

Załącznik do Uchwały Nr
Rady Miasta Krakowa
z dnia r.

**GMINNY PROGRAM
PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH
ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA LATA 2027–2030**

SPIS TREŚCI:

I.	WPROWADZENIE	5
II.	PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU	7
III.	PROBLEMATYKA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W OBSZARZE ZDROWIA PUBLICZNEGO	10
IV.	DIAGNOZA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W MIEŚCIE KRAKOWIE	18
V.	CHARAKTERYSTYKA DZIELNIC MIASTA KRAKOWA.....	35
V.1.	Stare Miasto – Dzielnica I.....	36
V.2.	Grzegórzki – Dzielnica II.....	37
V.3.	Prądnik Czerwony – Dzielnica III	38
V.4.	Prądnik Biały – Dzielnica IV	39
V.5.	Krowodrza – Dzielnica V.....	39
V.6.	Bronowice – Dzielnica VI.....	40
V.7.	Zwierzyniec – Dzielnica VII.....	41
V.8.	Dębniki – Dzielnica VIII.....	42
V.9.	Łagiewniki–Borek Fałęcki – Dzielnica IX	43
V.10.	Swoszowice – Dzielnica X.....	44
V.11.	Podgórze Duchackie – Dzielnica XI.....	45
V.12.	Bieżanów–Prokocim – Dzielnica XII	46
V.13.	Podgórze – Dzielnica XIII	47
V.14.	Czyżyny – Dzielnica XIV	48
V.15.	Mistrzejowice – Dzielnica XV	49
V.16.	Bieńczyce – Dzielnica XVI.....	50
V.17.	Wzgórza Krzesławickie – Dzielnica XVII.....	51
V.18.	Nowa Huta – Dzielnica XVIII	52
V.19.	Podsumowanie	53
VI.	MONITORING ZJAWISKA PRZYJMOWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA TERENIE MIASTA KRAKOWA W OPARCIU O SYSTEM INSTYTUCJI WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z GMINĄ MIEJSKĄ KRAKÓW	57
VII.	CEL GŁÓWNY, CELE SZCZEGÓŁOWE ORAZ ZADANIA PROGRAMU	60
VII.1.	Cel główny	60
VII.2.	Cele szczegółowe oraz zadania Programu	62
VIII.	WSKAŹNIKI MONITORINGU I RYZYKA DLA PROGRAMU	72
VIII.1.	Wskaźniki dla programu	72

VIII.2.	Ryzyka dla programu	72
VIII.3.	Interesariusze Programu	72
IX.	REALIZACJA PROGRAMU	74
IX.1.	Podmiot koordynujący i realizatorzy	74
IX.2.	Harmonogram realizacji, źródła finansowania	74
X.	SPOSÓB SPRAWOZDANIA	75
XI.	ZASADY WYNAGRADZANIA CZŁONKÓW MIEJSKIEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W KRAKOWIE	76
XII.	SPIS TABEL, WYKRESÓW I MAP	77
XIII.	BIBLIOGRAFIA	78

„Każda forma uzależnienia jest szkodliwa – niezależnie od tego, czy narkotykiem jest alkohol, morfina czy idea.”

Carl Gustav Jung

I. WPROWADZENIE

Uzależnienie jest przewlekłym i nawracającym zaburzeniem o złożonym obrazie klinicznym, obejmującym konsekwencje w obszarze zdrowia psychicznego i somatycznego. Stanowi ono istotny problem zdrowia publicznego. Na jego rozwój wpływa współoddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Uzależnienie od substancji psychoaktywnej charakteryzuje się ograniczeniem zdolności kontrolowania zachowań związanych z jej używaniem. Może przejawiać się silnym pragnieniem lub przymusem użycia, a także kompulsywnym poszukiwaniem i przyjmowaniem substancji, pomimo świadomości wynikających z tego szkód. Rozpowszechnienie uzależnień jest związane między innymi ze stylem życia, wzorcami konsumpcji oraz uwarunkowaniami historycznymi, kulturowymi, społecznymi i ekonomicznymi.

W 2019 r. Al-Imam i Motyka przedstawili charakterystykę współczesnego „podziemia narkotykowego”. Zgodnie z przywołaną definicją zjawisko to opiera się w znacznej mierze na indywidualnej sprawczości, efektywności ekonomicznej, rozbudowanej logistyce, wykorzystywaniu nowych technologii oraz elastycznym dostosowywaniu rynku do potrzeb odbiorców. Stanowi ono wyzwanie dla polityki dotyczącej przeciwdziałania narkomanii, ponieważ jego skuteczna kontrola wyłącznie za pomocą tradycyjnych instrumentów represyjnych jest ograniczona (Al-Imam i Motyka, 2019).

Przytoczona definicja wskazuje, że skuteczne przeciwdziałanie problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych wymaga podejścia zintegrowanego i międzysektorowego. Działania podejmowane samodzielnie przez poszczególne instytucje na poziomie lokalnym mogą być niewystarczające do ograniczenia skali i następstw tego zjawiska. Podstawę skoordynowanych działań powinna stanowić rzetelna diagnoza lokalna.

Rozpoznanie skali i charakteru problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych umożliwia opracowywanie i wdrażanie programów opartych na wynikach badań oraz analizie dostępnych danych. Systematyczna analiza wyników badań pozwala lepiej identyfikować potrzeby mieszkańców, określać priorytety interwencji oraz racjonalnie alokować dostępne środki finansowe. Ułatwia również dostosowanie działań instytucji do skali występujących zagrożeń i problemów.

W realizację tych działań powinny być zaangażowane w szczególności podmioty lecznicze prowadzące leczenie uzależnień, podmioty podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, placówki oświatowe, Policja, straż miejska, organizacje pozarządowe, prokuratura, sądy oraz właściwe jednostki administracji publicznej. Planowanie działań z uwzględnieniem zmian w skali i charakterze zjawiska umożliwia odpowiednie dostosowywanie lokalnego systemu profilaktyki, pomocy i interwencji.

Diagnoza prowadzona w formie stałego monitoringu dostarcza informacji niezbędnych do oceny aktualnej sytuacji oraz stanowi podstawę ewentualnej modyfikacji Programu. Celem monitoringu jest opracowywanie wniosków i rekomendacji możliwych do praktycznego wykorzystania przez podmioty realizujące zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

Diagnoza powinna być prowadzona w dwóch podstawowych obszarach. Pierwszy obejmuje ocenę skali i charakteru problemów związanych z uzależnieniami, w tym:

- rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji psychoaktywnych;
- wzorce i częstotliwość ich używania;
- szacunkową liczbę osób używających substancji psychoaktywnych;
- problemy zdrowotne związane z ich używaniem;
- liczbę i charakter przypadków zatruć oraz przedawkowań;
- zgony związane z używaniem substancji psychoaktywnych;
- poziom dostępności poszczególnych substancji;
- inne uwarunkowania związane ze skalą i dynamiką zjawiska.

Drugi obszar obejmuje ocenę zakresu, zróżnicowania i kompleksowości prowadzonych działań profilaktycznych, jakości realizowanych programów oraz dostępności oferty pomocowej. Analizie powinny podlegać w szczególności działania z zakresu leczenia, rehabilitacji, reintegracji społecznej i redukcji szkód, a także dostępne zasoby kadrowe, organizacyjne i finansowe.

W tym obszarze należy również uwzględnić lokalne uwarunkowania kulturowe, społeczne i ekonomiczne. Obejmują one między innymi postawy mieszkańców wobec substancji psychoaktywnych, poziom wiedzy na temat następstw ich używania, sposób postrzegania ryzyka oraz poziom społecznego przyzwolenia na używanie poszczególnych substancji.

Prowadzenie diagnozy na poziomie gminnym wymaga systematycznego gromadzenia i analizowania informacji we współpracy z właściwymi instytucjami i podmiotami. Dane statystyczne przekazywane przez jednostki realizujące zadania związane z profilaktyką, leczeniem, pomocą społeczną, bezpieczeństwem publicznym i edukacją stanowią istotne źródło wiedzy wykorzystywanej w zarządzaniu Programem. Umożliwiają one bieżące dostosowywanie jego działań do zmian zachodzących w lokalnym środowisku.

Podejście oparte na systematycznym monitoringu ma również istotne znaczenie w odniesieniu do uzależnień behawioralnych, które zostały objęte zakresem zadań realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na podstawie przepisów obowiązujących od 1 stycznia 2022 r.

II. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

Ustawy:

- z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 z późn. zm.),
- z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1939),
- z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1673 z późn. zm.),
- z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 149),
- z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zm.).

Programy krajowe:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026, przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 642 z późn. zm.)
- Rządowy Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024–2030, przyjęty Uchwałą Nr 205 Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2023 r. (M. P. z 2023 r. poz. 1232 z późn. zm.)

Programy regionalne i gminne:

- Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom, w tym uzależnieniom behawioralnym na lata 2022–2028, przyjęty Uchwałą Nr XLVIII/673/21 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 27 grudnia 2021 r. i zmieniony Uchwałą Nr XXX/444/26 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 25 maja 2026 r.
- Strategia Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030.” przyjęta Uchwałą Nr XCIV/2449/18 Rady Miasta Krakowa z dnia 7 lutego 2018 r.
- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa 2030, przyjęta Uchwałą Nr XCIII/2554/22 Rady Miasta Krakowa z dnia 31 sierpnia 2022 r.

Programy gminne dotyczące alkoholu

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 2151) do zadań własnych gminy należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. Zadania te obejmują:

- Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową,
- Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,

- Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ww. ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego,
- Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Zadania gmin w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom są zadaniami własnymi, a samorząd ma wskazane źródło finansowania, czyli dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Zgodnie z art. 18² ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „Dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ wykorzystywane będą na realizację:

- gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa w art. 4¹ ust. 2,
- zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o którym mowa w art. 4¹ ust. 2 – i nie mogą być przeznaczone na inne cele”.

Oznacza to, że finansowanie zadań z ww. dochodów musi mieć bezpośredni związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii w rozumieniu ww. ustaw i tylko takie zadania mogą być wpisane do gminnych programów. Dodatkowo, ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1492 z późn. zm.), wprowadziła opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o pojemności nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, określanych jako „małpki”. Opłaty te stanowią:

- w 50% dochód gmin, na terenie których jest prowadzona sprzedaż napojów alkoholowych,
- w 50% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i mają wskazany cel ustawowy.

Zgodnie z art. 93 ust. 4 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, „Gmina przeznacza środki, o których mowa w ust. 3 pkt 1, na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożycia alkoholu”.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii do zadań własnych gminy należy przeciwdziałanie narkomanii. Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw w art. 2 wprowadziła zmiany do ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Między innymi art. 4¹ ust. 2 otrzymał brzmienie: „Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii,

określone w Narodowym Programie Zdrowia. Elementem gminnego programu mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym.” Nowelizacja wprowadziła również możliwość sporządzania programu „na okres nie dłuższy niż 4 lata”.

Realizując Gminny Program, należy bezwzględnie przestrzegać ustawowego wymogu, aby każde zadanie, które zostało wpisane do Programu, dotyczyło profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Tylko na takie zadania mogą zostać wydatkowane środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o czym stanowi art. 11¹: „W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań określonych w art. 4¹ gminy pobierają opłatę za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o których mowa w art. 18”. W kontekście brzmienia art. 4¹, planując działania w ramach Gminnego Programu, należy jednocześnie uwzględniać zadania wskazane do realizacji przez Narodowy Program Zdrowia.

Wybrane dane z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w latach 2023–2026 – w ramach programu zrealizowano wszystkie wymienione cele I–VII, jednak mając na względzie ich obszerność skupiono się na wybranych aspektach.

III. PROBLEMATYKA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W OBSZARZE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Używanie substancji psychoaktywnych znacząco wpływa na zdrowie zarówno psychiczne jak i somatyczne. W promocji substancji psychoaktywnych kluczową rolę odgrywa reklama. Najlepszym przykładem jest historia napoju Vin Mariani będącego mieszaniną wina i ekstraktu z liści koki (*Erythroxylum coca*), którego promocja zaczęła się w latach 60. XIX w. W pierwszym okresie promocji podkreślano przede wszystkim aspekty lecznicze Vin Mariani. Jednak, dzięki umiejętnie prowadzonej kampanii reklamowej, mikstura przekroczyła status „leku” i stała się przyjemnym napojem pobudzającym codziennego użytku (Smith, 2008). W tym celu wykorzystywano tzw. „listy medyczne” oraz opinie uzyskane ze świata ówczesnych celebrytów. Po rozszerzeniu dystrybucji na rynki europejskie skierowano promocję na rynek Ameryki Północnej. Już w połowie lat 80. XIX pojawiły się doniesienia o „zatruciach kokainowych” powstałych w wyniku jej stosowania jako środka znieczulającego. Jednak pomimo sygnałów dotyczących stosowania zarówno czystej kokainy, jak również napojów ją zawierających nie zaprzestano produkcji, promocji i sprzedaży tego specyfiku. Historia Vin Mariani to przykład czterdziestoletniego sukcesu marketingowego promującego substancję psychoaktywną na skalę ogólnoswiatową (Smith, 2008). Przedstawiony przykład odpowiada obserwowanym obecnie strategiom marketingowym promującym specyfiki zawierające w swoim składzie substancje psychoaktywne.

Konopie

Konopie indyjskie są najpowszechniej używanym nielegalnym środkiem odurzającym w Europie. Najnowsze szacunki informują, że około 1,5% dorosłych mieszkańców Unii Europejskiej (4,3 mln osób) jest codziennymi lub prawie codziennymi konsumentami konopi indyjskich. Osoby te są najbardziej narażone na problemy związane z używaniem tego narkotyku. Natomiast w grupie wiekowej 15–34 lat około 2,2% (2,2 mln) osób używa konopi indyjskich codziennie albo prawie codziennie. W roku 2025 konopie indyjskie były głównym problemem narkotykowym najczęściej wymienianym przez nowych pacjentów rozpoczynających leczenie, stanowi to aż 42% wszystkich przypadków osób po raz pierwszy podejmujących leczenie z powodu uzależnień (Europejski Raport Narkotykowy, 2025).

Kampania mająca na celu akceptację konopi indyjskich oraz produktów z nich otrzymywanych jako skutecznego środka medycznego (olejki CBD, marihuana lecznicza) jest prowadzona z pełnym pominięciem faktycznych zagrożeń związanych z przyjmowaniem tych substancji. Obecnie w mediach społecznościowych trwa promocja przetworów otrzymywanych z konopi indyjskich. W przekazach medialnych prezentowane są informacje o środku przedstawianym jako rozwiązanie wielu problemów zdrowotnych na wiele chorób. Środek ten jest przedstawiany jako wyjątkowo skuteczny, lecz niedoceniany i odrzucany przez instytucje lub osoby odpowiedzialne za dopuszczenie go do obrotu (Martínez-Peña i in., 2021; Reece i Hulse, 2024).

Informacje o niskim potencjale uzależniającym przetworów konopi powodują masowy wzrost ich popularności. W 2018 r. opisano w prestiżowym *Lancet Psychiatry* neurobiologiczny model uzależnienia od przetworów otrzymywanych z konopi określany jako *Cannabis use disorder* (Koob i Volkow, 2016). Wielokrotne używanie konopi powoduje zmiany neurobiologiczne w mózgu, które można podzielić na trzy odrębne etapy, z których każdy utrwała cykl uzależnienia. Przedkliniczne i kliniczne badania wykazały, że podawanie Δ^9 -THC posiada właściwości zwiększające sygnalizację dopaminergiczną. Zwiększone uwalnianie dopaminy jest

charakterystyczne dla wszystkich substancji wywołujących uzależnienie (kluczowy efekt wzmacniający). Objawy towarzyszące odstawieniu konopi pojawiają się w podobnym czasie i w podobny sposób jak po odstawieniu innych substancji uzależniających. Skutki odstawienia są podobne do odstawienia innych narkotyków.

Przewlekłe stosowanie konopi powoduje zaburzenia funkcji poznawczych. Są one jednak specyficzne dla wieku. U młodzieży przewlekłe stosowanie konopi powoduje trwałe deficyty pamięci oraz obniżenia IQ. Efekty upośledzenia poszczególnych funkcji w dużej mierze zależały od ilości stosowanych/używanych konopi. Stosowanie konopi powoduje zaburzenia funkcjonowania receptora CB1R (docelowego receptora Δ^9 -THC), podobne zmiany tego receptora powodują takie substancje uzależniające jak: heroina, stymulanty i alkohol przewlekłe stosowany (Koob i Volkow 2016, Hurd i in., 2019).

Przetwory konopi (medyczna marihuana, olejki CBD) mają odgrywać rolę w leczeniu różnych dolegliwości, od bólu neuropatycznego po epilepsję, nudności, raka i choroby neurodegeneracyjne. Jednak większość dowodów na ich działanie jako środka leczniczego nie jest oparta na dowodach klinicznych (Reece i Hulse, 2024, Hayer i in., 2023). Ponadto, najnowsze doniesienia informują o silnej genotoksyczności substancji zawartych w konopiach i stymulacji przez nie procesów nowotworowych (Reece i Hulse, 2024). Natomiast badania z Canady i USA wskazują, że substancje zawarte w konopiach przenikają przez łożysko i negatywnie wpływają na rozwój ośrodkowego układu nerwowego płodu (Hurd i in., 2019, Martínez-Peña i in., 2021; Hayer i in., 2023) w rezultacie powodując uszkodzenia podobne do FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych).

Marginalizując konsekwencje „medycznego” używania konopi i otrzymywanych z nich przetworów obserwuje się promocję trendu stwarzającego istotne ryzyko, szczególnie wśród osób młodych, będących silnie narażonych na działanie związków psychoaktywnych zawartych w konopiach (ponad 100 związków oddziałujących na ośrodkowy układ nerwowy). Opisana sytuacja sprawia również, że obserwuje się znaczący wzrost uzależnień od konopi i przetworów z nich uzyskiwanych. Niezbędne są zatem działania, których celem będzie przekazywanie rzetelnej wiedzy na temat tych zagrożeń.

Alkohol

Alkohol jest substancją psychoaktywną. Uzależnienie od alkoholu jest przewlekłym zaburzeniem charakteryzującym się utratą kontroli nad piciem, zmianą tolerancji na tę substancję oraz objawami zespołu abstynencyjnego prowadzącymi do szkodliwych następstw zdrowotnych. Alkohol jest uważany za jeden z najważniejszych czynników wpływających negatywnie na zdrowie człowieka, dane statystyczne informują o znacznych stratach zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez tę substancję. Jednak pomimo takich danych alkohol wciąż jest legalnym i popularnym produktem konsumpcyjnym szeroko dostępnym praktycznie na całym świecie. Szacowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi ponad 200 milionów, co stanowi około 4% dorosłych na całym świecie. Ponadto dla osób w wieku 15–49 lat alkohol znajduje się na pierwszym miejscu na liście czynników ryzyka przedwczesnej śmierci. Przedwczesna umieralność młodych mężczyzn może być również źródłem kryzysów demograficznych. Alkohol jest substancją psychoaktywną wywołującą nie tylko uzależnienie. Wśród chorób powodowanych przez alkohol wymieniane są choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia psychiczne, choroby przewodu pokarmowego, nowotwory, zaburzenia odporności, choroby układu kostnego. Dane statystyczne wskazują, że alkohol przyczynia się

również do wzrostu ryzyka wystąpienia takich problemów społecznych jak: przestępczość, przemoc oraz problemy rodzinne. Pierwsze regulacje dotyczące alkoholu sięgają starożytności. Na przełomie XIX i XX w. ruchy abstynenckie i prohibicyjne próbowały radykalnie ograniczyć konsumpcję alkoholu. W drugiej połowie XX w. nastąpiła tzw. medykalizacja alkoholizmu. Przełomem było wypracowanie w latach 70. modelu konsumpcji całkowitej, opartego na ograniczaniu dostępności ekonomicznej i fizycznej alkoholu w celu utrzymania niskiego poziomu konsumpcji (Janik-Koncewicz i Zatoński, 2023).

W skali całego świata najwięcej alkoholu konsumują mieszkańcy Europy. Pomimo że spożycie alkoholu różni się między krajami, grupami społecznymi i kulturowymi, jednak ze względu na homogenizację konsumpcji i zacieranie różnic kulturowych obserwowany wzrost konsumpcji alkoholu przekłada się na globalny wzrost obciążenia publicznego. Obserwowany w Europie poziom konsumpcji alkoholu jest około 2,5-krotnie wyższy od średniego poziomu spożycia globalnego. WHO szacuje, że 6% wszystkich zgonów w Regionie Europejskim jest powodowanych przez alkohol, natomiast najwyższy poziom szkód zdrowotnych powodowanych przez tę substancję jest z kolei odnotowywany w krajach Europy Wschodniej.

Spożycie alkoholu w Polsce

Szacuje się, że w Polsce alkohol powoduje około 20 000 zgonów rocznie. Konsumpcja tej substancji w Polsce systematycznie rosła w latach 90. a następnie zaczęła się stabilizować.

Za wzrost konsumpcji odpowiadał w dużej mierze wzrost dostępności fizycznej i ekonomicznej napojów alkoholowych. Szacunkowe dane z 2021 r. informują, że około 7,3% (2,3 miliona) dorosłych mieszkańców naszego kraju doświadczyło zaburzeń związanych z alkoholem (kiedykolwiek w życiu). Polskie badania Ezop II wykazały, blisko 2% polskiej populacji jest uzależniona od tej substancji (Zgliczyński, 2024). Zasadne jest również przeanalizowanie wpływu kampanii reklamowej prowadzonej w mediach (w odpowiednim czasie) na obserwowany wzrost spożycia alkoholu w Polsce, niestety nie ma aktualnych badań na ten temat (Dąbrowska, 2002).

Wbrew temu, że picie alkoholu ma jeden z największych udziałów w powstawaniu poważnych problemów społecznych i zdrowotnych (w tym przedwczesnych zgonów), cały czas postrzegany jest on jako substancja o mniejszym potencjale szkodliwości. Pomimo ciągłego postępu w badaniach nad szkodliwością alkoholu, licznych raportów i innych opracowań w naukowych periodykach w debacie publicznej nie ma zbyt wiele miejsca na przekazanie rzetelnej wiedzy na temat ryzyka związanego z tą substancją jak również skutecznych metod kontroli jego spożywania (Rowicka i in., 2020; Obłąkowska i Bartoszewicz, 2022).

Istnieją dwa przeciwstawne opracowania dotyczące ilości i skutków spożycia alkoholu w Polsce.

Wariant pierwszy – ustalenia wybranych raportów międzynarodowych

W opublikowanym w 2019 r. „Status report on alcohol consumption and policy responses in 30 European countries” wykazano, że w Polsce nie odnotowano wzrostu szkód zdrowotnych związanych z alkoholem. Również raport WHO z 2019 r. wskazywał, że Polska jest krajem o niezmiennym się odsetku umieralności z powodu alkoholu. W raportach wzięto pod uwagę lata 2010 i 2016 z okresu 1990–2016. Wielu autorów innych opracowań podważa wyżej wymienione dane.

Wariant drugi – ustalenia wynikające z alternatywnych analiz

Dane opublikowane przez zespół ekspertów z Polskiej Akademii Nauk wskazują, że Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w których konsumpcja alkoholu wzrosła znacząco w latach 2000–2020. W roku 2021 w Polsce zanotowano najwyższą konsumpcję alkoholu osiągającą 10 litrów czystego alkoholu na mieszkańca rocznie (per capita). W poprzednich latach spożycie szacowane było na 6–7 litrów czystego alkoholu per capita. Opisana sytuacja powoduje wzrost liczby współczynników umieralności i liczby zgonów związanych ze spożyciem alkoholu. Autorzy raportów informują, że przez ostatnie 20 lat obserwuje się narastającą epidemię zgonów spowodowanych alkoholem (Zgliczyński, 2024).

W 2001 r. ograniczono obowiązujący od 1982 r. zakaz reklamy oraz promocji napojów alkoholowych. Zezwolono również na reklamę piwa. To ostatnie mogło być reklamowane w takich mediach jak radio, telewizja oraz w kinach, teatrach, w godzinach od 23:00 do 6:00. Kolejnym krokiem była obniżka akcyzy na napoje spirytusowe o 30% w 2002 r. W kolejnym, 2003 r. zliberalizowano zapisy ustawy, szczególnie w zakresie reklamy i sponsorowania między innymi imprez sportowych. Wydłużono czas reklamy piwa o dwie godziny od 20:00 do 6:00. Jednak najistotniejsza zmiana miała miejsce w roku 2010, kiedy rozpoczęta została kampania reklamowa małych butelek wódki - napojów alkoholowych w małych opakowaniach jednostkowych, potocznie określanych jako „małpki”. Doprowadziło to do rekordowej sprzedaży tych produktów w 2019 r. wynoszącej 1,2 miliarda.

Wskazane działania doprowadziły nie tylko do zwiększenia dostępności alkoholu, ale również do zmiany stylu picia. Coraz powszechniejszy stawał się model picia małych dawek alkoholu przez cały dzień. W roku 2022 piwo stanowiło 53% wypijanego alkoholu per capita (w przeliczeniu na 100% alkohol), wódka natomiast stanowiła 39%.

Do skutecznych narzędzi polityki wobec alkoholu zaliczane są: ograniczenie jego dostępności ekonomicznej jak i fizycznej. Jednocześnie wskazane metody uznawane są za sprzeczne z podstawowymi wartościami wolnego rynku i wolności konsumenckiej, co znacznie ogranicza możliwość ich stosowania zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i na poziomie polityki państwa – często skutkuje to ostrą krytyką i niechęcią zarówno ze strony polityków jak i wyborców. Organizacja Narodów Zjednoczonych jako jeden z Celów Zrównoważonego Rozwoju 2030 (cel 3.5) uznała ograniczenie skutków szkodliwego spożycia alkoholu w ramach polityki zdrowotnej (Rowicka i in., 2020, Obłąkowska i Bartoszewicz, 2022; Janik-Konieczny i Zatoński, 2023, Zgliczyński, 2024).

Uzależnienia behawioralne

Od roku 2022 elementem działań edukacyjnych i profilaktycznych prowadzonych w ramach gminnych programów jest także przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Jednakże zakres tych działań ograniczony jest do prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym. Głównym zadaniem profilaktyki uzależnień behawioralnych jest ograniczanie występowania niepożądanych zjawisk związanych z zaburzeniami zachowań, jak np. ryzykowne lub szkodliwe granie w gry hazardowe czy nadmierne granie w gry komputerowe oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, które wynikają z tych zaburzeń. Najczęściej realizowane są zadania polegające na wspieraniu czynników chroniących i redukowaniu wpływu czynników ryzyka. Profilaktyka w szkołach oparta jest na oddziaływaniu z poziomu uniwersalnego, czyli kierowaniu do wszystkich osób (w danej

grupie wiekowej)). Działania podejmowane są przez pedagogów, mogą być również realizowane przez podmiot zewnętrzny (najczęściej organizację pozarządową), który prowadzi cykl spotkań z uczniami. Inną formą realizacji profilaktyki jest przeszkolenie kadry pedagogicznej (np. psychologa lub pedagoga szkolnego, ale także nauczycieli) do realizacji oddziaływań zgodnie ze scenariuszem danego programu (Lelonek-Kuleta 2015; Klaszczewska-Albińska, 2022; Bujalski, 2025).

Szczególnie istotna jest również edukacja rodziców oraz współpraca z nimi w obszarze profilaktyki. Rodzice są wzorem dla swoich dzieci, zatem ich stosunek do takich używek jak: alkohol, inne substancje psychoaktywne czy do hazardu, a nawet korzystania z mediów cyfrowych, w tym gier komputerowych, może ukierunkować zachowania dziecka. Rodzice powinni zostać wyposażeni w wiedzę i umiejętności dotyczące tego, jak rozmawiać z dzieckiem, stosować jasne zasady i standardy zachowań. Warsztaty dla rodziców czy programy profilaktyczne kierowane do dzieci, włączające także rodziców, których celem jest poszerzanie wiedzy i umiejętności w tym zakresie, mogą być realizowane na terenie szkoły we współpracy z organizacjami pozarządowymi czy psychologami. Jednocześnie obserwowany brak postrzegania uzależnień behawioralnych w kategoriach problemów wymagających pomocy koresponduje z negatywnymi opiniami osób badanych na temat ewentualnego leczenia tego rodzaju zaburzeń ze środków publicznych. Społeczeństwo chętniej zgadza się na finansowanie terapii osób z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków niż od czynności typu gry hazardowe. Dlatego w programie należy ująć upowszechnianie wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym przygotowanie, wydawanie i dystrybuowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz prowadzenie cyklicznych kampanii z wykorzystaniem podcastów, broszur, plakatów, ulotek. Materiały powinny być przekazywane do wszystkich podmiotów współpracujących z gminą (Malczewski, 2022, Melerowicz, 2026).

Kolejnym istotnym działaniem jest wspieranie rozwoju zawodowego i zwiększania kompetencji osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami (wyposażanie ich w specjalistyczne opracowania, publikacje i materiały multimedialne). Istotne jest również angażowanie w samorządowe działania informacyjno-edukacyjne osób znanych w lokalnych społecznościach (sportowcy, artyści i inne autorytety społeczne) w celu zwiększenia skuteczności oddziaływań.

Aby oceniać skalę zagrożenia i skuteczność prowadzonych działań profilaktycznych istotne jest prowadzenie testów przesiewowych z zakresu uzależnień behawioralnych. Umożliwią one identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Dadzą również możliwość wykrycia zaburzeń na wczesnym etapie rozwoju i umożliwią podjęcie leczenia, co będzie zapobiegać występowaniu poważniejszych następstw w przyszłości. Testy przesiewowe powinny być wykonywane w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki wykorzystaniu takich testów staje się możliwe postawienie wstępnego rozpoznania, które następnie powinno być potwierdzone z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych (Malczewski i in., 2013).

Podobnie jak w przypadku zagrożeń powodowanych przez substancje psychoaktywne, w przypadku przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym szczególnie istotna jest lokalna współpraca z instytucjami, regionalnymi mediami oraz budowa lokalnych koalicji.

Akcja informacyjna powinna być kierowana do różnych grup zawodowych, które w swojej pracy mogą się spotykać z problematyką uzależnień/zagrożeń behawioralnych takich jak:

- specjaliści terapii uzależnień,

- instruktorzy terapii uzależnień,
- psychoterapeuci,
- specjaliści psychologii klinicznej,
- nauczyciele, pedagodzy i psycholodzy,
- pracownicy socjalni i asystenci rodziny,
- konsultanci w punktach informacyjno-konsultacyjnych,
- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze specjaliści psychiatrii,
- pielęgniarki,
- policjanci,
- strażnicy miejscy,
- członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych,
- pracownicy kasyn i zakładów bukmacherskich, w tym pracownicy, którzy mają bezpośredni kontakt z graczem,
- członkowie grup diagnostyczno-pomocowych.

Nowe substancje psychoaktywne (novel psychoactive substances), NSP

Nowe substancje psychoaktywne (NSP) w swoim działaniu na organizm człowieka mają naśladować klasyczne narkotyki, takie jak: kokaina, amfetamina, tryptamina, czy też leki przeciwbólowe z grupy opiatów. Nazwa ta obejmuje substancje pochodzenia naturalnego oraz syntetycznego. Jednak najbardziej trafnym określeniem nowych substancji psychoaktywnych wydaje się termin „nowe narkotyki”. Ich producenci i dystrybutorzy od samego początku podkreślali ich nieszkodliwość. Kompanie chemiczne, najczęściej ulokowane w Chinach, Indiach, Pakistanie, opracowują i wytwarzają ogromne ilości nowych substancji psychoaktywnych, które są następnie sprowadzane do Europy. Kolejnym etapem ich drogi są hurtownie, w których są one przetwarzane i pakowane. Tutaj uzyskują swój końcowy skład i nazwę. Wydaje się, że właśnie ten etap, przetwarzania i pakowania, wywiera najistotniejszy efekt na ich działanie. Ostatnio w USA opisano kilkudziesięciu pacjentów, w tym kilka zgonów użytkowników syntetycznych kannabinoidów, do których dodany został brodifakum, będący trutką na szczury. Zastosowanie wskazanego „ulepszacza” pozostaje niejasne, być może „producent – wynalazca” miał za cel lepsze przenikanie przez błony śluzowe NSP, co wzmocniłoby działanie nowej substancji psychoaktywnej. Hurtownie, w których przygotowywany jest ostateczny produkt wprowadzany do obrotu, nie są specjalistycznymi laboratoriami. Ich produkty, na co wskazują badania prowadzone w laboratoriach kryminalistycznych, to często „nowatorskie kompozycje”, które wywołują nieoczekiwane efekty działania i zagrażają bezpośrednio życiu potencjalnego konsumenta (Europejski Raport Narkotykowy, 2025).

Obserwowane w Polsce przypadki zgonów po NSP mogą również mieć związek z jakimś, bliżej nieokreślonym „dodatkiem”, który diametralnie zmienił działanie nowego narkotyku. Próba odpowiedzi na pytanie o przyczyny tego zjawiska może być zawarta w podstawowych definicjach toksykologicznych, takich jak synergizm i antagonizm. Pierwszy określa jednoczesne wprowadzenie dwóch lub więcej różnych substancji toksycznych (w wypadku NSP substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy), które może spowodować znaczne zwiększenie

działania danej nowej substancji psychoaktywnej stwarzające istotne zagrożenie. Antagonizm jest zjawiskiem przeciwnym, np. dwie substancje osłabiają lub nawet znoszą swoje działanie w organizmie. Jest jeszcze jeden aspekt związany z oddziaływaniem NSP na organizm człowieka, a mianowicie idiosynkrazja. Termin ten oznacza osobniczą reakcję organizmu na działanie wprowadzonego związku chemicznego, wynikającą z nieprawidłowości przemian biochemicznych. W ujęciu ogólnym użytkownicy nowych substancji psychoaktywnych mogą w różny sposób reagować na dany NSP. Może to być związane z uwarunkowaniami genetycznymi lub też jest to stan nabyty w trakcie długotrwałego kontaktu z daną substancją.

Syntetyczne katynony

To duża grupa nowych stymulantów przypominających działaniem takie substancje jak amfetamina czy MDMA. Ich budowa chemiczna jest podobna do katynonu, alkaloidu występującego naturalnie w młodych liściach i pędach czuwaliczki jadalnej (*Catha edulis*). Katynon jest pochodną fenyletyloaminy, a będąc strukturalnie podobnym do amin katecholowych, działa na ośrodkowy układ nerwowy i część współczulną układu wegetatywnego. Ze względu na budowę i podobieństwo strukturalne do amfetaminy, analogi katynonu nazywane są również β -keto-amfetaminami. Mimo wielu działań niepożądanych, psychostymulujący profil działania katynonu przyczynił się do poszukiwania i syntezy nowych związków strukturalnie do niego podobnych o zbliżonym działaniu. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) szacuje, że do końca 2017 r. w Europie zarejestrowano 127 pochodnych katynonu. W Polsce syntetyczne katynony są grupą najczęściej identyfikowanych NSP, stwarzając realne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa. Kolejną istotną kwestią jest zanieczyszczenie (niekiedy celowe) oferowanych nowych narkotyków. Zanieczyszczenia mogą być związane z domieszką innych substancji psychoaktywnych bądź obecnością związków pochodzących z syntezy. Najczęściej identyfikowanymi zanieczyszczeniami były: benzokaina, lidokaina, kofeina, paracetamol, pochodne piperazyny, amfetamina, ketamina, kokaina, kannabinoidy czy benzodiazepiny (Europejski Raport Narkotykowy, 2025).

Profilaktyka uzależnień

Profilaktyka uzależnień powinna być rozumiana jako strategiczna inwestycja w bezpieczeństwo mieszkańców i kapitał ludzki. Zgodnie z danymi z National Institute on Drug Abuse skuteczna profilaktyka jest inwestycją. Niezależne wyliczenia wskazują, że każda zainwestowana złotówka w dobrze przygotowane programy profilaktyczne przynosi oszczędności w wysokości od 4 do nawet 18 złotych. Wynikają one z ograniczenia wydatków ponoszonych na późniejsze leczenie uzależnień, koszty sądowe, interwencje służb. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że profilaktyka w gminie powinna się opierać z jednej strony o dowody naukowe, z drugiej dane statystyczne dotyczące zachowań problemowych wśród dzieci i młodzieży. Działania profilaktyczne skierowane do tej grupy odbiorców muszą koncentrować się na rozwijaniu umiejętności życiowych takich jak:

- nauka skutecznej komunikacji interpersonalnej,
- trening asertywności w relacjach rówieśniczych,
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami,
- rozwijanie krytycznego myślenia,
- budowanie świadomości o negatywnym wpływie używek na młody organizm.

Skuteczna profilaktyka musi posiadać odpowiednie cechy jakościowe, do których zaliczamy:

- opieranie się na najnowszych teoriach naukowych,
 - interaktywność (warsztaty, praca w grupach, odgrywanie ról),
 - odpowiednią intensywność i ciągłość (uzyskanie trwałej zmiany postaw wymaga procesu rozłożonego w czasie),
 - koncentrowanie się na czynnikach chroniących oraz czynnikach ryzyka,
- A. korektę przekonań normatywnych (przekaz skutecznych treści w programach profilaktycznych).

Trzy poziomy profilaktyki (w zależności od grupy odbiorców):

Profilaktyka uniwersalna (dla wszystkich)

Kierowana do całych populacji, bez względu na stopień ryzyka występowania problemów. Jej celem jest zmniejszanie/eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów (np. z substancjami psychoaktywnymi) w danej populacji (np. wszyscy uczniowie w szkole) przy równoczesnym wzmocnieniu czynników chroniących (np. ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych oraz wzmacnianie więzi z rodziną).

Profilaktyka selektywna (dla grup ryzyka)

Skoncentrowana na grupach i jednostkach zwiększonego ryzyka, które z powodu swojej sytuacji rodzinnej, społecznej, środowiskowej są narażone na większe niż przeciętne ryzyko wystąpienia określonych problemów (dzieci z rodzin z problemem uzależnień, młodzież mieszkająca w dzielnicach o większym nasileniu problemów społecznych). Głównym celem profilaktyki selektywnej jest wsparcie w kryzysie i kompensowanie deficytów.

Profilaktyka wskazująca (dla jednostek zagrożonych)

Kierowana jest do osób wykazujących już pierwsze symptomy problemów (eksperymentowanie z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, agresja), jednak niewymagającymi jeszcze leczenia.

Skuteczna profilaktyka opiera się o następujące zasady, do których, zgodnie z Europejskimi Standardami Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków zalicza się:

- *adekwatność* – każde działania muszą odpowiadać na realne problemy lokalne (bardzo istotna jest odpowiednia diagnoza).
- *ciągłość* – każda zmiana postaw wymaga czasu, pojedyncze akcje, spotkania, pogadanki są mało skuteczne.
- *kompetencje* – prowadzący powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje/formalne przygotowanie.
- *ewaluacja* – weryfikacja umiejętności nabytych w trakcie programu przez uczestników.

IV. DIAGNOZA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W MIEŚCIE KRAKOWIE

Badania ankietowe z Małopolski dotyczące substancji psychoaktywnych – diagnoza problemu wśród uczniów i studentów

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród uczniów liceów i studentów województwa Małopolskiego w 2024 r. wykazały, że 55% badanych zażywało substancje psychoaktywne. Aż 36% badanych wskazało znajomych jako osoby, które po raz pierwszy udostępniły im substancję psychoaktywną (inicjacja). Natomiast 39% wskazało, że podczas wizyty u znajomych nastąpiła inicjacja substancją psychoaktywną, u 11% do inicjacji doszło na ulicy, 6% deklaruje pub, dyskotekę lub klub jako miejsce inicjacji, natomiast 5% wskazuje na szkołę lub uczelnię. Dla 67% pierwszą substancją psychoaktywną, z jaką zażyli był alkohol, natomiast 4% wskazało leki uspokajające i nasenne (bez wskazań medycznych). Jako powód pierwszego zażycia substancji psychoaktywnej 50% badanych wskazało ciekawość, 18% przypadek, natomiast 12% namowę kolegów/koleżanek. Wśród badanej grupy studentów i uczniów alkohol i marihuana były najczęściej przyjmowanymi substancjami psychoaktywnymi (odpowiednio 64% i 9%). Blisko 1/5 ankietowanych uczniów i studentów (17%) było ofiarą przemocy ze strony osoby będącej pod wpływem substancji psychoaktywnej. Zachowania ryzykowne będąc pod wpływem substancji psychoaktywnej deklarowało 10% badanych, natomiast 23% przyznaje, że podejmuje zachowania ryzykowne będąc pod wpływem substancji psychoaktywnych, ale zdarza się to rzadko. Aż 38% badanych uczniów i studentów uważa, że marihuana i haszysz powinny być dostępne na rynku dla osób powyżej 18 roku życia, natomiast 30% z tym się nie zgadza, natomiast kolejne 30% nie ma zdania na ten temat. Jako powód używania substancji psychoaktywnych 47% badanych wskazało integrację z otoczeniem podczas spotkań towarzyskich, 32% przyjmowało substancje psychoaktywną dla relaksu, natomiast 13% twierdziło, że substancję psychoaktywną przyjmowało z nudy. Jako miejsce, w którym można nabyć substancje psychoaktywne, najczęściej wskazywano ulicę (38%), następnie Internet (20%), dyskotekę (19%), pub (17%), szkołę/uczelnię (12%). Prawie 3/4 badanych (74%) nigdy nie korzystało z pomocy psychologa, terapeuty, natomiast 65% nie zna żadnych instytucji wspierających osoby uzależnione (Raport z badań ankietowych zrealizowanych przez Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w roku szkolnym 2024/2025).

Wnioski

Wyniki badań wskazały również brak wiedzy wśród ankietowanych dotyczącej zagrożeń związanych z używaniem alkoholu i uzależnieniem od niego. Alkohol nie był postrzegany jako substancja psychoaktywna. Autorzy badań podkreślają również wysoki poziom dostępności do środków psychoaktywnych. Prawie 1/5 respondentów wskazuje, że miejscem, w którym pierwszy raz zażyli substancje psychoaktywne był dom rodzinny, a osobą udostępniającą pierwszy raz taką substancję był członek rodziny.

Istnieją również różnice w zachowaniach związanych z upijaniem się. Spożycie alkoholu, które doprowadziło do utraty przytomności lub bełkotania, zadeklarowało 13% młodszych nastolatków i 24% starszych. Choć w ciągu ostatnich lat zmniejszył się odsetek osób pijących w sposób ryzykowny, nadal należy zwrócić uwagę na przypadki nadmiernego picia alkoholu.

Również wyniki badania *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) z roku 2024 wykazały, że alkohol jest najczęściej spożywaną substancją przez młodzież

w Polsce, 73% uczniów w wieku 15–16 lat oraz 91% nastolatków 17–18-letnich przyznało się do picia alkoholu kiedykolwiek w życiu. Choć w ciągu ostatnich 30 dni przed przeprowadzeniem badania alkohol piło 39% 15-latków i 73% 17-latków, co jest zauważalnym trendem spadkowym w porównaniu z poprzednimi badaniami ESPAD.

Interesujące jest zestawienie wskazanych wyników z badaniami z roku 2005. Według tych badań 15% polskich 15-latków paliło marihuanę lub używało przetworów konopi. Wśród 17-latków odsetek osób używających marihuanę wynosił aż 26%. Natomiast wielkość populacji młodzieży w przedziale wiekowym 15–17 lat sięgającej po marihuanę przynajmniej raz w miesiącu szacowana była na 10%. Zaobserwowano również tendencję do coraz rzadszego uznawania używania przetworów konopi za wysoce ryzykowne. W roku 2005 obserwowano natomiast zwiększoną świadomość zagrożeń związanych z używaniem innych narkotyków. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na populacji osób młodych w Polsce w roku 2005 wyraźnie wskazują na pewien trend związany z przyjmowaniem przetworów konopi indyjskich, polegający na coraz bardziej liberalnym podejściu do tej używki. Obserwowane wypowiedzi różnych influencerów na kanałach internetowych również sprzyjają „łagodzeniu obrazu” związanego z przyjmowaniem przetworów konopi indyjskich.

Niezwykle istotne w czasowej analizie trendów jest zestawienie wskazanych danych z wynikami badań z roku 2005, które wykazały, że dla uczniów krakowskich szkół średnich alkohol i środki odurzające nie stanowiły atrakcyjnego komponentu dobrej zabawy. Ponadto uczniowie łączyli uzależnienie od tych substancji psychoaktywnych z chorobą oraz brakiem umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Wśród wymienianych przez krakowskich licealistów kręgów społecznych, z których wywodzą się znani im konsumenci narkotyków znalazły się: środowisko macierzystej klasy lub szkoły, przedstawiciele innych środowisk (bliscy, przyjaciele, znajomi z innych szkół, osoby z sąsiedztwa) oraz osoby poznane przypadkowo na dyskotekach, w kawiarniach lub na prywatkach. Nikt z badanych w 2005 r. respondentów nie wymienił przedstawiciela bliższej, lub dalszej rodziny. Badani nastolatki wskazywali heroinę i/lub kokainę jako najniebezpieczniejsze substancje psychoaktywne, natomiast konopie w ich odczuciu są zupełnie niegroźną substancją psychoaktywną. Jako niezwykle pozytywne zjawisko należało wówczas odebrać informację, że 80% studentów opowiadało się za prowadzeniem przez szkoły wyższe polityki antynarkotkowej. Podobny procent studentów biorących udział w badaniu opowiedziało się za zorganizowaniem na terenie uczelni punktów informacyjnych dotyczących zagrożeń związanych z substancjami psychoaktywnymi. Badania wykazały również, że stosowanie edukacji normatywnej, oraz pozytywne modelowanie zachowań młodzieży są istotnymi i skutecznymi strategiami w edukacyjnych i środowiskowych programach profilaktycznych.

Pandemia COVID–19 i jej wpływ na konsumpcję alkoholu

Pandemia COVID–19 wywołała liczne zmiany w funkcjonowaniu społeczeństw, doprowadziła również do pogłębienia kryzysów psychicznych. Liczne ograniczenia społeczne oraz lockdown u wielu osób skutkowały nasileniem objawów zaburzeń psychicznych. Dodatkowo pandemia istotnie ograniczyła dostęp do tradycyjnych form terapii i wsparcia. Wyniki badań wskazują, że w trakcie pandemii alkohol stał się substancją psychoaktywną służącą do „łagodzenia objawów”. Pandemia odsłoniła również szczególne grupy ryzyka, które najsilniej odczuły skutki jej trwania. Należą do nich: kobiety, osoby młode, osoby o niższym statusie ekonomicznym, pracownicy ochrony zdrowia. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wykazały, że ponad połowa społeczeństwa w okresie pierwszej fali pandemii doświadczyła nasilenia stresu i znaczącego

pogorszenia zdrowia psychicznego. Wśród osób uzależnionych, alkohol był często wykorzystywany jako mechanizm radzenia sobie z lękiem i depresją – obciążeniami emocjonalnymi, pojawiającymi się w czasie trwania pandemii. W kwietniu 2020 obserwowany był w Polsce blisko 14% wzrost spożycia alkoholu. W grupie osób pijących wcześniej spożycie wzrosło o 19%. Badania wychwyciły istotny statystycznie wzrost chorobowości rejestrowanej związanej z uzależnieniem od alkoholu z 588 na 100 000 mieszkańców w roku 2020 do 679 na 100 000 mieszkańców w roku 2022.

Niezwykłe istotny jest jednak dwukierunkowy charakter zmian w konsumpcji alkoholu obserwowany podczas pandemii. Należy przy tym wskazać, że niektóre grupy, ograniczyły jego spożycie. Wśród innych obserwowany był wzrost spożycia alkoholu. Lockdown zmniejszył, bowiem możliwość picia towarzyskiego, zwiększając jednocześnie picie w samotności. To ostatnie często było związane z gorszymi wynikami dotyczącymi zdrowia psychicznego. W związku z tym efekty pandemii nie były jednolite. Ograniczenie picia wśród osób młodych dotyczyło szczególnie studentów. Mogło być związane z zamknięciem barów, klubów i uczelni, co skutkowało zaburzeniem okazji do picia towarzyskiego. Jednocześnie zaobserwowano zwiększone spożycie alkoholu wśród kobiet w wieku średnim. Zwiększone spożycie alkoholu połączone było z depresją, lękiem, bezsennością, PTSD (zespół stresu pourazowego). Lockdown i obserwowane zwiększone spożycie alkoholu przyczyniły się do konfliktów interpersonalnych, stresu rodzinnego i pogorszenia codziennego funkcjonowania. Jednocześnie wyniki badań wskazują, że szkody związane z alkoholem mogą rosnąć nadal, nawet po zniesieniu obostrzeń związanych z lockdownem (Habrata, 2022; Figat i Kielan, 2025).

Wnioski wynikające z pandemii COVID-19 dla polityki zdrowia publicznego

Istotne jest wzmocnienie wsparcia zdrowia psychicznego, rozszerzenie dostępu do usług psychologicznych połączone z uwzględnieniem społecznych uwarunkowań zdrowia. Różnice w konsumpcji alkoholu w zależności od czynników społecznych wskazują na potrzebę ukierunkowanych działań prewencyjnych i wsparcia dla najbardziej narażonych grup (grupy ryzyka). Pandemia wpłynęła również na zachowania związane z przyjmowaniem innych niż alkohol substancji psychoaktywnych.

Działania prewencyjne powinny być skierowane na:

- Rozwój programów edukacyjnych dotyczących ryzyka związanego z alkoholem w sytuacjach kryzysowych;
- Wczesną interwencję i dostęp do poradnictwa psychologicznego oraz terapii uzależnień;
- Wzmocnienie wsparcia dla grup szczególnie narażonych (młodzieży, osób zmagających się z izolacją społeczną, osób bezdomnych);
- Kampanie społeczne promujące zdrowe strategie radzenia sobie ze stresem i kryzysami;
- Integrację działań profilaktycznych z polityką zdrowia publicznego na poziomie lokalnym i krajowym.

Zależności wymagające uwzględnienia w profilaktyce antyalkoholowej

Polityka antyalkoholowa musi mierzyć się z kilkoma sprzecznościami/paradoksami. Najważniejszymi z nich są: paradoks prewencyjny, struktury konsumpcji alkoholu i paradoks szkód związanych z alkoholem.

Zależność prewencyjna: wskazuje się, że największe szkody zdrowotne i społeczne związane z piciem alkoholu dotyczą populacji osób pijących małe i umiarkowane ilości alkoholu. To właśnie ta populacja, nie zaś osób nadużywających czy uzależnionych od alkoholu, stanowi najliczniejszą grupę. Statystyki podają, że wypadki, urazy, zatrucia, akty przemocy są związane z jednorazowym upiciem się. Tylko niewielki odsetek wskazanych problemów dotyczy osób nadużywających alkoholu i uzależnionych od tej substancji. Te dane wyraźnie wskazują, że strategie zapobiegania szkodom związanym z alkoholem powinny być skierowane do całej populacji osób używających alkoholu a nie tylko do mających problem z uzależnieniem. Sugeruje to podjęcie akcji mających na celu zmniejszenie ogólnego poziomu spożycia alkoholu per capita, co można osiągnąć poprzez ograniczenia jego dostępności ekonomicznej i fizycznej. Takie działania będą miały największy wpływ na ograniczenie problemów alkoholowych w całej populacji.

Zależność dotycząca struktury konsumpcji: wyniki badań wskazują, że największa frakcja osób pijących alkohol, osoby pijące umiarkowanie, konsumują „tylko” około 20% alkoholu dostępnego na rynku. Natomiast osoby nadużywające i uzależnione od tej substancji spożywają pomiędzy 75 – 80% sprzedawanego alkoholu, co odpowiada nawet do 70% zysków producentów. Ponadto osoby te, nawet w obliczu kłopotów finansowych czy wzrostu cen wykazują stałą tendencję do utrzymywania poziomu konsumpcji.

Zależność dotycząca szkód alkoholowych: obciążenie szkodami związanymi ze spożywaniem alkoholu jest silniej doświadczane przez osoby znajdujące się na niższych szczeblach struktury społecznej. Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym doświadczają większych szkód zdrowotnych w zestawieniu z osobami o statusie wyższym. Istnieje również asymetria intersekcyjna płci i klasy społecznej. Wskazuje się, że więcej alkoholu piją mężczyźni z niższych klas, natomiast wśród kobiet konsumpcja alkoholu rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia i pozycji społecznej.

Wskazane zależności muszą być uwzględnione przy projektowaniu strategii i interwencji w obszarze zdrowia publicznego związanego ze spożywaniem alkoholu.

Do najskuteczniejszych instrumentów pozwalających na kształtowanie polityki wobec alkoholu zaliczane jest ograniczenie dostępności fizycznej oraz ekonomicznej. Polska zaliczana jest do czołówki krajów, wśród których zauważa się realny spadek cen napojów alkoholowych w stosunku do wzrostu wynagrodzeń obywateli i inflacji. Wskazane przekłada się na wzrost dostępności ekonomicznej. Z drugiej strony pojedyncze instrumenty posiadają ograniczony wpływ na zmniejszenie spożycia. Najlepsze strategie opierają się na kombinacji różnych narzędzi. Dostępność fizyczną alkoholu można regulować poprzez bardziej rygorystyczne przepisy licencyjne, pozwalające na ograniczenie gęstości punktów sprzedaży, regulowanie dni i godzin, w jakich można nabywać napoje alkoholowe, czy wprowadzenie monopolu na sprzedaż detaliczną. Ograniczenie godzin sprzedaży alkoholu (przeznaczonego do spożycia poza miejscem sprzedaży) w Krakowie od 00.00 do 5.30 okazało się skutecznym narzędziem zmniejszania spożycia, jak również ograniczenia szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z konsumpcji alkoholu. Od 1 września 2026 r. zakaz ten został rozszerzony do przedziału czasowego pomiędzy godz. 22.00 a 6.00.

Ograniczenia godzin nocnej sprzedaży alkoholu (napojów alkoholowych) obowiązują w takich krajach jak: Irlandia, Portugalia, Litwa, Słowenia, Estonia, Szwecja, Hiszpania, Łotwa oraz Norwegia. W Polsce około 200 gmin postanowiło skorzystać z możliwości ograniczenia w godzinach nocnej sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem

sprzedaży. Efektem takiego działania jest istotny statystycznie spadek interwencji podejmowanych przez służby w rejonie sklepów monopolowych dotyczących osób nietrzeźwych, osób doprowadzonych w godzinach nocnych do izb wytrzeźwień itp.

Na obszarach o większej gęstości punktów sprzedaży alkoholu odnotowuje się wyższe spożycie oraz wyższe odsetki przypadków uszkodzeń ciała przestępstw z użyciem przemocy, wypadków drogowych, w których obecne są osoby będące pod wpływem alkoholu. Kształtowanie dostępności ekonomicznej, poprzez wzrost podatków na napoje alkoholowe, przekładający się na wzrost cen, również przyczynia się do ograniczenia wielkości spożycia, oraz szkód wynikających z picia, takich jak uszkodzenia ciała, wypadki po spożyciu alkoholu, samobójstwa. W planowaniu strategii pozwalającej kształtować spożycie napojów alkoholowych takie działania jak: ograniczenie dostępności fizycznej, ekonomicznej, kontrola wieku, powyżej którego można kupić alkohol, kontrola trzeźwości kierowców, ograniczenia reklamy i marketingu, narodowe i lokalne programy profilaktyczne i edukacyjne, są najskuteczniejszą metodą kształtowania spożycia napojów alkoholowych. Dodatkowo polityka kontroli nad alkoholem powinna podlegać ciągłej ocenie i ewaluacji na różnych poziomach: gminy, powiatu, województwa i kraju.

*Tabela 1. Wykroczenia ujawnione przez Straż Miejską oraz interwencje Policji w Krakowie w godz. 00:00–5:30**

Okres	Straż Miejska: liczba	Różnica	Zmiana	Policja: liczba	Różnica	Zmiana
VII 2022–VI 2023	1948	–	–	2754	–	–
VII 2023–VI 2024	1014	–934	–47,9%	1418	–1336	–48,5%
VII 2024–VI 2025	707	–1241	–63,7%	1051	–1703	–61,2%
VII 2025–V 2026	468	–1480	–76,0%	504	–2250	–81,7%

*Tabela 2. Wykroczenia ujawnione przez Straż Miejską oraz interwencje Policji w Krakowie w ciągu całej doby**

Okres	Straż Miejska: liczba	Różnica	Zmiana	Policja: liczba	Różnica	Zmiana
VII 2022–VI 2023	25205	–	–	28929	–	–
VII 2023–VI 2024	24812	–393	–1,6%	19998	–8931	–30,9%
VII 2024–VI 2025	18560	–6 645	–26,4%	15600	–13329	–46,1%
VII 2025–V 2026	13389	–11816	–46,9%	9245	–19684	–68,0%

*Tabela 3. Pobyty i zastosowanie przymusu bezpośredniego w Dziale Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi MCPU w Krakowie**

Okres	Liczba pobyków	Zmiana r/r	Przymus bezpośredni: liczba	Zmiana r/r
VII 2022–VI 2023	7860	–	359	–
VII 2023–VI 2024	7658	–2,6%	276	–23,1%
VII 2024–VI 2025	7880	+0,3%*	274	–23,7%*

* Zmiana względem okresu VII 2022–VI 2023, zgodnie z danymi źródłowymi przedstawionymi w tabeli.

Zmniejszenie postrzegania szkód związanych ze spożyciem alkoholu, szczególnie piwa (kampanie reklamowe) skierowane głównie do osób młodych. Często z wydarzeniami sportowymi o charakterze międzynarodowym. Przykłady z innych krajów wskazują, że najskuteczniejsze jest inwestowanie w działania profilaktyczne i redukcję szkód pozwalające na istotne ograniczenie kosztów obejmujących hospitalizacje, interwencje służb, utratę produktywności i pomocy społecznej.

Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD)

Alkohol jest substancją psychoaktywną, uzależniającą, rakotwórczą i toksyczną. Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu dla organizmu ludzkiego, spożywanego pod postacią piwa, wina czy też napojów wysokoprocentowych. Jest on wyjątkowo szkodliwy dla płodu i jego rozwijających się tkanek, szczególnie toksycznie oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy.

FASD jest obecnie najczęstszą przyczyną niepełnosprawności i niesprawności intelektualnej oraz rozwojowej w krajach rozwiniętych. Wbrew powszechnemu przekonaniu, to nie zaburzenia genetyczne i chromosomalne odpowiadają za nie w największym stopniu, ale prenatalna ekspozycja na etanol (spożywanie alkoholu przez kobietę będącą w ciąży). Według szacunkowych danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia FASD w populacji ogólnej dzieci i młodzieży zaburzenia z tego spektrum mogą dotyczyć do 10% wszystkich urodzonych dzieci. Natomiast Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) szacowany jest u 4 na 1000 dzieci. Przedstawione dane pozwalają przypuszczać, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. Odsetek jest więc wysoki, pokazuje on również, jak bardzo rozpowszechniony jest szkodliwy nawyk spożycia alkoholu podczas ciąży. W Polsce rosnąca liczba pijących szkodliwie kobiet, jak podają Marta Abramowicz, Maciej Brosz i inni, to zauważalna zmiana w obszarze alkoholowej konsumpcji. Do spożycia alkoholu przyznaje się obecnie 80% Polek. Z przeprowadzonych badań wynika, że odsetek pijących pań w całej populacji zbliża się powoli do liczby pijących panów (89%). Coraz częściej po alkohol sięgają także kobiety z reguły dobrze wykształcone, aktywne zawodowo i finansowo niezależne. Zagadnienie FASD w Polsce, podobnie jak możliwości diagnostyczne FASD w Polsce, są za mało znane w porównaniu z wiedzą na ten temat oraz praktyką w innych krajach. W roku 2014 w Polsce istniało tylko dziewięć instytucji biorących udział w diagnostyce i terapii indywidualnej dzieci z FASD. Obecnie jest to 15 placówek, gdzie zespoły diagnostów nie są jeszcze gruntownie wykształcone, jednocześnie odczuwają brak neuropsychologów i radiologów. Możliwości wykonywania specjalistycznych badań uszkodzeń mózgowia dzieci, ze względu na brak skanera magnetycznego są również znacznie ograniczone.

Z kolei oferowane nie w pełni profesjonalne podejście diagnostyczne stanowi poważne zagrożenie dla dzieci na dalszych etapach ich rozwoju indywidualnego i społecznego, gdyż błędne diagnozowanie, diagnoza niepełna lub jej brak pociągają za sobą nieodpowiedni wybór terapii. Niewłaściwa diagnoza skutkuje niewłaściwą terapią i błędnym orzecznictwem. Dzieci z FASD z tytułu istniejących u nich deficytów mózgowych, które nie zostały zdiagnozowane szczegółowo, niejednokrotnie otrzymują orzeczenia z tytułu zaburzeń zachowania (patologii zachowań) i kierowane są do psychiatrów oraz socjoterapeutów zamiast do neuropsychologów. Jednocześnie jest to powszechna, krzywdząca praktyka w Polsce. Na stronie internetowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) można przeczytać: „Zgodnie z wynikami badania, dzieci z FASD często na początku otrzymują diagnozę autyzmu i ADHD (Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi), a przyczyniać się do tego mogą liczne podobieństwa obu zaburzeń funkcjonowania jednostki. Jak twierdzą badacze, dzieje się tak mimo faktu, że dzieci z FASD mają większe problemy z interpretowaniem kontekstu społecznego, niż dzieci z ADHD, co przekłada się na intensywniejsze problemy z zachowaniem. Ponadto badacze zaobserwowali, że dzieci z FASD bardziej niż dzieci z ADHD narażone są na zaburzenia psychiczne (Okulicz-Kozaryn i in., 2021, Domin i Mazur 2023).

Sytuacja w Krakowie

Kraków dzięki powstałemu w 2012 r. Centrum Diagnostyki i Terapii FASD przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika stał się pionierem w Polsce. Kluczowym elementem działania Centrum jest stałe zwiększanie standardów oraz procedur profilaktyki, diagnozy i terapii FASD zgodnie z najnowszym stanem wiedzy medycznej. Szacunkowe dane informują, że FASD może dotyczyć nawet 5–10% populacji dzieci w Polsce (dane szacunkowe czasami znacznie się różnią ze względu na brak dokładnych badań przesiewowych). Oznacza to, że zaburzeniami ze spektrum FASD dotknięta jest znaczna liczba dzieci, które często nie mają postawionej prawidłowej diagnozy, lub ich zaburzenie nie jest w ogóle rozpoznawane (Sprawozdanie z Realizacji Programu 2014–2021).

Planowane działania

W ramach Gminnego Programu będą podejmowane lokalne działania informacyjno-edukacyjne dotyczące szkodliwości spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży. Będą one polegały na organizacji kampanii edukacyjnych oraz udostępnianiu materiałów edukacyjnych (podcasty, ulotki, broszury, publikacje naukowe, plakaty) mających na celu zwiększenie w społeczeństwie (w szczególności w grupie nastolatków w wieku 15 lat i starszych, u młodych dorosłych, u kobiet planujących ciążę) świadomości na temat szkód wynikających z picia alkoholu w ciąży oraz w okresie karmienia piersią. Działania obejmą m.in.:

- Zajęcia i programy edukacyjne dla młodzieży ze szkół ponadpodstawowych,
- Zajęcia edukacyjne obejmujące zagadnienia związane z koniecznością zachowania abstynencji w czasie ciąży,
- Szkolenia dla różnych grup zawodowych (przedstawiciele różnych służb, pracownicy systemu ochrony zdrowia, oświaty, pomocy społecznej i resortu sprawiedliwości),
- Działania informacyjne i profilaktyczne w placówkach POZ i poradniach specjalistycznych polegające na upowszechnianiu wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD,

- Działania zwiększające dostępność i podnoszące jakość pomocy skierowanej do dzieci z FASD i ich rodzin – wspieranie i finansowanie miejsc, w których można uzyskać diagnozę w zakresie FASD oraz wsparcie i pomoc dla dzieci z FASD, a także ich rodzin,
- Ścisłą współpracę w zakresie wskazanych działań z Centrum Diagnostyki i Terapii FASD przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika.

Rok 2023

Realizacja profilaktycznych programów szkoleniowych miała na celu przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym z obszaru uzależnień poprzez wzmacnianie czynników chroniących wśród dzieci i młodzieży, uczniów krakowskich szkół. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. zrealizowano 846 szkoleń profilaktycznych. Podczas szkoleń objęto oddziaływaniami 14 512 uczestników, w tym:

- 12 386 uczestników – dzieci uczęszczające do przedszkoli, uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych,
- 1 219 rodziców,
- 231 nauczycieli,
- 676 inne osoby dorosłe.

Podczas szkoleń realizowany był moduł tematyczny poświęcony zagrożeniom związanym z używaniem Nowych Substancji Psychoaktywnych. W okresie ferii zimowych dzieci, młodzież oraz dorośli mieszkańcy Krakowa mogli korzystać z oferty szkoleń profilaktycznych realizowanych w formie online, zgłaszając się do udziału w grupach otwartych.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie zawarł umowy z 28 placówkami wsparcia dziennego, prowadzonymi przez organizacje pozarządowe. Umowy zawarto z 20 placówkami wsparcia dziennego typu opiekuńczego, 5 z placówkami wsparcia dziennego typu specjalistycznego oraz 3 z placówkami prowadzonymi w formie podwórkowej.

W placówkach wsparcia dziennego w roku 2023 zapewnionych zostało 1 870 miejsc, a ze wsparcia placówek skorzystało 3 411 dzieci, w tym:

- 192 dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (5,6%);
- 37 dzieci z rodzin z problemem narkomanii (1,08%);
- 117 dzieci dotkniętych przemocą domową (3,43%).

Opiekę nad wychowankami sprawowało łącznie 232 wychowawców, z czego 39 było zatrudnionych na pełen etat, 12 pracowników na pół etatu lub więcej, natomiast pozostałe osoby były zatrudniane głównie na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. W roku 2023 zostało zatrudnionych 67 nowych wychowawców i 54 wychowawców odeszło z placówek. W placówkach zatrudnionych było również 26 psychologów.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie przeprowadził szkolenia dla pracowników domów pomocy społecznej z zakresu rozpoznawania i reagowania na zjawiska przemocy i agresji, których doświadczyli mieszkańcy DPS-ów.

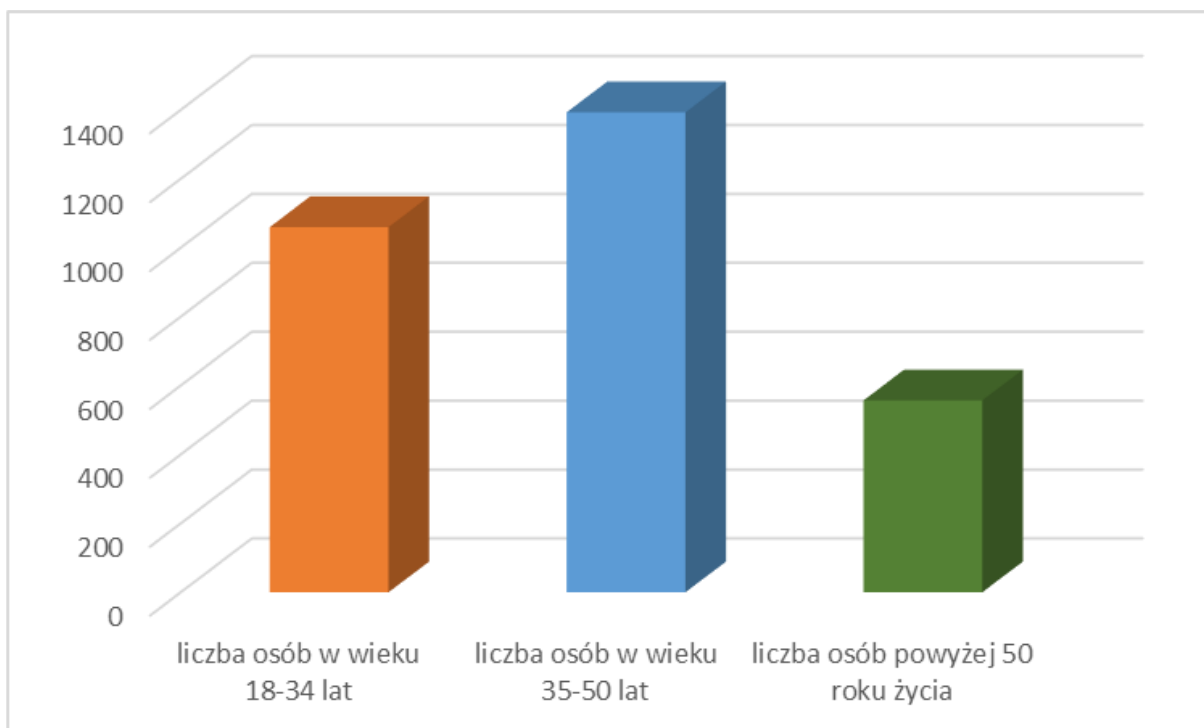
Szkolenia odbyły się zgodnie z przedstawioną ofertą, w terminach: 19.10.2023, 20.10.2023, 25.10.2023, 26.10.2023, 2.11.2023, 3.11.2023, 30.11.2023, 1.12.2023.

Zrealizowane zostały poniższe obszary tematyczne:

- Rozumienie zjawisk agresji i przemocy,

- Agresja i przemoc w DPS – w relacjach między mieszkańcami i w relacjach mieszkańców DPS z pracownikami,
- Przemoc w życiu mieszkańców DPS – jak o tym rozmawiać,
- Poznanie procedury Niebieskiej Karty i możliwości jej zastosowania

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień zostały udzielone 3 010 osobom, z czego największą liczbę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 35–50 lat (1 393 osoby). Kolejną pod względem liczebności grupę stanowiły osoby w wieku 18–34 lat (1 060 osób) oraz osoby starsze powyżej 50. roku życia (557 osób).



Wykres 1. Liczba osób leczonych w ramach terapii uzależnień w 2023 r.

W roku 2023 łącznie zostało udzielonych 33 238 świadczeń, z czego najczęściej udzielanym świadczeniem były sesje psychoterapii indywidualnej – 20 919, świadczenia sesje psychoterapii grupowej – 4 597, porady/wizyty terapeutyczne – 2 933, porady diagnostyczne – 2 402, porady/wizyty lekarskie 1 535, wizyty instruktora terapii uzależnień – 274, świadczenia sesji psychoedukacyjnych – 243, sesje psychoterapii rodzinnej/pary – 184, superwizja osób z personelu – 151 świadczeń.

W związku z realizacją zadań Policji wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii zatrzymano 8588 osób podejrzanych o popełnienie przestępstw określonych w ww. ustawie. W roku 2023 nieletni popełnili 338 czynów karalnych w kategorii przestępstwa narkotykowe, co stanowi o 4 mniej niż w analogicznym okresie roku 2022.

Ujawniono następujące ilości substancji:

- Amfetamina – 8195,1 g
- Marihuana – 34488,1 g,
- Kokaina – 4110,5 g,
- MDMA – 3324,1 g,
- Ecstasy – 700,5 szt.,

- Haszysz – 6506 g,
- Mefedron – 29800,4 g,
- Metamfetamina – 1651,2 g,
- LSD – 27 g,
- Inne – 5592,65 g,
- Konopie indyjskie – 227 sztuk krzewów, tj. w przeliczeniu około 4990 g.

W roku 2023 na terenie Krakowa ujawniono ponad 90 kg środków odurzających.

Rok 2024

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 roku zrealizowano 782 szkolenia profilaktyczne. Podczas szkoleń objęto oddziaływaniami 14 050 uczestników, w tym:

- 12 338 uczestników - dzieci uczęszczające do przedszkoli, uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych,
- 781 rodziców,
- 238 nauczycieli,
- 693 inne osoby dorosłe.

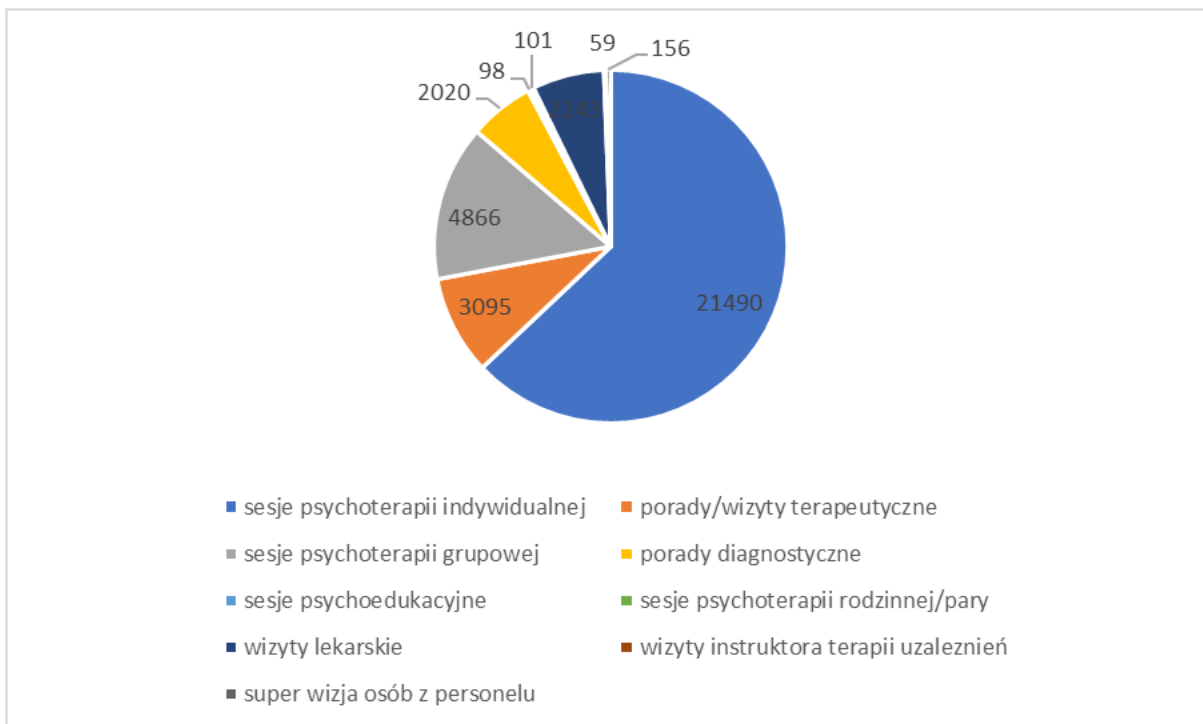
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie zawarł umowy z 26 placówkami wsparcia dziennego, prowadzonymi przez organizacje pozarządowe. Umowy zawarto z 18 placówkami wsparcia dziennego typu opiekuńczego, 5 z placówkami wsparcia dziennego typu specjalistycznego oraz 3 z placówkami prowadzonymi w formie podwórkowej. Z placówek wsparcia dziennego (wraz z Centrum Administracyjnym Nr 1) skorzystało 3 254 dzieci, w tym:

- 221 dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (6,79%);
- 32 dzieci z rodzin z problemem narkomanii (0,98%);
- 180 dzieci dotkniętych przemocą domową (5,53%).

Opiekę nad wychowankami sprawowało łącznie 244 wychowawców, z czego 62 było zatrudnionych na pełen etat, 62 pracowników na pół etatu lub więcej, natomiast pozostałe osoby były zatrudniane głównie na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. W 2024 roku zostało zatrudnionych 51 nowych wychowawców i 45 wychowawców odeszło z placówek. W placówkach zatrudnionych było również 15 psychologów.

W okresie od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. podmioty lecznicze współpracujące z MCPU udzieliły świadczenia w zakresie terapii uzależnień 2 454 osobom, z czego największą liczbę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 35–50 lat (1 165 osób). Następną, liczną grupę stanowiły osoby w wieku 18–34 lat (804 osoby) oraz osoby starsze powyżej 50 roku życia (485 osób).

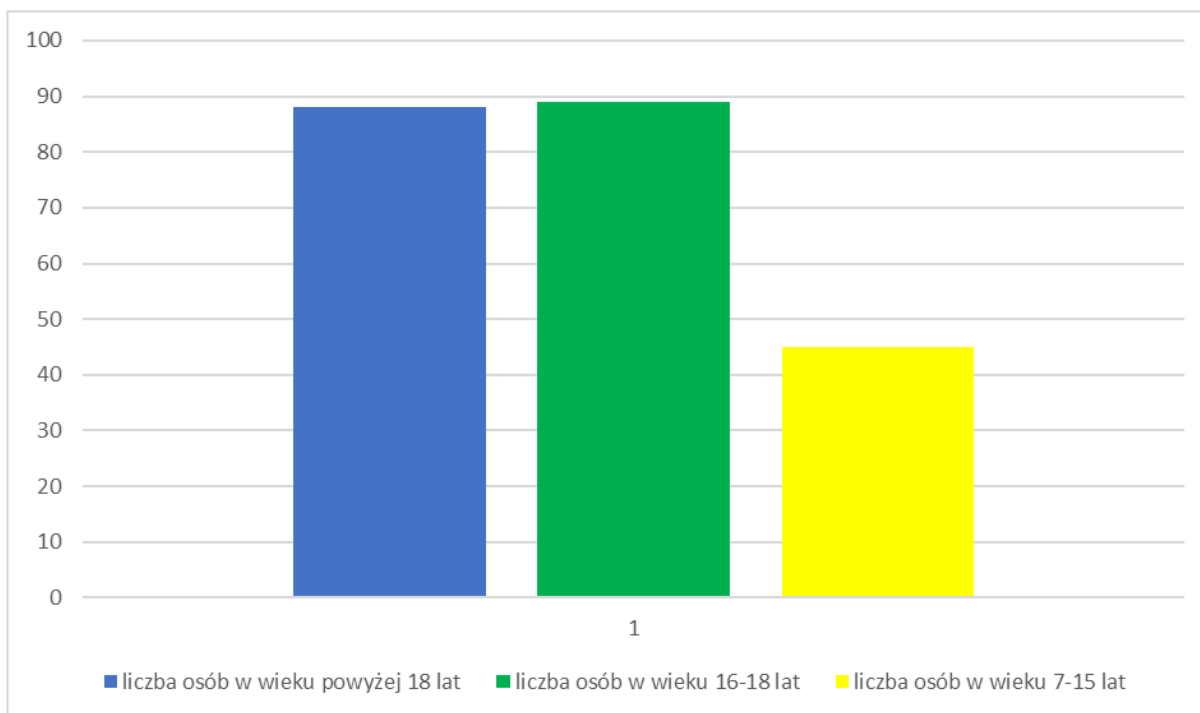
W wyżej wymienionym okresie zostało udzielonych przez podmioty współpracujące w ramach Programu Gminnego 34 128 świadczeń, z czego najczęściej udzielanym świadczeniem były sesje psychoterapii indywidualnej – 21 490, świadczenia sesje psychoterapii grupowej – 4 866, porady/wizyty terapeutyczne – 3 095, porady diagnostyczne – 2 020, porady/wizyty lekarskie 2 243, wizyty instruktora terapii uzależnień – 59, świadczenia sesji psychoedukacyjnych – 98, sesje psychoterapii rodzinnej/pary – 101, superwizja osób z personelu – 156 świadczeń.



Wykres 2. Świadczenia wykonane w ramach terapii uzależnień w 2024 r.

Pacjenci zgłaszający się w 2024 r. do poradni leczenia uzależnień, finansowanych ze środków miasta Krakowa, to w większości osoby współuzależnione (1 093 osoby), następnie osoby uzależnione od alkoholu (892 osoby) oraz osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (356 osób), zaburzenia nawyków i popędów (113 osób). W okresie od stycznia do grudnia 2024 r. terapię rozpoczęło 1 358 osób, 61 osób zostało skierowanych do innych form leczenia. 240 osób ukończyło program terapii, a po raz kolejny rozpoczęło terapię – 634 osoby.

Świadczenia udzielane były przez 11 lekarzy psychiatrów, 74 specjalistów psychoterapii uzależnień, 7 psychologów klinicznych i 11 osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu specjalisty terapii uzależnień.

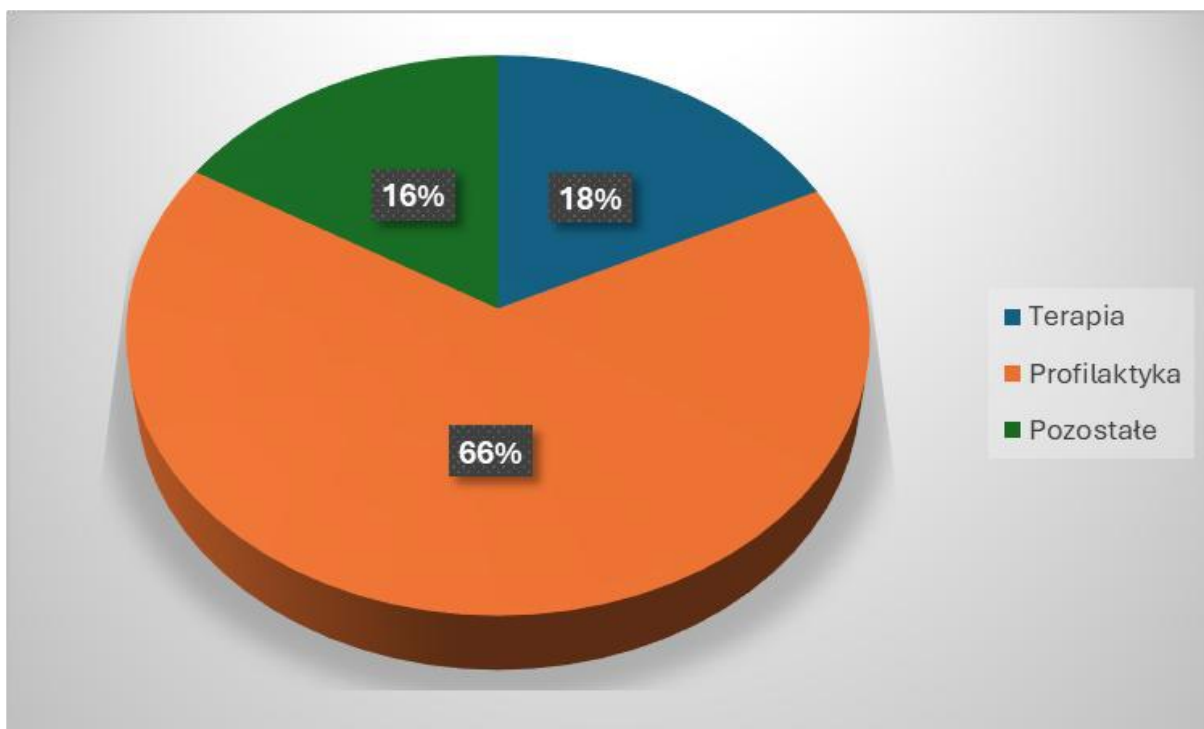


Wykres 3. Liczba osób objętych terapią uzależnień dla dzieci i młodzieży w 2024 r.

W związku z realizacją zadań Policji wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii ujawniono 1314 przestępstw stwierdzonych, w tym przestępstwa wykryte tj. 1280 – 97,41%. Zatrzymano ogółem 732 osoby podejrzane o popełnienie przestępstw określonych w ustawie w tym 43 nieletnich (dane za rok 2024).

Ujawniono następujące ilości substancji:

- Amfetamina – 22198 g,
- Marihuana – 57709,1 g,
- Kokaina – 770 g,
- MDMA – 1675 g,
- Ecstasy – 121 szt.,
- Haszysz (żywica konopi) – 1843,9 g,
- Mefedron – 22915,2 g,
- Metamfetamina – 355 g,
- LSD – 568 szt.,
- Konopie inne niż włókniste – rośliny – 806 szt.



Wykres 4. Podział środków w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2025 ze względu na realizowane działania.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2025 r. zrealizowano 651 szkoleń profilaktycznych. Podczas szkoleń objęto oddziaływaniami 11 131 uczestników.

W tym:

10 029 uczestników – dzieci uczęszczające do przedszkoli, uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych,
422 rodziców,
184 nauczycieli,
496 innych osób dorosłych.

Podczas szkoleń realizowany był moduł tematyczny poświęcony zagrożeniom związanym z używaniem Nowych Substancji Psychoaktywnych.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie zawarł umowy z 26 placówkami wsparcia dziennego, prowadzonymi przez organizacje pozarządowe. Umowy zawarto z 18 placówkami wsparcia dziennego typu opiekuńczego, 5 z placówkami wsparcia dziennego typu specjalistycznego oraz 3 z placówkami prowadzonymi w formie podwórkowej. Z placówek wsparcia dziennego skorzystało 3 255 dzieci, w tym:

175 dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (5,38%);
17 dzieci z rodzin z problemem narkomanii (0,52%);
119 dzieci dotkniętych przemocą domową (3,66%).

Opiekę nad wychowankami sprawowało łącznie 223 wychowawców, z czego 35 było zatrudnionych na pełen etat, 14 pracowników na pół etatu lub więcej, natomiast pozostałe osoby były zatrudniane głównie na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. W roku 2025 zostało zatrudnionych 57 nowych wychowawców i 56 wychowawców odeszło z placówek. W placówkach zatrudnionych było również 19 psychologów.

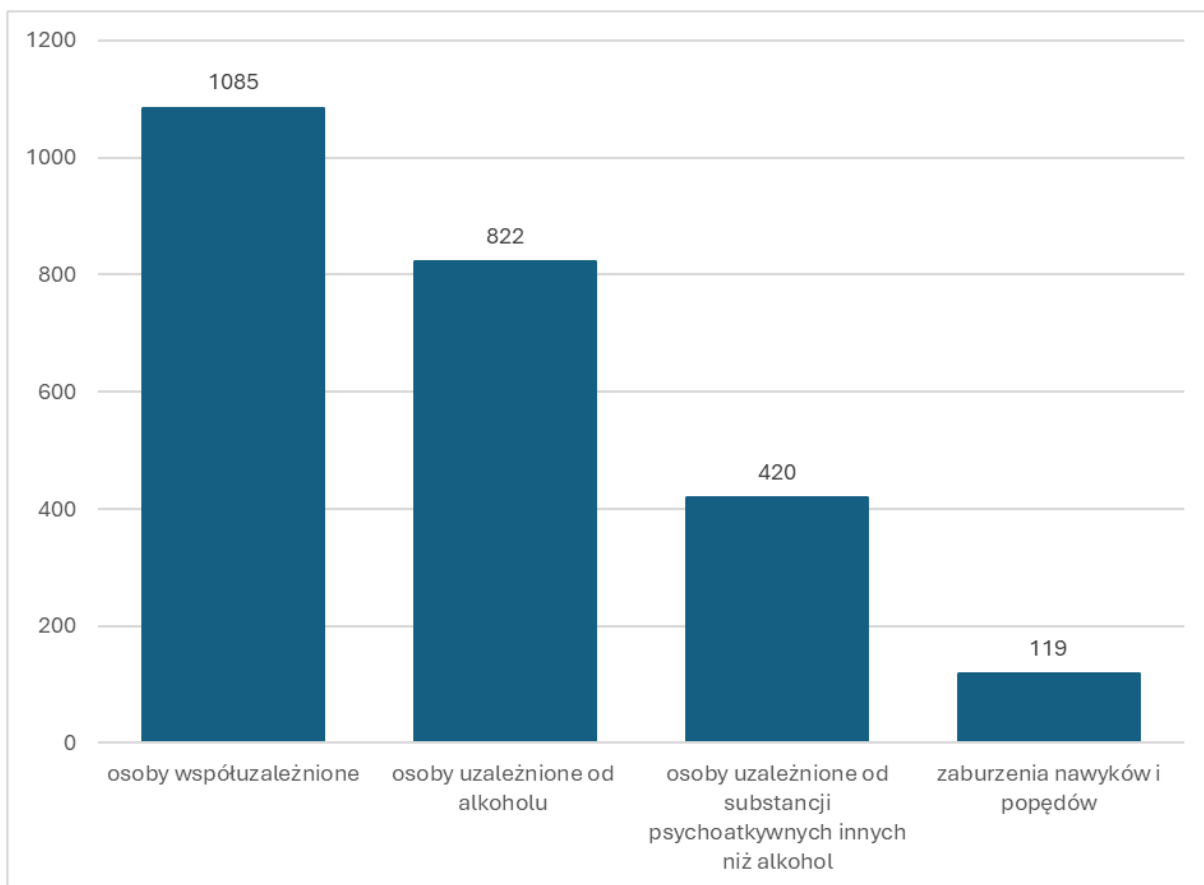
W okresie od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r. placówki współpracujące z MCPU w ramach Programu Gminnego udzieliły łącznie świadczeń w zakresie terapii uzależnień dla 2 446 pacjentów. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 35–50 lat – 1 121 osób. Kolejną pod względem liczebności były osoby w przedziale wiekowym 18–34 lata – 871 osób, natomiast osoby powyżej 50. roku życia stanowiły grupę 454 pacjentów.

W wyżej wymienionym okresie udzielono łącznie 35 451 świadczeń. Najczęściej realizowaną formą wsparcia były sesje psychoterapii indywidualnej – 23 814 świadczeń. Ponadto udzielono:

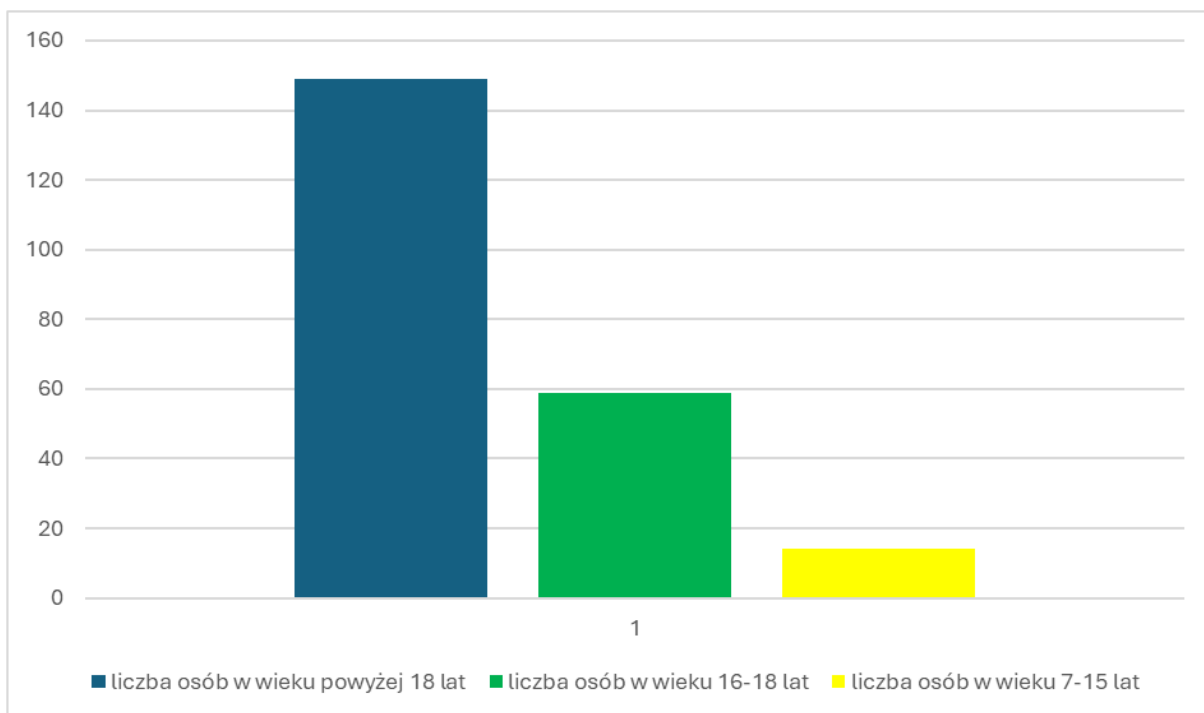
- 4 600 świadczeń w formie sesji psychoterapii grupowej,
- 3 441 porad/wizyt terapeutycznych,
- 1 402 porad diagnostycznych,
- 1 915 porad/wizyt lekarskich,
- 123 świadczeń w formie sesji psychoterapii rodzinnej lub dla pary,
- 23 sesji psychoedukacyjnych,
- 21 wizyt instruktora terapii uzależnień.

Zrealizowano 112 świadczeń w zakresie superwizji dla członków personelu.

Pacjenci zgłaszający się w roku 2025 do poradni leczenia uzależnień finansowanych ze środków miasta Krakowa to w większości osoby współuzależnione (1 085 osób), następnie osoby uzależnione od alkoholu (822 osoby) oraz osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (420 osób), zaburzenia nawyków i popędów (119 osób).



Wykres 5. Rozpoznania osób leczonych w ramach terapii uzależnień w 2025 r.



Wykres 6. Liczba osób w zakresie terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży w 2025 r.

W związku z realizacją zadań Policji wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii ujawniono 2129 przestępstw stwierdzonych, w tym przestępstwa wykryte tj. 2064 – 96,95%. Zatrzymano ogółem 714 osób podejrzanych o popełnienie przestępstw określonych w ustawie w tym 79 nieletnich (dane za rok 2025).

NSP – Nowe substancje psychoaktywne

Rynek NSP, niezmiennie od lat charakteryzuje się dużą liczbą pojawiających się nowych związków. Najczęściej spotykane (konfiskowane przez służby) są kannabinoidy syntetyczne i półsyntetyczne, syntetyczne katynony, nowe syntetyczne opioidy i nitazeny. Służby corocznie odnotowują około 50 nowych związków. Jednak zagrożenia dla zdrowia, jakie niosą ze sobą te nowe związki, są słabo rozpoznane, chociaż niektóre z nich stwarzają dla konsumentów ryzyko wystąpienia ciężkich lub nawet śmiertelnych zatruc lub innych problemów zdrowotnych. Najczęściej wprowadzane są na rynek narkotykowy kannabinoidy półsyntetyczne (około 20) będące chemicznie modyfikowaną postacią kannabinoidów występujących w roślinach konopi indyjskich. Są one szeroko dostępne za pośrednictwem Internetu.

Jednocześnie nie znamy prawdziwego rozmiaru przyjmowania NSP, jak również innych narkotyków. Jest to związane z brakiem w Polsce wyspecjalizowanych instytucji, jakimi są Ośrodki Informacji Toksykologicznej (OIT) zajmujące się między innymi sprawozdawczością związaną z zatruciami, w tym środkami psychoaktywnymi. Jako przykład może służyć województwo łódzkie, w którym funkcjonuje taki ośrodek. Liczba zgłoszeń zatruc spowodowanych przez NSP w roku 2019 wynosiła 625, podczas gdy w innych województwach (z wyjątkiem śląskiego) zatrucia NSP zazwyczaj oscylowały w granicach kilkudziesięciu. Jest to spowodowane brakiem funkcjonowania na ich terenie OIT. W związku z powyższym współpraca w ramach Gminnego Programu zakłada pozyskiwanie i przepływ informacji dotyczących zatruc substancjami psychoaktywnymi na terenie Krakowa.

Redukcja szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Redukcja szkód to polityka i działania mające na celu przede wszystkim zminimalizować zdrowotne, społeczne i ekonomiczne negatywne konsekwencje wywołane przez substancje psychoaktywne w skali indywidualnych konsumentów, ich rodzin i społeczności – bez stawiania warunków zaprzestania używania tych narkotyków. Główny nacisk kładziony jest na zwiększenie bezpieczeństwa – zapobieganie zakażeniom przenoszonym przez krew, zatruciom i przedawkowaniom narkotyków jak również postępującej marginalizacji społecznej i kryminalizacji osób uzależnionych. W ramach Programu przewidziana jest współpraca z podmiotami zajmującymi się redukcją szkód na terenie miasta Krakowa.

Dane za rok 2025 z Wydziału Prewencji Komendy Miejskiej Policji w Krakowie

W roku 2025 na terenie miasta Krakowa zatrzymanych zostało 714 osób podejrzanych o popełnienie przestępstw określonych w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 4. Rodzaje ujawnionych narkotyków i ich ilość.

Narkotyk/prekursor	Ilość
Marihuana (ziele konopi)	119 155,3 g
Amfetamina	10 942,4 g
Mefedron	26 998,6 g
4-CMC (Klefedron)	11 604,7 g

Narkotyki/prekursory	Ilość
3-CMC (Klofedron)	19352 g
HHC-O (O-acetyloheksahydrokannabinol)	2 557,2 g
Kokaina	13 657,7 g
MDMA	5 202,2 g
Metamfetamina	5 432,7 g
Tetrahydrokannabinol	969,0 g
HHC (Heksahydrokannabinol)	626,7 g
Psylocybina	634,3 g
Alfa-PVP (a-PVP)	573,9 g
Haszysz (żywica konopi)	406,7 g
Heroina	115,2 g
Morfina	147,4 g
Psilocyna	70,9 g
2C-B	30,1 g
Alprazolam	71,8 g
Kodeina	5,4 g
25B-NBOMe	4,3 g
Metamfepramon (Dimetylokatynon)	2,2 g
Metylofenidat	0,5 g
Ketamina	0,3 g
LSD	213 sztuk
Ecstasy	98 sztuk
Konopie inne niż włókniste	61 sztuk roślin

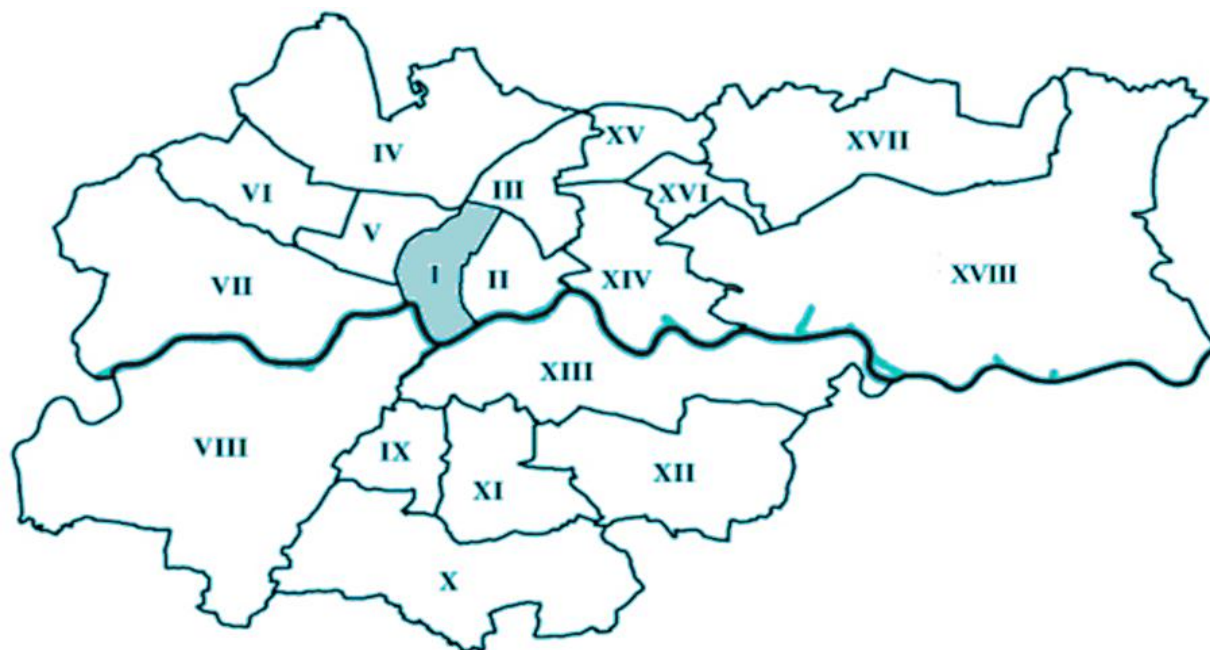
V. CHARAKTERYSTYKA DZIELNIC MIASTA KRAKOWA

W rozdziale tym zostanie przedstawiona charakterystyka wszystkich 18 dzielnic Krakowa. Charakterystyka będzie dotyczyła szeroko rozumianej problematyki uzależnień, a opis każdej Dzielnicy będzie zawierał następujące informacje:

- liczba poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków;
- liczba placówek wsparcia dziennego;
- liczba poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ);
- liczba pacjentów korzystających z terapii uzależnień finansowanej ze środków GMK.

Przedstawione dane pozwolą ujawnić rejony wymagające szczególnej koncentracji działań.

V.1. Stare Miasto – Dzielnica I



Mapa 1. Stare Miasto – Dzielnica I

Dzielnica Stare Miasto położona w centrum Krakowa posiada powierzchnię 556,76 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 26 823.¹

W roku 2026 na terenie Dzielnicy I znajdowały się 4 poradnie posiadające umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Krakowie: 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. Basztowa 5), 2 poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (ul. Basztowa 5 i ul. Batorego 5) oraz 1 poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (ul. Św. Katarzyny 3).

W roku 2026 na terenie Dzielnicy I znajdowały się 3 poradnie finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków: 1 poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (ul. Basztowa 5), 1 poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci (ul. Basztowa 5) oraz 1 poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (ul. Św. Katarzyny 3).

Ponadto w roku 2026 na terenie Dzielnicy I funkcjonowały 2 placówki wsparcia dziennego, finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Długa 42, dla 210 wychowanków;
- ul. Augustiańska 22, dla 35 wychowanków.

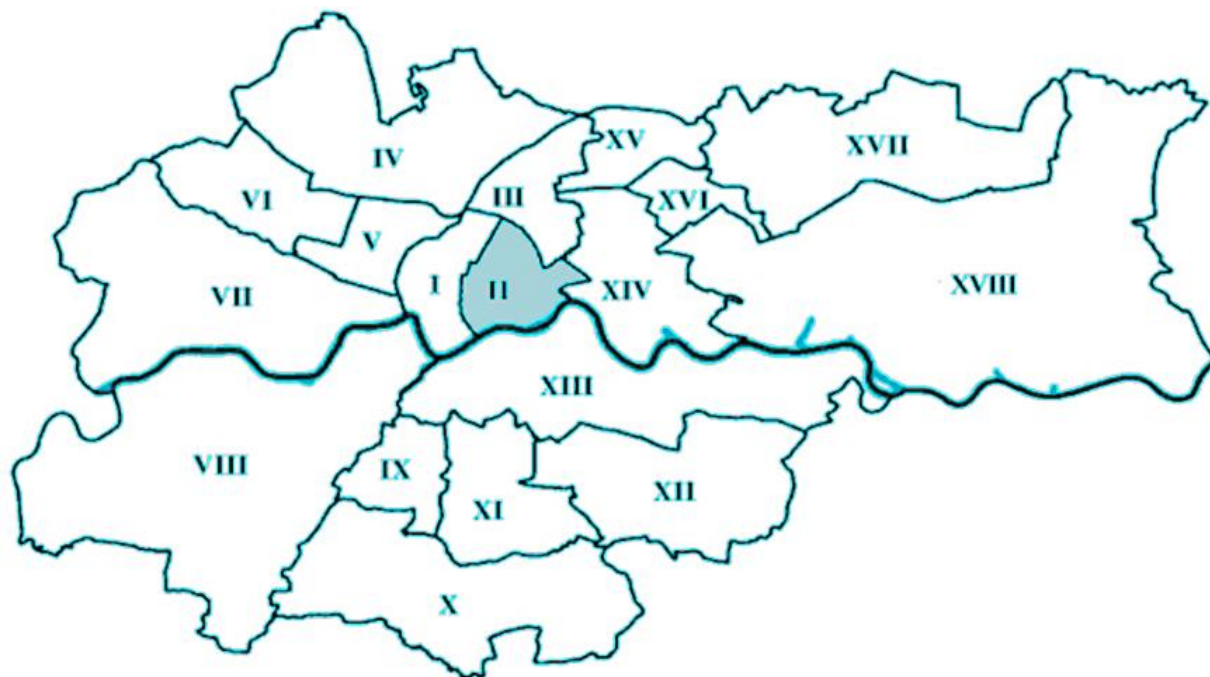
Łącznie na terenie Dzielnicy I zabezpieczono 245 miejsc w placówkach wsparcia dziennego. Dodatkowo funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu przy ul. Izaaka 5, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnicy I, II, XIII.

¹ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=121476

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie dzielnicy Stare Miasto zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 5,1% wszystkich pacjentów.

V.2. Grzegórzki – Dzielnica II

Dzielnica Grzegórzki położona jest również w centrum Krakowa, sąsiaduje z Dzielnicą Stare Miasto, Prądnik Czerwony oraz Dzielnicą Czyżyny, na powierzchni 584,52 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 29 599.²



Mapa 2. Grzegórzki – Dzielnica II

W roku 2026 na terenie Dzielnicy II znajdowały się 3 poradnie finansowane ze środków MOW NFZ: 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. Śniadeckich 10), poradnia terapii uzależnień od środków psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży (ul. Śniadeckich 10), poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (ul. Rakowicka 10A) i 1 poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży (ul. Śniadeckich 10). Ponadto na terenie dzielnicy Grzegórzki znajduje się oddział dzienny leczenia uzależnień (ul. Śniadeckich 10), finansowany ze środków Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

W roku 2026 funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków znajdująca się przy ul. Mogińskiej 58 dla 170 wychowanków.

Dodatkowo na terenie Dzielnicy II funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu przy ul. Izaaka 5, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnicy I, II, XIII.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Grzegórzki zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 3,15% wszystkich pacjentów.

² Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25528

V.3. Prądnik Czerwony – Dzielnica III

Dzielnica Prądnik Czerwony usytuowana jest w północno – centralnej części Krakowa, posiada powierzchnię 643,79 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 44 524.³



Mapa 3. Prądnik Czerwony – Dzielnica III

W roku 2026 na terenie Dzielnicy III znajdowała się 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. Sudolska 16) finansowana zarówno ze środków MOW NFZ i Gminy Miejskiej Kraków. Ponadto w roku 2026 funkcjonowały na terenie Dzielnicy 3 placówki wsparcia dziennego, finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Włodkowica 7a, dla 25 wychowanków;
- ul. Strzelców 15, dla 80 wychowanków;
- ul. Strzelców 9a/1, dla 30 wychowanków.

Łącznie na terenie Dzielnicy Prądnik Czerwony zostało zabezpieczonych 135 miejsc w placówkach wsparcia dziennego. Dodatkowo na terenie Dzielnicy III funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu na os. Słonecznym 14, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnicy III, XIV, XV.

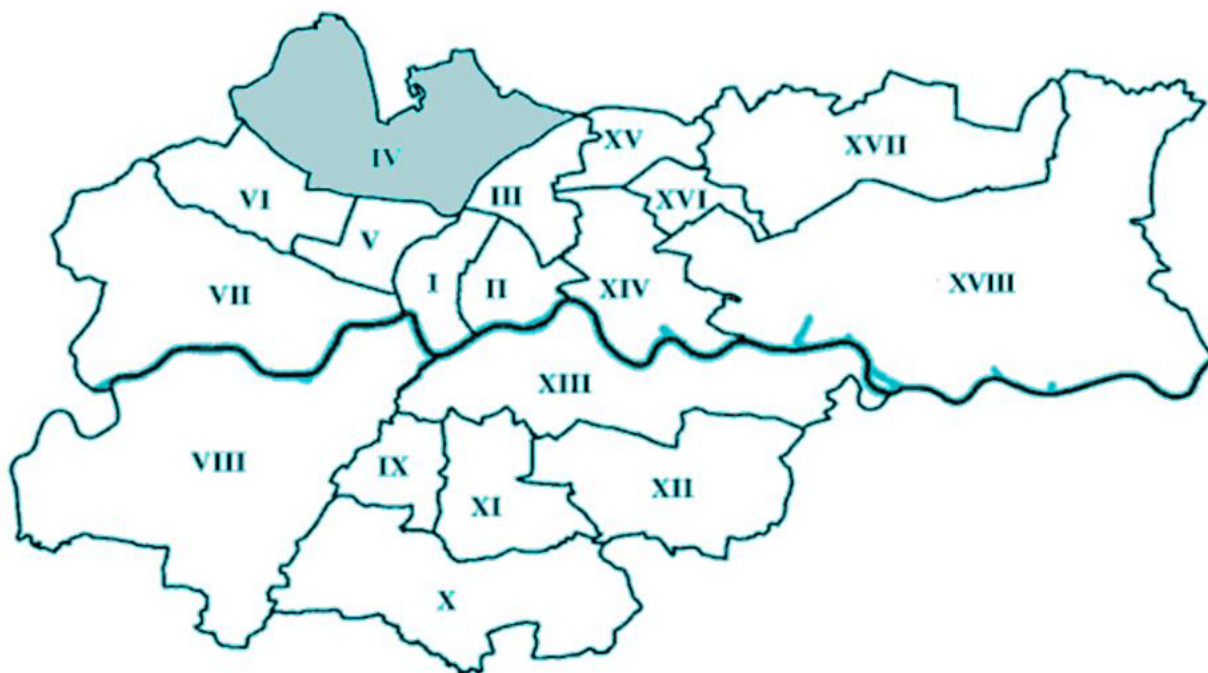
W roku 2025 osoby zameldowane na terenie dzielnicy Prądnik Czerwony zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 5,92% wszystkich pacjentów.

Na terenie Dzielnicy III swoją siedzibę posiada Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie oraz Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (MKRPA), odbywają się tu również dyżury Zespołu Interwencyjnego MKRPA. W MCPU znajduje się Dział Opieki Nad Osobami Nietrzeźwymi oraz Punkt Konsultacyjny dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin.

³ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25529

V.4. Prądnik Biały – Dzielnica IV

Dzielnica Prądnik Biały usytuowana jest w najbardziej wysuniętej na północ części Krakowa, posiada powierzchnię 2 341,87 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 74 105.⁴ Dzielnica ta posiada największą liczbę mieszkańców miasta Krakowa.



Mapa 4. Prądnik Biały – Dzielnica IV

W roku 2026 na terenie Dzielnicy IV znajdowała się 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. Radzikowskiego 29) finansowana ze środków MOW NFZ.

Ponadto w roku 2026 funkcjonowały na terenie Dzielnicy 2 placówki wsparcia dziennego, finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Radzikowskiego 29, dla 82 wychowanków;
- ul. Józefa Elsnera 3, dla 40 wychowanków.

Łącznie na terenie Dzielnicy Prądnik Biały zostały zabezpieczone 122 miejsca w placówkach wsparcia dziennego.

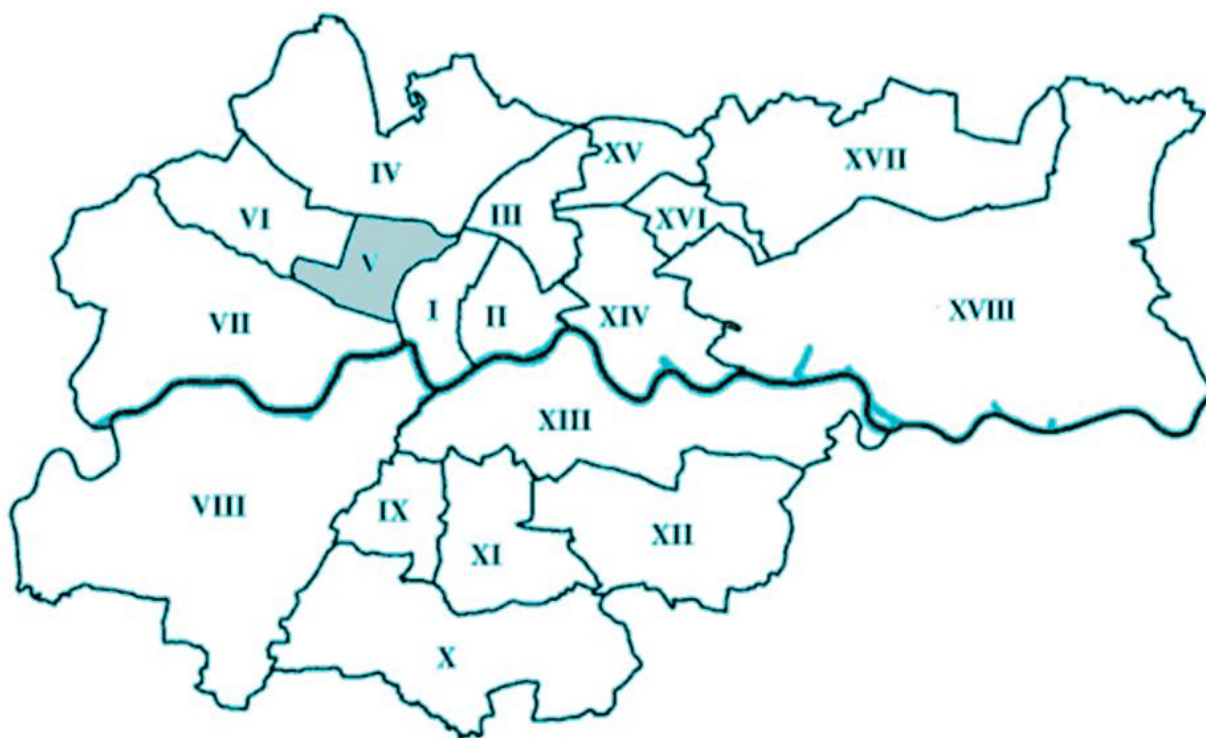
W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Prądnik Biały zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 5,21% wszystkich pacjentów.

V.5. Krowodrza – Dzielnica V

Dzielnica Krowodrza usytuowana jest w centralno-zachodniej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 561,90 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 28 725.⁵

⁴ https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25530

⁵ https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25531



Mapa 5. Krowodrza – Dzielnica V

W roku 2026 na terenie Dzielnicy V znajdował się oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu (ul. Górna 5A) finansowany ze środków Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. W ramach umowy z Gminą Miejską Kraków funkcjonowały 2 poradnie: 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. Górna 5A) oraz 1 poradnia leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży (ul. Górna 5A).

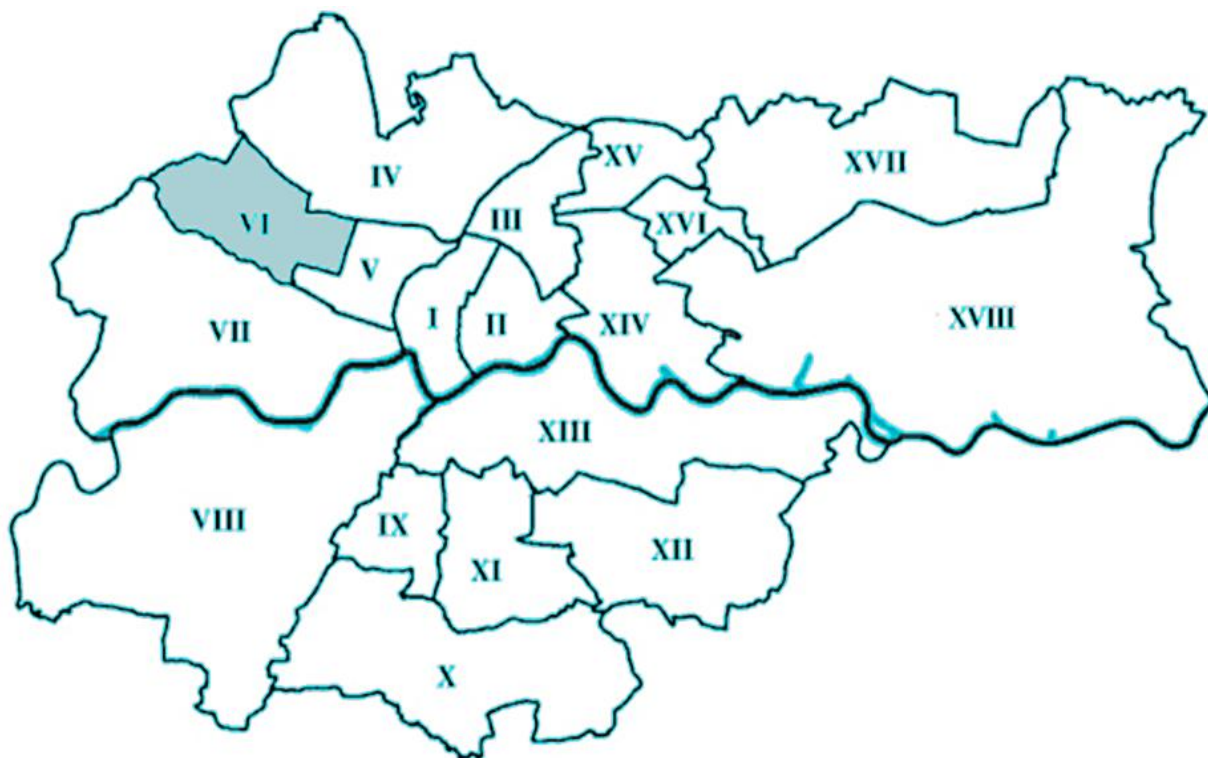
Na terenie Dzielnicy V funkcjonowała w roku 2026 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków przy ul. Skarbińskiego 16 – dla 25 wychowanków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Krowodrza zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 15,97% wszystkich pacjentów.

V.6. Bronowice – Dzielnica VI

Dzielnica Bronowice usytuowana jest w północno-zachodniej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 955,96 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 24 655.⁶

⁶ https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25532



Mapa 6. Bronowice – Dzielnica VI

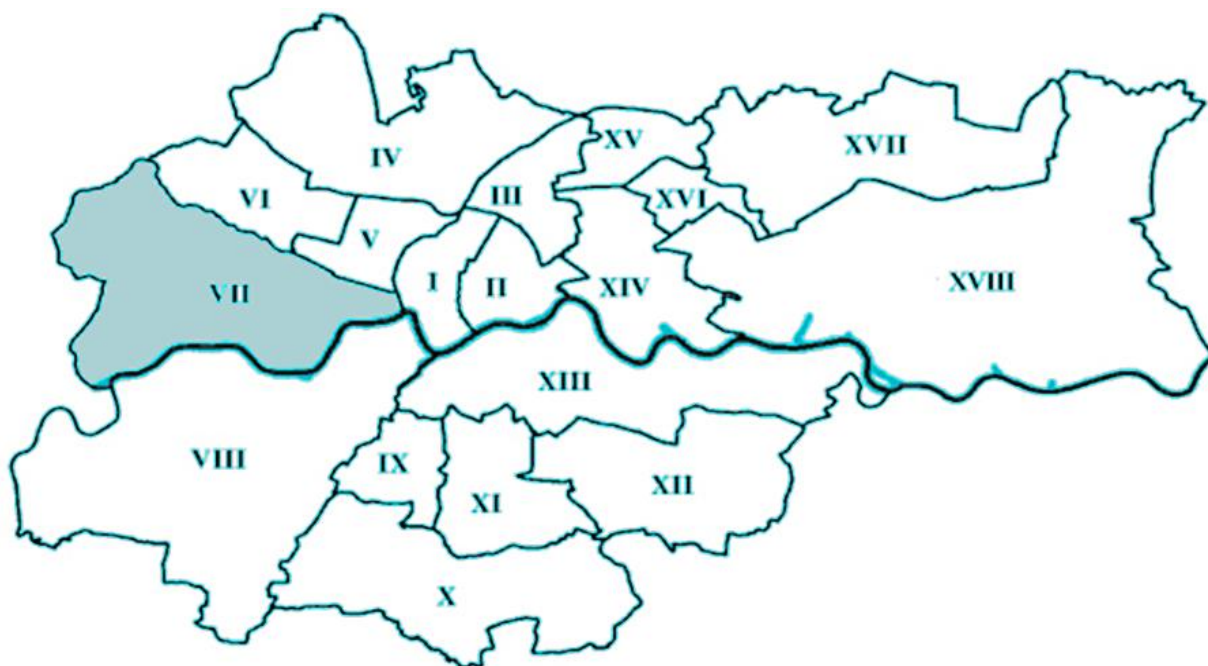
W roku 2026 na terenie Dzielnicy Bronowice funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków przy ul. Szlachtowskiego 31 – dla 60 wychowanków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Bronowice zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 2,44% wszystkich pacjentów.

V.7. Zwierzyniec – Dzielnica VII

Dzielnica Zwierzyniec położona jest w zachodniej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 2 873,10 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 20 296.⁷

⁷ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25533



Mapa 7. Zwierzyniec – Dzielnica VII

W roku 2026 na terenie Dzielnicy Zwierzyniec znajdowała się 1 poradnia leczenia uzależnień (ul. B. Komorowskiego 12) finansowana ze środków MOW NFZ oraz ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

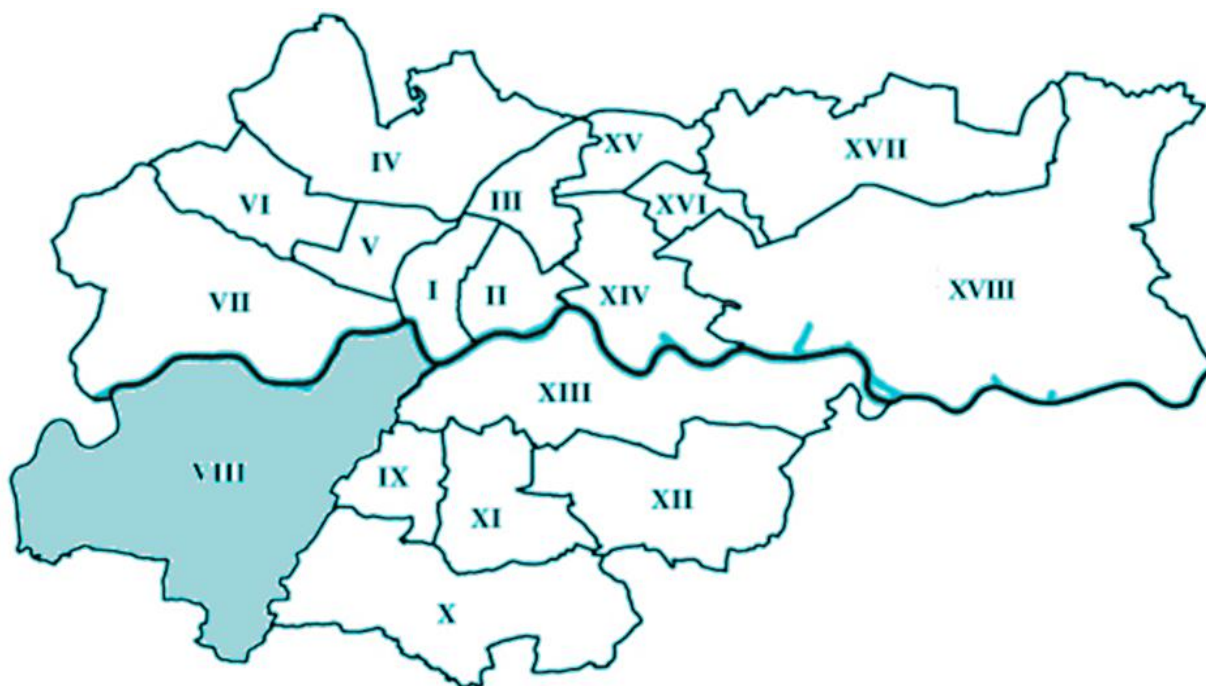
Ponadto w roku 2026 funkcjonowała na terenie dzielnicy 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków przy ul. Księcia Józefa 337 – dla 30 wychowanków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Zwierzyniec zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 1,16% wszystkich pacjentów.

V.8. Dębniki – Dzielnica VIII

Dzielnica Dębniki położona jest w zachodnio – południowej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 4 618,87 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 66 203.⁸ Dzielnica ta zajmuje 2 pozycję pod względem wielkości zajmowanej powierzchni.

⁸ https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mmi=25534



Mapa 8. Dębniki – Dzielnica VIII

W roku 2026 na terenie Dzielnicy VIII znajdowała się 1 poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (ul. J. Babińskiego 29) finansowana ze środków MOW NFZ.

Ponadto na terenie dzielnicy Dębniki znajdują się 3 oddziały stacjonarne: oddział terapii uzależnienia od alkoholu, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz oddział rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) finansowane ze środków Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

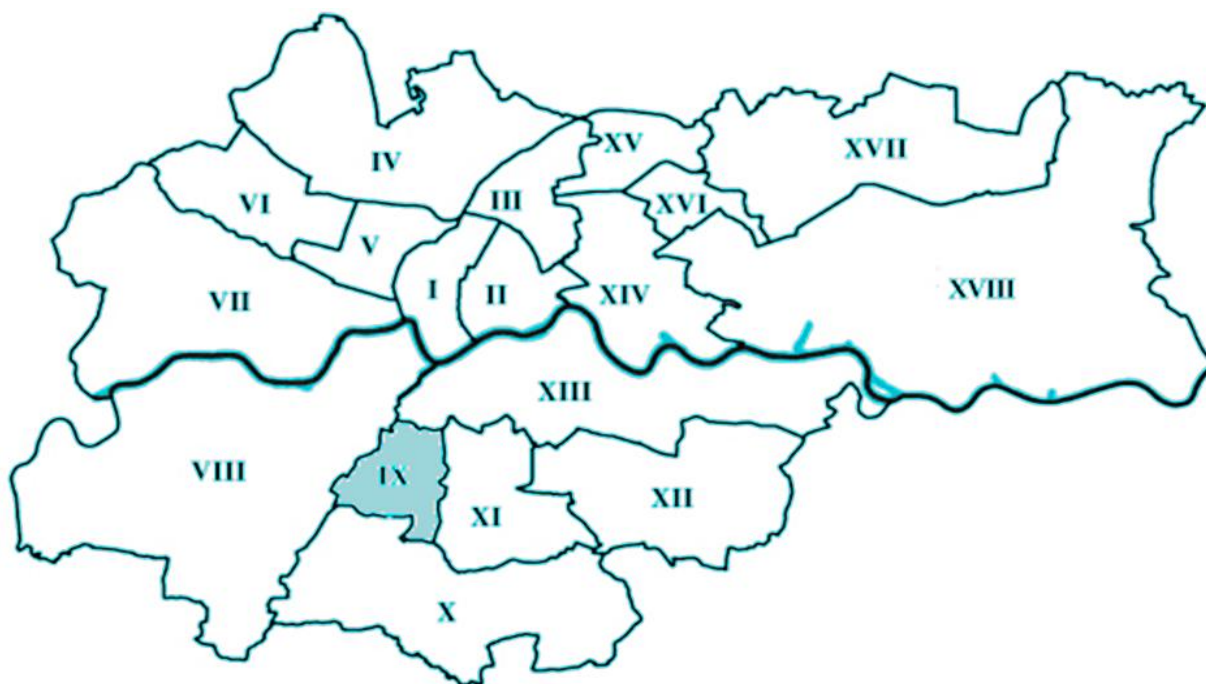
W roku 2026 na terenie Dzielnicy VIII funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków przy ul. Różanej 5 – dla 70 wychowanków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Dębniki zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 5,36% wszystkich pacjentów.

V.9. Łagiewniki–Borek Fałęcki – Dzielnica IX

Dzielnica IX położona jest w centralno-południowej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 541,51 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 15 168.⁹ Dzielnica ta posiada najmniejszą liczbę stałych mieszkańców ze wszystkich Dzielnic Krakowa.

⁹ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25535



Mapa 9. Łagiewniki–Borek Fałęcki – Dzielnic IX

W roku 2026 na terenie Dzielnic IX Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

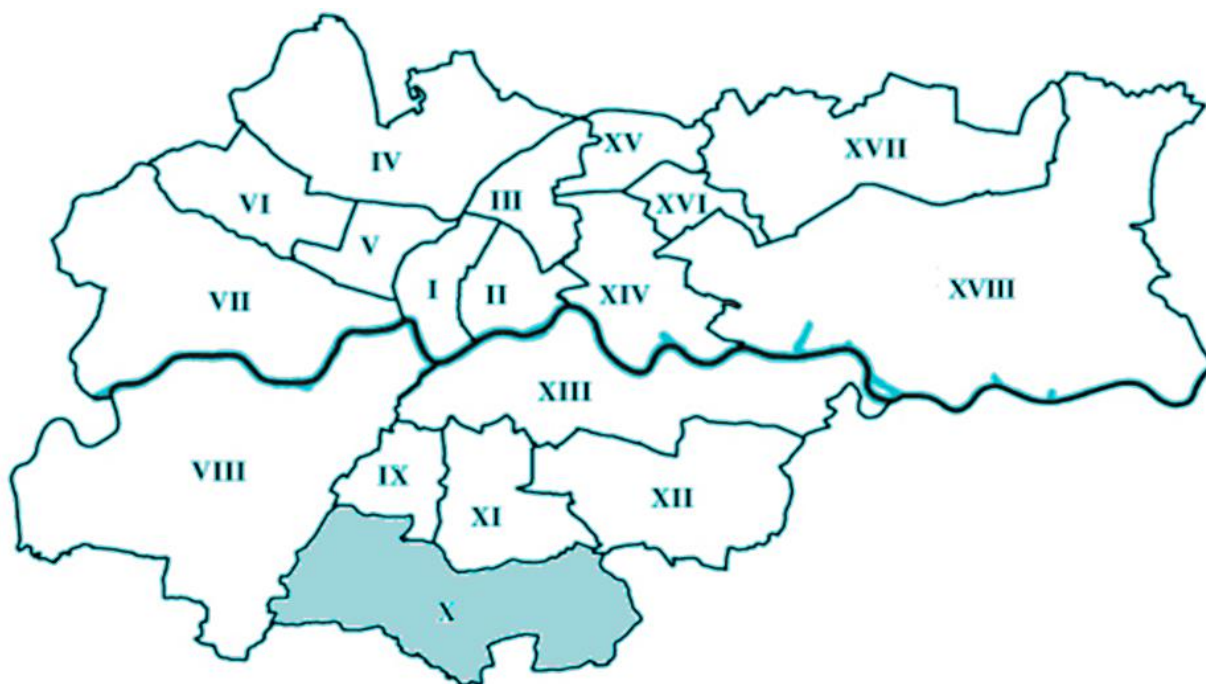
Na terenie Dzielnic Łagiewniki–Borek Fałęcki nie została zabezpieczona żadna placówka wsparcia dziennego ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnic Łagiewniki–Borek Fałęcki zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 1,24% wszystkich pacjentów.

V.10. Swoszowice – Dzielnic X

Dzielnic Swoszowice położona jest w najbardziej wysuniętej na południe części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 2 560,40 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 29 234.¹⁰

¹⁰ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mml=25536



Mapa 10. Swoszowice – Dzielnica X

W roku 2026 na terenie Dzielnicy X Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

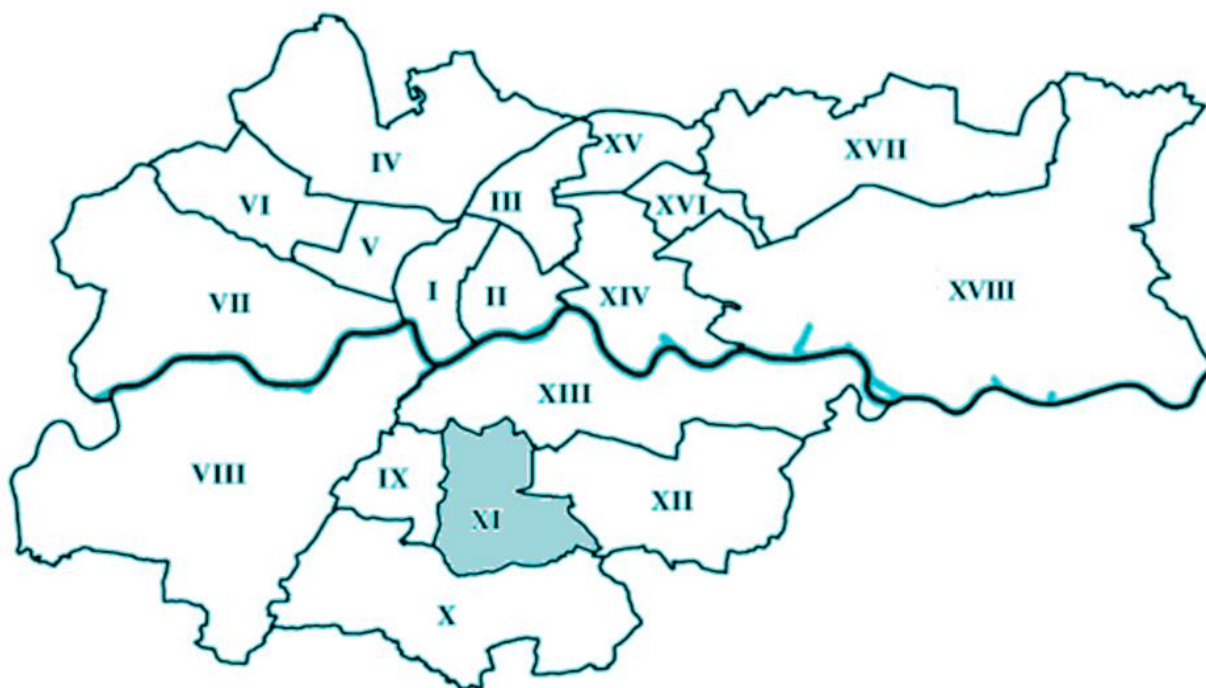
Natomiast w roku 2026 na terenie Dzielnicy X funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków przy ul. Borkowskiej 27 – dla 30 wychowanków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Swoszowice zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 1,2% wszystkich pacjentów.

V.11. Podgórze Duchackie – Dzielnica XI

Dzielnica Podgórze Duchackie położona jest w południowej części miasta Krakowa, posiada powierzchnię 954,00 ha, a liczba stałych mieszkańców wynosi 53 769.¹¹

¹¹ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mmi=25537



Mapa 11. Podgórze Duchackie – Dzielnica XI

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XI Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XI funkcjonowały 2 placówki wsparcia dziennego, finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Bujaka 15, dla 30 wychowanków;
- ul. Kamieńskiego 11, dla 175 wychowanków.

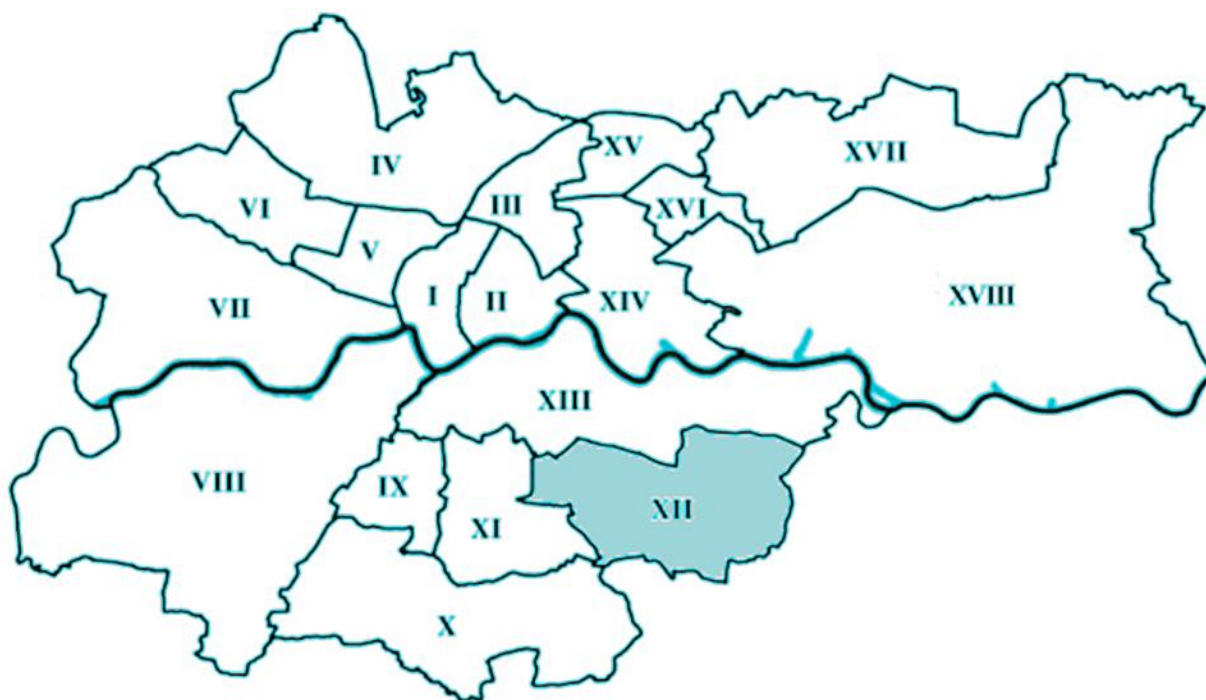
Łącznie na terenie Dzielnicy XI zostało zabezpieczonych 205 miejsc w placówkach wsparcia dziennego.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Podgórze Duchackie zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 5,02% wszystkich pacjentów.

V.12. Bieżanów-Prokocim – Dzielnica XII

Dzielnica Bieżanów-Prokocim położona jest w południowej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 1 847,39 ha, a liczba stałych mieszkańców to 62 507.¹²

¹² Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25538



Mapa 12. Bieżanów-Prokocim – Dzielnica XII

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XII znajdowały się 2 poradnie finansowane ze środków MOW NFZ: poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu oraz poradnia leczenia uzależnień (ul. Jerzmanowskiego 40), która jest również finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

Na terenie Dzielnicy Bieżanów-Prokocim w roku 2026 funkcjonowały 3 placówki wsparcia dziennego, finansowane ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Kurczaba 5, dla 30 wychowanków;
- ul. Popławskiego 17, dla 45 wychowanków;
- ul. Facimiech 32, dla 185 wychowanków.

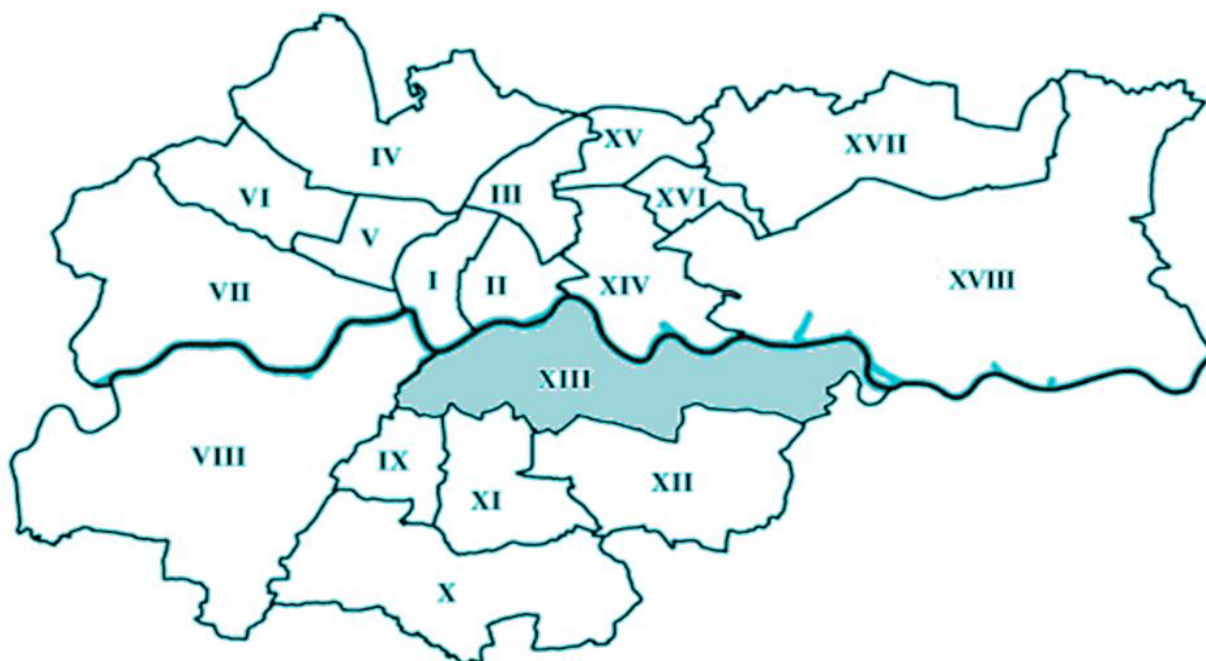
Łącznie Dzielnica XII posiada zabezpieczone 260 miejsc w placówkach wsparcia dziennego.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Bieżanów-Prokocim zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 7,57% wszystkich pacjentów.

V.13. Podgórze – Dzielnica XIII

Dzielnica Podgórze usytuowana jest w centralnej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 2 566,71 ha, a liczba stałych mieszkańców to 42 298.¹³

¹³ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mmi=25539



Mapa 13. Podgórze – Dzielnica XIII

Na terenie Dzielnicy Podgórze w roku 2026 znajdowało się 6 poradni finansowanych ze środków MOW NFZ: 3 poradnie leczenia uzależnień (ul. Bonarka 18, ul. Stoczniowców 7, ul. Wielicka 73), 2 poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (ul. Stoczniowców 7, ul. Wielicka 73) oraz 1 poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (ul. Wielicka 73). Poradnia leczenia uzależnień przy ul. Wielickiej 73 finansowana jest również ze środków Gminy Miejskiej Kraków. Ponadto w roku 2026 na terenie Dzielnicy Podgórze funkcjonował oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu (ul. Wielicka 73) finansowany ze środków Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Na terenie Dzielnicy XIII w roku 2026 funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Józefińska 3, dla 40 wychowanków.

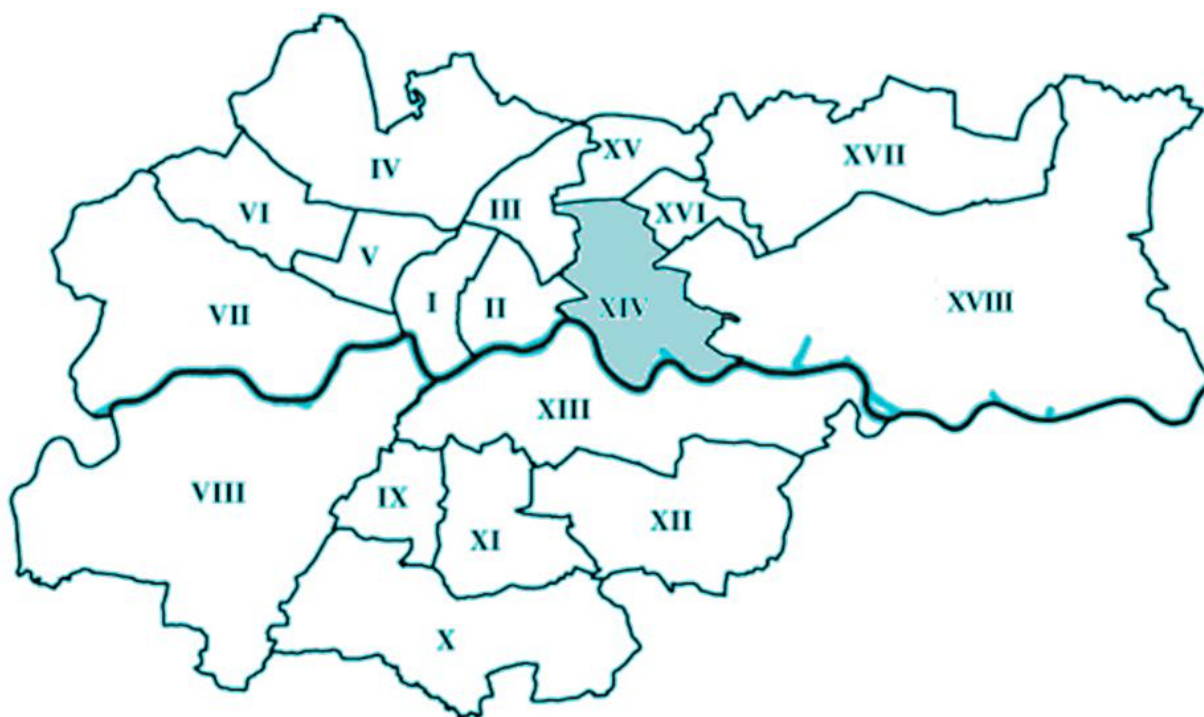
Łącznie Dzielnica XIII posiada zabezpieczonych 40 miejsc w placówkach wsparcia dziennego. Dodatkowo na terenie Dzielnicy XIII funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu przy ul. Izaaka 5, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnicy I, II, XIII.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Podgórze zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 14,66% wszystkich pacjentów.

V.14. Czyżyny – Dzielnica XIV

Dzielnica Czyżyny usytuowana jest w centralnej części Krakowa, jej powierzchnia wynosi 1 225,68 ha, a liczba stałych mieszkańców to 34 624.¹⁴

¹⁴ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mml=25540



Mapa 14. Czyżyny – Dzielnica XIV

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XIV Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

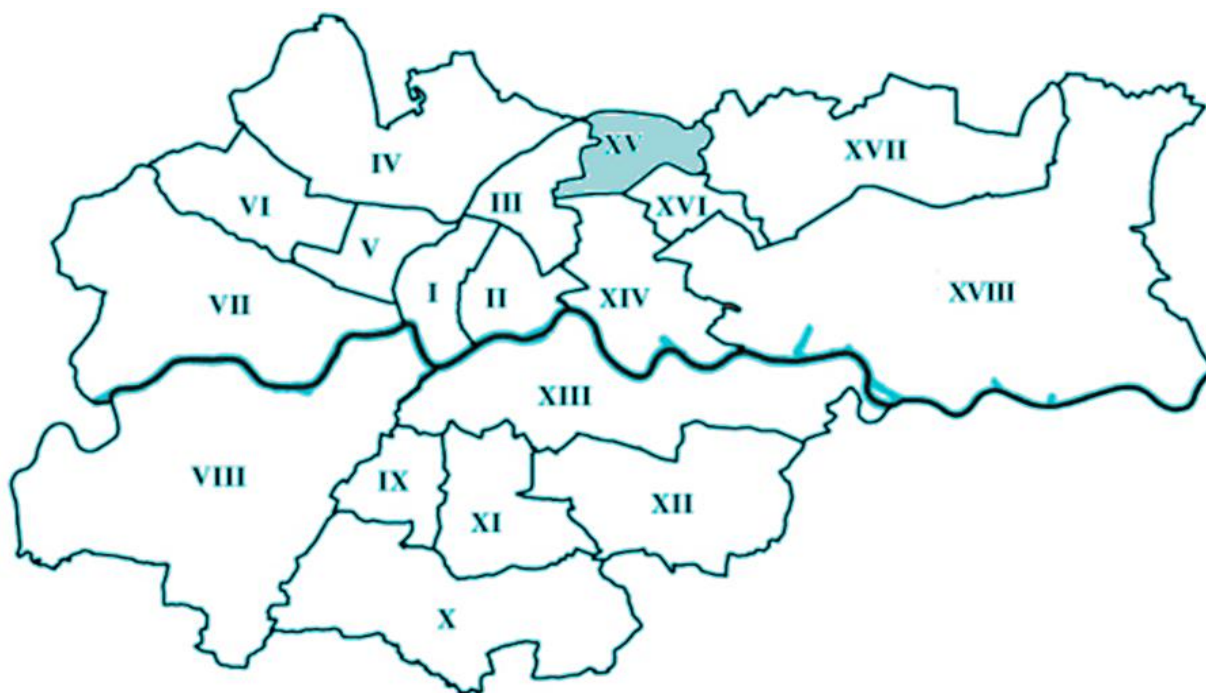
W roku 2026 na terenie Dzielnicy Czyżyny nie funkcjonowała żadna placówka wsparcia dziennego w formie stacjonarnej, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków. Teren Dzielnicy Czyżyny obejmowała swoim zasięgiem działania placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu na os. Słonecznym 14.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Czyżyny zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 3,41% wszystkich pacjentów.

V.15. Mistrzejowice – Dzielnica XV

Dzielnica Mistrzejowice usytuowana jest w północnej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 559,00 ha, a liczba stałych mieszkańców to 49 936.¹⁵

¹⁵ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mimi=25541



Mapa 15. Mistrzejowice – Dzielnicą XV

W roku 2026 na terenie Dzielnic XV Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

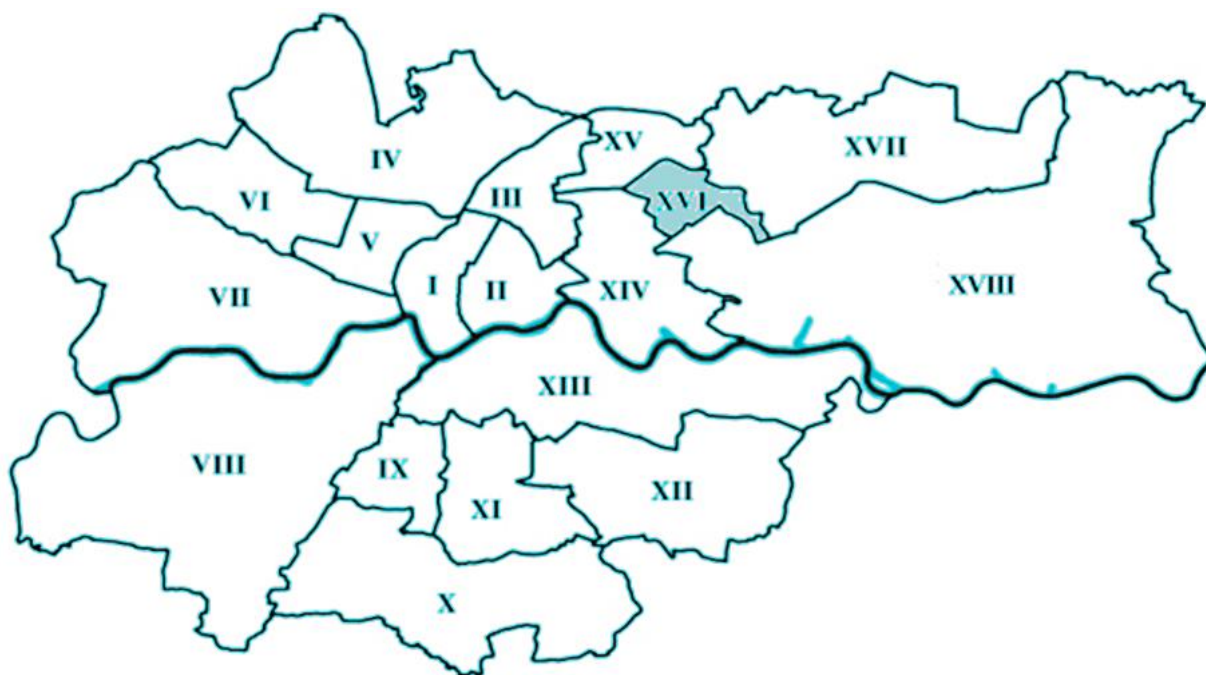
Na terenie Dzielnic Mistrzejowice w roku 2026 funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków na os. Tysiąclecia 86 – dla 25 wychowanków. Dodatkowo funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu na os. Słonecznym 14, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnic III, XIV, XV.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnic XV zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 4,09% wszystkich pacjentów.

V.16. Bieńczyce – Dzielnicą XVI

Dzielnicą Bieńczyce usytuowana jest w północnej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 369,90 ha, a liczba stałych mieszkańców to 35 743.¹⁶

¹⁶ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mml=25542



Mapa 16. Bieńczyce – Dzielnica XVI

Na terenie Dzielnicy XVI w roku 2026 znajdowała się 1 poradnia leczenia uzależnień, w ramach której prowadzony był program leczenia substytucyjnego – (os. Złotej Jesieni 1) placówka finansowana ze środków Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie. Ponadto na terenie tej Dzielnicy znajdował się stacjonarny oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja).

Natomiast w roku 2026 na terenie Dzielnicy XVI funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- os. Strusia 19, dla 60 wychowanków.

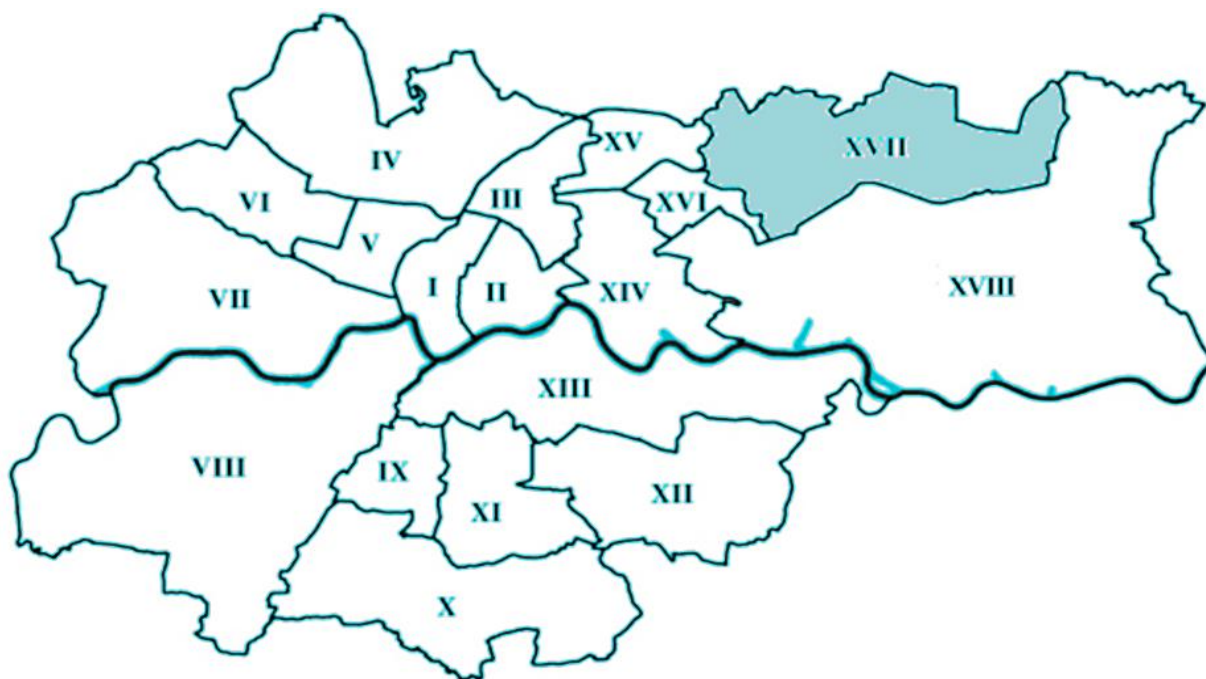
Łącznie na terenie Dzielnicy XVI zostało zabezpieczonych 60 miejsc w placówkach wsparcia dziennego. Dodatkowo funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu na os. Na Skarpie 35, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnicy XVI, XVIII.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Bieńczyce zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 3,37% wszystkich pacjentów.

V.17. Wzgórza Krzesławickie – Dzielnica XVII

Dzielnica XVII usytuowana jest w północno – zachodniej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 2 381,55 ha, a liczba stałych mieszkańców to 20 123.¹⁷

¹⁷ https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mmi=25543



Mapa 17. Wzgórze Krzesławickie – Dzielnica XVII

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XVII Gmina Miejska Kraków jak i Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiadały umowy z żadną poradnią, oddziałem dziennym oraz stacjonarnym z zakresu leczenia uzależnień.

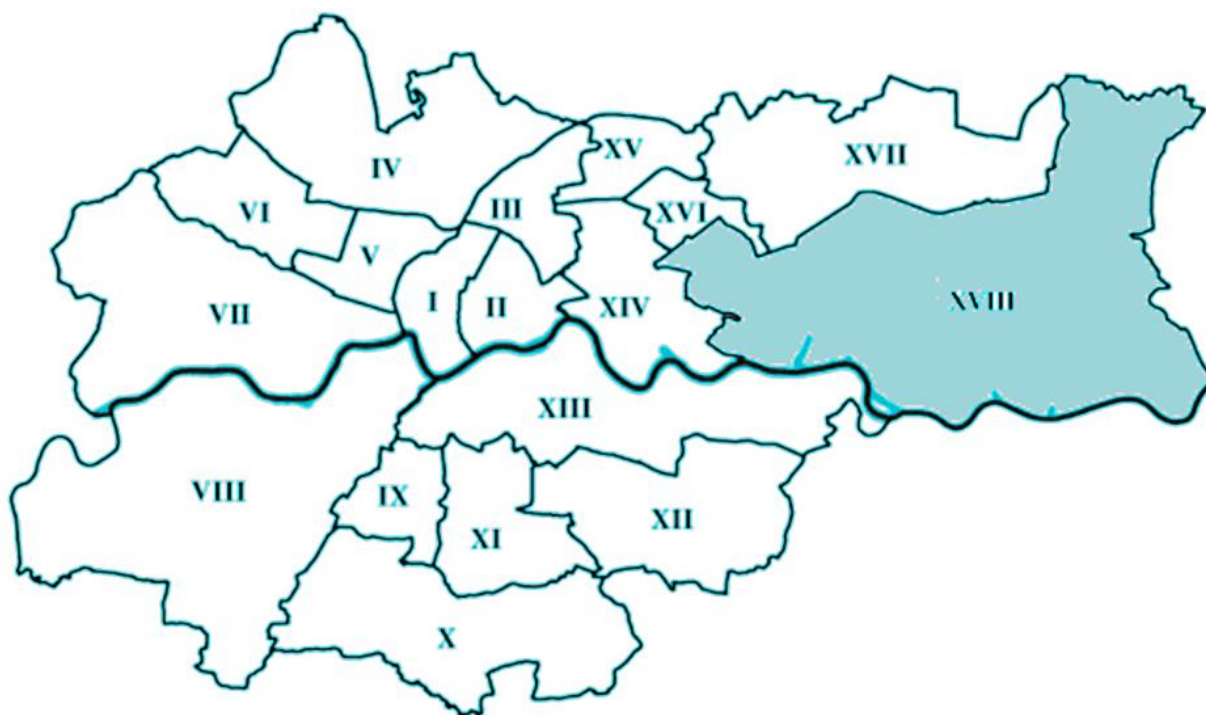
Na terenie Dzielnicy Wzgórze Krzesławickie nie funkcjonowała żadna placówka wsparcia dziennego finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Wzgórze Krzesławickie zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 2,1% wszystkich pacjentów.

V.18. Nowa Huta – Dzielnica XVIII

Dzielnica Nowa Huta usytuowana jest w wschodniej części miasta Krakowa, jej powierzchnia wynosi 6 540,99 ha, a liczba stałych mieszkańców to 45 365.¹⁸ Jest to Dzielnica o największej powierzchni w mieście Krakowie.

¹⁸ Źródło: https://www.bip.krakow.pl/?bip_id=1&mml=25544



Mapa 18. Nowa Huta – Dzielnica XVIII

Na terenie Dzielnicy XVIII w roku 2026 znajdowały się 2 poradnie leczenia uzależnień (os. Kolorowe 21, os. Sportowe 24) oraz 1 poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (os. Sportowe 24) finansowane ze środków MOW NFZ. W ramach umowy z Gminą Miejską Kraków funkcjonuje 1 poradnia leczenia uzależnień (os. Sportowe 24) oraz 1 poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci (os. Kolorowe 21).

Dodatkowo na terenie Dzielnicy Nowa Huta znajdowały się 3 oddziały stacjonarne: 2 oddziały krótkoterminowe realizujące świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (ul. Nadbrzezie 25, ul. Suchy Jar 4) oraz 1 oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych detoksykacja (ul. Suchy Jar 4).

W roku 2026 na terenie Dzielnicy XVIII funkcjonowała 1 placówka wsparcia dziennego, finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków:

- ul. Ptaszyckiego 6, dla 210 wychowanków.

Łącznie na terenie Dzielnicy Nowa Huta zostało zabezpieczonych 210 miejsc w placówkach wsparcia dziennego w trybie stacjonarnym. Dodatkowo funkcjonowała placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej w lokalu na os. Na Skarpie 35, obejmująca zasięgiem działania teren Dzielnic XVI, XVIII.

W roku 2025 osoby zameldowane na terenie Dzielnicy Nowa Huta zgłaszały się do poradni leczenia uzależnień finansowanych przez Gminę Miejską Kraków stanowiąc 13,04% wszystkich pacjentów.

V.19. Podsumowanie

Na terenie miasta Krakowa istnieje 7 Dzielnic (Bronowice, Łagiewniki–Borek Fałęcki, Swoszowice, Podgórze Duchackie, Czyżyny, Mistrzejowice i Wzgórza Krzesławickie), które nie posiadają poradni leczącej osoby uzależnione. Dodatkowo na terenie Dzielnicy Łagiewniki–Borek Fałęcki, Wzgórza Krzesławickie brak jest placówek wsparcia dziennego. Dzielnica Łagiewniki–

Borek Fałęcki jest jedną z Dzielnic posiadających najmniejszą liczbę stałych mieszkańców Krakowa oraz niską liczbę pacjentów korzystających w 2025 r. ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień finansowanych ze środków GMK. Dzielnica Łagiewniki–Borek Fałęcki sąsiaduje z dzielnicami Dębniki oraz Podgórze, gdzie znajdują się poradnie oraz oddziały dzienne, na terenie Dzielnicy Dębniki znajduje się również Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego realizujący świadczenia w zakresie terapii uzależnień w formie stacjonarnej. Podobnie na terenie Dzielnicy Swoszowice oraz Wzgórza Krzesławickie niewielka liczba mieszkańców korzysta z pomocy poradni leczenia uzależnień finansowanych ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

Dzielnica Krowodrza posiada największą liczbę osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień finansowanych ze środków GMK. Najwięcej placówek leczenia uzależnień znajduje się na terenie dzielnicy Podgórze: 6 poradni udzielających świadczeń osobom uzależnionym oraz 1 oddział dzienny.

Tabela 5. Charakterystyka dzielnic

Dzielnice	Liczba poradni finansowanych ze środków GMK (dane z 2026 r.)	Liczba poradni finansowanych ze środków MOW NFZ (dane z 2026 r.)	Liczba placówek wsparcia dziennego (dane z 2026 r.)*	Liczba pacjentów korzystająca z terapii uzależnień (dane z 2025 r.)
Dzielnica I – Stare Miasto	3	4	2	136
Dzielnica II – Grzegórzki	0	3	1	84
Dzielnica III – Prądnik Czerwony	1	1	3	158
Dzielnica IV – Prądnik Biały	0	1	2	139
Dzielnica V – Krowodrza	2	0	1	426
Dzielnica VI – Bronowice	0	0	1	65
Dzielnica VII – Zwierzyniec	0	1	1	31
Dzielnica VIII – Dębniki	0	1	1	143
Dzielnica IX – Łagiewniki–Borek Fałęcki	0	0	0	33
Dzielnica X – Swoszowice	0	0	1	32

Dzielnice	Liczba poradni finansowanych ze środków GMK (dane z 2026 r.)	Liczba poradni finansowanych ze środków MOW NFZ (dane z 2026 r.)	Liczba placówek wsparcia dziennego (dane z 2026 r.)*	Liczba pacjentów korzystająca z terapii uzależnień (dane z 2025 r.)
Dzielnica XI – Podgórze Duchackie	0	0	2	134
Dzielnica XII – Bieżanów–Prokocim	1	2	3	202
Dzielnica XIII – Podgórze	1	6	1	391
Dzielnica XIV – Czyżyny	0	0	0	91
Dzielnica XV – Mistrzejowice	0	0	1	109
Dzielnica XVI – Bieżczyce	0	2	1	90
Dzielnica XVII – Wzgórze Krzesławickie	0	0	0	56
Dzielnica XVIII – Nowa Huta	2	3	1	348
RAZEM:	10	24	22	2668

*Dodatkowo funkcjonowały 3 placówki wsparcia dziennego prowadzone w formie pracy podwórkowej, które obejmowały swym zasięgiem Dzielnice I, II, III, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII.

Leczenie uzależnień w Krakowie

W Krakowie osoby uzależnione i ich rodziny mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy specjalistycznej w zakresie terapii uzależnień realizowanej w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz ambulatoryjnych. W roku 2026 na terenie miasta Krakowa Małopolski Oddział Wojewódzki (MOW) Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) zakontraktował:

- 12 poradni leczenia uzależnień,
- 1 poradnia z programem leczenia substytucyjnego,
- 6 poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
- 1 poradnia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży,
- 4 poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol,
- 2 oddziały dzienne terapii uzależnienia od alkoholu,
- 1 oddział dzienny leczenia uzależnień,
- 1 oddział terapii uzależnienia od alkoholu – leczenie stacjonarne
- 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja),

- 2 oddziały leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych – detoksykacja – leczenie stacjonarne,
- 2 oddziały krótkoterminowej terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych – leczenie stacjonarne.

VI. MONITORING ZJAWISKA PRZYJMOWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA TERENIE MIASTA KRAKOWA W OPARCIU O SYSTEM INSTYTUCJI WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z GMINĄ MIEJSKĄ KRAKÓW

Monitorowanie zjawiska przyjmowania substancji psychoaktywnych na poziomie lokalnym poprzez udział gmin oraz miast w zbieraniu, analizowaniu i opracowywaniu informacji rozpoczęto w Polsce w 2008 r. Wdrożony system wykorzystuje doświadczenia z monitoringu europejskiego. Monitoring opiera się na śledzeniu tendencji, badaniu reakcji społecznych i instytucjonalnych na narkotyki i narkomanię. W ramach jego działania analizowane są wszystkie aspekty związane z problemem narkotykowym, jak również kroki dotyczące przeciwdziałania zjawisku przyjmowania substancji psychoaktywnych (np. wdrażane programy profilaktyczne), oraz kontekst społeczny (postawy społeczne wobec substancji psychoaktywnych lub strategię podjęte w gminie). Przykłady z innych krajów UE wskazują, że systematyczna obserwacja lokalnej sceny substancji psychoaktywnych oraz odpowiedzi na to zjawisko umożliwia tworzenie i wdrażanie adekwatnych do potrzeb programów i strategii. Szczególnie istotnym czynnikiem jest ciągła ewaluacja podejmowanych kroków mających ograniczać zjawisko przyjmowania substancji psychoaktywnych.

Wyniki monitorowania są wykorzystywane do podnoszenia jakości gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Wsparcie informacyjne, jakie niesie ze sobą monitoring tego zjawiska jest niezwykle istotne dla osób odpowiedzialnych za realizację polityki antynarkotykowej na poziomie lokalnym. Umożliwia to lepsze wykorzystanie lokalnych środków służących do przeciwdziałania narkomanii, poprzez podejmowanie szybkich i adekwatnych działań dostosowanych do lokalnej sceny narkotykowej. Z drugiej strony wyniki monitoringu służą do weryfikacji skuteczności prowadzonych działań. Corocznie zbierane dane pozwalają na uaktualnienie raportu i przygotowanie kolejnych edycji uwzględniających zmieniające się trendy w przyjmowaniu substancji psychoaktywnych. Analiza trendów umożliwia tworzenie strategii na podstawie wniosków płynące z prowadzonych obserwacji.

Monitoring opiera się na instytucjach i osobach działających w obszarach przeciwdziałania narkomanii na danym terenie (gminy). W ten sposób zbudowana zostaje sieć (network), poprzez którą są zbierane dane. Podstawowym krokiem jest utworzenie sieci/grupy monitorującej zjawisko przyjmowania substancji psychoaktywnych na poziomie gminy. Do instytucji, które mogą tworzyć taką grupę monitorującą zalicza się: poradnie, punkty konsultacyjne, poradnie zajmujące się problemami narkomanii i leczeniem uzależnień, komendę policji i straży miejskiej, szpitale, stację sanitarno-epidemiologiczną. Identyfikacja informacji, jakie posiadają poszczególne podmioty w tworzonej sieci, tworzenie wspólnych raportów i systemów zbierania danych dotyczących jak największej liczby aspektów związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, zebranie z utworzonej sieci informacji typu: używanie narkotyków w populacji generalnej, używanie problemowe, zgony z powodów narkotyków, nowych trendów w używaniu substancji psychoaktywnych, działań z obszaru redukcji podaży oraz nielegalnego rynku (takie jak; dostępność, czystość narkotyków, ceny), leczenia z powodu narkotyków. Do monitoringu należy wybierać wskaźniki, które pozwalają uchwycić najistotniejsze aspekty zjawiska z punktu widzenia lokalnych potrzeb. Bardzo cennym narzędziem w tworzeniu monitoringu jest mapa informacyjna. Za jej pomocą możemy dokładnie opisać wskaźniki służące do monitorowania (np. liczba osób korzystających z poradni leczenia uzależnień). Punktem wyjścia

do podjęcia działań wdrażających monitoring jest stworzenie struktur monitorujących, czyli określenie potencjalnych partnerów, z którymi będzie stworzony/zbudowany zespół (Krawczyk i in., 2005; Pach i in., 2005).

Proponowany krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród osób młodych (uczniowie, studenci).

W celu zwiększenia szans powodzenia akcji zmierzającej do ograniczenia zjawiska używania środków psychoaktywnych, szczególnie wśród osób młodych (uczniowie, studenci) zakłada się, że najważniejszym elementem jest profilaktyka. Przy opracowywaniu programu profilaktycznego należy uwzględnić specyfikę grupy, do której się on odnosi. W przypadku studentów nowe środowisko, wolność, próby samodzielności, konieczność spełnienia oczekiwań rodziców, stres egzaminacyjny i konieczność dostosowania się do nowych wymagań społecznych są czynnikami, które zwiększają ryzyko sięgania po substancje psychoaktywne. Elementem życia studenckiego są częste spotkania towarzyskie, którym towarzyszą różnego rodzaju używki. Młody wiek sprawia, że wiele osób nie dostrzega konsekwencji, a tym samym granicy pomiędzy używaniem, nadużywaniem czy uzależnieniem. Istotne jest przekazanie im rzetelnej wiedzy na temat ryzyka, jakie niesie za sobą używanie środków psychoaktywnych. Opierając się na założeniu, że warunkiem podejmowania rozsądnych decyzji dotyczących własnego życia, w tym zażywania środków psychoaktywnych, jest posiadanie niezbędnej wiedzy i rozumienie siebie. Program profilaktyki, poza przekazaniem rzetelnej wiedzy o konsekwencjach używania środków psychoaktywnych, uwzględnia również możliwość przyjrzenia się sobie oraz naukę najważniejszych zachowań sprzyjających abstynencji. Z tego względu przyjęto, że proponowany model będzie zawierał zarówno część edukacyjną, informującą młodzież o działaniu poszczególnych substancji i potencjalnych konsekwencjach ich zażywania jak i część promującą zdrowie (zawierającą wzmacnianie zasobów). Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że najlepsze efekty w działaniach zapobiegających i leczących uzależnienia uzyskiwane są dzięki połączeniu strategii poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych (Krawczyk i in., 2005).

Profilaktyka pierwszorzędowa odnosi się do całej populacji osób młodych bez względu na obciążenie ryzykiem. Celem tych działań jest wzmacnianie zasobów chroniących przed używaniem substancji psychoaktywnych. Wzmocnienie podstawowych zdolności takich jak komunikacja, podejmowanie decyzji, panowanie nad impulsami, budowanie zdrowej sieci społecznej i radzenie sobie w trudnych sytuacjach jest celem stawianym przed programem profilaktyki pierwszego stopnia. Optymalną metodą wydaje się być prowadzenie zajęć warsztatowo-treningowych pomagających młodym ludziom zaadaptować się w środowisku i wzmacniających podstawowe umiejętności życiowe. Ważne jest również rozpoznanie w swoim życiu czynników mogących stanowić potencjalne zagrożenie zachowaniami ryzykownymi.

Działania interwencyjne

Działania interwencyjne kierowane są do grupy zwiększonego ryzyka, zarówno w rozumieniu indywidualnym, jak i środowiskowym. Udostępnianie całodobowego telefonu czy łatwo dostępnych, zapewniających anonimowość punktów konsultacyjnych ułatwia osobom bezpośrednio zagrożonym uzależnieniem i ich bliskim zdiagnozowanie problemu i zdobycie wskazówek, co do dalszego postępowania.

Anonimowe badania ankietowe pozwalają na wyodrębnienie grup oraz obszarów zwiększonego ryzyka (dzielnic, osiedli, szkół), w których substancje psychoaktywne są częściej używane. Kampania kierowana do grup wymaga, poza treningami wzmacniającymi zasoby,

zintensyfikowanych działań mających na celu zwiększenie świadomości ryzyka, jakie niesie ze sobą eksperymentowanie czy zażywanie środków psychoaktywnych.

Badania ankietowe, ankiety ewaluacyjne współpraca ze szkołami i uczelniami oraz instytucjami zajmującymi się problemami związanymi z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych pozwalają oszacować zasięg problemu i efektywność programów profilaktycznych (Krawczyk i in., 2005).

Ocena jakości działań podejmowanych w trakcie realizacji Programu

Profilaktyka uzależnień jest dziedziną nauki opartą na najnowszych odkryciach/badaniach z zakresu psychologii, socjologii, pedagogiki, nauki o zdrowiu publicznym. Jakość w profilaktyce jest traktowana jako mierzalny zestaw parametrów, który decyduje o tym, czy dany program jest bezpieczny i skuteczny. Opierając się na międzynarodowych i europejskich standardach jakości proponowany Program powinien podlegać procesowi (cykl projektu) składającemu się z czterech faz:

1. Ocena potrzeb (diagnoza): polegająca na określeniu „rzeczywistego problemu”.
2. Planowanie: określenie na podstawie przeprowadzonej diagnozy celów oraz doborze odpowiednich metod opartych na dowodach naukowych.
3. Wdrażanie: realizacja programu dokładnie tak, jak został on zaprojektowany.
4. Ewaluacja: sprawdzanie, czy zaplanowane cele zostały osiągnięte. Należy zapewnić, aby wyniki prowadzonej ewaluacji zwrótnie wpływały na kolejne planowanie.

Argument ekonomiczny: na poziomie krajowym koszty społeczno-ekonomiczne wynikające z picia alkoholu szacowane były w 2025 r. na 93,3 mld zł, natomiast przychody budżetu państwa z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych wynosiły 13,4 mld zł.

VII. CEL GŁÓWNY, CELE SZCZEGÓŁOWE ORAZ ZADANIA PROGRAMU

VII.1. Cel główny

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii to program dziedziny, nie strategiczny, który nie ma bezpośredniego wpływu na cele Strategii Rozwoju Krakowa, ale oddziałuje bezpośrednio na Dziedzinę zarządzania Z – Zdrowie poprzez realizację Usługi publicznej Z-3 „Profilaktyka i terapia uzależnień od alkoholu”. Wyniki działań prowadzonych w ramach Programu (obejmujące usługę Z3) opisywane są za pomocą dwóch wskaźników dziedziny W60_Z oraz W61_Z, w których przedstawiona jest jakość usług publicznych rozumiana jako dostępność do działań profilaktycznych oraz terapii uzależnień. Program oddziałuje na takie dziedziny zarządzania jak: Pomoc i integracja społeczna, Sport, Bezpieczeństwo publiczne jak również na Oświatę i wychowanie.

Celem głównym programu jest ograniczenie negatywnych konsekwencji społecznych ze szczególnym uwzględnieniem szkód zdrowotnych i zaburzeń życia rodzinnego, będących skutkiem używania alkoholu, innych substancji psychoaktywnych i zachowań nałogowych oraz redukcja zjawiska picia alkoholu, używania narkotyków oraz podejmowania zachowań nałogowych i ryzykownych przez dzieci i młodzież.

Jako punkt wyjścia do określenia głównych celów Gminnego Programu przeprowadzono diagnozę lokalnych problemów. Na podstawie danych przekazywanych przez instytucje współpracujące (network) zidentyfikowano najważniejsze problemy związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych na terenie gminy. Na tej podstawie wysunięto najważniejsze zadania stojące przed Gminnym Programem w latach 2027–2030.

Poprzez:

- Wprowadzenie programu kontroli szkód zdrowotnych powodowanych konsumpcją alkoholu,
- Ograniczanie dostępności alkoholu,
- Prowadzenie kampanii edukacyjnych traktujących alkohol jako substancję psychoaktywną powodującą poważne szkody zdrowotne i społeczne,
- Prowadzenie kampanii informujących o faktycznym działaniu alkoholu przyjmowanego w każdej postaci: piwa, wina, wódki, – jako substancji psychoaktywnej posiadającej bardzo negatywne działanie na organizm człowieka (na podstawie najnowszych dowodów naukowych – badań klinicznych na dużych populacjach),
- Prowadzenie sprawozdawczości przez organizacje i instytucje współpracujące z Gminą Miejską Kraków,
- Prowadzenie dalszej diagnozy lokalnych problemów jako punktu wyjścia do opracowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii,
- Stałe zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków,
- Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i narkotykowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową,

- Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym,
- Dążenie do wyeliminowania spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu diagnozy, wsparcia i pomocy dla dzieci ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FAS/FASD) oraz ich rodziców lub opiekunów,
- Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz narkotykowych,
- Wspieranie zatrudnienia socjalnego przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej,
- Finansowanie działań (wskazanych w ustawie) ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o pojemności nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml,
- Wykorzystanie efektywnych praktyk z innych krajów.

Tak, aby:

Cel szczegółowy	Wskaźnik	Trend
Zapewnić profilaktykę uzależnień i zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (trend wzrostowy wskaźnika W60_Z)	W60_Z - Odsetek dzieci i młodzieży objętych szkoleniami z zakresu profilaktyki uzależnień	wzrostowy
Zwiększać dostępność pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz członków ich rodzin, a także dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie (trend wzrostowy wskaźnika W61_Z)	W61_Z - Odsetek osób objętych terapią uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz współuzależnionych	wzrostowy
Zwiększać liczbę dzieci i młodzieży, prowadzących trzeźwy i zdrowy tryb życia (trend wzrostowy wskaźnika W55_Z)	W55_Z - Odsetek dzieci i młodzieży, która nie miała kontaktu z alkoholem	wzrostowy
Ograniczać szkody zdrowotne i zaburzenia życia rodzinnego, wynikające z używania alkoholu, innych substancji psychoaktywnych i zachowań nałogowych (trend malejący wskaźnika W56_Z)	W56_Z - Liczba osób, mieszkańców Krakowa uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz współuzależnionych	malejący

VII.2. Cele szczegółowe oraz zadania Programu

CEL I. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, uzależnień behawioralnych i przemocy domowej.

- A. Realizacja programów profilaktycznych opartych na teoriach/dowodach naukowych dla uczniów oraz warsztatów szkoleniowych i konferencji dla rodziców, nauczycieli i innych grup zawodowych; nauka umiejętności promujących zdrowy i trzeźwy tryb życia, akcje informacyjne o szkodliwości alkoholu oraz faktycznym, opartym o dowody kliniczne, działaniu innych substancji psychoaktywnych oraz o zachowaniach nałogowych. Rozwijanie wiedzy i indywidualnych umiejętności społecznych uczniów jako istotnych czynników chroniących przed podejmowaniem zachowań ryzykownych oraz minimalizujących zagrożenia wieku dorastania.
- B. Realizowanie zorganizowanych zajęć profilaktycznych dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin w świetlicach, klubach, ośrodkach socjoterapeutycznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, placówkach wsparcia dziennego i oświatowych oraz innych środowiskach młodzieżowych.
- C. Realizacja programów z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej skierowanych do osób dotkniętych przemocą i osób stosujących przemoc domową, w ramach lokalnego systemu wsparcia.
- D. Informowanie o dostępności usług terapeutycznych i pomocowych dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz prowadzenie powszechnej edukacji w zakresie wiedzy o szkodliwości alkoholu i innych substancji uzależniających oraz zagrożeniach związanych z uzależnieniami behawioralnymi (hazard, Internet). Profilaktyka zachowań ryzykownych połączona z promocją zdrowia – udział w ogólnopolskich oraz lokalnych kampaniach i akcjach informacyjno-edukacyjnych, skierowanych do różnych grup odbiorców (konferencje, szkolenia, warsztaty, wydarzenia); opracowanie, wykonanie i zakup materiałów profilaktycznych: prasa i książki specjalistyczne, broszury, plakaty, druki ulotne, nagrody w konkursach i zawodach oraz inne materiały informacyjne, edukacyjne i promocyjne.
- E. Stały monitoring problemów uzależnień połączony z diagnozą na podstawie danych przekazywanych przez instytucje funkcjonujące na obszarze gminy. Ewaluacja prowadzonych działań na podstawie wyników monitoringu i badania efektywności lokalnych działań podejmowanych w ramach Gminnego Programu.

CEL II. Prowadzenie działań profilaktycznych promujących bezpieczny i trzeźwy sposób spędzania czasu przez rodziny, dzieci i młodzież. Wzmacnianie czynników chroniących i motywujących do większej aktywności w życiu społecznym.

- A. Promocja aktywnych form spędzania wolnego czasu przez całe rodziny, dzieci i młodzież poprzez: finansowanie zajęć, imprez i projektów realizowanych przez organizacje sportowe, placówki i instytucje. Organizacja miejskich imprez i programów sportowo-rekreacyjnych, wsparcie rozwoju młodych talentów, realizacja Programu „Młody Kraków” oraz innych lokalnych programów, projektów i kampanii skierowanych do rodzin, dzieci i młodzieży.

CEL III. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, przeciwdziałaniu narkomanii, uzależnieniom behawioralnym, przemocy domowej i profilaktyce uzależnień. Współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi jednostkami pożytku publicznego w obszarze profilaktyki i rehabilitacji uzależnień.

- A. Wspomaganie działalności organizacji pozarządowych, realizujących programy profilaktyczne o charakterze uniwersalnym i selektywnym w świetlicach, ośrodkach, klubach młodzieżowych i innych miejscach organizujących wolny czas dzieci i młodzieży w ich środowisku lokalnym oraz podczas wyjazdów.
- B. Wdrażanie projektów profilaktyczno-interwencyjnych, skierowanych do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi, podejmujących zachowania nałogowe i uzależnionych (profilaktyka wskazująca i programy redukcji szkód).
- C. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez wspieranie klubów abstynenta oraz innych form działań pomocowych poza terapią, których odbiorcami są osoby uzależnione i ich rodziny.
- D. Dążenie do wyeliminowania spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu diagnozy, wsparcia i pomocy dla dzieci ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FAS/FASD) oraz ich rodziców lub opiekunów.
- E. Przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym. Promocja zdrowego stylu życia poprzez organizację kampanii społecznych i innych wydarzeń lokalnych skierowanych do ogółu mieszkańców Krakowa lub wybranej grupy docelowej. Przeciwdziałanie przemocy domowej.

CEL IV. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających innych substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz członków ich rodzin, a także dla dotkniętych przemocą domową mieszkańców Krakowa.

- A. Wsparcie finansowe/dofinansowanie terapii dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz ich bliskich, a także dla osób dotkniętych przemocą domową.
- B. Organizowanie i wsparcie (finansowanie/dofinansowanie) szkoleń, konferencji dla pracowników leczenia uzależnień oraz organizowanie i wsparcie (finansowanie/dofinansowanie) superwizji, szkoleń, konferencji dla pracowników pozostałych podmiotów realizujących zadania w obszarze profilaktyki uzależnień.
- C. Monitorowanie liczby osób korzystających z usług w placówkach terapii uzależnień i jakości udzielanych świadczeń.
- D. Prowadzenie Domu Pomocy Społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

CEL V. Udzielanie osobom uzależnionym oraz członkom ich rodzin wsparcia psychologicznego, społecznego i prawnego. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i integrowanie ze społecznością lokalną.

- A. Finansowanie wybranych programów interwencyjno-pomocowych, profilaktyczno-terapeutycznych i wspomagających proces readaptacji społecznej dla osób

uzależnionych, członków rodzin, w których występuje problem alkoholowy lub narkotykowy oraz osób dotkniętych przemocą domową, zagrożonych wykluczeniem społecznym i wykluczonych. Realizacja działań zmierzających do integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób uzależnionych lub pijących szkodliwie z zaburzeniami psychicznymi. Wzmoczenie oddziaływań profilaktycznych, integracyjnych i edukacyjnych, mających na celu poprawę jakości życia mieszkańców DPS, wśród których liczną grupę stanowią osoby z problemem alkoholowym.

- B. Prowadzenie Punktu Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i członków rodzin, w których występuje problem alkoholowy lub narkotykowy oraz osób dotkniętych przemocą domową. Udzielanie osobom uzależnionym i ich rodzinom konsultacji oraz porad psychologicznych i prawnych. Prowadzenie całodobowego Telefonu Zaufania dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin.

CEL VI. Zapewnienie działania Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie.

- A. Tworzenie warunków do pracy Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie, Zespołu Interwencyjnego oraz zespołów problemowych Komisji – wynagrodzenia dla członków MKRPA, obsługa administracyjna, dodatkowe szkolenia dla członków Komisji, pokrywanie kosztów sądowych, wysyłka korespondencji, koszty wydawania opinii przez biegłych orzekających w sprawie uzależnienia od alkoholu oraz inne niezbędne koszty wynikające z działań Komisji.

CEL VII. Ograniczanie dostępu do alkoholu.

- A. Ograniczanie dostępności alkoholu.
- B. Ograniczanie sprzedaży alkoholu w pobliżu obiektów chronionych, m.in. jednostek oświatowych, ośrodków prowadzących terapię dla osób uzależnionych, domów pomocy społecznej oraz obiektów kultu religijnego.
- C. Ograniczanie gęstości sieci punktów sprzedaży alkoholu w Krakowie.
- D. Wdrożenie działań z zakresu odpowiedzialnej sprzedaży napojów alkoholowych, w tym organizowanie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych oraz innych zainteresowanych służb.

Tabela 6. Cele GPPiRPA oraz PN na lata 2027–2030

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
Cel I. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, uzależnień behawioralnych i przemocy domowej						
PROFILAKTYKA	A	Realizacja programów profilaktycznych opartych na teoriach/dowodach naukowych dla uczniów oraz warsztatów szkoleniowych i konferencji dla rodziców, nauczycieli i innych grup zawodowych; nauka umiejętności promujących zdrowy i trzeźwy tryb życia, akcje informacyjne o szkodliwości alkoholu oraz faktycznym, opartym o dowody kliniczne, działaniu innych substancji psychoaktywnych oraz o zachowaniach nałogowych. Rozwijanie wiedzy i indywidualnych umiejętności społecznych uczniów jako istotnych czynników chroniących przed podejmowaniem zachowań ryzykownych oraz minimalizujących zagrożenia wieku dorastania	• liczba realizowanych działań profilaktycznych i ich odbiorców, • liczba wykwalifikowanej kadry, • liczba osób objętych programami szkoleniowymi, • liczba konferencji, • liczba i rodzaj innych form szkoleniowych, • liczba osób uczestniczących w konferencjach i innych formach szkoleniowych.	• MCPU	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030
	B	Realizowanie zorganizowanych zajęć profilaktycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemami alkoholowymi oraz ich rodzin w świetlicach, klubach, ośrodkach socjoterapeutycznych, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, placówkach wsparcia dziennego i oświatowych oraz innych środowiskach młodzieżowych	• liczba programów skierowanych do dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym objętych opieką placówki, • liczba dzieci i młodzieży z rodzin z problemami alkoholowymi objętych wsparciem placówki, • liczba placówek wsparcia dla dzieci i młodzieży, • liczba instytucji/organizacji zaangażowanych w realizację programów	• MOPS • MCPU • komórka organizacyjna UMK właściwa ds. edukacji	Zadanie komplementarne – pośrednio realizujące Program, które realizuje już inny Program – „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa 2030” – SRPSK 2030 (STRADOM PS/W2/2022) MOPS/PRZ/08	2027–2030
	C	Realizacja programów z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej skierowanych do osób dotkniętych przemocą i osób stosujących przemoc domową, w ramach lokalnego systemu wsparcia	• liczba programów, • liczba uczestników programów, • liczba założonych Niebieskich Kart,	• MOPS	Zadanie komplementarne – pośrednio realizujące Program, które realizuje już inny Program – „Strategia Rozwiązywania	2027–2030

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
			• liczba wykwalifikowanej kadry, • liczba grup wsparcia, • liczba spotkań grup wsparcia		Problemów Społecznych Krakowa 2030” (STRADOM PS/W2/2022) MOPS/PRZ/01	
	D	Informowanie o dostępności usług terapeutycznych i pomocowych dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz prowadzenie powszechnej edukacji w zakresie wiedzy o szkodliwości alkoholu i innych substancji uzależniających oraz zagrożeniach związanych z uzależnieniami behawioralnymi (hazard, Internet). Profilaktyka zachowań ryzykownych połączona z promocją zdrowia – udział w ogólnopolskich oraz lokalnych kampaniach i akcjach informacyjno-edukacyjnych, skierowanych do różnych grup odbiorców (konferencje, szkolenia, warsztaty, wydarzenia); opracowanie, wykonanie i zakup materiałów profilaktycznych: prasa i książki specjalistyczne, broszury, plakaty, druki ulotne, nagrody w konkursach i zawodach oraz inne materiały informacyjne, edukacyjne i promocyjne	• liczba programów/kampanii, • liczba odbiorców, • liczba wykonanych materiałów, • liczba zakupionych materiałów	• MCPU • inne organizacje, instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030
	E	Stały monitoring problemów uzależnień połączony z diagnozą na podstawie danych przekazywanych przez instytucje funkcjonujące na obszarze gminy. Ewaluacja prowadzonych działań na podstawie wyników monitoringu i badania efektywności lokalnych działań podejmowanych w ramach Gminnego Programu	• liczba diagnoz i raportów, badań, ekspertyz, opinii	• MCPU • inne organizacje, instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
Cel II. Prowadzenie działań profilaktycznych promujących bezpieczny i trzeźwy sposób spędzania czasu przez rodziny, dzieci i młodzież. Wzmacnianie czynników chroniących i motywujących do większej aktywności w życiu społecznym						
PROFILAKTYKA	A	Promocja aktywnych form spędzania wolnego czasu przez całe rodziny, dzieci i młodzież poprzez: finansowanie zajęć, imprez i projektów realizowanych przez organizacje sportowe, placówki i instytucje. Organizacja miejskich imprez i programów sportowo-rekreacyjnych, wsparcie rozwoju młodych talentów, realizacja Programu „Młody Kraków” oraz innych lokalnych programów, projektów i kampanii skierowanych do rodzin, dzieci i młodzieży.	• liczba programów/wydarzeń/projektów, • liczba odbiorców, • liczba wykwalifikowanej kadry posiadającej certyfikaty MCPU	• komórki organizacyjne UMK właściwe ds. zdrowia, rodziny, młodzieży, edukacji, sportu • miejskie jednostki oświatowe • inne organizacje, instytucje i jednostki	Zadanie komplementarne – pośrednio realizujące Program, które realizuje już inny Program – „Program rozwoju sportu w Krakowie na lata 2026–2030” (PS/S1/2025), Program aktywnego uczestnictwa młodzieży w życiu miasta „Młody Kraków” (PS/D1/2024)	2027–2030
Cel. III. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, przeciwdziałaniu narkomanii, uzależnieniom behawioralnym, przemocy domowej i profilaktyce uzależnień. Współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi jednostkami pożytku publicznego w obszarze profilaktyki i rehabilitacji uzależnień						
PROFILAKTYKA REHABILITACJA	A	Wspomaganie działalności organizacji pozarządowych, realizujących programy profilaktyczne o charakterze uniwersalnym i selektywnym w świetlicach, ośrodkach, klubach młodzieżowych i innych miejscach organizujących wolny czas dzieci i młodzieży w ich środowisku lokalnym oraz podczas wyjazdów	• liczba osób objętych działaniami, • liczba organizacji/programów.	• MCPU • organizacje pozarządowe • inne organizacje, instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030
	B	Wdrażanie projektów profilaktyczno-interwencyjnych, skierowanych do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi, podejmujących zachowania nałogowe i uzależnionych (profilaktyka wskazująca i programy redukcji szkód)	• liczba osób objętych działaniami, • liczba organizacji, programów.	• MCPU • organizacje pozarządowe • inne instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030
	C	Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez wspieranie klubów abstynenta oraz innych form działań pomocowych poza terapią, których odbiorcami są osoby uzależnione i ich rodziny	• liczba osób objętych działaniami, • liczba organizacji/programów	• MCPU • organizacje pozarządowe • inne instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030
	D	Dążenie do wyeliminowania spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu diagnozy, wsparcia i pomocy dla dzieci ze Spektrum Płodowych	• liczba osób objętych działaniami	• MCPU • organizacje pozarządowe	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
		Zaburzeń Alkoholowych (FAS/FASD) oraz ich rodziców lub opiekunów		inne organizacje, instytucje, jednostki		
	E	Przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym. Promocja zdrowego stylu życia poprzez organizację kampanii społecznych i innych wydarzeń lokalnych skierowanych do ogółu mieszkańców Krakowa lub wybranej grupy docelowej. Przeciwdziałanie przemocy domowej	- liczba osób objętych działaniami, - liczba organizacji/programów	- MCPU / komórka organizacyjna UMK właściwa ds. zdrowia - organizacje pozarządowe - inne organizacje, instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030

CEL. IV. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających innych substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz członków ich rodzin, a także dla dotkniętych przemocą domową mieszkańców Krakowa

TERAPIA I REHABILITACJA	A	Wsparcie finansowe/dofinansowanie terapii dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz ich bliskich, a także dla osób dotkniętych przemocą domową	- liczba placówek objętych dofinansowaniem GMK, - liczba wykwalifikowanej kadry, - czas oczekiwania na terapię, - rodzaje programów terapeutycznych	- MCPU - Podmioty lecznicze zajmujące się terapią uzależnień	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/URP	2027–2030
	B	Organizowanie i wsparcie (finansowanie/dofinansowanie) szkoleń, konferencji dla pracowników lecznictwa uzależnień oraz organizowanie i wsparcie (finansowanie/dofinansowanie) superwizji, szkoleń, konferencji dla pracowników pozostałych podmiotów realizujących zadania w obszarze profilaktyki uzależnień	- liczba osób objętych działaniami - liczbę osób objętych superwizją, - liczbę godzin superwizji, - liczbę zespołów objętych superwizją, - liczbę szkoleń i konferencji	- MCPU - inne organizacje, instytucje, jednostki	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030
	C	Monitorowanie liczby osób korzystających z usług w placówkach terapii uzależnień i jakości udzielanych świadczeń	- liczba osób skierowanych do podmiotów leczniczych, - liczba osób rozpoczynających terapię,	- MCPU - podmioty lecznicze zajmujące się terapią uzależnień	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
			• liczba osób, które zakończyły program terapeutyczny, • liczba osób, które skierowano do innych form pomocy po ukończeniu programu, • liczba osób kolejny raz rozpoczynających terapię			
	D	Prowadzenie Domu Pomocy Społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu	• liczba osób umieszczonych w Domu Pomocy Społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu	• DPS-RO	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program, DPS-RO/PJB	2027–2030

Cel V. Udzielanie osobom uzależnionym oraz członkom ich rodzin wsparcia psychologicznego, społecznego i prawnego. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i integrowanie ze społecznością lokalną

REHABILITACJA	A	Finansowanie wybranych programów interwencyjno-pomocowych, profilaktyczno-terapeutycznych i wspomagających proces readaptacji społecznej dla osób uzależnionych, członków rodzin, w których występuje problem alkoholowy lub narkotykowy oraz osób dotkniętych przemocą domową, zagrożonych wykluczeniem społecznym i wykluczonych. Realizacja działań zmierzających do integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób uzależnionych lub pijących szkodliwie z zaburzeniami psychicznymi. Wzmoczenie oddziaływań profilaktycznych, integracyjnych i edukacyjnych, mających na celu poprawę jakości życia mieszkańców DPS, wśród których liczną grupę stanowią osoby z problemem alkoholowym	• liczba uczestników programu, • liczba wykwalifikowanej kadry, • liczba instytucji/organizacji zaangażowanych w realizację programów	• MOPS	Zadanie komplementarne – pośrednio realizujące Program, które realizuje już inny Program – „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Krakowa” MOPS/REI/08 MOPS/PRZ/16 MOPS/PPS/06	2027–2030
---------------	---	--	---	--	---	-----------

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
	B	Prowadzenie Punktu Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i członków rodzin, w których występuje problem alkoholowy lub narkotykowy oraz osób dotkniętych przemocą domową. Udzielanie osobom uzależnionym i ich rodzinom konsultacji oraz porad psychologicznych i prawnych. Prowadzenie całodobowego Telefonu Zaufania dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin	• liczba osób objętych działaniami, • liczba udzielonych porad, informacji, konsultacji itp.	• MCPU	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/PJB	2027–2030
CEL VI. Zapewnienie działania Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie						
	A	Tworzenie i optymalizacja warunków do pracy Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie, Zespołu Interwencyjnego oraz zespołów problemowych Komisji – wynagrodzenia dla członków MKRPA, obsługa administracyjna, dodatkowe szkolenia dla członków Komisji, pokrywanie kosztów sądowych, wysyłka korespondencji, koszty wydawania opinii przez biegłych orzekających w sprawie uzależnienia od alkoholu oraz inne niezbędne koszty wynikające z działań Komisji	• liczba osób objętych działaniami, w tym: - liczba osób skierowanych do placówek leczenia odwykowego, - liczba osób skierowanych do biegłych sądowych i do sądu	• MCPU • MKRPA	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program MCPU/MKA	2027–2030
CEL VII. Ograniczanie dostępu do alkoholu						
	A	Ograniczanie dostępności alkoholu	• liczba zezwoleń dla każdej kategorii napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (placówki handlowe),	• komórka organizacyjna UMK właściwa ds. obrotu napojami alkoholowymi	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program SA/ZSA	2027–2030
	B	Ograniczanie sprzedaży alkoholu w pobliżu obiektów chronionych, m.in. jednostek oświatowych, ośrodków prowadzących terapię dla osób uzależnionych, domów pomocy społecznej oraz obiektów kultu religijnego				

		Zadania Programu	Mierniki osiągnięcia celu	Realizatorzy zadań	Rodzaj i numer zadania	Termin
	C	Ograniczenie gęstości sieci punktów sprzedaży alkoholu w Krakowie	• liczba zezwoleń dla każdej kategorii napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (gastronomia)	• MCPU • MKRPA		
	D	Wdrożenie działań z zakresu odpowiedzialnej sprzedaży napojów alkoholowych, w tym organizowanie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych oraz innych zainteresowanych służb	• liczba osób uczestniczących w szkoleniach w ramach Gminnego Programu, • liczba kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych	• komórka organizacyjna UMK właściwa ds. obrotu napojami alkoholowymi • MCPU	Zadanie podstawowe – bezpośrednio realizujące Program SA/ZSA	2027–2030

VIII. WSKAŹNIKI MONITORINGU I RYZYKA DLA PROGRAMU

VIII.1. Wskaźniki dla programu

Tabela 7. Wskaźniki dla programu

Symbol	Nazwa wskaźnika	Wartość bazowa rok 2025	Wartość znakomita
W60_Z	Odsetek dzieci i młodzieży objętych szkoleniami z zakresu profilaktyki uzależnień	9,87	25,10
W61_Z	Odsetek osób objętych terapią uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz współuzależnionych	18,64	60,00
W55_Z	Odsetek dzieci i młodzieży, która nie miała kontaktu z alkoholem	66,64	68,00
W56_Z	Liczba osób, mieszkańców Krakowa uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz współuzależnionych	1,75	0,60

VIII.2. Ryzyka dla programu

Tabela 8. Ryzyka dla programu

Cel szczegółowy	Nazwa ryzyka	Ocena istotności	Status postępowania z ryzykiem
Zapewnić profilaktykę uzależnień (trend wzrostowy wskaźnika W60_Z)	Niska frekwencja uczestników działań	2	Monitorowanie
Zwiększać dostępność pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych, spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie, używających substancji psychoaktywnych lub podejmujących zachowania nałogowe oraz członków ich rodzin, a także dla osób dotkniętych przemocą domową (trend wzrostowy wskaźnika W61_Z)	Ograniczona dostępność do terapii uzależnień	2	Monitorowanie

VIII.3. Interesariusze Programu

Interesariuszami Programu są mieszkańcy Krakowa, w szczególności:

- dzieci i młodzież z krakowskich szkół,
- studenci,
- seniorzy,
- osoby z zaburzeniami używania alkoholu ich rodziny (osoby bliskie),
- osoby korzystające ze wsparcia grup samopomocowych,
- osoby używające substancji psychoaktywnych innych niż alkohol,
- kobiety w ciąży,
- dzieci z FAS/FASD i ich opiekunowie,
- osoby z zaburzeniami behawioralnymi,

- osoby w kryzysie bezdomności,
- osoby z doświadczeniem przemocy,
- realizatorzy (podmioty lecznicze, NGO, szkoły i służby).

IX. REALIZACJA PROGRAMU

IX.1. Podmiot koordynujący i realizatorzy

- Koordynatorem Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii jest Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie.
- Zadania Programu realizowane będą przez:
 - Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie (MCPU),
 - Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie (MKRPA),
 - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie (MOPS),
 - Dom Pomocy Społecznej przy ul. Rozrywka 1 (DPS-RO),
 - Komórki organizacyjne Urzędu Miasta Krakowa (UMK) właściwe ds.:
 - zdrowia,
 - rodziny,
 - młodzieży,
 - edukacji,
 - sportu,
 - obrotu napojami alkoholowymi,
 - jednostki oświatowe,
 - inne jednostki organizacyjne,
 - inne samodzielne stanowiska i komórki organizacyjne – zgodnie z zapotrzebowaniem, wynikającym ze zmiany przepisów lub struktur UMK,
 - organizacje pozarządowe / podmioty lecznicze.
- Zadania Programu będą realizowane w trybach przewidzianych obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności poprzez:
 - zlecanie zadań innym komórkom organizacyjnym UMK i miejskim jednostkom organizacyjnym – w drodze zmiany dysponenta środków budżetowych,
 - konkursy ofert,
 - zakup świadczeń zdrowotnych,
 - udzielanie zamówień publicznych,
 - inne dopuszczalne prawem formy zlecania zadań.
- Realizatorzy Programu składają do Koordynatora Programu sprawozdanie – za I półrocze i za rok budżetowy.

IX.2. Harmonogram realizacji, źródła finansowania

Gminny Program realizowany będzie w latach 2027–2030 w ramach środków finansowych planowanych w Budżecie Gminy Miejskiej Kraków na kolejny rok budżetowy, stanowiących dochody z tytułu wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, opłat za zezwolenia na obrót hurtowy napojami alkoholowymi w opakowaniach do 300 ml oraz dochodów własnych.

X. SPOSÓB SPRAWOZDANIA

Raport z wykonania (sprawozdania finansowe i merytoryczne) Gminnego Programu, będący integralną częścią rocznego sprawozdania budżetowego oraz częścią Raportu o Stanie Gminy, zostanie przedstawiony Radzie Miasta Krakowa przez Prezydenta Miasta Krakowa w terminie do 30 czerwca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

XI. ZASADY WYNAGRADZANIA CZŁONKÓW MIEJSKIEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W KRAKOWIE

Ustala się następujące zasady finansowania pracy członków Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Krakowie (MKRPA):

1. Członek MKRPA otrzymuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości 600 zł. W przypadku nieobecności członka MKRPA na jej posiedzeniu plenarnym nie otrzymuje on wynagrodzenia lub otrzymuje kwotę proporcjonalnie pomniejszoną;
2. Przewodniczący i Zastępca Przewodniczącego MKRPA biorący udział w jej pracach, otrzymują miesięczne wynagrodzenie w wysokości 800 zł. W przypadku nieobecności na posiedzeniu plenarnym stosuje się ust. 1;
3. Za każdy dyżur Zespołu Interwencyjnego MKRPA jego członek otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 200 zł;
4. Za każde posiedzenie zespołu problemowego MKRPA jego członek otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 100 zł;
5. Za każdorazowe reprezentowanie MKRPA, na pisemne polecenie Przewodniczącego lub Zastępcy Przewodniczącego MKRPA, w sądzie i innych instytucjach w sprawach inicjowanych przez MKRPA oraz w działaniach grupy diagnostyczno-pomocowej, członek MKRPA otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 70 zł.

XII. SPIS TABEL, WYKRESÓW I MAP

TABELE:

Tabela 1.	Wykroczenia ujawnione przez Straż Miejską oraz interwencje Policji w Krakowie w godz. 00:00–5:30*	22
Tabela 2.	Wykroczenia ujawnione przez Straż Miejską oraz interwencje Policji w Krakowie w ciągu całej doby*	22
Tabela 3.	Pobyty i zastosowanie przymusu bezpośredniego w Dziale Opieki nad Osobami Nietrzeźwymi MCPU w Krakowie*	23
Tabela 4.	Rodzaje ujawnionych narkotyków i ich ilość.	33
Tabela 5.	Charakterystyka dzielnic	54
Tabela 6.	Cele GPPiRPA oraz PN na lata 2027–2030	65
Tabela 7.	Wskaźniki dla programu	72
Tabela 8.	Ryzyka dla programu	72

WYKRESY:

Wykres 1.	Liczba osób leczonych w ramach terapii uzależnień w 2023 r.	26
Wykres 2.	Świadczenia wykonane w ramach terapii uzależnień w 2024 r.	28
Wykres 3.	Liczba osób objętych terapią uzależnień dla dzieci i młodzieży w 2024 r.	29
Wykres 4.	Podział środków w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2025 ze względu na realizowane działania.	30
Wykres 5.	Rozpoznania osób leczonych w ramach terapii uzależnień w 2025 r.	32
Wykres 6.	Liczba osób w zakresie terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży w 2025 r.	32

MAPY:

Mapa 1.	Stare Miasto – Dzielnicą I	36
Mapa 2.	Grzegórzki – Dzielnicą II	37
Mapa 3.	Prądnik Czerwony – Dzielnicą III	38
Mapa 4.	Prądnik Biały – Dzielnicą IV	39
Mapa 5.	Krowodrza – Dzielnicą V	40
Mapa 6.	Bronowice – Dzielnicą VI	41
Mapa 7.	Zwierzyniec – Dzielnicą VII	42
Mapa 8.	Dębniki – Dzielnicą VIII	43
Mapa 9.	Łagiewniki–Borek Fałęcki – Dzielnicą IX	44
Mapa 10.	Swoszowice – Dzielnicą X	45
Mapa 11.	Podgórze Duchackie – Dzielnicą XI	46
Mapa 12.	Bieżanów–Prokocim – Dzielnicą XII	47
Mapa 13.	Podgórze – Dzielnicą XIII	48
Mapa 14.	Czyżyny – Dzielnicą XIV	49
Mapa 15.	Mistrzejowice – Dzielnicą XV	50
Mapa 16.	Bieńczyce – Dzielnicą XVI	51
Mapa 17.	Wzgórze Krzesławickie – Dzielnicą XVII	52
Mapa 18.	Nowa Huta – Dzielnicą XVIII	53

XIII. BIBLIOGRAFIA

Al-Imam A., Motyka M.A. (2019). On the necessity for paradigm shift in psychoactive substances research: the implementation of machine learning and artificial intelligence. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*. 32(3):237-242.

Bujalski M. (2025). Uzależnienia i używanie substancji psychoaktywnych. *Zdrowie Publiczne*.

Dąbrowska K. (2002). Marketing alkoholu w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 15(4), 433-446.

Domin A., & Mazur A. (2023). Nutritional status of a group of polish children with FASD: A retrospective study. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1111545.

Figat M., Kielan A.J. (2025). The impact of the COVID pandemic on alcohol use in Poland – a systematic review. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*. 38(2):73-94.

Europejski Raport Narkotykowy. Tendencje i Osiągnięcia 2025. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2025.

Habrat B. (2022). Czy i jak pandemia COVID-19 oraz restrykcje z nią związane wpłynęły na nasze zachowania nałogowe. *Wszechświat*, 123, 1-3. p: 27-32.

Hayer S., Mandelbaum A.D., Watch L., Ryan K.S., Hedges M.A., Manuzak J.A., Easley C.A. 4th., Schust D.J., Lo J.O. (2013). Cannabis and Pregnancy: A Review. *Obstet Gynecol Surv*. 78(7):411-428.

Hurd Y.L., Manzoni O.J., Pletnikov M.V., Lee F.S., Bhattacharyya S., Melis M. (2019). Cannabis and the Developing Brain: Insights into Its Long-Lasting Effects. *J Neurosci*. 16;39(42):8250-8258.

Janik-Konieczny K., Zatoński W.A. (2023). Osłabienie polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu i konsekwencje zdrowotne. Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027. Polska Akademia Nauk. Wydział Nauk Medycznych. Komitet Zdrowia Publicznego. Policy Brief nr II. Warszawa.

Kleszczewska-Albińska A. (2022). Wybrane poznawczo-behawioralne modele uzależnień behawioralnych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 1, 10-18.

Koob G., Volkow N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis.

The Lancet Psychiatry, 3, 760-773.

Krawczyk E., Kroch S., Satora L. (2005). Contradiction model to prevent addictions in university students from Kraków. *Przegl Lek*. 62(6):339-41.

Lelonek-Kuleta, B (2015). Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach.

Malczewski A., Struzik M., Kidawa M., Strzelecak A. (2013). Monitorowanie problemu narkomanii. Red. Malczewski A. Mazowieckie Centrum Profilaktyki społecznej. Warszawa.

Malczewski A. (2022). Gminne i wojewódzkie programy przeciwdziałania uzależnieniom – w kierunku integracji działań. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*. Nr 1 (97). 33-36.

Martínez-Peña A.A., Perono G.A., Gritis S.A., Sharma R., Selvakumar S., Walker O.S., Gurm H., Holloway A.C., Raha, S. (2012). The Impact of Early Life Exposure to Cannabis: The Role of the Endocannabinoid System. *Int. J. Mol. Sci.* 22, 8576.

Melerowicz D. (2026). Skuteczna Profilaktyka w Gminach. Standardy jakości rekomendowane programy i zasady finansowania działań adresowanych do dzieci i młodzieży. Krajowa Centrum Przecidziania Uzależnieniom.

Obłąkowska K.A., & Bartoszewicz A. (2022). Alkohol w społeczeństwie polskim i polska polityka publiczna wobec alkoholu na przestrzeni dziejów. *Pomiędzy piwnym wolnym rynkiem a spirytusowym monopolem. Środkowoeuropejskie Studia Polityczne i Medioznawcze*, (4), 5-25.

Okulicz-Kozaryn, K., Maryniak, A., Borkowska, M., Śmigiel, R., & Dylag, K. A. (2021). Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): guidelines of interdisciplinary group of Polish professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7526.

Pach J., Tobiasz-Adamczyk B., Jabłoński P., Brzyski P., Krawczyk E., Satora L., Targosz D., Morawska J. (2005). Drug free universities--trends in illicit drugs use among Kraków university students. *Przegl Lek.* 62(6):342-50.

Raport z badań ankietowych zrealizowanych przez Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w roku szkolnym 2024/2025. (Kraków 2025).

Reece A.S., Hulse G.K. (2024). Key insights into cannabis-cancer pathobiology and genotoxicity. *Addict Biol.* 29(11):e70003.

Rowicka M., Postek S., & Zin-Sędek M. (2020). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych.

Smith D. (2008). Hail Mariani: The transformation of Vin Mariani from medicine to food in American Culture, 1886–1910. *The Social History of Alcohol and Drugs*, 23(1), 42-56.

Sprawozdanie z realizacji w latach 2014 – 2021 Małopolskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2014-2021. (2022). Departament Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków.

Zgliczyński W.S. (2024). Alkohol jako wyzwanie dla zdrowia publicznego w Polsce. *Infos zagadnienia społeczno-gospodarcze*, (9), 1-4.