w przypadkach klęsk żywiołowych, katastrof oraz innych masowych zdarzeń, zagrażających zdrowiu i życiu,
- realizowanie prac badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
- uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach i regulujących kształcenie tych osób,
- realizowanie zadań obronnych wynikających z przepisów o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, przygotowujące do sprawnego działania w okresie zagrożenia państwa w czasie wojny.

KPR może prowadzić działalność gospodarczą, głównie w zakresie:

- medycznego zabezpieczenia imprez masowych,
- medycznego zabezpieczania innych imprez o charakterze sportowym, kulturalnym, oświatowym, religijnym, naukowym itp.- na zlecenie podmiotów organizujących takie imprezy,
- prowadzenia edukacji poprzez kursy, szkolenia, doszkalać i doskonalenie zawodowe na bazie Szkoły Ratownictwa Medycznego KPR,
- realizacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia,
- wynajmu pomieszczeń,
- zabezpieczania łączności bezprzewodowej, usług informatycznych i teleinformatycznych służących ratowaniu, zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia na zlecenie innych podmiotów.

Zadanie te wykonywane są przez 41 zespołów wyjazdowych w tym 7 specjalistycznych "S"; 1 neonatologiczny „N”; 25 podstawowych "P"; 5 reanimacyjno – transportowe "RT", 2 transportowe "T" i 1 wizytowy „W” oraz stacjonarnie przez ambulatorium poz i poradnie specjalistyczne. Miejsca stacjonowania karetek w liczbie 19 rozlokowane są na terenie miasta Krakowa i poza jego granicami administracyjnymi.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) znajduje się w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie przy ul. Basztowej 22, jako komórka organizacyjna Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Centrum koordynuje zgłoszenia dotyczące wydarzeń na terenie Gminy Miejskiej Kraków oraz w powiatach: krakowskim, myślenickim, wielickim, proszowickim, miechowskim, olkuskim, chrzanowskim, oświęcimskim, wadowickim, suskim nowotarskim, tatrzańskim. Zadania centrów powiadamiania ratunkowego wynikają z Ustawy o Systemie Powiadamiania Ratunkowego, gdzie w art. 3 opisane są podstawowe zasady funkcjonowania, a szczegółowe zadania obowiązujące wynikają art. 8 pkt 1 Ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku o Systemie Powiadamiania Ratunkowego. Do zakresu działania Centrum Powiadamiania Ratunkowego należy:

1) obsługa zgłoszeń alarmowych, z wyłączeniem systemów sygnalizacji pożarowej, o których mowa w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380, z 2010 r. Nr 57, poz. 353 oraz z 2012 r. poz. 908), w tym:

- odbiór zgłoszenia alarmowego,
- powiązanie zgłoszenia alarmowego z danymi teleadresowymi miejsca zgłoszenia oraz jego pozycją geograficzną,
- wybór odpowiedniej grupy podmiotów, do której zostaną skierowane zgromadzone dane o zgłoszeniu alarmowym,
- przekazanie, gdy zachodzi taka potrzeba, zgromadzonych danych drogą elektroniczną z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, a w uzasadnionych przypadkach wraz z przekierowaniem połączenia telefonicznego, zgodnie z kwalifikacją zgłoszenia, do Policji, Państwowej Straży Pożarnej, dysponentów zespołów ratownictwa medycznego lub do podmiotów, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu,
- wymiana danych o zgłoszeniach alarmowych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym, zgodnie z zakresem określonym na podstawie art. 5 ust. 6 pkt 4 oraz art. 13 ust. 3 pkt 3, z Policją, Państwową Strażą Pożarną, dysponentami zespołów ratownictwa medycznego lub innymi podmiotami, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu;

2) ewidencjonowanie i przechowywanie w systemie teleinformatycznym, przez 3 lata, danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych obejmujących całość zgłoszenia alarmowego, danych osób zgłaszających i innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia, informacji o miejscu zdarzenia i jego rodzaju oraz skróconego opisu zdarzenia;

3) wykonywanie analiz związanych z funkcjonowaniem systemu na obszarze obsługiwany przez centrum oraz tworzenie statystyk w zakresie liczby, rodzaju oraz czasów realizacji zgłoszeń alarmowych;

4) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2013 r. poz. 1166);

5) wymiana informacji i danych, z wyłączeniem danych osobowych, na potrzeby analiz z Policją, Państwową Strażą Pożarną, dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podmiotami, których numery telefoniczne są obsługiwane w ramach systemu.

6) W przypadku braku możliwości przekazania zgłoszenia alarmowego w ramach systemu i gdy jest to uzasadnione charakterem tego zgłoszenia, centrum podejmuje działania mające na celu przekazanie informacji o tym zgłoszeniu do podmiotów, do których zadań należy ochrona życia, zdrowia, bezpieczeństwa i porządku publicznego, mienia lub środowiska, których numery telefoniczne nie są obsługiwane w ramach systemu.

Zgłoszenia alarmowe z terenu Gminy Miejskiej Kraków wraz z dzielnicami Nowej Huty kierowane są w następujący sposób:

- Nr 112 – z telefonów stacjonarnych i komórkowych – WCPR, ul. Basztowa 22,
- Nr 999 – z telefonów stacjonarnych i komórkowych – CD KPR, ul. św. Łazarza 14.

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) 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 pielęgniarka 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 pielęgniarka 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 pielęgniarki systemu.

Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego Specjalistycznych odnotowuje spadek na przełomie lat 2011-2015. W 2016 roku odnotowano spadek liczby Zespołów o 28% w stosunku do roku 2011 (2011: 48, 2016:35) oraz o 10% w stosunku do roku poprzedniego 2015 (2015: 39). Podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego w latach 2011-2016 odnotowują stały wzrost (z wyjątkiem lat 2014-2015 gdzie odnotowano spadek o 4 zespoły). Zaobserwowano wzrost podstawowych zespołów w 2016 roku o 36% w stosunku do 2011 roku (2011: 69; 2016: 94) oraz w stosunku do 2015 roku wzrost o 12% (2015: 84). Ogółem na terenie Małopolski w 2016 roku było 129 zespołów (Tabela 76).

Tabela 76. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie Małopolski w latach 2011 – 2015

Liczba ZRM	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ZRM – specjalistyczny	48	45	43	39	39	35
ZRM – podstawowy	69	66	69	88	84	94
Ogółem	117	111	112	127	123	129

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

W Małopolsce funkcjonują dwie scentralizowane dyspozytornie: w Krakowie i Tarnowie, które włączone są w ogólnopolski system dysponowania karetkami. Dyspozytornia Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego obsługuje 12 powiatów oraz miasto Kraków. W krakowskiej dyspozytorni przez całą dobę działa 15 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.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe to podmiot leczniczy, który jest podległy Ministerstwu Zdrowia. W jego skład wchodzi Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe prowadzi działalność w dwudziestu jeden 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);
- lotniczego transportu medycznego spoza granic kraju (np. transport do Polski obywateli naszego kraju, ofiar wypadków lub nagłych zachorowań);
- lotniczego transportu medycznego poza granice kraju.⁸

Liczba lądowisk w Małopolsce oraz w Krakowie nie zmieniła się w latach 2014-2015. W 2015 roku w województwie małopolskim było 26 lądowisk przyszpitalnych oraz 9 w Krakowie. W stosunku do 2011 roku nastąpił wzrost w województwie małopolskim o 44% liczby lądowisk oraz o 125% w Krakowie (Tabela 77).

Tabela 77. Liczba lądowisk przyszpitalnych w Małopolsce oraz Krakowie w latach 2011 – 2015 .

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015
Województwo małopolskie	18	21	24	26	26
Kraków	4	6	7	9	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

5. Kadry medyczne

W 2015 roku w województwie małopolskim na 10 tys. mieszkańców przypadało 37 lekarzy, łączna liczba lekarzy w województwie w 2015 roku wyniosła 20470 a lekarzy dentyistów 2568. W Krakowie w ciągu lat 2015-2016 można zaobserwować wzrost liczby personelu medycznego. Wśród lekarzy odnotowano 5% wzrost (2015: 10769; 2016: 11317) a wśród lekarzy dentyistów wzrost o 10% (2015: 1318; 2016: 1446). Kobiety stanowią coraz większą grupę pośród lekarzy i tak w latach 2015-2016 w Krakowie kobiet - lekarzy było o 8% więcej a kobiet -dentyistów o 6% więcej.

Obserwowany jest również wzrost personelu pielęgniarskiego i położniczego w Krakowie. Liczba pielęgniarek w 2015 roku wyniosła 9518 w stosunku do 9773 w 2016 roku (wzrost o 2,7%). Liczba położnych natomiast wyniosła w 2015 roku 1512 w stosunku do 1471 w 2016 roku (spadek o 3%). Mimo spadku liczby położnych w Krakowie zaobserwować można duży wzrost liczby położnych z wykształceniem wyższym i tytułem magistra. W 2015 roku liczba ta wyniosła 216 położnych - magistrów a w 2016 roku 314. Jest to wzrost o 45%). Dokładne dane dotyczący personelu medycznego w wykształceniu wyższym w tabeli poniżej (Tabela 78).

Tabela 78. Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2016 r.

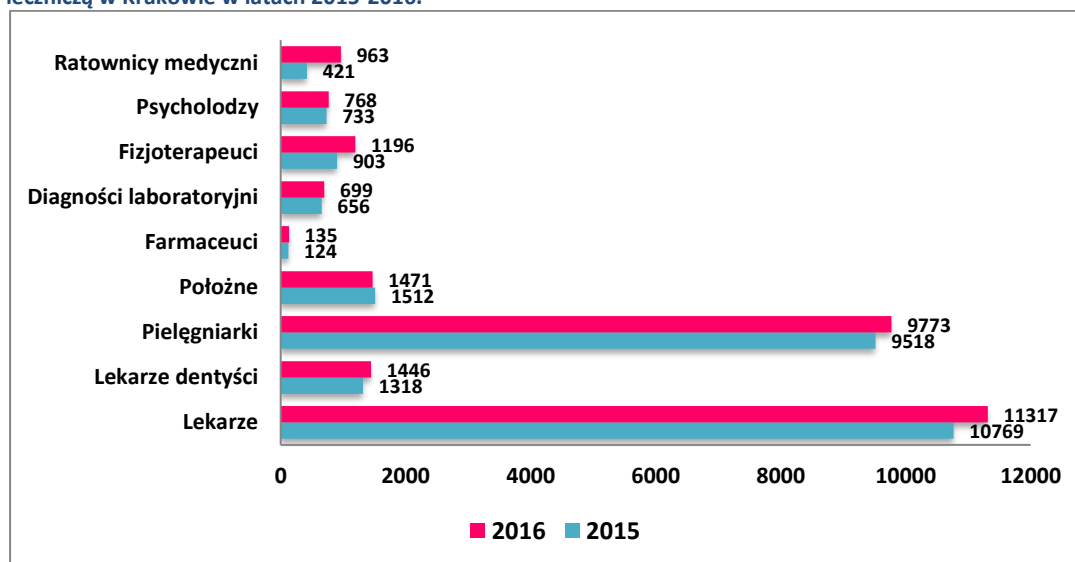
Rok	2015		2016	
	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
Lekarze	10 769	3 963	11 317	4 311
w tym kobiety	6 045	2 470	6 533	2 718
Lekarze dentyści	1 318	585	1 446	701
w tym kobiety	944	438	1 002	479
Farmaceuci	124	97	135	101
w tym kobiety	b.d	b.d	105	78

⁸ Oficjalna strona Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl, 19.11.2017)

Diagności laboratoryjni	656	601	699	570
w tym mgr analityki medycznej	b.d	b.d	388	302
Pielęgniarki ogółem	9 518	7 767	9 773	7 266
w tym mgr pielęgniarstwa	1971	1 519	2 000	1 550
Położne	1 512	849	1 471	849
w tym mgr położnictwa	216	168	314	182
Fizjoterapeuci	903	634	1 196	865
w tym mgr fizjoterapii	b.d	b.d	914	639
Psycholodzy	733	340	768	352
Ratownicy medyczni	421	177	963	242
w tym mgr ratownictwa medycznego	b.d	b.d	25	13
Logopedzi	b.d	b.d	120	45
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną	b.d	b.d	110	47

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

Wykres 51. Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w latach 2015-2016.



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

W 2015 roku pracowało 4469 pielęgniarek z wykształceniem średnim i była to najliczniejsza grupa wśród personelu medycznego ze średnim wykształceniem, a pielęgniarek z wyższym wykształceniem było o 50% więcej (9515). Położnych z wykształceniem średnim w Krakowie w 2015 roku było 853. Najmniej liczne grupy z wykształceniem średnim to technicy farmaceutyczni (88 w 2015 roku), dietetycy (123 w 2015 r.) oraz technicy fizjoterapii (216) (Tabela 79) (Wykres 51).

Tabela 79. Personel medyczny z wykształceniem średnim zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2015 roku.

Zawód	2015
-------	------

	Pracujący ogółem	Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy
Technicy farmaceutyczni	88	86
Technicy analityki medycznej	258	243
Pielęgniarki ogółem	4469	3343
Położne	853	328
Technicy fizjoterapii	216	186
Dietetycy	123	113
Ratownicy medyczni	459	162
Technicy elektroradiologii	603	453

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

W Krakowie w latach 2010 – 2016 nastąpił wzrost liczby lekarzy o 530 specjalistów (2010: 2373 lekarzy, 2016: 2903 lekarzy). Między 2010 a 2016 rokiem w Krakowie największy przyrost specjalistów wystąpił w grupach:

- Kardiologów – wzrost o 74 specjalistów,
- Anestezjologów – wzrost o 56 specjalistów,
- Położników i ginekologów – wzrost o 32 specjalistów,
- Lekarzy medycyny rodzinnej – wzrost o 30 specjalistów.

W analizowanym okresie od 2010 do 2016 roku w Krakowie nastąpił spadek liczby specjalistów o specjalnościach:

- Chorób wewnętrznych – spadek o 21 specjalistów,
- Radiodiagnostyki – spadek o 13 specjalistów,
- Ortolaryngologii – spadek o 11 specjalistów,
- Lekarzy medycyny pracy – spadek o 4 specjalistów (Tabela 80).

Tabela 80. Liczba lekarzy wg. specjalności w Krakowie w latach 2010 – 2016 .

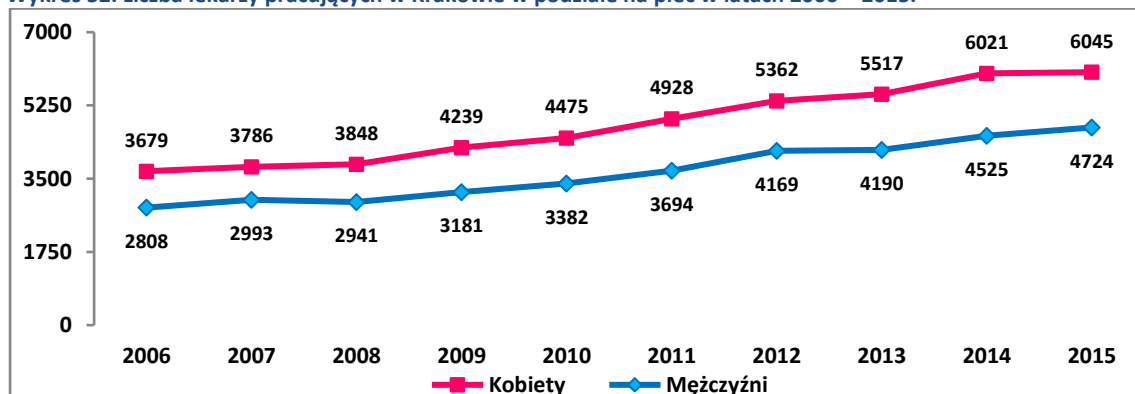
Specjalizacja	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ogółem	2373	2535	2597	2574	2697	2746	2903
Alergologia	16	15	18	21	23	20	21
Anestezjologia i intensywna terapia	132	143	158	156	169	171	188
Chirurgia	111	115	104	102	100	90	125
Choroby płuc	42	47	49	47	48	57	55
Choroby wewnętrzne	388	436	418	399	381	371	367
Dermatologia i wenerologia	44	50	42	38	34	42	45
Kardiologia	88	99	121	117	163	165	162
Medycyna rodzinna	151	157	172	163	174	168	181
Medycyna pracy	46	39	40	41	42	41	42
Neurologia	77	81	89	86	100	93	94
Okulistyka	81	87	98	103	94	94	93
Onkologia	17	27	30	27	31	39	35
Otolaryngologia	56	54	45	49	54	58	45
Pediatria	180	188	179	191	199	193	205
Położnictwo i ginekologia	130	152	126	120	119	140	162
Psychiatria	145	152	157	150	143	139	148
Radiodiagnostyka	79	85	87	94	110	98	66

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

Od 2006 roku obserwowany jest wzrost liczby lekarzy w Krakowie co przedstawia dokładnie wykres poniżej. W 2006 roku liczba kobiet lekarzy wyniosła 3679. W ciągu 9 lat liczba kobiet w tym zawodzie

wzrosła prawie dwukrotnie, gdyż w 2015 roku liczba ta była na poziomie 6045. W latach 2006-2015 liczba kobiet w zawodzie lekarza zwiększyła się o 65%. Liczba mężczyzn w zawodzie lekarza w ciągu 9 lat również stale rośnie z 2808 w 2006 roku do 4724 w 2015 roku. Wzrost o 68% na przełomie 9 lat (Wykres 52).

Wykres 52. Liczba lekarzy pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006 – 2015.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 81. Liczba lekarzy pracujących w województwie małopolskim w podziale na specjalizację w latach 2010-2015.

Specjalizacja	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lekarze specjaliści; Ogółem	4 422	4 534	4 898	4 784	4 876	5 037
Anestezjologia i intensywne terapie	233	256	301	284	300	300
Chirurgia	573	574	634	639	635	665
Choroby płuc	127	135	147	145	138	140
Choroby wewnętrzne	645	661	690	641	621	627
Dermatologia i wenerologia	52	56	61	49	44	54
Kardiologia	171	173	213	212	258	272
Medycyna rodzinna	610	617	599	603	628	632
Medycyna pracy	49	53	56	53	45	49
Neurologia	148	151	181	173	167	188
Okulistyka	115	120	147	133	127	132
Onkologia	29	36	50	49	43	66
Otolaryngologia	93	91	94	87	91	98
Pediatria	255	273	259	274	279	286
Położnictwo i ginekologia	287	267	294	274	254	275
Psychiatria	202	211	228	210	188	210
Radiodiagnostyka	152	156	162	169	171	165

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

Liczba specjalistów w województwie małopolskim stale wzrasta z 4422 w 2010 roku do 5037 w 2015 roku (wzrost o 12%). Największy wzrost liczby lekarzy w latach 2010-2015 nastąpił w:

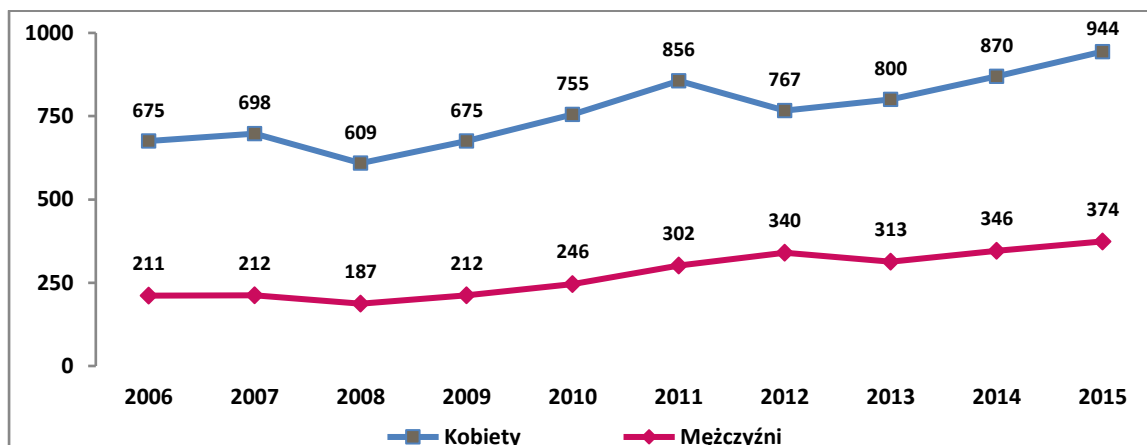
- anestezjologii i intensywnej terapii (2010: 233, 2015: 300) wzrost o 22%;
- kardiologii (2010: 171, 2015: 272) wzrost o 37%;
- neurologii (2010:148, 2015: 188) wzrost o 21%;
- onkologii (2010: 29, 2015: 66) wzrost o 56%;

Spadek liczby lekarzy został odnotowany w takich specjalizacjach jak: choroby wewnętrzne o 3% (2010:645; 2015:627), położnictwo i ginekologia o 4% (2010: 287, 2015: 275)(Tabela 81).

Liczba lekarzy stomatologów w Krakowie od 2006 stale wzrasta. Wśród kobiet można zaobserwować wzrost liczby kobiet pełniących ten zawód o 40% w latach 2006-2015. W latach 2007-2008 oraz 2011-2012 odnotowano spadek liczby kobiet (2007:698; 2008:609 oraz 2011:856, 2012:767). W 2015 roku liczba kobiet wyniosła 944. Liczba mężczyzn w zawodzie lekarza dentysty jest znacząco niższy od liczby kobiet. W

2006 mężczyzn-dentystów w Krakowie było o ponad 3 razy mniej niż kobiet. W roku 2015 nadal widać dużą rozbieżność wśród względem płci wykonujących zawód dentysty (2015: K-944 a M-374), mężczyzn jest o ponad 2,5 razy mniej niż kobiet. Na przełomie lat 2006-2015 widać duży trend wzrostowy w liczbie mężczyzn, był to wzrost na poziomie 77%(Wykres 53).

Wykres 53. Liczba lekarzy stomatologów pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006 – 2016.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Łączna liczba lekarzy dentystów w 2015 roku w województwie małopolskim wyniosła 288. Obserwowany jest stały wzrost lekarzy ze specjalizacjami stomatologicznymi na przełomie lat 2010-2016. W zakresie chirurgii stomatologicznej, wzrost lekarzy odnotowano o 29% (z 32 w 2010 roku do 45 w 2015 roku), natomiast w chirurgii szczękowo-twarzowej o 27% (z 10 w 2010 roku do 12 w 2015 roku). Niezmieniający się trend liczby specjalistów odnotowywano w latach 2010-2014, jednak w 2015 nastąpił wzrost o 11%. Duży wzrost liczby lekarzy dentystów zaobserwowano dla stomatologii dziecięcej o 47% (stopniowy wzrost od 2010 roku) oraz w protetyce stomatologicznej – o 39% (Tabela 82).

Tabela 82. Liczba lekarzy stomatologów pracujących w województwie małopolskim w podziale na specjalizację w latach 2010-2015.

Specjalizacja	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lekarze dentyści ze specjalizacją ogółem	225	241	250	279	275	288
Lekarze dentyści ze specjalizacją chirurgii stomatologicznej	32	34	34	38	44	45
Lekarze dentyści ze specjalizacją chirurgii szczękowo-twarzowej	10	10	12	12	11	12
Lekarze dentyści ze specjalizacją ortodoncji	58	57	54	57	57	64
Lekarze dentyści ze specjalizacją periodontologii (paradontologii)	15	20	19	18	23	26
Lekarze dentyści ze specjalizacją protetyki stomatologicznej	36	49	47	68	59	59
Lekarze dentyści ze specjalizacją stomatologii dziecięcej	8	12	14	17	13	15
Lekarze dentyści ze specjalizacją stomatologii zachowawczej	64	58	67	65	66	67

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

W 2015 roku w Krakowie pracowało łącznie 298 dentystów. W analizowanym okresie od 2010 do 2015 roku największą grupę specjalistów stanowili lekarze ze specjalnością stomatologii ogólnej (w 2010: 116 specjalistów, w 2015: 105 specjalistów). Między 2010 a 2015 rokiem w Krakowie wzrosła liczba specjalistów w zakresie:

- protetyki stomatologicznej – wzrost o 17 specjalistów,
- periodontologii – wzrost o 12 specjalistów,
- chirurgii stomatologicznej – wzrost o 9 specjalistów (Tabela 83).

Tabela 83. Liczba lekarzy dentystów w podziale na specjalizacje w Krakowie w latach 2010 – 2015.

Specjalizacja	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Lekarze dentyści ogółem	259	301	277	301	287	298
Chirurgia stomatologiczna	28	38	34	36	36	37
Chirurgia szczękowo-twarzowej	9	7	10	11	8	9
Ortodoncja	31	33	30	32	31	35
Periodontologia (paradontologia)	4	10	10	8	12	16
Protetyka stomatologiczna	19	32	27	49	35	36
Stomatologia dziecięca	10	11	16	17	14	14
Stomatologia zachowawcza	41	37	45	40	43	46
Stomatologia ogólna	116	123	104	107	106	105

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

W Podstawowej Opiece Zdrowotnej w latach 2015-2016 widać niewielki wzrost liczby lekarzy pracujących zarówno na terenie województwa małopolskiego jak i w Krakowie. W województwie w 2015 roku pracowało 2764 lekarzy w POZ w stosunku do 2828 w 2016 roku. W Krakowie natomiast liczba lekarzy była o 6% większa i wzrosła z 879 w 2015 roku do 931 w 2016 roku (Tabela 84).

Tabela 84. Liczba lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie i województwie małopolskim w latach 2015-2016.

Wyszczególnienie	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Lekarze	2 764	879	2 828	931

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

Liczba pielęgniarek w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w województwie małopolskim niewiele wzrosła w 2016 roku w stosunku do 2015 roku (2015: 756; 2016:736). W Krakowie natomiast liczba pielęgniarek w POZ zmniejszyła się o 7 w 2016 roku (2015: 178; 2016:171). Liczba położnych niewiele spadła w tychże latach. W województwie małopolskim liczba położnych zmniejszyła się o 18 (2015:558; 2016:440) a w Krakowie ze 209 do 205 w 2016 roku (Tabela 85).

Tabela 85. Liczba pielęgniarek Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie i w województwie małopolskim latach w 2015-2016.

Wyszczególnienie	2015		2016	
	Małopolska	Kraków	Małopolska	Kraków
Pielęgniarki	756	178	736	171
Położne	458	109	440	105

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

łącna liczba położnych w Krakowie w 2016 roku wyniosła 1471, fizjoterapeutów 1196 a diagnostów laboratoryjnych 699 (Tabela 86).

Tabela 86. Liczba położnych, fizjoterapeutów oraz diagnostów w Krakowie w 2016 r.

Specjalizacja	2016
Położne	1 471
Fizjoterapeuci	1 196

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

6. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia ambulatoryjnego

W Krakowie w 2015 roku liczba leczonych w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych wyniosła 276 595 pacjentów. Na szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie dziennym w 2015 roku leczono 71 083 osób. W krakowskich publicznych szpitalach ogólnych liczba łóżek (stan na 31.12.2015) wynosiła 4703 łóżka a w niepublicznych 1 286. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w Małopolsce liczba łóżek publicznych i prywatnych wyniosła 43.7 w województwie małopolskim a w Krakowie 78.7. Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych wnosło 69.8% w województwie małopolskim i 72.2% w Krakowie. Średnia pobytu pacjenta w szpitalach (publiczne i niepubliczne) wyniosła 6.2 dni w województwie małopolskim i 5.7 dni w Krakowie.⁹

Tabela 87. Liczba podmiotów udzielających podstawowych świadczeń specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ na terenie Krakowa w latach 2010 – 2016.

Rodzaj świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alergologia	17	18	18	17	17	17	17
Chirurgia dziecięca	6	7	7	6	5	5	5
Chirurgia ogólna	32	32	33	28	29	29	29
Choroby metaboliczne	7	5	5	5	6	5	5
Choroby płuc	20	14	19	18	18	18	18
Dermatologia i wenerologia	32	26	26	21	20	20	20
Diabetologia	24	17	20	20	21	20	19
Endokrynologia	25	20	23	24	24	23	22
Gastroenterologia	8	9	8	8	8	8	8
Geriatrya	4	5	4	5	9	9	9
Ginekologia i położnictwo	34	34	32	32	32	32	31
Kardiologia	37	36	35	34	33	34	34
Neurologia	55	41	44	45	36	35	35
Okulistyka	52	41	41	37	37	37	37
Onkologia	11	11	9	10	9	9	9
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	26	29	28	25	25	25	26
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	3	3	3	3	3	3	4
Otolaryngologia	42	36	35	35	34	34	33
Proktologia	7	7	3	7	7	7	7
Reumatologia	23	15	15	15	15	15	15
Urologia	25	24	24	25	22	22	22
Razem:	490	430	432	420	410	407	405

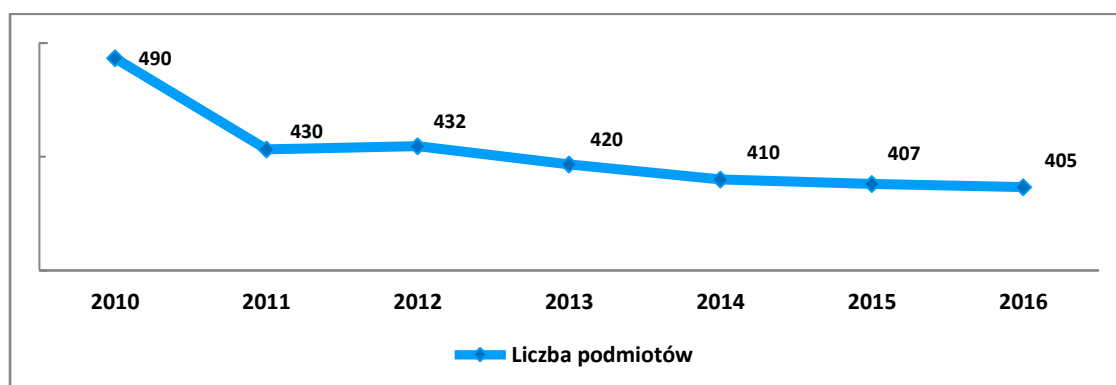
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁹ Dane Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydziału Polityki Społecznej w Krakowie.

Liczba podmiotów udzielających świadczenia specjalistyczne w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia nie zmieniła się istotnie dla poszczególnych specjalizacji. W latach 2010-2016 zaobserwowano zmniejszenie się liczby podmiotów w szczególności w takich specjalizacjach jak: dermatologia i wenerologia (spadek o 37%), neurologii (spadek o 36%), okulistyce (spadek 29%) oraz otolaryngologii (spadek o 21%). Zwiększenie liczby podmiotów zakontraktowanych w ramach NFZ wystąpiło w geriatricznym (wzrost liczby podmiotów o 44%).

Niepokojący jest trend spadku liczby świadczeniodawców w ramach NFZ. W przeciągu ostatnich 6 lat (lata 2010-2016) obserwowany jest stały spadek liczby podmiotów z kontraktem. W 2010 roku liczba ta wynosiła 490 podmiotów, a w 2016 roku – 405. Liczba podmiotów w 2010 roku zmniejszyła się o 17% w stosunku do 2016 roku (Tabela 87) (Wykres 54).

Wykres 54. Liczba podmiotów udzielających świadczeń specjalistycznych w Krakowie w latach 2010-2016.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na mocy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych zobowiązani są do prowadzenia list oczekujących, które każdego miesiąca są przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia i ministra właściwego do spraw zdrowia.

Na terenie Gminy Miejskiej Kraków czas oczekiwania na większość świadczeń ambulatoryjnych zwiększył się. Największy wzrost zaobserwowano w czasie oczekiwania na świadczenia z zakresu okulistyki (wzrost o 55 dni w latach 2012-2016), ortopedii i traumatologii narządów ruchu (wzrost o 39 dni), urologii (wzrost o 31 dni). W przeciągu 4 lat nastąpił również wzrost czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu onkologii, alergologii i neurologii (wzrost o 27,28 dni). Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia nastąpił natomiast w diabetologii (o 11 dni w latach 2012-2016 roku) oraz o 2 dni krócej na świadczenia kardiologiczne (Tabela 88).

Tabela 88. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2010 – 2016.

Rodzaj świadczenia	2012	2013	2014	2015	2016	Różnica 2012/2016
Alergologia	70	64	65	78	98	+28
Chirurgia dziecięca	2	1	8,5	bd	bd	bd
Chirurgia ogólna	12	17	17	18	19	+7
Choroby metaboliczne	33	20	40	bd	bd	bd
Choroby płuc	41	35	36	bd	bd	bd
Dermatologia	33	40	42	45	51	+18

i wenerologia						
Diabetologia	68	64	58	53	57	-11
Endokrynologia	103	144	156	bd	bd	bd
Gastroenterologia	90	86	101	bd	bd	bd
Geriatrya	18	17	12	bd	bd	bd
Ginekologia i położnictwo	13	16	19	17	16	+3
Kardiologia	98	96	90	87	96	-2
Neurologia	41	46	54	62	68	+27
Okulistyka	75	85	99	111	130	+55
Onkologia	17	19	20	31	45	+28
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	52	65	67	65	91	+39
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	26	48	46	bd	bd	bd
Otolaryngologia	26	25	26	31	39	+13
Proktologia	42	56	46	bd	bd	Bd
Reumatologia	60	64	63	bd	bd	bd
Urologia	70	90	85	99	101	+31

Źródło: *Urząd Miasta Krakowa – Biuro ds. Ochrony Zdrowia.*

7. Służba krwi

Na terenie Małopolski w zakresie służby krwi działa Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie, które mieści się przy ulicy Rzeźniczej 11 w Krakowie.

W skład RCKiK wchodzi również terenowe oddziały, których jest 15 w Małopolsce. Lista terenowych oddziałów zamieszczona została w tabeli poniżej (Tabela 89).

Tabela 89. Spis oddziałów terenowych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie.

Lp.	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*

Tabela 90. Liczba oddających krew w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2010 – 2016.

Liczba krwiodawców	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kraków	18628	22573	22260	22832	27799	22449	23096
Małopolska	48218	50335	49747	48465	47155	45889	46397

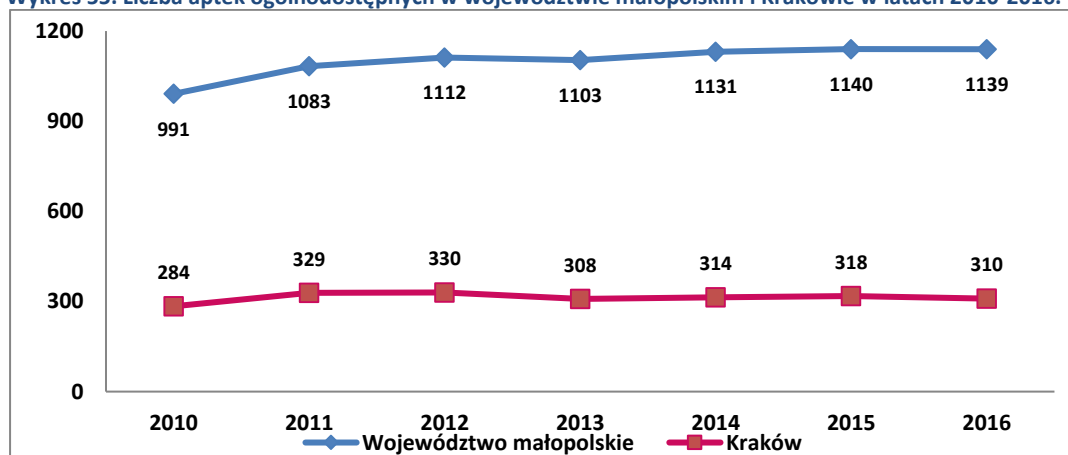
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie.

Liczbę osób oddających krew w latach 2010-2016 w województwie małopolskim i Krakowie przedstawia Tabela powyżej. W latach 2010-2011 w Małopolsce obserwowany był wzrost liczby osób oddających krew z 48218 do 50335 (wzrost o 4,4%). Od roku 2011 następuje spadek liczby oddających krew (o 8% w latach 2011 a 2016). W Krakowie wzrost był obserwowany do 2014 roku, w którym uzyskał maksymalną wartość (27799). Wzrost w latach 2010-2014 wyniósł 49%. Od 2014 roku obserwowany był spadek do 2015 roku (2015: 22 449) a w latach 2015-2016 niewielki wzrost (Tabela 90).

8. Zabezpieczenie mieszkańców Krakowa w leki

Mieszkańcy województwa małopolskiego w 2016 roku mogli zaopatrywać się w 1139 aptekach ogólnodostępnych, w tym 310 znajduje się w Krakowie (z czego 10 całodobowych). W przeciągu 6 lat obserwowano wzrost liczby aptek zarówno na poziomie województwa jak i Krakowa. Liczba ogólnodostępnych aptek w 2016 roku zwiększyła się o 15% w stosunku do 2010 w województwie małopolskim. W Krakowie natomiast liczba zwiększyła się 9% w 2016 roku w stosunku do 2010. Dostępność aptek w pełni zabezpiecza potrzeby zdrowotne ludności Krakowa (Wykres 55).

Wykres 55. Liczba aptek ogólnodostępnych w województwie małopolskim i Krakowie w latach 2010-2016.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

9. Podsumowanie

W 2016 roku na terenie Krakowa funkcjonowało 14 szpitali publicznych (w tym 7 szpitali wojewódzkich, 2 szpitale powiatowe i 5 szpitali resortowych), 9 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej oraz 21 niepublicznych szpitali (łącznie ogólnych i psychiatrycznych)

Liczba łóżek w województwie małopolskim w 2015 roku wyniosła 14861. W publicznych szpitalach w 2015 roku liczba łóżek wynosiła 6294 w Krakowie a w szpitalach niepublicznych 628. Liczba łóżek w województwie małopolskim w szpitalach ogólnych niepublicznych wyniosła 1717.

Wskaźnik dostępności szpitali, wyrażony jako liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców dla Gminy Miejskiej Kraków w latach 2000 – 2007 systematycznie malał, jednak w latach 2007 – 2014 obserwowany był wzrost liczby łóżek z 70/10 tys. w 2007 r. do 82/10 tys. w 2014 r., by znów w 2015 zanotować lekki spadek. Na poziomie województwa małopolskiego w latach 2000 – 2015 liczba łóżek utrzymywała się na stabilnym poziomie w granicach 41 – 45/10 tys.

Między 2005 a 2015 rokiem istotnie zmalał średni czas pobytu pacjentów w szpitalach zarówno w przypadku Krakowa jak i całego województwa.

W Krakowie w 2015 roku publiczne i niepubliczne szpitale psychiatryczne dysponowały łącznie 880 łózkami. W 2015 roku liczba leczonych z powodu zaburzeń psychicznych bez uwzględniania uzależnień wynosiła 51 074 przypadków. Najwięcej osób leczono z powodu zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem 19 523 osób (38% spośród wszystkich zaburzeń psychicznych).

W 2015 roku liczba osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w Małopolsce wynosiła 11 435, a w Krakowie 5 005. Liczba leczonych ze względu na współuzależnienia spowodowane używaniem alkoholu w województwie małopolskim wynosiła 1 206 przypadków, z czego w Krakowie 292

W 2015 roku w Krakowie istniało 10 publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących opiekę długoterminową o profilu ogólnym. Dodatkowo na terenie Krakowa w roku 2015 funkcjonowały 2 przyszpitalne Oddziały Medycyny Paliatywnej. Łączna liczba łóżek w 2015 roku w opiece długoterminowej wyniosła 1285 łóżek.

W 2015 W Gminie Miejskiej Kraków było 1829 miejsc w publicznych Domach Opieki Społecznej. Został odnotowany spadek liczby miejsc o 30 w stosunku do roku 2014. Zmniejszona liczba miejsc została w placówkach dla osób przewlekle psychicznie chorych.

Do Podstawowej Opieki Zdrowotnej w województwie małopolskim zadeklarowało się 3 037 463 ludzi w 2015 roku. W Krakowie liczba zadeklarowanych wyniosła 766 993.

Liczba placówek ambulatoryjnych w Krakowie od 2011 roku stale wzrasta. W 2011 roku łączna liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich wynosiła 565 jednostek, w 2016 roku liczba placówek wzrosła do 658.

Na przełomie 2015/2016 roku odnotowano wzrost udzielanych porad z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Największy wzrost został zaobserwowany w liczbie udzielonych porad pediatrycznych (o 25 540 porad; o 28,5%), porad onkologicznych (o 10 637 porad; o 6,4%) oraz porad z chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 23 843 porad; o 6,6%). Spadek odnotowano wśród porad rehabilitacyjnych w liczbie porad z 127 267 w 2015 roku do 117 868 porad w 2016 roku oraz w poradni chirurgii stomatologicznej z 162 217 w 2015 roku do 156 097 w 2016 roku (spadek o 64 234).

Od 2011 roku zaobserwować można stały wzrost czasu oczekiwania na świadczenia - porady w zakresie AOS. Najbardziej wydłużony czas oczekiwania zaobserwowano w alergologii z 78 dni w 2015 roku do 98 dni w 2016 roku, w dermatologii z 45 do 51 dni, w kardiologii z 87 do 96 dni, w onkologii z 31 do 45 dni, w okulistyce z 111 roku do 130 dni.

Na terenie Krakowa istnieje 6 podmiotów posiadających działy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w tym jeden szpital dziecięcy, a w Małopolsce oddziałów tego typu jest 21. Na terenie Krakowa w 2015 roku działało 6 izb przyjęć w tym, 2 izby w rejonie Kraków - Krowodrza, 3 izby w rejonie Kraków - Śródmieście, 1 izba w Podgórzu. W całym województwie małopolskim funkcjonowało 11 izb przyjęć, w tym 5 poza Krakowem

W 2015 roku w województwie małopolskim na 10 tys. mieszkańców przypadało 37 lekarzy, łączna liczba lekarzy w województwie w 2015 roku wyniosła 20470 a lekarzy dentyistów 2568. W Krakowie w ciągu lat 2015-2016 można zaobserwować wzrost liczby personelu medycznego. Wśród lekarzy odnotowano 5% wzrost a wśród lekarzy dentyistów wzrost o 10%. Liczba lekarzy w podziale na płeć wskazuje dwukrotny wzrost liczby kobiet w zawodzie lekarza w latach 2006-2015 (wzrost o 65%). Liczba mężczyzn w zawodzie lekarza wzrosła o 68% w ciągu tych 9 lat.

Liczba pielęgniarek w 2015 roku wyniosła 9518 w stosunku do 9773 w 2016 roku (wzrost o 2,7%). Liczba położnych natomiast wyniosła w 2015 roku 1512 w stosunku do 1471 w 2016 roku (spadek o 3%). Mimo spadku liczby położnych w Krakowie zaobserwować można duży wzrost liczby położnych z wykształceniem wyższym i tytułem magistra.

W województwie w 2015 roku pracowało 2764 lekarzy w POZ w stosunku do 2828 w 2016 roku. W Krakowie natomiast liczba lekarzy była o 6% większa i wzrosła z 879 w 2015 roku do 931 w 2016 roku.

Łączna liczba położnych w Krakowie w 2016 roku wyniosła 1471, fizjoterapeutów 1196 a diagnostów laboratoryjnych 699.

Liczba pielęgniarek w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w województwie małopolskim niewiele wzrosła w 2016 roku w stosunku do 2015 roku (2015: 756; 2016:736). W Krakowie natomiast liczba pielęgniarek w POZ zmniejszyła się o 7 w 2016 roku (2015: 178; 2016:171).

W Krakowie w 2015 roku liczba leczonych w szpitalach ogólnych publicznych i niepublicznych wyniosła 276 595 pacjentów. Na szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie dziennym w 2015 roku leczono 71083 osób.

Mieszkańcy województwa małopolskiego w 2016 roku mogli zaopatrywać się w 1139 aptekach ogólnodostępnych, w tym 310 znajduje się w Krakowie. Liczba ogólnodostępnych aptek w 2016 roku zwiększyła się o 15% w stosunku do 2010 w województwie małopolskim. W Krakowie natomiast liczba zwiększyła się 9% w 2016 roku w stosunku do 2010.

W latach 2010-2011 w Małopolsce obserwowany był wzrost liczby osób oddających krew z 48218 do 50335 (wzrost o 4,4%). Od roku 2011 następuje spadek liczby oddających krew o 8%. W Krakowie wzrost był obserwowany do 2014 roku, w którym uzyskał maksymalną wartość (27799). Wzrost w latach 2010-2014 wyniósł 49%. Od 2014 roku obserwowany był spadek do 2015 roku (2015: 22 449) a w latach 2015-2016 niewielki wzrost.

Część III. Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej

1. Wstęp

Poprawa zdrowia i jakości życia mieszkańców jest od lat ważnym celem w działaniach Miasta Krakowa. Działania podejmowane w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańcom i odpowiadają na ich bieżące potrzeby. Z roku na rok, w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla mieszkańców Krakowa, zakłady opieki zdrowotnej, dla których Miasto Kraków jest podmiotem tworzącym, zostają modernizowane i wyposażane w nowoczesną aparaturę medyczną. Na terenie Miasta Krakowa zapewniona jest także opieka dla osób chorych przewlekle i w podeszłym wieku.

Gmina Miejska Kraków organizuje i finansuje programy zdrowotne, które są realizowane w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. Programy zdrowotne nakierowane są na szerokie grono odbiorców, od dzieci i młodzieży przez osoby dorosłe do osób starszych. Oferują one nie tylko profilaktykę zdrowotną i świadczenia usług zdrowotnych, ale również edukację i promocję zdrowia. Programy zdrowotne dotyczą głównie chorób cywilizacyjnych tj. choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, cukrzyca, próchnica, wady postawy, jak również szczepień ochronnych. W celu ochrony osób zagrożonych wykluczeniem społecznym Miasto Kraków realizuje Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2015. W ramach tej inicjatywy realizowany jest jeden program profilaktyczny „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych”. Program prowadzony jest na terenie trzech zakładów opieki zdrowotnej, w których odbywają się darmowe porady profilaktyczne.

Ponadto w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa odbywają się programy profilaktyczne dla mieszkańców poszczególnych Dzielnic. Zakres Programów jest różny w zależności od potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowych danej Dzielnicy. W 2015 roku Miasto Kraków, realizując zadania dotyczące profilaktyki zdrowia, prowadziło współpracę z organizacjami pożytku publicznego i innymi organizacjami pozarządowymi. Zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia na terenie Gminy Miejskiej Kraków realizowane są przez Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa m.in. poprzez organizację konferencji naukowych, kampanii i spotkań o charakterze informacyjno-edukacyjnym, a także imprez i akcji o tematyce zdrowotnej.

Profilaktyczną opieką zdrowotną w roku 2015 objęto również dzieci i młodzież na terenie krakowskich szkół i placówek oświatowych w ramach „Programu wyrównania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”, finansowanego ze środków Gminy Miejskiej Kraków. W ramach tego Programu dzieci i młodzież samorządowych szkół i placówek oświatowych korzystała ze świadczeń udzielanych w gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej funkcjonujących w samorządowych szkołach i placówkach oświatowych. Miasto Kraków od lat realizuje również zadania na rzecz ulepszania infrastruktury komunalnej i technicznej Uzdrowiska Swoszowice w celu zachowania jego funkcji leczniczych. Mimo iż obowiązek zapewnienia opieki w ramach ratownictwa medycznej leży po stronie Wojewody Małopolskiego, Miasto Kraków realizowało działania w tym zakresie. W celu poprawy pomocy przedmedycznej mieszkańców realizowany jest Program Krakowska Sieć AED Impuls Życia.

2. Działania w stosunku do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Gmina Kraków jest podmiotem tworzącym w tym:

2.1 Stacjonarna opieka zdrowotna – zrealizowane inwestycje i pozyskane środki zewnętrzne

Gmina Miejska Kraków stanowi podmiot tworzący dla trzech zakładów lecznictwa zamkniętego:

- Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37, 31-202

Kraków,

- Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków,
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30–663 Kraków.

Wsparcie finansowe powyższych podmiotów leczniczych jest przyznawane na podstawie regulacji prawnych tj.:

- ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz.1875 z późn. zm.),
- uchwały NR 1167/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2013-2015".
- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 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 oraz zakupy sprzętu i aparatury medycznej.

W latach 2016-2017 środki finansowe na realizację powyższych zadań uzyskano z:

- budżetu Gminy Miejskiej Kraków,
- budżetu państwa,
- Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014
- środków własnych podmiotów leczniczych.

W latach 2013- 2015 podmioty lecznicze, których organem tworzącym jest Gmina Miejska Kraków otrzymały łączne dofinansowanie z budżetu Miasta w wysokości 43 149 087 zł, w tym:

- Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ: 18 961 551 zł
- Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza: 18 758 987 zł
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie: 5 428 559 zł.

Tylko w 2015 powyższe podmioty otrzymały dofinansowanie na działalność inwestycyjną o łącznej wartości 21 207 375 zł. Wartości poszczególnych dotacji określono jako:

- Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ: 8 290 794 zł
- Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza: 8 197 926 zł
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie: 4 718 655 zł (w tym 3 358 924 zł z Programów MF EOG i NMF 2009-2014, 839 731 z budżetu Miasta Krakowa).

Tabela 91. Źródła finansowania inwestycji w miejskich podmiotach leczniczych w roku 2016r.

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	2016	2016
Środki własne	549 909	134 847	1 408 992
Dotacja z budżetu	6 303 375	12 427 541	6 379 319
Inne - środki stażowe	36 266	-	-
Dotacja z budżetu – zadanie dzielnicy	-	50 000	23 703
Darowizny	5 783		
łącznie	6 895 333	12 612 388	7 812 014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie w 2016 roku poniósł inwestycje o wartości 6 895 333 zł (plan zakładał kwotę 6 962 820 zł) oraz zrealizował następujące zadania dofinansowane z budżetu Miasta Krakowa (Tabela 91):

W ramach dostępnych środków podmiot zrealizował zadania, tj.

a) Zadania inwestycyjne:

- Przebudowa pomieszczeń Apteki wraz z Pracownią Leków Cytostatycznych
- Roboty budowlane (inwestycje bieżąca oraz przystosowanie szatni dla pracowników)
- Wykonanie dokumentacji projektowej

b) Zakupy inwestycyjne:

- wyposażenie apteki oraz szatni dla pracowników
- zakup aparatury medycznej oraz zestawów komputerowych
- rozbudowa oprogramowania

Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie w 2016 roku zrealizował zadania inwestycyjne na kwotę **12 612 388 zł** (plan zakładał kwotę **12 614 950 zł**). Szczegółowy kosztorys inwestycji przedstawiono w Tabeli (Tabela 91):

- Poprawa jakości usług zdrowotnych poprzez przebudowę i termomodernizację Szpitala Specjalistycznego
- Dofinansowanie zakupu wyposażenia dla III Oddziału Chorób Wewnętrznych
- Zakup funduskamery na potrzeby Oddziału Okulistycznego
- Zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia na potrzeby Oddziału Chorób Wewnętrznych I i III, Oddziału Otolaryngologii, Oddziału Urologicznego, Działu Diagnostyki Obrazowej i Centralnej Sterylizacji.

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Krakowie, ul. Wielicka 267 otrzymał w 2016 roku dofinansowanie o wartości 7 812 014 zł (plan zakładał kwotę 6 695 638 zł) i zrealizował następujące zadania inwestycyjne (Tabela 91):

- Przebudowa Pawilonu Nr 4 ZOL w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej (w tym: przebudowa pomieszczeń wraz zakupem części wyposażenia (umowa nr W/II/2197/BZ/12/2014)
- Poprawa opieki geriatrycznej poprzez przebudowę i termomodernizację ZOL w Krakowie z
- całkowitym zakresem rzeczowym: Przebudowa Pawilonu nr 3 oraz budowa Pawilonu nr 5 (umowa nr W/II/347/BZ/I/2016)
- Przebudowa ZOL z zakresem rzeczowym przebudowa pomieszczeń parteru Pawilonu Administracyjnego Zakładu na potrzeby Dziennego Domu Opieki Medycznej (W/II/2777/BZ/2016)
- Przebudowa sieci informatycznej
- Zakupy inwestycyjne tj.: zakup agregatu prądotwórczego, łóżek rehabilitacyjnych, wyposażenia kuchni szpitalnej, zakup wózka kąpielowo-sanitarnego oraz wanny prysznicowej.

W latach 2014 – 2016 Zakład Opiekuńczo – Lecniczy w Krakowie realizował również projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo – Lecniczego 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”. Beneficjentami projektu są przede wszystkim osoby starsze, przewlekle chore, niepełnosprawne, czasowo lub trwale niesamodzielne, które wymagają pomocy, a także ich opiekunowie, rodziny oraz personel medyczny. Celem projektu jest budowanie sprawnego systemu opieki długoterminowej w Małopolsce poprzez zapewnienie profesjonalnych świadczeń z zakresu opieki długoterminowej. W ramach projektu zaplanowane zostały następujące działania: przebudowa Pawilonu

Nr 4 ZOL w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia, rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem, rozwój terapii zajęciowych w ZOL w Krakowie oraz stworzenie i wdrożenie programu informacyjno – edukacyjnego "Złoty wiek".

Tabela 92 Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w roku 2015.

Lp.	Wykaz dotacji udzielonych w 2015 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
1.	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
2.	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
3.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	20 000 zł
4.	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
5.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	2 479 000 zł
6.	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
7.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ	39 764 zł
łącznie:		21 207 375 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

Tabela 93 Szczegółowy wykaz dotacji udzielonych w 2016 roku na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych.

Lp.	Wykaz dotacji udzielonych w 2016 r. na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych z terenu miasta Krakowa	Wysokość udzielonej dotacji (wg wykonania finansowego)
1.	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 – 3 876 312,63 zł
2.	Poprawa opieki geriatrycznej poprzez przebudowę i termomodernizację Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie (ZIT)	33 928,14 zł
3.	Przebudowa Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	1 500 000 zł
4.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Krakowie	23 702,76 zł
5.	Utworzenie Centrum diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych w SMS im. G. Narutowicza w Krakowie (ZIT)	141 477,17 zł

6.	Zakup sprzętu medycznego dla potrzeb Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	740 605,44 zł
7.	Przebudowa Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	5 421 292,82 zł
8.	Poprawa jakości usług zdrowotnych poprzez przebudowę i termomodernizację Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie (ZIT)	9 997 180,62 zł
9.	Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie (ZIT)	1 140 000 zł
10.	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
11.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego SP ZOZ w	50 000 zł
12.	Zakupy inwestycyjne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie	463 135,91 zł
łącznie:		25 183 938,18 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

2.2 Działania na rzecz poprawy jakości w jednostkach miejskich

Podmioty lecznicze, których Miasto Kraków jest podmiotem tworzącym, podejmowały w latach 2015-2016 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.

a) Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie

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 świadczy usługi medyczne w 18 Oddziałach, 15 Poradniach Specjalistycznych i 6 bezpłatnych Poradniach Pielęgniarskich. Szpital dysponuje również Działem Diagnostyki Obrazowej, w którym funkcjonują dwie Pracownie Diagnostyczne. Wysoki profesjonalizm kadry medycznej, stosowanie nowoczesnych metod diagnozowania oraz skutecznych metod leczenia gwarantują wysoką jakość świadczonych usług medycznych.

Najważniejsze certyfikaty i wyróżnienia:

Certyfikat Akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości (nr 2014/60) (przyznany w 2014 r. na okres 3 lat),

Certyfikat "Szpital Przyjazny Dziecku" WHO – UNICEF (ważny w latach 2013 – 2017),

Certyfikat "Szpital Przyjazny Pacjentom" (przyznany w 2013 r., ważny do 31.12.2014 r.),

Certyfikat ISO 9001:2008 w zakresie lecznictwa szpitalnego i opieki szpitalnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz sterylizacji (przyznany w 2010 r.)

Od roku 2010 Szpital dysponuje lądowiskiem dla helikopterów, dzięki czemu Szpitalny Oddział Ratunkowy spełnia wszystkie wymogi ustawy o ratownictwie medycznym.

Od 21 marca 2012 roku w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie przy Oddziale Ginekologiczno – Położniczym i Oddziale Noworodkowym funkcjonuje „Okno Życia”, nazwane przez Szpital „Bocianiątkiem”. Miejsce to umożliwia również matkom w trudnej sytuacji życiowej anonimowe i bezpieczne pozostawienie nowonarodzonego dziecka, w sytuacji.

b) Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

Szpital świadczy usługi medyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, w 13 Oddziałach oraz w kilkunastu Poradniach Specjalistycznych. Posiadał akredytację ministerialną na specjalizację w zakresie: chorób wewnętrznych, kardiologii, ginekologii, chirurgii, neurologii, pediatrii, urologii, intensywnej terapii, ortopedii, medycyny ratunkowej. Przeprowadzał staże lekarskie, pielęgniarские, zatrudniał rezydentów. oraz wykonuje pełen zakres usług diagnostycznych.

W poprzednich latach Szpital uzyskał łącznie 101 certyfikatów i zaświadczeń, m.in.:

- Membership Certificate 2008 – 2011 potwierdzający członkostwo Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. G. Narutowicza w Krakowie w Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia,
- 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,
- Certyfikat Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Łańcuch Krewniaków” potwierdzający uczestnictwo Szpitala w ogólnopolskiej akcji na rzecz promocji Honorowego Krwiodawstwa i Transplantacji,
- Certyfikat Akredytacyjny Nr 2009/16 Ministra Zdrowia z dnia 30.12.2009 r. potwierdzający spełnienie przez Szpital standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

Od dnia 20.12.2011 r. Szpital dysponuje lądowiskiem dla helikopterów, dzięki czemu Szpitalny Oddział Ratunkowy spełnia wszystkie wymogi ustawy o ratownictwie medycznym.

c) **Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie, ul. Wielicka 267**

Celem działalności Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Krakowie jest motto: „Naszemu Pacjentom ofiarujemy ciepło rąk i serc oraz otwartość umysłów”. Placówka podejmuje niezbędne wysiłki aby świadczyć usługi medyczne na wysokim, specjalistycznym poziomie, zapewniając pacjentom i osobom odwiedzającym, a także personelowi, przyjazne oraz bezpieczne warunki leczenia, pobytu i pracy. W skład Zakładu wchodzi 3 Oddziały i 2 Poradnie. Zakład Opiekuńczo – Lecznicy udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień. Świadczenia te realizowane są przez prowadzenie działalności leczniczej w rodzajach: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, a także poprzez udzielanie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom wykonującym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Zakład oferuje pacjentom 509 łóżek. Ponadto 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.

Polityka jakości Zakładu przejawia się w realizacji następujących celów:

traktowanie pacjenta, jako decydującego podmiotu w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych,
koncentrowanie się na zapobieganiu i uznawaniu popełnionych błędów za cenne doświadczenie wspomagające doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością,
dążenie do podnoszenia zawodowych kwalifikacji i stawianie rosnących wymagań dla dostawców Zakładu,

traktowanie Systemu Zarządzania Jakością jako środka do skutecznego i racjonalnego zarządzania Zakładem Opiekuńczo – Lecznicy na każdym poziomie jego działania, a nie celu samego w sobie.

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.

2.3 Gospodarowanie lokalami użytkowymi przeznaczonymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Regulacje prawne określające szczegółowe zasady gospodarowania lokalami przeznaczonymi na realizację świadczeń zdrowotnych przedstawiono w zarządzeniu 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.). Zarządzenie to zostało podjęte 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. 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.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2016 r. w zasobach Zarządu Budynków Komunalnych znajdowały się łącznie 592 lokale, z czego 507 stanowiły przychodnie zdrowia (85, 64% wszystkich lokali), 56 lokali rozproszonych (9,46% liczby lokali), natomiast 29 lokali było udostępnianych na zasadach ogólnych (4,90% liczby lokali). W porównaniu do 2015 r. liczba przychodni zdrowotnych wzrosła z 495 do 507, liczba lokali rozproszonych - z 54 do 56 oraz lokali udostępnianych na zasadach ogólnych - z 19 do 29 (Tabela 94).

W 2016 r. Zarząd Budynków Komunalnych w Krakowie prowadził prace remontowe w 41 budynkach przeznaczonych w całości na działalność leczniczą. Zakres wykonanych robót obejmował: roboty ogólnobudowlane (w tym: remonty schodów, wymianę stolarki okiennej i drzwiowej, remonty kominów, remonty ogrodzenia, remonty pochylni, czyszczenie rynien, prace remontowe instalacji wodno-kanalizacyjnej, gazowej oraz centralnego ogrzewania, 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 powyższe remonty wyniosła

1 616 640,49 zł. W 2016 r. Zarząd Budynków Komunalnych, w ramach zadań powierzonych Dzielnicom, zrealizował cykl zadań mających na celu likwidację barier architektonicznych. Zakres realizowanych prac obejmował budowę pochylni dla niepełnosprawnych w budynku przy ul. Pachońskiego 12, budowę szybu windowego z zakupem i montażem urządzeń dźwigowych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych (budynki przy ul. Lenartowicza 14, os. Na Stoku 1, ul. Wystouchów 43, al. Pokoju 4). Koszty inwestycji wyniosły łącznie 598 641, 50 zł. Dodatkowe inwestycje, związane z termomodernizacją, przeprowadzono w ramach programu Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych na budynkach w całości przeznaczonych na działalność leczniczą. Kwota 3 173 451,94 zł umożliwiła termomodernizację budynków zlokalizowanych na osiedlach: os. Kolorowe 21, os. Na Skarpie 6, ul. Galla 24, ul. Niemcewicz 7, ul. Na

Błonie 1. Opracowanie planów kolejnych modernizacji oszacowano na łączny koszt wynoszący 215 209,00 zł.

Tabela 94. Zasoby Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie w latach 2010–2016.

Rodzaj lokalu	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016
	Liczba Udział %	Liczba Udział %	Liczba Udział %	Liczba Udział %	Liczba Udział %	Liczba Udział %	Liczba Udział %
Przychodnie zdrowia	471 82,02%	494 86,21%	510 87,63%	498 86,16%	496 87,02%	495 87,15%	507 85,64%
Lokale rozproszone	72 13%	67 11,69%	60 10,31%	62 10,73%	60 10,52%	54 3,35%	56 9,46%
Lokale udostępniane na zasadach ogólnych	11 1,98%	12 2,10%	12 2,06%	18 3,11%	14 2,46%	19 9,50%	29 4,90%
łącznie	554 100,00%	573 100,00%	582 100,00%	578 100,00%	570 100%	568 100,00%	592 100,00%

Źródło: Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa.

3. Działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia Miasta Krakowa

3.1 Miejskie programy zdrowotne – Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015” przyjęto uchwałą nr LXXVIII/1167/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2013-2015".

Program zakładał realizację celów operacyjnych, zawartych w „Strategii Rozwoju Krakowa” przyjętej Uchwałą Rady Miasta Krakowa Nr LXXV/742/05 z dnia 13 kwietnia 2005 r. Najistotniejszym dla władz samorządowych celem operacyjnym I-5 było „Zapewnienie mieszkańcom właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego”.

W ramach Programu zdefiniowano następujące priorytety:

1. Systematyczna aktualizacja informacji o potrzebach i uwarunkowaniach zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa.
2. Koordynacja zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej Miasta Krakowa.
3. Poprawa warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych – stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o możliwie najwyższej jakości.
4. Profilaktyka i promocja zdrowia oraz upowszechnianie zachowań zdrowotnych przez działania edukacyjne adresowane do konkretnych grup wiekowych.

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013–2015” obejmował realizację 12 Programów szczegółowych:

- 1) Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.
- 2) Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej.
- 3) Program profilaktyki wad postawy.
- 4) Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.
- 5) Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych.
- 6) Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem.
- 7) Program profilaktyki próchnicy u dzieci.
- 8) Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia.

- 9) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego.
- 10) Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków.
- 11) Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0 – 3 lat zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli.
- 12) Program profilaktyki próchnicy u dzieci niepełnosprawnych.

W 2015 roku realizowano 11 Programów. Programu profilaktyki próchnicy u dzieci niepełnosprawnych, który realizowano w latach poprzednich, nie był kontynuowany.

W 2015 roku z programów zdrowotnych skorzystało 31 636 mieszkańców Miasta Krakowa. Łącznie udzielono 52 443 świadczeń, których koszt realizacji wyniósł 1 363 484 zł (Tabela 95).

Tabela 95. Zestawienie liczby osób objętych Programami, liczby udzielonych świadczeń i kosztów realizacji Programów w 2015 roku.

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013–2015	Liczba osób objęta programem	Liczb udzielonych świadczeń	Koszt realizacji programu (zł)
Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy	1 602	2 030	96 783
Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej	789	1 567	145 970
Program profilaktyki wad postawy	2 197	3 817	49 808
Szczepienia ochronne przeciw grypie po 65 roku życia	7 657	15 314	183 495
Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych	1 017	1 926	79 680
Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem	204	728	69 970
Program profilaktyki próchnicy u dzieci	2 382	4 764	158 070
Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa	13 907	18 016	328 800
Program w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego	188	940	73 954
Profilaktyka głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)	179	313	33 949
Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków	1 186	2 372	71 741
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli	328	656	71 264
Łącznie	31 636	52 443	1 363 484

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy

Przesłanki dla realizacji Programu

Cukrzyca stanowi przewlekłe schorzenie metaboliczne, charakteryzujące się przewlekłą hiperglikemią z zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek. Powikłaniami pojawiającymi się w procesie chorobowym mogą być przyczyną uszkodzeń narządów, a także dysfunkcji (w tym również niepełnosprawności). Na całym świecie obserwuje się wzrost zapadalności i chorobowości z powodu cukrzycy typu 2. Ocenia się, że w latach 2000-2030 częstość występowania cukrzycy zwiększy się z 2,8% do 4,4%, a liczba chorych wzrośnie ze 171 do 366 milionów. Wraz ze wzrostem zachorowalności na cukrzycę

rosną również jej koszty leczenia pośrednie i bezpośrednie. Leczenie cukrzycy i jej powikłań pochłania corocznie od 7 do 14% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Europie i USA.¹⁰

Otyłość to choroba przewlekła charakteryzująca się zwiększeniem masy ciała poprzez wzrost ilości tkanki tłuszczowej u mężczyzn powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30% masy ciała. Otyłość jest bardzo istotnym czynnikiem ryzyka chorób cywilizacyjnych tj. choroby układu krążenia - nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, miażdżyca, choroba wieńcowa; choroby układu oddechowego - bezdech senny, choroby układu kostno-stawowego, choroby wątroby i dróg żółciowych, nowotwory.¹¹

Cel programu

Celem programu była 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 niefarmakologicznej 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.

Realizatorzy programu

Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy jest realizowany w Krakowie od 2000 r. jako część zainicjowanego i w całości finansowanego przez Gminę Miejską Kraków programu promocji zdrowia o nazwie „Zdrowy Kraków”.

W Programie uczestniczyło 12 publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej z terenu Miasta Krakowa, realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Tabela 96).

Tabela 96. Podmioty lecznicze realizujące Program prewencji otyłości, cukrzycy typu II, nadciśnienia i miażdżycy w 2015 roku na terenie Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	S.C.D.Z. Medicina	ul. Barska 12, 30-307 Kraków
2.	Praktyka lekarzy Rodzinnych NZOZ	ul. Na Kozłowiec 29, 30-664 Kraków
3.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED	ul. Lubocka 53, 31-766 Kraków
4.	NZOZ Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych S.C.	ul. Bocheńska 4, 31-061 Kraków
5.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED	ul. os. Centrum B11, 31-928 Kraków
6.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków
7.	Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ MARK-MED	ul. Branicka 29, 31-985 Kraków
8.	S.C.D.Z. Medicina	ul. Grzegórzecka 67C, 31-559 Kraków
9.	NZOZ Laboratorium Analityczne DAN-MED.	ul. Os. Uroczę 2, 31-952 Kraków
10.	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Janusz Krzysztoń	ul. Heleny 2, 30-838 Kraków
11.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych sp.z o.o	ul. Estery 6, 31-056 Kraków
12.	NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Mostek Snarska	ul. os. 2 Pułku Lotniczego 22, 31-869 Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie Profilaktyka w Małopolsce.

Populacja objęta Programem

Do udziału w programie kwalifikowani byli:

¹⁰ „Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy” – opis programu
¹¹ Postępy Nauk Medycznych, t. XXVI, nr 4, 2013

- mieszkańcy Krakowa, którzy ukończyli 25 rok życia i u których do chwili badania nie stwierdzono cukrzycy ani miażdżycy i jej sercowo naczyniowych powikłań,
- osoby, które dotychczas nie uczestniczyły w Programie,
- uczestnicy Programu Prewencji Miażdżycy, Cukrzycy typu 2 i Nadciśnienia w latach 2004-2009.

Realizacja Programu

Badania przeprowadzono w trzech etapach:

Etap I polegał na identyfikacji osób z cukrzycą typu 2, upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłowym lipidogramem.

W celu identyfikacji osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej wykonywany był dwuetapowo - w pierwszym etapie oceniano stopień narażenia badanej osoby na rozwój w przyszłości cukrzycy w oparciu o badanie kwestionariuszowe oraz proste pomiary antropometryczne i głównie na tej podstawie kwalifikowano do testu doustnego obciążenia glukozą. Powyższy model kwalifikacji do badań biochemicznych oparty został na modelu badaczy fińskich. U wszystkich badanych wykonywane były pomiary antropometryczne i pomiar ciśnienia tętniczego, badanie cholesterolu całkowitego oraz glikemii na czczo. 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, wyrażające chęć udziału w dalszych etapach programu przechodziły do kolejnego etapu.

Etap II polegał na przeprowadzeniu 4 indywidualnych spotkań z edukatorem. Na każdym spotkaniu poruszane były tematy dotyczące zdrowego stylu życia. W trakcie każdego spotkania oceniany był też stopień realizacji zaleceń, subiektywnie na podstawie rozmowy, ale także obiektywnie poprzez pomiary antropometryczne.

Etap III programu dotyczył 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 zmiany stylu życia. W poszczególnych etapach przebadano kolejno:

- etap I –1602 osób
- etap II –300 osób
- etap III –128 osób

W 2015 roku z Programu skorzystało 710 mieszkańców Krakowa i udzielono łącznie 710 świadczeń. Łączny koszt Programu wyniósł 96 783 zł (Tabela 95).

Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej

Przesłanki dla realizacji Programu

Alergia to nadmierna, nieprawidłowa reakcja układu immunologicznego na występujące w środowisku, obce dla organizmu substancje – alergeny, które w warunkach prawidłowych nie wywołują skutków zdrowotnych. Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, której towarzyszy nadreaktywność oskrzeli, prowadząca do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, uczucia ucisku w klatce piersiowej oraz występowania kaszlu.¹²

W Polsce na choroby alergiczne cierpi 30% populacji dziecięcej. Najczęściej występującymi chorobami są: atopowa astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, czy atopowe zapalenie skóry. W Unii Europejskiej 150 mln obywateli cierpi na przewlekłe alergie, przy czym połowa przypadków nie została zdiagnozowana. Alergia stanowi problem zdrowia publicznego o zasięgu pandemicznym, szczególnie w krajach uprzemysłowionych.

Wczesne wykrycie czynnika etiologicznego choroby alergicznej pozwala ograniczyć ekspozycję na uczulający alergen i tym samym zahamowanie rozwoju choroby, uniknięcie ciężkich reakcji alergicznych wiążących się z ryzykiem zagrażających życiu ostrych stanów astmatycznych lub wstrząsu anafilaktycznego, a także zmniejszenie wydatków na leczenie¹³.

Cel programu

Głównym programem była ocena występowania alergii atopowej oraz alergii na środowiskowe substancje chemiczne w grupie dzieci i młodzieży szkolnej w wieku 7 - 8 lat i 16 - 17 lat poprzez:

- wykrycie najczęstszych substancji chemicznych (haptenu) uczulających dzieci i młodzież szkolną,
- ocenę wpływu alergii kontaktowej na przebieg chorób atopowych oraz na rozwój chorób alergicznych u osób nieatopowych (AKZS, ANN, astma oskrzelowa, alergja pokarmowa).

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Programu „Zdrowy Kraków 2013-2015”.

Program był realizowany w 17 podmiotach leczniczych, w tym w 11 podmiotach odbywał się I etap Programu, a w 6 placówkach realizowany był II etap Programu (Tabela 97).

Tabela 97. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej w 2015 roku na terenie Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
I etap		
1.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. os. Piastów 40, 31-623 Kraków
2.	Małopolskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Higienistek Środowiskowych Medycyny Szkolnej	ul. Stanisława ze Skalbmierza 7, 31-436 Kraków
3.	Niepubliczny Zakład Pielęgniarstwa Szkolnego	ul. os. Na Skarpie 27/217, 31-910 Kraków
4.	Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Janina Szczygieł	ul. Słowiańska 118, 32-085 Modliczka
5.	NZOZ Salus	ul. Sądawki 1, 31-465 Kraków
6.	Indywidualna Praktyka Pielęgniarska D. Kłosińska-Urbanowicz	ul. Imbramowska 5/19, 31-212 Kraków
7.	NZOZ Profilaktyka i Terapia	ul. Kronikarza Galla 21, 30-053 Kraków
8.	Usługi Pielęgniarskie „Florencja”	ul. Os. Kolorowe 21, 31-940 Kraków
9.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYCINA ŚRODOWISKOWA SZKOLNA	ul. Os. Oświecenia 30, 31-636 Kraków
10.	NZOZ Kraków Południe	ul. Szwedzka 27, 30-315 Kraków
11.	Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Anna Ryl	ul. Ks. W. Turka 12/35, 30-717 Kraków
II etap		
12.	Specjalistyczne Centrum Dzieci i Młodzieży	ul. Wielicka 25, Kraków
13.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	ul. Strzelecka 2, Kraków
14.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	ul. Wielicka 265, Kraków
15.	Centrum Medyczne Med-All	ul. Budziszyńska 1, Kraków
16.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 36, Kraków
17.	iMed24 S.A.	Al. Jana Pawła II, 41f, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Grupą docelową Programu była młodzież w wieku od 7 – 8 lat i 16-17 lat, zamieszkała na terenie Miasta Krakowa.

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.

¹³

„Program prewencji astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej” – opis programu

Etap II obejmował badanie alergologiczne dzieci z dodatnią ankietą celem weryfikacji wystąpienia choroby alergicznej.

Z Programu w roku 2015 skorzystało 789 dzieci¹⁴, którym udzielono 1 567 świadczeń. Koszty przeznaczone na realizację Programu wyniosły: 145 970 zł (Tabela 95). Koszty pozwoliły na udzielenie 789 konsultacji lekarskich, wykonanie 376 testów na alergeny wziewne i 161 testów na alergeny pokarmowe, 125 testów płatkowych i 116 badań spirometrycznych.

Program szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia

Przesłanki dla realizacji Programu

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+¹⁵.

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 grypą 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 2013-2015”.

Był on realizowany przez 20 podmiotów leczniczych zaprezentowanych w tabeli poniżej (Tabela 98).

Tabela 98. Podmioty lecznicze realizujące Program szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia w 2015 roku na terenie Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	Centrum Medyczne Ujastek	ul. Ujastek 3, Kraków
2.	Centrum Medyczne Ujastek	ul. Wysłouchów 13, Kraków
3.	Centrum Medyczne Ujastek	os. Żłota Jesień 15 b, Kraków
4.	Scanmed Multimedis S.A.	ul. Akademicka 5, Kraków
5.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	ul. Komorowskiego 12, Kraków
6.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.	ul. Olszańska 5, Kraków
7.	Falck Medycyna Sp. z o.o.	ul. Mazowiecka 4-6, Kraków
8.	NZOZ Profilaktyka i Terapia	ul. K. Galla 24, Kraków
9.	Praktyka Lekarska Internistyczno Pediatriczna "Zdrowie" Sp. z o.o.	ul. Rusznikarska 17, Kraków
10.	NZOZ "Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych" S.C.	ul. Bocheńska 4, Kraków
11.	iMed 24 S.A.	Al. Jana Pawła II 41 F, Kraków
12.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Śniadeckich 10, Kraków
13.	Centrum Medyczne Med. -All s.c.,	ul. Budziszynska 1, Kraków
14.	S.C.D.Z. "MEDICINA" Sp. z o.o.	ul. Barska 12, Kraków
15.	S.C.D.Z. "MEDICINA" Sp. z o.o.	ul. Grzegórzecka 67 C, Kraków
16.	„Praktyka Lekarzy Rodzinnych” NZOZ	os. Na Kozłowie 29, Kraków
17.	NZOZ "CORVITA" S.C.	ul. Kościuszki 35, Kraków
18.	NZOZ " Lekarze Rodzinni - Praktyka Grupowa" s.c.	ul. Stoczniovców 7, Kraków

¹⁴ Dane Urzędu Miasta Krakowa

¹⁵ „Program szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia” – opis programu

19.	NZOZ " Lekarze Rodzinni - Praktyka Grupowa" s.c.	ul. Bociana 4D/26, Kraków
20.	Centrum Zdrowia I Profilaktyki Dąbie	ul. Widok 31, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Program był skierowany do mieszkańców Miasta Krakowa, którzy ukończyli 65 rok życia.

Realizacja Programu

Program składał się z dwóch etapów:

Etap I polegał na kwalifikacji lekarskiej uwzględniającej przeciwwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych – zebranie wywiadu lekarskiego i przeprowadzenie badania lekarskiego fizykalnego.

W etapie II wykonywane były szczepienia przez lekarza lub pielęgniarkę.

Z Programu w 2015 roku skorzystało 7 657 osób i udzielono 15 314 świadczeń. Koszt Programu wyniósł 183 495 (Tabela 95).

Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych

Przesłanki dla realizacji Programu

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 biodrowego¹⁶.

Cel ogólny programu

Celem głównym było zwiększenie czułości wczesnego rozpoznania dysplazji stawów biodrowych w populacji niemowląt zamieszkałych 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.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany przez Gminę Miejską Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. W 2015 roku Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych był realizowany przez 6 podmiotów leczniczych, działających na terenie Krakowa. (Tabela 99).

Tabela 99. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w 2015 roku na terenie Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	Specjalistyczne Centrum Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.	ul. Wielicka 25, Kraków
2.	MED - SKARPA	os. Na Skarpie 6, Kraków
3.	Uniwersytecki Szpital Dzieciątcy w Krakowie	ul. Wielicka 265, Kraków
4.	NZOZ Szpital na Siemiradzkiego	ul. Siemiradzkiego 1, Kraków
5.	S.C.D.Z. "MEDICINA"	ul. Grzegorzewska 67 C, Kraków
6.	iMed24 S.A.	Al. Jana Pawła II 41f, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Do udziału w programie kwalifikowane były noworodki i niemowlęta w wieku od 4 tygodnia do 4 miesiąca życia z terenu Miasta Krakowa.

¹⁶

„Program prewencji następstw dysplazji stawów biodrowych” - opis programu

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.

W 2015 roku w Programie wzięło udział 1 017 dzieci. Wykonano 1 926 świadczeń. Koszt Programu wyniósł 79 680 zł (Tabela 95).

Program profilaktyczno – terapeutyczny dla dzieci zagrożonych i dotkniętych autyzmem dziecięcym

Przesłanki dla realizacji Programu

Autyzm to zaburzenia rozwojowe, które charakteryzują się występowaniem nieprawidłowości w interakcjach społecznych i komunikacji. Statystyki wskazują, że autyzm dziecięcy diagnozuje się u jednego dziecka na 150. Na podstawie danych szacunkowych Głównego Urzędu Statystycznego w Gminie Miejskiej Kraków około 1000 osób do 18 roku życia jest dotkniętych autyzmem¹⁷.

Cel ogólny programu

Celem Programu było wczesne wykrywanie dzieci zagrożonych autyzmem, zamieszkałych na terenie Miasta Krakowa.

Realizatorzy programu

Program był organizowany i finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków, w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. W 2013 r. świadczenia w zakresie Programu udzielano w jednej placówce opieki zdrowotnej - NZOZ Ośrodek dla Osób z Autyzmem, ul. Szopkarzy 8, 31-228 Kraków.

Populacja objęta Programem

Program adresowany był do dzieci i młodzieży zamieszkałych na terenie Miasta Krakowa.

Do Programu kwalifikowani byli:

- pacjenci zgłaszający się drogą rejestracji elektronicznej (za pośrednictwem rodziców) do Poradni dla Dzieci z Autyzmem i innymi Zaburzeniami Rozwoju,
- pacjenci kontynuujący terapię rozpoczętą w poprzednich latach w Poradni,
- pacjenci oddziału dziennego dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

Realizacja Programu

Program był realizowany według wzorców wypracowanych w ubiegłych latach i udoskonalanych z roku na rok. Częściami składowymi Programu były: diagnoza, terapia, stosowanie metod służących wspieraniu

¹⁷ „Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci zagrożonych i dotkniętych autyzmem dziecięcym” – opis programu

rozwoju dziecka, terapia grupowa, treningi umiejętności społecznych w miejscach użyteczności publicznej, szkolenia dla rodziców.

W 2015 roku z Programu skorzystały 204 osoby, którym łącznie udzielono 728 świadczeń. Koszt Programu wyniósł 69 970. zł (Tabela 95).

Program profilaktyki próchnicy u dzieci

Przesłanki dla realizacji Programu

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.¹⁸

Cel ogólny programu

Celem Programu była edukacja dzieci w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej oraz przestrzegania prawidłowej diety.

Realizatorzy programu

Program był finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków, w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. Program był realizowany w 3 podmiotach leczniczych (Tabela 100).

Tabela 100. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki próchnicy u dzieci w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	N.S.Z.O.Z. Miejskie Centrum Stomatologii „Krowodrza”	ul. Tetmajera 2, Kraków
2.	Miejskie Centrum Stomatologii „Śródmieście” Sp.z.o.o.	Pl. Św. Ducha 3, Kraków
3.	Miejskie Centrum Stomatologii „Nowa Huta” Sp.z.o.o.	os. 2 Pułku Lotniczego 22, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Miasta Krakowa.

Populacja objęta Programem

Adresatami Programu były dzieci w wieku 6 – 14 lat, mieszkające na terenie Miasta Krakowa.

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.

W Programie profilaktyki próchnicy w 2015 roku wzięło udział 2 382 dzieci i udzielono tyle samo świadczeń. Łączny koszt realizacji Programu profilaktyki próchnicy u dzieci wyniósł 158 070 zł (Tabela 95).

Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa

Przesłanki dla realizacji 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.

¹⁸

Program profilaktyki próchnicy u dzieci – opis programu

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%.¹⁹Należy jednak pamiętać, że gabinet pielęgniarki w szkole to nie tylko miejsce, w którym udziela się pomocy w chorobach zakaźnych, ale również w chorobach towarzyszących dzieciom np. cukrzyca.

Cel ogólny programu

Celem Programu była poprawa dostępności do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych dla uczniów krakowskich szkół specjalnych, integracyjnych i podstawowych.

Realizatorzy programu

Program był finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”.

W realizacji programu brało udział 7 podmiotów leczniczych (Tabela 101).

Tabela 101. Podmioty lecznicze realizujące Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa w 2015 roku.

L.p.	Jednostka	Adres
1.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYCYNĄ ŚRODOWISKOWA SZKOLNA s.c.	os. Oświecenia 30, 31-636 Kraków
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ACTIVE PIELĘGNIARSTWO" s.c.	os. Piastów 40, 31-623 Kraków
3.	NZOZ "Przychodnia Salwatorska" Sp. z o.o.	ul. Komorowskiego 12, 30-106 Kraków
4.	Niepubliczny Zakład Pielęgniarstwa Szkolnego "MEDYCYNĄ SZKOLNA" spółka cywilna	os. Na Skarpie 27/217, 31-910 Kraków
5.	Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Janina Szczygieł	ul. Słowiańska 118, 32-085 Modlniczka
6.	Małopolskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Higienistek Środowiskowych Medycyny Szkolnej	ul. St. ze Skalbmierza 7, 31-436 Kraków
7.	NZOZ Kraków Południe	ul. Szwedzka 27, 30-315 Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Grupą docelową Programu byli uczniowie krakowskich szkół specjalnych, integracyjnych i podstawowych.

Realizacja Programu

Program był realizowany poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych według potrzeb uczniów. Pielęgniarka szkolna pełniła dyżury w godzinach obecności uczniów w placówce oświatowej.

W 2015 roku z Programu skorzystało 13 851 uczniów, którym udzielono 18 016 świadczeń. Koszt realizacji Programu wyniósł 328 800 (Tabela 95).

Program odbywał się w następujących szkołach:

- Szkoła Podstawowa Nr 3, ul. Topolowa 22, Kraków,
- Szkoła Podstawowa Nr 30, ul. Konfederacka 12, Kraków,
- Szkoła Podstawowa Nr 107, ul. Zdrowa 6, Kraków,
- Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi Nr 144 os. Bohaterów Września 13, Kraków,
- Gimnazjum Nr 12 ul. Kluczborska 3, Kraków,
- Gimnazjum Nr 37, os. Złotego Wieku 36, Kraków,
- Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 1, Al. Kijowska 3, Kraków,
- Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 5, os. Słoneczne 12, Kraków,
- Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 6, os. Na Stoku 52, Kraków,
- Zespół Szkół Specjalnych Nr 4, Senatorska 9, Kraków,
- Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy Nr 6, ul. Niecała 8, Kraków.

Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków

¹⁹ „Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa” – opis programu

Przestanki dla realizacji Programu

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.

Realizatorzy programu

Tabela 102. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	Ul. Prądnicka 80, Kraków
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	Ul. Strzelecka 2, Kraków
3.	Falck Medycyna Sp z.o.o.	Ul. Mazowiecka 4-6, Kraków
4.	Scanmed Mulimedis S.A.	Ul. Armii Krajowej 18, Kraków

Źródło: Dane z Biuletynu Informacji Publicznej.

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. Łącznie wykonano 2 372 świadczeń zdrowotnych, obejmując szczepieniami 1 186 dzieci. Całkowity koszt realizacji Programu w roku 2015 wyniósł 71 741 zł.

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli

Przestanki dla realizacji Programu

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 ogólny 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.

Realizatorzy programu

Finansowanie Programu odbywa się dzięki Gminie Miejskiej Kraków. Podmioty lecznicze realizujące Program przedstawione są w poniższej tabeli (Tabela 103):

Tabela 103. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.

L.p.	Nazwa podmiotu	Adres
1.	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	Ul. Prądnicka 80, Kraków
2.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	Ul. Strzelecka 2, Kraków
3.	Falck Medycyna Sp z.o.o.	Ul. Mazowiecka 4-6, Kraków
4.	Scanmed Mulimedis S.A.	Ul. Armii Krajowej 18, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Dzieci w wieku 0-3 lat, zameldowane na terenie Krakowa i uczęszczające do żłobków lub przedszkoli.

Realizacja Programu

Podczas trwania Programu każde dziecko spełniające kryteria kwalifikacji mogło otrzymać do 3 dawek szczepionki przeciwko pneumokokom, w oparciu o schemat szczepień.

Łącznie zaszczepiono 328 dzieci, wykonując 656 świadczeń zdrowotnych. Sumaryczny koszt Programu w roku 2015 wyniósł 71 264 zł (Tabela 95).

Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego

Przesłanki dla realizacji Programu

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.

Realizatorzy programu

W Programie wzięło udział 5 Oddziałów Kardiologicznych:

1. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, II Oddział Kliniczny Kardiologii oraz Interwencji Sercowo – Naczyniowych.
2. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Angiologii i Kardiologii.
3. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Oddział Szybkiej Interwencji
4. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Oddział Kliniczny Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca.
5. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią.

Populacja objęta Programem

Programem objęto pacjentów hospitalizowanych w wylosowanym do badania Oddziale Kardiologicznym, u których zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca.

Realizacja Programu

Każdy Oddział Kardiologiczny biorący udział w Programie rekrutował po 30 pacjentów, którzy byli przydzielani do jednej z trzech 10 – osobowych grup, zgodnie z decyzją Koordynatora Jednostki.

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 2015 roku w Programie uczestniczyło łącznie 188 pacjentów. Całkowity koszt realizacji Programu wyniósł 73 954 zł (*Tabela 104*).

3.2 Podsumowanie realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” za lata 2004-2015:

W latach 2004-2015 w Krakowie realizowano łącznie 21 Programów Zdrowotnych, obejmujących szerokie spektrum działań z zakresu profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia. Pierwszy z Miejskich Programów Ochrony Zdrowia - „Zdrowy Kraków 2004-2006” – zawierał 12 Programów Zdrowotnych, w tym również Programy autorskie (które kwalifikowano jako zadania dzielnicowe). Wyróżniono wówczas następujące Programy: Program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia, Program wczesnego wykrywania raka piersi, Program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, Program profilaktyki raka jelita grubego, program profilaktyki raka tarczycy, Program profilaktyki POChP, Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu, Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych, Program profilaktyki próchnicy, Program profilaktyki wad postawy, Programy autorskie. W ostatnim roku jego realizacji zakończono programy profilaktyki POChP oraz Program profilaktyki wtórnego udaru mózgu.

Od 2007 roku rozpoczęto realizację Programów dotyczących profilaktyki raka prostaty, szczepień dla osób 65+ oraz Program profilaktyki i edukacji przedporodowej, w których można było uczestniczyć do roku 2009.

W latach 2010-2012 realizowano aż 15 programów zdrowotnych, w ramach których udzielono 153 573 świadczeń dla 103 564 osób. Koszty realizacji programów w latach 2010-2012 oszacowano na kwotę 6 554 127 zł. W latach 2013-2015 realizowano łącznie 12 Programów zdrowotnych (w tym jeden w ramach MPOZP). Koszty ostatniego Programu „Zdrowy Kraków 2013-2015” wyniosły 3 611 000 zł. W ramach realizowanych programów przebadano ok. 78 000 mieszkańców.

Tabela 104. Podsumowanie realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” za lata 2004 – 2015.

Lp.	Program zdrowotny	Okres realizacji	Populacja (grupa wiekowa)	Kwota
1.	Program prewencji miażdżycy, cukrzycy i nadciśnienia	2004-2015	Mieszkańcy Miasta od 25 r.ż.	4 836 198 zł
2.	Program następstw dysplazji stawów biodrowych	2010-2015	Dzieci od 4 tyg. do 4 miesiąca życia	820 000 zł
3.	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych i meningokokowych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w żłobkach i przedszkolach	2007-2015	Dzieci od 1 do 3 roku życia oraz 6 latki.	2 372 025 zł.
4.	Profilaktyka zakażeń pneumokokowych w grupie wcześniaków	2007-2011	Dzieci przedwcześnie urodzone	262 680 zł
5.	Program profilaktyczno – terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z autyzmem	2010-2015	Dzieci z podejrzeniem autyzmu	890 000 zł
6.	Program profilaktyki stomatologicznej u dzieci	2004-2015	dzieci z placówek oświatowych Miasta w wieku 6-14 lat	1 462 700 zł
7.	Program profilaktyki astmy oraz chorób alergicznych	2004-2015	dzieci z placówek oświatowych Miasta w wieku 7-8 lat oraz 16-17 lat	1 590 000 zł
8.	Program profilaktyki wad postawy	2004-2015	dzieci z placówek oświatowych Miasta w wieku 11-12 r	1 268 100 zł
9.	Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób po 65 roku życia	2007-2015	mieszkańcy Miasta po 65 r.ż.	1 559 970 zł
10.	Program profilaktyki i edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”	2007-2012	mieszkańcy Miasta Krakowa	618 900 zł
11.	Program profilaktyki chorób układu oddechowego (POCHP)	2004-2006 oraz 2010-2012	Mieszkańcy Miasta Krakowa	634 800 zł
12.	Program poprawy dostępności do świadczeń dla dzieci niepełnosprawnych	2010-2014	niepełnosprawni mieszkańcy Miasta Krakowa	251 958 zł
13.	Program profilaktyki wtórnego udaru u mózgu	2004-2006	osoby po przebytych udarach mózgu	666 600 zł
14.	Program wczesnego wykrywania raka piersi	2004-2012	kobiety od 40 r. ż	2 336 400 zł
15.	Program prewencji raka prostaty	2007-2012	mężczyźni od 50 r. ż	450 000 zł
16.	Program profilaktyki raka jelita grubego	2004-2012	mieszkańcy Miasta od 50 r.ż. do 65 r.ż.	1 023 600 zł
17.	Program profilaktyki raka tarczycy u kobiet	2004-2012	kobiety od 40 r.ż.	603 000 zł
18.	Program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy	2004-2009	kobiety od 18-25 r. ż oraz od 59 r. ż.	1 326 000 zł
19.	Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania	2011-2015	dzieci uczęszczające do szkół podstawowych, specjalnych i integracyjnych	870 450 zł
20.	Program zdrowotny w zakresie	2014-2015	mieszkańcy Miasta Krakowa	160 000 zł

	prewencji i wykrywania chorób układu krążenia			
21.	Realizacja programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowotnej	2004-2015	Mieszkańcy Miasta Krakowa	4 191 977 zł
Razem:				28 195 412 zł

łącznie w latach 2004 – 2015 na realizację Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” wydano 24 003 435 zł, co umożliwiło realizację 20 programów zdrowotnych (*Tabela 104*). Najwyższy odsetek wydatków na programy polityki zdrowotnej przeznaczono na:

Program prewencji miażdżycy, cukrzycy i nadciśnienia: 4 739 415 zł,

Program wczesnego wykrywania raka piersi: 2 336 400 zł,

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych i meningokokowych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w żłobkach i przedszkolach: 2 229 020 zł.

Ponadto na realizację programów polityki zdrowotnej w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowotnej w latach 2004-2015 wydano 4 191 977 zł. Sumaryczna kwota przeznaczona na realizację programów zdrowotnych w latach 2004-2015 wyniosła 28 195 412 zł.

W 2015 roku podczas realizacji programów zdrowotnych udzielono 52 443 świadczeń, z których skorzystało 31 636 mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków. Całkowity koszt realizacji programów wyniósł 1 363 484 zł (*Tabela 104*). Dla porównania, w 2014 roku w programach zdrowotnych udział wzięło 30 183 mieszkańców, udzielono 34 019 świadczeń, a łączny koszt realizacji programów wyniósł 880 780 zł.

W dniu 16 grudnia 2015 roku w zakresie programów polityki zdrowotnej przyjęto dwie Uchwały na okres realizacji 3 lat, tj.: Uchwała Nr XXXIV/558/15 Rady Miasta Krakowa w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018” oraz Uchwała Nr XXXIV/556/15 Rady Miasta Krakowa w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018.

3.3 Miejski program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013 -2015

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj: Dz.U. z 2016 poz. 546) 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 26 czerwca 2013 r. Rada Miasta Krakowa przyjęła Uchwałę Nr LXXVII/1166/13 w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2015. Uchwała ta stanowi kontynuację realizacji celów operacyjnych zawartych w Miejskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, który realizowano w latach 2010-2012.

Do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zostały przesłane Programy dotyczące szerokiego spektrum działań z obszaru zdrowia psychicznego, w tym szczególnie:

- 1) Wsparcie w procesie dorastania.
- 2) Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego.
- 3) Profilaktyka i terapia depresji: Pomagać w porę.
- 4) Profilaktyka zachowań samobójczych.
- 5) Świetlica terapeutyczna z programem profilaktyki i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Z opracowanych Programów pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uzyskały programy pt. „Profilaktyka i terapia depresji: Pomagać w porę” oraz „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego”. Ze względu na ograniczone środki finansowe budżetu Miasta

Krakowa zostały zapewnione na realizację tylko jednego programu zdrowotnego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz kryteriami zatwierdzonymi zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa, realizatorzy Programu „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)” na lata 2013-2015 zostali wyłonieni w drodze postępowania konkursowego.

Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)

Przesłanki dla realizacji Programu

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych - alkoholu, narkotyków i leków. Od wielu lat zwiększa się liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego od 1990 roku do 2004 roku wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131% (z 1 629 do 3 763 na 100 tys. ludności), a wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 45% (z 362 do 526 na 100 tys. ludności). Dane statystyczne z 2011 roku potwierdzają powyższy problem zdrowotny. Na obszarze Krakowa należy spodziewać się bowiem co roku około 100 nowych zachorowań na schizofrenię oraz około kilkuset (szacunkowo między 200–600) nowych zachorowań na depresję.²⁰

Cel ogólny programu

Celem ogólnym programu było udzielenie porady profilaktycznej osobom z grupy zwiększonego ryzyka, a tym samym zapobieganie rozwojowi kryzysu psychicznego.

Cele szczegółowe Programu:

- zapobieżenie lub opóźnienie rozwoju głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych poprzez prowadzenie porad profilaktycznych,
- ocena skuteczności porady profilaktycznej.

Realizatorzy programu

Program był finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków. Realizacją Programu zajmowały się 3 podmioty lecznicze (Tabela 105).

Tabela 105. Podmioty lecznicze realizujące Program "Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)" w 2015 roku na terenie Krakowa.

L.p.	Jednostka	Adres
1.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	ul. Kopernika 21a, Kraków
2.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Psychiatryczno-Psychologiczna „Gabinety Rozwoju”	ul. Fieldorfa Niła 14, Kraków
3.	Falck Medycyna Sp. z o.o.	ul. Mazowiecka 4-6, Kraków

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

Populacja objęta Programem

Programem objęto mieszkańców Miasta Krakowa powyżej 18 roku życia, którzy wcześniej nie podlegali leczeniu z powodu głębokich zaburzeń psychicznych.

Realizacja Programu

Etap I Programu obejmował przeprowadzenie diagnostyki przy pomocy wywiadu oraz standaryzowanych kwestionariuszy Becka oraz Oceny Satysfakcji Beneficjenta z Porady Profilaktycznej.

Etap II Programu obejmował:

- udział w sesji edukacyjnej wspierającej mechanizmy radzenia sobie z dolegliwościami o charakterze prodromalnym,

²⁰ Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP) – opis programu

- edukacyjne konsultacje rodzinne pozwalające na wzmocnienie struktury systemu rodzinnego, poprzez określenie obszarów problemowych i modelowanie mechanizmów radzenia sobie z problemem,
- w przypadku rozpoznania rozwiniętych „GZP” (głęboka depresja, psychoza, zaburzenie osobowości) etap umożliwiał przekierowanie pacjenta do specjalistycznej placówki medycznej.

W ramach realizowanego w 2015 r. Programu „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP) skorzystało 179 osób i udzielonych zostało 313 świadczeń zdrowotnych. Na realizację powyższego programu zdrowotnego w 2015 r. przeznaczona została kwota w wysokości 33 949 zł (Tabela 95).

3.4 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:

- Dzielnica I Stare Miasto
- Dzielnica II Grzegórzki
- Dzielnica III Prądnik Czerwony
- Dzielnica IV Prądnik Biały
- Dzielnica V Krowodrza
- Dzielnica VI Bronowice
- Dzielnica VII Zwierzyniec
- Dzielnica VIII Dębniki
- Dzielnica IX Łagiewniki-Borek Fałęcki
- Dzielnica X Swoszowice
- Dzielnica XI Podgórze Duchackie
- Dzielnica XII Bieżanów-Prokocim
- Dzielnica XIII Podgórze
- Dzielnica XIV Czyżyny
- Dzielnica XV Mistrzejowice
- Dzielnica XVI Bieńczyce
- Dzielnica XVII Wzgórza Krzesławickie
- 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 2015 Dzielnice Miasta Krakowa przeznaczyły na profilaktykę i promocję zdrowia kwotę w wysokości 199 316 zł (Tabela 106). Kwota ta pozwoliła objąć na włączenie do programów dzielnicowych 4 974 mieszkańców.

Najwięcej środków na zadania związane z profilaktyką i promocją zdrowia przeznaczyły Dzielnice XV (45 760 zł) i II (36 787 zł). Żadnych środków nie przeznaczyły 7 Dzielnic: I – Stare Miasto, IV – Prądnik Biały, IX – Łagiewniki-Borek Fałęcki, X-Swoszowice, XI – Podgórze Duchackie, XIII – Podgórze, XVIII – Nowa Huta. W roku 2015 Dzielnice Miasta Krakowa przeznaczyły na profilaktykę i promocję zdrowia o 7 745 zł więcej niż w roku poprzednim. (Tabela 106).

Tabela 106. Kwoty wydatkowane z budżetu Miasta Krakowa w ramach zadań priorytetowych dzielnic na profilaktykę i promocję zdrowia w latach 2012-2015 (zł).

Dzielnica	2012	2013	2014	2015
I Stare Miasto	19 924	9 727	24 980	0
II Grzegórzki	44 658	24 383	41 732	36 787
III Prądnik Czerwony	0	0	0	4 848
IV Prądnik Biały	0	0	0	0
V Krowodrza	7 000	11 564	14 838	13 720
VI Bronowice	0	28 985	11 968	17 870
VII Zwierzyniec	30 970	11 840	21 907	21 812
VIII Dębniki	0	4 990	4 970	4 940
IX Łągowniki-Borek Fałęcki	9 700	9 670	9 653	0
X Swoszowice	0	0	0	0
XI Podgórze Duchackie	0	0	0	0
XII Bieżanów-Prokocim	0	0	0	10 928
XIII Podgórze	0	0	2000	0
XIV Czyżyny	31 983	17 030	15 556	17 819
XV Mistrzejowice	26 426	8 000	19 842	45 760
XVI Bieżczyce	15 000	14 824	14 824	14 961
XVII Wzgórze Krzesławickie	8 000	9 973	9 301	9 871
XVIII Nowa Huta	0	0	0	0
Ogółem	193 662	150 986	191 571	199 316

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

W 2015 roku na realizację zadań priorytetowych dzielnic w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kwota w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła 0,27 zł. W porównaniu do roku poprzedniego było to o 0,01 zł więcej. Zarówno w 2014, jak i w 2015 roku największą kwotę w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczyła Dzielnica II – Grzegórzki (1,15 zł w 2015 roku, a w 2014 r. – 1,32 zł). Najmniejszą kwotę per capita przeznaczono w Dzielnicy VIII w 2015 r. (0,08 zł) (Tabela 107, Wykres 56).

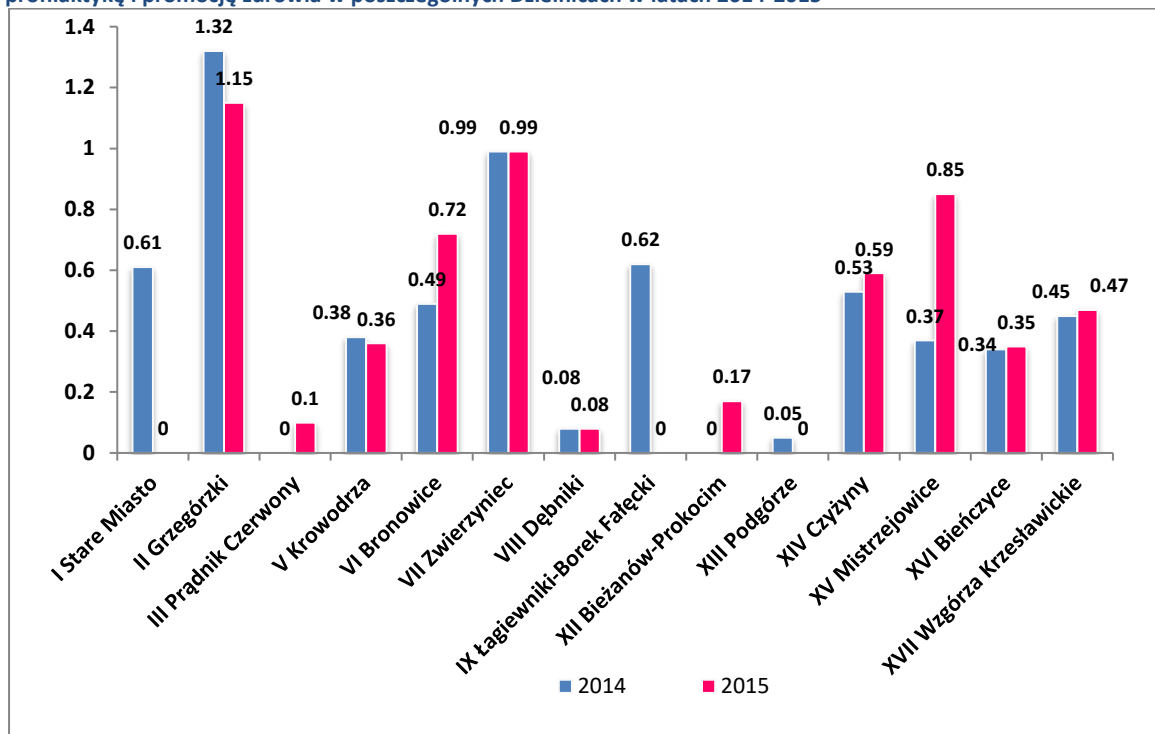
Tabela 107. Środki finansowe przeznaczone z budżetu Miasta Krakowa przez Dzielnice Miasta Krakowa na profilaktykę i promocję zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca w latach 2014-2015.

Dzielnica	2014			2015		
	Koszt realizacji (zł)	Liczba mieszkańców	Koszt per capita (zł)	Koszt realizacji (zł)	Liczba mieszkańców	Koszt per capita (zł)
I Stare Miasto	24 980	40 761	0,61	0	40622	0
II Grzegórzki	41 732	31 531	1,32	36 787	32 001	1,15
III Prądnik Czerwony	0	50 638	0,00	4 848	50 747	0,10
IV Prądnik Biały	0	71 646	0,00	0	72 690	0
V Krowodrza	14 838	39 185	0,38	13 720	38 070	0,36
VI Bronowice	11 968	24 446	0,49	17 870	24807	0,72
VII Zwierzyniec	21 907	22 040	0,99	21 812	22 087	0,99
VIII Dębniki	4 970	62 208	0,08	4 940	64109	0,08
IX Łągowniki-Borek Fałęcki	9 653	15 482	0,62	0	15 879	0
X Swoszowice	0	26 275	0,00	0	27 110	0
XI Podgórze Duchackie	0	54 218	0,00	0	54 852	0
XII Bieżanów-Prokocim	0	65 096	0,00	10 928	65 076	0,17
XIII Podgórze	2000	37 039	0,05	0	38 266	0
XIV Czyżyny	15 556	29 450	0,53	17 819	30 088	0,59
XV Mistrzejowice	19 842	53 927	0,37	45 760	53 894	0,85
XVI Bieżczyce	14 824	43 581	0,34	14 961	43 351	0,35

XVII Wzgórza Krzesławickie	9 301	20 660	0,45	9 871	20 804	0,47
XVIII Nowa Huta	0	56 411	0,00	0	55 966	0
Ogółem	191 571	744 594	0,26	199 316	750 419	0,27

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

Wykres 56. Kwota w przeliczeniu na 1 mieszkańca (per capita) wydatkowana z budżetu Miasta Krakowa na profilaktykę i promocję zdrowia w poszczególnych Dzielnicach w latach 2014-2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

3.5 Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami prowadzącymi działalność pożytku publicznego przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej

W 2015 roku, do otwartego konkursu ofert ws realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, wpłynęły 33 projekty. 26 z nich spełniało wymogi formalne i zostało ocenione pod względem merytorycznym. 22 oferty uzyskały 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 rok 2015, Miasto Kraków przeznaczyło kwotę w wysokości 361 884,83 zł. Szczegółowy kosztorys przewidziany na realizację konkretnych zadań publicznych przedstawiono w Tabeli (Tabela 108).

Tabela 108. Podział środków na realizację zadań z zakresu współpracy organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w 2015 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	11	156 765 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	5	12 355 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	3	12 355 zł
Prowadzenie działań związanych z organizacją szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy lub utrzymaniem wolontaryjnych grup ratownictwa medycznego	6	169 169,57 zł
Realizacja samopomocowych inicjatyw służących rozwojowi form wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym poprzez stworzenie warunków dla utworzenia Klubów samopomocowych	1	6 772,67 zł
Tworzenie i prowadzenie programów zatrudnienia i przygotowania zawodowego dla osób chorujących psychicznie	1	7 000 zł
łącznie		361 884,83 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

3.6 Promocja zdrowia i działania promujące zdrowy styl życia

W 2015 roku, jak i w latach ubiegłych promocja zdrowia należała do zadań Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa. Biuro było odpowiedzialne między innymi za:

Przedsięwzięcia o charakterze naukowo – szkoleniowym

W ramach przedsięwzięć o charakterze naukowo- szkoleniowym w 2015 roku zorganizowano:

- Kongres Zdrowia Publicznego,
- Małopolską Konferencję Profilaktyki Zdrowia,
- Kongres Pielęgniarek i Położnych,
- Konferencję „Zdrowie Publiczne” z Centrum Funduszy Europejskich.

We wrześniu 2015 odbyła się Doroczna Debata Ekspertów Flu Forum, podczas której Miasto Kraków otrzymało tytuł Eksperta profilaktyki grypy wśród mieszkańców. Za całokształt działań związanych z realizacją programów w ramach Kampanii „Ciśnienie na życie”, Urząd Miasta Krakowa został uhonorowany nagrodą „Samorząd dla Serca”, przyznawaną jednostkom samorządu terytorialnego najaktywniej partycypującym w promocji zdrowia wśród mieszkańców.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

W 2015 roku mieszkańcy Miasta Krakowa mieli możliwość uczestnictwa w wydarzeniach związanych z edukacją oraz promocją zdrowia. Cyklicznie organizowano weekendy dla zdrowia w Galerii Bronowice, otwarte wykłady dotyczące profilaktyki cukrzycy oraz spotkania dotyczące profilaktyki onkologicznej (w tym Gala Kobiety dla Kobiety oraz prelekcje specjalistów onkologów). W ramach działań z zakresu Profilaktyki niewydolności serca, zorganizowano imprezy plenerowe podczas których możliwe było uzyskanie informacji na temat działań profilaktycznych oraz przeprowadzenie badań.

W 2015 roku, podobnie jak w latach poprzednich, zorganizowano również wydarzenia związane z obchodami Światowego Dnia Serca. Dodatkowo we wrześniu przeprowadzono Tydzień Profilaktyki Zdrowia, w ramach którego odbyły się XIII Krakowskie Dni Zdrowia. Podczas wydarzenia mieszkańcy Miasta Krakowa mieli możliwość uzyskania porad oraz konsultacji z przedstawicielami NFZ, Urzędu Marszałkowskiego, Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz przedstawicielami Sanepid.

3.7 Medycyna szkolna

Medycyna szkolna to zespół działań służących objęciu powszechną opieką profilaktyczną, medyczną i stomatologiczną dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w celu wczesnego rozpoznawania i zapobiegania stanom chorobowym, a także śledzenia prawidłowości ich rozwoju psychofizycznego i kształtowania pożądanych nawyków higienicznych i prozdrowotnych. Populacja dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, ze względu na możliwość wystąpienia zaburzeń zdrowia i rozwoju oraz dużą częstość występowania zachowań ryzykownych, wymaga zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej. Ma ona na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz współdziałanie na rzecz ochrony i promocji zdrowia uczniów.

Miasto Kraków w ramach obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (T.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875; zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2232 oraz z 2018 r. poz. 130) oraz Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (T.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2198; zm.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2203.) zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Zagadnienia medycyny szkolnej w Polsce, a w szczególności zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, a tym samym zakres świadczeń opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w drodze umów z podmiotami systemu medycyny szkolnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133). Zgodnie z obowiązującymi przepisami profilaktyczną opieką zdrowotną objęci są wszyscy uczniowie do ukończenia 19 roku życia. Zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami wykonywane są przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego profilaktyczną opiekę nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru (dokonuje go rodzic lub opiekun prawny dziecka),
- lekarza dentyzę sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem,
- pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub higienistkę szkolną.

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

Miasto Kraków realizuje zadania z zakresu medycyny szkolnej, określone w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, adresowane do uczniów placówek oświatowych podległych Gminie. Zadania Miasta obejmują działalność gabinetów profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz gabinetów dentyżycznych w szkołach. Działania te, wykorzystując strukturę systemu oświaty w szkołach samorządowych Miasta Krakowa, miały na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży opieki medycznej oraz świadczeń profilaktycznych przy współpracy pielęgniarki lub higienistki szkolnej z: lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzem dentyżem, pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną, organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży. Partnerami uczestniczącymi w systemie medycyny szkolnej są:

- Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej właściwe dla placówek oświatowych utworzonych przez Miasto Kraków;
- Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie;
- Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych;
- Stowarzyszenia zawodów medycznych;
- Gmina Miejska Kraków – przy zakresie kompetencyjnym obowiązków: właściwej ds. edukacji komórki organizacyjnej Urzędu Miasta Krakowa i właściwej ds. zdrowia komórki organizacyjnej Urzędu Miasta Krakowa.

W dniu 26 kwietnia 2013 r. przyjęte zostało do realizacji Zarządzenie Nr 1148/2013 Prezydenta Miasta Krakowa w sprawie zasad organizacji medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków na lata 2013-2015.

W przyjętym Zarządzeniu ustalony został podział zadań mający na celu zorganizowanie funkcjonowania medycyny szkolnej w samorządowych szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, zgodnie z kompetencjami, pomiędzy Wydziałem Edukacji, a Biurem ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa.

Gabinety profilaktyki zdrowotnej oraz gabinety dentystyczne funkcjonujące na obszarze Gminy Miejskiej Kraków

Gabinety profilaktyki zdrowotnej oraz gabinety dentystyczne funkcjonujące na terenie Gminy Miejskiej Kraków zlokalizowane są na terenie różnych placówek oświatowych.

Zgodnie ze stanem zgłoszonym przez dyrektorów szkół do dnia 15 marca 2016 r., w roku 2015 gabinetu profilaktyki zdrowotnej nie posiadały następujące placówki:

- Szkoła Podstawowa Nr 134 w Krakowie, ul. Kłuszyńska 46 - brak gabinetu w budynku Szkoły; pielęgniarka ma wydzielone miejsce do pracy w pokoju nauczycielskim, będąc do dyspozycji 1 raz w tygodniu przez 4 godziny; na terenie Szkoły nie ma pomieszczenia, które można by było przeznaczyć na gabinet;
- Szkoła Podstawowa Nr 138 w Krakowie, ul. Wierzyńskiego 3 - brak gabinetu w budynku Szkoły;
w nagłych przypadkach udzielana jest pomoc w podmiocie leczniczym znajdującym się naprzeciwko Szkoły;
- XXI Liceum Ogólnokształcące w Krakowie, os. Tysiąclecia 15 - brak gabinetu w budynku Szkoły; pielęgniarka ma wydzielone miejsce do pracy w pokoju księgowej, będąc do dyspozycji 1 raz w tygodniu przez 4 godziny; na terenie Szkoły nie ma pomieszczenia, które można by było przeznaczyć na gabinet;
- Szkoła Muzyczna I stopnia w Krakowie, ul. Pilotów 51 - jest to szkoła kształcąca w trybie popołudniowym, przyjmująca uczniów w wieku od 7 do 16 roku życia, którzy jednocześnie uczęszczają do szkoły kształcącej w trybie dziennym;
- Szkoła Muzyczna I i II stopnia w Krakowie, ul. Józefińska 10 - jest to szkoła kształcąca w trybie popołudniowym przyjmująca uczniów w wieku od 6 do 17 roku życia, którzy jednocześnie uczęszczają do szkoły kształcącej w trybie dziennym;
- Centrum Kształcenia Ustawicznego os. Szkolne 21 - brak gabinetu w budynku szkoły, pomoc pielęgniarska udzielana jest w pobliskiej przychodni;
- Centrum Kształcenia Praktycznego ul. Krupnicza 42a - brak gabinetu w budynku szkoły, uczniowie odbywający praktyki w tym miejscu uczą się w również w innych szkołach (w części z nich funkcjonują gabinety) ;
- Zespół Szkół Specjalnych nr 2 ul. Kopernika 19 - brak gabinetu, szkoła znajduje się w pobliżu Szpitala Uniwersyteckiego;
- Zespół Szkół Specjalnych nr 3 ul. Wielicka 265 - brak gabinetu, szkoła znajduje się w rejonie Szpitala Uniwersyteckiego;
- Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy dla Chłopców ul. Górka Narodowa 116 - brak gabinetu, pomoc udzielana jest w przychodni.
- Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy nr 1 ul. Barska 45 – pielęgniarka pracuje wymiennie w gabinecie, w którym przyjmuje psycholog.

W 2015 roku na terenie placówek oświatowych funkcjonowało 179 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, czyli o 3 mniej niż w roku poprzednim. Na terenie 40 szkół znajdowały się pomieszczenia przeznaczone na działalność gabinetów stomatologicznych, ale spośród nich funkcjonowało tylko 29. Szczegółowe informacje na temat liczby gabinetów zlokalizowanych w poszczególnych placówkach oświatowych w 2014 i 2015 roku przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 109)

Tabela 109. Liczba gabinetów w poszczególnych rodzajach placówek oświatowych w Krakowie w latach 2014-2015.

Rodzaj placówki	2014			2015		
	Liczba gabinetów profilaktyki zdrowotnej	Liczba gabinetów dentystycznych	Liczba gabinetów dentystycznych funkcjonujących	Liczba gabinetów profilaktyki zdrowotnej	Liczba gabinetów dentystycznych	Liczba gabinetów dentystycznych funkcjonujących
Szkoły podstawowe	63	25	10	67	18	16
Szkoły podstawowe integracyjne	6	2	2	-	-	-
Gimnazja	19	7	5	20	6	4
Zespół Szkolno-Przedszkolny	9	1	1	9	1	0
Zespoły szkół ogólnokształcących sportowych	3	2	2	3	2	2
Zespoły szkół ogólnokształcących	21	7	1	22	5	2
Zespoły szkół ogólnokształcących integracyjnych	7	5	5	7	4	3
Licea ogólnokształcące	11	2	0	12	0	0
Zespoły szkół zawodowych	24	2	0	24	2	1
Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna	1	0	0	1	0	0
Zespoły szkół specjalnych i Secjalne Ośrodki Szkolno - Wychowawcze	15	2	2	14	2	1
Zespoły Szkół 1-3	3	0	0	-	-	-
łącznie	182	55	28	179	40	29

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Miasta Krakowa.

Liczba uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków

W 2015 roku opieką zdrowotną na terenie placówek oświatowych w Krakowie zostało objętych 74 085 uczniów, w tym 2 760 uczniów niepełnosprawnych (3,73%) (Tabela 110).

Tabela 110. Liczba uczniów objętych opieką zdrowotną na terenie placówek oświatowych z podziałem na typy placówek w 2015 roku na terenie Krakowa.

Rodzaj placówki	Liczba uczniów objętych opieką zdrowotną w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej	
	Liczba uczniów Ogółem	Liczba uczniów Niepełnosprawnych
Szkoły podstawowe	26 807	330
Gimnazja	4 418	59
Zespoły szkolno-przedszkolne	3 325	10
Zespoły szkół ogólnokształcących sportowych	2 317	4
Zespoły szkół ogólnokształcących	8 016	44
Zespoły szkół integracyjnych	5 173	426
Licea ogólnokształcące	9 876	46
Zespoły szkół zawodowych	11 868	109
Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna	436	0
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno - Wychowawcze	1 849	1 732
Placówki oświatowe na terenie, których znajduje się wspólny gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej		
łącznie	74 085	2 760

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Urzędu Miasta Krakowa.

Dostępność do świadczeń zdrowotnych na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków

Na podstawie poniższej tabeli (Tabela 111) możemy zauważyć, że w 61 (34,08%) placówkach oświatowych uczniowie mieli dostęp do opieki profilaktycznej 5 dni w tygodniu. 4 dni w tygodniu świadczenia były dostępne w 34 gabinetach (18,99%), w 44 szkołach (24,58%), uczniowie mogli korzystać z opieki 3 dni w tygodniu, a w 24 (13,41%) - 2 dni w tygodniu. W 16 gabinetach (8,94%) szkolnych uczniowie mogli korzystać

z opieki profilaktycznej tylko 1 dzień w tygodniu (Tabela 111).

Tabela 111. Dostępność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej dla uczniów poszczególnych placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w roku 2015.

Rodzaj placówki	5 dni w tygodniu	4 dni w tygodniu	3 dni w tygodniu	2 dni w tygodniu	1 dzień w tygodniu	RAZEM
Szkoły podstawowe	6	15	23	13	4	61
Szkoły podstawowe integracyjne	5	1	0	0	0	6
Gimnazja	3	2	4	6	3	18
Zespół szkolno-przedszkolny	0	4	3	1	1	9
Zespoły szkół ogólnokształcących sportowych	3	0	0	0	0	3
Zespoły szkół ogólnokształcących	5	2	10	1	4	22
Zespoły szkół ogólnokształcących integracyjnych	7	0	0	0	0	7
Licea ogólnokształcące	9	1	1	0	2	13
Zespoły szkół zawodowych	9	7	3	3	2	24
Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna	0	1	0	0	0	1
Zespoły szkół specjalnych	5	0	0	0	0	5
Specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze	8	0	0	0	0	8
Placówki oświatowe na terenie których znajduje się wspólny gabinet profilaktyki zdrowotnej	1	1	0	0	0	2
SUMA	61	34	44	24	16	179
Udział (%)	34,08%	18,99%	24,58%	13,41%	8,94%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynu Informacji Publicznej.

Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych

W ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015” w szkołach i placówkach realizowane były następujące programy zdrowotne:

- Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej – adresowany do uczniów w wieku 7 - 8, 16-17 lat - finansowany z budżetu Gminy Miejskiej Kraków;
- Program profilaktyki wad postawy – adresowany do dzieci w wieku 11-12 lat - finansowany z budżetu Gminy Miejskiej Kraków;
- Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.
- Program profilaktyki próchnicy u dzieci – adresowany do uczniów w wieku od 6 do 14 lat;

Szczegółowe informacje w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych w 2015 roku przedstawia Tabela 112. Z Programu Profilaktyki astmy i chorób alergicznych skorzystało 9 451 uczniów ze 113 placówek oświatowych. Program profilaktyki wad postawy objął 1 469 uczniów w 19 szkołach. W Programie wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa wzięło udział 13 851 uczniów z 22 krakowskich szkół. Natomiast innymi programami zdrowotnymi, nie finansowanymi przez Miasto Kraków, objęto 7 097 uczniów w 22 szkołach.

Tabela 112. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w 2015 roku.

Rodzaj placówki	Asthma GMK		Wady postawy GMK		Wyrównywanie dostępności GMK		Inne - pozostałe	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Szkoły podstawowe	56	3 997	16	1 242	32	9 629	9	3 565
Gimnazja	0	0	0	0	2	385	0	0
Zespół Szkolno-Przedszkolny	6	476	0	0	5	1 220	1	100
Zespoły szkół ogólnokształcących sportowych	2	231	0	0	0	0	0	0
Zespoły szkół ogólnokształcących	12	635	1	63	3	787	4	2 282
Zespoły szkół ogólnokształcących integracyjnych	6	459	2	164	3	1 616	1	300
Licea ogólnokształcące	12	2 065	0	0	0	0	2	589
Zespoły szkół zawodowych	17	1 553	0	0	0	0	3	127
Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna	0	0	0	0	0	0	0	0
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno - Wychowawcze	2	35	0	0	2	214	2	134
SUMA	113	9 451	19	1 469	47	13 851	22	7 097

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Referatu Zdrowia Biura ds. Ochrony Zdrowia.

Szczegółowe informacje w zakresie programów polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii realizowanych w 2015 roku przedstawia Tabela 113. W 38 szkołach przeprowadzono Program profilaktyki próchnicy, w którym wzięło udział 4 748 uczniów. W pozostałych programach zdrowotnych z zakresu stomatologii finansowany ze środków innych niż przeznaczone na realizację Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”, wzięło udział 4 270 uczniów z 19 szkół.

Tabela 113. Programy zdrowotne w zakresie stomatologii realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w 2015 roku.

Rodzaj placówki	Program profilaktyki próchnicy u dzieci		Inne - pozostałe	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Szkoły podstawowe	19	1 494	12	2 999
Gimnazja	5	439	1	56
Zespoły Szkolno-Przedszkolny	1	198	3	538
Zespoły szkół ogólnokształcących sportowych	2	582	0	0
Zespoły szkół ogólnokształcących	4	483	2	525
Zespoły szkół ogólnokształcących integracyjnych	3	838	0	0
Licea ogólnokształcące	0	0	0	0
Zespoły szkół zawodowych	3	656	1	152
Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna	0	0	0	0
Zespoły szkół specjalnych i Specjalne Ośrodki Szkolno - Wychowawcze	1	58	0	0
SUMA	38	4 748	19	4 270

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Miasta Krakowa.

3.8 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:

- ustalanie taryfy świadczeń,
- ocena świadczeń opieki zdrowotnej,
- opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych,
- opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej,
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyraziła pozytywną opinię na temat 12 programów zdrowotnych, realizowanych w 2015 roku na terenie Gminy Miejskiej Kraków. Wśród nich do realizacji zatwierdzone zostały Programy:

- Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.
- Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej.
- Program profilaktyki wad postawy.
- Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa.
- Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych.
- Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem.
- Program profilaktyki próchnicy u dzieci.
- Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 r.ż.
- Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego.
- Profilaktyka głębokich nawracających zaburzeń psychicznych (GZP),
- Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków.

- Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0 – 3 lat zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłobków i przedszkoli.

Łączne koszty przeznaczone na realizację programów zdrowotnych zaopiniowanych przez AOTMiT w 2015 r. przeznaczono z budżetu Gminy Miejskiej Kraków 1 363 484 zł. Kwota ta pozwoliła na realizację 52 443 świadczeń zdrowotnych, z których skorzystało 31 636 mieszkańców Krakowa.

4. Uzdrawisko Swoszowice – działania Miasta Krakowa

Uzdrawisko Swoszowice powstało w 1811 roku. Natomiast w 1974 roku Urząd Miasta Krakowa nadał Swoszowicom status Uzdrawiska. W 1999 roku nastąpiło przekształcenie Uzdrawiska z jednostki państwowej w spółkę należącą do Skarbu Państwa. Od 2007 roku Uzdrawisko funkcjonuje pod nazwą Uzdrawisko Kraków Swoszowice Sp. z o.o.

Uzdrawisko Swoszowice jest jedynym w Polsce uzdrawiskiem 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. Dzielnicze 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 27.09.2006 r. Rada Miasta Krakowa podjęła uchwałę Nr CXVII/1231/06 (z późn. zm.) w sprawie utworzenia Osiedla Uzdrawisko Swoszowice w ramach Dzielnicy X.

Na terenie Uzdrawiska znajdują się dwa źródła wody leczniczej pod nazwą „Zdrój Główny” i „Napoleon”. Uzdrawisko Swoszowice specjalizuje się w leczeniu i profilaktyce następujących schorzeń:

- reumatologicznych (choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowego zapalenia stawów, entezopatie układu mięśniowo-więzadłowego);
- pourazowych i pooperacyjnych narządu ruchu;
- dermatologicznych (łuszczycy);
- gośćca łuszczycowego.

W Uzdrawisku 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. kuracjuszy. W 2015 roku planowano przyjąć 6 212 pacjentów. Ostatecznie świadczenia otrzymało 6 184 kuracjuszy, z czego największą liczbę stanowili kuracjusze korzystający z opieki ambulatoryjnej (4 806), a najmniejszą pacjenci rehabilitowani w szpitalu uzdrawiskowym (79) (Tabela 114). W stosunku do roku 2014, liczba kuracjuszy w roku 2015 była wyższa o 112. Podobnie jak w latach poprzednich, również w 2015 roku nie odnotowano kuracjuszy rehabilitacyjnych w sanatorium. Należy jednak pamiętać, że fluktuacja w liczbie przyjmowanych kuracjuszy jest zależna od kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Tabela 114. Dane o kuracuszach korzystających ze świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego w Uzdrawisku Swoszowice z lat 2012-2015.

Rok	2012		2013		2014		2015	
	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie
Liczba pacjentów szpitala uzdrawiskowego	337	341	360	327	340	324	312	288
Liczba kuracjuszy sanatoryjnych	860	779	828	975	1 060	988	1 100	1 011
Liczba kuracjuszy ambulatoryjnych	4 300	3 994	4 222	4 183	4 230	4 659	4 710	4 806

Liczba pacjentów rehabilitacyjnych w szpitalu uzdrowskim	186	185	140	145	120	101	90	79
Liczba kuracjuszy rehabilitacyjnych w sanatorium	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	5 683	5 299	5 550	5 630	5 750	6 072	6 212	6 184

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

W Miejskim Programie Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015” określono zadania, które miały zostać podjęte w Uzdrowisku Swoszowice. Zadania te były następujące:

- utrzymanie i ochrona warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników mających wpływ na klimat w Osiedlu Uzdrowisko Swoszowice,
- tworzenie i ulepszanie infrastruktury komunalnej na terenie Osiedla Uzdrowisko Swoszowice,
- tworzenie warunków dla zwiększenia atrakcyjności turystycznej i leczniczej oferty Krakowa.

Powyższe zadania są realizowane przez Urząd Miasta Krakowa w ramach uregulowań prawnych tj.:

- Statut dla Osiedla Uzdrowskiego Swoszowice – uchwała Nr LX/784/08 z dnia 17 grudnia 2008 r. – na jego podstawie są wydawane decyzje, postanowienia i zezwolenia przez wydział Architektury i Urbanistyki oraz Wydział Kształtowania Środowiska.
- „Program tworzenia i ulepszania infrastruktury komunalnej dla Osiedla Uzdrowisko Swoszowice” - Strategia Rozwoju Turystyki w Krakowie na lata 2006-2013 - uchwała Nr XLIV/538/08 z dnia 28 maja 2008 r.
- Strategia Rozwoju Krakowa - uchwała Nr LXXV/742/05 z dnia 13 kwietnia 2005 r.

Zadania Biura ds. Ochrony Zdrowia w roku 2015 były związane są z podejmowaniem działań inspirujących podnoszenie poziomu usług uzdrowskich.

Zgodnie z Uchwałą Nr LXXIV/1096/13 Rady Miasta Krakowa z dnia 22 maja 2013 r. Gmina Miejska Kraków przystąpiła do Stowarzyszenia Gmin Uzdrowskich RP. Przystąpienie Gminy Miejskiej Kraków do Stowarzyszenia pomoże realizować zarówno cele ustawowe, wynikające z art. 46 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskich i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich (Dz.U. 2012 poz. 651 z późn. zm.), jak i statutowe Osiedla Uzdrowisko Swoszowice.

5. Ratownictwo medyczne – realizacja 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 2015 roku Miasto Kraków również podejmowało 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 71 600, 00 zł (Tabela 115), z czego 60 000,00 zł przeznaczono na utrzymanie sieci AED.

W ramach umowy o udzielenie dotacji zawartej z Krakowskim Pogotowiem Ratunkowym (umowa z dnia 26 maja 2015 roku), wykonane zostały następujące działania:

- defibrylatory zostały ubezpieczone od odpowiedzialności cywilnej i majątkowej za 2015 rok,
- wykonano comiesięczne przeglądy eksploatacyjne (odnotowane w Dzienniku przeglądów eksploatacyjnych),
- wymieniono baterie zasilające – 5 szt. (z uwagi na przekroczony termin ważności),

- wymieniono 14 szt. elektrod (12 szt. z uwagi na przekroczony termin ważności, 2 szt. - zużyte),
- wymieniono baterie 9V podtrzymujące autotest aparatu – 20 szt.
- w miesiącu marcu i grudniu 2015 r. autoryzowany serwis Zakład Techniki Medycznej, z siedzibą na ul. Szyllinga 63, wykonał przegląd techniczny urządzeń AED,
- Krakowskie Pogotowie Ratunkowe zakupiło pokrowiec na defibrylator przewożony w samochodzie przez Straż Miejską;
- naliczono roczną amortyzację aparatów.
- w 2015 roku odnotowano dwukrotnie wykorzystanie aparatów AED:
 - a. W dniu 18 lipca 2015 roku o godz. 3:55 przez patrol Straży Miejskiej Oddział I Śródmieście,
 - b. W dniu 6 grudnia 2015 roku około godz. 13:30 przez pracownika Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej przy ul. Rajskiej 1.

Dodatkowe 11 600 zł przeznaczono na szkolenia w ramach realizacji budżetu obywatelskiego „Mali Ratownicy”, dzięki którym 200 dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym zostało przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy. W celu realizacji szkoleń zakupiono manekiny do nauki pierwszej pomocy (koszt 2100 zł), a także osprzęt z defibrylatorem AED (koszt 2300 zł). Do realizacji programu przystąpiły następujące placówki oświatowe: Szkoła Podstawowa nr 38 im. Bractwa Kurkowego przy ul. Francesco Nullo, Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 1, przy ul. Ks. Franciszka Blachnickiego 1 oraz Przedszkole Samorządowe nr 80 przy ul. Kotlarskiej 5A.

Zestawienie kosztów poszczególnych zadań z podziałem na jednostki wykonujące przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 115).

Tabela 115. Zestawienie kosztów związanych z realizacją Programu Krakowska Sieć AED IMPULS ŻYCIA w latach 2012-2015.

Rok		2012	2013	2014	2015
Koszt związany z umową zawartą z Pogotowiem Ratunkowym (zł)	-	50 000	50 000	50 300	71 600 zł
Koszt nowych urządzeń AED (zł)	-	13277,31	-	34961,08	-
Koszty związane z realizacją zadań (zł)	R2	16600	-	61788,33	-
	ZHP	15500	19500	9009	-
	FZP	23700	4000	3436	-
	PTZCA	-	2500	-	-
	MOFP	-	4000	-	-
	MOOPCK	-	-	35989	-
Koszt szkoleń ogółem (zł)		55 800	30 000	110 222,33	11 600 zł
Koszt sieci AED ogółem (zł)		119 077,31	80 000	195483	60 000 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

W ramach realizacji Programu AED IMPULS ŻYCIA zakupiono 31 urządzeń AED, dostępnych 26 lokalizacjach Miasta Krakowa (Tabela 116).

Tabela 116. Rozmieszczenie urządzeń AED na terenie Miasta Krakowa w 2015 roku.

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	1	Pl. Wszystkich Świętych 2

Wyspiański 2000			
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. Mosiężnicza 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 Rejonowa w Krakowie	1	os. Stalowe 16 D
22.	Prokuratura Rejonowa 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
Razem		31	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Biuletynu Informacji Publicznej.

6. Podsumowanie

- Miasto Kraków podejmuje wieloletnie, długofalowe działania służące poprawie stanu zdrowia oraz świadomości zdrowotnej mieszkańców. W 2015 roku większość programów promocji zdrowia, profilaktyki oraz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego stanowiło kontynuację programów podjętych w poprzednich latach. W 2015 roku ustanowiono działania na kolejne lata 2016-2018.
- Priorytetowym programem zdrowotnym Miasta Krakowa był Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. Zgodnie z opinią AOTMiT wdrożono 12 programów profilaktycznych, w szczególności w zakresie chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób układu oddechowego oraz zdrowia dzieci i młodzieży.
- W 2015 roku z programów zdrowotnych oferowanych przez Miasto Kraków skorzystało 31 636 mieszkańców, którym udzielono 52 443 świadczeń medycznych. Sumaryczny koszt realizacji programów wyniósł 1 363 484 zł.
- W 2015 roku kontynuowano program profilaktyczny „Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych”, w którym uczestniczyło 179 osób. W ramach Programu udzielono 313 świadczeń, natomiast łączny koszt realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego wyniósł 33 949 zł.

- W ramach zadań priorytetowych Dzielnic w roku podjęto działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. W 2015 roku Dzielnice Miasta Krakowa przeznaczyły na ten cel 199 316 zł. Koszt realizacji zadania przypadający na jednego mieszkańca oszacowano na 0,27 zł.
- Miasto Kraków podjęło szereg inicjatyw w zakresie medycyny szkolnej. Wśród nich, poza programami zdrowotnymi, znalazła się również problematyka dostępności gabinetów profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz gabinetów dentystycznych w szkołach. W 2015 roku na terenie placówek oświatowych funkcjonowały 179 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Na terenie 40 szkół zlokalizowane były gabinety dentystyczne, jednak jedynie 29 umożliwiała otrzymanie niezbędnego świadczenia. 74 085 uczniów zostało objętych opieką zdrowotną, z czego 2 760 stanowili uczniowie niepełnosprawni.
- W 2015 roku Uzdrowisko Swoszowice przyjęło 6 184 kuracjuszy.
- W 2015 roku 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 2015 roku na terenie Krakowa dostępnych było 31 defibrylatorów. Na sieć AED wraz ze szkoleniami przeznaczono 71 600 zł. Odnotowano 2 przypadki użycia defibrylatora.

Część IV. Wpływ uwarunkowań środowiskowych i innych na zdrowie mieszkańców Krakowa.

1. Wstęp

Niniejsza część zawiera informacje dotyczące wpływu uwarunkowań środowiskowych i innych czynników na zdrowie mieszkańców Krakowa. W poniższych rozdziałach przeprowadzono systematyczny 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

Czynniki związane ze stylem życia mieszkańców Krakowa zostały ocenione w dużym badaniu populacyjnym, które było polską częścią międzynarodowego projektu HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial Factors In Eastern Europe). Badanie przeprowadzono w latach 2003-2005 i wzięło w nim udział 10 615 mieszkańców Krakowa. Badane osoby zostały wybrane losowo spośród stałych mieszkańców Krakowa w wieku 45-69 lat; losowanie przeprowadzone było w grupach płci i 5-letnich warstwach wieku. Przeszkoleni ankieterzy, przy pomocy standardowego kwestionariusza zebrali dane na temat: wieku, płci,

wykształcenia, palenia papierosów, stanu zdrowia, spożycia alkoholu, aktywności fizycznej, diety, objawów depresji. Wszyscy respondenci zostali zaproszeni na badanie w przychodni, gdzie dokonane zostały pomiary wzrostu i masa ciała oraz pobrano krew na badania biochemiczne.

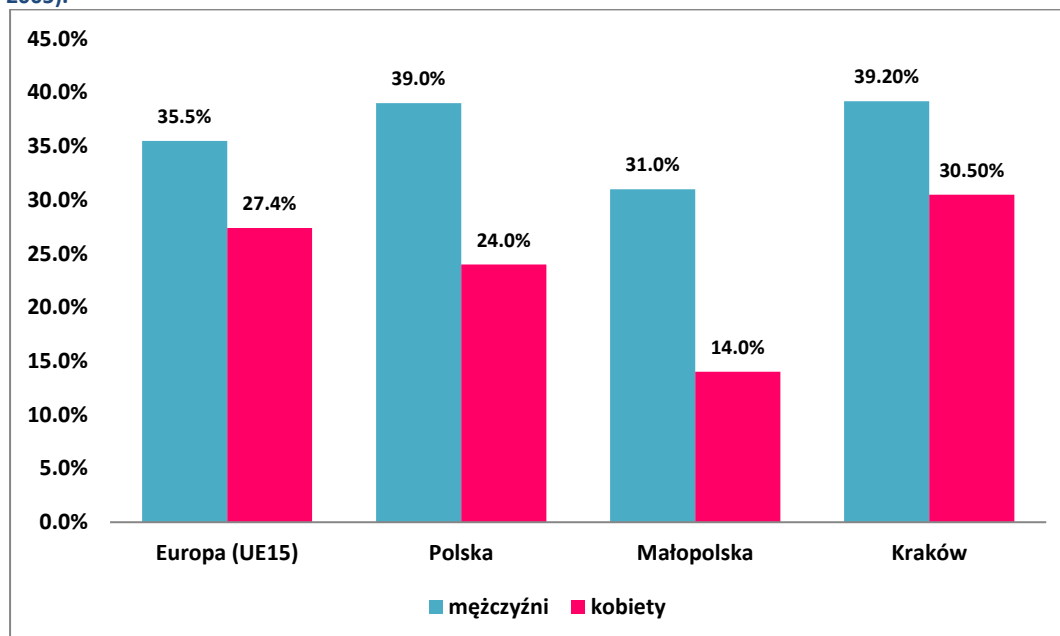
Występowanie czynników związanych ze stylem życia w Małopolsce i Polsce ocenione zostało m.in. w ogólnopolskim badaniu WOBASZ (Wieloośrodkowe Badanie Stanu Zdrowia Ludności), przeprowadzonym w latach 2003-2005. Badanie przeprowadzono na losowo wybranej próbie około 15 000 mieszkańców 16 województw w wieku 20-74 lata. Drugą edycję tego badania przeprowadzono w latach 2013/14 [1].

I. Rozpowszechnienie palenia papierosów

Palenie papierosów, które jest modyfikowalnym elementem stylu życia, jest jednym z głównych zagrożeń zdrowotnych. Palenie zwiększa ryzyko zgonu i zachorowania na wiele chorób, w tym np. chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego. Odsetek palących mężczyzn w Krakowie [2] był podobny jak w Polsce [1], jednak wyższy niż w całym województwie małopolskim [5] oraz krajach Unii Europejskiej [6] (Wykres 57). U kobiet zamieszkających w Krakowie odnotowano najwyższy odsetek palących (30,5%) natomiast w województwie małopolskim najniższy (14%) (Wykres 58).

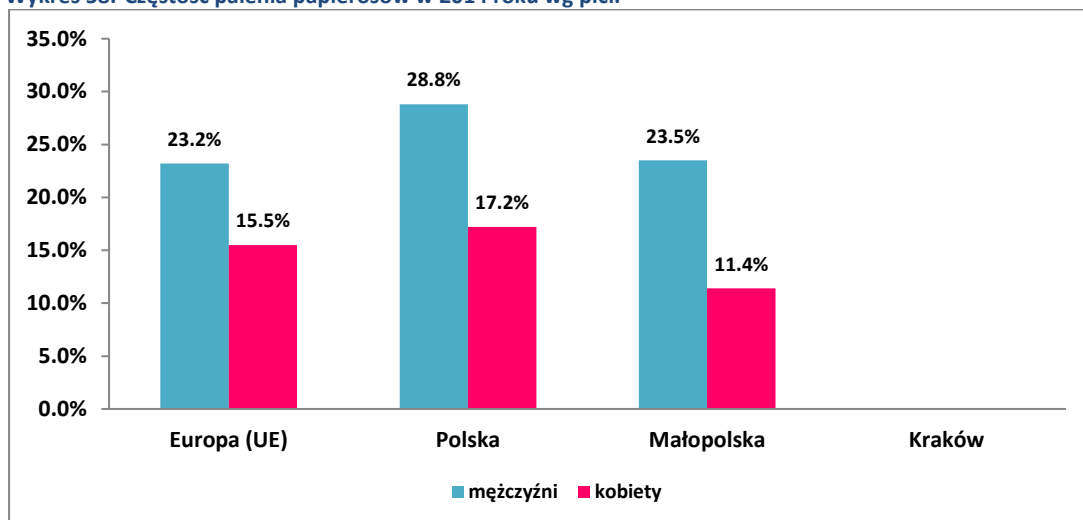
Jak wynika z danych przedstawionych na wykresie 2, sytuacja uległa poprawie i odsetek palących osób obniżył się. Częstość palenia wśród mężczyzn w województwie małopolskim (23,5%) była podobna jak w Polsce, natomiast wśród kobiet w województwie małopolskim odsetek palących był najniższy (11,4%). Nie opublikowano danych o aktualnej częstości palenia w Krakowie.

Wykres 57. Częstość palenia papierosów u kobiet i mężczyzn w Krakowie, Małopolsce, Polsce, krajach UE; (2003-2005).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Health, Alcohol and Psychosocial Factors In Eastern Europe*

Wykres 58. Częstość palenia papierosów w 2014 roku wg płci.



Rozpowszechnienie otyłości

Otyłość jest najczęściej spowodowana zwyczajowym spożywaniem większej ilości kalorii (energii zawartej w pokarmach i napojach) niż jest zużywana przez daną osobę. Oprócz niewłaściwego sposobu odżywiania, otyłości sprzyja zbyt mała aktywność fizyczna. Otyłość jest znanym czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, w tym chorób układu krążenia, cukrzycy, nowotworów takich jak np. rak piersi, prostaty, jelita grubego. Otyłość może też prowadzić do pojawienia się problemów psychospołecznych.

Do oceny występowania otyłości powszechnie stosuje się wskaźnik BMI (body mass index, kg/m²), do obliczenia którego potrzebne są dane o wzroście i masie ciała. Wartość BMI powyżej 25 oznacza nadwagę a powyżej 30 - otyłość.

Częstość otyłości w Krakowie, wg danych z badania HAPIEE 2003-2005, wynosiła 26,7% u mężczyzn i 32,5% u kobiet i była podobna do średnich wartości dla Polski, tj. 27,2% u mężczyzn i 33,4% u kobiet [2]. Nadwaga, czyli wartość BMI 25-30, występowała u 37,5% kobiet i 49,3% mężczyzn w Krakowie. W porównaniu z występowaniem nadwagi w całym kraju, sytuacja w Krakowie była gorsza, gdyż w tym samym czasie nadwaga w Polsce dotyczyła 36,7% kobiet i 42,4% mężczyzn [2].

W woj. małopolskim, wg danych z badania Wobasz 2003-05, otyłość (BMI>30) występowała u 14,7% mężczyzn i 24,1% kobiet w wieku 20-74 lata [12]. Po 10 latach, w badaniu Wobasz II (2013-14) częstość otyłości zwiększyła się u mieszkańców Małopolski i wynosiła 24% u mężczyzn i 25,2% u kobiet [3].

W Polsce, według wyników analiz danych z badań Wobasz i Wobasz II, w których porównano standaryzowane na wiek częstości otyłości w ostatnim 10-leciu, przybywa osób z otyłością. U mężczyzn występowanie otyłości zwiększyło się z 20% w latach 2003/05 do 24,2% w 2013/14, a u kobiet odpowiednio z 22,3% do 23,4% [3].

W Europie ogółem częstość otyłości u dorosłych szacuje się obecnie na 20% u mężczyzn i 23% u kobiet [4].

W raporcie o sytuacji zdrowotnej Polaków podkreślono, że nadmierna masa ciała występuje częściej u kobiet w Polsce niż w krajach UE. "Według dokonanych na podstawie różnych źródeł szacunków WHO w krajach UE nadwaga (indeks BMI w zakresie 25–30) lub otyłość (BMI równe 30 lub więcej) dotyczy przeszło 60% mężczyzn i ponad połowy kobiet. Dla Polaków odsetki te wynoszą odpowiednio 68% i 60%, co oznacza, że dla mężczyzn jest on zbliżony do średniej, natomiast dla kobiet należy do najwyższych w UE [14] (Tabela 117).

Tabela 117. Rozpowszechnienie otyłości (BMI >30kg/m²) według płci w ciągu minionej dekady.

Miejsce	Mężczyźni 2003/2005	Mężczyźni 2013/2014 [3]	Kobiety 2003/2005	Kobiety 2013/2014
---------	------------------------	----------------------------	----------------------	----------------------

	[2]			
Kraków	26,9	BD	32,5	BD
Małopolska		24.0 [3]		25.2
Polska	27,2%	24,4%	33,4	25,0%
Europa [4]		20%		23%

Żywnienie:

Jednym z najważniejszych czynników stylu życia wpływających na stan zdrowia ludności jest sposób odżywiania. Nieprawidłowa dieta ma związek z większym ryzykiem występowania kilkudziesięciu chorób, w tym chorób układu krążenia, wielu nowotworów, cukrzycy, otyłości, osteoporozy, alergii. Jednocześnie dieta jest czynnikiem modyfikowalnym i w badaniach naukowych wykazano, że poprawa żywienia i jakości zdrowotnej żywności przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia ludności.

Spożycie warzyw i owoców

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. błonnika oraz dużych ilości witamin i składników o działaniu antyoksydacyjnym. W tabeli poniżej przedstawiono odsetek dorosłych mieszkańców Krakowa realizujących zalecane spożycie wybranych produktów spożywczych [11]. Ponad 50% mężczyzn w Krakowie i 40% kobiet nie spożywa codziennie zalecanych ilości owoców. Za małe spożycie warzyw dotyczy około co 3-go mieszkańca Krakowa.

W Polsce, wg danych GUS, w 2014 roku, co najmniej raz dziennie owoce jadało tylko 59% dorosłych osób, a warzywa 57% [7]. "Polska od lat zalicza się do krajów o najniższym spożyciu owoców w Europie (54,3 kg na osobę rocznie), prawie o połowę niższym od przeciętnego w Unii (100,2 kg na osobę rocznie)" [14] (Tabela 118).

Tabela 118. Odsetek realizujących zalecenia kobiet i mężczyzn w Krakowie (badanie HAPIEE).

Zalecenia	Mężczyźni	Kobiety
Owoce \geq 2 porcje /dzień	48%	60%
Warzywa \geq 2 porcje /dzień	67%	68%
Pełnoziarniste pieczywo	5%	10%
Odtłuszczone mleko	45%	49%
Margaryna do smarowania pieczywa	12%	11%
Tłuszcze roślinne do gotowania	76%	78%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania HAPIEE.

Dieta mieszkańców w ujęciu całościowym

Prawidłowa dieta powinna być urozmaicona oraz umiarkowana i powinna dostarczać do organizmu niezbędnych składników odżywczych w odpowiednich ilościach. Istnieją zalecenia prozdrowotne odnośnie udziału w diecie poszczególnych makroskładników. Jak wynika z danych przedstawionych w poniższej tabeli, spożycie poszczególnych składników odżywczych u dorosłych mieszkańców Krakowa odbiega od zalecanych [13]. Odnotowano u nich za duże spożycie tłuszczów, zwłaszcza nasyconych (pochodzenia zwierzęcego),

a za małe spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych obecnych np. w olejach roślinnych i rybach. Podobnie dieta mieszkańców Krakowa zawiera za dużo białka, a głównym źródłem białka są produkty pochodzenia zwierzęcego. Natomiast spożycie węglowodanów było za niskie; korzystne węglowodany w diecie zawarte są głównie w produktach zbożowych o małym stopniu przetworzenia (np. z mąki razowej) (Tabela 119).

Tabela 119. Tabela porównawcza zaleceń prozdrowotnych i wyników z badania HAPIEE.

Składnik diety	Badanie HAPIEE	Zalecenia prozdrowotne
	Kraków	
	Razem	

Energia z węglowodanów (%); średnia	45,0 %	50-70% [1] 50-65% [2]
Energia z białka (%); średnia	18,0%	10-15% [1, 2]
Energia z SFA(%); średnia	15%	<10% [3,6]
Energia z MUFA(%); średnia	12,0%	10-15% (4)
Energia z PUFA(%); średnia	5,0%	6-10% [5,6]
Energia z tłuszczów (%); średnia	36,0%	20-35% [1] 25-30% [2]

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania HAPIEE.

W Polsce, w oparciu o wyniki badania Wobasz II wykazano, że niewłaściwy sposób odżywiania dotyczy ponad połowy Polaków [10]. W tabeli przedstawiony jest odsetek Polaków realizujących zalecenia na wybrane składniki odżywcze i produkty w przeciętnej diecie (Tabela 120).

Tabela 120. Procent osób realizujących zalecenia na wybrane składniki odżywcze i produkty w przeciętnej diecie dorosłych mieszkańców Polski

Składniki odżywcze i produkty	Mężczyźni	Kobiety
	Realizujący normy (%)	Realizujący normy (%)
Tłuszcz całkowity (% energii)	17,8%	26,6
Kwasy tłuszczowe nasycone (% energii)	18,6	23,3
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone (% energii)	36,6	30,6
Węglowodany (% energii)	36,9	48,4
Białko (% energii)	45,6	49,7
Cholesterol (mg)	52,8	75,0
Warzywa i owoce (g)	49,8	51,1

Aktywność fizyczna

Jednym z podstawowych czynników determinujących stan zdrowia ludzi jest ich aktywność fizyczna. Brak ruchu lub mała aktywność fizyczna mogą prowadzić do wystąpienia wielu chorób, w tym tych najczęściej występujących obecnie w populacji, jak otyłość, choroby układu krążenia, cukrzyca czy niektóre nowotwory. Jednocześnie obniżony poziom aktywności fizycznej może być skutkiem występujących chorób. Na aktywność fizyczną mieszkańców może wpływać obecność obiektów sportowych lub ich brak, a także pewne cechy utrudniające korzystanie z tych obiektów, np. brak dojazdu, zbyt wysokie opłaty za korzystanie.

Zgodnie z zaleceniami WHO osoby dorosłe w celu zachowania zdrowia powinny w każdym tygodniu podejmować aktywność fizyczną o natężeniu umiarkowanym przez co najmniej 150 minut lub intensywnym przez co najmniej 75 minut. W Polsce regularnie ćwiczy 5% ludności, a dość systematycznie 23%; inne formy aktywności regularnie podejmuje 8%, dość systematycznie – 26%, co stanowi jedne z najniższych odsetków w krajach UE. Aż 52% Polaków nie uprawia sportu w ogóle, zaś 35% nigdy nie praktykuje innych form rekreacji fizycznej [14].

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA MAŁOPOLAN

Jeden na trzech mieszkańców regionu podejmuje aktywność fizyczną (rozumianą jako aktywność ukierunkowaną m.in. na poprawienie stanu zdrowia, kondycji itd., niezwiązaną z wykonywaniem prac domowych czy zawodowych i zaplanowaną w czasie) 3 razy w tygodniu bądź częściej. Kolejna trzecia część Małopolan robi to jeden do dwóch razy w tygodniu. Rzadziej taką aktywność, 1-3 razy w miesiącu, podejmuje co siódmy mieszkaniec województwa.

Najpopularniejszymi aktywnościami fizycznymi podejmowanymi przez Małopolan są jazda na rowerze i turystyka piesza.



Źródło: www.obserwatorium.malopolska.pl/blog/o-jakosci-powietrza-aktywnosci-fizycznej-zwiazkach-innymi-wojewodztwami-badanie-opinii-mieszkancow/

Małopolanie uważają, że w kwestii obiektów sportowo-rekreacyjnych na terenie ich gminy w największym stopniu brakuje ścieżek rowerowych i pływalni.

Badanie przeprowadzono na 3 000 mieszkańcach Małopolski.

3. Wpływ hałasu na zdrowie człowieka

Zgodnie z ustaleniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), hałas jest drugą co do wielkości środowiskową przyczyną problemów zdrowotnych, tuż po wpływie zanieczyszczeń powietrza. Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z ochroną środowiska przed hałasem w Polsce jest ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. - *Prawo ochrony środowiska (j.t. Dz.U.2013, poz. 1232 ze zm.)*, która definiuje hałas jako dźwięki o częstotliwościach od 16 Hz do 16 000 Hz. Hałas jest zjawiskiem rozchodzenia się w powietrzu fal akustycznych mierzonych w decybelach (dB) o natężeniu i częstotliwości powodujących uciążliwości dla ludzi i środowiska. Art.3 pkt. 49 ww. ustawy określa hałas jako zanieczyszczenie dla zdrowia i ludzi, jak również stanu środowiska. Inna definicja, pochodząca z Dyrektywy 2002/49/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25.06.2002 r. odnosząca się do oceny i zarządzania poziomem hałasu w środowisku poprzez hałas rozumie niepożądane lub szkodliwe dźwięki powodowane przez środki transportu, ruch drogowy, ruch kolejowy, ruch lotniczy oraz hałas pochodzący z obszarów o działalności przemysłowej. Istnieje kilka rodzajów hałasu w zależności od źródła i miejsca pochodzenia. Zgodnie z tym wyróżniamy dwie główne kategorie hałasu:

- Komunikacyjny, w tym (drogowy, lotniczy, kolejowy i tramwajowy),
- Przemysłowy [15][16].

W kontekście ochrony środowiska w związku z narażeniem na hałas, ważnym aspektem jest określenie tzw. klimatu akustycznego, który opisać można jako zespół zjawisk akustycznych występujących na danym obszarze, niezależnie od źródeł je wywołujących. Klimat ten, zwłaszcza w warunkach lokalnych, cechuje się silnymi zmianami w czasie i przestrzeni. Zależy on w głównej mierze od:

- stopnia nasycenia danego środowiska urządzeniami i pojazdami,
- układu urbanistycznego cechującego dane lokalne środowisko i rozplanowania w nim osiedli mieszkaniowych wraz z terenami zieleni, układu komunikacyjnego, obiektów handlowo-usługowych, zakładów produkcji [17].

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 121) . Do tego typu zaburzeń zaliczyć można zaburzenia naczyniowe, psychiczne, zaburzenia hormonalne, zaburzenia układu krążenia, jak również zaburzenia układu odpornościowego. Hałas jest stresorem fizycznym, czyli 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 [18].

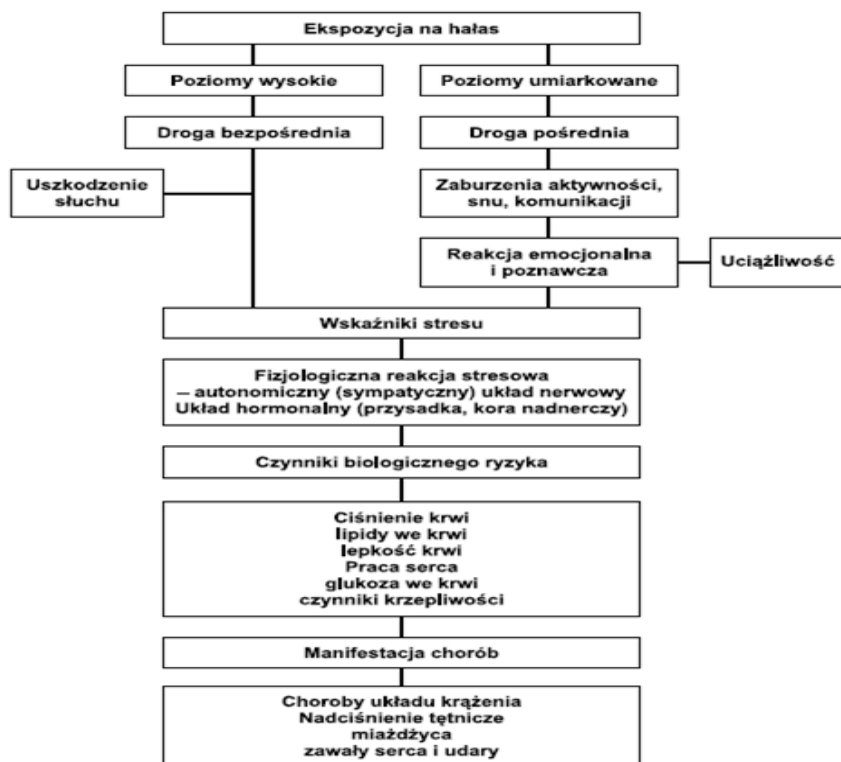
Tabela 121. Ogólnoustrojowy wpływ hałasu na zdrowie człowieka.

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	Wzmoczone 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, kłótność, 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 ze względu na stopień oddziaływania na zdrowie można podzielić na pięć kategorii:

- poniżej 35 dB(A) - nieszkodliwe dla zdrowia, mogą być denerwujące lub przeszkadzać w pracy wymagającej skupienia,
- 35 ÷ 70 dB(A) - wpływają na zmęczenie układu nerwowego człowieka, poważnie utrudniają zrozumiałość mowy, zasypianie i wypoczynek,
- 70 ÷ 85 dB(A) - wpływają na znaczne zmniejszenie wydajności pracy, mogą być szkodliwe dla zdrowia i powodować uszkodzenie słuchu,
- 85 ÷ 130 dB(A) - powodują liczne schorzenia organizmu ludzkiego, uniemożliwiają zrozumiałość mowy nawet z odległości 0,5 m,
- powyżej 130 dB(A) - powodują trwałe uszkodzenie słuchu, wywołują pobudzenie do drgań organów wewnętrznych człowieka powodując ich schorzenia [19].



Rysunek 1. Schemat reakcji na ekspozycję na hałas. Babisch 2002.

Raport WHO dotyczący wytycznych poziomu hałasu nocnego w Europie przedstawia dowody na szkody zdrowotne związane z hałasem w godzinach nocnych i zalecają wartości progowe, powyżej których występują niekorzystne skutki dla zdrowia ludzkiego. W wytycznych zaleca się średnie roczne narażenie nocne nieprzekraczające 40 decybeli (dB). U osób, które są ekspozowane w czasie snu na hałas powyżej 40 dB/rok mogą pojawić się zaburzenia snu i przebudzenia. Długotrwała wysoka ekspozycja na hałas (wynosząca średnio ponad 55 dB/rok, powodować może podwyższone ciśnienie krwi oraz może prowadzić do choroby niedokrwiennej serca. Badanie przeprowadzone na zlecenie Dyrekcji Generalnej ds. Środowiska Naturalnego w sprawie Zdrowia w hałasie drogowym, kolejowym i lotniczym w Unii Europejskiej wykazało, że narażenie na hałas w Europie przyczynia się do:

- około 910 tys. dodatkowych dodatkowych przypadków nadciśnienia tętniczego,
- 43 tys. przyjęć szpitalnych rocznie, oraz
- co najmniej 10 tysięcy przedwczesnych zgonów rocznie związanych z chorobą wieńcową i udarem.

Obecnie WHO pracuje nad nowelizowanymi wspólnotowymi wytycznymi dotyczącymi hałasu w Europie, które mają przedstawiać najnowocześniejsze dowody na temat wpływu hałasu na zdrowie oraz zaktualizowane zalecenia dotyczące dopuszczalnych poziomów narażenia [20].

W obliczu tych danych warto odnieść się do innego raportu WHO opublikowanego w 2011 roku, według którego tylko w krajach Unii Europejskiej (około 0,5 mld mieszkańców) narażenie na hałas środowiskowy powoduje utratę 61 000 lat DALY (lata życia skorygowane niesprawnością) z powodu chorób układu krążenia, 90 300 lat z powodu zaburzeń snu, 654 000 lat z powodu uciążliwości powodowanej przez ten czynnik, 45 000 lat upośledzenia zdolności poznawczych u dzieci i 22 000 lat z powodu szumów usznych. Według tej organizacji na całym świecie ok. 1.3 mld jest ekspozowanych na takie poziomy hałasu, że są zagrożeni ubytkami słuchu [21].

W Polsce największym problemem w odniesieniu do hałasu jest ekspozycja na hałas komunikacyjny, a w szczególności hałas drogowy i lotniczy. Zgodnie z przedstawionymi przez Główny Inspektorat Ochrony

Środowiska trendami hałasu w Polsce Wzrost zagrożenia hałasem drogowym związany jest przede wszystkim z gwałtownym przyrostem w ostatnich 15 latach liczby samochodów w kraju. Mimo obserwowanych już tendencji zbliżania się do stanu nasycenia, wzrost ten jest nadal znaczny. W przypadku hałasu lotniczego obserwuje się trendy wzrostu poziomu hałasu wskutek przejmowania przez lokalne, intensywnie rozbudowywane lotniska części ruchu, nawet międzynarodowego. Ponadto następuje wzrost połączeń krajowych przez linie dysponujące niewielkimi samolotami, „taksówkami powietrznymi”, śmigłowcami. Zgodnie z danymi GIOŚ maleje znaczenie hałasu przemysłowego [25].

Aktualne dane dotyczące poziomu narażenia na hałas pochodzą głównie ze sprawozdań planów ochrony przed hałasem komunikacyjnym, komunalnym i przemysłowym Wojewódzkich Inspektoratów Ochrony Środowiska. W latach 2013-2015 WIOŚ w Krakowie wykonał pomiary hałasu w ramach realizacji zadań „Programu Państwowego Monitoringu Środowiska Województwa Małopolskiego na lata 2013-2015”. Celem badań w programie wojewódzkim było określenie warunków panujących w bezpośrednim sąsiedztwie tras komunikacyjnych i uzyskanie informacji o uciążliwości akustycznej analizowanych miejsc. Oceny klimatu akustycznego dokonano na podstawie wskaźników: LAeqD i LAeqN określając poziomy krótkookresowe mające zastosowanie do ustalania i kontroli warunków korzystania ze środowiska oraz LDWN i LN mające zastosowanie do prowadzenia długookresowej polityki w zakresie ochrony środowiska przed hałasem (w szczególności do sporządzania map akustycznych i programów ochrony środowiska przed hałasem). Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku określa rozporządzenie MŚ z dnia 14 czerwca 2007 r. (Dz. U. 2014 r., poz. 112 z późn. zm.), które w 2012 roku zostało znowelizowane i znacząco podwyższyło dopuszczalne poziomy hałasu (Tabela 122) [24].

Tabela 122. Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku powodowanego przez poszczególne grupy źródeł hałasu.

Przeznaczenie terenu	Dopuszczalny poziom hałasu w dB/ Dopuszczalny długookresowy średni poziom dźwięku			
	Drogi lub linie kolejowe		Pozostałe obiekty i działalności będące źródłem hałasu	
	LAeqD / LDWN	LAeqN / LDWN	LAeqD / LDWN	LAeqN / LDWN
Strefa ochronna „A” uzdrowiska, tereny szpitali poza miastem	50/50	45/45	45/45	40/40
Tereny zabudowy mieszkaniowej jednorodzinnej, tereny zabudowy związanej ze stałym lub wielogodzinnym pobytem dzieci i młodzieży, tereny domów opieki, tereny szpitali w miastach	61/64	56/59	50/50	40/40
Tereny zabudowy mieszkaniowej wielorodzinnej i zamieszkania zbiorowego, tereny zabudowy zagrodowej, tereny rekreacyjno – wypoczynkowe, tereny mieszkaniowo-usługowe	65/68	56/59	55/55	45/45
Tereny w strefie śródmiejskiej miast powyżej 100 tys. mieszkańców	68/70	60/65	55/55	45/45

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Programu Państwowego Monitoringu Środowiska Województwa Małopolskiego na lata 2013-2015.

Wpływ hałasu na narząd słuchu:

Najbardziej narażonym na negatywne działanie hałasu jest narząd słuchu. Zmiany mogą mieć charakter przejściowy lub trwałe, 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-godzinnym 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 [21] (Tabela 123) .

Tabela 123. Poziom różnych źródeł dźwięku wyrażony w decybelach oraz jego wpływ na zdrowie.

Decybele [dB]	Rodzaj bodźca
pow. 160	Hałas śmiertelny
155-160	Hałas powodujący wstrząs mózgu
150-155	Hałas powodujący trwałe uszkodzenie słuchu
145-150	Samolot odrzutowy w czasie startu z odległości 10 m
140-145	Syrena alarmowa z odległości 1 m
135-140	Silnik samolotu śmigłowego
130-135	Prasa hydrauliczna z odległości 0,5 m
125-130	Granica bólu
120-125	Karabin maszynowy z odległości 0,5 m
115-120	Młot pneumatyczny z odległości 5 m
110-115	Dyskoteka
105-110	Metro z odległości 3 m
100-105	Koncert muzyki rozrywkowej
95-100	Klakson samochodowy z odległości 5 m
90-95	Świder pneumatyczny z odległości 2 m
85-90	Wnętrze autobusu
80-85	Krzyk z odległości 1 m
75-80	Dzwonek telefonu z odległości 2 m
70-75	Silnik samochodu osobowego z odległości 6 m
65-70	Domowa maszyna do szycia
60-65	Głośna rozmowa z odległości 2 m
55-60	Dzwon kościelny z odległości 400 m
50-55	Małe pomieszczenie biurowe, mały sklep
45-50	Spokojna rozmowa
40-45	Cicha ulica
35-40	Darcie papieru z odległości 1 m
30-35	Szpital, kościół, czytelnia
25-30	Bardzo ciche pomieszczenie; tykanie zegara z odległości 1 m
20-25	Studio radiowe lub filmowe
15-20	Szept przeciętny z odległości 2 m
10-15	Szept cichy z odległości 2 m
5-10	Oddech z odległości 0,5 m
0-5	szmer liści w bezwietrzny dzień z odległości 3 m
0	Średni próg słyszenia zdrowego ucha

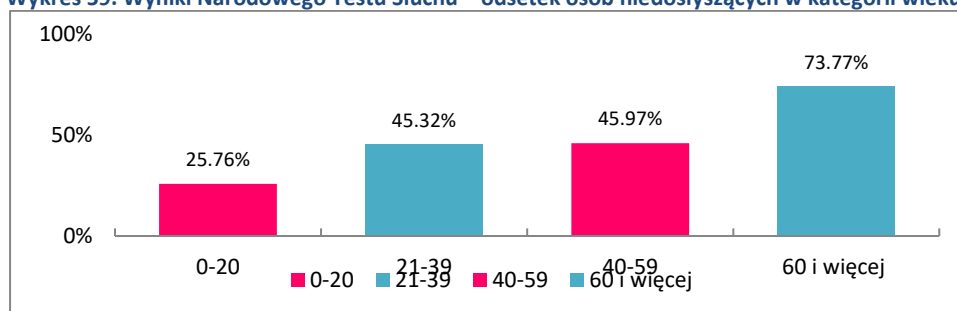
Narażenie nawet przez krótkie okresy czasu na poziomy ciśnienie akustycznych przekraczające 140 dB, pociąga za sobą ryzyko morfologicznego uszkodzenia ucha, zazwyczaj w postaci pęknięcia błony bębenkowej. Uczucie niewygodności w uchu pojawia się powyżej 100 – 110 dB, zaś ostry ból zaczyna występować 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), 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 (czucionerwowy) 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.

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 [14].

Problem uszkodzenia słuchu w wyniku hałasu w Polsce jest bardzo poważny. Zgodnie z danymi zebranymi

w trakcie pięciu lat trwania kampanii społecznej „Narodowy Test Słuchu”, w której łącznie przebadano 50 tys. osób z 150 miejscowości w Polsce wady słuchu występują u ponad 40% ludności. Przyczyną jest przede wszystkim wszechobecny hałas na ulicach miast i w miejscach publicznych. Najbardziej aktualne wyniki testu z 2015 roku wykazały, że wśród 9,5 tys. osób (mężczyzn: 50,4% i kobiet: 49,6%) przebadanych w okresie trzech letnich miesięcy ww. roku aż 35% było niedosłyszących. Kampania ta z roku na rok uwydatnia problem obniżającego się wieku osób z problemami ze słuchem – zbliżony odsetek zdiagnozowanych osób niedosłyszących w wieku 21-39 w porównaniu do osób w wieku 40-59 (Wykres 59). Zjawisko obniżającego wieku zaburzeń słuchu jest istotne w kontekście grup szczególnie narażonych na hałas spośród których wyróżniamy: dzieci, kobiety w ciąży, osoby starsze, jak wynika z przedstawionych danych Narodowego Testu Słuchu coraz więcej osób w wieku 21-39 doświadcza problemów ze słuchem, pojawia się zatem nowa kategoria osób szczególnie narażonych na nadmierny hałas [22].

Wykres 59. Wyniki Narodowego Testu Słuchu – odsetek osób niedosłyszących w kategorii wieku.



Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Testu Słuchu.

W kontekście zwiększającej się liczby osób z problemami ze słuchem warto odwołać się do wyników przeprowadzonej przez CBOS badania opinii dotyczącej zagrożeń hałasem pomiędzy rokiem 1999-2009. Reprezentatywnej próbie losowo wybranych Polaków (N=1041) zadano pytanie o ich częstotliwość narażenia na uciążliwy hałas. Wynik badania pokazał, że zarówno w roku 1999 jak i 2009 ponad 1/3 Polaków bardzo często i/lub często uskarżała się na męczący hałas (1999r.: 36% respondentów; 2009r.:33% respondentów). Pomiedzy rokiem 1999, a 2009 zmienił się odsetek osób rzadko i/lub czasami uskarżających się na uciążliwy hałas z 33% w 1999r., na 38% w 2009r. Nie zaszła zmiana przekonań w odniesieniu do odczuwania nadmiernego hałasu wśród osób deklarujących bardzo rzadkie narażenie na hałas. Ponad ¼ respondentów (28%) twierdziła, że jedynie sporadycznie jest narażona na wysoki poziom hałasu. W badaniu CBOS otrzymano odpowiedź dotyczącą najistotniejszych źródeł hałasu, według respondentów hałas dokucza w wielu środowiskach na ulicach, drogach (56%), w pracy (odczuwa go 46% zatrudnionych), w środkach lokomocji (33%), w supermarketach (25%), w mieszkaniu (21%), w miejscach wypoczynku (12%). W pracy ankietowani niezmiennie narażeni są przede wszystkim na uciążliwy hałas związany z działaniem maszyn czy sprzętu biurowego (odczuwa go 37% zatrudnionych) oraz dochodzący z ulicy lub drogi (21%); rzadziej dokucza im głośne zachowanie współpracowników (12%). Co dziesiąty respondent (10%, o 3 punkty mniej niż w 1999 roku) uważa, że z powodu nadmiernego hałasu, w jakim żyje, ma kłopoty ze zdrowiem i samopoczuciem (odpowiedzi zdecydowanie tak i raczej tak). Najczęstsze dolegliwości występujące w tej grupie to: nerwowość, rozdrażnienie, nadpobudliwość (75%), przemęczenie (70%), bóle lub zawroty głowy, migreny (67%), przytępienie słuchu lub głuchota (52%) (Tabela 124)(Tabela 125) [23].

Tabela 124. Wyniki badania CBOS dotyczące częstotliwości narażenia na uciążliwy hałas w roku 1999 i 2009.

Jak często jest Pan(i) narażony(a) na uciążliwy, męczący hałas?	Wskazania respondentów (rok badania)	
	1999	2009
	%	%
Bardzo często	36	33
Często		
Czasami	33	38
Rzadko		
Bardzo rzadko	28	28
Trudno powiedzieć	3	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Tabela 125. Wyniki badania CBOS dotyczące szkodliwego wpływu hałasu na zdrowie w roku 1999 i 2009.

Czy z powodu nadmiernego hałasu ma Pan(i) problemy ze zdrowiem?	Wskazania respondentów (rok badania)	
	1999	2009
	%	%
Zdecydowanie tak	3	2
Raczej tak	10	8
Raczej nie	33	34
Zdecydowanie nie	52	55
Trudno powiedzieć	2	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Wpływ hałasu na zaburzenia snu

Dostatecznie długi i głęboki sen jest niezbędny dla ludzkiego zdrowia zarówno w aspekcie fizycznym jak i psychicznym, jest on bowiem warunkiem prawidłowego funkcjonowania umysłu i całego organizmu człowieka. Prawidłowy przebieg snu składa się z powtarzających się cykli sześciu następujących po sobie faz snu. W trakcie fazy snu głębokiego dochodzi do regeneracji zasobów energetycznych organizmu, z kolei w fazie marzeń sennych odnawiane są procesy pamięciowe i umysłowe. Istotne jest zapewnienie harmonijnego przebiegu snu, gdyż jego przebieg pozwala na prawidłową i całkowitą regenerację i odnowę zasobów organizmu. Hałas ma duży wpływ na zaburzenie prawidłowego przebiegu snu. Zaburzenia snu wywołane ekspozycją na hałas obejmują zmiany przebiegu snu ze skracaniem lub eliminacją fazy snu głębokiego, zjawisko wybudzania się ze snu, kłopoty z zasypianiem, ocenę mobilności ciała podczas snu, czy też ocenę zmęczenia po przebudzeniu [12]. Udowodniono, że ekspozycja na hałas podczas snu pobudza układ dokrewny i układ krążenia, wydłuża się faza snu NREM, a skraca faza snu REM, przez co jakość snu i poziom regeneracji organizmu znacznie się obniża. WHO ocenia, że poziom 40 dBA na zewnątrz budynków w porze nocnej jest poziomem zabezpieczającym przed szkodliwym wpływem hałasu na sen i zdrowie [26][27].

Jak podają źródła statystyczne:

- w krajach Unii Europejskiej 20% jej mieszkańców (80 milionów osób) cierpi na stres i zaburzenia snu,
- około 80% wszystkich zaburzeń snu ma swoją przyczynę w hałasie środowiskowym,
- ponad 15% uczniów szkół podstawowych skarży się na zaburzenia snu z powodu hałasu, a około 35% z tego powodu ma trudności z zasypianiem [14].

Wpływ hałasu na sen jest determinowany przez szereg czynników: indywidualną wrażliwość, płeć, wiek, stan zdrowia, status socjoekonomiczny[15]. Zaburzenia snu wywołane przez hałas można podzielić na pierwotne i wtórne. Te pierwsze polegają na utrudnionym zasypianiu, zmianach dotyczących faz snu, na spłycaaniu jego głębokości – a więc i fizjologicznej skuteczności oraz na wielokrotnym, przedwczesnym wybudzaniu ze snu i skracaniu jego czasu trwania. Do nich zaliczają się też reakcje ruchowe, naczyniowe oraz zmiany ciśnienia krwi, zmiany rytmu skurczów serca i oddychania – zdarzające się podczas snu w odpowiedzi na silniejsze bodźce słuchowe. Zaburzenia wtórne, które są konsekwencją zaburzeń pierwotnych, występują następnego dnia, po przebudzeniu z zakłóconego snu i polegają na odczuwaniu niedostatku snu i zmęczenia, na gorszym samopoczuciu, zmniejszonej sprawności intelektualnej i psychicznej, na braku wystarczającej motywacji napędzającej do działania. Gdy taki stan powiela się w długim okresie, pojawia się niezadowolony z siebie, miejsca i warunków bytowania, z ogólnej jakości życia [14].

Najbardziej wrażliwi na zakłócenia snu pod wpływem hałasu są ludzie starsi, osoby z zaburzeniami snu, chorzy na schizofrenię i autyzm, osoby z szumami usznymi, osoby pracujące na zmianę, szczególnie po zmianie nocnej. Badania fińskie na populacji 7019 osób dorosłych pokazały, że osoby o większym poziomie obaw i niepokoju (po uwzględnieniu różnych czynników modyfikujących) doświadczają zaburzeń snu przy poziomach o 5 dB(A) niższych niż tzw. populacja generalna (średni poziom dźwięku na zewnątrz w porze nocnej: 50 dB(A) Lnight, outside vs 55 dB(A) Lnight, outside).

Zmiany w jakości snu pojawiają się już, gdy poziom hałasu przekroczy 30 dB. Najwcześniej pojawiają się kłopoty z zasypianiem. Wraz ze wzrostem poziomu hałasu, zmiany są głębsze oraz prowadzą do częstszego wybudzenia coraz większej liczby osób. Gdy poziom hałasu przekroczy 55 - 60 dB (A), sen nie zapewnia pożądanej jakości stanu wypoczynku w jego wyniku. Następnego dnia po takim niepełno-jakościowym śnie, pojawia się zmęczenie, depresja, spadek sprawności, senność w ciągu dnia i złe samopoczucie. Oprócz parametrów samego hałasu, na zaburzenia snu wpływ mają cechy osobnicze, wiek, stan zdrowia, pora nocy, w jakiej te zaburzenia się pojawiają.

Metaanaliza 24 badań wykonanych na 23 tysiącach osób wykazała, że podobnie jak w przypadku uciążliwości, najczęściej zaburzenia snu zgłaszają osoby eksponowane na hałas lotniczy, a potem kolejno osoby eksponowane na hałas drogowy i osoby eksponowane na hałas kolejowy. Ponadto analiza wykazała, że najwięksi kłopoty ze snem mają osoby w wieku 50-56 lat.

Wpływ hałasu na układ krążenia i układ hormonalny

Istnieje wiele dowodów epidemiologicznych 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 występowaniem chorób układu krążenia, w tym zawału mięśnia sercowego i nadciśnienia tętniczego, dotyczą zarówno osób eksponowanych na hałas w środowisku komunalnym, jak i na hałas w miejscu pracy. Najnowsze prace wskazują na istnienie istotnie statystycznej zależności między narażeniem na hałas, zarówno środowiskowy, jak i zawodowy, a zwiększonym ryzykiem rozwoju chorób naczyniowo-sercowych. Zgodnie z dotychczasową wiedzą ryzyko takie należy uwzględniać zwłaszcza w grupach narażonych na wysokie poziomy hałas [30].

W badaniach Babisch i wsp. z 2003 r. dotyczącego wpływu chronicznego hałasu na ryzyko rozwoju chorób krążeniowo – naczyniowych wśród mężczyzn narażonych na hałas komunikacyjny bez wcześniejszych zdiagnozowanych dolegliwości powodowanych chorobą niedokrwinną serca stwierdzono, że ryzyko choroby jest od 1,7 do 3- raza wyższe w grupie najbardziej narażonych na hałas, w porównaniu do grupy najmniej eksponowane [31]. Kolejne badanie Babisch i wsp. pochodzące z 2014 roku dotyczące narażenia na hałas drogowy w odniesieniu do występowania nadciśnienia tętniczego wykazało, że istnieje 11% wzrost ryzyka choroby wraz ze wzrostem poziomu hałasu ulicznego o 10dB. Zależność pomiędzy narażeniem,

a występowaniem nadciśnienia była większa o 31% u osób mieszkających przy głównych ścieżkach komunikacyjnych, w porównaniu do osób zamieszkujących przy ulicach mniej ruchliwych i o niższym poziomie hałasu drogowego. Inne badania epidemiologiczne zwracają uwagę na wpływ rozmieszczenia okien i ich wyciszenia w stosunku do narażenia na nadciśnienie tętnicze. Wśród osób, których okna zwrócone były w stronę ulicy wykazano od 1,2 do 2,7 większe ryzyko nadciśnienia tętniczego w porównaniu do osób, których okna zwrócone były w inną stronę [32].

Zgodnie z literaturą przedmiotu ryzyko zaburzeń krążenia związanych z ekspozycją na hałas komunikacyjny rośnie gdy dzienny poziom natężenia hałasu wynosi ponad 65dB. Wzrost ryzyka zapadalności na choroby układu krążenia rośnie w przypadku długiej ekspozycji na hałas, oraz jest częstszy wśród mężczyzn. W sytuacji gdy dzienny poziom hałasu przekracza 70dB ryzyko zaburzeń układu krążenia rośnie aż 1,5 raza w porównaniu do osób żyjących w okolicach o natężeniu hałasu znacznie poniżej 65dB/dzień [14, 19]. Inne dowody podają, że na każde 10 dB przyrostu poziomu ekspozycji w porze dziennej w zakresie 47-77 dB (L

Aeq16hr) ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego rośnie o 7%) w przypadku hałasu drogowego. Podobna metaanaliza dla hałasu lotniczego (oparta o 4 badania przekrojowe i jedno kohortowe) pokazała, że ryzyko jest wyższe o 13% na 10 dB dla przedziału poziomów dźwięku 47-67 dB (A) L_{dn} u osób dorosłych [20]. Wytyczne WHO (Night Noise Guidelines for Europe) z 2009 roku również obrazują limity granicznych poziomów hałasu, wpływających na zdrowie. Zgodnie z nimi ryzyko poważnych uciążliwości zdrowotnych wynikających z ekspozycji na hałas występuje po przekroczeniu 55dB w ciągu dnia, potwierdzają także wcześniejsze obserwacje i dowody naukowe odnośnie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych a nadmiernym narażeniem na hałas (Tabela 126)[27].

Tabela 126. Wartości progowe wyznaczające zakresy zdrowotnego oddziaływania hałasu (wg WHO, 2009).

Ryzyko	Graniczna wartość poziomu dźwięku
Ryzyko chorób sercowo - naczyniowych	poziom dzienny LD > 65 dB poziom nocny LN > 55 dB
Poważna uciążliwość	poziom dzienny LD > 55 dB
Umiarkowana uciążliwość	poziom dzienny LD > 50 dB
Zakłócenia snu poziom	poziom nocny LN > 40/45 dB

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WHO.

Pod wpływem hałasu bardzo często występują zaburzenia ze strony układu hormonalnego. Hałas jako stresor, nie tylko powoduje rozdrażnienie i problemy z koncentracją ale także pobudza układ wydzielniczy do produkowania hormonów stresu - adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu. W zależności od natężenia i pochodzenia hałasu zwiększona produkcja obejmuje konkretny hormon. Gdy hałas jest „znany”, np. w miejscu pracy i nie przekracza 90 dB wydzielana jest noradrenalina. Gdy hałas jest nam wcześniej nieznanym zwiększa się produkcja adrenaliny, a nagły i niespodziewany dźwięk o natężeniu ponad 120 dB powoduje wyrzut kortyzolu. Długotrwała ekspozycja na tego typu reakcje biologiczne organizmu skutkują poważnymi zaburzeniami układu hormonalnego. Reakcje wydzielania hormonów stresu tj. adrenalina, noradrenalina i kortyzol, powodują wzrost poziomu lipidów i glukozy we krwi oraz lepkości krwi. Badania grupy Isinga i Babischa oraz badania przeprowadzone w sześciu europejskich krajach w ramach projektu HYENA. W badaniach wykazali, że zarówno ekspozycja jednorazowa jak i przewlekła, zwiększają wydzielanie kortyzolu oraz, że ten hormon był wydzielany także podczas snu. Poziomy hormonów stresu były wyższe w grupie osób mieszkających przy ulicach z intensywnym ruchem samochodowym w porównaniu do osób z okolic o małym ruchu. W wielośrodkowych badaniach HYENA wykazano związek między rannym poziomem kortyzolu w osoczu u kobiet, a ekspozycją na hałas lotniczy. Kobiety narażone na hałas LAeq24 > 60 dB miały o 34% wyższy poziom kortyzolu w porównaniu do kobiet ekspozycyjnych na hałas LAeq24 < 50 dB, zależność ta wystąpiła jednak tylko wśród kobiet, nie stwierdzono podobnego związku u mężczyzn [26].

Wpływ hałasu na zdrowie psychiczne i zaburzenia sprawności poznawczej

Wpływ hałasu na zdrowie psychiczne nie został jak dotychczas potwierdzony. Istnieją podejrzenia co do negatywnego wpływu hałasu na stan psychiczny lecz wciąż brakuje jednoznacznych dowodów naukowych, że ekspozycja na hałas jest samoistną przyczyną pojawienia się zaburzeń psychicznych. Znane są pośrednie dowody sugerujące, że w środowisku o większej ekspozycji na hałas liczba leków psychotropowych oraz liczba konsultacji i hospitalizacji medycznych dotyczących problemów psychicznych jest wyższa w porównaniu do miejsc o niższym natężeniu na hałas komunalny (lotniczy i drogowy)[przypis dworak]. Opublikowane dotychczas badania zwracają uwagę na to, że zmiany w stanie psychicznym pod względem narażenia na hałas zależą w dużej mierze od osobniczej wrażliwości

na hałas. Osoby o wysokiej wrażliwości na hałas w przypadku ekspozycji są bardziej rozdrażnione i hałas stanowi dla nich większą uciążliwość z jej konsekwencjami niż dla osób o niższej wrażliwości [26].

Zgodnie z danymi WHO ekspozycja na hałas ma wpływ na funkcje poznawcze wśród dzieci. Badania i statystyki dotyczące wpływu przewlekłego narażenia na hałas samolotów na dzieci stwierdziły spójne dowody na to, że narażenie na hałas wpływa na wydajność poznawczą konsekwentne powiązanie z zaburzeniami samopoczucia i motywacją do nieco bardziej ograniczonego zakresu umiarkowany wpływ na ciśnienie krwi i wydzielanie hormonu katecholaminy. W raporcie WHO Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe dokonano podsumowania dotychczasowej wiedzy na temat wpływu hałasu na zdolności poznawcze u dzieci. W 20 przytoczonych badaniach wykazano negatywny wpływ hałasu na zdolność czytania i zapamiętywania wśród badanych dzieci. Szczególną uwagę zwraca badanie RANCH dotyczące porównania wpływu ruchu drogowego i hałasu lotniczego na zdolności poznawcze dzieci w wieku 9-10 lat (N = 2844). Badani pochodzili z Holandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii. Wyniki przeprowadzonej analizy wykazały liniową zależność pomiędzy długością ekspozycją na hałas lotniczy a umiejętnościami czytania i zapamiętywania wśród badanych dzieci. W przypadku hałasu drogowego wykazano zależność w stosunku do pamięci epizodycznej[35].

Należy zauważyć, że nie ma istotnych danych na temat liczby dzieci narażonych na różne poziomy hałasów. Dostępne są szacunki dotyczące odsetka osób narażonych na hałas na różnych poziomach w Unii Europejskiej. Takie szacunkowe dane przedstawił Roovers i wsp. i stwierdził, że około 68% populacji jest narażone na poziomy hałasu <55 dB, 19% do 55-65dB, 11% do 65-75dB i od 2% do > 75 dB. Choć szacunki Roovers i wsp. odnosiły się do populacji osób dorosłych, nie ma powodów, aby sądzić że narażenie istotnie różni się w przypadku dzieci. Jeśli istnieją takie różnice, to prawdopodobnym jest, że to dzieci mają większą wrażliwość na odczuwanie hałasu. Stąd, na podstawie statystyk w raporcie WHO skalkulowano liczbę dzieci w wieku 7-19 narażonych na odpowiednie progi hałasu (Tabela 127) [35].

Tabela 127. Odsetek populacji narażonej na poszczególne progi hałasu wg. Roovers i wsp., oraz skalkulowana liczba dzieci 7-19 eksponowanych na hałas w Szwecji.

Poziom hałasu w decybelach	Ekspozowana populacja	Liczba dzieci w wieku 7-19 eksponowanych na hałas
<55	68%	1 012 817
55-65	19%	282 993
65-75	11%	163 838
>75	2%	29 789
Suma	100%	1 489 437

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Roovers i wsp

Dane wg. modelu Roovers i wsp. zostały uznane przez WHO za reprezentatywne Europy ze względu na podobne rozpowszechnienie dzieci w wieku 7-19 w Szwecji, w stosunku do całej Europy. Na podstawie tych danych WHO skalkulowało liczbę dzieci z problemami poznawczymi wynikającymi z narażenia na różne progi hałasu oraz wyliczono na tej podstawie wskaźnik DALY (lata życia skorygowane niepełnosprawnością). Wynika z nich, że łącznie ze względu na wszystkie ponadprzeciętne ekspozowanie na hałas dzieci w Europie w wieku 7-19 tracą 107,1/mln lat na niepełnosprawności spowodowanej zaburzeniami poznawczymi (Tabela 128) [35].

Tabela 128. Lata życia skorygowane niepełnosprawnością osób z zaburzeniami poznawczymi w wieku 7-19 wynikających z narażenia na hałas w Europie wg. kalkulacji WHO.

Poziom hałasu w dB wśród grupy wiekowej 7-19	Odsetek populacji narażony na poziom hałasu	Odsetek populacji z zaburzeniami poznawczymi	Wskaźnik DALY na milion osób
<55	11,24	0	0
55-65	3,14	20	37,7

65-75	1,82	50	54,5
>75	0,33	75	14,9
Suma	-	-	107,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WHO.

Problem zanieczyszczenia hałasem staje się coraz poważniejszym zagadnieniem w perspektywie zdrowia środowiskowego Polski i Europy. Ze względu na politykę UE w tej kwestii państwa członkowskie zobowiązane są do kontroli środowiska pod względem dopuszczalnych norm hałasu. Najbardziej powszechnym rodzajem hałasu jest hałas komunikacyjny, powodowany głównie przez ruch drogowy i coraz większą liczbę samochodów w nim uczestniczących, skutki ekspozycji są odczuwalne przez coraz większą liczbę mieszkańców miast. W Polsce procesem mapowania hałasu objęto ok. 50% całkowitej ludności (26% w aglomeracjach i 24% na terenach poza aglomeracjami). Instytucjami, które zajmują się monitorowaniem poziomu hałasu są Wojewódzkie Inspektoraty Ochrony Środowiska. Realizują one pomiary w miejscowościach poniżej 100 tys. mieszkańców oraz na terenach wymienionych w ustawie o Prawie ochrony środowiska (art. 117., ust.2), czyli drogach, którymi przemieszcza się poniżej 3 mln. pojazdów samochodowych rocznie, przy liniach kolejowych, którymi przejeżdża poniżej 30 tys. składów (pociągów) rocznie oraz wokół portów cywilnych o liczbie operacji lotniczych nie większej niż 50 tys. rocznie). Zgodnie z Raportem o stanie klimatu akustycznego w Polsce w 2015 r. wojewódzkie inspektoraty na podstawie wykonywanego planu Państwowego Monitoringu Środowiska wykonały pomiary hałasu drogowego w 10 punktach pomiarowych na terenie województwa, z czego co najmniej 1 lub 2 punktach pomiar hałasu odbywał się długookresowo. Przeprowadzone badania hałasu drogowego można podzielić ze względu na czas pomiaru i mierzone wskaźniki:

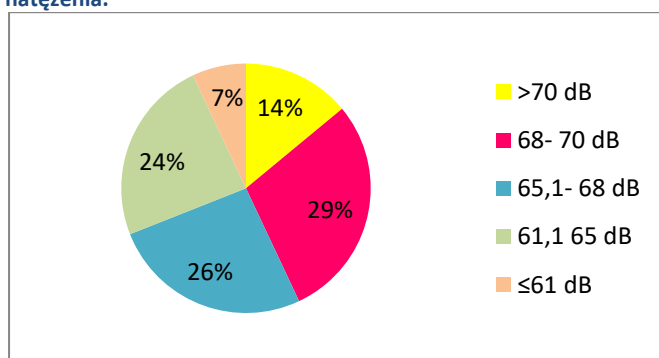
- pomiary odnoszące się do wskaźników na jedną dobę (krótkookresowe wskaźniki LAeq D i LAeq N)
- pomiary długookresowe (wskaźniki LDWN i LN)

Ze względu na usytuowanie punktu odbioru:

- badania emisji hałasu drogowego wykonane przy źródle
- badania mające na celu określenie klimatu akustycznego na terenach chronionych [Raport o stanie klimatu akustycznego w Polsce w 2015 r. [36].

W 2015 roku pomiarami hałasu drogowego w Polsce objęto łącznie 418 odcinków dróg, (230 na odcinkach dróg krajowych, 133 na odcinkach dróg wojewódzkich, 55 na odcinkach dróg powiatowych, gminnych i lokalnych). Zgodnie z raportem natężenie hałasu drogowego na drogach objętych pomiarem w 14% badanych odcinków przekraczało 70 dB w dzień, kolejno 29% odcinków charakteryzowało się dziennym natężeniem na poziomie 68-70 dB, 26% badanych odcinków było na poziomie 65,1 – 68 dB, na poziomie hałasu w granicach 61,1-65 dB było 24% badanych odcinków dróg krajowych, poniżej progu 61dB hałasu znajdowało się jedynie 7% badanych odcinków dróg (Wykres 60).

Wykres 60. Rozkład dróg krajowych, z których emisja hałasu dziennego zawiera się w poszczególnych poziomach natężenia.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WIOŚ.

Szczególnie ważne dla zdrowia populacji jest jednak monitorowanie stanu hałasu na terenach chronionych akustycznie (w pobliżu zabudowań mieszkalnych) ze względu na szczególne oddziaływanie hałasu na organizm człowieka. Jak podaje raport w 2015 roku w ramach Programu Monitorowania Środowiska pomiarów dokonano w 464 punktach chronionych , z czego pomiary w ciągu dnia wykonano w 437 punktach pomiarowych a w porze nocnej w 392 punktach. Analiza wyników wykazała, że w 33,8% wyników pomiarów wykonywanych na terenach chronionych stwierdzono przekroczenia dopuszczalnych poziomów dźwięku w porze dnia, a w nocy odsetek wyników przekraczających dopuszczalną normę wyniósł 27,8%. Zgodnie z raportem w 149 punktach pomiarowych nie doszło do żadnych przekroczeń norm poziomu hałasu drogowego dla terenów chronionych (najwięcej w woj. mazowieckim 24 punkty). Przekroczenia dopuszczalnych poziomów dźwięków o 0-5 dB odnotowano w 184 punktach (najwięcej w woj. mazowieckim 39 punktów), przekroczenia na poziomie od 5,1-10 dB zanotowano w 91 przypadkach (woj. mazowieckie 15 punktów pomiarowych). Przekroczenia powyżej 10 dB odnotowano w 16 punktach pomiarowych Polski (4 w woj. wielkopolskim), przekroczenia normy powyżej 15 dB zanotowano jedynie w jednym punkcie pomiarowym w województwie mazowieckim.

Tabela 129. Liczba punktów pomiarowych w poszczególnych klasach przekroczeń dopuszczalnych poziomów dźwięku (wyrażonych wskaźnikiem LAeq D) wg województw w 2015 r.

Województwo	Liczba punktów pomiarowych w poszczególnych klasach przekroczeń dopuszczalnych poziomów dźwięku (wyrażonych wskaźnikiem LAeq D)				
	Brak przekroczeń	0-5 dB	5,1 - 10 dB	10,1-15 dB	>15 dB
dolnośląskie	15	35	12	1	
kujawsko-pomorskie	10	10	9	1	
lubelskie	21	15	1	-	
lubuskie	3	5	1	-	
łódzkie	11	5	5	2	
małopolskie	6	13	8	2	
mazowieckie	24	39	15	1	1
opolskie	9	9	4	1	
podkarpackie	6	7	6	-	
podlaskie	4	4	8	1	
pomorskie	9	4		-	
śląskie	7	8	4	-	
świętokrzyskie	6	3	6	2	
warmińsko-mazurskie	7	7	4	-	
wielkopolskie	7	9	5	4	
Zachodniopomorskie	4	11	3	1	
Polska	149	184	91	16	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WIOŚ.

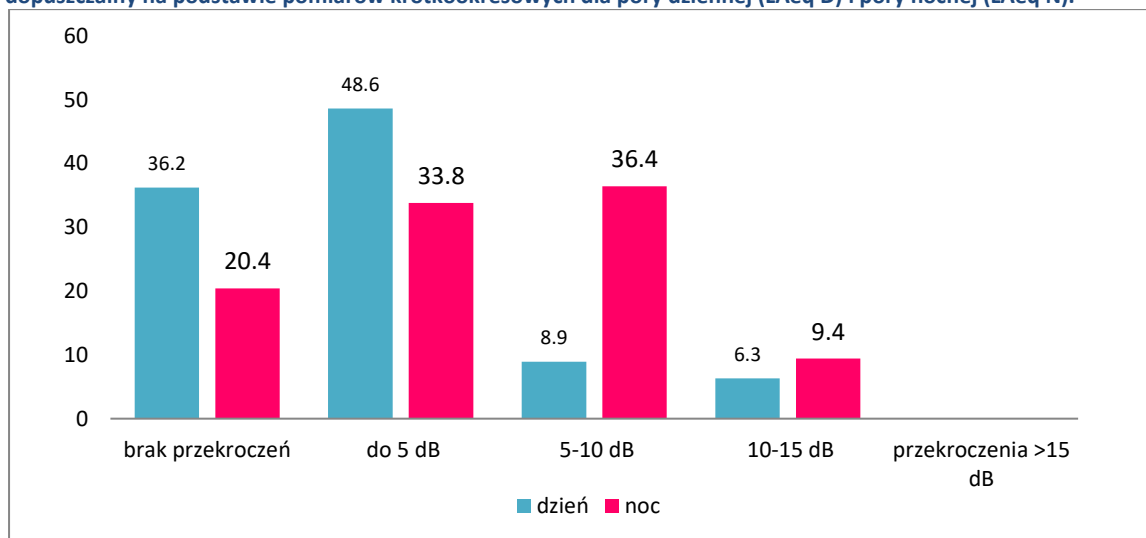
W odniesieniu do województwa małopolskiego warto przytoczyć wyniki pomiarów pochodzące z monitoringu poziomu hałasu wykonanych przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie w latach 2013-2015. Celem badań w programie wojewódzkim było określenie warunków panujących w bezpośrednim sąsiedztwie tras komunikacyjnych i uzyskanie informacji o uciążliwości akustycznej analizowanych miejsc.

Oceny klimatu akustycznego dokonano na podstawie wskaźników: LAeqD i LAeqN określając poziomy krótkookresowe mające zastosowanie do ustalania i kontroli warunków korzystania ze środowiska oraz LDWN i LN mające zastosowanie do prowadzenia długookresowej polityki w zakresie ochrony środowiska

przed hałasem (w szczególności do sporządzania map akustycznych i programów ochrony środowiska przed hałasem).

Klimat akustyczny hałasu drogowego zbadano na odcinku 178,4 km dróg krajowych i wojewódzkich przebiegających przez województwo małopolskie. Z analizy wyników stwierdzono, że we wszystkich zbadanych odcinkach dróg zarówno w porze pomiarów dziennych jak i nocnych nie odnotowano przekroczenia norm poziomu hałasu powyżej progu 15 dB. W ciągu dnia najwyższy procentowy udział długości odcinków zbadanych dróg był gdy emisja przekraczała normę hałasu o co najmniej 5 dB, natomiast w ciągu nocy emisja przekraczała od 5 do 10 dB (Wykres 61).

Wykres 61. Udział procentowy długości odcinków zbadanych dróg, od których emisja przekracza poziom dopuszczalny na podstawie pomiarów krótkookresowych dla pory dziennej (LAeq D) i pory nocnej (LAeq N).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WIOŚ.

4. Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie człowieka

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, na żywe zasoby przyrody, na 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 również inne zanieczyszczenia, z których takie, jak: arsen, kadm, nikiel i niektóre wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, w tym benzoapiren, są substancjami mutagennymi, rakotwórczymi. 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 – spowodowane działalnością człowieka. Do źródeł emisji spowodowanych działalnością człowieka zaliczyć należy przede wszystkim: – procesy z energetycznego spalania paliw oraz z przemysłowych procesów technologicznych, odprowadzających substancje do powietrza emitorem (kominem) w sposób zorganizowany. Są to tzw. punktowe źródła emisji; – emisje ze źródeł ruchomych związanych z

transportem pojazdów samochodowych i paliwami, tzw. emisja liniowa; – emisje związane z ogrzewaniem mieszkańców w sektorze komunalno-bytowym, tzw. emisja powierzchniowa [37].

O jakości powietrza na danym obszarze decyduje zawartość w nim różnorodnych substancji, których koncentracja jest wyższa od warunków naturalnych. Poziomy stężenie zanieczyszczeń w powietrzu wynikają bezpośrednio z wielkości emisji zanieczyszczeń do atmosfery oraz warunków meteorologicznych. Istotny jest także wpływ zanieczyszczeń napływowych (transgranicznych) z Obszarów sąsiednich, jak też atmosferycznych przemian fizykochemicznych. Procesy te mają wpływ zarówno na kształtowanie się tzw. tła zanieczyszczeń, które jest wynikiem ustalania się stanu równowagi dynamicznej w dalszej odległości od źródła emisji, jak również na zasięg występowania podwyższonych stężeń w rejonie bezpośredniego oddziaływania źródeł. Zanieczyszczenia emitowane z wysokich kominów przenoszone są na duże odległości i rozpraszane na znacznych obszarach, powodując podwyższenie ogólnego poziomu tła w skali całego kraju. Mają one natomiast stosunkowo ograniczony wpływ na jakość powietrza w miastach, gdzie większą rolę odgrywają małe, ale liczne obiekty zlokalizowane częstokroć w zamieszkałych rejonach miast, w bezpośrednim sąsiedztwie zwartej zabudowy mieszkaniowej. Źródła te emitują również specyficzne substancje podczas niepełnego spalania paliw w przestarzałych typach kotłów lub w paleniskach indywidualnych, stanowiąc w niektórych miastach poważny problem. W dużych miastach, ze względu na specyficzne uwarunkowania związane ze zwartą zabudową mieszkaniową i tworzące się tak zwane kaniony uliczne, a przede wszystkim w związku z dużym natężeniem ruchu samochodowego, występują zagrożenia przekraczania dopuszczalnych poziomów stężeń zanieczyszczeń w powietrzu[38].

Zgodnie z art. 89 ustawy z dnia 27.04.2001 r. Prawo ochrony środowiska, ocena jakości powietrza w Polsce oparta jest na klasyfikacji stref w województwie. Taki mechanizm prawny ma na celu utrzymanie dotychczasowej jakości powietrza na obszarach, gdzie jest ona dobra, oraz osiągnięcia standardów jakości powietrza poprzez działania techniczne i organizacyjne tam, gdzie jakość powietrza jest zła.

W województwie małopolskim, podobnie jak w pozostałych województwach w Polsce, ocena jakości powietrza dokonywana jest od 2002 r. Ocenie podlegają zanieczyszczenia: SO₂, NO₂, NO_x, CO, C₆H₆, PM₁₀, Pb, oraz ozon. Od 2007 r. zakres oceny poszerzony został o zanieczyszczenia zawarte w pyłe PM₁₀: As, Cd, Ni, B(a)P. Istotną zmianę stanowi też przyjęcie od 2007 r. trzech rodzajów poziomów substancji w powietrzu, którymi są: poziom dopuszczalny, poziom docelowy dla As, Cd, Ni i B(a)P i ozonu oraz poziom celu długoterminowego dla ozonu[37,38].

Grupami szczególnie narażonymi na choroby związane z zanieczyszczeniami powietrza są:

- Dzieci: zanieczyszczenia oddziałują negatywnie na rozwój dziecka już w okresie płodowym. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych i Polsce przez Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum wskazują, że dzieci, których matki w okresie ciąży przebywały na terenach o dużym zanieczyszczeniu powietrza, miały mniejszą masę urodzeniową, były bardziej podatne na zapalenia dolnych i górnych dróg oddechowych i nawracające zapalenie płuc w okresie niemowlęcym i późniejszym, a nawet wykazywały gorszy rozwój umysłowy [37].
- Osoby starsze: substancje przenoszone przez pyły zawieszane (PM), takie jak wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne oraz metale ciężkie, mają tendencje do akumulowania się w organizmie. Im dłużej dana osoba była narażona na oddychanie zanieczyszczonym powietrzem, tym więcej szkodliwych substancji przeniknęło do jej organizmu i tym większe ryzyko wystąpienia u niej chorób powodowanych przez te substancje. Przykładowo – w przypadku benzo(a)pirenu przeciętny okres między pierwszym kontaktem z czynnikiem rakotwórczym a powstaniem zmian nowotworowych wynosi przeciętnie 15 lat. Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest ogólne pogorszenie stanu zdrowia i sprawności organizmu w wieku podeszłym [38].
- Osoby już chorujące na choroby układu oddechowego czy krwionośnego: ekspozycja na zanieczyszczenia będzie nasilać objawy tych chorób. Z badań wynika, że u dzieci, których matki w okresie ciąży były

narażone na wysokie stężenia PM_{2,5}, prawdopodobieństwo nawracającego zapalenia płuc było średnio 3 razy większe niż w grupie dzieci z grupy kontrolnej. Jednak wśród dzieci astmatycznych prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotowego zapalenia oskrzeli było już pięciokrotnie wyższe niż w grupie dzieci nieastmatycznych(37).

Związek poszczególnych substancji zanieczyszczających powietrze ze zdrowiem człowieka:

Pyły zawieszone PM 10 i PM_{2,5}

- Pył PM₁₀ podnosi ryzyko przede wszystkim chorób układu oddechowego, powodując m.in. świszczący oddech, ataki kaszlu i astmy, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a także ostre zapalenie oskrzeli. Pośrednio może zwiększać ryzyko zawału serca oraz udaru mózgu.
- Pył PM_{2,5} uznawany jest za bardziej groźny dla zdrowia niż PM₁₀. Częsteczki PM_{2,5} przenikają głęboko do płuc, gdzie jest akumulowany i skąd może przenikać do krwi. W ten sposób do organizmu człowieka dostają się rakotwórcze wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne oraz metale ciężkie. Pył PM_{2,5} przyczynia się również do zapalenia naczyń krwionośnych oraz miażdżycy.
- Według Światowej Organizacji Zdrowia długotrwałe narażenie na działanie pyłu PM_{2,5} skraca życie statystycznego mieszkańca UE o ponad 8 miesięcy, a w przypadku mieszkańców Polski – aż o 10 miesięcy.
- Przekroczenia stężeń normatywnych pyłów PM_{2,5} i PM₁₀ powodują tylko w Europie ok. 500 tys. przedwczesnych zgonów.
- Współczynnik zgonów spowodowanych zanieczyszczeniami powietrza pyłem PM_{2,5} wynosi w Polsce 104 przypadki na 100 tys. mieszkańców. Średnia dla Unii Europejskiej to 94 przypadki na 100 tys. osób. ([39]).
- Koszty (zewnętrzne) chorób spowodowanych PM_{2,5} w województwie małopolskim wynoszą 2,8 mld zł rocznie (źródło) [39]
- Narażenie na wysokie stężenia PM_{2,5} w okresie płodowym skutkuje niższą masą urodzeniową dziecka, a także gorszym rozwojem płuc w kolejnych latach życia [39].

Tlenek węgla

- łączy się z obecną we krwi hemoglobina i ogranicza absorpcję tlenu we krwi, co objawia się dolegliwościami związanymi z krążeniem, sercem oraz centralnym układem nerwowym.
- Powoduje bóle głowy, a jego obecność w skrajnych przypadkach może prowadzić do zgonu.
- Uniemożliwia normalny transport tlenu w krwi. Może to prowadzić do znacznej redukcji dostarczanego tlenu do serca, szczególnie u osób cierpiących na choroby serca.

Tlenki azotu

- Powodują uszkodzenie płuc, zmniejszają zdolność krwi do przenoszenia tlenu i mogą być przyczyną chorób nowotworowych.
- Tlenki azotu obniżają odporność organizmu na infekcje bakteryjne, działają drażniąco na oczy i drogi oddechowe, powodują zaburzenia w oddychaniu, są przyczyną astmy.
- Dwutlenek azotu może podrażniać płuca i powodować mniejszą odporność na infekcje dróg oddechowych oraz grypę.
- Narażenie na ponadnormatywne stężenia tego zanieczyszczenia mogą zwiększać częstotliwość występowania ostrej choroby oddechowej u dzieci.

Ozon

- Działa drażniąco na układ oddechowy.
- Upośledza funkcje płuc, nasila objawy zapalenia oskrzeli i rozedmy, sprzyja występowaniu ataków astmatycznych.
- Zmniejsza odporność układu oddechowego na infekcje.
- Na oddziaływanie ozonu w stężeniach przekraczających zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia jest narażonych 97 proc. mieszkańców Unii Europejskiej [40].

Dwutlenek siarki

- Działa drażniąco na drogi oddechowe, powodując skurcz oskrzeli i uszkodzenie płuc.
- Zmniejsza zdolność krwi do przenoszenia tlenu.
- Nawet umiarkowane stężenie może spowodować pogorszenie czynności płuc u chorych na astmę.
- Przy narażeniu na większe stężenia pojawia się ucisk w klatce piersiowej i kaszel. U astmatyków zaburzenia czynności płuc mogą być na tyle duże, że konieczna jest hospitalizacja [40].

Wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne

- Ze względu na skalę zanieczyszczenia szczególnie groźną substancją z tej grupy jest benzoapiren.
- Benzoapiren jest jednym z najbardziej toksycznych zanieczyszczeń powietrza. Substancja ta w powietrzu osiada głównie na cząsteczkach pyłu PM 10.
- Jest silnie rakotwórczy, a także mutageny. Akumuluje się w organizmie, przenikając do niego głównie poprzez płuca razem z pyłami.
- Uszkadza także nadnercza, wątrobę, układ odpornościowy i krwionośny. Upośledza także płodność.
- Badania naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum dowiodły, że narażenie na wysokie stężenia benzoapirenu w okresie płodowym skutkuje częstszym występowaniem u niemowląt objawów chorobowych świadczących o zapaleniu górnych i dolnych dróg, a także niższym ilorazem inteligencji u starszych dzieci[40].

Metale ciężkie

- Takie metale, jak: kadm, rtęć i ołów, mogą powodować natychmiastowy zgon w przypadku przyjęcia większych dawek.
- Metale ciężkie mają zdolność akumulowania się w organizmie, dlatego przyjmowanie nawet niewielkich dawek przez dłuższy czas może prowadzić do wystąpienia groźnych chorób.
- Ołów atakuje przede wszystkim układ pokarmowy i nerwowy – wywołuje porażenia mięśni, białko- i krwimocz, zaburzenia mózgu.
- Kadm uszkadza nerki, kości i płuca. Objawem przewlekłego zatrucia są duszności i bóle mięśniowo-stawowe.
- Kumulacja rtęci w organizmie prowadzi do osłabienia pamięci, zdolności mowy i zaburzenia czynności ruchowych oraz wzroku. Prowadzi także do uszkodzenia nerek i zaburzeń płodności.

W badaniach empirycznych jednoznaczny wpływ zanieczyszczeń powietrza na wskaźniki chorobowości i umieralności jest bardzo trudny do wykazania. Nie ma bowiem aktualnych badań stwierdzających silny i jednoznaczny wpływ zanieczyszczeń na wzrost zachorowań, czy liczby zgonów w populacji. Ze względu na mnogość czynników wpływających na stan powietrza (temperatura, wilgotność, siła wiatru), pojawiają się wątpliwości co do wyłącznego wpływu zanieczyszczeń na poziom i siłę konsekwencji zdrowotnych.

Pierwsze próby wykazania związku między zanieczyszczeniami powietrza a wskaźnikami epidemiologicznymi zaobserwowano w latach trzydziestych XX wieku, w 1930 r. Firket powiązał 60 zgonów z utrzymującą się przez kilka dni chmurą zanieczyszczeń w dolinie Mozy, kolejno w 1952 r. badacze zajęli się analizą zgonów w Londynie podczas Wielkiego Smogu Londyńskiego (dobowe średnie stężenie pyłów zawieszonych była równa $1\,620\mu\text{g}/\text{m}^3$, wykazano w tym okresie, że Większość przypadków zgonu dotyczyła osób w wieku powyżej 45 lat, ale zwiększoną umieralność odnotowano we wszystkich grupach wiekowych. Prawie dwukrotnie wyższa niż zwykle była liczba zgonów wśród noworodków, ponad dwukrotnie wyższa – w przypadku dzieci w wieku od 4 tygodni do jednego roku, zaś w każdej z trzech grup wiekowych (45-64, 65-74 i powyżej 75 lat) liczba zgonów zwiększyła się prawie trzykrotnie. Szczególny wzrost odnotowano jeśli chodzi o liczbę zgonów z powodu zapalenia oskrzeli (ponad ośmiokrotny), zapalenia płuc (prawie trzykrotny) i chorób układu krążenia. Zauważalnie podwyższona umieralność związana z tymi chorobami utrzymywała się jeszcze przez kilka tygodni [Logan 1953].

W przypadku tak ekstremalnie wysokich stężeń zanieczyszczeń powietrza, jakie występowały w czasie Wielkiego Smogu w Londynie nie ma raczej wątpliwości co do przyczynowo- skutkowego charakteru związku pomiędzy ekspozycją na zanieczyszczenia powietrza a efektami zdrowotnymi (w tym podwyższoną umieralnością)., jednak od tamtej pory jakoś powietrza znacznie się poprawiła w porównaniu do lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku i zależność pomiędzy ekspozycją na mniejsze stężenia zanieczyszczeń a konsekwencjami zdrowotnymi nie jest już taki oczywista. Na przykład, Lawther i wsp. sugerowali, że wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie jest istotny dopiero kiedy stężenia pyłu zawieszzonego i SO_2 przekraczają kilkaset $\mu\text{g}/\text{m}^3$ [Lawther et al. 1970; Schwartz, Marcus 1990]. Inni badacze Schwartz i Dockery twierdzili że, żadne badanie epidemiologiczne nie może udowodnić niezbieżności związku przyczynowo- skutkowego, pomimo podobnych wyników badań z różnych regionów sugerujących istnienie takiej zależności.

Wyżej wymienione prace odnosiły się do krótkoterminowej ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza. W ogólnej analizie należy zatem uwzględnić również te badania, które dotyczyły długotrwałego narażenia na zanieczyszczenia powietrza. W 1993 roku Dockery i wsp. przeprowadzili badanie kohortowe, w którym wykazano, że umieralność w najbardziej zanieczyszczonym pyłowo mieście - Steubenville (spośród 6 analizowanych miast) była o 26% wyższa w porównaniu do miejscowości o najniższym poziomie zanieczyszczenia pyłowego. Wyniki przytoczonego badania w 2000 roku zostały potwierdzone w niezależnym badaniu Krewskiego i wsp., oraz w innych późniejszych publikacjach Pope i wsp. (2002), Ladena i wsp. (2006),[!] Badania wykonane po 2000 roku dowiodły, że zwiększenie długoterminowego narażeniem na pył $\text{PM}_{2.5}$ o $10\mu\text{g}/\text{m}^3$ przekłada się na wzrost współczynników umieralności (Tabela 130) . Wykazano też, że cząsteczki PM_{10} $\mu\text{g}/\text{m}^3$ i PM_{15} $\mu\text{g}/\text{m}^3$ mają słabszy związek ze współczynnikami umieralności. Brak istotnych statystycznie wyników odnotowano dla cząsteczek większych niż $2,5\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Tabela 130. Wyniki badania Pope i wsp. 2002 – zależność między umieralnością a wzrostem stężenia pyłu $\text{PM}_{2,5}$.

Umieralność	Wzrost stężenia pyłu $\text{PM}_{2,5}$ o $10\mu\text{g}/\text{m}^3$
Całkowita	4%
Choroby układu krążenia	6%
Rak płuc	8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Pope i wsp. 2002

Ci sami badacze (Pope i wsp. Dockery i wsp.) dowiedli w swych badaniach, że redukcja zanieczyszczeń powietrza prowadzi do spadku umieralności (strajk w Utah i wstrzymanie pracy zakładów produkcyjnych doprowadziło do zmniejszenia średniego stężenia PM_{10} o ok. $15\mu\text{g}/\text{m}^3$ co wiązało się z 3.2% spadkiem umieralności. Wraz ze spadkiem poziomu zanieczyszczeń wzrasta średnia oczekiwana długość życia (Pope i wsp. 2009). Spadek o $10\mu\text{g}/\text{m}^3$ zwiększa oczekiwaną długość życia o 0.61 roku.

Badanie zależności wpływu zanieczyszczeń powietrza na wskaźniki umieralności było przedmiotem kilku innych prac, już bardziej aktualnych. Poniższa tabela zawiera najważniejsze badania dotyczące poszukiwania związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy skażeniem powietrza a wskaźnikami umieralności (Tabela 131).

Tabela 131. Wykaz prac dotyczących wpływu zanieczyszczeń powietrza na umieralność.

Lp.	Autor publikacji i rok	Czas badania	Populacja	Rodzaj zanieczyszczenia	Wyniki
1	[Thurston et al. 2015].	2000-2009	0,5 mln mieszkańców USA w wieku 51-70	długotrwała ekspozycja na pył PM 2,5	HR(hazard ratio)=1.03 na 10 µg/m ³ umieralność ogółem); zgony z powodu chorób układu krążenia (HR = 1.10 na 10 µg/m ³) oraz chorób układu oddechowego (HR = 1.05 na 10 µg/m ³), przy czym w tym ostatnim przypadku wzrost ryzyka nie był statystycznie istotny, z wyjątkiem podgrupy osób, które nigdy nie paliły (HR = 1.27 na 10 µg/m ³).
2	[Carey et al. 2013]	2003-2007	835 tys. mieszkańców UK w wieku 40-89	długotrwała ekspozycja na pył PM 2,5	silniejszy związek pomiędzy narażeniem na zanieczyszczenia powietrza a umieralnością z powodu chorób układu oddechowego niż w przypadku umieralności z powodu ChUK
3	Beeleen et al.. 2014	1990-2000	metaanaliza 22 badań kohortowych obejmująca łącznie 367 tys. osób	pył zawieszony, tlenek azotu	brak zależności pomiędzy ekspozycją a umieralnością na chorobę niedokrwienną serca, zawał serca. Brak istotnie statystycznie zależności pomiędzy umieralnością związaną z chorobami naczyniowymi mózgu (HR= 1,21; 95%CI: 0,87-1,69 na 5 µg/m ³ PM2.5
4	APHEA-2 (1998 - 2001)	1998-2001	43 mln osób z 29 miast europejskich	krótkookresowa ekspozycja na pył zawieszony PM 10	każde zwiększenie średniego dobowego stężenia PM10 o 10 µg/m ³ zwiększa ryzyko zgonu w tym samym lub następnym dniu o 0.6% (0.4%–0.8%). Wpływ zanieczyszczeń pyłowych był silniejszy w przypadku osób starszych, a także w miastach o wyższym stężeniu dwutlenku azotu i w miastach o cieplejszym klimacie. krótkoterminowa ekspozycja na dwutlenek azotu zwiększa umieralność związaną z chorobami układu oddechowego, chorobami układu krążenia oraz umieralność całkowitą (z ogółu przyczyn zgonu) o ok. 0.3%–0.4% na 10 µg/m ³ NO ₂ ,

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Thurston et al. 2015], [Carey et al. 2013], [Beeleen et al.. 2014], [APHEA-2 1998 – 2001].

Na tle wieloletnich badań i analiz dotyczących wpływu zanieczyszczeń na wskaźniki umieralności rekomendowane obecnie przez Światową Organizację Zdrowia wartości współczynników ryzyka dla umieralności całkowitej związanej z narażeniem na zanieczyszczenia pyłowe – otrzymane na podstawie systematycznego przeglądu wszystkich dostępnych badań i ich meta-analiz – są następujące:

- dla ekspozycji długoterminowej RR = 1.062 (1.040–1.083) na 10 µg/m³ PM_{2.5} (dla średniej rocznej), dotyczy osób powyżej 30 roku życia,
- dla ekspozycji krótkoterminowej RR = 1.0123 (1.0045–1.0201) na 10 µg/m³ PM_{2.5} (dla średniej dobowej), dotyczy wszystkich grup wiekowych [HRAPIE].

Użycie rekomendowanych przez WHO współczynników ryzyka dla ekspozycji długoterminowej pozwala oszacować, że rocznie z powodu zanieczyszczenia powietrza pyłem PM_{2.5} w Polsce umiera w ponad 44 tys. osób (dane dla roku 2012); 1600 zgonów przypisuje się wpływowi dwutlenku azotu, a ponad tysiąc wpływowi ozonu troposferycznego. Jednak w opublikowanym przez WHO raporcie z 2016 roku liczba zgonów spowodowanych zanieczyszczeniami powietrza wynosi już 26 tys. – różnica tych wyników jest związana z przyjętym przez WHO standardem obliczania ryzyka w przypadku stężeń powyżej 5 – 8 µg/m³.

Mniejsze stężenia pyłów są zbyt niepewne (brak dowodów naukowych) aby wiarygodnie uwzględnić je w analizie.

W odniesieniu do sytuacji Polski i analizy wpływu zanieczyszczeń powietrza warto też przytoczyć badania Krzyżanowskiego z 2016, które świadczą o tym, że zanieczyszczenie powietrza pyłem zawieszonym pochodzenia antropogenicznego skraca życie mieszkańców Polski o od 6 do ponad 12 miesięcy. Szczególnie istotne są również badania Badydy i wsp. z 2016 r., których celem było badanie wpływu ekspozycji na PM_{2,5} w 11 aglomeracjach Polski w odniesieniu do wskaźników umieralności. Badania nad skutkami zanieczyszczenia są trudne i długotrwałe, stąd w literaturze naukowej niewiele jest badań kohortowych o długofalowym charakterze, który pozwoli zaobserwować odległe skutki choroby oraz o dobrze określonej ekspozycji przez cały okres badania. Dodatkowym elementem utrudniającym dobre określenie ryzyka jest wieloprzyczynowość stanów chorobowych, w których powstawaniu ma również udział zanieczyszczenie powietrza oraz złożoność jego składu.

Wg. Raportu o Wpływie zanieczyszczeń powietrza na zdrowie, Krakowskiego Alarmu Smogowego „Warto w tym miejscu skomentować pojawiające się od kilku lat w mediach i w przestrzeni publicznej (np. na billboardach) istotnie różniące się między sobą dane na temat liczby zgonów, przypisywanych każdego roku w Krakowie wpływowi zanieczyszczeń powietrza. Mówimy tu o Krakowie, gdyż dla tego miasta od lat istnieją w literaturze odpowiednie oszacowania, a także dlatego, że Kraków bardzo często pojawia się w doniesieniach medialnych poświęconych tematyce zanieczyszczenia powietrza i jego wpływu na zdrowie. Przypadek Krakowa jest dobrą ilustracją tego, jak bardzo szacunki dotyczące liczby przedwczesnych zgonów związanych z narażeniem na zanieczyszczenia powietrza mogą się różnić w zależności od poczynionych założeń. Często podawane do tej pory liczby rzędu kilkuset (od ok. 300 do ok. 600 lub ok. 400 jako najbardziej prawdopodobna wartość) zostały zaczerpnięte z pracy [Ballester et al. 2008]. W pracy tej szacowano jednak nie całkowitą liczbę zgonów przypisywanych zanieczyszczeniu powietrza pyłem zawieszonym, ale liczby zgonów możliwych od uniknięcia przy redukcji średnich stężeń rocznych PM_{2.5} do różnych założonych poziomów docelowych (25 µg/m³, 20 µg/m³, 15 µg/m³ oraz 10 µg/m³). Niemniej, w uproszczonym przekazy medialnym podając takie dane mówi się najczęściej po prostu o liczbie zgonów związanych z narażeniem na zanieczyszczenia powietrza. Odnoszące się do Krakowa dane użyte przez Ballestera i wsp. (średnie roczne stężenie PM_{2.5} i całkowita liczba zgonów z przyczyn naturalnych powyżej 30 roku życia) pochodzą z roku 2001. Co jednak istotniejsze, autorzy celowo zastosowali podejście najbardziej ostrożne (ang. at least approach). Mianowicie, użyto mniejszego z dwu wyznaczonych w pracy [Pope et al. 2002] współczynników ryzyka dla zgonu z przyczyn ogólnych, tj. RR = 1.04, nie zaś RR = 1.06 (ta ostatnia wartość praktycznie pokrywa się z kolei z wartością rekomendowaną obecnie przez WHO, patrz [HRAPIE]). Oczywiście, użycie większego współczynnika ryzyka, a także poziomu bazowego (docelowego) stężeń PM_{2.5} równego zero (co odpowiada z grubsza uwzględnianiu wszystkich zgonów przypisywanych wpływowi zanieczyszczeń) daje znacznie większe wartości liczbowe niż te wynikające z szacunków Ballestera i wsp. Ostateczny wynik silnie zależy też od wartości średniego stężenia PM_{2.5} w danym roku[38].”

5. Podsumowanie

- Palenie papierosów, które jest modyfikowalnym elementem stylu życia, jest jednym z głównych zagrożeń zdrowotnych. Palenie zwiększa ryzyko zgonu i zachorowania na wiele chorób, w tym np. chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego. Odsetek palących mężczyzn w Krakowie [2] był podobny jak w Polsce [1], jednak wyższy niż w całym województwie małopolskim [5] oraz krajach Unii Europejskiej [6] (Wykres 57). U kobiet zamieszkałych w Krakowie odnotowano najwyższy odsetek palących (30,5%) natomiast w województwie małopolskim najniższy (14%)
- Częstość otyłości w Krakowie, wg danych z badania HAPIEE 2003-2005, wynosiła 26,7% u mężczyzn i 32,5% u kobiet i była podobna do poziomu w Polsce, tj. 27,2% u mężczyzn i 33,4% u kobiet [2]. Nadwaga, czyli wartość BMI 25-30, występowała u 37,5% kobiet i 49,3% mężczyzn w Krakowie. W porównaniu z występowaniem nadwagi w całym kraju, sytuacja w Krakowie była gorsza, gdyż w tym samym czasie nadwaga w Polsce dotyczyła 36,7% kobiet i 42,4% mężczyzn [2].
- Jeden na trzech mieszkańców regionu podejmuje aktywność fizyczną (rozumianą jako aktywność ukierunkowaną m.in. na poprawienie stanu zdrowia, kondycji itd., niezwiązaną z wykonywaniem prac domowych czy zawodowych i zaplanowaną w czasie) 3 razy w tygodniu bądź częściej. Kolejna trzecia część Małopolan robi to jeden do dwóch razy w tygodniu. Rzadziej taką aktywność, 1-3 razy w miesiącu, podejmuje co siódmy mieszkaniec województwa.
- 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 121) . Do tego typu zaburzeń zaliczyć można zaburzenia naczyniowe, psychiczne, zaburzenia hormonalne, zaburzenia układu krążenia, jak również zaburzenia układu odpornościowego.
- Badania nad skutkami zanieczyszczenia powietrza są trudne i długotrwałe, niewiele jest badań kohortowych o długofalowym charakterze. Ze względu na mnogość czynników wpływających na stan powietrza (temperatura, wilgotność, siła wiatru) pożądanym byłoby zaplanowanie długofalowych i pogłębionych badań dotyczących wpływu zanieczyszczeń na poziom i siłę konsekwencji zdrowotnych w konkretnych warunkach miejscowych.

6. Spis tabel

Tabela 1. Gęstość zaludnienia (os./km ²) w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005 – 2015.	7
Tabela 2. Prognoza liczby mężczyzn w Krakowie w podziale na wiek w latach 2016 – 2036.	13
Tabela 3. Prognoza liczby kobiet w Krakowie w podziale na wiek w latach 2016 – 2036.	13
Tabela 4. Struktura zgonów według przyczyn w Krakowie i Polsce w 2015r.	22
Tabela 5. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2010 – 2015 w podziale na płeć.	24
Tabela 6. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2015.	24
Tabela 7. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2015.	25
Tabela 8. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2014.	25
Tabela 9. Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu (na 100 tys.) w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2006 – 2014.	26
Tabela 10. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Krakowie w latach 1999-2015. .	27
Tabela 11. Współczynnik zapadalności na wybrane choroby zakaźne w Polsce w latach 2005-2015.	27
Tabela 12. Realizacja szczepień obowiązkowych w woj. małopolskim dla grup wiekowych określonych w Programie Szczepień Ochronnych w latach 2012-2015.	28
Tabela 13. Liczba wykonanych szczepień ochronnych oraz odsetek zaszczepionych osób w Krakowie w latach 2011-2015.	29
Tabela 14. Liczba zachorowań oraz zapadalność (na 100 tys.) na gruźlicę w Krakowie w latach 2010 – 2016.	30
Tabela 15. Zapadalność na gruźlicę (na 100tys.) w poszczególnych województwach oraz w Polsce w 2015r.	31
Tabela 16. Liczba przypadków zapalenia wątroby typu B i C w Krakowie w latach 2013 - 2016.	32
Tabela 17. Zapadalność na wirusa HIV w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2015 r. ...	34
Tabela 18. Zapadalność na AIDS w Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w 2015r.	35
Tabela 19. Liczba zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 1999 - 2015.	35
Tabela 20. Zachorowania na nowotwory w Małopolsce i powiatach województwa małopolskiego w podziale na płeć w 2015r.	36
Tabela 21. Liczba zachorowań oraz współczynnik zapadalności (na 100 tys.) na wybrane nowotwory w Unii Europejskiej w 2012 r.	38
Tabela 22. Liczba zachorowań, zapadalność, liczba zgonów i umieralność z powodu nowotworów w Polsce w 2015 r.	38
Tabela 23. Liczba zachorowań, zapadalność (na 100 tys.), liczba zgonów i umieralność (na 100 tys.) z powodu nowotworów w Polsce wśród kobiet w 2015 r.	39
Tabela 24. Liczba zachorowań, zapadalność, liczba zgonów i umieralność z powodu nowotworów w Polsce wśród mężczyzn w 2015 r.	39
Tabela 25. Zapadalność na choroby zawodowe (na 100tys.) według województw w 2015 r.	42
Tabela 26. Liczba stwierdzonych chorób zawodowych w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2015 - 2016.	43
Tabela 27. Wykaz stwierdzonych chorób zawodowych w Krakowie w 2015 r.	43
Tabela 28. Choroby zawodowe (udział procentowy) w Krakowie w latach 2005-2015.	44
Tabela 29. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 r.ż. w Krakowie w 2015r.	45
Tabela 30. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16r.ż. ze względu na stopień niepełnosprawności oraz wiek w Krakowie w 2015r.	46
Tabela 31. Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób powyżej 16 r.ż ze względu na płeć i wykształcenie w Krakowie w 2015r.	48
Tabela 32. Osoby zamieszkałe w mieście na prawach powiatu Kraków, którym przyznano emerytury wypłacane przez ZUS wg wieku i płci w 2015r.	49
Tabela 33. Rodzaj rent przyznawanych przez ZUS w podziale na płeć w Krakowie w 2015r.	50
Tabela 34. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacane przez ZUS w podziale na wiek w 2015r.	51

Tabela 35. Osoby zamieszkałe w Krakowie pobierające rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w podziale na wiek i płeć w 2015r.	51
Tabela 36. Osoby pobierające renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w 2015r. zamieszkałe w Krakowie w podziale na wiek i płeć.	52
Tabela 37. Osoby pobierające renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w 2015r. zamieszkałe w Krakowie w podziale na płeć i wiek.	52
Tabela 38. Liczba osób zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uprawnionych do renty rodzinnej wypłacanej przez ZUS, w podziale na wiek i płeć w 2015r.	53
Tabela 39. Liczba transplantacji w Polsce w latach 2011 - 2016.	53
Tabela 40. Liczba transplantacji w Małopolsce w latach 2011 - 2016.	54
Tabela 41. Liczba transplantacji w Krakowie w latach 2011 - 2016.	54
Tabela 42. Liczba sprzętu medycznego w Polsce w latach 2010 - 2015.	55
Tabela 43. Liczba sprzętu medycznego w Małopolsce w latach 2010 - 2015.	55
Tabela 44. Liczba sprzętu medycznego w Krakowie w latach 2010 - 2015.	55
Tabela 45. Wykaz publicznych szpitali na terenie Krakowa w 2016 roku.	58
Tabela 46. Wykaz niepublicznych zakładów lecznictwa stacjonarnego na terenie Krakowa na 2015 r. ...	58
Tabela 47. Liczba łóżek w szpitalach publicznych w Krakowie w latach 2012-2015.	60
Tabela 48. Liczba łóżek w niepublicznych szpitalach ogólnych w Krakowie w latach 2012-2015.	60
Tabela 49. Liczba łóżek w publicznych i niepublicznych szpitalach psychiatrycznych w Krakowie w latach 2011-2015 stan na 31 grudnia.	64
Tabela 50. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) według wybranych rozpoznań i płci w Krakowie w 2015r.	64
Tabela 51. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim i w Krakowie w 2015 r.	66
Tabela 52. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych według wybranych rozpoznań w Krakowie i Małopolsce w 2015 r.	66
Tabela 53. Publiczne i niepubliczne podmioty prowadzące opiekę długoterminową na terenie Krakowa w 2015 r.	67
Tabela 54. Działalność komórek organizacyjnych publicznej i niepublicznej opieki długoterminowej na terenie Krakowa w 2015r.	68
Tabela 55. Liczba łóżek w zakładach opieki długoterminowej działających na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2007 – 2015.	68
Tabela 56. Liczba miejsc w publicznych Domach Pomocy Społecznej w Gminie Miejskiej Kraków w latach 2011 – 2015.	69
Tabela 57. Prognoza liczby ludności Krakowa powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035.	70
Tabela 58. Hospicja i zespoły opieki paliatywnej prowadzone przez fundacje i stowarzyszenia na terenie Miasta Krakowa w 2015 r.	71
Tabela 59. Liczba łóżek w publicznych zakładach opiekuńczo-leczniczych na oddziałach opieki paliatywnej na terenie Miasta Krakowa w 2015 r.	72
Tabela 60. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie Miasta Krakowa w latach 2011-2015 r.	72
Tabela 61. Wykaz i liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011-2015.	73
Tabela 62. Liczba miejsc w niepublicznych Domach Pomocy Społecznej w Krakowie w latach 2011-2015.	73
Tabela 63. Liczba miejsc, średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na miejsce w DPS w Krakowie w latach 2011-2015.	73
Tabela 64. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w Krakowie latach 2011-2015.	74
Tabela 65. Liczba osób zadeklarowanych do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie małopolskim oraz w Krakowie w 2015 roku.	75
Tabela 66. Liczba świadczeniodawców z terenu Krakowa oraz liczba umów zawartych z NFZ w latach 2010 – 2016 w ramach POZ.	75
Tabela 67. Liczba placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Krakowie w latach 2011 – 2016.	75
Tabela 68. Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w Krakowie w latach 2011 – 2016.	76
Tabela 69. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2012 – 2016.	77

Tabela 70. Porady udzielone w poradniach specjalistycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa małopolskiego oraz Krakowa w 2015 i 2016 roku.	78
Tabela 71. Porady udzielone w poradniach stomatologicznych na terenie województwa małopolskiego i Gminy Miejskiej Kraków w latach 2015-2016 r.	78
Tabela 72. Szpitale na terenie Gminy Miejskiej Kraków, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2015 roku.	79
Tabela 73. Szpitale na terenie Małopolski, w których działały Szpitalne Oddziały Ratunkowe w 2015.	79
Tabela 74. Nakłady na SOR w Krakowie i Małopolsce w latach 2015-2016.	80
Tabela 75. Izby przyjęć działające na terenie Krakowa i Małopolski w 2015r.	80
Tabela 76. Liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego na terenie Małopolski w latach 2011 – 2015.	83
Tabela 77. Liczba ładowisk przyszpitalnych w Małopolsce oraz Krakowie w latach 2011 – 2015.	84
Tabela 78. <i>Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2016 r.</i>	84
Tabela 79. Personel medyczny z wykształceniem średnim zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w 2015 roku.	85
Tabela 80. Liczba lekarzy wg. specjalności w Krakowie w latach 2010 – 2016.	86
Tabela 81. Liczba lekarzy pracujących w województwie małopolskim w podziale na specjalizację w latach 2010-2015.	87
Tabela 82. Liczba lekarzy stomatologów pracujących w województwie małopolskim w podziale na specjalizację w latach 2010-2015.	88
Tabela 83. Liczba lekarzy dentyków w podziale na specjalizację w Krakowie w latach 2010 – 2015.	89
Tabela 84. Liczba lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie i województwie małopolskim w latach 2015-2016.	89
Tabela 85. Liczba pielęgniarek Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie i w województwie małopolskim latach w 2015-2016.	89
Tabela 86. Liczba położnych, fizjoterapeutów oraz diagnostyków w Krakowie w 2016 r.	89
Tabela 87. Liczba podmiotów udzielających podstawowych świadczeń specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ na terenie Krakowa w latach 2010 – 2016.	90
Tabela 88. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach) na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Miejskiej Kraków w latach 2010 – 2016.	91
Tabela 89. Spis oddziałów terenowych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie.	92
Tabela 90. Liczba oddających krew w województwie małopolskim i w Krakowie w latach 2010 – 2016.	93
Tabela 91. Źródła finansowania inwestycji w miejskich podmiotach leczniczych w roku 2016r.	97
Tabela 92. Szczegółowy wykaz zadań inwestycyjnych realizowanych w podmiotach dofinansowywanych z budżetu Miasta Krakowa w roku 2015.	99
Tabela 93. Szczegółowy wykaz dotacji udzielonych w 2016 roku na realizację zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych.	99
Tabela 94. Zasoby Zarządu Budynków Komunalnych w Krakowie w latach 2010–2016.	103
Tabela 95. Zestawienie liczby osób objętych Programami, liczby udzielonych świadczeń i kosztów realizacji Programów w 2015 roku.	104
Tabela 96. Podmioty lecznicze realizujące Program prewencji otyłości, cukrzycy typu II, nadciśnienia i miażdżycy w 2015 roku na terenie Krakowa.	105
Tabela 97. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej w 2015 roku na terenie Krakowa.	107
Tabela 98. Podmioty lecznicze realizujące Program szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia w 2015 roku na terenie Krakowa.	108
Tabela 99. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych w 2015 roku na terenie Krakowa.	109
Tabela 100. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki próchnicy u dzieci w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.	111
Tabela 101. Podmioty lecznicze realizujące Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa w 2015 roku.	112
Tabela 102. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24 miesięcy w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.	113
Tabela 103. Podmioty lecznicze realizujące Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat w 2015 roku na terenie Miasta Krakowa.	113

Tabela 104. Podsumowanie realizacji Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków” za lata 2004 – 2015.	115
Tabela 105. Podmioty lecznicze realizujące Program "Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)" w 2015 roku na terenie Krakowa.	117
Tabela 106. Kwoty wydatkowane z budżetu Miasta Krakowa w ramach zadań priorytetowych dzielnic na profilaktykę i promocję zdrowia w latach 2012-2015 (zł).....	119
Tabela 107. Środki finansowe przeznaczone z budżetu Miasta Krakowa przez Dzielnice Miasta Krakowa na profilaktykę i promocję zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca w latach 2014-2015.	119
Tabela 108. Podział środków na realizację zadań z zakresu współpracy organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w 2015 roku na terenie Krakowa.	120
Tabela 109. Liczba gabinetów w poszczególnych rodzajach placówek oświatowych w Krakowie w latach 2014-2015.	124
Tabela 110. Liczba uczniów objętych opieką zdrowotną na terenie placówki oświatowej w podziale na typy placówek w 2015 roku na terenie Krakowa.	124
Tabela 111. Dostępność gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej dla uczniów poszczególnych placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w roku 2015.	125
Tabela 112. Programy zdrowotne realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w 2015 roku.....	126
Tabela 113. Programy zdrowotne w zakresie stomatologii realizowane na terenie placówek oświatowych Gminy Miejskiej Kraków w 2015 roku.	127
Tabela 114. Dane o kuracjuszach korzystających ze świadczonych usług w zakresie lecznictwa sanatoryjnego w Uzdrawisku Swoszowice z lat 2012-2015.	128
Tabela 115. Zestawienie kosztów związanych z realizacją Programu Krakowska Sieć AED IMPULS ŻYCIA w latach 2012-2015.	130
Tabela 116. Rozmieszczenie urządzeń AED na terenie Miasta Krakowa w 2015 roku.	130
Tabela 117. Rozpowszechnienie otyłości (BMI >30kg/m ²) według płci w ciągu minionej dekady.	134
Tabela 118. Odsetek realizujących zalecenia kobiet i mężczyzn w Krakowie (badanie HAPIEE).	135
Tabela 119. Tabela porównawcza zaleceń prozdrowotnych i wyników z badania HAPIEE.	135
Tabela 120. Procent osób realizujących zalecenia na wybrane składniki odżywcze i produkty w przeciętnej diecie dorosłych mieszkańców Polski	136
Tabela 121. Ogólnoustrojowy wpływ hałasu na zdrowie człowieka.	138
Tabela 122. Dopuszczalne poziomy hałasu w środowisku powodowanego przez poszczególne grupy źródeł hałasu.	140
Tabela 123. Poziom różnych źródeł dźwięku wyrażony w decybelach oraz jego wpływ na zdrowie.	141
Tabela 124. Wyniki badania CBOS dotyczące częstotliwości narażenia na uciążliwy hałas w roku 1999 i 2009.	143
Tabela 125. Wyniki badania CBOS dotyczące szkodliwego wpływu hałasu na zdrowie w roku 1999 i 2009.	144
Tabela 126. Wartości progowe wyznaczające zakresy zdrowotnego oddziaływania hałasu (wg WHO, 2009).	146
Tabela 127. Odsetek populacji narażonej na poszczególne progi hałasu wg. Roovers i wsp., oraz skalkulowana liczba dzieci 7-19 eksponowanych na hałas w Szwecji.	147
Tabela 128. Lata życia skorygowane niepełnosprawnością osób z zaburzeniami poznawczymi w wieku 7-19 wynikających z narażenia na hałas w Europie wg. kalkulacji WHO.	147
Tabela 129. Liczba punktów pomiarowych w poszczególnych klasach przekroczeń dopuszczalnych poziomów dźwięku (wyrażonych wskaźnikiem LAeq D) wg województw w 2015 r.	149
Tabela 130. Wyniki badania Pope i wsp. 2002 – zależność między umieralnością a wzrostem stężenia pyłu PM 2,5.	154
Tabela 131. Wykaz prac dotyczących wpływu zanieczyszczeń powietrza na umieralność.	155

7. Spis wykresów

Wykres 1. Liczba ludności w Krakowie w podziale na płeć w latach 1995 – 2016.	7
Wykres 2. Współczynnik feminizacji w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005-2015.....	8
Wykres 3. Liczba urodzeń w Krakowie w latach 1984-2016.....	9
Wykres 4. Wskaźnik przyrostu naturalnego w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w Polsce, Małopolsce i Krakowie w latach 2005-2015.	9
Wykres 5. Liczba żywych urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 2005 – 2015.	10
Wykres 6. Liczba zgonów w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w Krakowie, województwie małopolskim oraz Polsce w latach 2005 – 2015.	10
Wykres 7. Struktura wiekowa populacji Gminy Miejskiej Kraków w 5 – letnich grupach wiekowych w podziale na płeć w 2015 r.	11
Wykres 8. Odsetek kobiet i mężczyzn w 5 – letnich grupach wiekowych w Krakowie w 2015 r.....	12
Wykres 9. Prognoza liczby ludności w podziale na płeć w Krakowie na lata 2016 – 2036.	13
Wykres 10. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w latach 1995 – 2015. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.	14
Wykres 11. Procentowy udział osób w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Małopolsce w latach 1995 - 2015.	14
Wykres 12. Odsetek mężczyzn i kobiet w wieku przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie w 2015 r... 15	
Wykres 13. Liczba osób w wieku 70+ w Krakowie w latach 1984 – 2016.	16
Wykres 14. Oczekiwana długość życia kobiet w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007-2016.	17
Wykres 15. Oczekiwana długość życia mężczyzn w Krakowie, Małopolsce i Polsce w latach 2007-2016.	17
Wykres 16. Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych w Krakowie, Małopolsce, Polsce i Unii Europejskiej w latach 2004-2015.	18
Wykres 17. Liczba urodzeń z masą urodzeniową poniżej 2500g w Krakowie i Małopolsce w 2015 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS.	19
Wykres 18. Liczba urodzeń z niską masą urodzeniową poniżej 2500g w Polsce w 2015r.	19
Wykres 19. Odsetek porodów przez cesarskie cięcie w Krakowie, Małopolsce, Polsce i UE w 2015r.	20
Wykres 20. Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w podziale na płeć w Krakowie w latach 1999-2015.	20
Wykres 21. Współczynnik umieralności ogólnej (na 100 tys.) w latach 1999-2015r. w Krakowie, Polsce i Unii Europejskiej.	21
Wykres 22. Odsetek zgonów w 5 - letnich grupach wiekowych w Krakowie w podziale na płeć w 2015r.	21
Wykres 23. Struktura zgonów w Krakowie w grupie kobiet w 2015r.....	22
Wykres 24. Struktura zgonów w Krakowie w grupie mężczyzn w 2015r.....	22
Wykres 25. Struktura zgonów w Małopolsce w grupie kobiet w 2015r.	23
Wykres 26. Struktura zgonów w Małopolsce w grupie mężczyzn w 2015r.	23

Wykres 27. Współczynnik zapadalności na gruźlicę (na 100 tys.) w latach 2000-2016 w województwie małopolskim.....	30
Wykres 28. Liczba zachorowań na gruźlicę w województwie małopolskim w latach 2000-2016.....	31
Wykres 29. Współczynnik zapadalności na gruźlicę (na 100tys.) w Polsce i Unii Europejskiej w latach 1999-2015.	32
Wykres 30. Współczynnik zapadalności na WZW typu B (na 100tys.) w województwie małopolskim oraz w Polsce w latach 1999-2015.....	33
Wykres 31. Współczynnik zapadalności na WZW typu C (na 100tys.) w województwie małopolskim i w Polsce w latach 2010-2015.	33
Wykres 32. Zapadalność na wirusa HIV w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2009 - 2015.....	34
Wykres 33. Zapadalność na AIDS w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2005 - 2015.	34
Wykres 34. Liczba zachorowań na nowotwory w Krakowie w podziale na płeć w latach 1999 – 2015. ...	36
Wykres 35. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie mężczyzn w Krakowie w 2015 r.	37
Wykres 36. Struktura zachorowań na poszczególne nowotwory w grupie kobiet w Krakowie w 2015 r. .	37
Wykres 37. Choroby zawodowe w Polsce i Małopolsce w latach 1999-2015r.....	41
Wykres 38. Współczynnik zapadalności na choroby zawodowe w przeliczeniu na 100tys. pracujących i zatrudnionych kobiet i mężczyzn w Polsce w latach 2001-2015.....	42
Wykres 39. Liczba zachorowań na choroby zawodowe w Krakowie w latach 1999-2015.	43
Wykres 40. Przyczyny niepełnosprawności osób poniżej 16r.ż. w podziale na płeć w Krakowie w 2015r	46
Wykres 41. Odsetek osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wiekowych w Krakowie w 2015r.....	47
Wykres 42. Przyczyny niepełnosprawności osób powyżej 16 r.ż w podziale na płeć w Krakowie w 2015 r.	48
Wykres 43. Struktura wiekowa kobiet i mężczyzn otrzymujących emerytury wypłacane przez ZUS w Krakowie w 2015r.....	50
Wykres 44. Struktura rent przyznawanych przez ZUS w 2015r. w Krakowie.....	50
Wykres 45. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w Krakowie w 2015r.	62
Wykres 46. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 tys. w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005-2015.....	62
Wykres 47. Wykorzystanie łóżek szpitalnych (w %) w Krakowie i Małopolsce latach 2005-2015.....	63
Wykres 48. Średni czas pobytu w szpitalu w Krakowie i w Małopolsce w latach 2005-2015.	63
Wykres 49. Odsetek leczonych z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Krakowie w 2015r.	65
Wykres 50. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) w Krakowie w 2015 r. według wybranych rozpoznań w podziale na płeć.	66
Wykres 51. Personel medyczny z wyższym wykształceniem zatrudniony w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Krakowie w latach 2015-2016.	85
Wykres 52. Liczba lekarzy pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006 – 2015.....	87

Wykres 53. Liczba lekarzy stomatologów pracujących w Krakowie w podziale na płeć w latach 2006 – 2016	88
Wykres 54. Liczba podmiotów udzielających świadczeń specjalistycznych w Krakowie w latach 2010-2016	91
Wykres 55. Liczba aptek ogólnodostępnych w województwie małopolskim i Krakowie w latach 2010-2016	93
Wykres 56. Kwota w przeliczeniu na 1 mieszkańca (per capita) wydatkowana z budżetu Miasta Krakowa na profilaktykę i promocję zdrowia w poszczególnych Dzielnicach w latach 2014-2015	120
Wykres 57. Częstość palenia papierosów u kobiet i mężczyzn w Krakowie, Małopolsce, Polsce, krajach UE; (2003-2005).....	133
Wykres 58. Częstość palenia papierosów w 2014 roku wg płci.	134
Wykres 59. Wyniki Narodowego Testu Słuchu – odsetek osób niedosłyszących w kategorii wieku.	143
Wykres 60. Rozkład dróg krajowych, z których emisja hałasu dziennego zawiera się w poszczególnych poziomach natężenia.	148
Wykres 61. Udział procentowy długości odcinków zbadanych dróg, od których emisja przekracza poziom dopuszczalny na podstawie pomiarów krótkookresowych dla pory dziennej (LAeq D) i pory nocnej (LAeq N).	150

8. Recenzja

Raport o stanie zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach - edycja 2017 przedstawia informacje pozwalające na analizę stanu zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa. Publikacja prezentuje nie tylko dane dotyczące sytuacji zdrowotnej samego Miasta Krakowa, ale także informacje dotyczące wskaźników zdrowotnych dla województwa małopolskiego i Polski, co pozwala na porównanie sytuacji zdrowotnej Miasta Krakowa na tle Małopolski i kraju, a w przypadku niektórych wskaźników także na tle Unii Europejskiej. Podobnie jak wcześniejsze edycje Raportu, edycja 2017 w jasny, przejrzysty i przyjazny dla Czytelnika sposób przedstawia najważniejsze wskaźniki dotyczące sytuacji demograficznej i epidemiologicznej Krakowa, stanu zdrowia ludności, dostępności i organizacji zasobów opieki zdrowotnej na terenie Miasta, a także działań prowadzonych przez samorząd terytorialny w zakresie poprawy zdrowia ludności Krakowa i lepszego dostępu do opieki zdrowotnej. Dzięki wieloobszarowej i kompleksowej analizie, Czytelnik otrzymuje rzetelną i obiektywną ocenę sytuacji zdrowotnej Krakowian. W Raporcie wykorzystano najbardziej aktualne dostępne dane za rok 2016 (tam gdzie nie były dostępne – za rok 2015).

Część pierwsza część raportu „*Mierniki stanu zdrowia mieszkańców Krakowa,*” opisująca demograficzno-epidemiologiczne mierniki zdrowia, przedstawia informacje na temat zmian, jakie zachodzą w strukturze ludności Miasta i prezentuje pozytywne zmiany dotyczące wzrostu wskaźników przyrostu naturalnego oraz liczby żywych urodzeń, przy jednoczesnym spadku liczby zgonów. W Polsce przyrost naturalny wyniósł -0.67/1 000, w Krakowie 0.54/1 000, a w Małopolsce 0.99/1 000 osób. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w Krakowie oczekiwana długość życia noworodka wydłuża się od kilku lat. Dla kobiet wynosi 81.9 lat w Polsce, 82.9 lat w Małopolsce oraz w Krakowie 83.1 lat. Dla mężczyzn wynosi 71.0 lat w Polsce, 75.3 lat w Małopolsce oraz 77.1 lat w Krakowie. W 2015 roku współczynnik umieralności niemowląt wynosił 4.0/1 000 urodzeń żywych w Polsce, 2.9/1 000 urodzeń żywych zarówno w Małopolsce jak i w Krakowie. W Unii Europejskiej współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 3.6/1 000 urodzeń żywych. Z kolei współczynnik umieralności ogólnej dla Krakowa w roku 2015 wyniósł 966/ 100 tys. populacji, 1035/ 100 tys. osób w grupie mężczyzn oraz 963/ 100 tys. osób w grupie kobiet. Dla Polski współczynnik umieralności ogólnej wyniósł 1027/ 100 tys. populacji, natomiast w UE 1026/ 100 tys. populacji. Najczęstszą przyczyną zgonów w 2015 roku w Krakowie, podobnie jak w Polsce były choroby układu krążenia (w Krakowie 57% zgonów, w Polsce 52% zgonów).

W drugiej części Raportu „*Zasoby opieki zdrowotnej w Krakowie*” w sposób syntetyczny przedstawiono informacje dotyczące leczenia szpitalnego, podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, zasobów kadr medycznych oraz dostępności do usług zdrowotnych. W 2016 roku na terenie Miasta Krakowa działało 14 szpitali publicznych (w tym 7 szpitali wojewódzkich, 2 szpitale powiatowe i 5 szpitali resortowych), 9 jednostek świadczących usługi długoterminowej opieki zdrowotnej oraz 21 szpitali niepublicznych (w tym ogólnych i psychiatrycznych). Łączna liczba łóżek w Małopolsce wynosiła w 2015 roku 14861. Liczba placówek ambulatoryjnych w Krakowie od 2011 roku stale wzrasta. W 2011 roku łączna liczba przychodni, ośrodków zdrowia, poradni i praktyk lekarskich wynosiła 565 jednostek, w 2016 roku liczba ta wzrosła do 658.

Na przełomie 2015/2016 roku wzrosła liczba udzielanych porad z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Największy wzrost odnotowano w przypadku udzielonych porad pediatrycznych (wzrost o 25 540 porad; o 28,5%). Należy także zwrócić uwagę, że od 2011 roku stale wzrasta czas oczekiwania na świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Najdłuższy czas oczekiwania zaobserwowano w alergologii (wzrost z 78 dni w 2015 roku do 98 dni w 2016), dermatologii (wzrost z 45 do 51 dni), kardiologii (wzrost z 87 do 96 dni), w onkologii (wzrost z 31 do 45 dni) oraz okulistyce (wzrost ze 111 dni do 130 dni).

W zakresie kadr medycznych, sytuacja w Krakowie jest bardziej korzystna niż w Polsce. W Krakowie w latach 2015-2016 odnotowano wzrost liczby personelu medycznego: 5% wzrost wśród lekarzy, 10% wzrost w grupie lekarzy dentyków oraz 2,7% wzrost w grupie pielęgniarek.

Część trzecia Raportu „*Działania Miasta w zakresie opieki zdrowotnej*” dotyczy polityki zdrowotnej realizowanej na terenie Krakowa. W latach 2013- 2015 jednostki opieki zdrowotnej dla których organem tworzącym jest Gmina Kraków otrzymały łączne dofinansowanie z budżetu Miasta w wysokości 43 149 087 zł. W 2015 roku placówki te otrzymały dofinansowanie na działalność inwestycyjną o łącznej wartości 21 207 375 zł.

W 2015 roku większość programów promocji zdrowia, profilaktyki oraz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego stanowiło kontynuację programów podjętych w poprzednich latach. W 2015 roku ustanowiono działania na kolejne lata 2016-2018. Priorytetowym programem zdrowotnym Miasta Krakowa był Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”. Wdrożono 12 programów profilaktycznych, głównie w zakresie chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób układu oddechowego oraz zdrowia dzieci i młodzieży. W 2015 roku z programów zdrowotnych oferowanych przez Miasto skorzystało aż 31 636 mieszkańców, którym udzielono 52 443 świadczeń medycznych. Łącznie na realizację programów wydano 1 363 484 zł.

Począwszy od edycji 2017, Raport został poszerzony o zagadnienia przedstawione w kolejnej części tj. „*Wpływ uwarunkowań środowiskowych i innych na zdrowie mieszkańców Krakowa*”, w którym przedstawiono ciekawe zagadnienia dotyczące wpływu na zdrowie stylu życia, hałasu oraz zanieczyszczenia powietrza. Z przedstawionych informacji wynika, że zaledwie jeden na trzech mieszkańców regionu podejmuje aktywność fizyczną 3 razy w tygodniu, bądź częściej. Ze względu na liczne badania podkreślające korzyści jakie przynosi aktywność fizyczna w każdym wieku - zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego - należałoby w przyszłości rozważyć działania ukierunkowane na zwiększenie aktywności fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci, młodzieży i seniorów. Autorzy Raportu poruszają w tej części także bardzo aktualne zagadnienia dotyczące zanieczyszczenia powietrza, podkreślając jednocześnie, że w badaniach empirycznych bardzo trudno jest wykazać jednoznaczny wpływ zanieczyszczeń powietrza na wskaźniki chorobowości i umieralności.

Raport o stanie zdrowia mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach – edycja 2017 to rzetelny i solidny przegląd najważniejszych wskaźników charakteryzujących stan zdrowia mieszkańców Miasta w ujęciu porównawczym - na tle województwa i kraju. Może stanowić zarówno źródło informacji na temat aktualnego stanu zdrowia, jak również podstawę decyzji w zakresie dalszych działań ukierunkowanych na poprawę zdrowia i jakości życia Krakowian.

dr Alicja Domagała

9. Bibliografia

- [1] Polakowska m i in.: Tobacco smoking in Poland in the years from 2003 to 2014. POLISH ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE 2017; 127 (2).
- [2] Doryńska A i in.: Czynniki ryzyka chorób układu krążenia (chuk) u dorosłych mieszkańców Krakowa i całej Polski. Wyniki badania Wobasz i polskiej części projektu Hapiee, PRZEGL EPIDEMIOLOG 2015; 69: 175 - 180.
- [3] Stepaniak U i in: 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
- [4] <http://easo.org/media-portal/obesity-facts-figures/obesity-factsheets/>
- [5] SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI - Pod redakcją Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2008
- [6] Zatonski W i in.:Tobacco smoking in countries of the European Union. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2012, Vol 19, No 2.
- [7] *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.
- [8] Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>
- [9] Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce, WHO 2009
- [10] Anna Waśkiewicz i in: Czy sposób żywienia populacji polskiej jest zgodny z rekomendacjami WHO w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych? – badanie WOBASZ II. Kardiologia Polska 2016; 74, 9: 969–977; DOI: 10.5603/KP.a2016.0003
- [11] Boylan S i in: Socio-economic circumstances and food habits in Eastern, Central and Western European populations. Public Health Nutr. 2011 Apr; 14(4): 678–687
- [12] Biela 2005 Otyłość Wobasz 2005
- [13] Boylan S i in: Dietary habits in three Central and Eastern European countries: the HAPIEE study. BMC Public Health. 2009 Dec 1;9:439. doi: 10.1186/1471-2458-9-439.
- [14] Sytuacja Zdrowotna Ludności w Polsce 2016, red. Wojtyniak B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny dok. Elekt. [dostęp w Internecie 10.12.2017]
- [15] Czajka- Michlewicz B., Ochrona środowiska akustycznego jak bronić się przed hałasem, [Dostęp w Internecie 12.10.2017]]<http://www.srodowisko.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/ochrona-srodowiska-akustycznego--jak-bronic-sie-przed-halaszem>
- [16] Dyrektywy 2002/49/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 25.06.2002 r.
- [17] Stan klimatu akustycznego w kraju świetle badań wioś w latach 2007-2011.
- [18]G. Trybalska i wsp. Hałas i jego wpływ na organizm człowieka
- [19] J. Sadowski, Akustyka w urbanistyce, architekturze i budownictwie, Arkady, Warszawa 1971.
- [20] Strona Internetowa Komisji Europejskiej, środowisko, wpływ hałasu na zdrowie, [Dostęp w Internecie 12.10.2017] http://ec.europa.eu/environment/noise/health_effects_en.htm
- [21] Koprewas- Wojtanpowska I., Hałas i jego wpływ na życie człowieka, [Dostęp w Internecie 12.10.2017]<http://laboratoria.net/artykul/26785.html>
- [22] Strona Internetowa Narodowy test słuchu Słuchobus, podsumowanie i wyniki, [Dostęp w Internecie 3.11.2017 r.] <http://sluchobus.pl/2015/09/podsumowanie/>
- [23] Raport z badania CBOS Zagrożenie hałasem opinie z lat 1999 i 2009, dok. Elekt. [Dostęp w Internecie 22.11.2017] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_122_09.PDF
- [24] HAŁAS/KLIMAT AKUSTYCZNY, w Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011-2020 (Małopolska 2020)
- [25] Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, hałas, {dostęp w Internecie 13.12.2017 r.] http://www.gios.gov.pl/stansrodowiska/gios/pokaz_artykul/pl/front/stanwpolsce/srodowisko_i_zdrowie/halaszem
- [26] Hałas jako czynnik zanieczyszczający środowisko – aspekty medyczne Noise as environment al pollution – medical aspects Krystyna Pawlas
- [27] Night Noise guidelines for Europe WHO 2009; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf
- [28] Krystyna Dworak, Hałas środowiskowy a zdrowie, dok. Elekt. [Dostęp w Internecie: 12.11.2017 r.] <http://www.ietu.katowice.pl/wpr/Aktualnosc/Czestochowa/Referaty/Dworak.pdf>
- [29] A. Kawalec; Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu

- [30] Poradnik dla lekarzy, CHUK w aspekcie pracy zawodowej, dok. Elektr [Dostęp w Internecie 02.11.2017 r.] medycynapracy-portal.pl/prawo/wydawnictwa/poradnik_krazenie_dla_lekarzy.pdf
- [31] Babish W., Health status as a potential effect modifier of the relation between noise annoyance and incidence of ischaemic heart disease [Dostęp w Internecie 3.11.2017 r.] <http://oem.bmj.com/content/60/10/739.long>
- [32] Babish W., Updated exposure-response relationship between road traffic noise and coronary heart diseases: A meta-analysis, [Dostęp w Internecie 11.11.2017 r.], <http://www.noiseandhealth.org/article.asp?issn=14631741;year=2014;volume=16;issue=68;spage=1;epage=9;aulast=Babisch>
- [33] Hałas i jego wpływ na zdrowie, http://laboratoria.net/artukul/_item,26785,print,1.html
- [34] Babisch W.: Updated exposure-response relationship between road traffic noise and coronary heart diseases: A metaanalysis. Noise Health 2014;16:1-9].
- [35] WHO , http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf?ua=1
- [36] Stan klimatu Akustycznego Polski 2015, GIŚ
- [37] Portal internetowy „Tworzymy Atmosferę”, wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie, [Dostęp w Internecie 11.11.2017 r.] <http://www.tworzymyatmosfere.pl/wplyw-zanieczyszczenia-powietrza-na-zdrowie>
- [38] Raport: Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie, Krakowski Alarm Smogowy,2016, [Dok. Elektr. https://smoglab.pl/wp-content/uploads/KK_KAS_Zdrowie.pdf]
- [39] Strona Internetowa Programu Przeciwdziałania Niskiej emisji „Zdrowe płuca, zanieczyszczenia powietrza a zdrowie człowieka [Dostęp w Internecie: 25.11] <http://niskaemisja.com/zanieczyszczenie-powietrza-a-zdrowie-czlowieka,220>
- [40] Wiąckowski S., Toksykologia środowiska człowieka, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2010, s. 34, 73-78, 81-83.