

Część I

Mierniki stanu zdrowia populacji

Wstęp

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

1. Ludność według płci oraz ruch naturalny

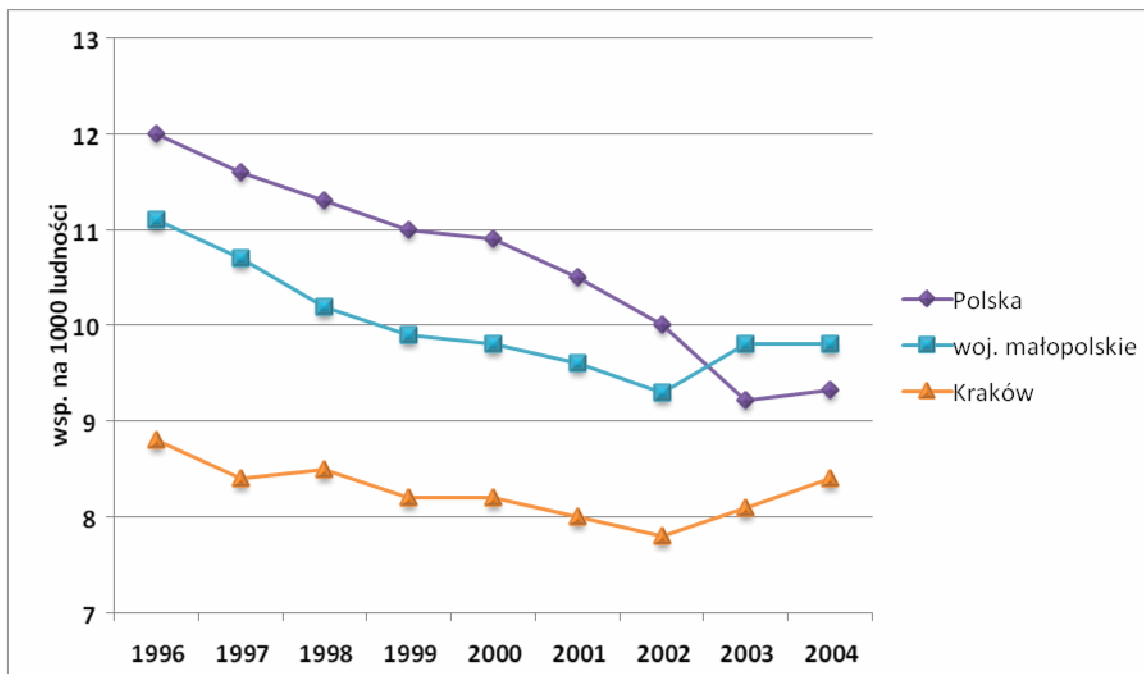
Strukturę ludności według płci i wieku kształtują urodzenia i zgony oraz ruch naturalny ludności. Miasto Kraków zajmuje powierzchnię 327 km². Zaludnienie wynosi 2316 na 1 km². W Krakowie w dniu 31.12.2005 zamieszkiwało 756 629 osób, z czego 354 068 (46,8%) mężczyzn oraz 402 561 (53,2%) kobiet. Na 100 mężczyzn w Krakowie przypadało 113 kobiet, przy średniej ogólnopolskiej 106,6.

Przyrost naturalny na 1000 mieszkańców wynosił w 2005 roku -0,8/1000 mieszkańców i po okresie obniżenia (od poziomu 7,0 w 1980 roku) nie ulegał dużym zmianom w ostatnich latach. Dla całej Polski współczynnik przyrostu naturalnego wynosił 1,5 na 1000 ludności. Tendencja obniżania się wartości współczynnika przyrostu naturalnego wynika m.in. ze spadku liczby żywych urodzeń i jest ściśle związana z dzietnością (tab. I-1). Współczynnik dzietności spadł z 1,9 w 1985 roku do 1,09 w 2005 roku. W Krakowie tendencja ta jest bardziej zaznaczona niż średnio w Polsce. W porównaniu z danymi województwa małopolskiego i Polski liczba żywych urodzeń przeliczana na 1000 osób ludności jest w Krakowie niższa, i do roku 2002 spadała, choć w ostatnich 2 latach obserwuje się odwrócenie tego trendu (Rys I-1). Ponadto, liczba żywych urodzeń jest mniejsza od liczby zgonów i w prognozach

¹ Disability Adjusted Life Years, Quality Adjusted Life Years

na następne 20 lat ocenia się, że zjawisko to będzie narastało. W 2002 roku w Krakowie mieszkało 757 500 mieszkańców, szacunki wskazują, że w 2030 roku liczba ta będzie wynosić ok. 651 200 tys. (Rys. 1-2, I-3).

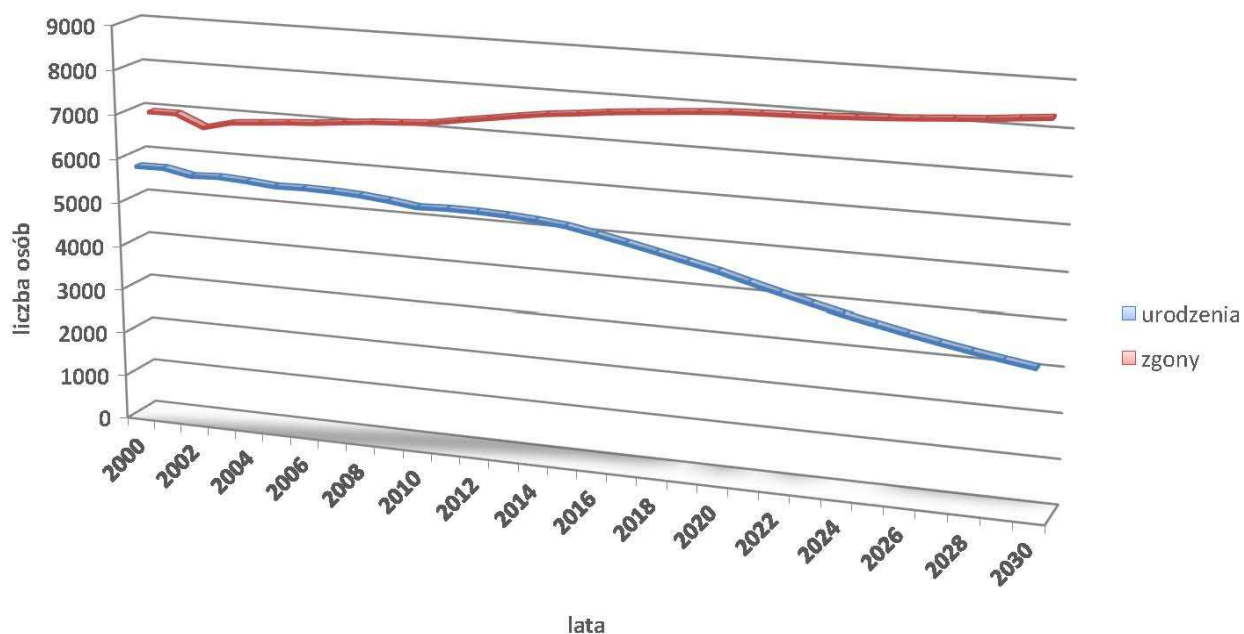
Rys. I-1. *Liczba żywych urodzeń na 1000 osób*



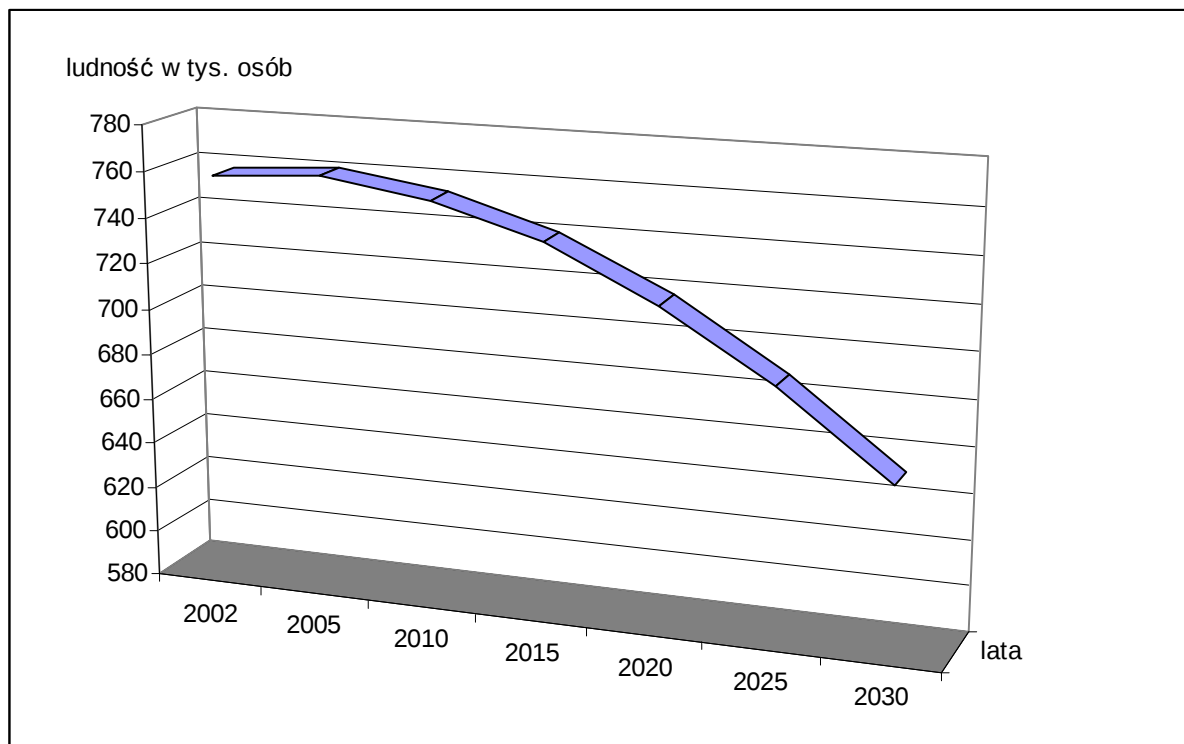
Tab. I-1. *Dzietność przyrost naturalny i wskaźnik migracji w latach 1980-2005 w Krakowie*

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

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



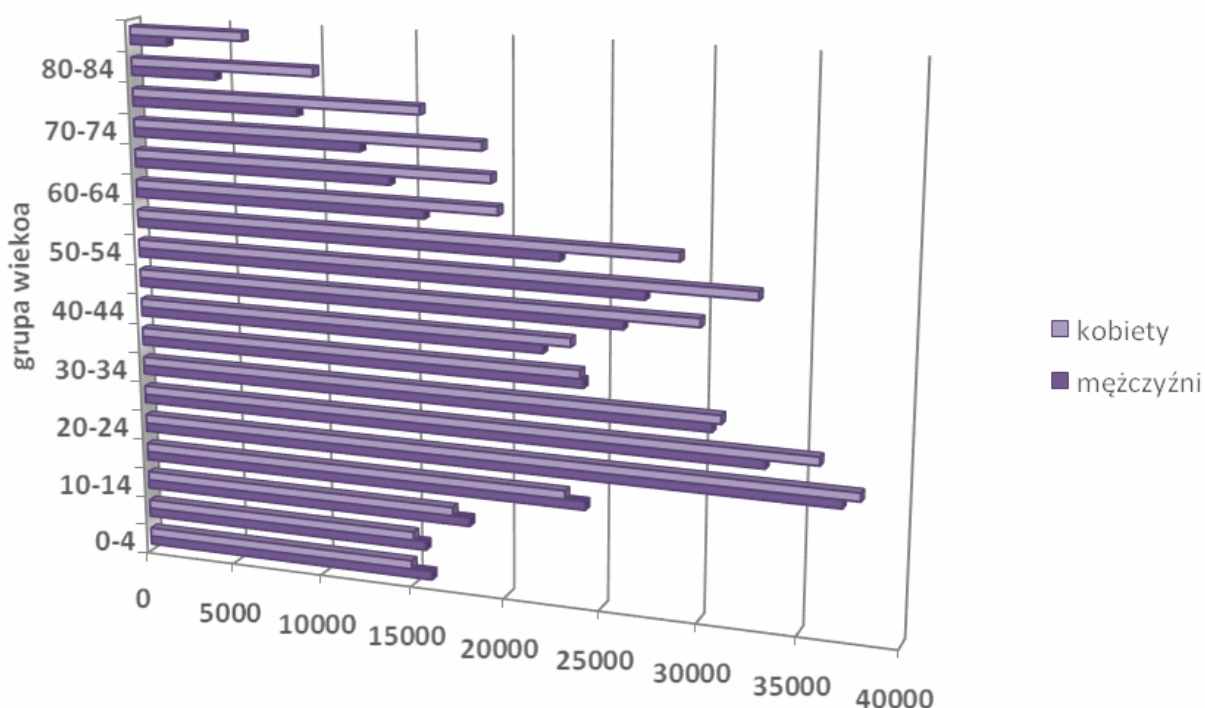
Rys. I-3. **Liczba ludności w Krakowie (w tys. osób) w latach 2000-2002 roku i prognoza do 2030 roku**



2. Struktura ludności

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

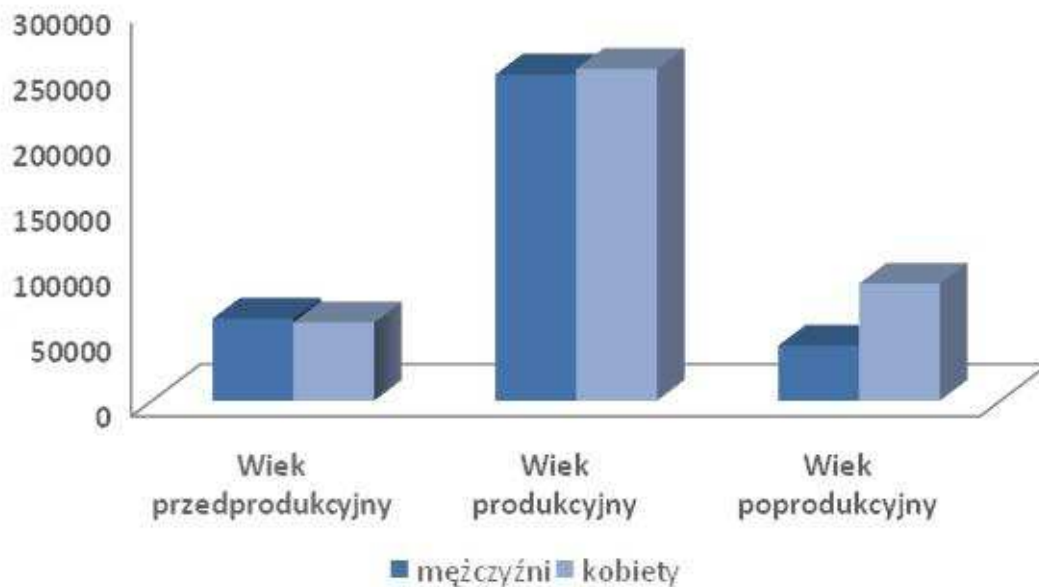
Rys. I-4. **Struktura wiekowa populacji Krakowa w 5-letnich przedziałach, 2005 rok, liczba osób**



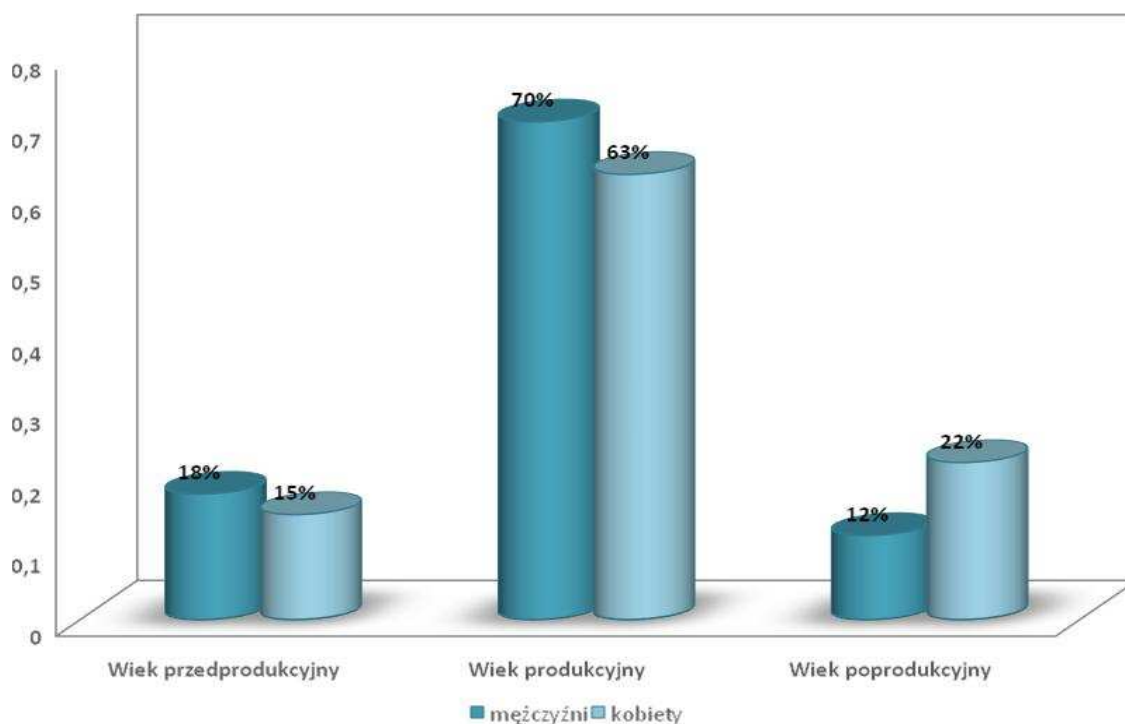
Rys. I-5. ***Struktura wiekowa populacji Krakowa, procent osób danej płci w 5 letnich przedziałach wiekowych, 2005 rok***

Zmniejszający się przyrost naturalny i wzrost długości życia zmienia strukturę wiekową populacji, spada także odsetek osób w wieku produkcyjnym. Niższy odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym pośrednio świadczy o niższym przyroście naturalnym w minionych latach, co w przyszłości będzie skutkować mniej korzystniejszym stosunkiem liczby osób pracujących do osób w wieku poprodukcyjnym (obarczonych m.in. wyższym ryzykiem zachorowania na choroby przewlekłe). Struktura wiekowa mieszkańców w podziale na grupy produkcyjne zobrazowana jest na Rys. I-6 - I-7. W wieku poprodukcyjnym jest niemal połowę mniej mężczyzn niż kobiet (wiąże się to także z wyższym dla mężczyzn wiekiem emerytalnym). W wieku przedprodukcyjnym jest 18% mężczyzn i 15% kobiet, a w wieku poprodukcyjnym 12% mężczyzn i 22% kobiet. Łącznie dla obu płci pomiędzy rokiem 1980, a 2005 nastąpiło wyraźne zwiększenie się odsetka osób starszych z 11,4% do 17,5% oraz spadek odsetka osób młodych z 23,4% do 16,2% (Rys. I-8).

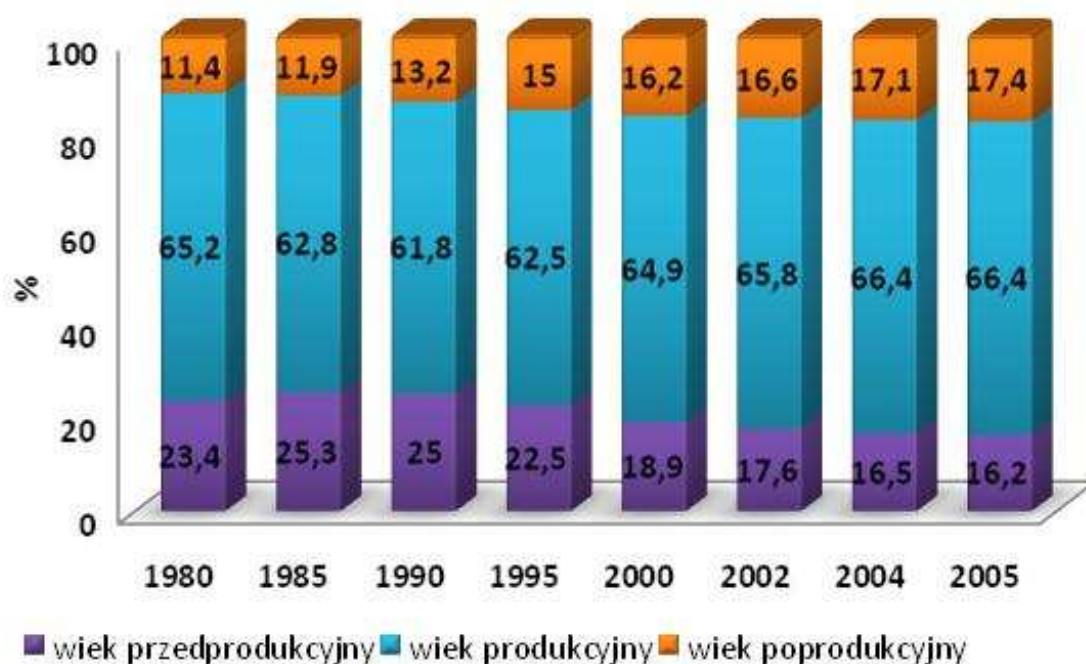
Rys. I-6. **Liczba mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie**



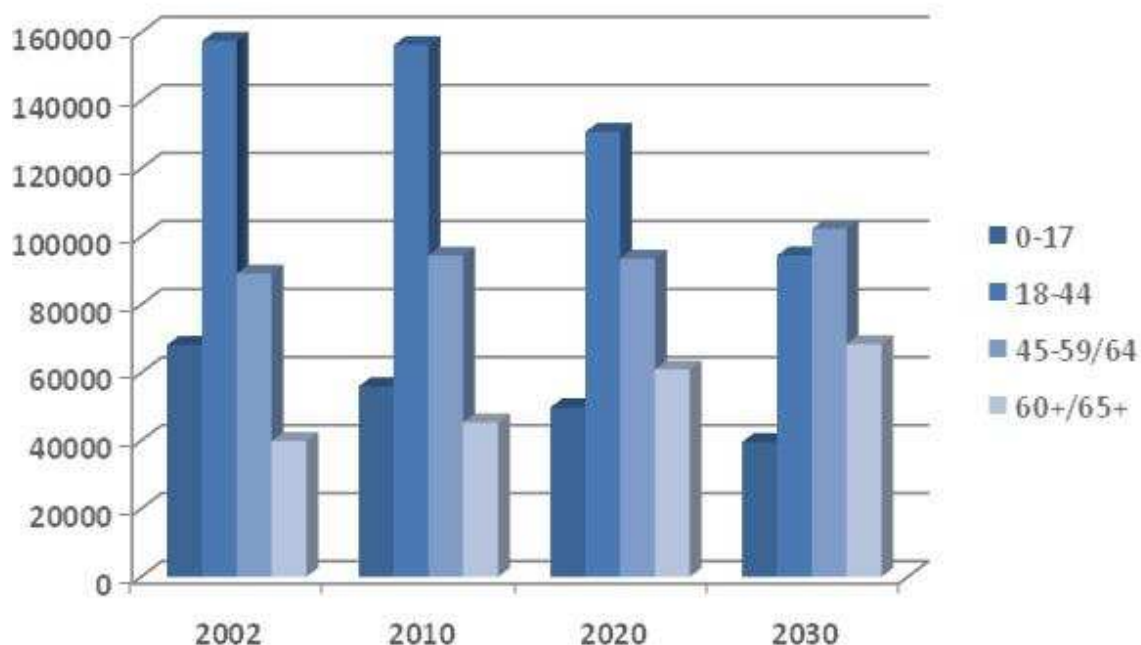
Rys. I-7. **Odsetek mężczyzn i kobiet w okresie przed-, po- oraz produkcyjnym w Krakowie**



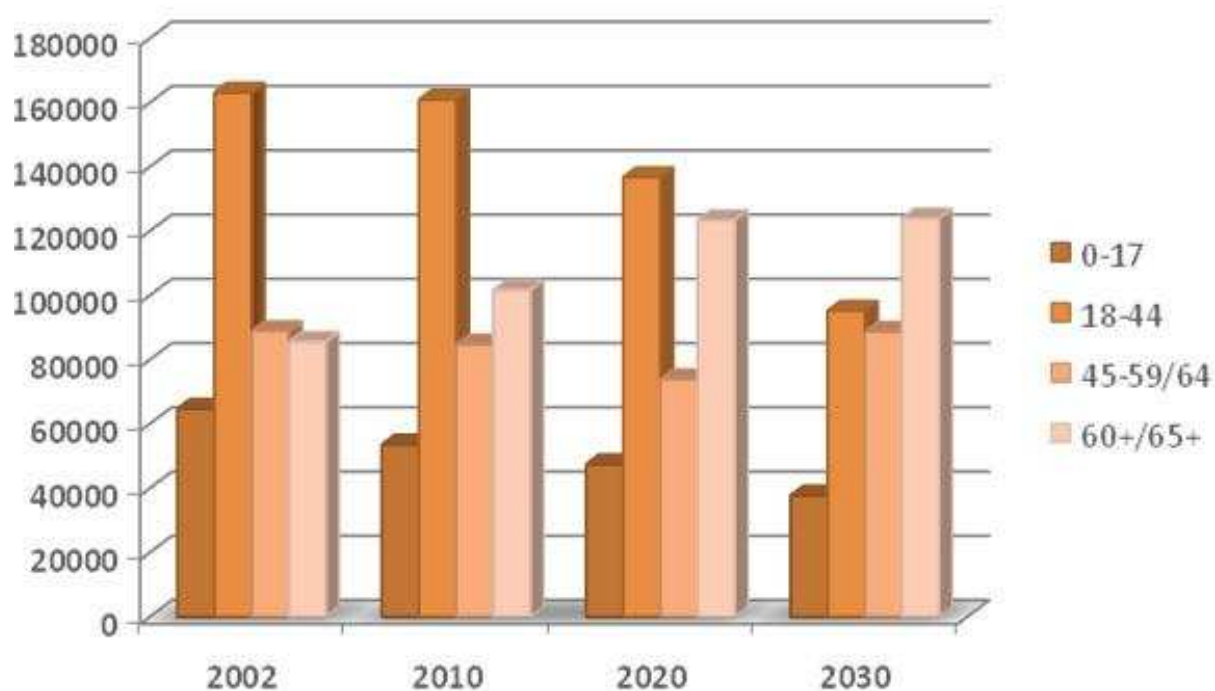
Rys. I-8. **Zmiana procentowego udziału liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 1980-2005 w Krakowie**



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



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



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

3. Oczekiwana długość życia

Oczekiwana długość życia² noworodka w Krakowie w roku 2004 była wyższa od średniej ogólnopolskiej i wynosiła dla chłopców 73,3 lat (w woj. małopolskim – 72,02, średnia ogólnopolska – 70,67) a dziewczynek 80,3 (w woj. małopolskim – 80,29, średnia ogólnopolska 79,23). Były to wartości jedne z najwyższych w Polsce, jednak niższe niż w Unii Europejskiej (dla chłopców – 75,5 lat, dla dziewczynek – 81,7 lat – rok 2000). Dla mężczyzn w wieku 60 lat oczekiwana długość życia wynosiła 18,8, a dla kobiety 22,9 lat. Jest to więcej dla mężczyzn o ok. 1 rok niż średnia wojewódzka i 1,5 roku niż średnia w Polsce, natomiast u kobiet wartości są zbliżone. Zarówno u mężczyzn jak i u kobiet oczekiwana długość życia w wieku 60 lat jest znacznie poniżej średnich w Unii Europejskiej (Tab. I-2).

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

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

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

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

4. Umieralność niemowląt³

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

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

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

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

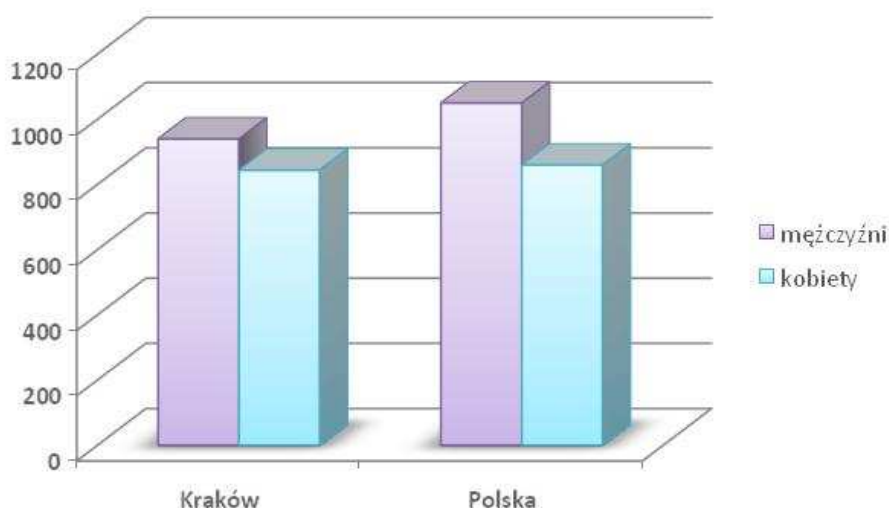
5. Umieralność

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

Współczynnik zgonów ze wszystkich przyczyn (współczynnik umieralności ogólnej) w Krakowie wynosił w roku 2004 889/100 000 i był niższy od średnich ogólnopolskich (950/100 000). Surowy współczynnik zgonów przedstawia liczbę zgonów w stosunku do liczby ludności. Zróżnicowanie jego wysokości pomiędzy województwami i powiatami wynika nie tylko z różnicy w stanie zdrowia, ale również innych cech, które wpływają na zgon, np. struktury wiekowej i struktury płci w danej populacji. W warunkach polskich istnieje znaczna różnica pomiędzy współczynnikami umieralności pomiędzy mężczyznami i kobietami, stąd też konieczność ich analizowania w podziale na płeć.

Współczynnik umieralności ogólnej u mężczyzn w Krakowie wynosił w roku 2004 940/100 000 i był niższy niż średnio w Polsce (1050/100 000). U kobiet współczynnik umieralności wynosił 844/100 000 w Krakowie i był również nieco niższy od średnich ogólnopolskich (860/100 000) (Rys I-11).

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



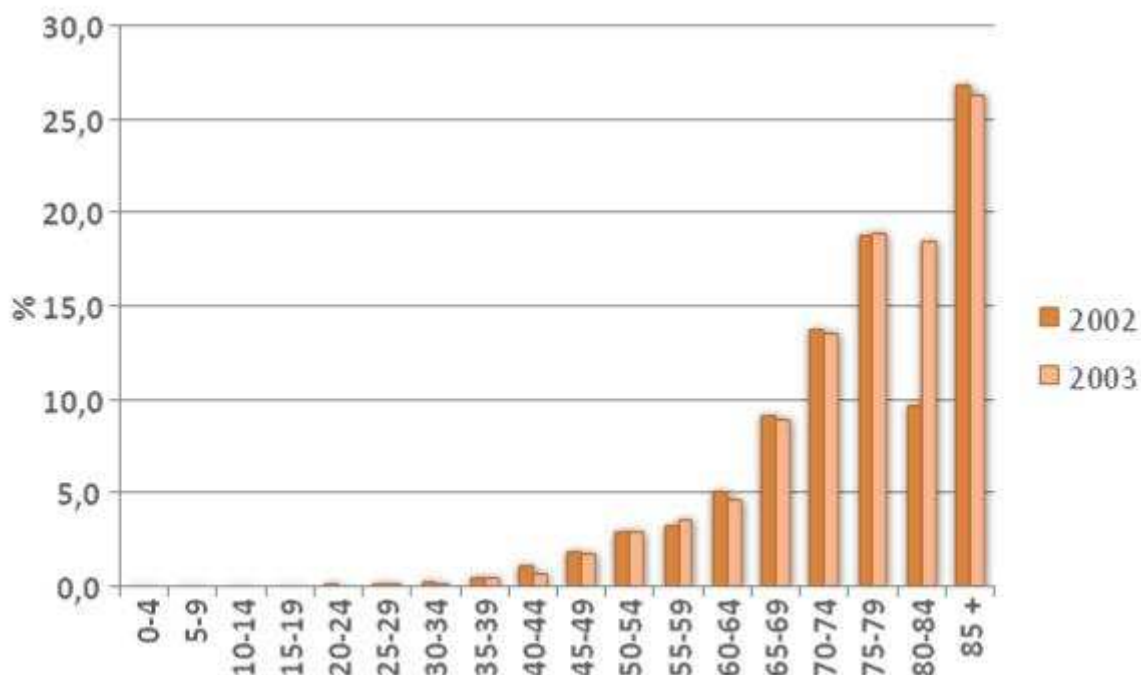
Sposób przedstawienia współczynnika umieralności w postaci surowego wskaźnika zgonów przedstawia obraz wymagań co do zapewnienia usług zdrowotnych w określonej liczbie, przy założeniu, że różnice we współczynnikach zgonów oddają we właściwy sposób różnice w chorobowości na odpowiadające im przyczyny.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

Rozkład zgonów wg wieku

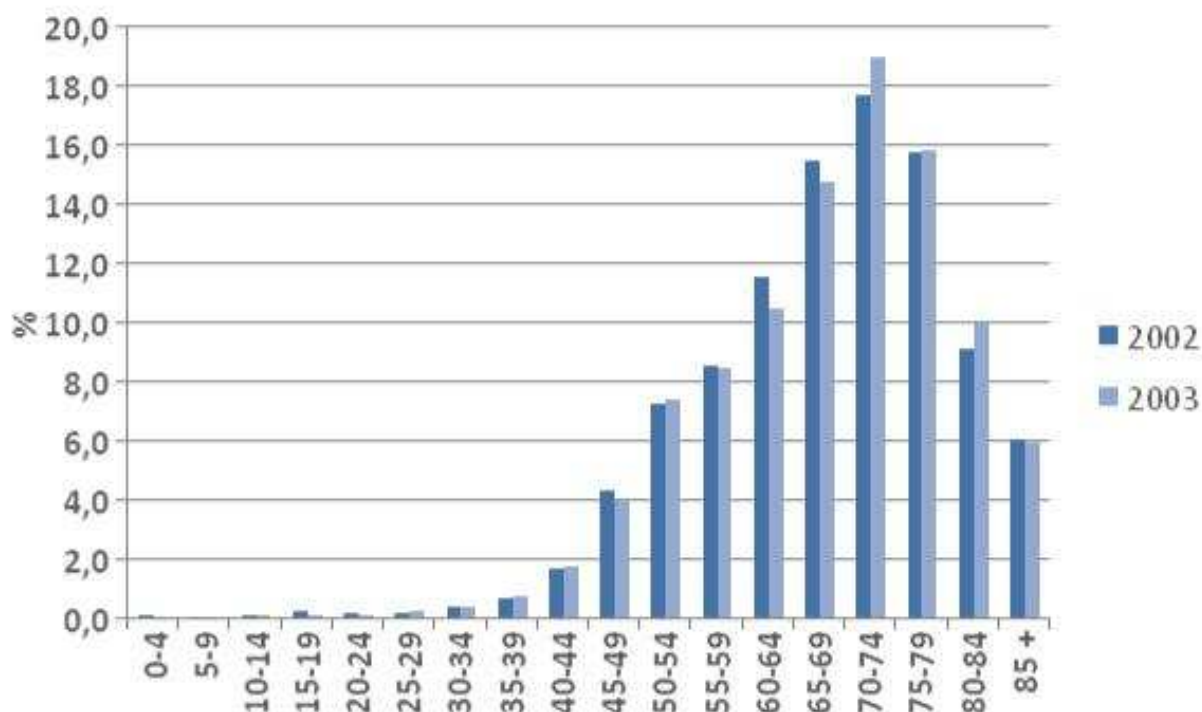
Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest najwyższa w grupach wiekowych powyżej 75 roku życia i była podobna w roku 2002 i 2003. Najwyższe wartości współczynnika zgonu z powodu nowotworów złośliwych występują w grupie wieku 60-79 lat. W roku 2003 wartość tego wskaźnika uległa nieznacznemu obniżeniu w porównaniu z rokiem 2002, choć należy obserwować dłuższy okres czasu, by stwierdzić czy to jest trwała zmiana. Z kolei umieralność z powodu chorób układu oddechowego ma najwyższe wartości dla grup wieku powyżej 70 roku życia (Rys I-12, 13, 14).

⁴ *Współczynnik umieralności to liczba zgonów w stosunku do liczby mieszkańców. Standaryzacja do wieku polega na przeliczeniu współczynnika dla struktury wiekowej populacji standardowej. Pozwala to na wykluczenie przy porównaniach*

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

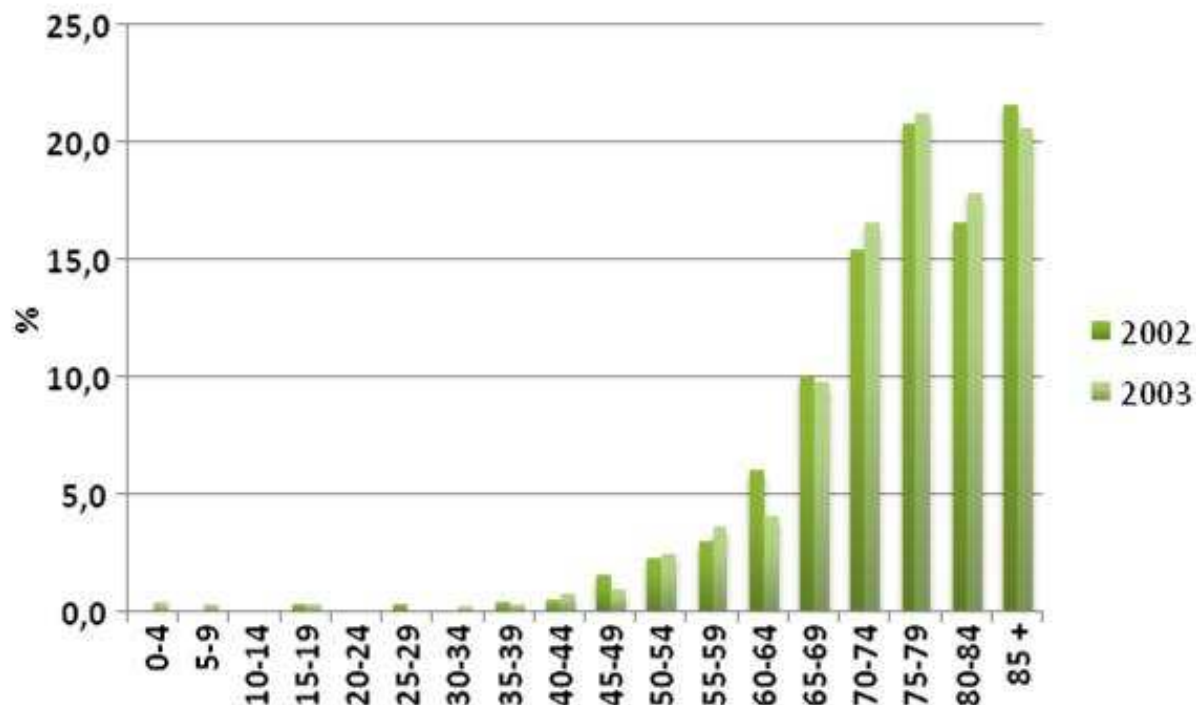


Rys. I-13. **Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych w grupach wiekowych w latach 2002-2003**



współczynników między populacjami różnic w umieralności wynikających z odmiennych struktur wiekowych. Standaryzacji dokonano w oparciu o standardową strukturę populacji europejskiej

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



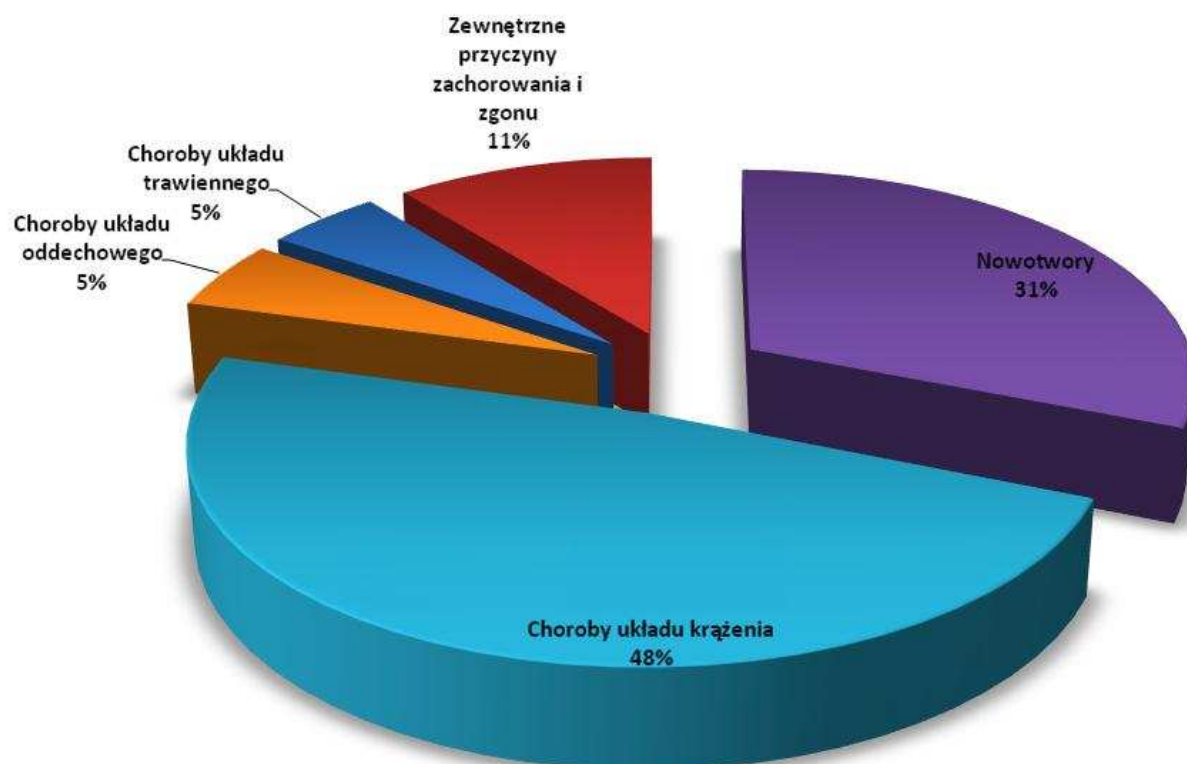
Struktura zgonów wg przyczyn

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

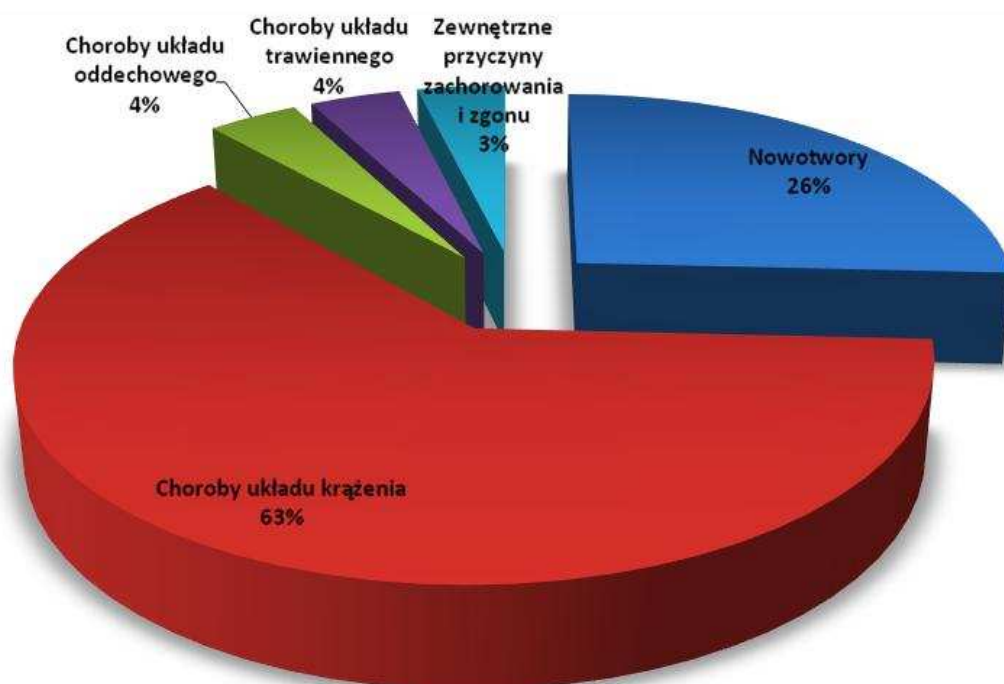
Najczęstszą przyczyną zgonów w Krakowie były choroby układu krążenia, które stanowiły 48% u mężczyzn i 63% u kobiet. Drugą kolejną przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe, odpowiednio 31% u mężczyzn i 26% u kobiet. Na trzecim miejscu znajdują się zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc – 11% u mężczyzn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

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

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



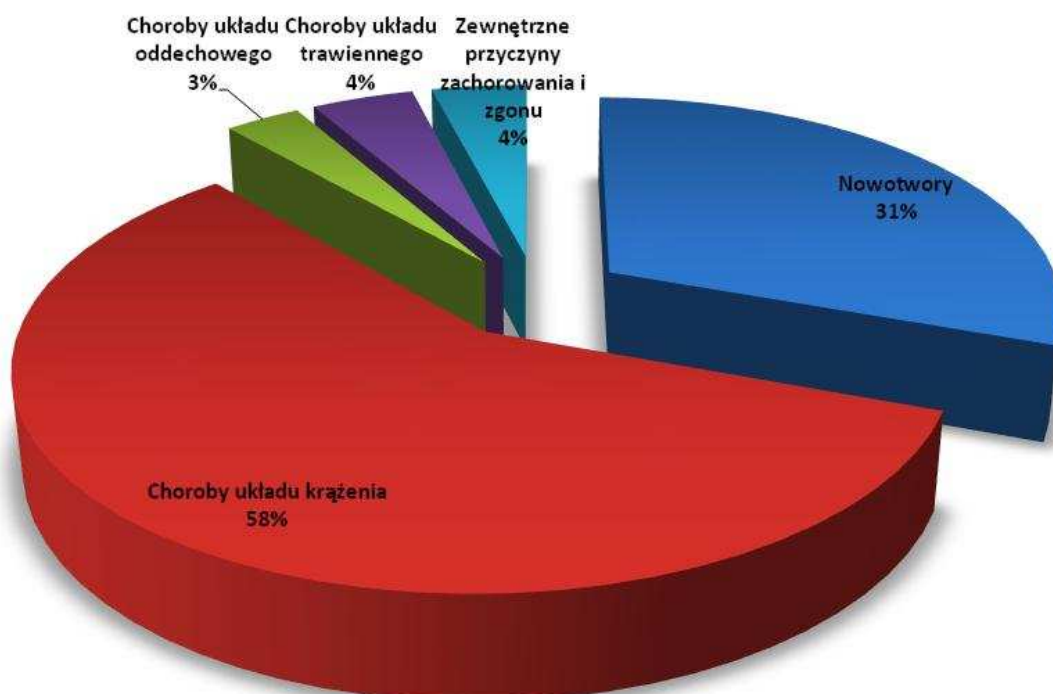
Rys. I-16. **Struktura zgonów w Krakowie (kobiety) 2004 rok**



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



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

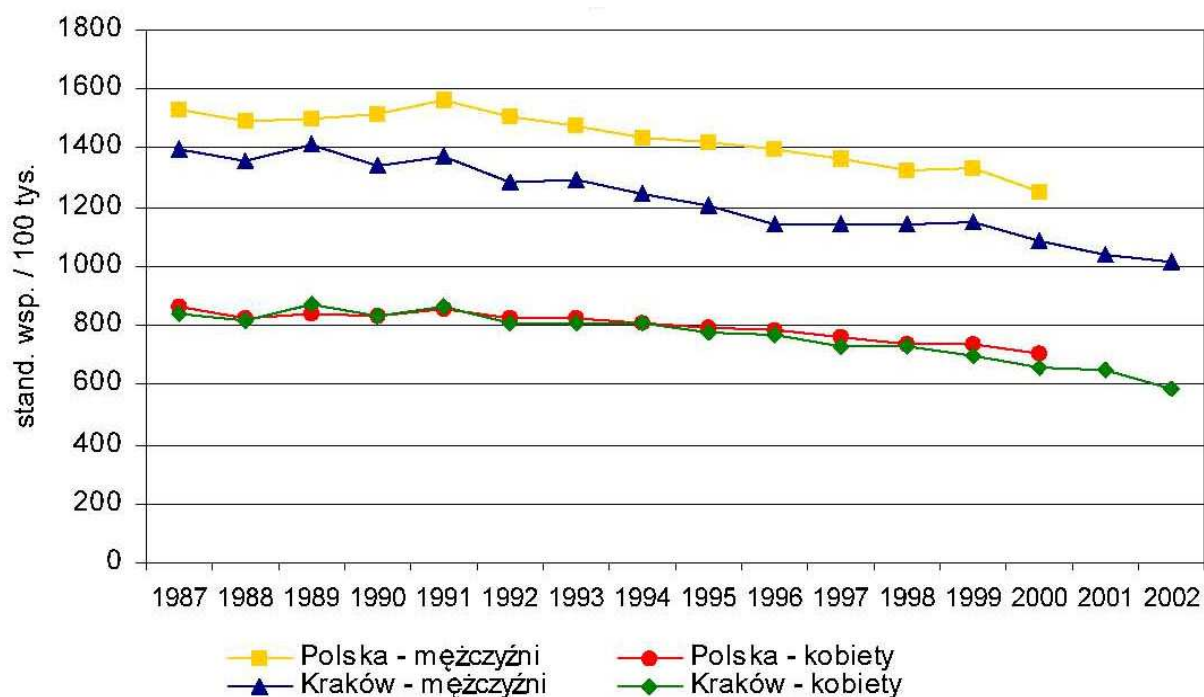


Tab. I-4. **Przyczyny zgonu w roku 2004 – liczba i udział w strukturze zgonów (obie płcie łącznie)**

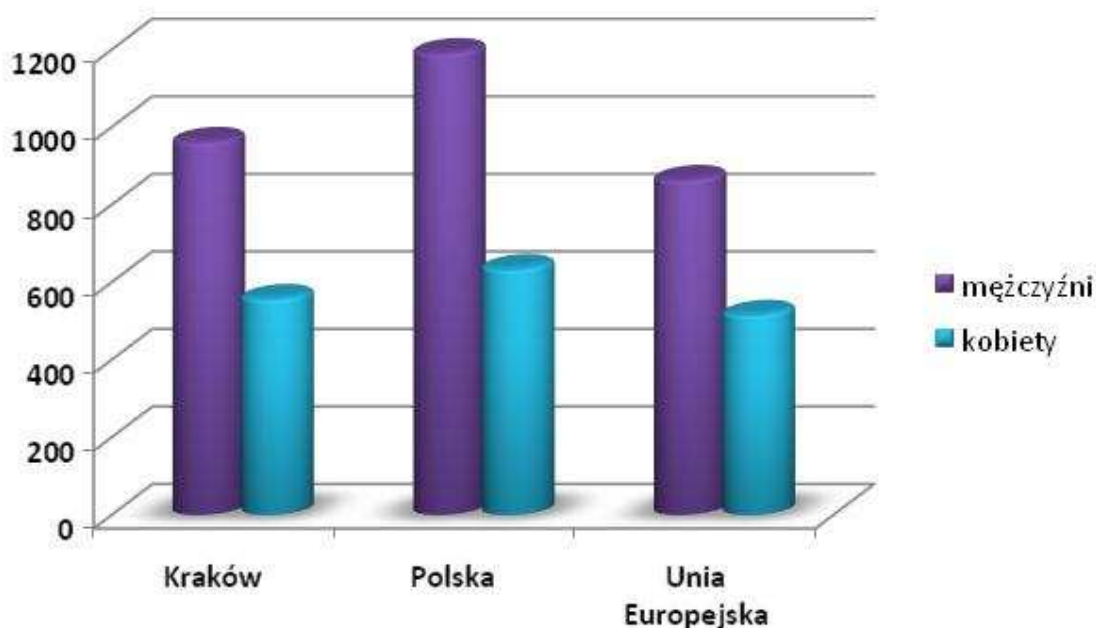
Wszystkie przyczyny		6 839	100,0%
Choroby zakaźne i pasożytnicze	A00.0-B99	47	0,7%
Nowotwory	C00.0-D48.9	1945	28,4%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	D50.0-D89.9	11	0,2%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	E00.0-E90	90	1,3%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	F00.0-F99	2	0,0%
Choroby układu nerwowego	G00.0-G99.8	97	1,4%
Choroby oka i przydatków oka	H00.0-H59.8	0	0,0%
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	H60.0-H95.9	0	0,0%
Choroby układu krążenia	I00-I99	3 270	47,8%
Choroby układu oddechowego	J00-J99.8	236	3,5%
Choroby układu trawiennego	K00.0-K93.8	274	4,0%
Choroby skóry i tkanki podskórnej	L00-L99.8	2	0,0%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	M00.0-M99.9	15	0,2%
Choroby układu moczowo-płciowego	N00.0-N99.9	65	1,0%
Ciąża, poród i połóg	O00.0-O99.8	0	0,0%
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00.0-P96.9	10	0,1%
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	Q00.0-Q99.9	22	0,3%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane	R00.0-R99	351	5,1%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	V01.0-Y98	402	5,9%

Wartości współczynników umieralności ogólnej w Krakowie są niższe niż ogólnopolskie, szczególnie u mężczyzn, choć wyższe niż średnie dla Unii Europejskiej. Standaryzowany współczynnik umieralności ogólnej mężczyzn wynosił w roku 2004 w Krakowie 963/100 000 i był znacznie niższy od średniej ogólnopolskiej (1 192/100 000) i wyższy od średniej dla Unii Europejskiej (865/100 000). Współczynnik umieralności ogólnej kobiet wynosił w Krakowie 558/100 000, podczas gdy średnia dla Polski wynosi 635/100 000, a średnia dla Unii Europejskiej 517/100 000. Współczynnik umieralności ogólnej w Polsce obniża się ciągle od roku 1991 (podobny trend ma umieralność ogólna w Krakowie) i wydaje się, że jest on stabilny. Średnie dla Unii Europejskiej są jednak w dalszym ciągu niższe (a zwłaszcza średnie w krajach Europy Zachodniej), co pokazuje, że trend ten jest możliwy do utrzymania. (Rys I-19, I-20).

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

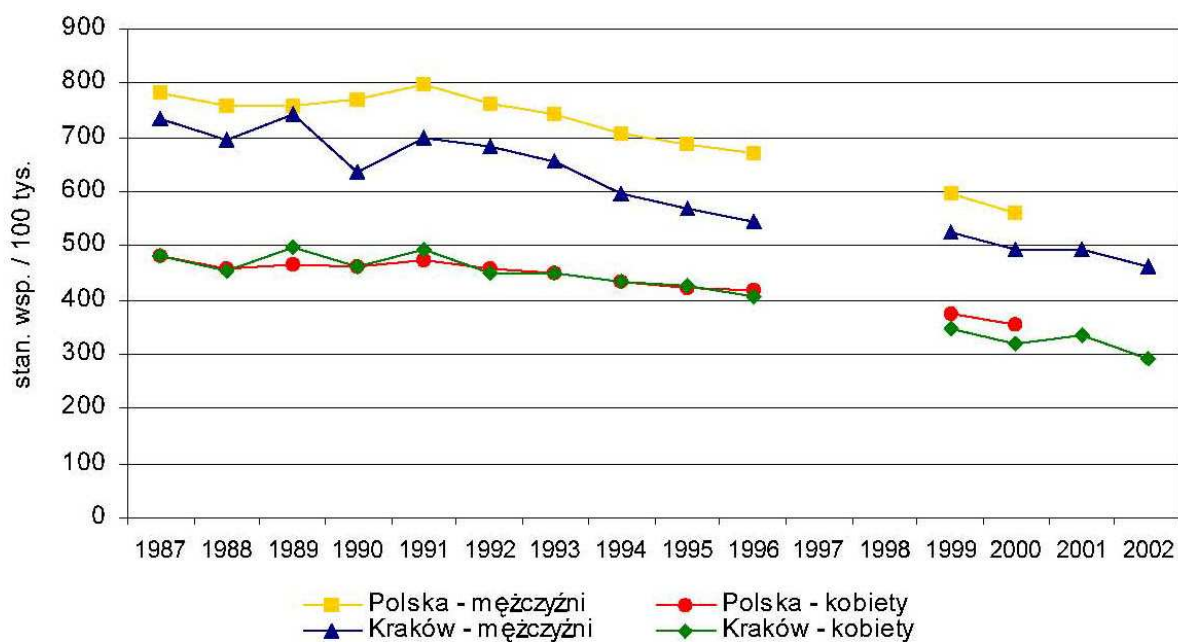


Rys. I-20. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004**

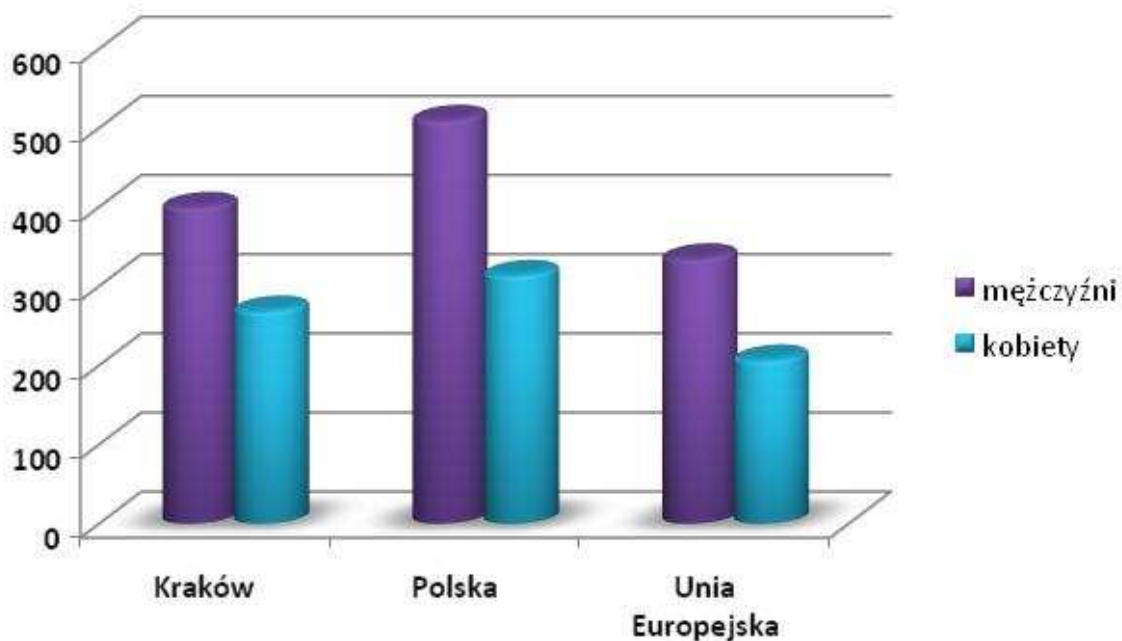


Umieralność z powodu głównej co do wielkości przyczyny, chorób układu krążenia była w 2004 roku u mężczyzn i u kobiet w Krakowie na niższym poziomie (u mężczyzn wynosiła 400/100 000, a u kobiet 269/100 000) jak średnio w Polsce (u mężczyzn wynosiła 510/100 000 a u kobiet 314/100 000). Współczynniki te były wyższe od średniej w Unii Europejskiej (u mężczyzn 320/100 000 a u kobiet 207/100 000) (rys I-22, I-23). Współczynniki umieralności ogólnej, o czym wspomniano wcześniej, obniżają się głównie dzięki trwałemu trendowi spadkowemu umieralności z powodu chorób układu krążenia. Zjawisko to obserwujemy u obu płci. Podobnie jak w przypadku umieralności ogólnej, różnica pomiędzy średnią ogólnopolską a wartościami umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie jest większa u mężczyzn niż u kobiet.

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

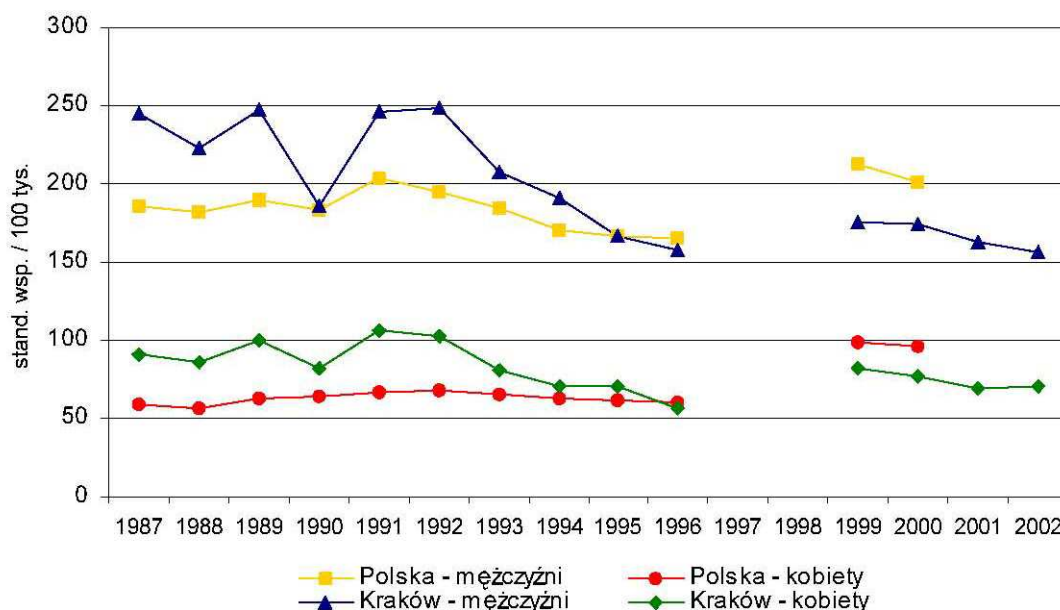


Rys. I-22. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004**

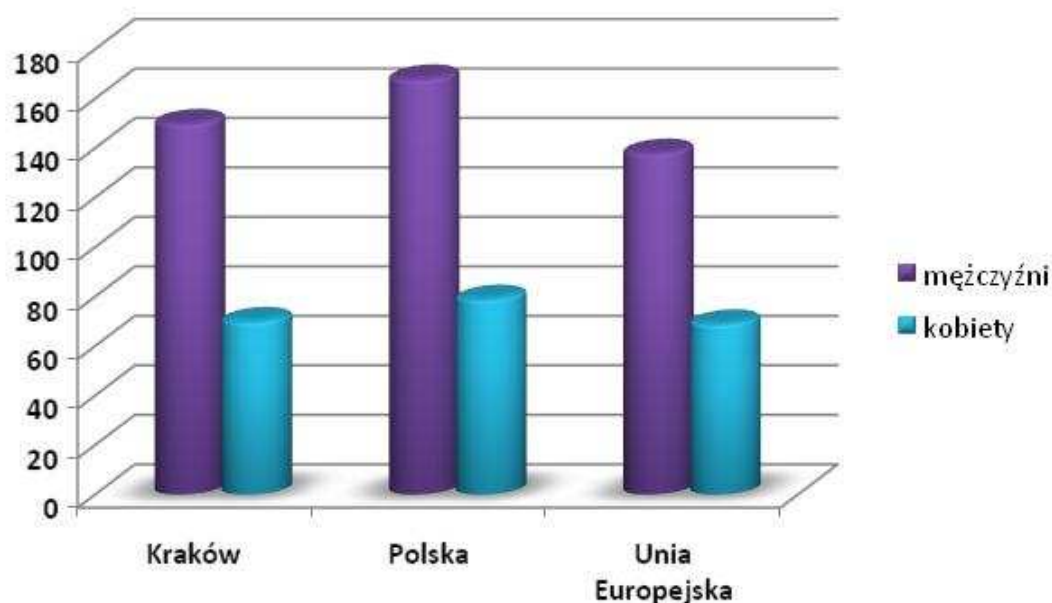


Część współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia stanowi umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca (w tym zawału serca) oraz chorób naczyń mózgowych (w tym udaru mózgu). Współczynniki zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca były w Krakowie niższe od ogólnopolskich i wyższe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

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

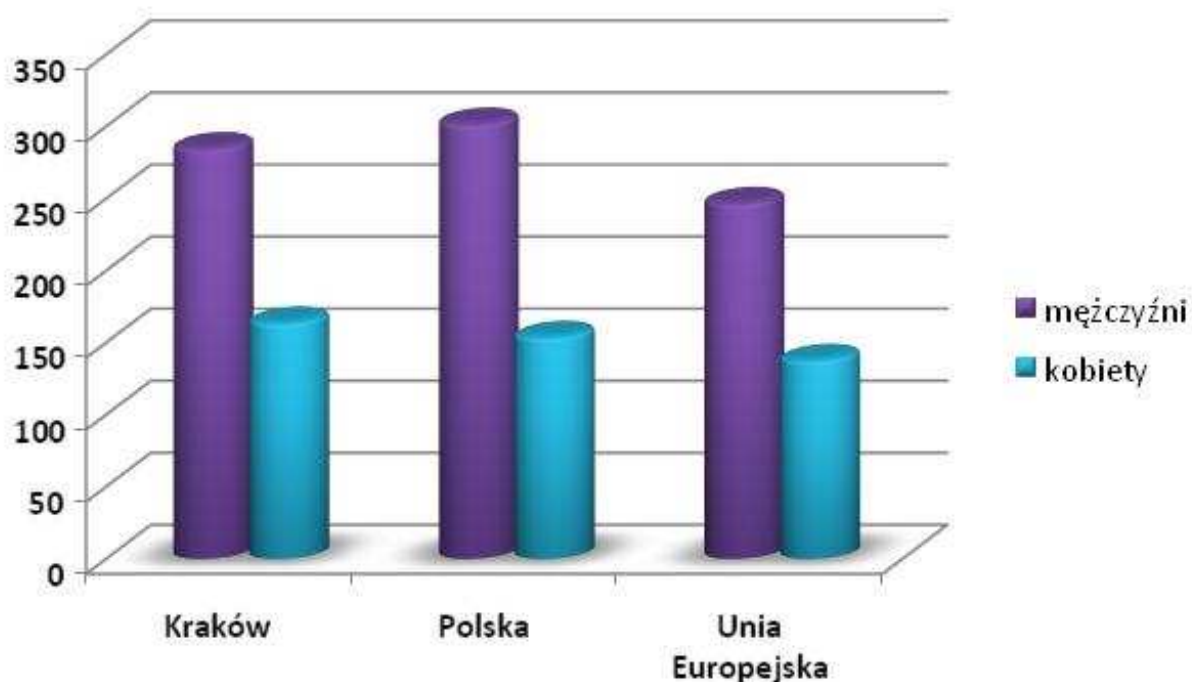


Rys. I-24. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni 2004**



Umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem oraz ich najczęstszych rodzajów przedstawiono na rysunkach od I-25 do I-28. W Krakowie u mężczyzn współczynnik ten był niższy od ogólnopolskich i wynosił dla mężczyzn 285/100 000 w Krakowie (302/100 000 w Polsce). U kobiet w Krakowie współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych był wyższy od danych ogólnopolskich i wynosił 164/100 000 w Krakowie (154/100 000 w Polsce). Współczynniki były znacznie wyższe od średnich w Unii Europejskiej (247/100 000 u mężczyzn oraz 138/100 000 u kobiet). W 2002 roku zgony z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc stanowiły u mężczyzn 5,7% wszystkich zgonów, a u kobiet 6,1%. Zgony z powodu nowotworu złośliwego okrężnicy, prostaty i odbytu 3,2% u mężczyzn i 3,2% u kobiet, zgony z powodu nowotworu złośliwego piersi 3,5% u kobiet, nowotworu złośliwego żołądka 2,5% u mężczyzn i 1,0% u kobiet, nowotworu złośliwego trzustki 1,1% u mężczyzn i 1,7% u kobiet, nowotworu złośliwego prostaty 2,0% u mężczyzn. Zgony z powodu nowotworu złośliwego jajnika u kobiet stanowiły 1,9% zgonów ogółem, a nowotworu złośliwego macicy 1,0% wszystkich zgonów.

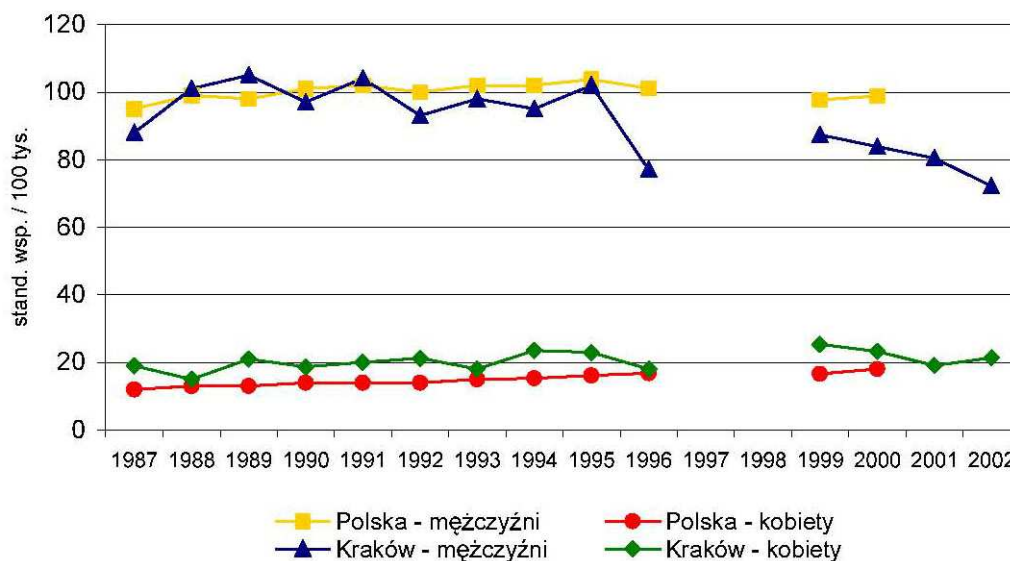
Rys. I-25. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych w Krakowie, średnio w Polsce i w Unii Europejskiej, kobiety i mężczyźni, 2004 rok**



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

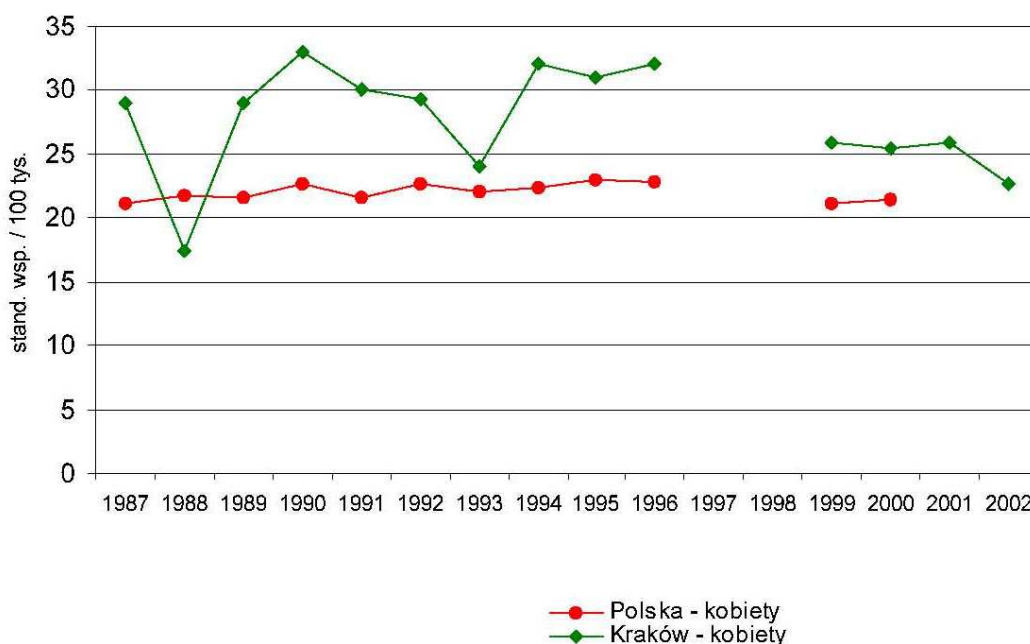
Umieralność z powodu nowotworów płuca była w Krakowie u mężczyzn niższa od średniej ogólnopolskiej, a u kobiet wyższa. W Krakowie obserwuje się w ostatnich latach spadek umieralności z tego powodu u mężczyzn (Rys. I-26).

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

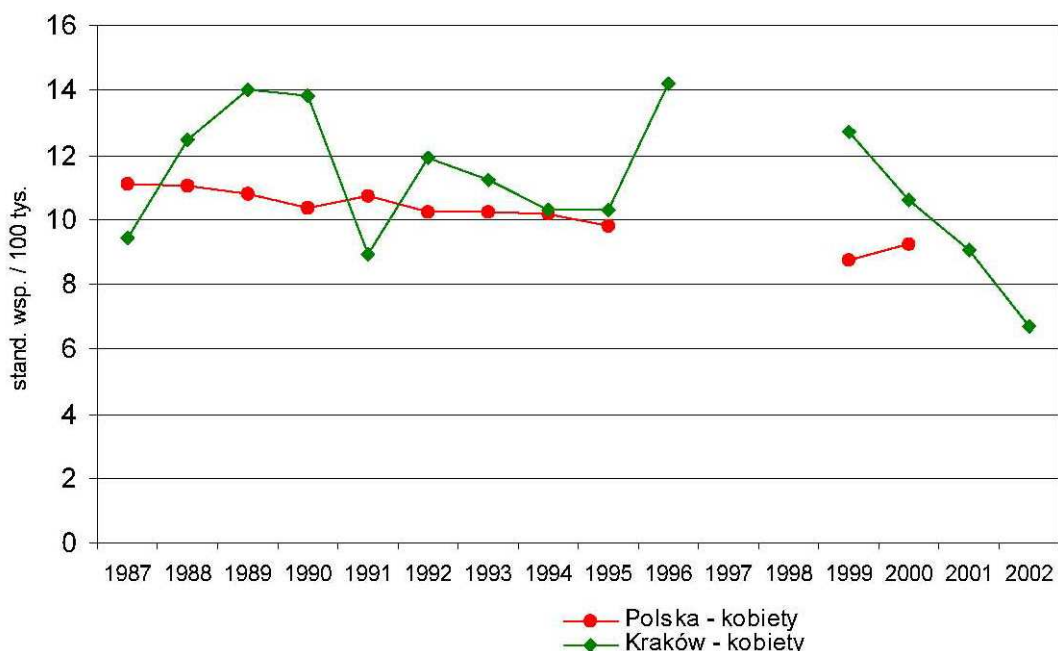


Wartości współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi były u kobiet w Krakowie podobne do danych ogólnopolskich (21/100 000). Wartości te w Unii Europejskiej wynosiły 27/100 000 (rys I-27). Wyższe wartości od danych ogólnopolskich (8,7/100 000) miała w Krakowie umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy. Umieralność z tego powodu była wyższa od średnich w Unii Europejskiej (2,6/100 000), co odzwierciedla ogromny zakres możliwej interwencji (Rys I-28).

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



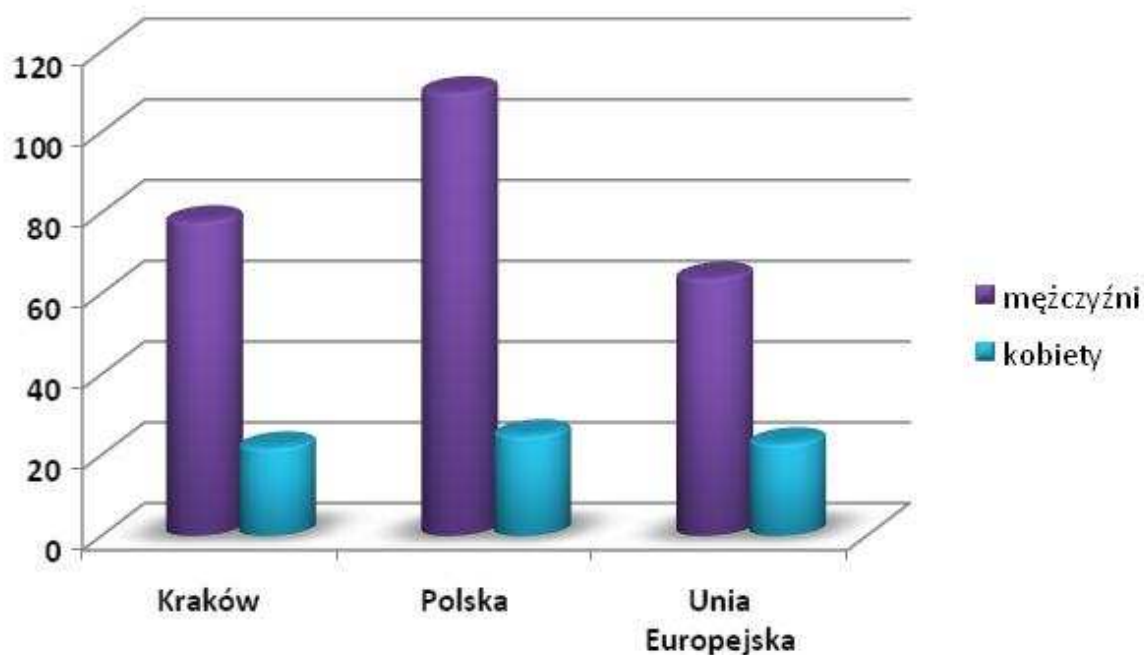
Rys I 28. **Standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy, w Krakowie i średnio w Polsce, kobiety**



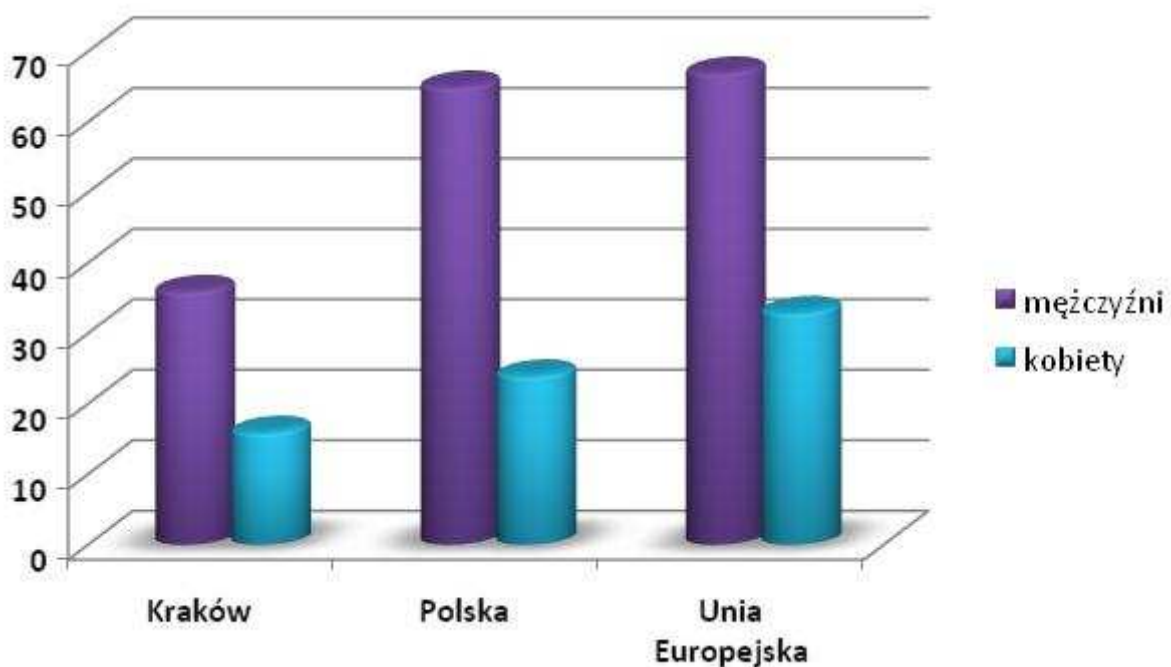
Trzecią główną przyczyną zgonu były zewnętrzne przyczyny zgonu, wśród nich urazy i zatrucia, zabójstwa, samobójstwa i wypadki komunikacyjne (Rys. I-29 – I-30). Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych u mężczyzn (w Krakowie - 78/100 000) była niższa od średniej ogólnopolskiej (101/100 000). U kobiet umieralność z tego powodu ma niemal 4-krotnie niższe wartości niż u mężczyzn (22/100 000 w Krakowie) i jest na poziomie średniej dla Polski (25/100 000). Umieralność z przyczyn zewnętrznych jest w Krakowie wyższa od danych dla Unii Europejskiej (64/100 000 u mężczyzn i 23/100 000 u kobiet). W 2002 roku zgony z powodu wypadków komunikacyjnych stanowiły u mężczyzn 1,5%, a u kobiet 0,6% wszystkich zgonów, zgony z powodu zamierzonego samookaleczenia 2,4% u mężczyzn i 0,9% u kobiet, upadków 1,8% u mężczyzn i 1,5% u kobiet, a zgony z powodu wypadkowego zatrucia i narażenia na działanie substancji szkodliwych 1,5% zgonów u mężczyzn i 0,6% zgonów u kobiet.

Umieralność z powodu chorób układu oddechowego była w 2004 roku w Krakowie u mężczyzn niższa niż średnio w Polsce i niższa niż w Unii Europejskiej, i wynosiła u mężczyzn 36,4/100 000 oraz u kobiet 16,2/100 000 (średnia dla Polski u mężczyzn 65/100 000 oraz u kobiet 24/100 000, średnia w Unii Europejskiej u mężczyzn 68/100 000 oraz u kobiet 33/100 000).

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



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



6. Zachorowalność i chorobowość

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

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

W Krakowie współczynnik zapadalności na choroby zakaźne był niższy od średnich w Polsce. Współczynniki zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby wynosił w 2004 roku 17,42 i miał tendencję wzrostową. Zapadalność na wzv typu B wynosiła w Krakowie 6,6/100 000 ludności i podlegała niewielkiemu wzrostowi, natomiast zapadalność na wzv typu C osiągała bardzo wysokie wartości (11,75/100 000 w 2003 roku i 10,55 w 2004 roku) (tab. I-4). Pełną tabelę zapadalności na choroby zakaźne przedstawiono w załączniku nr 7 w aneksie do niniejszego raportu.

Ostatnie dane o zapadalności na nowotwory złośliwe udostępnione przez Pracownię Epidemiologii Centrum Onkologii pochodzą z 2003 roku i dotyczą Krakowa łącznie z powiatem krakowskim ziemskim. Zapadalność na nowotwory złośliwe była w Krakowie i powiecie krakowskim w 2003 roku wyższa niż w województwie małopolskim i wynosiła 381,8/100 000 (woj. małopolskie 305,1/100 000). Dane o strukturze zachorowań pochodzą z 2002 roku. Najwięcej zachorowań u kobiet dotyczyło kości, tkanek miękkich, skóry i sutka (35%), narządów moczowo-płciowych (23,1%) i układu trawiennego i otrzewnej (21,4%). Rzadsze zachorowania u kobiet dotyczyły układu oddechowego i narządów klatki piersiowej (8,5%), tkanek limfatycznych i krwiotwórczych (5,2%) oraz wargi i jamy ustnej (0,7%). U mężczyzn najwięcej zachorowań objęło układ oddechowy i narządy klatki piersiowej (28,4%), narządy moczowo-płciowe (18,9%), układ trawienny i otrzewną (26,4%), kości, tkanki miękkie, skórę i sutki (11,9%).

W roku 2004 zgłoszono 10 272 zachorowania na choroby zakaźne i zatrucia związkami chemicznymi, z czego hospitalizowano 12,3% (1266 osób). Główne przyczyny zachorowań to grypa (36% wszystkich zachorowań) i ospa wietrzna (29% wszystkich zachorowań). W stosunku do 2003 roku zaobserwowano znaczny spadek zachorowań, spowodowany mniejszą liczbą zgłoszeń zachorowań na grypę. Wzrost liczby zachorowań w 2004 roku w stosunku do 2003 dotyczył świnki, ospy wietrznej, boreliozy, szkarlatyny, wzv B, krztuśca, salmonellozy, wirusowego i innego określonego zakażenia jelitowego, biegunki u dzieci do 2 roku życia, zapalenia opon mózgowych, róży, pokąsania przez zwierzęta, po których podjęto szczepienie przeciw wściekliznie, mononukleozy, grzybicy skóry, posocznicy, zapalenia płuc o etiologii zakaźnej. W Krakowie współczynnik zapadalności na choroby zakaźne był niższy od średnich w Polsce. Współczynnik zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby wynosił w 2004 roku 17,42 i miał tendencję wzrostową. Zapadalność na wzv typu B wynosiła w Krakowie 6,6/100 000 ludności i podlegała niewielkiemu wzrostowi, natomiast zapadalność na wzv typu C osiągała bardzo wysokie wartości (11,75/100 000 w 2003 roku i 10,55 w 2004 roku) (tab. I-4). Spośród 50 zachorowań na wzv typu B, 14 było powiązanych czasowo z leczeniem w zakładach opieki zdrowotnej, natomiast w przypadku wzv typ C, 9 przypadków zachorowań na 80 stwierdzonych. Współczynnik zapadalności na gruźlicę był w 2003 roku niższy niż w kilku latach poprzedzających (mimo wyższego współczynnika odnotowanego w 2002 roku w porównaniu do 2001). Zarejestrowano 93 nowe przypadki. Wskaźnik zapadalności na gruźlicę jest jednym z najniższych w Polsce. Pełną tabelę zapadalności na choroby zakaźne przedstawiono w załączniku nr 7 w aneksie do niniejszego raportu.

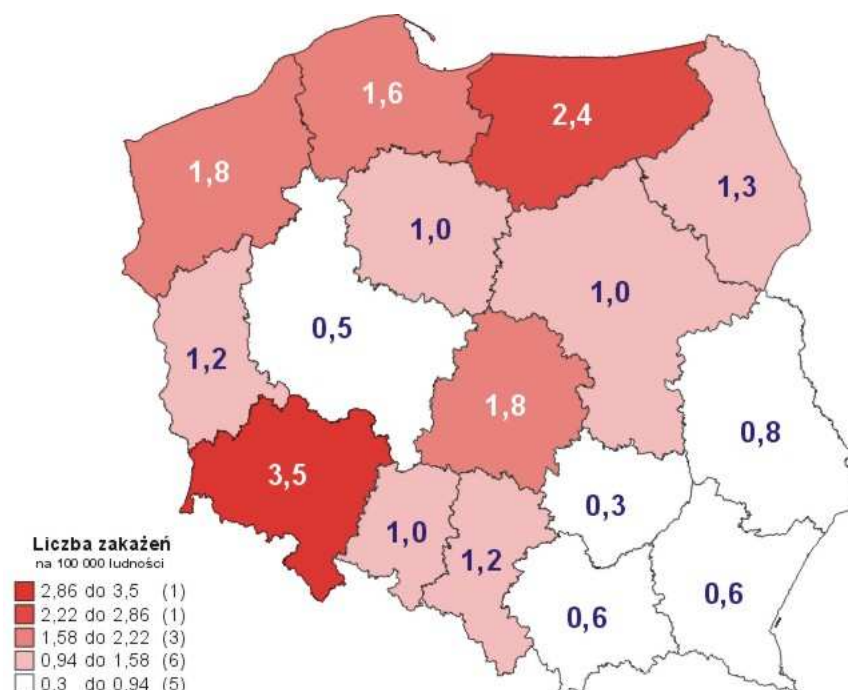
Tab. I-5. **Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w latach 2001-2004 w Krakowie**

	2001		2002		2003		2004	
	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik	liczba	współczynnik
Wirusowe zapalenie wątroby: razem	81	10.92	5178	13.40	124	16,37	132	17,42
w tym: typu A (B15)	1	0.13	738	1.91	1	0,13	1	0,13
typu B (B16; B18.0-B18.1)	40	5.39	2277	5.89	34	4,49	50	6,6
typu C (B17.1; B18.2)	36	4.85	1837	4.75	89	11,75	80	10,55
typu B+C (B16; B18.0-B18.1/B17.1; B18.2)	4	0.54	114	0.30	0	0	1	0,13
inne i nie określone (B17.0; B17.2-B17.8; B18.8 - B18.9; B19)	-	-	212	0.55	0	0	0	0
Grypa: ogółem (J10; J11)	11382	1534.97	576449	1491.80	25227	3329,48	3698	487,89
w tym: dzieci (0-14 lat)	3067	3102.40	275358	3851.44	8182	8648,13	715	787,97

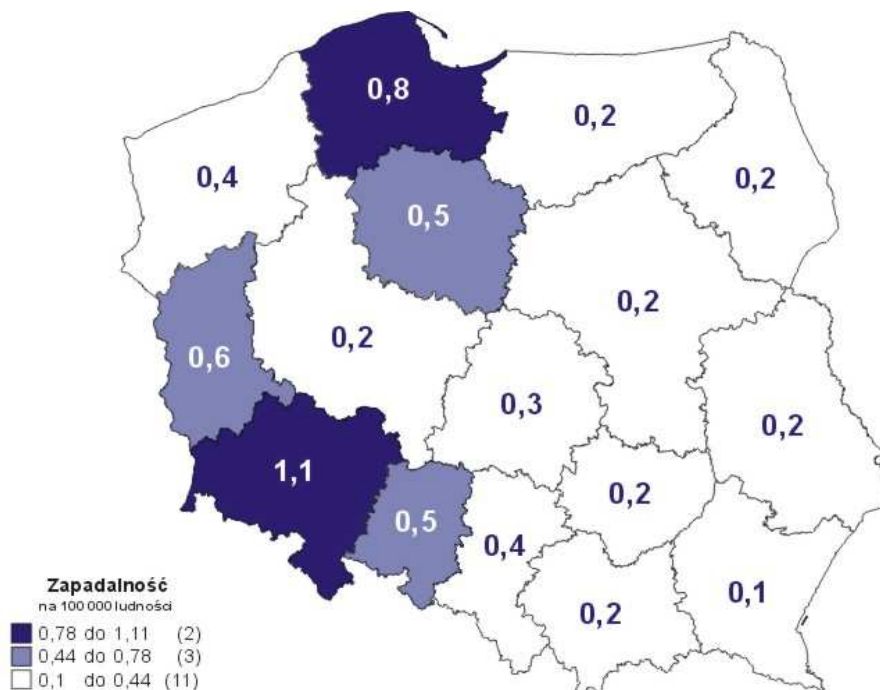
Współczynnik zapadalności na HIV i AIDS

Wskaźnik zachorowań na HIV wynosił w województwie małopolskim 0,6/100 000 ludności i był jednym z niższych w Polsce. Współczynnik zachorowań na AIDS był jeszcze niższy i wynosił 0,2/100 000 ludności, choć w zestawieniu ze współczynnikiem zachorowań na HIV wydaje się prawdopodobny trend wzrostowy. (I-31, I-32)

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



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



Podsumowanie stanu zdrowia mieszkańców Krakowa

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

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

Ważnym dla planowania opieki zdrowotnej jest wskaźnik przyrostu naturalnego i prognozy ludności z uwzględnieniem struktury wiekowej, w której dominuje obecnie ludność w wieku produkcyjnym. Zwiększająca się widocznie grupa osób po 60/64 roku życia będzie potrzebować więcej usług zdrowotnych, zatem ważne jest też prowadzenie szerokiej profilaktyki zapobiegania chorobom przewlekłym i chorobom wieku podeszłego.

1. Umieralność ogólna w Krakowie ulega stałemu obniżeniu od kilkunastu lat. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet, choć u mężczyzn mieszkających w Krakowie ten trend jest bardziej zaznaczony. Należy również podkreślić, że wartości współczynników umieralności ogólnej są niższe niż ogólnopolskie, szczególnie u mężczyzn.

2. W strukturze zgonów nadal dominują choroby układu krążenia. W porównaniu z województwem małopolskim zaobserwowano nieco więcej zgonów z powodu chorób układu krążenia u kobiet i nieco mniej zgonów z powodu nowotworów (zarówno u mężczyzn jak i kobiet).

3. Zgony z powodu chorób układu krążenia w 2004 roku stanowiły u mężczyzn 48%, u kobiet 63% wszystkich zgonów. Współczynniki umieralności z powodu chorób układu krążenia są w Krakowie niższe od średnich dla Polski, i w dalszym ciągu ulegają obniżeniu.

4. Nowotwory złośliwe były przyczyną 31% zgonów mężczyzn i 26% zgonów kobiet. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest u mężczyzn w Krakowie niższa od średnich dla Polski, natomiast dla kobiet wyższa. W porównaniu z danymi dla Unii Europejskiej umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest wyższa u obu płci. Szczególnie istotny jest wyższy w Krakowie w stosunku do danych ogólnopolskich współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych płuca u kobiet. Wskazuje to, że w przeciwieństwie do mężczyzn kobiety chętniej wchodziły w nałóg palenia papierosów. Wskaźniki umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi są w dalszym ciągu niższe od średnich dla Unii Europejskiej natomiast wyższe od danych ogólnopolskich, natomiast umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy jest wyższa od średnich unijnych. Wartości te wskazują na dalszą możliwość ich obniżania poprzez analizę możliwych przyczyn i dostępności do programów wczesnego wykrywania, a przede wszystkim zwiększania ich kompletności.

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

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

7. Niepełnosprawność

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

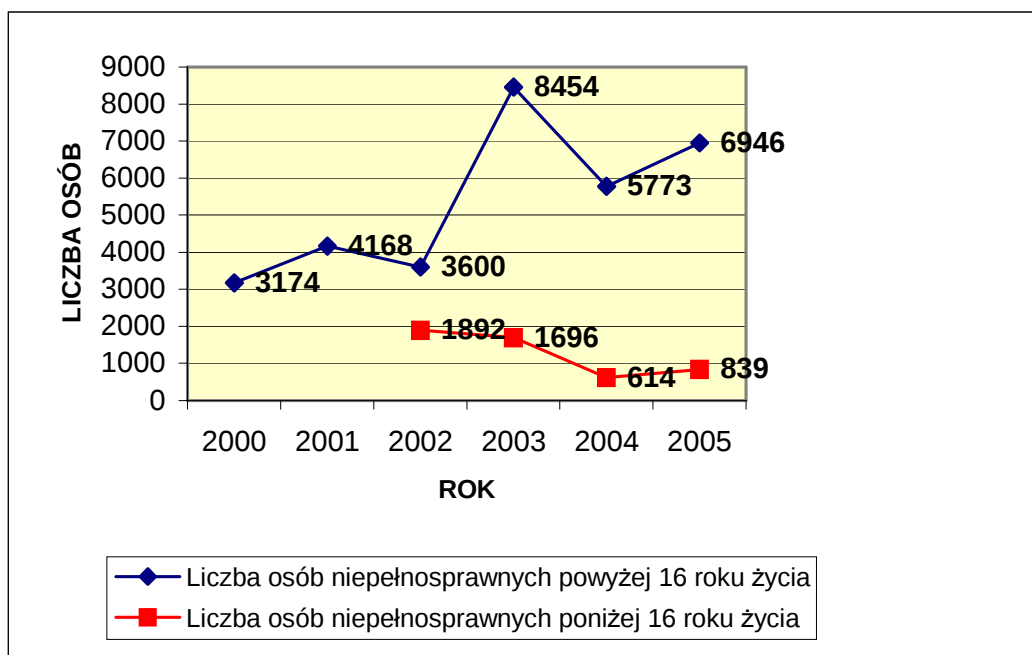
- niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
- stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia,
- wskazaniach do ulg i uprawnień osób, które posiadają orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy.

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

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

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

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



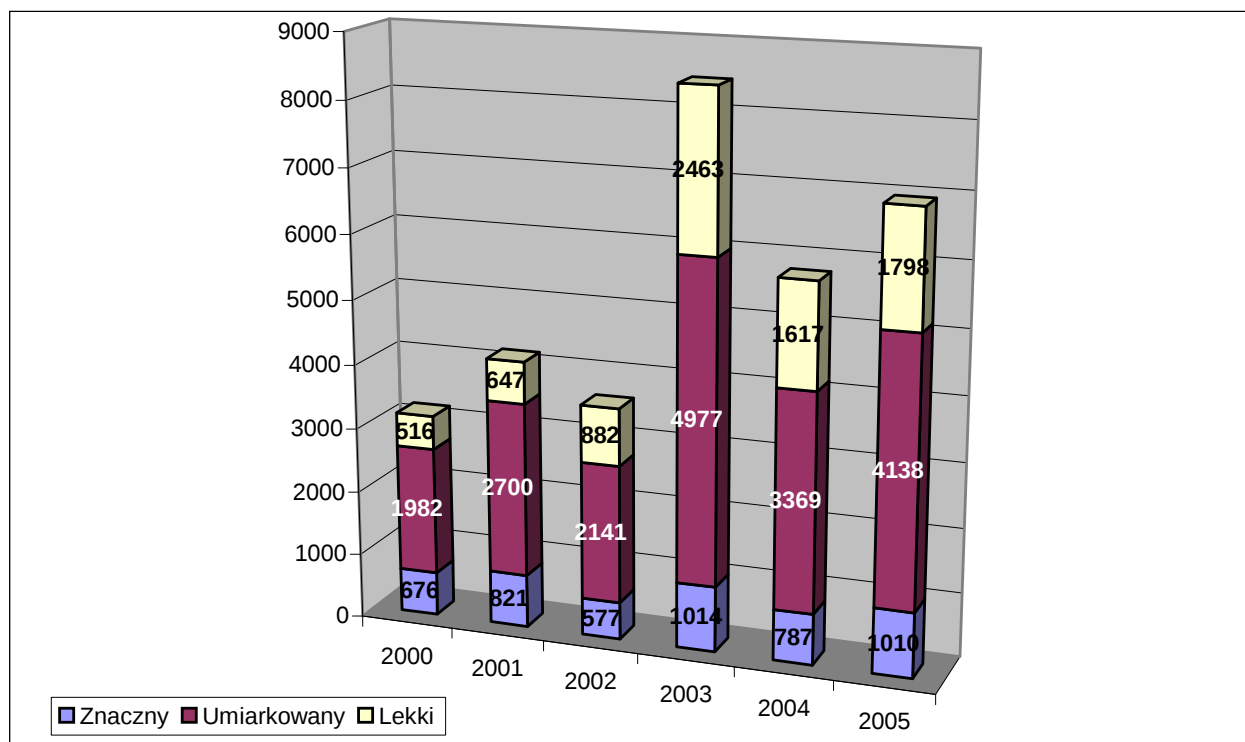
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Osoby niepełnosprawne powyżej 16 roku życia

Zgodnie z cytowanym Rozporządzeniem, osoba niepełnosprawna powyżej 16 roku życia jest kwalifikowana do jednego z trzech stopni niepełnosprawności: lekki, umiarkowany lub znaczny. Największy odsetek osób niepełnosprawnych w 2005 r. stanowiły osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (59,57% wszystkich osób niepełnosprawnych). Począwszy od 2003 r. wskaźnik liczby osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym maleje, co obrazuje rysunek nr I-34. W tej grupie osób najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były upośledzenia narządu ruchu (2 037 osób).

Załącznik nr 1 w aneksie do niniejszego opracowania zawiera szczegółowe informacje na temat liczby osób niepełnosprawnych, uwzględniające strukturę niepełnosprawności, wiek, płeć oraz wykształcenie.

Rys. I-34. **Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg stopnia niepełnosprawności, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**



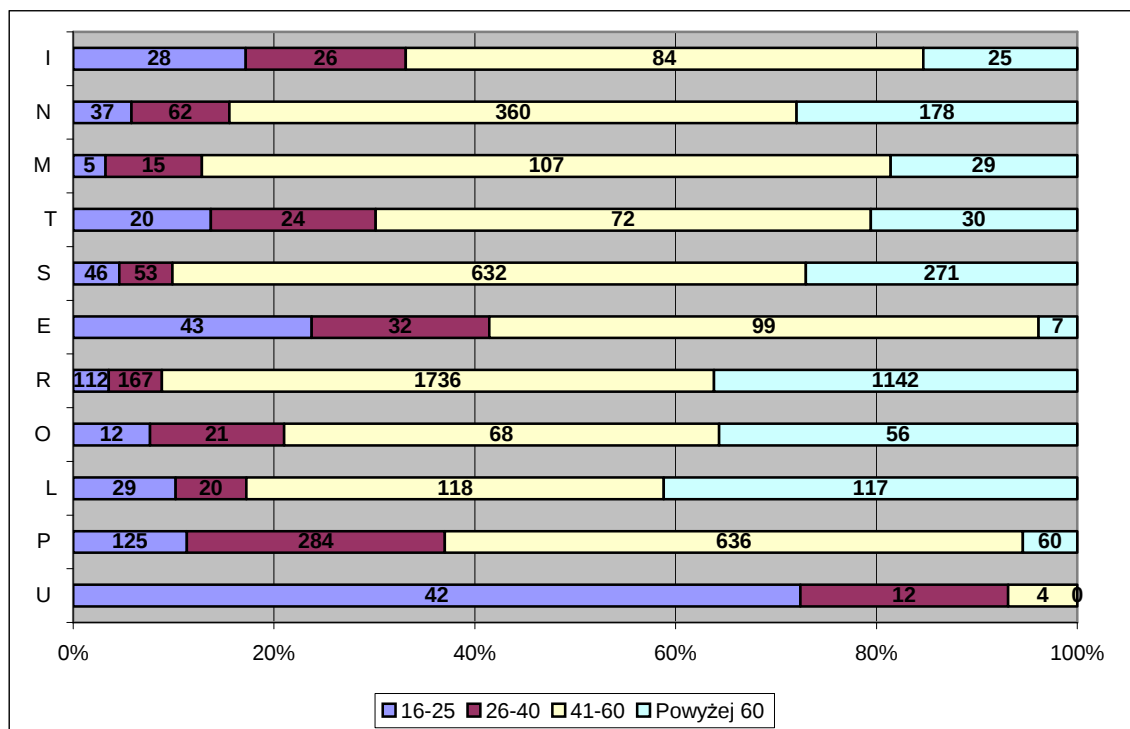
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Tab. I-6. **Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**

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

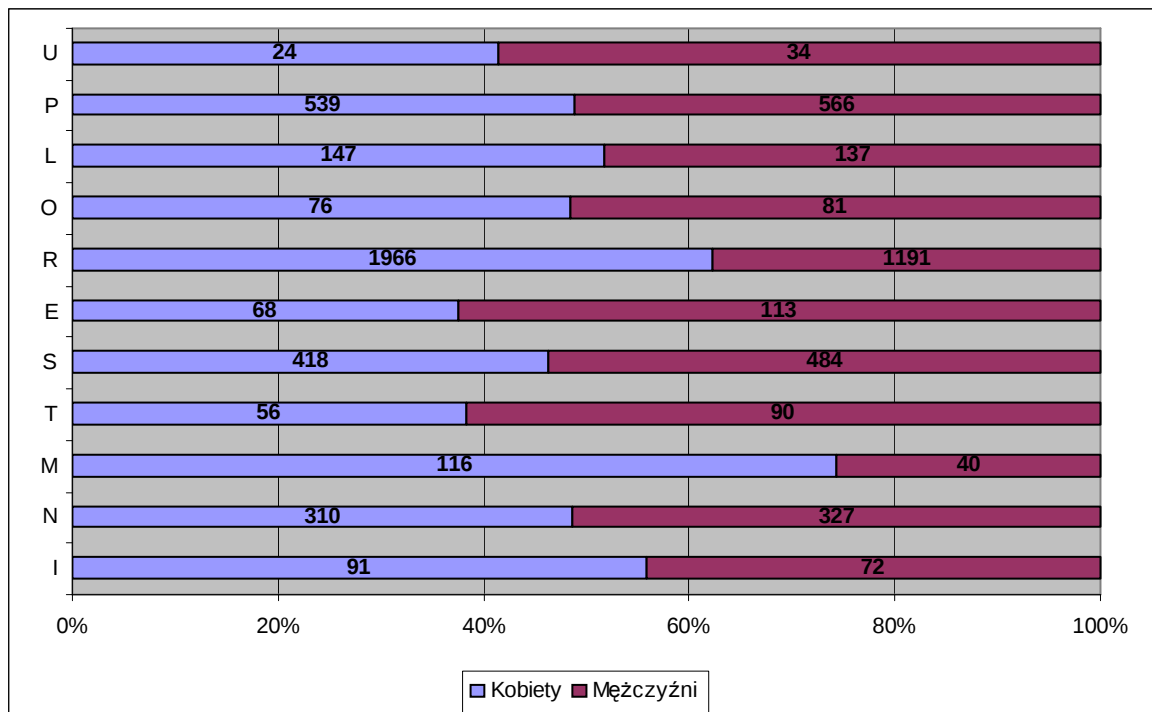
źródło: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Rys. I-35. **Liczba wydanych orzeczeń wg wieku i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**



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

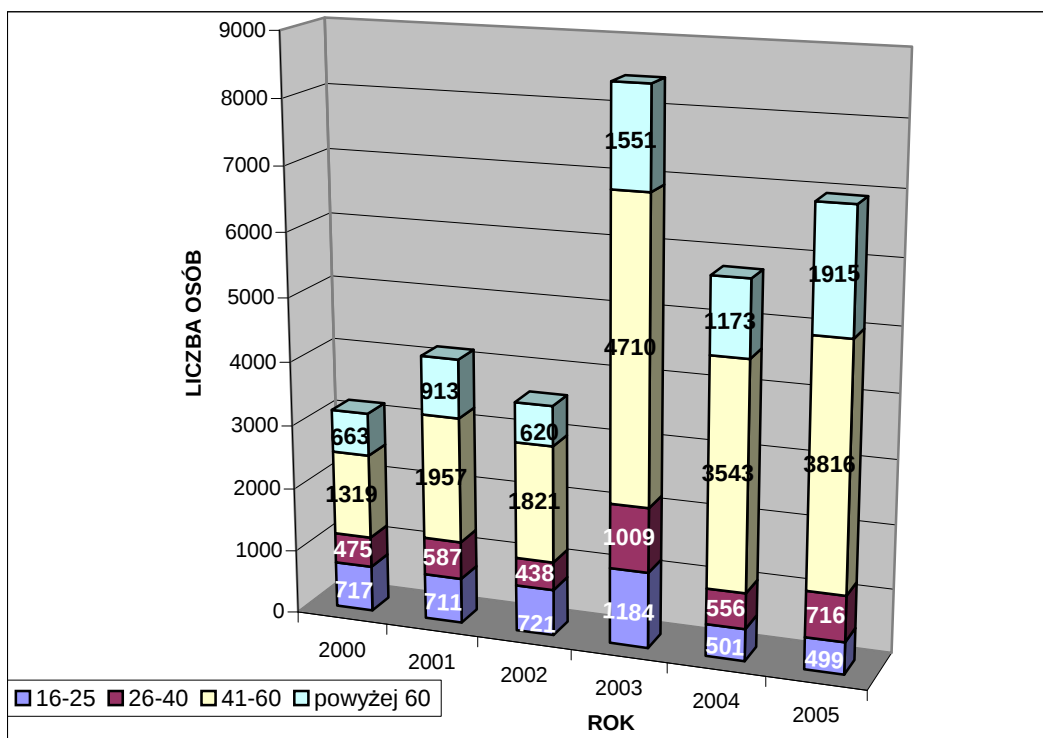
Rys. I-36. **Liczba wydanych orzeczeń wg płci i przyczyn niepełnosprawności w 2005 r.**



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

Najwięcej osób posiada orzeczenie o niepełnosprawności w grupie wiekowej pomiędzy 41, a 60 rokiem życia. W 2005 r. 3 816 osób niepełnosprawnych należało do tego przedziału, co stanowi 55% wszystkich osób niepełnosprawnych. Główną przyczyną niepełnosprawności tych osób były upośledzenia narządu ruchu (1736 osób). W grupie 16-25 lat najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były choroby psychiczne (125 osób) i upośledzenia narządu ruchu (112 osób).

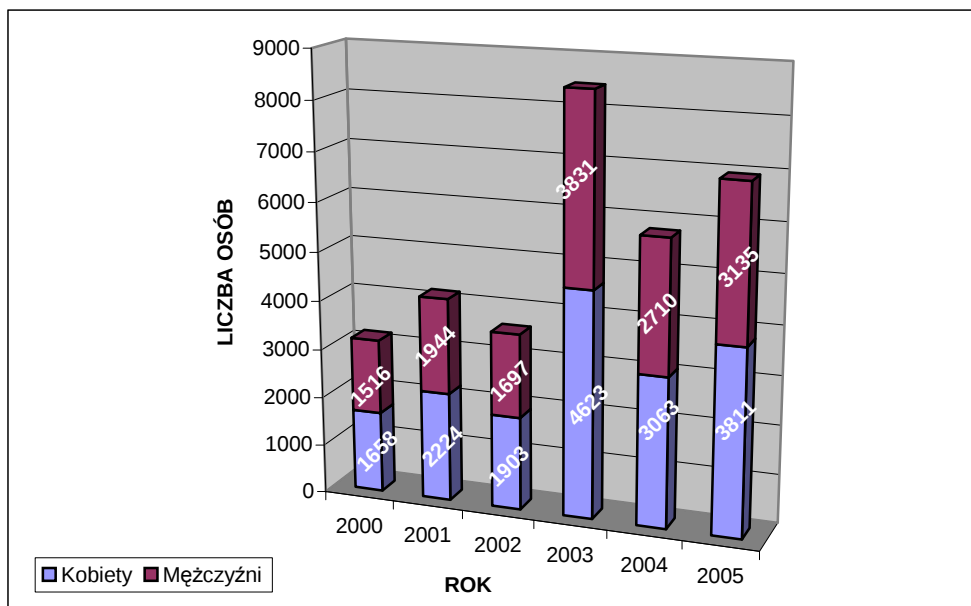
Rys. I-37. **Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**



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

Struktura niepełnosprawności wg płci w Krakowie w sześcioletnim okresie czasu wskazuje na przewagę liczby kobiet nad mężczyznami. W 2005 r. różnica ta wynosiła 676 osób, a kobiety stanowiły ok. 55% wszystkich osób niepełnosprawnych.

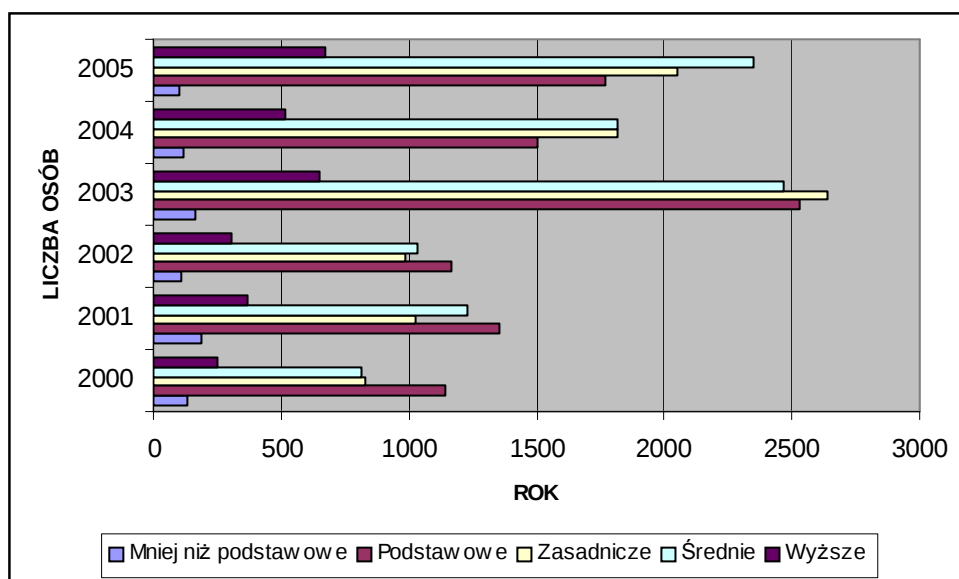
Rys. I-38. **Liczba osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**



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

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

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

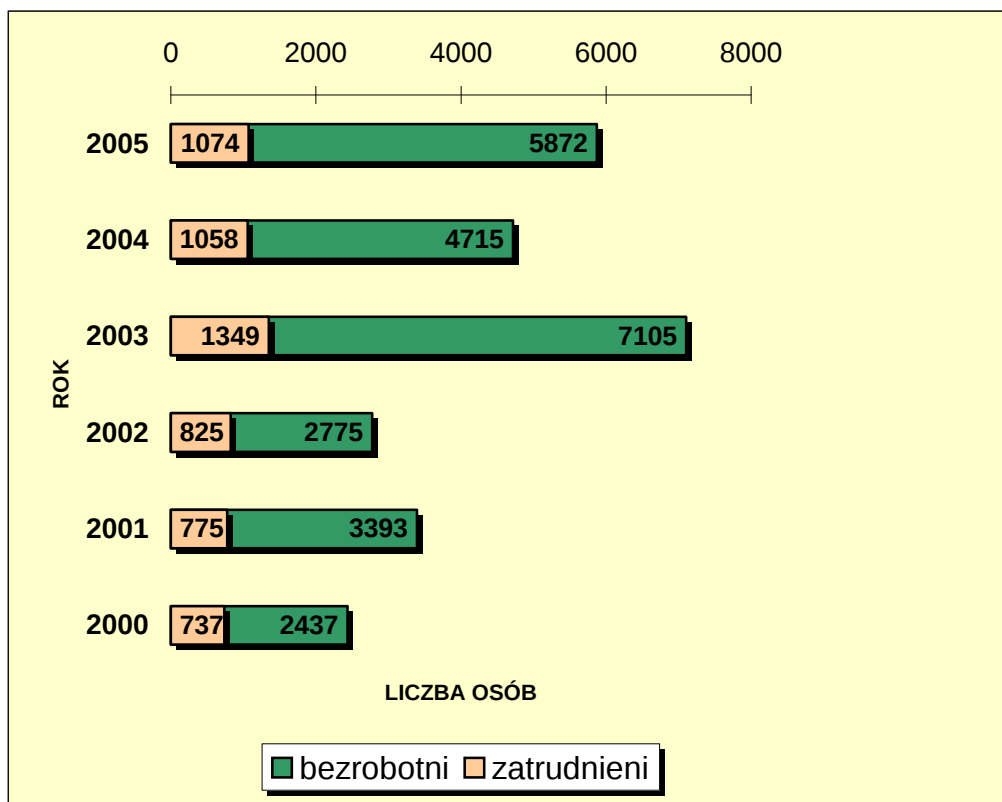


źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Analizując poniższy rysunek możemy zauważyć, że zatrudnienie osób niepełnosprawnych od 2000 r. stale wzrasta i na przestrzeni 5 lat wzrosło o ok. 30%. Napawa to umiarkowanym optymizmem wzięwszy pod uwagę, że stosunek liczby osób zatrudnionych do ogólnej liczby osób niepełnosprawnych w 2005 r. wynosi tylko 15,46%.

Należy się spodziewać, że dzięki realizacji *Wojewódzkiego Programu Dotyczącego Wyrównania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych w Województwie Małopolskim w 2006 r.*, liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych nadal będzie wzrastać.

Rys. I-40. **Zatrudnienie osób niepełnosprawnych powyżej 16 roku życia, w latach 2000-2005 w Mieście Krakowie**



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

Osoby niepełnosprawne poniżej 16 roku życia

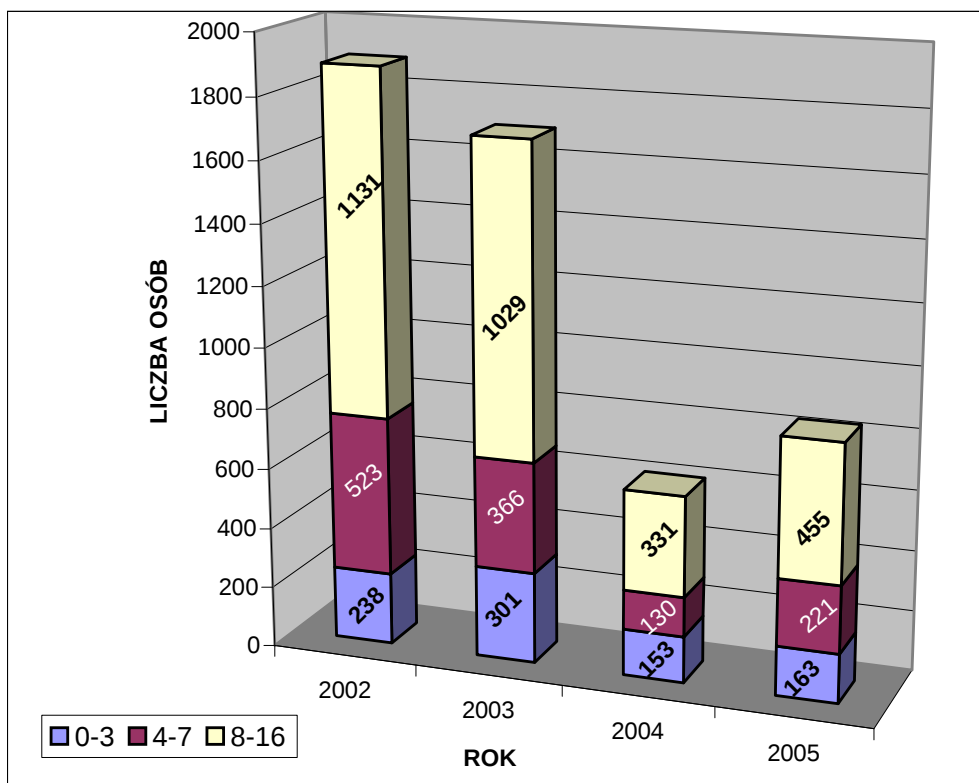
Przedział wiekowy obejmujący okres od urodzenia do 3 roku życia, to okres w którym liczba rejestrujących się osób niepełnosprawnych jest najmniejsza. Często diagnostyka i wykrywalność niektórych chorób w tym wieku jest znacznie utrudniona.

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

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

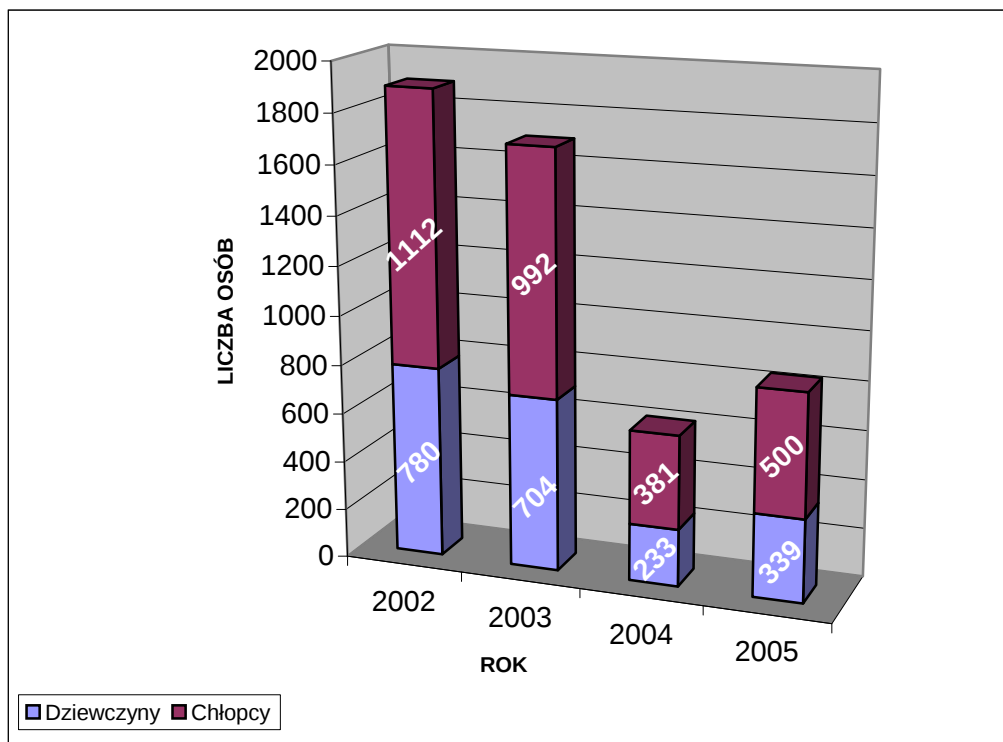
W grupie osób poniżej 16 roku życia przeważają chłopcy, stanowiąc ok. 60% dzieci niepełnosprawnych w 2005 r.

Rys. I-41. **Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, w przedziałach wiekowych, w latach 2002-2005 w Mieście Krakowie**



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

Rys. I-42. **Liczba osób niepełnosprawnych poniżej 16 roku życia, wg płci, w latach 2002-2005 w Mieście Krakowie**



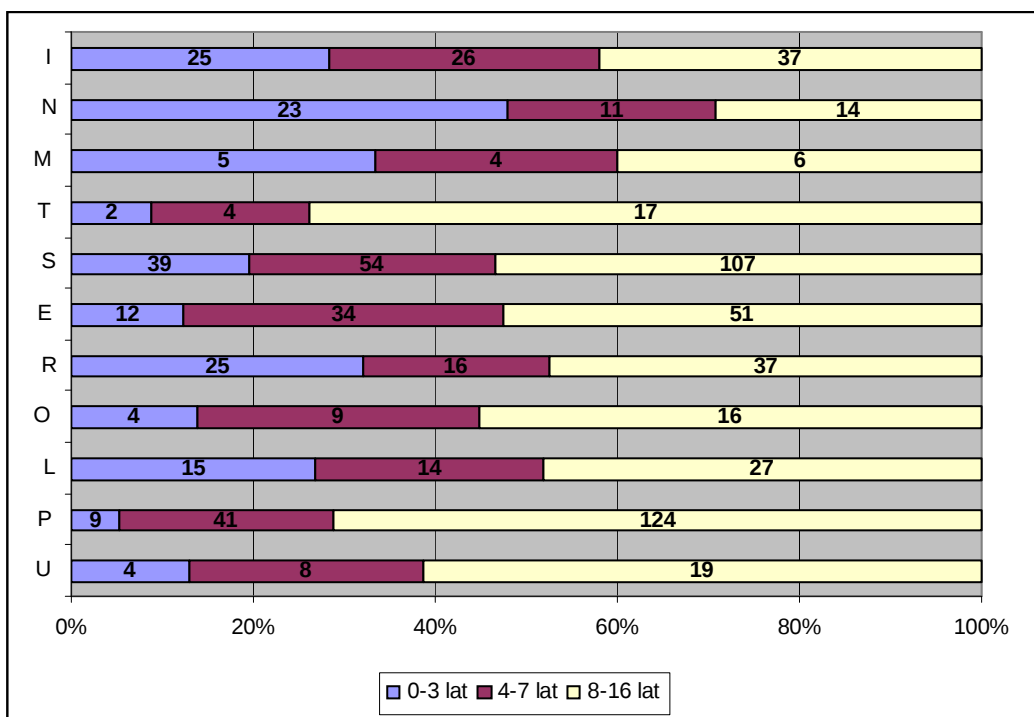
źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

Tab. I-7. **Liczba wydanych orzeczeń wg przyczyn niepełnosprawności w 2005 r. –osoby poniżej 16 roku życia**

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

źródło: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie

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



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

