
USŁUGI SPOŁECZNE



Plan Rozwoju Metropolii Krakowskiej do 2030 roku

Spis treści:

NAJWAŻNIEJSZE WYZWANIA DLA METROPOLII KRAKOWSKIEJ DO 2030 ROKU.....	2
TŁO.....	5
OPIS KLUCZOWYCH ZJAWISK WYSTĘPUJĄCYCH NA TERENIE METROPOLII KRAKOWSKIEJ	9
OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 3.....	9
OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI	13
OPIEKA ZDROWOTNA.....	19
POMOC SPOŁECZNA.....	25
WŁĄCZENIE I INTEGRACJA SPOŁECZNA	30
ZASOBY MIESZKANIOWE.....	32
SPIS ŹRÓDEŁ.....	35

Najważniejsze wyzwania dla Metropolii Krakowskiej do 2030 roku

Poniżej zaprezentowano kluczowe wnioski wynikające z diagnozy zjawisk występujących na terenie Metropolii Krakowskiej oraz wynikające z nich cele. Wybór celów, poprzedziła dodatkowa analiza zakresu kompetencji władz samorządowych oraz możliwych kierunków ich oddziaływania w sferze usług społecznych. Jako realny, oceniono wpływ członków Metropolii Krakowskiej na wybrane sfery usług społecznych, w 5 kluczowych obszarach: **opieka nad osobami starszymi, opieka nad dziećmi do lat 3, włączenie społeczne, opieka zdrowotna oraz mieszkalnictwo.**

Ambicją Metropolii Krakowskiej, powinno być zapewnienie dostępności usług społecznych charakteryzujących się najwyższym w skali kraju standardem, projektowanych i świadczonych z uwzględnieniem aktualnej sytuacji społeczno-demograficznej, w podziale na poszczególne grupy społeczne zagrożone dyskryminacją pośrednią i bezpośrednią. Oznacza to również, aktualizowanie na bieżąco stanu wiedzy nt. wpływu zjawisk ekonomicznych czy społecznych na sytuację kobiet i mężczyzn.

Wszystkie kierunki działań, identyfikowane w ramach prac nad Planem Rozwoju Metropolii Krakowskiej do 2030 roku, powinny przyjmować politykę równościową jako politykę horyzontalną, przez którą filtrowane są dane i wnioski dotyczące wdrażania konkretnych usług społecznych.

Niezbędne jest stworzenie optymalnych warunków infrastrukturalnych i kadrowych w placówkach, które znajdują się w sferze oddziaływania samorządów, jak również wzmocnienie współpracy samorządu z sektorem biznesu czy organizacjami pozarządowymi. W obszarach, w których występuje, bądź przewidywana jest znaczna nadwyżka popytu nad podażą (jak w przypadku zapotrzebowania na domy opieki i inne formy pomocy dla osób starszych), która nie może zostać zaspokojona z wykorzystaniem własnych zasobów, działania rozwojowe powinny uwzględniać partycypację podmiotów prywatnych, przy ścisłej współpracy z samorządem.

Mając na uwadze powyższe, określono najistotniejsze cele dla Metropolii Krakowskiej w dziedzinie usług społecznych, do których realizacji będzie ona dążyć do 2030 roku.

WNIOSKI Z DIAGNOZY	CELE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ prognoza dot. struktury demograficznej wskazuje na duże prawdopodobieństwo pojawienia się luki potencjału opiekuńczego na terenie Metropolii Krakowskiej w perspektywie po 2023 roku ➤ obserwowalne jest niedostosowanie tempa rozwoju domów dziennej opieki do tempa przyrostu ludności w wieku poprodukcyjnym ➤ jakość i dostępność podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej budzi zastrzeżenia wśród osób w wieku senioralnym (kolejki, brak całodobowej opieki) 	<p>1. Równy dostęp i wysokiej jakości usługi opiekuńcze i wspierające dla osób starszych i dorosłych osób niesamodzielnych</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ występują dysproporcje w zakresie zapełnienia placówek świadczących opiekę nad dziećmi do lat 3 w poszczególnych gminach KrOF oraz niedobór miejsc lub zagrożenie niedoborem miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 w większości gmin obszaru funkcjonalnego 	<p>2. Równy dostęp i podnoszenie jakości oferty w zakresie opieki nad dziećmi do lat 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ rosnący napływ migrantów zagranicznych (szczególnie z terytorium Ukrainy) stanowi znaczne wyzwanie nie tylko dla miasta Krakowa, ale całego obszaru funkcjonalnego 	<p>3. Stworzenie warunków dla włączenia społecznego ludności napływowej (imigrantów) i budowania systemu wspólnych wartości kształtujących wspólnotę lokalną</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ istnieje luka między popytem a podażą na usługi medyczne ➤ występują znaczne rozbieżności w zakresie liczby przedstawicieli personelu medycznego pomiędzy Krakowem, a powiatem krakowskim i wielickim – 6-7 krotnie niższa liczba lekarzy i 8-9 krotnie niższa liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców ➤ zdecydowana większość miejsc w szpitalach i specjalistycznych poradniach zlokalizowana jest na terenie miasta Kraków ➤ spada liczba mieszkańców korzystających z pomocy społecznej ➤ rośnie zapotrzebowanie na nowe formy i narzędzia pracy socjalnej, w tym pracę środowiskową (szczególnie na obszarach wieloproblemowych tj. w tzw. enklawach biedy) ➤ rośnie liczba osób chorych na tle psychicznym 	<p>4. Uzupelnienie luk w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej oraz poprawa dostępności specjalistycznej opieki zdrowotnej</p>

- obserwowana jest ograniczona dostępność usług z zakresu mieszkalnictwa tj. dostępności mieszkań komunalnych i socjalnych oraz mieszkań chronionych
- widoczne są braki w ofercie mieszkaniowej skierowanej do osób starszych, niepełnosprawnych czy borykających się ze złą sytuacją materialną, życiową czy zdrowotną

5. Wypracowanie i zapewnienie standardu "minimum" dla usług w obszarze mieszkalnictwa oraz stwarzanie warunków dla włączenia społecznego osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej

Dziedzina usług społecznych została uznana za istotną, ponieważ w najbardziej bezpośredni sposób realizuje kierunek, jakim jest poprawa jakości życia mieszkańców. Należy podkreślić, że cele w zakresie poprawy jakości życia mieszkańców są z natury celami o charakterze horyzontalnym. Oznacza to, że wartości związane z poprawą życia mieszkańców KrOF powinny stanowić podstawowy odnośnik dla definiowania dziedzin kluczowych dla rozwoju KrOF.

Zgodnie z nowoczesnym podejściem do rozwoju obszarów funkcjonalnych miast, takich jak Metropolia Krakowska, oraz zgodnie z zasadą zrównoważonego rozwoju nowoczesne obszary miejskie oraz podmiejskie powinny funkcjonować w sposób możliwie najbardziej sprzyjający osobom, które na nich mieszkają. Jest to szczególnie istotne w KrOF, który z jednej strony posiada bardzo bogate dziedzictwo kulturowe i znaczne walory turystyczne, z drugiej zaś jest miejscem zamieszkania dla ponad 1 miliona osób. Istotnym jest, aby w rozwoju tego obszaru godzić cele i wartości wynikające z tych dwóch uwarunkowań, a w przypadku ewentualnego konfliktu wartości kierować się przede wszystkim dobrem mieszkańców.

W dokumentach na **szczeblu międzynarodowym**, człowiek i poprawa jakości życia uznany został za jedno z kluczowych uwarunkowań wyznaczających kierunki rozwoju w sferze usług społecznych. Zrównoważony rozwój obszarów miejskich powinien odbywać się z poszanowaniem poczucia wspólnoty, przynależności i tożsamości kulturowej oraz z uwzględnieniem poszanowania odmienności kulturowej i przekonań. Innym istotnym aspektem eksponowanym w dokumentach poddanych analizie jest budowa zaufania mieszkańców do władzy publicznej i zwiększenie poziomu partycypacji społecznej, w celu zaangażowania mieszkańców w procesy decyzyjne dotyczące rozwoju miast. Dokumenty strategiczne na poziomie międzynarodowym wskazują jako jeden z priorytetów rozwojowych poprawę jakości usług dla rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnej opieki nad dziećmi. Silnie akcentowanym uwarunkowaniem zrównoważonego rozwoju jest także poczucie bezpieczeństwa. Należy jednak podkreślić, że większość dyrektyw i wytycznych kierunkowych w tej sferze kierowane jest do krajów rozwijających się, które charakteryzują się znacznymi lukami w tym zakresie. Niemniej, uwzględnienie aspektów bezpieczeństwa w rozwoju krajów rozwiniętych również stanowi bardzo ważny element agendy strategicznej. Kierunki rozwoju w tym zakresie, powinny adresować przede wszystkim problemy będące następstwem migracji i związanej z nią różnorodności kulturowej. Należy uznać je za aspekt istotny z punktu widzenia dotychczasowej homogeniczności kulturowej naszego kraju. Szersza diagnoza w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom KrOF, znajduje się w raporcie syntetycznym „Inteligentne zarządzanie”.

Na **poziomie krajowym**, jednym z priorytetów realizowanej polityki publicznej jest polityka społeczna wobec osób starszych. Definiowana jest ona jako celowe, długofalowe i systemowe oddziaływanie państwa oraz innych podmiotów publicznych i niepublicznych na kształtowanie warunków (prawnych, ekonomicznych oraz społecznych) w celu tworzenia osobom starszym korzystnej dla nich sytuacji życiowej (dostosowanej do zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb społecznych, ekonomicznych oraz opieki) i ochrony zdrowia w każdym okresie życia osoby w starszym wieku.

Celem polityki społecznej wobec osób starszych jest podnoszenie jakości życia seniorów poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielny i aktywnymi oraz zapewnienie im bezpieczeństwa. Kierunki działań w tej dziedzinie powinny uwzględniać rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia oraz działania Komisji Europejskiej dotyczące zdrowego i aktywnego starzenia.

Dokumentem zawierającym konkretne kierunki polityki Państwa w tym zakresie jest „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ.” Zaprojektowane kierunki działań w niniejszym dokumencie zostały oparte na trzech filarach: bezpieczeństwie, uczestnictwie i solidarności. Elementy te stanowią gwarancję właściwej realizacji działań przyczyniających się do znacznego podniesienia jakości i poziomu życia osób starszych w Polsce¹.

Innym dokumentem istotnym w kontekście analizowanej dziedziny jest Ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, która określa obszary i sposoby przeciwdziałania naruszeniom zasady równego traktowania ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną².

Rozwój społecznie wrażliwy **na poziomie regionalnym** rozumiany jest przede wszystkim jako wsparcie na rzecz poprawy jakości życia Małopolan i ich rodzin. Polityka w tym zakresie obejmować będzie kompleksowe działania – począwszy od dostępu do opieki zdrowotnej, opieki nad dzieckiem, wysokiej jakości edukacji, a także dóbr i usług kultury oraz pozostałej oferty czasu wolnego (rekreacyjnej i sportowej), poprzez możliwość uzyskania satysfakcjonującego zatrudnienia, ułatwiającego godzenie ról zawodowych i rodzinnych, na wsparciu finansowym i pomocy w trudnych sytuacjach życiowych kończąc. Takie podejście do dziedziny usług społecznych, wprowadza z jednej strony rozwiązania na rzecz łagodzenia zagrożeń związanych z procesami demograficznymi, z drugiej – dostosowuje kierunki interwencji do skutków tych zmian, w taki sposób, aby zapewnić włączenie w procesy rozwojowe wszystkich grup społecznych. Wyrównywanie szans rozwojowych jest kluczowe dla poprawy i zachowania spójności społecznej. Pozostawianie narastających dysproporcji prowadzi bowiem do „wypchnięcia” niektórych grup z procesów rozwojowych, co w konsekwencji utrwała ich ubożenie oraz wykluczenie społeczne³.

Dokumenty strategiczne **na poziomie lokalnym** są silnie skupione na kwestii poprawy jakości życia mieszkańców. Uznają ją za jedną z nieodłącznych cech inteligentnych miast. Jednym z czynników determinujących tę jakość jest dostępność podstawowych usług publicznych i społecznych. Wśród kluczowych

¹ *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.

² Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1700)

³ *Strategia Rozwoju Województwa „Małopolska 2030”* – projekt do konsultacji społecznych, Załącznik nr 1 do uchwały nr 1612 /19 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 29 sierpnia 2019 r., Kraków 2019

uwarunkowań determinujących kierunki rozwoju dziedziny usług społecznych w KrOF wskazywane są kwestie, takie jak: nierówności w dostępie do usług publicznych, niewystarczający poziom rozwoju usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w stosunku do rosnących potrzeb związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Dodatkowo podkreśla się problemy związane z rosnącym rozwarstwieniem społecznym. Zgodnie z tym, co wynika z przeanalizowanych aktów, oczekuje się, że docelowo mieszkańiec KrOF powinien mieć możliwość zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb, w obszarze usług społecznych, w promieniu 3-4 km od miejsca zamieszkania.

W strategii rozwoju Miasta Krakowa, realizacja celu V.3 Spójność społeczna, ukierunkowana jest na włączenie społeczne wszystkich grup mogących mieć trudności w adaptacji i pełnym uczestniczeniu w życiu miasta, także przeciwdziałanie wykluczeniu ze względu na: płeć, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną i wykluczenie ekonomiczne.⁴

Do kluczowych priorytetów, wynikających z polityk horyzontalnych wyższego rzędu, należą⁵:

- Poprawa poziomu partycypacji społecznej oraz wzmocnienie i promocja włączenia społecznego, gospodarczego i politycznego wszystkich, bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną lub status ekonomiczny.
- Wypracowanie odpowiednich wytycznych i ponadlokalna standaryzacja usług społecznych.
- Poszerzenie świadomości mieszkańców w zakresie oferty i dostępności usług społecznych (opracowanie mapy usług społecznych) oraz wzmacnianie wizerunku KrOF jako najlepszego miejsca do zamieszkania, życia, odpoczynku i pracy.
- Ograniczenie ewentualnych nierówności (zarówno w ujęciu obszarowym, jak i wynikających z dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną lub status ekonomiczny) w dostępie do usług, jakie dostarczają gminy należące do KrOF.
- Wspieranie i koordynacja współpracy służb i instytucji zaangażowanych w zapewnianie bezpieczeństwa i porządku publicznego w celu podniesienia poziomu i poczucia bezpieczeństwa w KrOF.
- Dbłość o profesjonalizm i wysokie kompetencje pracowników administracji publicznej w celu podniesienia jakości świadczonych usług.
- Zwiększenie dostępności samorządu poprzez otwarcie na mieszkańców oraz promocję dostępu do informacji oraz procedur drogą elektroniczną.
- Przejrzystość w zakresie świadczenia usług społecznych oraz gromadzenie danych i monitorowanie kluczowych wskaźników

⁴ Strategia Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030., przyjęta Uchwałą nr XCIV/2449/18 Rady Miasta Krakowa z dn. 7.02.2018 r.,

⁵ Kierunki wyróżnione na podstawie analizy dyrektyw kierunkowych wynikających z systemu planowania i zestawu kompetencji organu samorządu gminy, determinującego faktyczne obszary wpływu Metropolii Krakowskiej na zrównoważony rozwój.

związanych ze świadczeniem usług społecznych na poziomie ponadlokalnym.

- Rozwój mieszkalnictwa niekomercyjnego zgodnie z aktualnymi i przewidywanymi potrzebami i możliwościami mieszkańców KrOF.
- Stymulowanie rozwoju usług społecznych związanych z i dostosowanych do wyzwań wynikających z przemian demograficznych (np. stymulowane rozwoju opieki nad ludźmi starszymi).

W ramach dziedziny USŁUGI SPOŁECZNE zidentyfikowano pięć obszarów interwencji, które będą elementem Planu Rozwoju Metropolii Krakowskiej do 2030 roku: opieka nad osobami starszymi, opieka nad dziećmi do lat 3, włączenie społeczne, opieka zdrowotna oraz mieszkalnictwo. Wybór obszarów wynikał z analizy dokumentów opisanych powyżej oraz pracy warsztatowej z przedstawicielami gmin Metropolii Krakowskiej, podczas której uwzględniono m.in. skalę oddziaływania samorządu terytorialnego na poszczególne obszary.

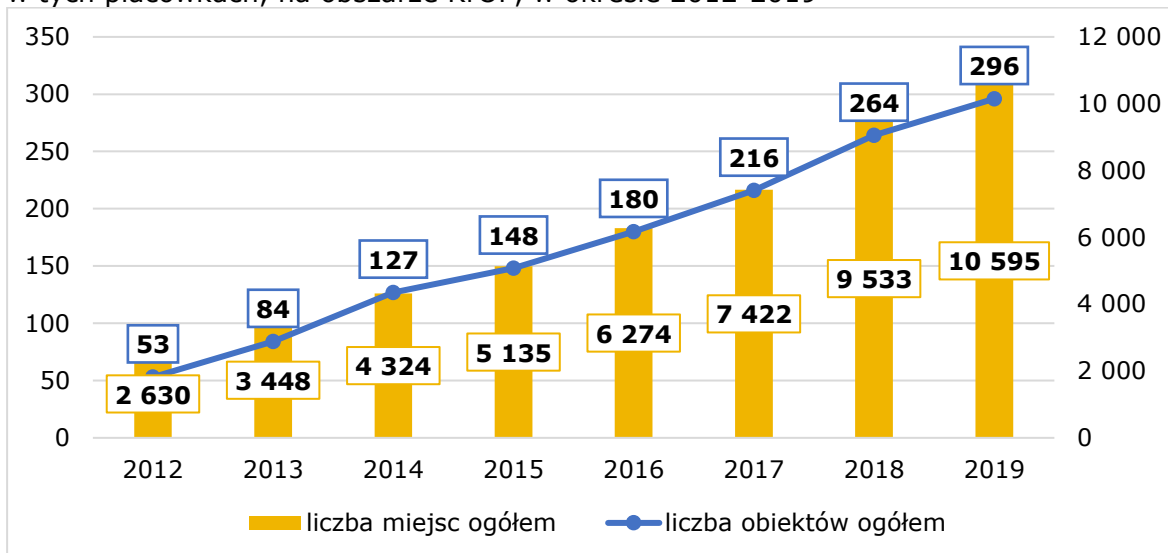
Opis kluczowych zjawisk występujących na terenie Metropolii Krakowskiej

OPIEKA NAD DZIEĆMI DO LAT 3

Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 może być organizowana w formie żłobka lub klubu dziecięcego, a także sprawowana przez dziennego opiekuna oraz nianię. W ramach opieki realizowane są funkcje: opiekuńcza, wychowawcza oraz edukacyjna.

Na terytorium KrOF zauważalny jest dynamiczny wzrost liczby placówek świadczących opiekę nad dziećmi do lat 3. W okresie 2012-2019 ich liczba zwiększyła się o 243 jednostki. Zwiększanie liczby tego typu placówek jest niewątpliwie odpowiedzią na presję popytową, związaną przede wszystkim ze znacznym ożywieniem na rynku pracy. Struktura analizowanych placówek zdominowana jest przez żłobki, których udział wyniósł w 2019 roku wynosi ok. 89%.

Wykres 1. Liczba żłobków, oddziałów żłobkowych i klubów dziecięcych oraz miejsc w tych placówkach, na obszarze KrOF, w okresie 2012-2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

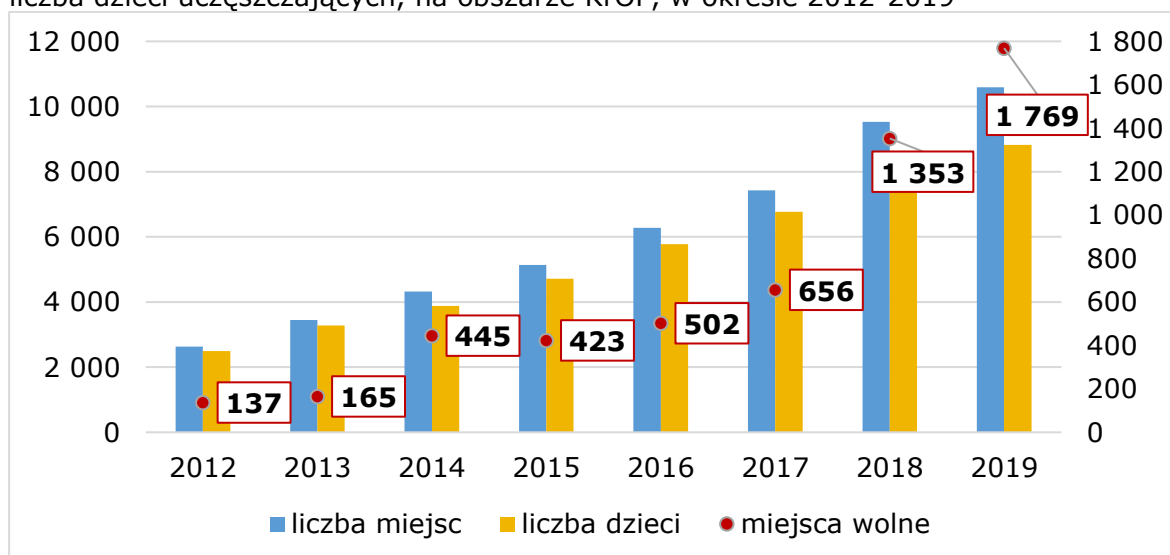
W samym Krakowie, na koniec 2019 roku zarejestrowanych było 241 niepublicznych żłobków i klubów dziecięcych dysponujących 7 530 miejscami (w 2018 roku było ich 6 335) oraz 22 żłobki samorządowe dysponujące 2 358 miejscami. Ponadto funkcjonowało 33 dziennych opiekunów, dysponujących 144 miejscami opieki. Łącznie liczba miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 wyniosła 10 032 (w 2018 roku 8 815). Dzięki temu miasto zapewniło instytucjonalną opiekę dla 35,2% dzieci w wieku do lat 3 i było jednym z trzech miast metropolitalnych (obok Wrocławia i Warszawy) posiadających najwyższy wskaźnik liczby instytucjonalnych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 w stosunku do liczby dzieci w wieku do lat 3⁶.

⁶ Raport o Stanie Gminy 2019, Urząd Miasta Krakowa, Wydział Strategii, Planowania i Monitorowania Inwestycji, Kraków, 2020

Dynamiczny wzrost liczby placówek świadczących opiekę nad dziećmi do lat 3 wynikał przede wszystkim z rozwoju placówek komercyjnych. Na terenie gmin ościennych Krakowa 88,2% wszystkich placówek stanowią podmioty niepubliczne. Żłobki i kluby dziecięce prowadzone przez gminy stanowią tylko 11,8%.

Analiza opieki żłobkowej w KrOF pod względem zapełnienia istniejących placówek wskazuje na utrzymującą się nadwyżkę liczby miejsc w żłobkach, oddziałach żłobkowych i klubach dziecięcych nad liczbą dzieci, które w nich przebywają. Co więcej, od 2015 roku zauważalne jest systematyczne zwiększanie się przedmiotowej nadwyżki aż do poziomu 1 769 miejsc w 2019 roku w skali całego KrOF.

Wykres 2. Liczba miejsc w żłobkach, oddziałach żłobkowych i klubach dziecięcych oraz liczba dzieci uczęszczających, na obszarze KrOF, w okresie 2012-2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W poniższej tabeli przedstawiono odsetek dzieci do lat 3 objętych opieką w żłobkach w poszczególnych gminach KrOF, w roku 2012 i 2019. Gminy, w których analizowany wskaźnik był najwyższy to: Kraków, Michałowice, Wieliczka oraz Kocmyrzów-Luborzyca.

Tabela 1. Odsetek dzieci do lat 3 objętych opieką w żłobkach w poszczególnych gminach KrOF, w roku 2012 i 2019

GMINA	2012	2019	zmiana w stosunku do roku bazowego (pp.)
Biskupice	0,0%	8,2%	8,2%
Czernichów	0,0%	7,1%	7,1%
Igołomia-Wawrzeńczyce	0,0%	10,5%	10,5%
Kocmyrzów-Luborzyca	0,0%	14,2%	14,2%
Kraków	10,0%	35,2%	25,2%

Liszki	2,1%	6,1%	4,0%
Michałowice	0,0%	20,7%	20,7%
Mogilany	0,0%	3,8%	3,8%
Niepołomice	0,9%	12,0%	11,1%
Skawina	5,9%	9,3%	3,4%
Świątniki Górne	0,0%	0,0%	0,0%
Wieliczka	1,9%	16,8%	14,9%
Wielka Wieś	0,0%	7,4%	7,4%
Zabierzów	0,0%	9,7%	9,7%
Zielonki	5,0%	3,6%	-1,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Różnice w wysokości odsetka dzieci do lat 3 objętych opieką w żłobkach i klubach dziecięcych może wynikać z wielu czynników. Pierwszym jest z pewnością preferowany przez mieszkańców model sprawowania opieki nad dzieckiem i wola rodziców w zakresie powrotu do pracy. Na pewno należy również zwrócić uwagę na aspekt dostępności miejsc sprawowania takiej opieki. Z analizy danych dot. gmin miejsko-wiejskich na terenie Metropolii Krakowskiej wynika, że istnieje różnica w odsetku liczby dzieci objętych tą opieką wśród mieszkańców terenów miejskich i wiejskich: przykładowo w gminie Skawina odsetek dzieci objętych opieką w mieście wynosi 17,0% (2019 r.), a na terenach wiejskich – 0%. Podobnie w Niepołomicach – odpowiednio 17,6% oraz 4,1% i w Wieliczce – 26,3% i 8,3%. Należy jednak zaznaczyć, że różnica ta może również wynikać z częściowo odmiennych modeli sprawowania opieki nad potomstwem w zależności od miejsca zamieszkania.

Poza dostępnością, na decyzję o powierzeniu dziecka instytucjonalnej opiece, może wpływać wysokość kosztów takiej opieki. Z danych agregowanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wynika, że w gminach ościennych miesięczna opłata za opiekę nad dzieckiem w żłobkach i klubach dziecięcych waha się:

- w placówkach publicznych – od 57 do 280 zł,
- w placówkach niepublicznych – od 199 do 1 250 zł.

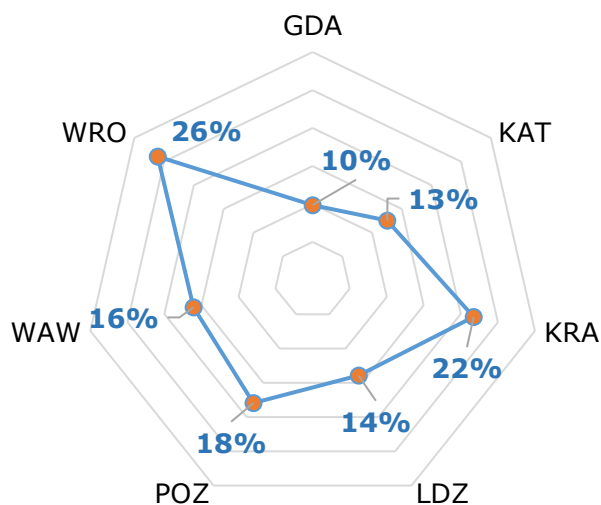
Jest to podstawowa opłata ponoszona przez rodziców za pobyt dziecka (bez zniżek i bez wyżywienia). W zakresie wyżywienia ceny pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi nie są bardzo zróżnicowane i wynoszą od 7 do 25 zł dziennie⁷.

Co ważne, tylko ¼ wszystkich placówek świadczących opiekę nad dziećmi do lat 3 na terenie gmin ościennych jest dostosowana do potrzeb dzieci niepełnosprawnych lub wymagających szczególnej opieki.

⁷ Rejestr żłobków i klubów dziecięcych, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://empatia.mpips.gov.pl/dla-swiadzeniobiorcow/rodzina/d3/rejestr-zlobkow-i-klubow>

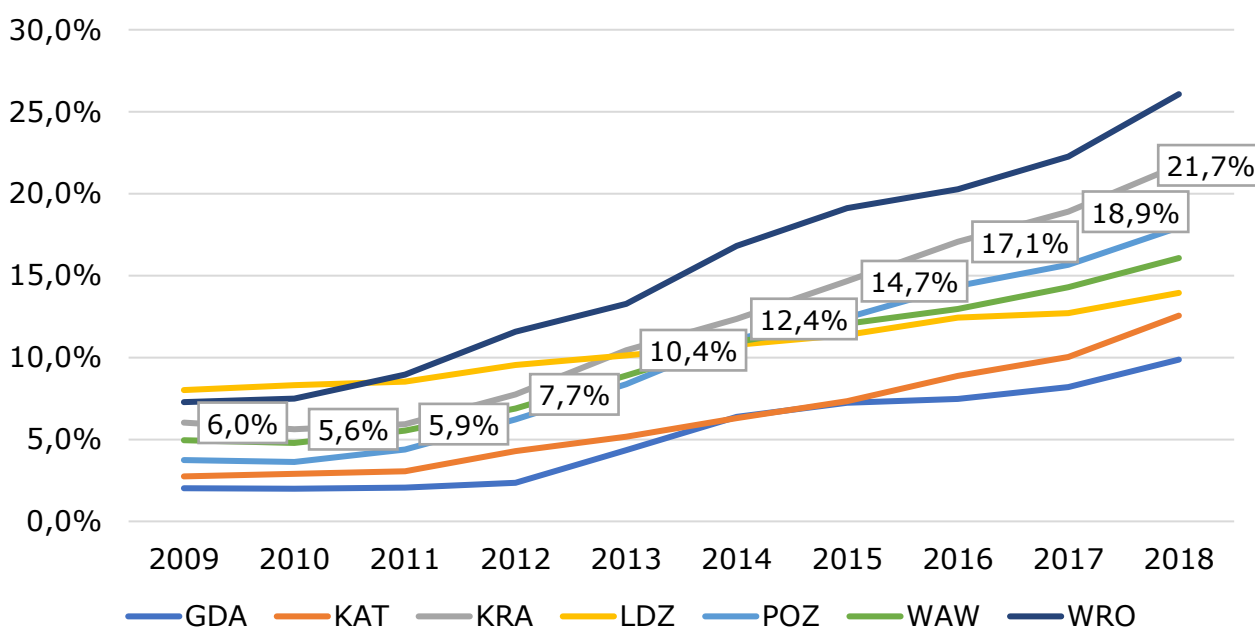
Pod względem dostępności do opieki nad dziećmi do lat 3 Metropolia Krakowska wyróżnia się spośród miejskich obszarów funkcjonalnych. W 2018 r. co czwarte dziecko do lat 3 zamieszkujące Metropolię objęte było opieką żłobkową. W tym okresie lepszy wynik zarejestrowano jedynie we Wrocławskim Obszarze Funkcjonalnym. W pozostałych obszarach wartość tego wskaźnika nie przekroczyła 20%. W tym miejscu warto jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, że w latach 2009-2018 to właśnie w tych ośrodkach zarejestrowano największy wzrost liczby dzieci w wieku do lat 3 (Metropolia Krakowska – wzrost o 22%; Wrocławski Obszar Funkcjonalny – wzrost o 20%).

Wykres 3. Odsetek dzieci objętych opieką żłobkową w ogólnej liczbie dzieci do lat 3 [2018 r.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Wykres 4. Odsetek dzieci objętych opieką żłobkową w ogólnej liczbie dzieci do lat 3 – dynamika [2009-2018]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Odsetek dzieci do lat 3 objętych opieką żłobkową na terenie Metropolii Krakowskiej w stosunku do porównywanych obszarów jest wysoki. Fakt ten nie stanowi jednak podstawy do wysunięcia wniosku o pełnym zabezpieczeniu potrzeb w tym względzie. Konieczna jest kontynuacja działań, które pozwalają na podniesienie poziomu aktywności zawodowej opiekunom najmłodszych dzieci. Jest to szczególnie istotne w kontekście wyzwań opisanych w obszarach dotyczących demografii i rynku pracy oraz prognozom demograficznym, które wskazują na rosnącą liczbę mieszkańców na terenie Metropolii Krakowskiej, w tym osób młodych i rodzin z dziećmi. Dlatego też pozytywnie należy ocenić wszelką interwencję publiczną, prowadzącą do zwiększenia liczby miejsc w placówkach zapewniających opiekę dzieciom do lat 3.

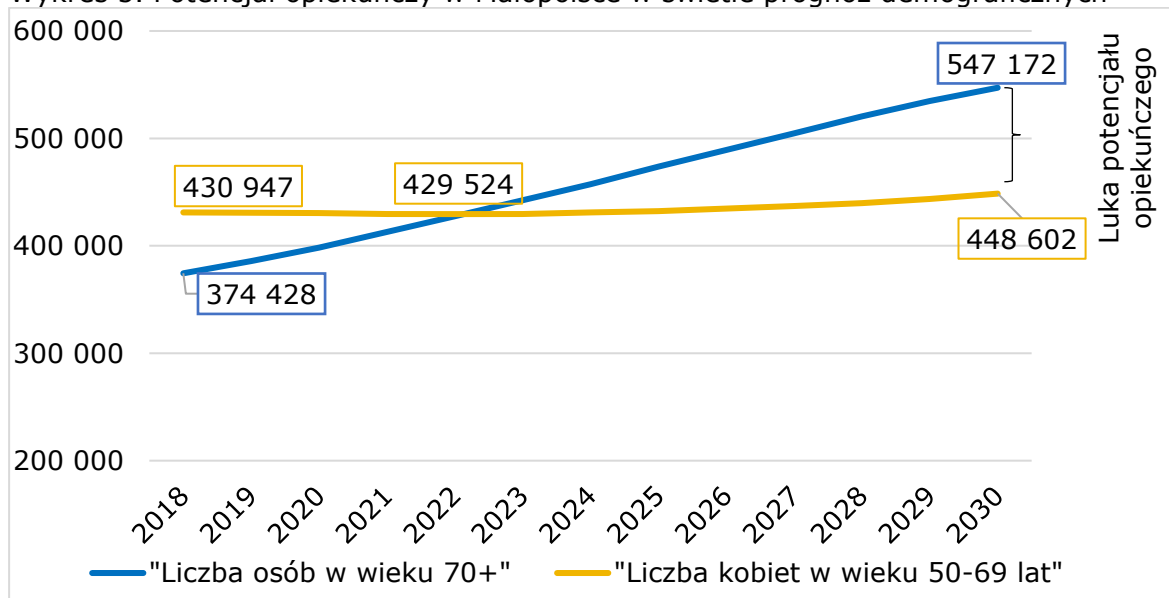
Należy tu również wspomnieć, że do dodatkowych zadań, realizowanych przez Gminę Miejską Kraków, w przedmiotowym zakresie należy też wspieranie rodziców z dziećmi do lat 3 i osób oczekujących na potomstwo, poprzez prowadzenie Klubów Rodziców z dziećmi do lat 3. Kluby są miejscami spotkań i integracji rodziców z dziećmi, w szczególności w wieku do lat 3 oraz osób oczekujących na potomstwo. Można podzielić się w nich swoimi doświadczeniami, dobrymi praktykami, problemami związanymi z posiadaniem i wychowaniem dzieci oraz stworzyć nieformalne grupy wsparcia. W 2019 roku w Krakowie funkcjonowało 40 takich Klubów⁸.

OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI

Istotnym aspektem społecznym, związanym z globalnymi megatrendami w zakresie przemian demograficznych w krajach rozwiniętych, jest zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki i pozostałych usług społecznych najstarszej części społeczeństwa. Rosnąca grupa seniorów i prognozy demograficzne przewidujące dalszy wzrost ich liczebności, stanowią istotne wyzwanie w kontekście zapewnienia tym osobom odpowiedniej opieki. Jednocześnie, prognoza zmian struktury demograficznej Małopolski wskazuje, że maleje tzw. potencjał opiekuńczy (stosunek liczby kobiet w wieku 45-64 lat do osób w wieku 80+) w województwie, a niedobór tego potencjału może osiągnąć poziom ok. 100 tys. osób w roku 2030.

⁸ Raport o Stanie Gminy 2019, Urząd Miasta Krakowa, Wydział Strategii, Planowania i Monitorowania Inwestycji, Kraków, 2020

Wykres 5. Potencjał opiekuńczy w Małopolsce w świetle prognoz demograficznych

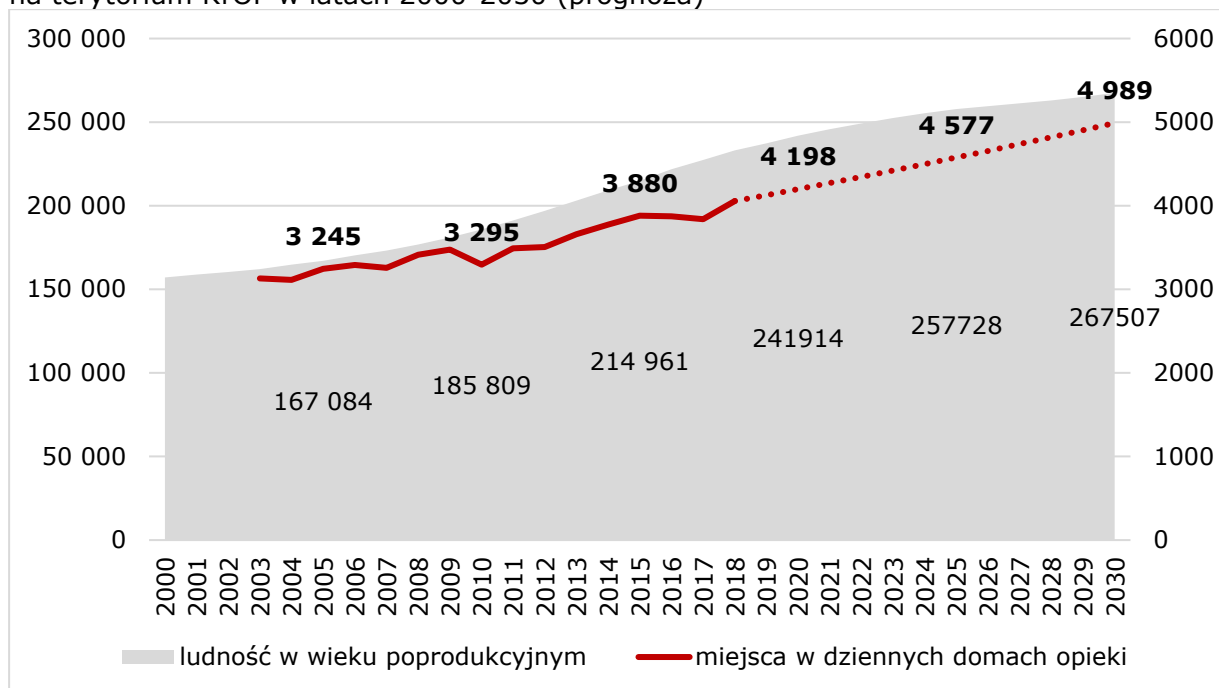


Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, 2014

Analiza danych demograficznych dotyczących KrOF pokazuje dynamiczny przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym, który w okresie 2000-2018 osiągnął poziom +22% CAGR⁹. Przyrostowi liczby analizowanej grupy ludności nie towarzyszył proporcjonalny przyrost miejsc w dziennych domach opieki społecznej, który przyjął wartość jedynie +17% CAGR (dane dotyczą lat 2003-2018, z uwagi na brak danych dotyczących analizowanej zmiennej dla okresu przed 2003 rokiem). Zakładając prognozowany dalszy dynamiczny wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym przy jednoczesnym utrzymaniu dotychczasowego tempa rozwoju dziennych placówek opieki należy oczekiwać wystąpienia znacznej luki w sferze opieki nad osobami starszymi.

⁹ CAGR (Compound Annual Growth Rate) – skumulowany roczny wskaźnik wzrostu

Wykres 6. Ludność w wieku poprodukcyjnym oraz miejsca w dziennych domach opieki na terytorium KrOF w latach 2000-2030 (prognoza)

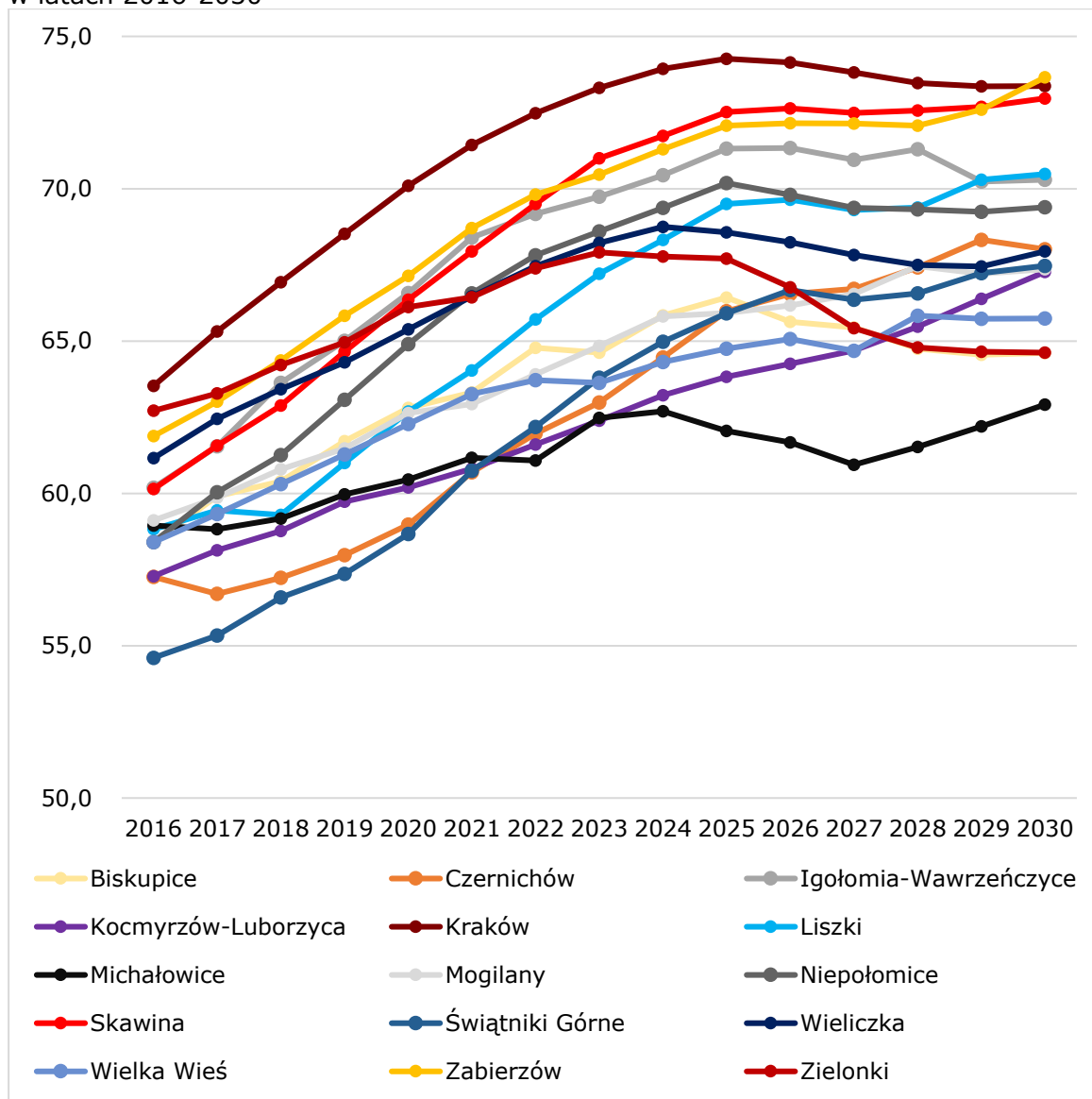


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Zgodnie z prognozą demograficzną dla KrOF, oczekuje się dynamicznego wzrostu wartości wskaźnika obciążenia demograficznego w większości gmin wchodzących w skład obszaru funkcjonalnego. Przewiduje się, że wskaźnik obciążenia demograficznego (stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym) osiągnie najwyższy poziom, w prawie całym okresie prognozy, w Krakowie, gdzie w perspektywie do 2025 roku przewidywany jest wzrost przedmiotowego wskaźnika do wartości 74,3. Wysoki poziom wskaźnika obciążenia demograficznego (powyżej 70) prognozowany jest również dla gmin: Skawina, Zabierzów i Igołomia-Wawrzeńczyce.

Na drugim biegunie analizowanej próby znajdują się gminy, charakteryzujące się niskim (na tle analizowanej zbiorowości) wskaźnikiem obciążenia demograficznego, którego prognozowana wartość będzie utrzymywała się na poziomie poniżej 65 osób w wieku nieprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym. Do tej grupy gmin zaliczyć należy przede wszystkim Michałowice, gdzie analizowany wskaźnik ma utrzymywać się poniżej wartości referencyjnej (65) w całym okresie prognozy. Ponadto, przewiduje się, że w Wielkiej Wsi oraz w Kocmyrzowie-Luborzycy, wskaźnik obciążenia demograficznego będzie utrzymywał się na relatywnie niskim poziomie (poniżej 65) w perspektywie do 2027 roku.

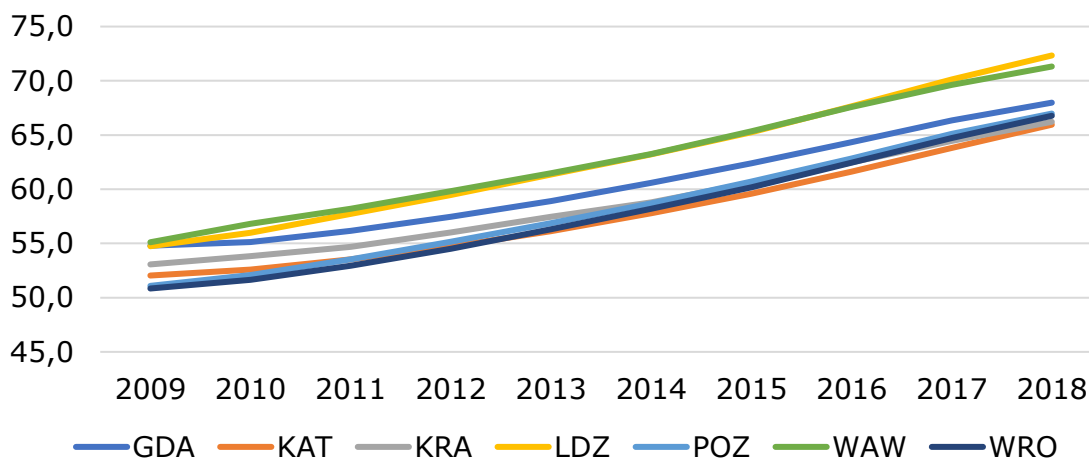
Wykres 7. Wskaźnik obciążenia demograficznego w poszczególnych gminach KrOF w latach 2016-2030



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Analiza wskaźnika obciążenia demograficznego w innych obszarach funkcjonalnych w Polsce pokazuje, że postępujący proces starzenia się społeczeństwa widoczny jest w całym kraju. Z największą dynamiką tego zjawiska mamy do czynienia w jednostkach samorządu terytorialnego tworzących ZIT-y dla Łodzi, Poznania i Warszawy, w przypadku których wartość analizowanego wskaźnika w ciągu minionej dekady wzrosła o ponad 30%. Na tym tle wskaźnik dla Metropolii Krakowskiej, w przypadku której wartość wskaźnika obciążenia demograficznego wzrosła o 25% (lepszy pod tym względem jest tylko dla Metropolii GGS, gdzie wskaźnik ten wzrósł o 24%), wydaje się całkiem korzystny.

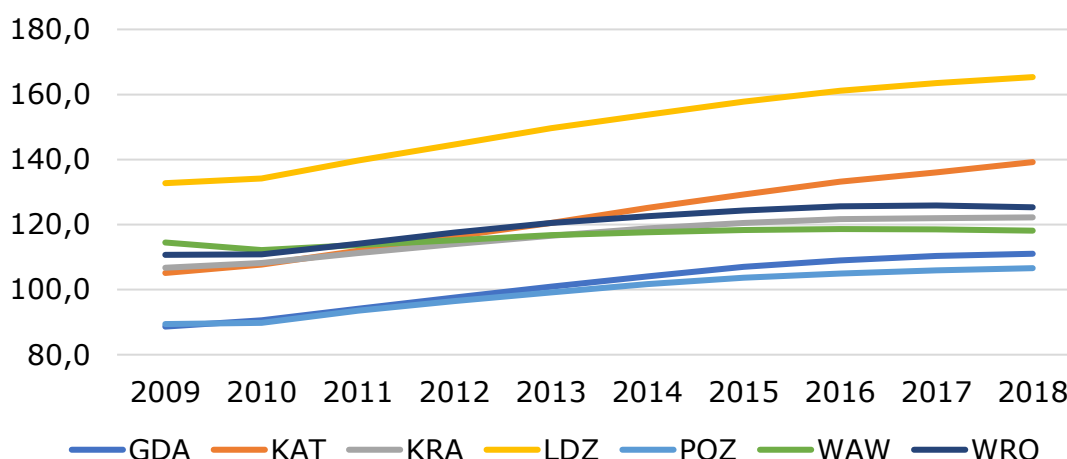
Wykres 8. Wskaźnik obciążenia demograficznego na terenie obszarów funkcjonalnych w Polsce – dynamika [2009-2018]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Niemal we wszystkich obszarach funkcjonalnych w kraju zdecydowanie szybciej przybywa osób w wieku poprodukcyjnym niż osób w wieku przedprodukcyjnym. Wyjątkiem w badanej grupie jest Metropolia Warszawska, gdzie wartość tego wskaźnika w latach 2009-2018 wzrosła zaledwie o 3%. Ze zdecydowanie większą dynamiką tego zjawiska mamy do czynienia w Subregionie Centralnym (wzrost o 32%), Metropolii GGS (wzrost o 25%) oraz Łódzkim Obszarze Metropolitalnym (wzrost o 25%). Na tym tle sytuacja Metropolii Krakowskiej kształtuje się relatywnie dobrze, o czym świadczy wzrost wartości wskaźnika w ciągu minionej dekady o 15%, co jest drugim wynikiem po Metropolii Warszawskiej (3%) oraz Wrocławskim Obszarze Funkcjonalnym (13%).

Wykres 9. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 os. w wieku przedprodukcyjnym na terenie obszarów funkcjonalnych w Polsce – dynamika [2009-2018]

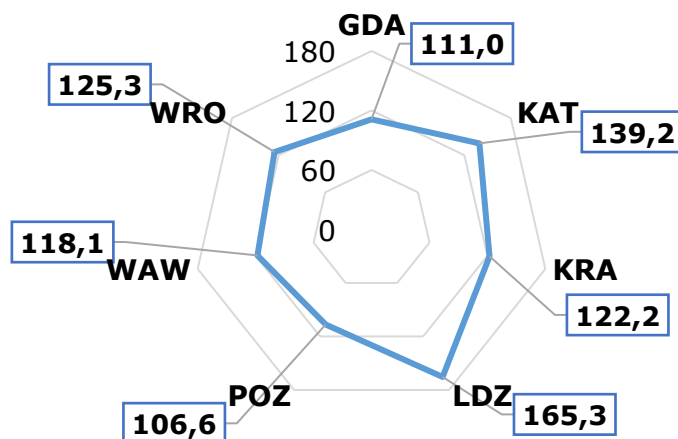


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Analizowane dane wskazują, że o ile istnieje stosunkowo bezpieczna pod względem demograficznym i ekonomicznym proporcja, która wskazuje na przewagę liczby ludności w wieku produkcyjnym nad liczbą ludności w wieku nieprodukcyjnym, o tyle wyraźnie niekorzystnie układa się relacja wskazująca

na zastępowalność pokoleń, tzn. liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w każdym z analizowanych ZIT-ów jest niższa od liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Szczególnie uderzający jest przypadek ZIT-u łódzkiego.

Wykres 10. Ludność w wieku poprodukcyjnym na 100 os. w wieku przedprodukcyjnym [2018 r.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Omawiając kwestie związane ze starzeniem się społeczeństwa, należy uwypuklić znaczenie Krakowa jako drugiego ośrodka akademickiego w Polsce, co zapewnia stały dopływ młodzieży spoza obszaru funkcjonalnego Krakowa, z której istotna część kontynuuje w Metropolii swoją karierę zawodową.

Projektowanie działań w obszarze usług społecznych, powinno być poprzedzone aktualizowaną na bieżąco analizą wpływu zjawisk ekonomicznych i społecznych na sytuację kobiet i mężczyzn. W kontekście negatywnych skutków zjawiska jakim jest starzenie się społeczeństwa, grupą, która najmocniej odczuje dotkliwość tych zmian są i będą kobiety. Ma to związek z ich statystycznie dłuższym życiem, mniejszą aktywnością zawodową (wynikającą również z mniej korzystnej sytuacji na rynku pracy), wcześniejszego odchodzenia na emeryturę, a także kulturowo przypisywanych im funkcji opiekuńczych.

W raporcie o sytuacji osób starszych w Polsce w 2018 r.¹⁰ opisano szereg wniosków i kluczowych obserwacji, które warto tutaj przywołać:

- w Polsce mamy do czynienia z nasilającym się procesem starzenia się społeczeństwa;
- większość osób w wieku senioralnym zamieszkuje w miastach;
- podstawowa przyczyna zgonów osób starszych to choroby układu krążenia i nowotwory;
- rośnie przeciętna przewidywana długość życia – obecnie wynosi ona 73,9 lat mężczyzn i 81,7 lat dla kobiet;
- seniorzy są bierni zawodowo, jednak ponad ¼ osób w wieku 60+ podejmuje kształcenie formalne, poza formalne lub nieformalne;
- w Polsce działa 640 Uniwersytetów Trzeciego Wieku;

¹⁰ Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Białystok 2020

- niecałe 10% seniorów korzysta z bibliotek publicznych;
- ponad ¼ seniorów uczestniczy w zajęciach sportowych i rekreacji ruchowej;
- przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny, przypadający na 1 osobę wynosi 1970 zł, a przeciętna miesięczna emerytura i renta to 2222 zł;
- ponad 20% osób w wieku 60+ posiada zobowiązania z tytułu kredytu konsumpcyjnego;
- lepiej swój stan zdrowia wśród seniorów oceniają mężczyźni niż kobiety.

OPIEKA ZDROWOTNA

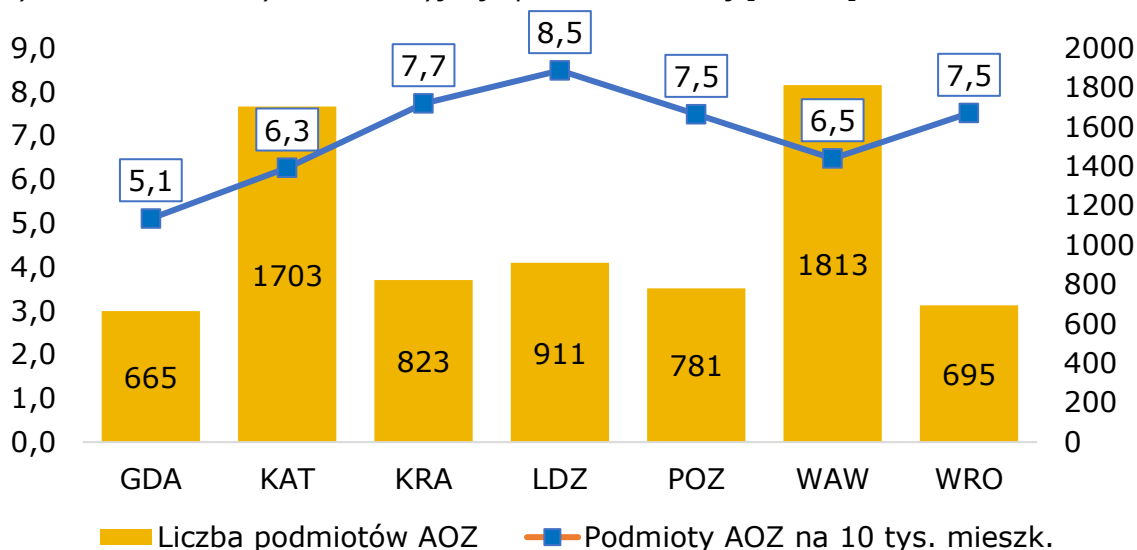
Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na koniec 2017 roku dostępność szpitali na terenie województwa małopolskiego kształtowała się nieznacznie powyżej średniej dla Polski – na jeden szpital przypadało ok. 39 tys. mieszkańców (średnia dla Polski to ok. 40,4 tys. mieszkańców). W okresie 2010-2017 doszło do zwiększenia liczby łóżek w szpitalach ogólnych, leżących na obszarze powiatu m. Kraków, powiatu krakowskiego i powiatu wielickiego o ok. 12% (684 łóżka). Zdecydowana większość (94,9%) miejsc szpitalnych zlokalizowana jest na obszarze miasta Krakowa, które stanowi bazę usług medycznych dla pozostałych obszarów. Przenosząc powyższą obserwację na sytuację w KrOF należy uznać, że prawie cały potencjał KrOF w sferze ochrony zdrowia skoncentrowany jest w Krakowie.

W Krakowie obserwuje się też wysoką dostępność szpitali specjalistycznych i wysokospecjalistycznych. Podobnie jednak jak w przypadku opieki ambulatoryjnej krytyczną determinantę dostępu do usług szpitalnych stanowi liczba usług kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W latach 2012-2018 na terenie Metropolii Krakowskiej wzrosła liczba przychodni z 650 do 823 (wzrost o 27%). W tym okresie, zmniejszenie liczby przychodni nastąpiło jedynie w gminach: Kocmyrzów-Luborzyca oraz Wieliczka. W pozostałych gminach liczba przychodni zwiększyła się, z czego najbardziej dynamiczny przyrost nastąpił w Krakowie – o 38 przychodni.

Według wskaźnika przychodni w przeliczeniu na 10 tys. ludności, najkorzystniej na tle pozostałych gmin KrOF wypada Kraków (9 przychodni). Pozostałe gminy w których analizowany wskaźnik, w 2018 r. był równy lub większy od 5 to: Zielonki, Wielka Wieś, Niepołomice, Michałowice, Kocmyrzów-Luborzyca, Zabierzów oraz Skawina. W zakresie dostępności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOZ), Metropolia Krakowska zajmuje drugą najkorzystniejszą pozycję w porównaniu z innymi obszarami funkcjonalnymi w kraju. Na 10 tys. ludności zamieszkującej Metropolię Krakowską przypada 7,7 przychodni. W analizowanej grupie obszarów wyższą wartość zanotowano jedynie w przypadku Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego.

Wykres 11. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej [2018r.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Przywołany w niniejszej analizie poziom dostępności do podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodni) należy uznać za zadowalający. Warto jednak zauważyć, że społecznie odczuwane deficyty w dostępie do usług zdrowotnych wymagają rozwiązań systemowych na poziomie krajowym.

Poziom ochrony zdrowia jest determinowany zarówno przez dostępność infrastruktury medycznej, jak i dostępność i kwalifikacje personelu medycznego. Wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 10 tys. ludności w mieście Kraków, w latach 2013-2017 systematycznie wzrastał z poziomu 128 do 162 (wzrost o 27%). Relatywnie dynamicznemu wzrostowi liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców Krakowa towarzyszył względny przyrost liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców powiatu wielickiego i krakowskiego – kolejno o 17% i 22% w roku 2017 w stosunku do roku 2013. Należy jednak podkreślić, że w ujęciu bezwzględny przyrost liczby lekarzy w powiecie krakowskim i wielickim był niski – liczba przedstawicieli analizowanej grupy personelu medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców na obszarze tych powiatów jest ok. 6-7 krotnie niższa niż w Krakowie.

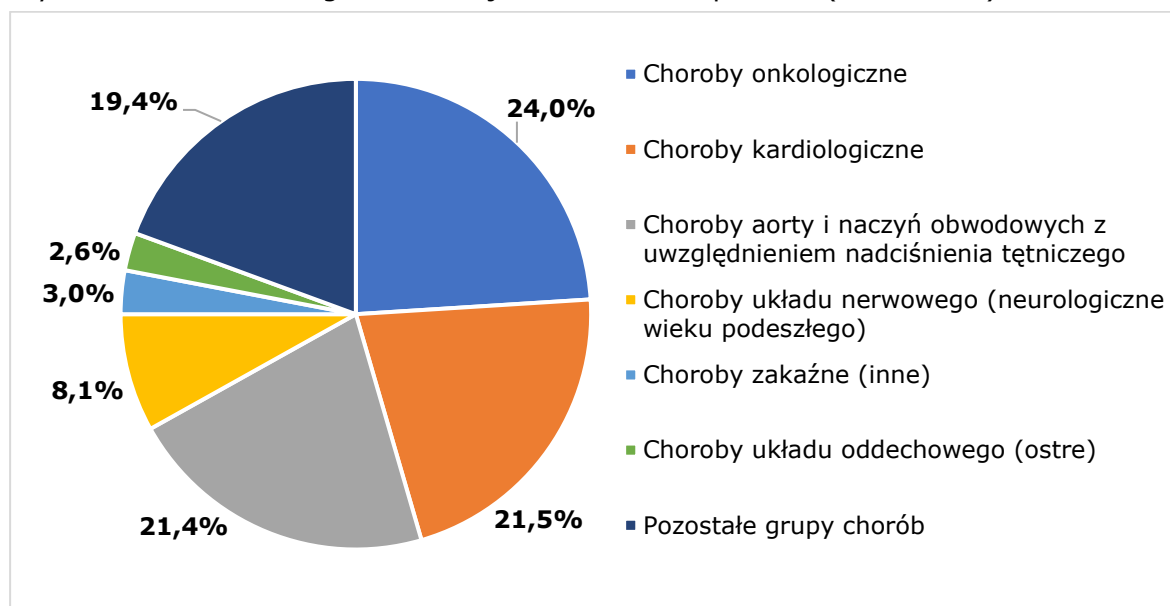
Liczba pielęgniarek i położnych przypadających na 10 tys. ludności w Krakowie, w latach 2013-2017 wzrosła ze 134 do 158. Podobnie jak w przypadku personelu lekarskiego, również w przypadku pielęgniarek i położnych zauważalna jest bardzo duża różnica pomiędzy Krakowem, a powiatem krakowskim i wielickim, gdzie liczba pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców jest ok. 8-9 krotnie niższa.

Analizując dane dotyczące służby zdrowia w KrOF, podkreślenia wymaga fakt, że w przypadku miasta Krakowa zarówno ze szpitali, jak i z Podstawowej Opieki Zdrowotnej korzystają w znacznej mierze osoby przyjezdne (nawet spoza województwa). W związku z powyższym, zaprezentowane kalkulacje, dotyczące wskaźników w przeliczeniu na 1 mieszkańca KrOF mogą nie być w pełni miarodajne.

Jedną z kluczowych miar oceny zdrowia mieszkańców jest przeciętne trwanie życia. Przez ostatnie 30 lat, w Polsce obserwowany jest stały jego wzrost. Przewiduje się, że przeciętne trwanie życia będzie się nadal zwiększać. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, średnia długość życia w województwie małopolskim wynosi 75,3 lat dla mężczyzn i 82,7 lat dla kobiet i jest wyższa od średniej krajowej (odpowiednio 74,1 i 81,8). Średnia długość życia kobiet nie różnicuje się w zależności od rodzaju zamieszkiwanego obszaru, natomiast wśród mężczyzn różnica ta wynosi 1,2 roku na korzyść obszarów miejskich¹¹.

Do głównych przyczyn zgonów w Małopolsce należą choroby układu krążenia i choroby nowotworowe.

Wykres 12. Struktura zgonów w województwie małopolskim (2014-2016)



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. małopolskiego, Ministerstwo Zdrowia

Na terenie województwa małopolskiego realizowane są inicjatywy wdrażane ze środków europejskich, takie jak Małopolski Tele-Anioł – projekt mający na celu wsparcie osób, które z powodów zdrowotnych, niepełnosprawności lub podeszłego wieku nie są w pełni samodzielne. Tele-Anioł jest systemem opieki opartym o **wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych**, który umożliwia 6 000 niesamodzielnym mieszkańcom Małopolski, jak najdłuższe bezpieczne pozostanie w ich środowisku oraz miejscu zamieszkania.

W ramach projektu:

- funkcjonuje Centrum Teleopieki – zapewniające wszystkim uczestnikom możliwość całodobowego przekazania informacji o potrzebie wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa,

¹¹ Trwanie życia w 2019 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020

- wsparcie w postaci usług opiekuńczych oraz sąsiedzkich usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (przydzielanych w zależności od potrzeb i stopnia niesamodzielności) otrzyma 1 800 uczestników.

W projekcie zaplanowano również szkolenia dla opiekunów oraz sąsiadów w zakresie świadczenia usług opiekuńczych¹².

Wyciągając wnioski w zakresie poziomu dostępności i jakości świadczonej opieki zdrowotnej należy pamiętać, że znaczący wpływ na poprawę stanu rzeczy w tym zakresie ma polityka prowadzona na szczeblu krajowym. Z raportu pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli pt. „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” wynika szereg bardzo poważnych uchybień w tym zakresie.

Główne wnioski z raportu¹³:

- Skala finansowania potrzeb zdrowotnych, wyrażona jako udział wydatków systemu ochrony zdrowia w PKB, jest niska w porównaniu do innych krajów europejskich. Skutkuje to niewystarczającą podażą świadczeń zdrowotnych w porównaniu do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych ludności.
- Środki finansowe wydatkowane są głównie na tzw. „medycynę naprawczą”, a nie na zapobieganie chorobom
- Zła organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby.
- Niewystarczająca jest liczba i zakres ogólnopolskich programów profilaktycznych, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków.
- NIK uznaje za niewystarczające działania administracji publicznej na rzecz powszechnej edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, w tym współpracę Ministra Zdrowia z Ministrem Edukacji Narodowej.
- Wbrew pierwotnym założeniom pacjent nie jest traktowany podmiotowo, o czym świadczą liczne, stwierdzone przez NIK, naruszenia jego praw, a także przypadki odsyłania do innych podmiotów leczniczych.
- Pacjenci w Polsce nie mogą korzystać z porównywalnego do mieszkańców Europy Zachodniej zakresu dostępnych opcji terapeutycznych.
- Utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego.
- Problemem pozostaje brak rzetelnej, adekwatnej do faktycznie ponoszonych kosztów, wyceny świadczeń w wielu obszarach oraz kwestia ustalania cen świadczeń w umowach zawieranych przez NFZ
- Sytuację finansową podmiotów leczniczych w znacznym stopniu determinują koszty zatrudnienia, na których wysokość wpływa nie tylko wewnętrzna organizacja pracy, ale i też uwarunkowania zewnętrzne, w tym związane z niedoborem fachowego personelu medycznego

¹² <https://www.malopolska.pl/teleaniol/o-projekcie>

¹³ Informacja o wynikach kontroli. Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, Najwyższa Izba Kontroli, 2019

- Ustalenia kontroli NIK wskazują, że niektórzy świadczeniodawcy, bez rozpoznania potrzeb zdrowotnych, podejmowali działania inwestycyjne
- Niesprawny systemu obiegu informacji nie gwarantuje lekarzowi dostępu do kompleksowej informacji o stanie zdrowia pacjenta. Brakuje wielu istotnych epidemiologicznych rejestrów medycznych, a dane zamieszczone w tych, które istnieją, są często niespójne i niekompletne.
- W wielu międzynarodowych rankingach porównujących systemy ochrony zdrowia polski system zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej.
- Opinia społeczeństwa dotycząca jego funkcjonowania, znajdująca odzwierciedlenie w wynikach badań opinii publicznej, jest w większości negatywna.

Miasto Kraków co roku przygotowuje Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, w którym opisane są najważniejsze elementy opisujące stan zdrowia populacji Krakowa. Informacje omawiane w publikacji są przedstawiane w odniesieniu do wojewódzkich i ogólnopolskich danych porównawczych.

Celem raportów jest przedstawienie syntetycznych danych dotyczących sytuacji demograficzno-epidemiologicznej, dostępnych zasobów opieki zdrowotnej, dostępności do świadczeń zdrowotnych, poziomu zabezpieczenia medycznego w mieście Krakowie oraz działań profilaktycznych służących poprawie jakości życia jego mieszkańców.

Najważniejsze wskaźniki dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków opisano poniżej¹⁴:

- Przyrost naturalny w 2018 r. był wyższy w Krakowie w porównaniu do wartości w Polsce i województwie małopolskim. Wartość przyrostu naturalnego w 2018 r. wynosiła odpowiednio:
 - dla Polski - 0,68/1 000 mieszkańców;
 - dla województwa małopolskiego - 1,59/1000 mieszkańców,
 - dla Krakowa - 2,05/1 000 mieszkańców.
- Współczynnik umieralności niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł w 2018 r.:
 - w Krakowie 2,6/1 000 urodzeń żywych,
 - w Małopolsce 2,9/1 000 urodzeń żywych,
 - w Polsce 3,9/1 000 urodzeń żywych,
 - a wartość dla UE stanowiła 3,6/1 000 urodzeń żywych.
- W 2018 r. przeciętne dalsze trwanie życia wśród kobiet wyniosła:
 - w Krakowie 83,2 lat,
 - w województwie małopolskim: 82,9 lat,
 - a najniższe wartości na poziomie całego kraju wyniosły 81,7 lat.
- W populacji mężczyzn oczekiwana długość życia w Krakowie wynosiła 76,7 lat i była wyższa niż w województwie małopolskim: 75,3 lat oraz w Polsce: 73,8 lat.
- Współczynnik umieralności ogólnej w 2018 r. w Krakowie wyniósł 1 018/100 tys. i był wyższy niż w Polsce: 1 078/100 tys.

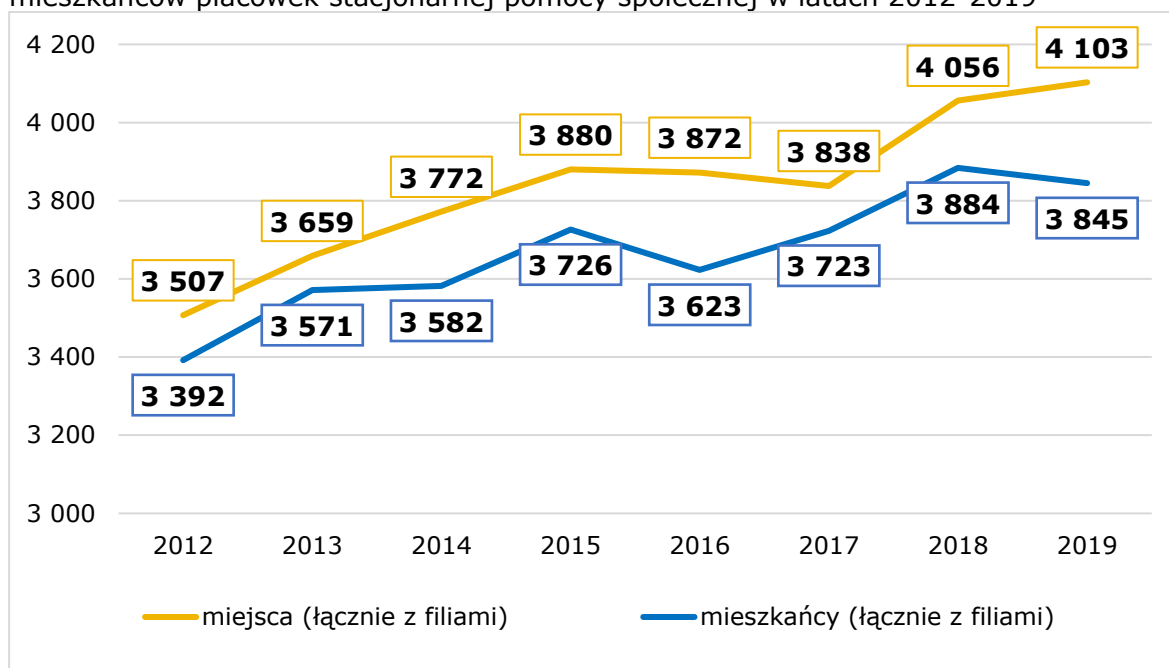
¹⁴ Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach, Urząd Miasta Krakowa, Kraków 2019, https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=1024, 25.08.2020

- Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno w Polsce jak i w Krakowie w 2017 r. były choroby układu krążenia (w Krakowie 50,00% zgonów, w Polsce 41,50% zgonów). Nowotwory stanowiły drugą najczęstszą przyczynę zgonu. W Krakowie w 2017 r. z powodu nowotworów odnotowano 29,1% zgonów, w Polsce 26,5% zgonów. W dalszej kolejności pod względem częstości występowania zgonów były: zewnętrzne przyczyny zgonów (Kraków 3,7%, Polska 4,8%), choroby układu oddechowego (Kraków 5,1%, Polska 6,5%) oraz choroby układu trawiennego (Kraków 5,1%, Polska 4,2%).
- W 2018 r. zaobserwowano wzrost zapadalności na choroby zakaźne w Małopolsce: infekcje grypopodobne i grypę: 15 311/100 tys.; płonice 69,56/100 tys.; boleriozę 98,11/100 tys.
- W 2018 r. współczynnik zapadalności na gruźlicę w Małopolsce ogółem wyniósł 13,0/100 tys. ludności był niższy niż w roku 2017 (13,5/100 tys. ludności).
- W Krakowie w latach 2013–2016 liczba zachorowań na WZW Bi C systematycznie rosła. W roku 2016 w Krakowie odnotowano 52 zachorowania na WZW B i 77 zachorowań na WZW C.
- W 2018 r. współczynnik zapadalności na WZW B w Małopolsce wyniósł 6,04/100 tys. mieszkańców i był niższy w porównaniu do Polski 8,32/100 tys. mieszkańców.
- W 2018 r. współczynnik zapadalności na WZW C w Małopolsce wyniósł 4,83/100 tys., w Polsce 8,96/100 tys. mieszkańców.
- W Małopolsce w 2018 r. wykryto 113 nowych zakażeń HIV, a współczynnik zapadalności na HIV wyniósł 3,33/100 tys. ludności.
- W 2018 r. nie odnotowano żadnego zachorowania na AIDS w Gminie Miejskiej Kraków. W 2018 r. w Małopolsce wartość współczynnika zapadalności wynosiła 0,06/100 tys. i była niższa niż w 2017 r. (0,12/100 tys. osób). W Polsce zapadalność na AIDS w 2018 r. kształtowała się na poziomie 0,31/100 tys. ludności (w 2016 r. – 0,30/100 tys.)

POMOC SPOŁECZNA

W analizie strukturalnej KrOF, warto również uwzględnić istotny parametr, jakim jest system pomocy społecznej. W latach 2012-2019 liczba placówek stacjonarnej pomocy społecznej¹⁵ (wraz z filiami) na obszarze Metropolii Krakowskiej wzrosła z 44 do 48 (31 w Krakowie, 17 w gminach ościennych). Według stanu na 2019 rok, stacjonarne placówki pomocy społecznej dysponowały 4 103 miejscami i przebywało w nich 3 845 mieszkańców.

Wykres 13. Zestawienie liczby miejsc w placówkach pomocy społecznej i liczby mieszkańców placówek stacjonarnej pomocy społecznej w latach 2012-2019

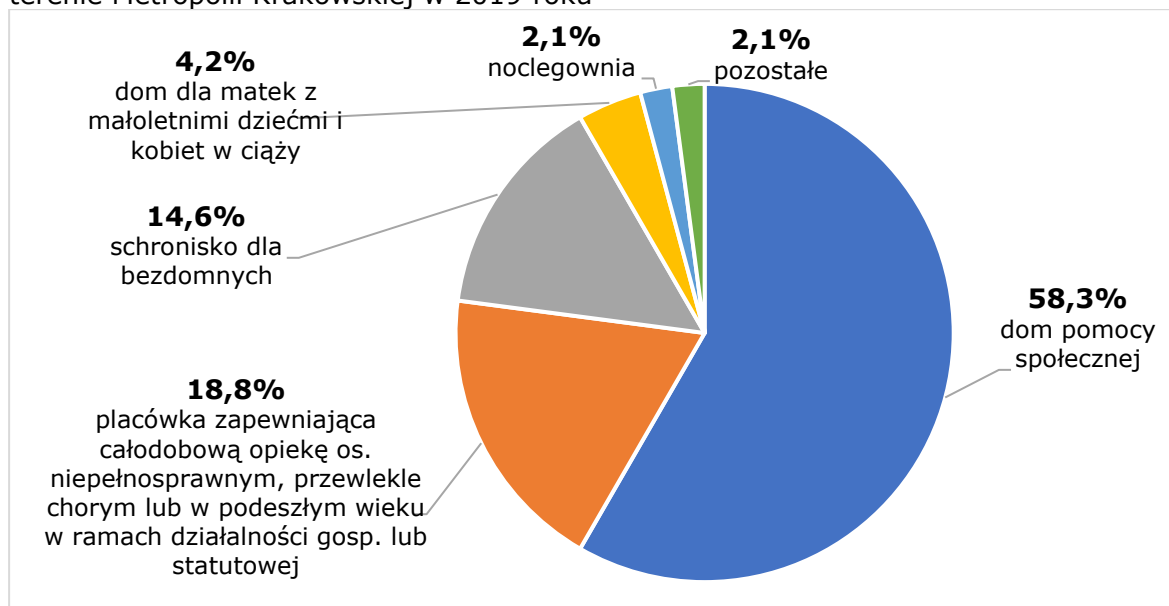


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W 2019 roku, na terenie Metropolii Krakowskiej 28 domów pomocy społecznej (ponad połowa wszystkich zakładów stacjonarnej pomocy społecznej), 9 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej oraz 7 schronisk dla bezdomnych. Liczba jednostek w pozostałych typach placówek wyniosła 4.

¹⁵ Zgodnie z definicją Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, placówki stacjonarnej pomocy społecznej obejmują domy lub zakłady pomocy społecznej.

Wykres 14. Struktura zakładów stacjonarnych pomocy społecznej według typu na terenie Metropolii Krakowskiej w 2019 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Na poziomie całej Metropolii Krakowskiej sytuacja w zakresie dostępności placówek stacjonarnej pomocy społecznej jest optymalna, co może potwierdzać istnienie pewnego potencjału do rozwiązywania problemów z miejscową dostępnością placówek pomocowych z wykorzystaniem współpracy ponadgminnej.

Warto zaznaczyć, że na terenie województwa małopolskiego (według stanu na sierpień 2020 roku) funkcjonowały 53 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej. Dysponowały one w sumie 1958 miejscami¹⁶. 11 z nich znajduje się na terenie Metropolii Krakowskiej, w tym 4 w Krakowie, po 2 w gminach Niepołomice, Świątniki Górne i Wieliczka oraz 1 w gminie Mogilany – w sumie dysponują one 392 miejscami. Pod kątem formy działalności, przeważają podmioty gospodarcze, jedynie 3 placówki świadczą usługi w ramach swojej działalności statutowej.

¹⁶ Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej działających na obszarze województwa małopolskiego - stan na 14 sierpnia 2020 r., Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, <https://bip.malopolska.pl/muw,a,3261,rejestr-domow-pomocy-spoecznej-oraz-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke.html>

Sytuację społeczno-gospodarczą mieszkańców oraz rodzin w KrOF obrazuje m.in. wskaźnik liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne. W latach 2012-2015 nastąpił znaczący spadek liczby rodzin pobierających świadczenia rodzinne¹⁷ (z 18 491 do 14 715), po czym w latach 2016-2017 liczba ta wzrosła do 16 116.

Na terenie KrOF w 2018 roku, działało 8 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (5 w gminach pod Krakowem i 3 w Krakowie).

W okresie 2015-2017 we wszystkich gminach KrOF, wskaźnik liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne wzrósł o 9,5%. Największą dynamiką wzrostu charakteryzowały się gminy: Liszki (20,7%), Michałowice (12,1%), Niepołomice (16,7%), Skawina (17,6%), Wieliczka (15,2%), Wielka Wieś (14,2%), Zabierzów (26,0%) oraz Zielonki (14,7%).

W Krakowie wzrost liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne, w analizowanym okresie wyniósł 6,6%.

Wraz ze wzrostem liczby rodzin otrzymujących świadczenia rodzinne na obszarze KrOF odnotowano również wzrost łącznej kwoty wypłacanych zasiłków. W latach 2012-2017 wzrost wyniósł ok. 40,7 mln PLN. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że w ujęciu względnym, doszło do obniżenia udziału wypłacanych świadczeń rodzinnych w ogóle wydatków z budżetów gmin wchodzących w skład KrOF o ok. 0,5 p.p.

W podziale na poszczególne gminy KrOF, w latach 2015-2017 największą dynamiką zmian w zakresie bezwzględnych kwot wypłacanych świadczeń rodzinnych charakteryzują się: Liszki (wzrost o 47,4%), Michałowice (wzrost o 48,2%) oraz Wielka Wieś (wzrost o 52,0%). Najniższy wzrost kwot analizowanych świadczeń zaobserwowano w gminie Świątniki (18,6%).

W odniesieniu do wskaźnika wysokości świadczenia rodzinnego w przeliczeniu na 1 rodzinę w poszczególnych gminach KrOF, najwyższy poziom występuję w gminach: Kraków, Zabierzów, Zielonki, Niepołomice, Skawina, Wieliczka, Liszki oraz Biskupice, Wielka Wieś, Czernichów, Mogilany, Kocmyrzów-Luborzyca. We wszystkich wymienionych gminach wskaźnik przekroczył 8,0. Najniższy poziom świadczeń (poniżej 7,0) odnotowano w gminach: Igołomia-Wawrzeńczyce, Świątniki Górne oraz Michałowice. W ujęciu względnym najwyższą relacją wydatków na świadczenia rodzinne do ogółu wydatków budżetowych charakteryzują się gminy: Igołomia-Wawrzeńczyce (7,2%), Czernichów (6,4%) oraz Kocmyrzów-Luborzyca (6,4%).

W styczniu 2020 r. weszła w życie ustawa o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych. Daje ona możliwość utworzenia centrum usług społecznych dla jednej lub kilku gmin. Centrum usług społecznych ma być miejscem, w którym mieszkańcy – wszyscy, i sprawni, i niepełnosprawni, starsi, rodziny wielodzietne – otrzymają kompleksowe wsparcie w razie potrzeby.

W gminach, które zdecydują się na wprowadzenie nowej jednostki, OPS może przestać funkcjonować lub może funkcjonować równoległe z nową jednostką.

¹⁷ Dane dotyczą świadczeń z pomocy społecznej, nie obejmują świadczenia wychowawczego 500+.

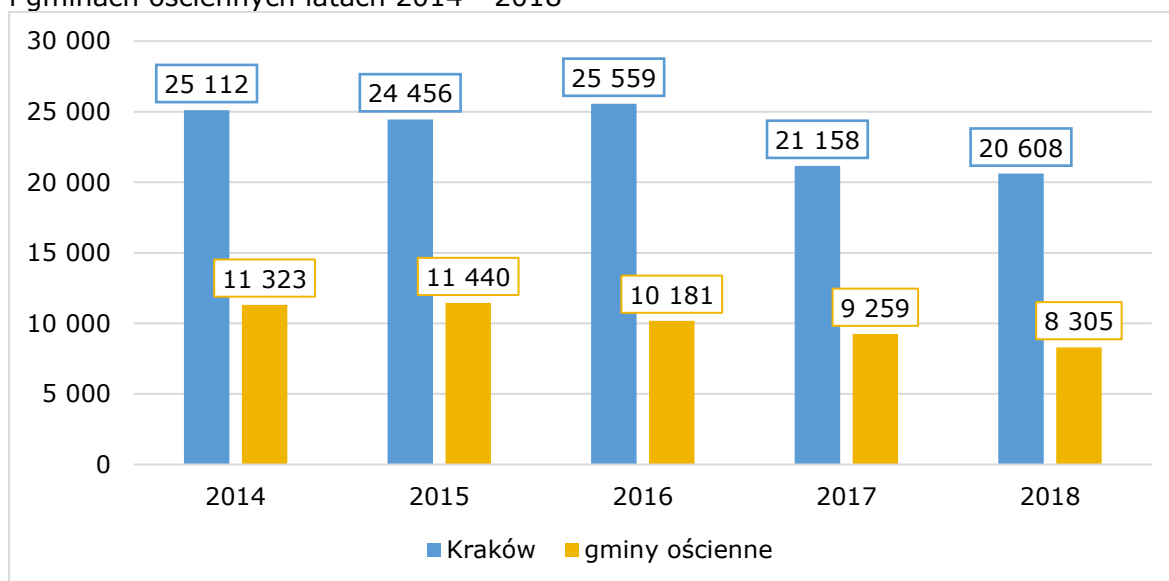
W ramach poszczególnych obszarów funkcjonalnych w kraju, występują istotne różnice w odniesieniu do sytuacji materialnej rodzin mierzone skalą korzystania z zasiłków rodzinnych. O ile sytuację na obszarach warszawskim i wrocławskim należy uznać za stosunkowo korzystną, to na przeciwnym biegunie znajdują się obszary poznański, gdański i łódzki. Metropolia Krakowska plasuje się w niższej części tej klasyfikacji.

Analizując wartości tego wskaźnika w ujęciu dynamicznym należy jednak zwrócić uwagę, iż pomimo dotychczasowego spadku liczby rodzin otrzymujących zasiłki rodzinne, począwszy od 2015 roku we wszystkich badanych jednostkach następuje jego powolny wzrost.

We wszystkich analizowanych jednostkach w latach 2009-2017 zarejestrowano wyraźny spadek liczby osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców. Z największą dynamiką tego procesu mieliśmy do czynienia w przypadku Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego. W analizowanym okresie Metropolia Krakowska zanotowała najmniejszą dynamikę spadku wskaźnika (23%). Należy jednak pamiętać, że w 2009 roku liczba osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej na 1 tys. mieszkańców wynosiła 37 i była większa jedynie od wartości notowanych w przypadku Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego. Również wynik zanotowany przez Metropolię w 2017 roku (28,8), jest gorszy tylko do wyników zanotowanych przez Wrocławski Obszar Funkcjonalny (19,1) oraz Metropolię Warszawską (28,2).

Liczba osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej systematycznie spada. W 2014 roku wynosiła 25 112 dla Krakowa i 11 323 dla gmin ościennych, podczas gdy w 2018 – 20 608 dla Krakowa i 8 305 dla gmin ościennych, co oznacza spadek o 18% w Krakowie i 27% w gminach pod Krakowem.

Wykres 15. Liczba osób korzystających ze środowiskowej opieki społecznej w Krakowie i gminach ościennych latach 2014 - 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

W skali regionu, w 2019 r. korzystanie z pomocy społecznej było powodowane głównie:

- ubóstwem (47,2% klientów pomocy społecznej korzystało ze wsparcia z tej przyczyny),
- długotrwałą lub ciężką chorobą (47,2%),
- niepełnosprawnością (34,8%),
- bezrobociem (28,9%),
- potrzebą ochrony macierzyństwa (27,9%) oraz
- bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (18,8%)¹⁸.

Pozostałe przyczyny przyznawania pomocy społecznej występowały znacznie rzadziej lub w ogóle. Jednak na przestrzeni lat widać zmianę w przyczynach korzystania z pomocy społecznej. Obserwowany jest stały wzrost odsetka osób, którzy otrzymują wsparcie z tytułu długotrwałej lub ciężkiej choroby (wzrost aż o 11 p.p. pomiędzy 2013 i 2019 r.) oraz potrzeby ochrony macierzyństwa (wzrost o 4,8 p.p. pomiędzy 2013 a 2019 r.). Jednocześnie zauważalny jest spadek odsetka beneficjentów pomocy społecznej, którzy otrzymują wsparcie z powodu bezrobocia (spadek o 18,6 p.p. pomiędzy 2013 i 2019 r.), a także ubóstwa (spadek o 15,9 p.p. pomiędzy 2013 i 2019 r.) oraz bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych (spadek o 12,3 p.p. pomiędzy 2014 i 2019 r.). W przypadku niepełnosprawności, pomimo trwającej kilka lat tendencji wzrostowej, w 2019 r. nastąpił niewielki spadek odsetka osób korzystających z pomocy z tej przyczyny (o 0,8 p.p. w porównaniu do roku 2018)¹⁹.

W 2017 roku 11 z 15 gmin Metropolii Krakowskiej posiadało uchwalony, aktualny Gminny Program Rewitalizacji²⁰, który w myśl ustawy, stanowi podstawę do prowadzenia przez gminę procesu wyprowadzania ze stanu kryzysowego obszarów zdegradowanych, poprzez zintegrowane działania na rzecz lokalnej społeczności, przestrzeni i gospodarki²¹. Proces rewitalizacji prowadzony jest na obszarach rewitalizacji, które wyznaczane są, przede wszystkim, w oparciu o wskaźniki społeczne i to właśnie na działaniach skierowanych do lokalnej społeczności powinien być on skoncentrowany. Obecnie, obszary rewitalizacji zajmują 3,7% (4 730 ha) Krakowskiego Obszaru Funkcjonalnego i zamieszkuje je 10,5% jego ludności (ok. 111 370 osób)²². Działania zaplanowane w Gminnych Programach Rewitalizacji mają służyć przede wszystkim rozwiązywaniu problemów społecznych oraz powiązanych z nimi problemów: technicznych, środowiskowych, gospodarczych oraz funkcjonalno-przestrzennych. Działania te mogą być realizowane przez gminę, jak i partnerów publicznych i prywatnych, z wykorzystaniem różnych mechanizmów finansowania.

¹⁸ Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych związana jest z nieumiejętnością planowania życia rodzinnego, zaniedbaniami w sprawach opiekuńczych i nieradzeniem sobie z problemami pojawiającymi się w rodzinie.

¹⁹ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2019, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, 2020

²⁰ 9 gmin KrOF posiada GPR opracowany na podstawie ustawy o rewitalizacji, 2 gminy KrOF (Kraków oraz Zabierzów) posiadają programy rewitalizacji opracowane na podstawie ustawy o samorządzie gminnym.

²¹ Ustawa z dnia 9.10.2015 r. o rewitalizacji (Dz. U. 2015 poz. 1777)

²² *Dane statystyczne z zakresu rewitalizacji na poziomie gmin*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018

W zakresie pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnościami, Miasto Kraków wprowadziło nową usługę – w 2019 roku, na os. Wandy 23, powstał „Hula Hop” - Klub Rodzica z dzieckiem do lat 3 o specjalnych potrzebach rozwojowych, a w 2020 r. planowane jest uruchomienie kolejnego klubu tego rodzaju.

Od 2020 roku, Miasto Kraków realizuje ponadto partnerski projekt (wspólnie z Fundacją Pełną Życia oraz Fundacją Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę Matio) pn. Krakowskie Centrum Informacji i Wsparcia dla Opiekunów Osób Niesamodzielnych, współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 z Europejskiego Funduszu Społecznego. W ramach bezpłatnej opieki wyręczającej realizowana jest:

- opieka wytchnieniowa dla opiekunów osób niesamodzielnych (realizowana wobec osoby niesamodzielnej w miejscu zamieszkania),
- wsparcie psychologa oraz fizjoterapeuty (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
- wsparcie medyczne oraz pielęgniarstwo (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
- indywidualny plan profilaktyki zdrowotnej (zdalnie),
- pomoc w dotarciu do placówek zdrowia/rehabilitacji,
- pomoc w doborze odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego oraz pielęgnacyjnego,
- indywidualne szkolenia dla opiekunów w zakresie opieki nad osobą zależną i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
- grupy wsparcia i spotkania dla opiekunów osób niesamodzielnych,
- doradztwo²³.

WŁĄCZENIE I INTEGRACJA SPOŁECZNA

Istotnym zjawiskiem, które należy mieć na uwadze planując rozwój obszaru funkcjonalnego, jest stały wzrost obywateli zza granicy, osiedlających się tu na pobyt czasowy lub stały. Wg danych EUROSTAT z 2017 roku, w Polsce zarejestrowano najwyższą spośród państw UE liczbę dokumentów pobytowych związanych z zatrudnieniem (prawie pół miliona). Ogromna ilość imigrantów, przybywa tu w celu pracy sezonowej, na którą pozwala zatrudnienie w ramach tzw. procedury uproszczonej (deklaracja pracodawcy o wyrażeniu zgody na zatrudnienie na okres maksymalnie sześciu miesięcy). W 2018 roku, wydano ponad 1,5 mln tego typu dokumentów.

Imigranci przybywający do Polski najczęściej osiedlają się w dużych metropoliach. Województwo małopolskie jest drugim województwem w kraju pod względem liczby przebywających tu cudzoziemców. Według danych Urzędu ds. cudzoziemców z czerwca 2019 roku, liczba cudzoziemców posiadających ważne zezwolenia na pobyt (m.in. czasowy lub stały) osiągnęła w Małopolsce 40 tys. osób. Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowią

²³ <https://wsparciekrakow.pl/>

obecnie obywatele Ukrainy, a ich liczba w ostatnich latach rosła najbardziej dynamicznie. Dominującą formą pobytu są migracje czasowe związane z chęcią podjęcia pracy. Do głównych grup cudzoziemców posiadających ważne zezwolenia na pobyt w województwie małopolskim należą obywatele:

- Ukrainy – 20,8 tys. osób,
- Rosji – 1,5 tys. os.,
- Włoch – 1,4 tys. os.,
- Białorusi – 1,3 tys. os.,
- Indii – 0,9 tys. os.

Większość cudzoziemców (ok. 64%) posiadających zezwolenia na pobyt to osoby w wieku 20–39 lat, a ok. 20% stanowią osoby w wieku 40–59 lat. Przeważającą grupę stanowią mężczyźni (60%). Wśród typów dokumentów posiadanych przez obcokrajowców dominują:

- zezwolenia na pobyt czasowy (do 3 lat) – 58%,
- zarejestrowany pobyt obywatela UE – 23%,
- zezwolenia na pobyt stały – 15%²⁴.

Również krakowskie uczelnie wyższe odnotowują stały wzrost liczby studentów zagranicznych. Dominującą grupę stanowią studenci z Europy, a od kilku lat główna grupa cudzoziemców na polskich uczelniach to studenci z Ukrainy i Białorusi. W 2017 roku na małopolskich uczelniach wyższych studiowało 8,4 tys. obcokrajowców, wśród których 66% stanowili Ukraińcy²⁵.

Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, wraz z Uniwersytetem Ekonomicznym, prowadzi od 2018 roku Obserwatorium Wielokulturowości i Migracji. Celem funkcjonowania projektu jest analizowanie procesów migracyjnych i przemian wielokulturowości w przestrzeni miejskiej. W ramach działalności OWiM powstają m.in. raporty analizujące różne aspekty procesów migracyjnych w mieście oraz wywołanych przez te procesy transformacje społeczności miejskiej czy badania długookresowe imigrantów mieszkających w Krakowie²⁶.

Dane dot. liczby obcokrajowców przebywających w Krakowie różnią się w zależności od źródła – od 32,2 tys. (dane Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego) do 15,6 tys. (dane Urzędu Miasta Krakowa). Tak duża rozbieżność wynika z faktu, że jednostki sięgają do różnych źródeł danych:

- dane Urzędu Miasta Krakowa obejmują dane meldunkowe na pobyt czasowy i stały (15,6 tys.),
- dane Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego obejmują dane z bazy wniosków o zalegalizowanie pobytu na terytorium RP (32,2 tys.),
- dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych obejmują dane z rejestru ubezpieczonych (31,7 tys.).

²⁴ Urząd do spraw cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/malopolskie-drugim-wojewodztwem-pod-wzgledem-liczby-cudzoziemcow/>

²⁵ *Imigranci w województwie małopolskim*, Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, Kraków 2019

²⁶ <https://owim.uek.krakow.pl/>

Najliczniejszą grupę obcokrajowców stanowią obywatele krajów Europy (pow. 80%). Natomiast od 70 do 85% z nich to obywatele Ukrainy. Poza Ukrainą w pierwszej dziesiątce krajów pochodzenia migrantów znajdują się kraje UE: Włochy, Hiszpania, Francja, Niemcy i Wielką Brytania, natomiast obywatelami spoza UE są najczęściej Białorusini oraz Rosjanie. W pierwszej dziesiątce imigrantów spoza Europy, znajdują się Hindusi i Wietnamczycy²⁷.

Aby odpowiednio wesprzeć proces integracji imigrantów, konieczne jest wypracowanie odpowiednich narzędzi w zakresie polityki edukacyjnej oraz wspierania przedsiębiorczości i aktywności ekonomicznej cudzoziemców. Istotnym zadaniem, będzie też wspieranie trzeciego sektora i organizacji pozarządowych działających na rzecz cudzoziemców.

ZASOBY MIESZKANIOWE

Na jakość życia w miejskich obszarach funkcjonalnych wpływa dostępność odpowiedniej jakości zasobów mieszkaniowych. Ma ona bowiem duży wpływ na zaspokojenie najbardziej podstawowych potrzeb człowieka: poczucia bezpieczeństwa, prawa do życia i reprodukcji oraz poczucia godności. KrOF jest obszarem, który na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat rozwija się w zakresie budownictwa, w tym mieszkaniowego. Po akcesji Polski do Unii Europejskiej, można zaobserwować wyraźny trend wzrostowy w zakresie oddawanych do użytku budynków mieszkalnych i budynków ogółem. Skumulowany roczny wskaźnik wzrostu w latach 2004-2017 dla KrOF w zakresie budynków ogółem wyniósł 3,3%.

W samym Krakowie, w 2019 roku, do użytku oddano 13 184 mieszkania (więcej o ponad 3,5 tys. niż w 2018). Kraków znajduje się na drugim miejscu (po Warszawie) w rankingu miast Polski pod względem nowo oddanych do użytku mieszkań²⁸.

W latach 2015-2017 w zdecydowanej większości gmin KrOF zwiększyła się liczba budynków mieszkalnych. Gminy, w których tempo wzrostu realizowanych inwestycji mieszkaniowych było najwyższe to Kraków, Niepołomice, Skawina oraz Wielka Wieś. W niektórych gminach KrOF można zaobserwować trend spadkowy, jeżeli chodzi o liczbę budynków mieszkalnych. Najbardziej istotne spadki wystąpiły, w takich gminach jak: Liszki, Wieliczka, Zabierzów oraz Zielonki.

W związku z ciągłym wzrostem atrakcyjności inwestycyjnej Krakowa, w latach 2015-2017 można zaobserwować wyraźny wzrost powierzchni użytkowej mieszkań w nowym budownictwie, oddanych do użytkowania - ok. 230 000 m². Pozostałe gminy, w których odnotowano relatywnie znaczący przyrost budowanej powierzchni użytkowej mieszkań to: Skawina, Świątki Górne, Wieliczka oraz Wielka Wieś. W pozostałych gminach, w latach 2015-2017

²⁷ *Imigranci w Krakowie w świetle danych rejestrowych*, Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2019

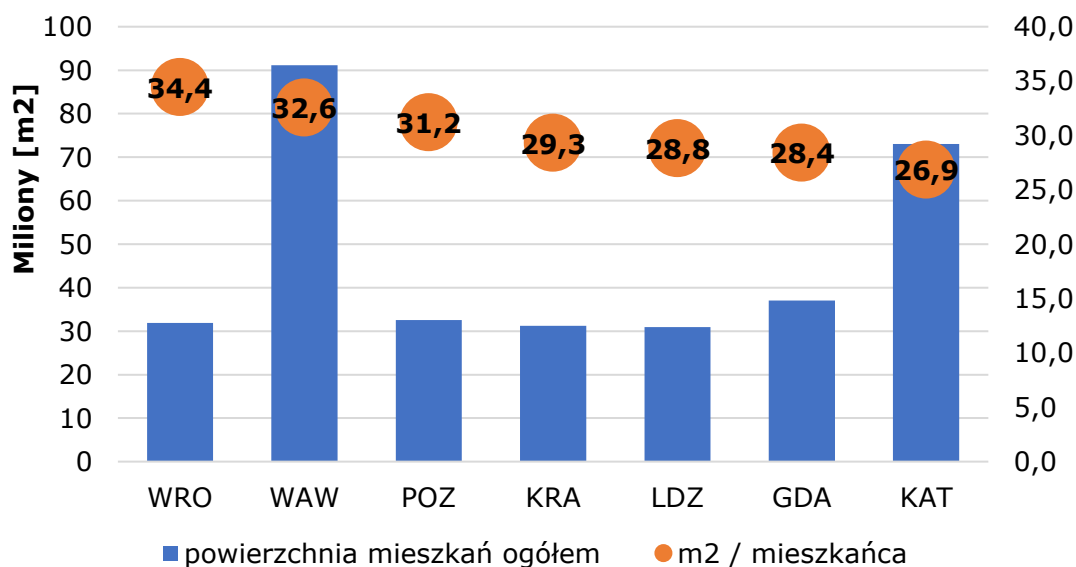
²⁸ Raport o Stanie Gminy 2019, Urząd Miasta Krakowa, Wydział Strategii, Planowania i Monitorowania Inwestycji, Kraków, 2020

można zaobserwować stabilizację w zakresie wielkości powierzchni w oddanych do użytkowania nowych mieszkaniach.

W odniesieniu do innych obszarów funkcjonalnych w kraju, szczególną uwagę w tej grupie zwracają Metropolia Warszawska oraz Subregion Centralny. W 2017 roku tylko w tych dwóch jednostkach znajdowało się 50% zasobu mieszkaniowego zlokalizowanego na terenie wszystkich badanych obszarów funkcjonalnych. Średnia powierzchnia mieszkalna przypadająca na 1 mieszkańca w badanej grupie jednostek oscyluje wokół 30 m², a najkorzystniej prezentuje się we Wrocławskim Obszarze Funkcyjnym.

Pozycję Metropolii Krakowskiej w tej dziedzinie należy uznać za przeciętną. Mimo trwającego boomu na rynku mieszkaniowym w stolicy województwa, jak i znacznej części gmin ościennych, wobec wciąż istotnych deficytów w zasobie mieszkaniowym, w najbliższym czasie nie należy się spodziewać znaczącego polepszenia wskaźnika wielkości powierzchni mieszkalnej przypadającej na 1 mieszkańca.

Wykres 16. Ogólna oraz średnia powierzchnia mieszkań na terenie obszarów funkcjonalnych w kraju [2017 r.]



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Do zadań własnych gminy należy tworzenie warunków do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych lokalnej społeczności. Zadanie to realizowane jest poprzez utrzymywanie i zarządzanie gminnym zasobem mieszkaniowym. Polega ono także na zapewnianiu mieszkań komunalnych gospodarstwom domowym o niskich dochodach, poprzez dostarczanie osobom uprawnionym lokali socjalnych, zamiennych i pomieszczeń tymczasowych.

W 2018 roku na terenie KrOF znajdowało się 15 828 mieszkań gminnych (15 013 w Krakowie i 815 w gminach ościennych) oraz 4 057 lokali socjalnych (3 882 w Krakowie i 175 w gminach ościennych).

W Krakowie, w 2018 liczba osób oczekujących na przyznanie lokalu socjalnego spadła w stosunku do lat poprzednich (1 469 w roku 2018, 1 989 w roku 2017).

Tabela 2. Zasoby mieszkaniowe (komunalne) gmin Krakowskiego Obszaru Funkcjonalnego w latach 2015 i 2018

GMINA	mieszkania ogółem		lokale socjalne	
	2015	2018	2015	2018
Biskupice	5	4	0	0
Czernichów	13	18	4	4
Igołomia-Wawrzeńczyce	9	8	0	0
Kocmyrzów-Luborzyca	34	44	0	16
Kraków	16 630	15 013	2 290	3 882
Liszki	8	6	0	0
Michałowice	32	32	0	0
Mogilany	bd.	bd.	bd.	bd.
Niepołomice	55	51	16	16
Skawina	468	400	109	115
Świątniki Górne	8	8	0	0
Wieliczka	194	196	7	7
Wielka Wieś	1	0	0	0
Zabierzów	13	14	7	6
Zielonki	35	34	12	11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS

Spis źródeł

1. Dane Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/>, 18.03.2020
2. *Dane statystyczne z zakresu rewitalizacji na poziomie gmin*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018
3. Dane Urzędu do spraw cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/malopolskie-drugim-województwem-pod-wzglem-liczby-cudzoziemcow/>, 01.04.2020
4. *Imigranci w Krakowie w świetle danych rejestrowych*, Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2019
5. *Imigranci w województwie małopolskim*, Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, Kraków 2019
6. *Informacja o wynikach kontroli. Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Najwyższa Izba Kontroli, 2019
7. *Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2018*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, 2019
8. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r.
9. *Raport o Stanie Gminy 2019*, Urząd Miasta Krakowa, Wydział Strategii, Planowania i Monitorowania Inwestycji, Kraków, 2020
10. *Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach*, Urząd Miasta Krakowa, Kraków 2019, https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=1024, 25.08.2020
11. *Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej działających na obszarze województwa małopolskiego - stan na 14 sierpnia 2020 r.*, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, <https://bip.malopolska.pl/muw,a,3261,rejestr-domow-pomocy-spoecznej-oraz-placowek-zapewniajacych-calodobowa-opieke.html>, 25.08.2020
12. *Strategia Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030.*, przyjęta Uchwałą nr XCIV/2449/18 Rady Miasta Krakowa z dn. 7.02.2018 r.
13. *Strategia Rozwoju Województwa „Małopolska 2030”* – projekt do konsultacji społecznych, Załącznik nr 1 do uchwały nr 1612 /19 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 29 sierpnia 2019 r., Kraków 2019
14. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, Białystok 2020
15. Urząd do spraw cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/malopolskie-drugim-województwem-pod-wzglem-liczby-cudzoziemcow/>
16. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1700)
17. Ustawa z dnia 9.10.2015 r. o rewitalizacji (Dz. U. 2015 poz. 1777)