



Zdrowie i ochrona zdrowia w województwie wielkopolskim

opracowanie diagnostyczne na potrzeby WRPO 2014+



Województwo
Wielkopolskie



Europejski Fundusz
Społeczny



Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

Poznań, 2014 r.





SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
1. Zdrowie w regionalnych dokumentach strategicznych	6
2. Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie	22
2.1. Analiza demograficzna.....	22
2.2. Sytuacja zdrowotna w regionie	26
2.3. Analiza epidemiologiczna wg ekonomicznych grup wieku	34
2.3.1. Osoby w wieku przedprodukcyjnym	34
2.3.2. Osoby w wieku produkcyjnym	36
2.3.3. Osoby w wieku poprodukcyjnym	39
2.4. Czynniki ryzyka w miejscu pracy negatywnie wpływające na aktywność zawodową	40
3. Analiza stanu i potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w województwie, w szczególności podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest JST oraz spółek powstałych z ich przekształcenia.....	44
3.1. Zarys systemu opieki zdrowotnej w regionie	44
3.1.1. Podmioty lecznicze i dostępność łóżek w szpitalach	44
3.1.2. Personel medyczny	48
3.1.3. Dostęp do świadczeń zdrowotnych	49
3.1.4. Aparatura medyczna.....	54
3.2. Organizacja i stan infrastruktury podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego	56
3.2.1. Podmioty lecznicze	56
3.2.2. Stan budynków	57
3.2.3. Aparatura medyczna.....	58
3.2.4. Systemy informatyczne.....	59
3.3. Stan infrastruktury podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są starostwa powiatowe.....	62
3.3.1. Stan budynków	62
3.3.2. Aparatura medyczna.....	64
3.4. System ratownictwa medycznego w regionie	65
3.5. Potrzeby w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w regionie	68
3.4.1. Poprawa opieki psychiatrycznej	74
3.4.2. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem	75
3.4.3. Poprawa opieki onkologicznej	77
4. Analiza stanu i potrzeb w zakresie profilaktyki zdrowotnej w województwie	80
4.1. Aktualnie realizowane programy zdrowotne współfinansowane ze środków UE	80
4.1.1. Profilaktyka raka szyjki macicy	80
4.1.2. Profilaktyka raka piersi.....	83
4.2. Aktualnie realizowane programy zdrowotne finansowane ze środków JST.....	86
4.2.1. Programy realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego	86
4.2.2. Programy realizowane przez powiaty i gminy	89
5. Wnioski i rekomendacje	91
SPIS RYCIN I TABEL	93
SPIS ŹRÓDEŁ BIBLIOGRAFICZNYCH	95





WSTĘP

Punktem wyjścia do przygotowania dokumentu były zapisy dokumentów strategicznych dla kraju oraz województwa. Praca nad dokumentem pozwoliła zaktualizować wiedzę na temat wyzwań w zakresie opieki zdrowotnej w regionie. Należy wyjaśnić, że zdrowie traktowane jest w przedmiotowym dokumencie jako jeden z czynników determinujących jakość życia, dlatego przygotowany materiał ma charakter pomocniczy dla opracowywanego Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, którego celem jest poprawa konkurencyjności i spójności województwa.

W trakcie prac dokonano wnikliwej analizy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w regionie oraz potrzeb systemowych. Wykorzystano w tym celu dane zastane oraz wywołane z zastosowaniem ankiety rozesłanej do jednostek samorządu terytorialnego jako organów założycielskich podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Przeprowadzone we wrześniu 2013 roku badanie ankietowe pozwoliło uzupełnić informacje o zasobach ochrony zdrowia w regionie oraz potrzebach inwestycyjnych w tym zakresie.

Dokument został opracowany w Oddziale Planowania Strategicznego Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu. W pracach nad dokumentem wykorzystano informacje właściwych departamentów Urzędu, jednostek podległych Samorządowi Województwa i Wojewodzie Wielkopolskiemu oraz pozostałych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia:

- Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW,
- Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu,
- Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu,
- Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi,
- Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Poznaniu,
- Jednostek samorządu terytorialnego poziomu powiatowego i gminnego w województwie wielkopolskim.

Opracowanie składa się z pięciu części. W pierwszym rozdziale opisano problematykę zdrowia ujętą w regionalnych dokumentach strategicznych. W kolejnych zawarto analizę sytuacji epidemiologicznej i demograficznej oraz stanu zasobów infrastrukturalnych ochrony zdrowia w województwie. Osobny rozdział (rozdział 4) poświęcono profilaktyce zdrowotnej. Część analityczną kończy rozdział podsumowujący, w którym przedstawiono wnioski i rekomendacje.



1. Zdrowie w regionalnych dokumentach strategicznych

Cele, priorytety i kierunki działań w zakresie ochrony zdrowia w Wielkopolsce zostały określone w regionalnych dokumentach strategicznych, do których należą przede wszystkim *Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020* (uchwalona przez Sejmik Województwa 17 grudnia 2012 roku) oraz *Strategia polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku*, opracowana w 2010 roku.

Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020

Analiza SWOT w zakresie zdrowia wśród słabych stron województwa wskazuje niewystarczającą infrastrukturę społeczną i nierównomierny do niej dostęp, wysokie wskaźniki zachorowalności, szczególnie na choroby cywilizacyjne, oraz niekorzystne procesy demograficzne, takie jak: starzenie się społeczeństwa, migracje, mały przyrost naturalny. Natomiast wśród zagrożeń rozwoju dostrzega pogarszanie się stanu zdrowia mieszkańców regionu.

W przyjętym w Strategii modelu rozwoju Wielkopolski do 2020 roku wśród jego podstawowych założeń wymienia się m.in.:

- każdemu mieszkańcowi Wielkopolski należy zapewnić odpowiedni standard dostępu do usług publicznych, edukacji i rynku pracy oraz warunki samoorganizacji, jeśli nie w miejscu zamieszkania, to w innym, lecz pod warunkiem zapewnienia odpowiednich warunków do mobilności przestrzennej,
- każdemu mieszkańcowi Wielkopolski należy zapewnić równy dostęp do wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

Jako jeden z podstawowych filarów zrównoważonego rozwoju Wielkopolski Strategia uznaje zasadę równowagi społecznej rozumianą jako tworzenie warunków do rozwoju demograficznego, prowadzącego przynajmniej do zastępowalności pokoleń, oraz tworzenie miejsc pracy i aktywne działania w celu podnoszenia jakości życia.

Strategia określiła wizję rozwoju województwa, zgodnie z którą – w wyniku stopniowego osiągania celów strategii – Wielkopolska w 2020 roku ma być regionem inteligentnym, innowacyjnym i spójnym, gdzie m.in.:

- każdy mieszkaniec ma dostęp do podstawowych standardów usług społecznych,
- sytuacja demograficzna sprzyja zastępowalności pokoleniowej.

Strategia wskazuje cele strategiczne i operacyjne. Problematyki związanej z ochroną zdrowia dotyczą następujące cele:

W ramach celu strategicznego 8. Zwiększanie zasobów oraz wyrównywanie potencjałów społecznych województwa:

- ✓ Cel operacyjny 8.3. *Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej*

Podstawę w tym zakresie stanowią działania prozdrowotne i rozwój systemu ochrony zdrowia, mające na celu dążenie do poprawy sytuacji demograficznej, zapewniające mieszkańcom województwa optymalną dostępność usług zdrowotnych, polepszenie ich jakości, racjonalizację zasobów systemu opieki zdrowotnej i doskonalenie systemów ratowniczych. Tylko zdrowe społeczeństwo Wielkopolski może tworzyć dobra materialne



i kulturowe, co prowadzi do rozwoju społecznego i gospodarczego regionu. Cel ten realizowany powinien być przede wszystkim przez następujące kierunki działań:

- Dostosowywanie opieki medycznej do wyzwań demograficznych.
- Dostosowywanie kształcenia medycznego do potrzeb rynku i wyzwań demograficznych oraz poprawa warunków kształcenia.
- Wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.
- Integracja instytucji publicznych i prywatnych na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców regionu.
- Rozwijanie profilaktyki zdrowotnej głównych problemów zdrowotnych i chorób cywilizacyjnych.
- Rozwijanie sieci gabinetów lekarzy rodzinnych oraz środowiskowej opieki pielęgniarstwa.
- Rozwój zintegrowanego systemu wczesnej diagnozy i rehabilitacji oraz wspieranie powszechnego dostępu do rehabilitacji w środowisku lokalnym.
- Rozwój form opieki domowej, usług świadczonych pacjentom w ich domach oraz innowacyjnych rozwiązań w gospodarstwie domowym ułatwiających powrót pacjenta do zdrowia.
- Rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej.
- Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego.
- Racjonalizacja rozmieszczenia i wykorzystania zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej.
- Rozwój systemu wczesnej interwencji kardiologicznej i kardiochirurgicznej
- Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych.
- Rozwój opieki paliatywnej.
- Usprawnienie opieki psychiatrycznej i psychogeriatrycznej.
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.

✓ Cel operacyjny 8.4. *Promocja zdrowego stylu życia*

Zdrowie, to nie tylko brak choroby czy pełna sprawność, ale także stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Dlatego zdrowie wymaga nie tylko leczenia, ale także utrwalania odpowiedniego trybu życia, by to zadowolenie osiągnąć. Zdrowie jest wartością bezpośrednio powiązaną ze wszystkimi rodzajami aktywności człowieka, pozostającą z nimi w ścisłej, wzajemnej relacji. Promocja i kreowanie zdrowego stylu życia, w wymiarach fizycznym, psychicznym i społecznym, jest warunkiem budowy konkurencyjnego, wysokiej jakości, regionalnego kapitału ludzkiego, a przez to wzrostu konkurencyjności województwa. Cel ten realizowany powinien być przede wszystkim przez następujące kierunki działań:



- Wzmacnianie zachowań prozdrowotnych, w szczególności w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
- Upowszechnianie działań przeciw uzależnieniom, dążących do zmniejszania palenia tytoniu, spożycia alkoholu, używania substancji psychotropowych.
- Tworzenie infrastruktury dla podtrzymania aktywności fizycznej i psychospołecznej, w szczególności seniorów oraz osób niepełnosprawnych.

W ramach celu strategicznego 6. *Wzmocnienie potencjału gospodarczego regionu:*

✓ Cel operacyjny 6.13 *Rozwój biznesu i usług zdrowotnych*

Opieka zdrowotna to nie tylko usługi wynikające z powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, ale także potencjalnie duży sektor gospodarki rynkowej, tworzący miejsca pracy i świadczący usługi zdrowotne oraz okołozdrowotne, spełniający oczekiwania klientów, także w skali ponadregionalnej i międzynarodowej. Cel ten realizowany powinien być przede wszystkim przez następujące kierunki działań:

- Rozbudowa infrastruktury dla promocji zdrowego stylu życia.
- Rozbudowa ogólnodostępnej oraz komercyjnej infrastruktury aktywnego odpoczynku.
- Tworzenie wyspecjalizowanych ośrodków rehabilitacji, rekreacji i odnowy biologicznej.
- Wykorzystanie naturalnych warunków środowiska dla zdrowia, rekreacji i wypoczynku.
- Rozbudowa infrastruktury dla turystyki medycznej.
- Rozbudowa infrastruktury uzdrowiskowej.
- Wsparcie sektora usług medycyny estetycznej.
- Wsparcie sektora usług medycznych „trzeciego wieku”.

Strategia określa także cele związane z sytuacją demograficzną Wielkopolski. Tego problemu dotyczą następujące cele:

✓ Cel operacyjny 8.2. *Poprawa sytuacji i przeciwdziałanie zagrożeniom demograficznym*

Gwałtownie spadająca liczba urodzeń oraz szybkie wydłużanie się czasu życia powodują, że Wielkopolska dołączyła do grupy regionów starzejących się. Sytuacja pogłębi się, gdy w dalszej perspektywie granicę starości przekroczą kolejne roczniki. W tej sytuacji niezbędne są działania mające na celu wprowadzanie ułatwień dla rodzin, wychowywania dzieci, a także dla funkcjonowania w społeczeństwie osób starszych. Cel ten realizowany powinien być m.in. przez następujące kierunki działań: działania pronatalistyczne i prorodzinne, upowszechnienie dostępu do różnych form opieki nad dziećmi oraz upowszechnienie wychowania przedszkolnego, rozwój systemu usług adresowanych do niesamodzielných osób starszych.

✓ Cel operacyjny 6.12. *Rozwój „srebrnego sektora” gospodarki*

Zwiększająca się populacja ludzi starszych sprzyja rozwojowi nowego sektora gospodarki, ukierunkowanego na specyficzne potrzeby odbiorców w starszym wieku. Społeczeństwa,



w których ludzie żyją dłużej, oferują rozległe możliwości, a gospodarka nowe produkty i usługi dla osób starszych. Liczne sektory mogą korzystać z rozwoju tzw. „srebrnego rynku” (silver market) – począwszy od budownictwa i mieszkalnictwa, infrastruktury transportowej, poprzez usługi na rzecz jakości życia (kultura, rekreacja, turystyka, sport, media, telekomunikacja), a kończąc na usługach w zakresie zdrowia i usługach socjalnych. Przygotowanie gospodarki do nowych proporcji demograficznych jest niezbędne w kontekście zapewnienia odpowiedniej jakości życia Wielkopolan, wzrostu ekonomicznego i konkurencyjności regionu. Cel ten realizowany powinien być m.in. przez następujące kierunki działań:

- Stworzenie koncepcji „srebrnego sektora” w Wielkopolsce oraz planu działań na rzecz jego rozwoju.
- Wspieranie inwestycji w zakresie usług społecznych, w tym dla osób starszych.
- Tworzenie instrumentów wsparcia przedsiębiorczości i innowacyjności „srebrnego” sektora gospodarki.
- Rozwój infrastruktury instytucji „srebrnego sektora”.
- Wzmacnianie partnerstwa administracji z mieszkańcami, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w ramach/na rzecz srebrnego sektora.
- Tworzenie warunków i promocja komunikacji społecznej.

Strategia formułuje także pewne zasady horyzontalne rozwoju województwa wielkopolskiego, które powinny być immamentną cechą sposobu realizacji wszystkich celów strategii, niezależnie od tego, jakiej dziedziny dotyczą. Wśród tych zasad jest zasada dotycząca „srebrnego rozwoju”. Starzenie się społeczeństwa, to problem demograficzny mający implikacje praktycznie dla wszystkich sfer rzeczywistości społeczno-gospodarczej województwa. Prognozowany wzrost odsetka mieszkańców w wieku poprodukcyjnym jest przedmiotem interwencji celów poświęconych sferze społecznej i gospodarczej. Aspekt ten powinien być jednak uwzględniany przy realizacji wszystkich celów strategii jako zasada horyzontalna.

Strategia zawiera także odrębny rozdział, w którym wskazano oczekiwania strategii rozwoju województwa wielkopolskiego względem polityki rządu. Wyartykułowane najistotniejsze potrzeby w zakresie infrastruktury społecznej Wielkopolski dotyczą inwestycji ochrony zdrowia i są to:

- Wzmocnienie ponadregionalnych funkcji Wielkopolski w zakresie ochrony zdrowia, w tym Centrum Radioterapii Protonowej w Poznaniu.
- Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca i Naczyń w Poznaniu.
- Budowa Specjalistycznego Szpitala Matki i Dziecka w Poznaniu.
- Budowa specjalistycznego centrum urazowo-ortopedycznego w Poznaniu.

Strategia polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku

Wśród pięciu strategicznych priorytetów polityki społecznej województwa wielkopolskiego w Strategii wyszczególniono odrębny priorytet określający cele i zadania w zakresie polityki zdrowotnej w regionie – priorytet II „Zdrowi Wielkopolanie”.

Priorytet ten, jak i pozostałe, został rozpisany na cele operacyjne i zadania adresowane do pięciu grup adresatów:



- adresata uogólnionego,
- dzieci i młodzieży,
- seniorów,
- osób z ograniczeniem sprawności,
- osób z kręgu wysokiego ryzyka socjalnego.

Cele operacyjne w ramach tego priorytetu formułują szczegółowe zadania, których realizacja powinna służyć poszczególnym grupom adresatów. Tworzą one następujący układ:

Cel 1. Profilaktyka i promocja zdrowia – adresat uogólniony

- a) Opracowywanie, budowa infrastruktury instytucjonalnej i wdrażanie programów promocji zdrowia, edukacji i profilaktyki zdrowotnej służących wzmocnieniu potencjału oraz zdolności jednostek i społeczności do samoopieki i samopomocy oraz racjonalnego korzystania z systemu opieki zdrowotnej – rozpisanie na zadania wojewódzkiej wersji programów Światowej Organizacji Zdrowia.
- b) Opracowanie/realizacja programów promocji zdrowia i prewencji najczęściej występujących chorób (priorytet: *choroby cywilizacyjne oraz zaburzenia psychiczne*).
- c) Opracowanie/realizowanie programów edukacyjnych służących osiąganiu przez mieszkańców województwa większej świadomości zagrożeń i źródeł prowadzących do utraty zdrowia i ograniczenia sprawności – np. organizowanie konferencji tematycznych na temat ochrony zdrowia i innych form edukacyjnych (priorytet: *dzieci i młodzież; kobiety*).
- d) Tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej, organizacyjno-finansowej, dydaktycznej i badawczej służącej promocji zdrowia, profilaktyce zdrowotnej oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i zbiorowości, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz zaleceniami organizacji i struktur międzynarodowych zajmujących się zdrowiem.
- e) Promocja/wspieranie/realizacja projektów służących zdrowemu stylowi życia, przeciwdziałającym uzależnieniom i biernym formom spędzania czasu wolnego.
- f) Budowa/rozwijanie zintegrowanej infrastruktury instytucjonalnej, wspomagającej przygotowywanie i wdrożenie programów promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i szeroko rozumianej ochrony zdrowia – realizowanie programów służących edukacji zdrowotnej oraz generowaniu zachowań prozdrowotnych i generalnie prowadzeniu zdrowego stylu życia.

Cel 2. Kreowanie i realizacja wojewódzkiej polityki zdrowotnej – adresat uogólniony

- a) Aktualizowanie/ocena dotychczasowych programów polityki zdrowotnej z perspektywy przyjętych celów i zadań wojewódzkiej polityki społecznej do roku 2020.
- b) Opracowanie wojewódzkiej polityki zdrowotnej obejmującej poza leczeniem i rehabilitacją medyczną (domena programów polityki sektorowej), także pozostające



w ścisłym związku funkcjonalnym z polityką społeczną, takie zadania jak: bezpieczeństwo zdrowotne, zdrowie publiczne, ochrona zdrowia matki i dziecka, ochrona zdrowia psychicznego, promocja zdrowia, edukacja i profilaktyka zdrowotna.

Cel 3. Rozwijanie otoczenia instytucjonalnego, gospodarczego i środowiska społecznego służącego wdrażaniu koncepcji: zdrowa społeczność – zdrowi obywatele – adresat uogólniony

- a) Rozwijanie infrastruktury instytucjonalnej i promowanie/ wspieranie programów opieki zdrowotnej służących rozwiązywaniu najistotniejszych problemów zdrowotnych (*choroby-zabójcy*) populacji oraz ścieżek szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe w sferze biofizycznej i psychoemocjonalnej na poziomie jednostki i środowiska – w tym opieki długoterminowej i hospicyjnej.
- b) Harmonizowanie polityki zdrowotnej z działaniami sektorów współodpowiedzialnych za kształtowanie warunków zdrowotnych oraz *lobbying* na rzecz zwiększania nakładów na prozdrowotne inwestycje w system szeroko rozumianej ochrony zdrowia – ochrona/poprawa warunków i jakości życia zapewniających obywatelom poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego (komponent strategii rozwoju województwa).
- c) Inicjowanie/rozwijanie międzysektorowej sieci partnerów realizujących zadania polityki zdrowotnej - sojusze na rzecz zdrowia (priorytet: organizacje pozarządowe).
- f) Tworzenie bazy infrastrukturalnej służącej eliminowaniu/redukowaniu zagrożeń zdrowotnych i ich skutków oraz źródeł utraty bezpieczeństwa zdrowotnego.
- g) Ochrona i wzmacnianie statusu pacjenta (chorego) w systemie opieki zdrowotnej.
- h) Wyodrębnianie obszarów rozwoju/wdrażania standardów usług zdrowotnych na poszczególnych poziomach referencyjnych systemu opieki zdrowotnej i w obrębie specjalności medycznych, zgodnie ze stanem wiedzy i technologii medycznej.
- i) Tworzenie/wzmacnianie zasobów społeczności sprzyjających promowaniu zaradności i samodzielności w rozwiązywaniu jednostkowych i zbiorowych problemów zdrowotnych, zwłaszcza wykorzystywanie potencjału organizacji sektora obywatelskiego

Cel 4. Kompensowanie deficytów zdrowotnych oraz realizowanie świadczeń i usług zakresu zdrowia publicznego (poza pakietem ubezpieczenia zdrowotnego) – adresat uogólniony

- a) Zmniejszanie dysproporcji w dostępie do świadczeń i usług zdrowotnych w województwie – likwidowanie barier organizacyjno-finansowych oraz redukowanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej (infrastruktura instytucjonalno-kadrowa, dostępność, jakość świadczeń).
- b) Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach zagrożenia zdrowia populacji.



- c) Zapewnienie odpowiednich ilościowo i jakościowo, standaryzowanych oraz adekwatnych do potrzeb i zasobów świadczeń oraz usług zdrowotnych i programów rehabilitacyjnych dostarczanych przez zróżnicowane sektorowo podmioty.
- d) Ochrona zdrowia pracowników oraz uczniów i studentów – identyfikacja i ocena zagrożeń występujących w miejscu nauki i pracy oraz eliminowanie/redukowanie czynników ryzyka związanego z ekspozycją na czynniki szkodliwe.
- e) Inwentaryzacja i monitorowanie zagrożeń związanych z uzależnieniami oraz poszerzanie wiedzy obywateli związanych z tym zjawiskiem.

Cel 5. Konsolidacja systemu informacji medycznej oraz poszerzenie zakresu problemowego analiz epidemiologicznych i socjomedycznych – adresat uogólniony

- a) Prowadzenie analiz stanu zdrowia ludności – opracowywanie profili socjomedycznych grup ryzyka.
- b) Scalenie tematyczne i problemowe informacji medycznej generowanej w różnych jednostkach organizacyjnych wielkopolskiego systemu ochrony zdrowia: (diagnoza stanu posiadania, funkcjonowania i wykorzystywania wojewódzkiego systemu zbierania danych oraz analiz epidemiologicznych i socjomedycznych; opracowanie systemu zbierania i analizy danych adekwatnych do realizowanej wojewódzkiej strategii polityki zdrowotnej oraz wybór placówki konsolidującej dane epidemiologiczne i socjomedyczne; szkolenia osób analizujących dane medyczne).
- c) Opracowywanie okresowych diagnoz epidemiologicznych i socjomedycznych na potrzeby bieżące decydentów i programów wojewódzkiej polityki zdrowotnej

Cel 6. Profilaktyka najczęstszych zagrożeń zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży – adresat: dzieci i młodzież

- a) Promocja/realizacja/wspieranie programów propagujących zasady bezpiecznego zachowania dzieci i młodzieży na ulicy/drodro, w domu, w czasie zabawy, na wakacjach i podczas ferii, w kontaktach z innymi ludźmi (*formy zabawowe, konkursy, współudział rodziców itp.*).
- b) Poszerzanie programów profilaktycznych i prozdrowotnych w szkole – preferencja dla wad postawy, wzroku, uzależnień i prawidłowego żywienia (priorytet: dzieci i młodzież wiejska i małomiasteczkowa).
- c) Inicjowanie/opracowywanie/wspieranie programów rehabilitacyjnych przygotowujących młodzież niepełnosprawną do samodzielnego i niezależnego życia.

Cel 7. Profilaktyka i zmniejszanie rozmiarów i skutków uzależnień – adresat: dzieci i młodzież

- a) Kontynuacja/promocja/wspieranie programów edukacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych związanych z uzależnieniami (*nikotyna, alkohol, narkotyki*).



- b) Kontynuacja/rozwijanie poradnictwa i edukacji dla rodziców i nauczycieli służących rozpoznawaniu uzależnień dzieci i młodzieży.
- c) Rozwijanie poradnictwa i edukacji dla organizacji pozarządowych działających w obszarze prewencji uzależnień.

Cel 8. Rozwijanie programów ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, komplementarnych do zadań statutowych agend rządowych i Narodowego Funduszu Zdrowia – adresat: dzieci i młodzież

- a) Opracowywanie kierunków i programów polityki ochrony zdrowia dzieci i młodzieży wraz z monitoringiem infrastruktury systemu opieki zdrowotnej – monitorowanie/wspieranie cyklicznych badań stanu zdrowia i sprawności oraz zachowań zdrowotnych młodego pokolenia w województwie.
- b) Podjęcie działań mających na celu zatrzymanie procesu ograniczania dostępności w opiece pediatrycznej i odbudowę zasobów tego segmentu systemu opieki zdrowotnej – opracowanie i uruchomienie programu motywacyjnego na rzecz zwiększania liczby specjalizujących się w pediatrii.
- c) Opracowanie/uaktualnianie wojewódzkiej bazy danych dzieci niepełnosprawnych – prowadzenie cyklicznych pomiarów zasięgu i rodzajów niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży oraz badań dostępności świadczeń i usług rehabilitacyjnych, kondycji socjalno-zdrowotnej i potrzeb niepełnosprawnej części populacji dziecięco-młodzieżowej.

Cel 9. Rozwijanie systemu opieki zdrowotnej i usług rehabilitacyjnych (rewitalizujących) dla seniorów – adresat: seniorzy

- a) Budowa/wspieranie systemu interdyscyplinarnej opieki geriatryczno-gerontologicznej.
- b) Inicjowanie/wspieranie programów edukacji gerontologicznej dla personelu medycznego i opiekunów osób starszych.
- c) Włączanie do wojewódzkiego pakietu profilaktyki zdrowotnej badań kontrolnych stanu zdrowia osób starszych zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia – wspieranie programów profilaktyki zdrowia psychicznego seniorów.
- d) Rozpisanie zadań wojewódzkiego programu według założeń projektu Światowej Organizacji Zdrowia: *Zdrowe starzenie się*.
- e) Uruchomienie zróżnicowanych form usług wspierających opiekunów (*szkolenia, informacja; poradnictwo medyczne, psychologiczne i prawne*).
- f) Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty zdrowia i sprawności najstarszego pokolenia.
- g) Uruchamianie/wspieranie/realizowanie programów edukacyjnych i warsztatów dla opiekunów osób terminalnie chorych.



Cel 10. Profilaktyka i leczenie uzależnień w starości – adresat: seniorzy

- a) Diagnoza rozmiarów uzależnień wśród osób starszych – opracowanie/wspieranie programu prewencji i leczenia uzależnień seniorów.
- b) Wspieranie programów edukacyjnych adresowanych do profesji i osób realizujących opiekę nad seniorami na temat zagrożenia uzależnieniami w starszym wieku.
- c) Wspieranie programów edukacyjnych adresowanych do seniorów zagrożonych uzależnieniami.

Cel 11. Rozwijanie programów służących utrzymaniu kondycji psychofizycznej oraz wzmacniających efekty rehabilitacji osób z ograniczeniem sprawności – adresat: niepełnosprawni

- a) Promowanie/wspieranie przedsięwzięć mających na celu rozwijanie sieci usług wspierających osoby niepełnosprawne w domu (zwłaszcza na wsi) obejmujących przede wszystkim: pomoc w pracach domowych, przygotowanie/dostarczanie posiłków, opiekę nad dziećmi, asystę podczas zajęć w domu i poza mieszkaniem, usługi informacyjne, teleinformatyczne itp., wspieranie opiekunów.
- b) Wspieranie rodziny i opiekunów osób przewlekle chorujących i/lub niepełnosprawnych.
- c) Inicjowanie/wspieranie programów rehabilitacyjnych i rewitalizujących oraz szkoleń na temat prozdrowotnych stylów życia osób starszych.
- d) Profilaktyka i leczenie uzależnień wśród niepełnosprawnych.

Cel 12. Poszerzenie zakresu usług zdrowotnych/rehabilitacyjnych dla osób z ograniczeniem sprawności komplementarnych i/lub dodatkowych w stosunku do wolumenu świadczeń powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - adresat: niepełnosprawni

- a) Uaktualnianie wojewódzkiej bazy osób niepełnosprawnych – prowadzenie cyklicznych pomiarów zasięgu i rodzajów niepełnosprawności oraz badań dostępności świadczeń i usług rehabilitacyjnych, kondycji socjalno-zdrowotnej i potrzeb niepełnosprawnej części populacji.
- b) Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty zdrowia i sprawności.
- c) Prowadzenie szkoleń dla podmiotów lokalnych na temat zasad opieki, pielęgnacji i rehabilitacji osób z ograniczeniem sprawności.

Cel 13. Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej osobom z deficytami zdrowotnymi, intelektualnymi i/lub socjalnymi oraz jednostkom z dewiacjami, patologiami i innymi problemami społecznymi - adresat: kategorie wysokiego ryzyka socjalnego

- a) Wspieranie inicjatyw i działań sprzyjających otwieraniu/poszerzaniu dostępu grup wysokiego ryzyka zdrowotnego i/lub zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym



do niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

- b) Inicjowanie/tworzenie/wdrażanie programów służących budowie systemu wczesnej sygnalizacji zagrożeń i mechanizmów wczesnej interwencji w obszarach wysokiego ryzyka utraty zdrowia i sprawności osób z grup ryzyka socjalnego.
- c) Poszerzanie adresatów programów edukacyjnych o osoby z grup wysokiego ryzyka socjalnego, służących profilaktyce zdrowotnej – inicjowanie/wspieranie programów/szkoleń służących profilaktyce i promocji zdrowia oraz propagowaniu zmiany stylu życia, adresowanych do jednostek/grup ryzyka socjalnego i/lub zagrożonych uzależnieniami.
- d) Tworzenie zachęt i bodźców materialnych służących budowie *ścieżek dostępu* do opieki medycznej dla osób z deficytami zdrowotnymi.

Cel 14. Rozbudowa interwencyjnego systemu opieki medycznej dla osób bezdomnych, uzależnionych i/lub nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym z kręgów ryzyka socjalnego

- a) Zasugerowanie opracowania/wdrożenia procedur postępowania medycznego wobec osób nieubezpieczonych w ciężkim stanie zdrowia (zwłaszcza bezdomnych i uzależnionych) innym podmiotom (m.in. Sejm, MZ, NFZ).
- b) Wspieranie programów pomocy medycznej dla osób z grup wrażliwych realizowanych przez sektor pozarządowy i wolontariat.

W Strategii polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego do 2020 roku zaproponowano także pakiet programowy, zawierający propozycje celów operacyjnych i zadań dla lokalnej polityki społecznej do wykorzystania w powiatach i gminach, dla poszczególnych domen polityki społecznej, w tym również w zakresie zdrowia. Pakiet ten ma być pomocny jednostkom samorządu terytorialnego w projektowaniu lokalnej polityki społecznej, w tym zdrowotnej.

Ustalenia Strategii polityki społecznej dla województwa wielkopolskiego mają duże znaczenie ze względu na konieczność uwzględnienia i realizacji także w Wielkopolsce jednego z trzech celów strategii Europa 2020, jakim jest rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu i wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia, zapewniającej spójność społeczną i terytorialną.

Istotne dla polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim są także regionalne dokumenty operacyjne dotyczące ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020

Jest to dokument, stanowiący kontynuację Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2009-2013. którego cele i założenia nie straciły na ważności.

Samorząd Województwa Wielkopolskiego, realizując zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia, podejmuje działania na rzecz zapobiegania głównym zagrożeniom zdrowotnym dotyczącym mieszkańców regionu, wywołującym choroby cywilizacyjne. Istotne miejsce w polityce zdrowotnej Województwa zajmują inicjatywy dotyczące zmniejszenia zachorowalności i umieralności



z powodu najczęstszych chorób, takich jak choroby nowotworowe oraz choroby układu oddechowego i krążenia. Niezbędnym elementem tych działań jest nadanie im charakteru edukacyjnego, w celu podniesienia świadomości zdrowotnej mieszkańców.

Zgodnie z tym Programem, celem nadrzędnym polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim jest „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców województwa wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”. Strategicznym celem Programu jest „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności Wielkopolan”.

Osiągnięciu tych celów służą następujące działania, określone w Programie:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- ograniczenie występowania najpoważniejszych problemów zdrowotnych,
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia,
- aktywizowanie innych partnerów programu do działań na rzecz zdrowia.

Przy opracowywaniu i wyborze konkretnych programów profilaktyki zdrowotnej oraz propozycji ich realizacji uwzględniane będą następujące zasady :

- Nakierowanie na najistotniejsze problemy zdrowia publicznego (tj. choroby nowotworowe, układu krążenia i układu oddechowego).
- Wyrównanie szans dostępu do zdrowia dla mieszkańców województwa (badania wykonywane na terenie gmin i powiatów oddalonych od aglomeracji i centrów medycznych).
- Nakierowanie na wybrane tzw. „najsłabsze grupy społeczne”.
- Zaangażowanie społeczności lokalnej, podniesienie świadomości i odpowiedzialności za własne zdrowie (w tym zachęcenie do zgłaszania na badania przesiewowe).
- Finansowanie takich projektów, które nie są wykonywane z innych źródeł, w tym z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Prowadzenie działań długofalowych.
- Ewaluacja dotychczasowych efektów działań profilaktycznych i monitoring bieżących projektów.
- Współpraca z jak najszerszym gronem osób odpowiedzialnych formalnie i merytorycznie za problemy zdrowia mieszkańców Wielkopolski.

Za priorytetowe uznano przeciwdziałanie tym schorzeniom, których poziom zachorowalności i umieralności w Wielkopolsce jest najwyższy lub bardzo wysoki. Do takich najistotniejszych problemów zdrowotnych w Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju należą choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i choroby układu oddechowego, a także inne. Dla zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób stanowiących główne problemy zdrowotne w Wielkopolsce wskazano w Programie takie działania, jak: promowanie badań profilaktycznych i badań przesiewowych, eliminacja czynników ryzyka, realizacja programów profilaktycznych i edukacyjnych w kierunku wczesnego wykrywania i ograniczania ich negatywnych następstw.

Wyrównaniu szans dostępu do zdrowia dla mieszkańców województwa służy adresowanie programów do tych mieszkańców Wielkopolski, którzy z racji miejsca zamieszkania mają utrud-



niony dostęp do większych ośrodków medycznych, szczególnie specjalistycznych. W Programie zakłada się prowadzenie większości badań i programów przede wszystkim na terenie gmin i powiatów oddalonych od dużych aglomeracji miejskich.

Nakierowanie na wybrane tzw. „najsłabsze grupy społeczne” ma związek z gorszą sytuacją ekonomiczną mieszkańców – Program zakłada adresowanie działań do „biedniejszej” grupy mieszkańców. Ponadto część projektów (badań przesiewowych) jest adresowana do osób w wieku średnim i starszych – powyżej 50 roku życia, jak również dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Zaangażowanie społeczności lokalnych, w tym szczególnie osób odpowiedzialnych za zdrowie mieszkańców gmin, jest realizowane poprzez ich udział we współorganizacji programów profilaktycznych i prozdrowotnych. Zakłada się uczestniczenie lokalnych liderów zdrowia jak i innych mieszkańców w specjalnych spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami.

Dla zapewnienia racjonalności finansowanie zakłada się nie powielanie tych samych lub podobnych programów profilaktycznych dla tej samej grupy osób. W związku z tym Program przewiduje finansowanie takich projektów, które nie są realizowane z innych źródeł, w tym szczególnie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. NFZ jest jedyną instytucją w kraju i województwie, która ma możliwości i powinna pełnić rolę pierwszoplanową w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, finansowanej z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zdrowie należy do tych wartości, w których inwestowanie, szczególnie w profilaktykę, powinno być ciągłe, a efekty mogą być widoczne w perspektywie kilku – kilkudziesięciu lat. W związku z tym Program zakłada prowadzenie działań długofalowych. Wykonywanie badań przesiewowych, czy realizacja innych programów profilaktycznych jest racjonalne przy uwzględnieniu jak najszerzej skali odbiorców.

Program przewiduje prowadzenie w sposób ciągły i skoordynowany ewaluacji dotychczasowych efektów działań profilaktycznych i monitoring bieżących projektów, winny być prowadzone w sposób skoordynowany i ciągły.

Program zakłada także współpracę z jak najszerszym gronem osób odpowiedzialnych formalnie i merytorycznie za problemy zdrowia mieszkańców Wielkopolski. Jako partnerów – osób i instytucji współuczestniczących w programach zdrowotnych finansowanych przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego wskazuje się przede wszystkim podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe, działające w obszarze opieki zdrowotnej oraz towarzystwa naukowe, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu i stacje powiatowe, konsultantów wojewódzkich z różnych dziedzin medycyny oraz innych specjalistów medycznych, samorządy lokalne, samorządy zawodów medycznych, Kuratorium i władze oświatowe.

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na lata 2011-2015

Program został przygotowany w nawiązaniu do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i odnosi się bezpośrednio do jego celów.

Program realizuje następujące cele:

- Cel główny 1: *Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.*
Cel ten będzie realizowany poprzez:



- upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
- zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
- organizację systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.
- *Cel główny 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Cel ten będzie osiąganym poprzez:*
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.
 - aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi
 - skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2010-2014

Celem głównym Programu jest „Przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii oraz problemom jej towarzyszącym na terenie województwa”. Cel ten realizowany jest w trzech obszarach działania:

- *Profilaktyka.* Celem ogólnym jest tu „Obniżenie wzrostu popytu na narkotyki i zwiększenie poziomu wiedzy na temat epidemiologii i problemów związanych z narkomanią w województwie”. Cele szczegółowe:
 - podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku,
 - wzrost zaangażowania społeczności lokalnych w działania profilaktyczne,
 - wzrost liczby osób pracujących na rzecz profesjonalnej profilaktyki,
 - wzmocnienie pozycji lokalnych rozwiązań profilaktycznych,
 - zintegrowanie działań profilaktycznych (młodzież, rodzice, wychowawcy),
 - skierowanie działań profilaktycznych równolegle do wszystkich zainteresowanych tzn. bezpośrednio do młodzieży, ale i tych, którzy współtworzą proces wychowania: rodziców, nauczycieli i wychowawców, warunkuje ich skuteczność,
 - zmniejszenie popytu na narkotyki wśród studentów oraz młodzieży uczącej się,
 - wzmocnienie oferty terapeutycznej dla osób zajmujących się profilaktyką II stopnia.
- *Leczenie, rehabilitacja, reintegracja i ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych.* Celem ogólnym jest tu „Wzrost skuteczności leczenia, rehabilitacji, reintegracji oraz ograniczenie szkód zdrowotnych osób biorących narkotyki (przy współudziale organizacji pozarządowych)”. Cele szczegółowe:
 - rozwój i modernizacja usług terapeutycznych dla osób leczących się,
 - wsparcie organizacyjne, merytoryczne i finansowe dla istniejących w województwie ośrodków leczenia narkomanii,



- wsparcie dla specyficznych programów pracy z uzależnionymi oraz ich rodzinami,
- nadzór nad organizacją szkoleń dla personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację i ograniczanie szkód zdrowotnych,
- monitorowanie usług leczniczych i rehabilitacyjnych na terenie województwa.
- *Epidemiologia, monitoring, ewaluacja.* Celem jest tu „Zapewnienie informacji dla prowadzenia racjonalnej i akceptowanej społecznie polityki wobec narkomanii na terenie województwa wielkopolskiego”. Cele szczegółowe:
 - zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych działaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych,
 - prowadzenie i inicjowanie badań dotyczących problemów narkotyków i narkomanii oraz opracowywanie i udostępnianie ich wyników,
 - gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie baz danych dotyczących narkotyków i narkomanii,
 - formułowanie wniosków sprzyjających kształtowaniu adekwatnej do sytuacji strategii reagowania na problem narkomanii,
 - gromadzenie i udostępnianie publikacji na temat narkotyków i narkomanii.
- Czwarty obszar dotyczący *ograniczenia podaży* realizowany będzie przez struktury rządowe (głównie policję).

Program wyznaczył także następujące cele operacyjne:

- zmniejszanie tempa wzrostu rozpowszechnienia używania narkotyków,
- ograniczanie szkód zdrowotnych osób uzależnionych,
- rozwój i modernizacja usług terapeutycznych dla osób uzależnionych i członków ich rodzin,
- ograniczenie zakażeń HIV, HCV i innych chorób związanych z używaniem narkotyków.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2013 – 2017

Główne cele i priorytety w tym programie zostały sformułowane w następujący sposób: celem strategicznym Programu jest „Wzmacnianie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz problemom im towarzyszącym w województwie wielkopolskim”.

Cele operacyjne programu:

- I. Ograniczenie szkód wynikających ze spożywania alkoholu.
 - I.1. Ograniczenie szkód wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu, w tym zmniejszenie odsetka konsumentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie.
 - I.2. Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu.

- II. Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin, z problemem alkoholowym, w tym przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.
 - II.1. Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
 - II.2. Zwiększenie kompetencji osób zajmujących się pomaganiem dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
 - II.3. Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemami picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu.
 - II.4. Poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.
- III. Ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez dzieci i młodzież.
 - III.1. Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych.
 - III.2. Utrwalenie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu.
 - III.3. Zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się.
 - III.4. Zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców.
- IV. Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
 - IV.1. Podniesienie kompetencji członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz pełnomocników/koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.
 - IV.2. Zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej wobec alkoholu.
 - IV.3. Zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- V. Wzmocnienie podmiotów prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu.
 - V.1. Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i reintegracji poprzez rozwój specjalistycznych placówek oraz programów dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.
 - V.2. Działania na rzecz modernizacji istniejącej bazy placówek prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu oraz współuzależnionych, a także wspieranie stwarzania warunków sprzyjających powstawaniu nowych placówek i ich wyposażaniu.
 - V.3. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla uzależnionych od alkoholu osadzonych w zakładach karnych, aresztach śledczych oraz osób, które opuściły te placówki.



- V.4. Wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec nadużywających alkoholu pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.
- VI. Monitoring.
 - VI.1. Monitorowanie stanu problemów alkoholowych na terenie województwa wielkopolskiego i w wybranych gminach.



2. Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie

2.1. Analiza demograficzna

Sytuację demograficzną w województwie wielkopolskim w ostatnich kilku latach charakteryzuje niewielki, ale systematyczny wzrost liczby mieszkańców oraz wzrost liczebności i udziału osób zamieszkujących obszary wiejskie regionu. W 2012 roku województwo wielkopolskie zamieszkiwało 3 462 196 osób, tj. 9% ogólnej liczby ludności Polski (niezmiennie 3. miejsce wśród województw kraju po województwie mazowieckim – 13,7% i śląskim – 12%). Liczba ludności Wielkopolski zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego o 0,2%, natomiast w porównaniu do 2004 roku wzrosła o 2,8%.

Średnia gęstość zaludnienia w 2012 roku wyniosła w województwie 116 osób na 1 km² wobec 113 osób w 2004 roku. Wyraźnie dostrzegalne jest znaczne zróżnicowanie przestrzenne na obszarze Wielkopolski – wciąż najwyższą wartość tego wskaźnika rejestrowano w Poznaniu, Lesznie, Kaliszu oraz powiecie poznańskim, natomiast najniższą w powiatach: złotowskim, czarnkowsko-trzcianeckim oraz międzychodzkiem.

Struktura ludności pod względem płci w Wielkopolsce nie ulega większym zmianom. Kobiety w województwie wielkopolskim, podobnie jak w całej Polsce, utrzymują przewagę liczebną nad mężczyznami. Udział kobiet w ogólnej liczbie ludności wynosił w 2012 roku 51,4%. Wskaźnik feminizacji utrzymywał się na poziomie odnotowywanym w latach poprzednich, tj. 106 kobiet przypadających na 100 mężczyzn. Najbardziej sfeminizowanym miastem w regionie jest Poznań, gdzie na 100 mężczyzn przypada 115 kobiet. Stolica Wielkopolski stanowi atrakcyjny rynek pracy dla kobiet, gdzie znajdują zatrudnienie w dobrze rozwiniętym sektorze usługowym: administracji, oświacie, czy służbie zdrowia.

W latach 2004-2012 sytuacja demograficzna w województwie wielkopolskim ulegała systematycznej poprawie. Utrzymująca się przewaga urodzeń żywych nad liczbą zgonów skutkowałą dodatnim przyrostem naturalnym, którego wartość w 2012 roku wynosiła 1,8 na 1 000 ludności, zmniejszała się liczba zgonów niemowląt, rosło przeciętne trwanie życia kobiet i mężczyzn, przy czym kobiety żyły przeciętnie dłużej od mężczyzn (odpowiednio 80,9 i 72,9 lat). Wyraźny postęp w wydłużaniu się trwania życia ma związek z promocją zdrowego stylu życia. Wielkopolanie, tak jak mieszkańcy reszty kraju, żyją dłużej, lecz są w gorszej kondycji zdrowotnej. Najbardziej powszechnymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa wielkopolskiego bez zmian od wielu lat są: choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Stanowią one około 70% wszystkich zgonów.

Oprócz przyrostu naturalnego, wpływ na liczbę ludności regionu mają także migracje wewnętrzne i zagraniczne. W ostatnich latach obserwowano zmniejszanie się liczby osób przybywających do Wielkopolski z zagranicy w stopniu większym, niż liczby osób emigrujących na stałe za granicę. Odnotowano ponadto nasilenie powrotów osób mieszkających na stałe za granicą (głównie z Wielkiej Brytanii, Irlandii, Niemiec, a także z USA). Zjawisko to ma prawdopodobnie związek ze światowym kryzysem ekonomicznym.

Wielkopolska w latach 2004-2012 charakteryzowała się dodatnim saldem migracji stałej. Oznacza to, że przeważała liczba osób meldujących się na pobyt stały w stosunku do liczby osób wymeldowanych. Świadczy to o atrakcyjności województwa wielkopolskiego na tle innych regionów. Najwięcej migracji wewnętrznych odbywa się w ramach województwa. Dostrzega się nieznaczny wzrost liczby mieszkańców wsi, która w 2007 roku stanowiła 43,4% ogólnej liczby mieszkańców województwa, a w 2012 roku wynosiła 44,5%, przy jednoczesnym spadku liczby mieszkańców miast z 56,6% do 55,5%. Taka tendencja może wynikać z postępującego procesu suburbanizacji, czyli wyludniania się centrów miast i rozwoju stref podmiejskich. Szacuje się, że do 2020



roku odsetek ludności zamieszkującej tereny wiejskie wzrosło w województwie do 45,8%, co stanowi wzrost o 2,4 pkt. proc w stosunku do stanu z 2007 roku¹. Przykładem jest tu miasto Poznań, które systematycznie traci swoich mieszkańców na rzecz gmin ościennych. W 2012 roku saldo migracji w Poznaniu wynosiło -2 310 osób, podczas gdy w powiecie poznańskim saldo było dodatnie i wynosiło 5 315 osób. Proces suburbanizacji wiąże się z jednej strony z polepszeniem warunków mieszkaniowych tysięcy osób, ale z punktu widzenia ogólnospołecznego powoduje zwiększenie kosztów ekonomicznych w sferze transportu, infrastruktury komunalnej, usług społecznych, a także wywiera negatywny wpływ na środowisko przyrodnicze. W konsekwencji możliwości budżetowe samorządów metropolii nie nadążają za wzrastającymi kosztotwórczymi potrzebami. W związku z tym władze wszystkich gmin, w szczególności gmin ościennych większych ośrodków miejskich, powinny m.in. opracowywać plany miejscowe i prowadzić racjonalną politykę przestrzenną w celu podwyższenia standardów i obniżenia kosztów życia na ich obszarze.

Dla zapewnienia prostej zastępowalności pokoleń na 1 kobietę w wieku rozrodczym tj. 15-49 lat powinno przypadać dwoje dzieci. Współczynnik dzietności ogólnej zawiera się wtedy w przedziale od 2,10 do 2,15. W województwie wielkopolskim w latach 2004-2012 współczynnik dzietności był niższy i wahał się między 1,268 w 2004 roku a 1,488 w 2008 roku. W 2012 roku współczynnik dzietności ogólnej w województwie osiągnął wartość 1,376 wobec 1,478 w 2010 roku.

Przejawem nieuniknionej zmiany tendencji demograficznych są obserwowane w ostatnich latach zmiany struktury wiekowej ludności – systematyczny spadek udziału osób w wieku przedprodukcyjnym (z 22,2% w 2004 roku do 19,4% w 2012 roku) przy wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym (odpowiednio z 13,7% do 16,5%). W Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju postępuje i będzie nadal postępować, w coraz bardziej dynamicznym przebiegu, starzenie się ludności. Przyrost liczby osób starszych najlepiej opisuje wskaźnik obciążenia demograficznego. Wskaźnik obciążenia demograficznego ludności w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym dla województwa wielkopolskiego w 2012 roku wynosił 56,0. Jednak według prognoz GUS w ciągu najbliższej dekady będzie ono sukcesywnie rosnąć i w roku 2030 osiągnie wynik 70,6. Według prognoz na rok 2020 powiaty, w których obciążenie demograficzne będzie najwyższe to: miasto Kalisz (67,8), powiat turecki (66,1), powiat kaliski 61,9), powiat kolski (68,5)². Obciążenie demograficzne mierzone stosunkiem liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym w roku 2012 wynosiło 24,4% - dla porównania w 2004 stosunek ten wyniósł 20%, co wskazuje na postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Jednocześnie wartości wskaźników lat przeżytych w zdrowiu maleją, co wiąże się z kolei ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych i zależnych. W 2012 roku z pomocy społecznej i wsparcia z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby skorzystało 41 721 rodzin, natomiast 39 389 rodzin z powodu niepełnosprawności³. Ponadto 8 596 osób skorzystało z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Wśród nich 70% to osoby w wieku powyżej 60 roku życia⁴. Taka sytuacja stwarza nowe wyzwania dla polityki społecznej państwa oraz samorządów lokalnych, która musi uwzględniać uwarunkowania ekonomiczne i społeczne, włączając w to rekonstrukcję systemu ubezpieczeń społecznych oraz poprawę dostępności do usług medycznych. Jednocześnie prognozowany zmniejszający się udział ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym spowoduje poważne zmiany w systemie edukacyj-

¹ Strategia Zatrudnienia dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020, Wojewódzki Urząd Pracy, Poznań, 2013.

² Kondycja społeczno-ekonomiczna powiatów wielkopolskich, badanie wykonane na zlecenie Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Poznań, 2013.

³ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa wielkopolskiego za rok 2012, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Poznań, 2013.

⁴ Ibidem.

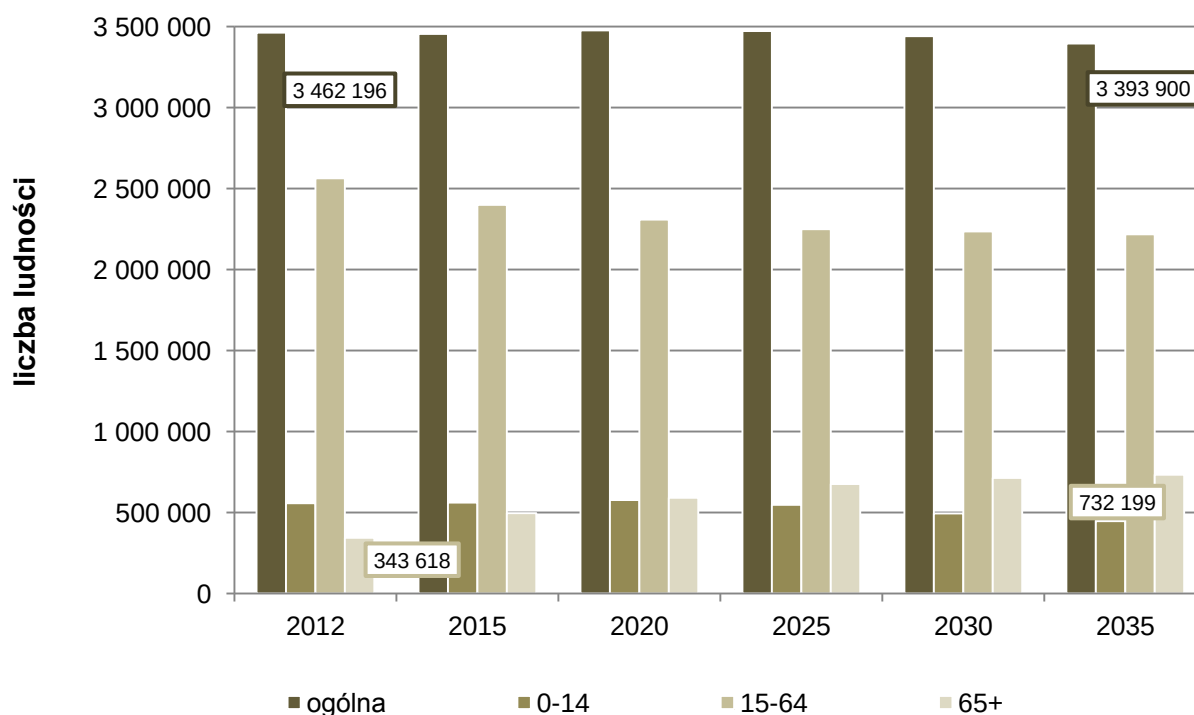
nym. Taka prognoza będzie m.in. wymuszać wprowadzanie rozwiązań pozwalających na zmniejszenie bezpośrednich i pośrednich kosztów posiadania dzieci.

Według prognozy dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011-2035 populacja osób w wieku przedprodukcyjnym (0-14 lat) w województwie wielkopolskim ma zwiększać się do roku 2020. W późniejszym okresie prognozowany jest natomiast jej spadek z 16,6% w 2020 roku do 13,1% w 2035 roku.

Biorąc po uwagę założenia reformy emerytalnej przyjętej przez Sejm RP w maju 2012 roku, która skutkuje przesunięciem granic wieku produkcyjnego, tj. 15-66 lat, liczba ludności w tej grupie wiekowej będzie maleć do końca okresu prognozy. W 2035 roku ma być 2,3 mln osób pracy wieku produkcyjnym, tj. 67,5% ogółu mieszkańców regionu.

Prognoza przewiduje systematyczny wzrost liczby ludności w wieku emerytalnym (powyżej 67 lat). Do 2020 roku populacja osób w wieku poprodukcyjnym ma zwiększyć się w porównaniu z 2013 rokiem o ok. 105 tys. osób, a do 2035 roku o ok. 254 tys. osób.

Rycina 3.1. Prognoza ludności województwa wielkopolskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2015-2035



Źródło: opracowanie na podstawie danych Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego

Najistotniejsze cechy demograficzne województwa i ich implikacje dla polityk krajowych i regionalnych⁵:

- Mieszkańcy Wielkopolski są jedną z największych populacji w Polsce.
- Cechy demograficzne ludności województwa zbliżone są do cech ogółu mieszkańców Polski. Poszczególne wskaźniki w tym zakresie w minimalnym stopniu różnią się

⁵ Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020, Uchwała Nr XXIX/559/12 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego, Poznań, 17 grudnia 2012.

od wartości dla kraju. Najważniejsze różnice dotyczą przyrostu naturalnego, który jest dodatni. Nieco wyższy jest odsetek ludności w wieku do 25 lat, niższy jest wskaźnik feminizacji oraz niższa umieralność niemowląt. Ponadto, Wielkopolska charakteryzuje się, w odróżnieniu od wielu innych województw, dodatnim saldem migracji.

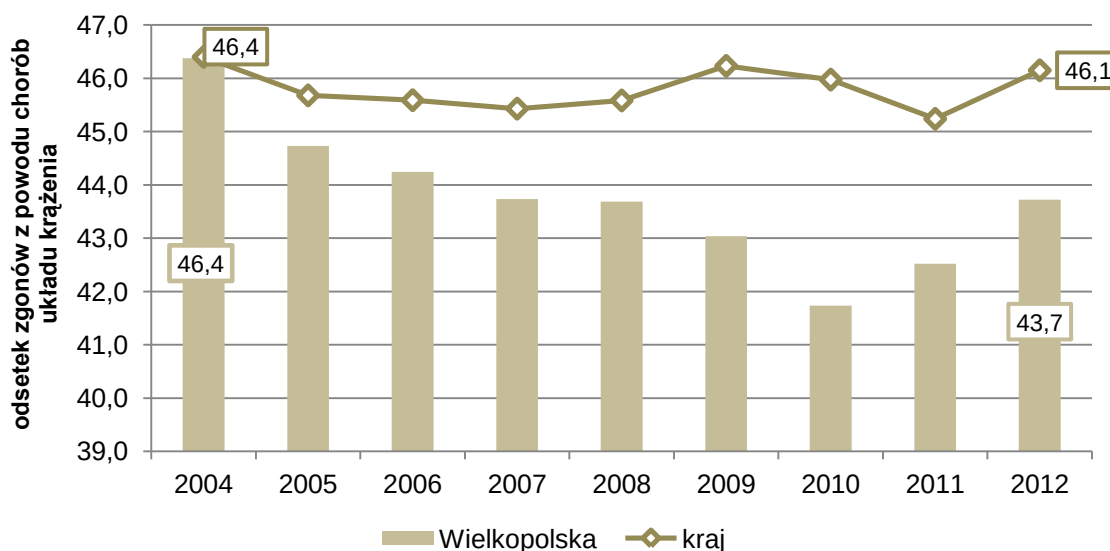
- Potencjał ludnościowy nie jest rozmieszczony równomiernie. Znaczna jego część skoncentrowana jest w metropolii poznańskiej oraz w ośrodkach subregionalnych. Różny jest też stopień urbanizacji. Obserwowana jest ponadto postępująca polaryzacja rozmieszczenia ludności wywołana stopniowym przemieszczaniem się mieszkańców z obszarów zastoju gospodarczego do ośrodków wzrostu.
- Wzrost wartości wskaźnika przyrostu naturalnego, zmniejszenie stopnia umieralności niemowląt oraz wydłużenie czasu trwania życia wywołają w najbliższych kilkunastu latach istotne zmiany w strukturze wiekowej ludności. Zmiany te w znaczący sposób wpłyną na system edukacyjny, rynek pracy oraz na sferę społeczną.
- Niewystarczająca polityka prorodzinna państwa, słabo rozwinięta opieka przedszkolna, zła sytuacja mieszkaniowa oraz ukierunkowanie priorytetów i wartości na samorealizację, czy rozwój powodują, iż spada współczynnik dzietności przy równoczesnym wzroście średniego wieku rozroczności kobiet, który w 2020 roku może osiągnąć 30 lat.
- Utrzymuje się nadal wysoki poziom migracji wewnętrznej. Należy spodziewać się utrzymania tej tendencji w najbliższych latach, a równocześnie spotęgowania zjawiska suburbanizacji, czyli migracji z miast na wieś motywowanej chęcią życia w bardziej komfortowych warunkach. Ponadto osłabi się migracja zewnętrzna spowodowana otwarciem rynków pracy w Unii Europejskiej.
- Do 2020 roku prognozuje się najpierw stopniowy wzrost liczby ludności, po czym liczba ta będzie się zmniejszać. Przewiduje się ostre wahania liczebności w ramach poszczególnych grup wiekowych.
- Liczba ludności w wieku produkcyjnym (18-59/64 lat) ma się obniżyć do końca okresu prognozy. Odsetek osób będących w wieku zdolności do pracy w stosunku do całej populacji mniejszy z 64,9% w 2010 roku do 59,9% w 2020 roku. W wielkościach bezwzględnych będzie to spadek o 137 tys., tj. o prawie 7%.
- Prognoza przewiduje systematyczny wzrost liczby ludności w wieku emerytalnym. W 2020 roku liczebność osób w wieku poprodukcyjnym ma zwiększyć się o 30,1%. W Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju, postępuje i będzie nadal postępować coraz dynamiczniej starzenie się ludności. Stwarza to nowe wyzwania dla polityki społecznej państwa oraz samorządów terytorialnych, które muszą uwzględniać uwarunkowania ekonomiczne i społeczne, włączając w to rekonstrukcję systemu ubezpieczenia społecznego i poprawę dostępności do usług medycznych. Jednocześnie prognozowany zmniejszający się udział ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym spowoduje poważne zmiany w systemie edukacyjnym. Z drugiej strony, zjawisko to wygeneruje szereg usług dla poprodukcyjnej grupy wiekowej i zmiany na rynku pracy.
- Obecna sytuacja demograficzna województwa wielkopolskiego i jej przewidywane zmiany w przyszłości, wskazują na zwiększanie się zapotrzebowania na usługi medyczne dla ludzi starszych. Przewiduje się zwiększenie zapotrzebowania na usługi w zakresie onkologii i kardiologii oraz geriatrii, urologii czy rehabilitacji.

- Kluczowy wymiar, nie tylko społeczny, ale także cywilizacyjny, ma spadek dzietności, który grozi - w perspektywie kolejnych kilkunastu lat - zmniejszeniem liczby ludności. Przede wszystkim wzrośnie udział ludności w wieku poprodukcyjnym. Zmieniają się także relacje między liczbą ludności posiadającej własne źródła dochodów, a liczbą ludności zależnej finansowo od innych. Ponadto, stale obserwowany jest, i może się pogłębiać, odsetek rodzin bezdzietnych i niepełnych oraz rodzin bez osób ze stałym zatrudnieniem.
- Ważnym problemem jest niepełnosprawność. Szczególnie niepokojący jest wzrost udziału niepełnosprawności biologicznej. Problemem jest także coraz wyższa średnia wieku niepełnosprawnych. Obecnie stanowią oni już prawie połowę osób w wieku emerytalnym. Ponadto zdecydowana większość niepełnosprawnych utrzymuje się ze świadczeń społecznych, a aktywność zawodową osób z ograniczoną sprawnością charakteryzuje niski poziom.

2.2. Sytuacja zdrowotna w regionie

Sytuacja zdrowotna mieszkańców Wielkopolski jest determinowana głównie przez choroby układu krążenia i nowotworowe. Choroby te przyczyniły się łącznie do ponad 70% wszystkich zgonów w 2012 roku (odpowiednio 44% zgonów w wyniku chorób układu krążenia i 27% w wyniku zachorowań na nowotwory). W zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 2004-2010 obserwuje się istotną poprawę. W 2004 roku z powodu chorób układu krążenia zmarły w Wielkopolsce 14 202 osoby (tj. 46,4% ogólnej liczby zgonów), natomiast w 2010 roku o 1 250 osób mniej (tj. 41,7%). Od 2011 roku liczba zgonów z tego powodu wzrasta - w 2012 roku była ona niemal na takim samym poziomie jak sprzed pięciu lat (tj. 13 788 osoby). W kraju udział zgonów z powodu chorób układu krążenia utrzymuje się na poziomie mniej więcej 46%. Wielkopolska wypada więc korzystniej, na co wpływ mogą mieć poprawa opieki zdrowotnej w tym zakresie i większa świadomość zdrowotna Wielkopolan.

Rycina 2. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w Wielkopolsce i Polsce, lata 2004-2012



Źródło: opracowanie na podstawie danych Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.



Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest zróżnicowana w regionie. Średni odsetek zgonów w wyniku tych chorób z trzech ostatnich lat (2010-2012) wynosi w województwie 43%.

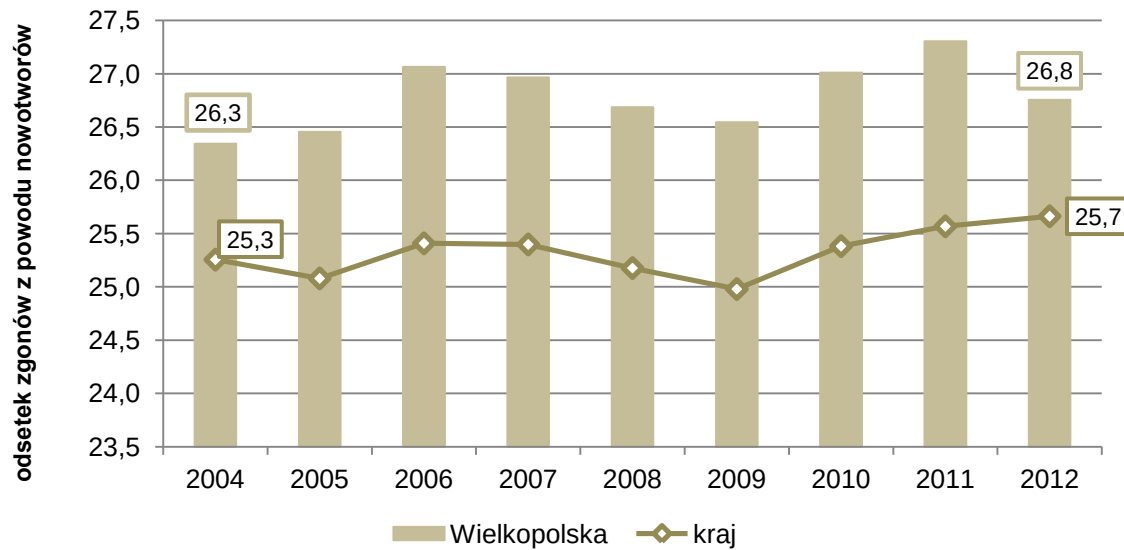
Tabela 1. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w powiatach w Wielkopolsce (średnia dla lat 2010-2012)

Powiaty	[%]	Powiaty	[%]
wolsztyński	54,8	m.Poznań	42,0
ostrzeszowski	51,7	turecki	42,0
pleszewski	48,3	chodzieski	41,9
jarociński	48,2	m.Kalisz	41,9
śłupecki	48,0	kaliski	41,9
kępiński	47,1	czarnkowsko-trzcianecki	41,8
rawicki	46,7	wrzesiński	41,7
kolski	46,5	koniński	41,4
krotoszyński	46,1	wągrowiecki	40,8
złotowski	46,0	ostrowski	40,8
grodziski	45,6	międzychodzki	40,6
gostyński	44,6	pilski	40,5
szamotulski	44,3	poznański	39,6
nowotomyski	43,8	gnieźnieński	39,4
średzki	43,1	kościański	38,9
śremski	43,0	leszczyński	38,3
obornicki	42,8	m.Leszno	38,1
WIELKOPOLSKA	42,6	m.Konin	37,0

Źródło: opracowanie na podstawie danych Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Najwyższa umieralność – zdecydowanie powyżej średniej wojewódzkiej – występuje w powiatach: ostrzeszowskim, wolsztyńskim (oba województwa powyżej 50%), pleszewskim, jarocińskim i śłupeckim. Najniższą umieralnością z tych powodów (zgony na poziomie niższym niż 40%) charakteryzują się Konin, Leszno, powiaty leszczyński, kościański, gnieźnieński i poznański.

W przypadku umieralności powodowanej chorobami nowotworowymi tendencja jest odwrotna – notuje się wzrost liczby zgonów. W 2004 roku z powodu chorób nowotworowych zmarło 8 068 mieszkańców województwa wielkopolskiego (tj. 26,3% wszystkich zgonów), natomiast w 2011 roku 8 398 Wielkopolan (tj. 27,3% wszystkich zgonów). W 2012 roku liczba zgonów z tego powodu nieznacznie zmalała (o 0,6 p.proc.). Na tle kraju Wielkopolska wypada mniej korzystnie. Zarówno na poziomie krajowym, jak i w samej Wielkopolsce udział zgonów z powodu nowotworów od 2005 roku rośnie. W 2005 roku w Polsce choroba nowotworowa była przyczyną 25,1% zgonów, w Wielkopolsce wartość tego wskaźnika była wyższa o 1,4 p.proc. W 2012 roku zgony z powodu chorób nowotworowych stanowiły 25,4% wszystkich zgonów w kraju, z kolei w województwie wielkopolskim wartość tego wskaźnika była wyższa o 1,1 p.proc.

Rycina 3. Odsetek zgonów z powodu nowotworów w Wielkopolsce i Polsce, w latach 2004-2012

Źródło: opracowanie na podstawie danych Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Umieralność powodowana chorobami nowotworowymi jest mniej zróżnicowana w regionie, niż w przypadku chorób układu krążenia. Średni odsetek zgonów w wyniku nowotworów z trzech ostatnich lat (2010-2012) wynosi w woj. wielkopolskim 27%. Najwyższa umieralność - (tj. większa lub równa 30%) - występuje w powiatach poznańskim, gnieźnieńskim i Poznaniu. Najniższą umieralnością z tego powodu (zgony na poziomie bliskim 20%) charakteryzuje się powiat kolski, a następnie powiaty: turecki, międzychodzki i kępiński. Natomiast wielkością równą, bądź bliską średniej wojewódzkiej charakteryzują się powiaty: gostyński, krotoszyński, szamotulski, nowotomyski i kościański.

Tabela 2. Odsetek zgonów z powodu nowotworów w powiatach w Wielkopolsce (średnia dla lat 2010-2012)

Powiaty	[%]	Powiaty	[%]
poznański	29,8	obornicki	26,1
gnieźnieński	29,5	rawicki	26,0
m.Konin	29,2	chodzieski	25,8
m.Leszno	28,9	grodziski	25,6
m.Poznań	28,8	pleszewski	25,4
ostrowski	28,6	wolsztyński	25,3
pilski	28,6	ślupecki	25,2
średzki	28,4	leszczyński	25,2
wrzesiński	28,2	jarociński	25,1
wągrowiecki	27,8	kaliski	25,0
kościański	27,5	złotowski	24,9
nowotomyski	27,0	czarnkowsko-trzcianecki	24,6
szamotulski	27,0	koniński	24,6
WIELKOPOLSKA	27,0	ostrzeszowski	24,0
krotoszyński	26,9	kępiński	23,7
gostyński	26,5	międzychodzki	23,6
m.Kalisz	26,4	turecki	23,5
śremski	26,4	kolski	21,8

Źródło: opracowanie na podstawie danych Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Jak zostało wspomniane, łącznie choroby układu krążenia i nowotworowe przyczyniły się w 2012 roku do ponad 70% zgonów. Oba wskaźniki dotyczące zgonów z tych powodów stanowią składową wskaźnika zdrowia (HI; ang. Health Index) współczynnika rozwoju lokalnego (LHDI).

Tabela 3. Wartości wskaźnika zdrowia (HI) w układzie powiatowym w Wielkopolsce w 2010 roku

Powiaty		Powiaty	
poznański	75,3	szamotulski	60,6
m. Konin	70,8	pleszewski	59,8
obornicki	67,5	krotoszyński	59,3
śremski	66,5	grodziski	59,0
ostrowski	66,5	pilski	59,0
średzki	64,0	wągrowiecki	58,9
kępiński	63,7	złotowski	58,7
gnieźnieński	63,7	gostyński	58,4
leszczyński	63,7	kaliski	58,4
WIELKOPOLSKA	63,3	m. Kalisz	58,0
m. Leszno	62,9	wolsztyński	58,0
m. Poznań	62,4	międzychodzki	57,5
wrzesiński	61,9	turecki	56,2
kościański	61,5	czarnkowsko-trzcianecki	55,5
nowotomyski	61,3	rawicki	55,2
jarociński	61,3	ostrzeszowski	53,9
koniński	61,2	słupecki	51,4
chodzieski	60,6	kolski	50,5

Źródło: opracowanie na podstawie: Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny, Biuro projektowe UNDP w Polsce, Warszawa 2012.

Generalnie wskaźnik HI jest średnią geometryczną dwóch wskaźników cząstkowych: wskaźnika przeciętnego trwania życia i zagregowanego współczynnika zgonów na nowotwory i choroby serca⁶. W 2010 roku najgorszymi wartościami tego wskaźnika charakteryzowały się powiaty kolski i słupecki. Na przeciwnym biegunie zlokalizowane są powiaty poznański i miasto Konin.

Wysoki stopień zachorowalności dotyczy chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej. W 2012 roku zarejestrowano w Wielkopolsce 30 940 nowe przypadki zachorowań z tego powodu. Chociaż średnio co roku rejestrowanych jest coraz mniej nowych zachorowań układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, to choroby tego układu stanowią jedną z najliczniej rozpoznanych grup zachorowań w okresie 2005-2012⁷. Zniekształcenia kręgosłupa wśród dzieci i młodzieży to po alergiach drugi co do częstotliwości przypadek zachorowalności od wielu lat. Wśród zgłaszanych dolegliwości zdrowotnych dorosłych Wielkopolan dominują problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami⁸. W Wielkopolsce wzrasta liczba osób pracujących, które z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej musiały podjąć zwolnienie lekarskie. W 2012 roku w strukturze zwolnień lekarskich wydanych z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, choroby te stanowiły 12,4% wszystkich zwolnień⁹. Od 2008 roku wzrasta również liczba poszkodowanych w wypadkach z powodu upadków. Liczba leczonych w szpitalach ogólnych na chirurgii

⁶ Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny, Biuro projektowe UNDP w Polsce, Warszawa, 2012.

⁷ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego z lat 2004-2012, publikowane przez Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu.

⁸ Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2008.

⁹ Absencja chorobowa w latach 2006 i 2012, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2007, 2013.



urazowo-ortopedycznej w Wielkopolsce wynosiła w 2012 roku 33,5 tys. osób, z czego 2,7 tys. stanowiły dzieci do 18 roku życia.

Wysoki stopień zachorowalności dotyczy także chorób układu oddechowego. W 2012 roku zarejestrowano w Wielkopolsce 7 288 nowych przypadków zachorowań z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli i dychawicy oskrzelowej. Średnio co roku rejestrowanych jest coraz więcej nowych zachorowań z tych powodów. W 2012 roku w strukturze zwolnień lekarskich wydanych z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, choroby te stanowiły 24,6% wszystkich zwolnień¹⁰. Dychawica oskrzelowa stanowi najczęstszy przypadek zachorowalności wśród dzieci i młodzieży od kilku lat, a liczba nowych rozpoznań wzrasta (jeszcze w latach 2005-2006 dychawica oskrzelowa stanowiła trzeci na skali częstotliwości przypadek zachorowalności dzieci i młodzieży w województwie wielkopolskim)¹¹.

Inną bardzo częstą przyczyną zwolnień lekarskich, które na przestrzeni ostatnich lat (tj. 2006-2012) przybrały na skali są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (wzrost z 614 tys. zwolnień lekarskich w 2006 roku do 823,1 tys. w 2012 roku). Z danych dotyczących warunków pracy w Wielkopolsce wynika, że coraz więcej urazów spowodowanych jest obciążeniami fizycznym lub psychicznym (wzrost o 57% w 2012 roku w porównaniu do 2005 roku). Ogółem w 2012 roku leczonych w poradniach zdrowia psychicznego było 84 405 pacjentów. Liczba leczonych w poradniach po raz pierwszy rośnie: w 2007 roku takich osób było 21 823, w 2012 roku – 27 204. Niezmiennie od lat główną przyczyną leczenia są zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (w 2012 roku – 29 027 pacjentów, w tym 9 154 leczonych po raz pierwszy). Polacy podkreślają, że główną przyczyną zagrażającą ich zdrowiu psychicznemu jest brak pracy i bezrobocie (65% wskazań w 2012 roku; od 2008 roku wzrost o 3 p.proc.)¹².

Uwagę zwraca wzrastająca wartość wskaźnika zapadalności na choroby zakaźne (liczba zachorowań na 100 tys. mieszkańców) w Wielkopolsce takie jak grypa i podejrzenia grypy (zapadalność w 2012 roku – 6845,94 w porównaniu z 2010 roku, w którym wartość wskaźnika oscylowała na poziomie 2433,17) oraz ospa wietrzna (w 2012 roku - 630,87 zachorowań na 100 tys. ludności; w 2010 roku – 560,59).

Od 2007 roku obserwuje się systematyczny wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym w całej populacji. W Wielkopolsce odsetek ten jest niższy niż na poziomie kraju, jednak od 2011 roku różnica ta maleje. Ponadto, wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym charakteryzuje się większą dynamiką w Wielkopolsce niż w Polsce. W grupie wiekowej 65 lat i więcej, w 2011 roku lekarze POZ stwierdzili największą zachorowalność na choroby: układu krążenia (54 614 przypadków), układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (24 295 przypadków), układu trawienno (15 715 przypadków), obwodowego układu nerwowego (13 267 przypadków), cukrzycę (9 864 przypadki)¹³.

Wzrastająca średnia długość życia kieruje uwagę na jak najdłuższe życie w zdrowiu, co wiąże się m.in. z odpowiednim stylem życia, diagnostyką i profilaktyką. Jednym z europejskich wskaźników strukturalnych dotyczących zdrowia jest wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY)¹⁴.

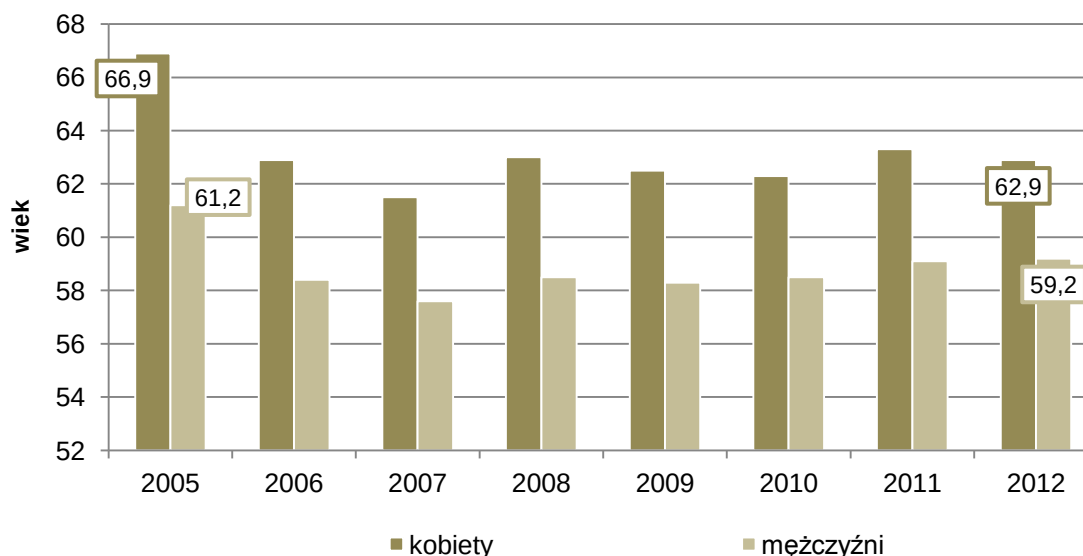
¹⁰ Absencja chorobowa w 2012 roku, op. cit.

¹¹ Absencja chorobowa w 2007 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2008.

¹² Zdrowie psychiczne Polaków, BS/123/2012, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, 2012.

¹³ Stan zdrowia dorosłych mieszkańców województwa wielkopolskiego, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 60 r. ż., Czyżewska-Torba P., Stachowska M., Talarska D., Justat S., Szewczyczak M. [w:] Nowiny Lekarskie 2013, nr 82.

¹⁴ Wskaźnik oblicza się na podstawie wartości z tabel umieralności i indywidualnie postrzeganej niepełnosprawności, określanej przy pomocy standardowych ankiet (ujednolicone narzędzia ankietowe na temat dochodu i warunków życia w Europie - Eurostat EU-Statistics on Income and Living Conditions Survey (EU-SILC)).

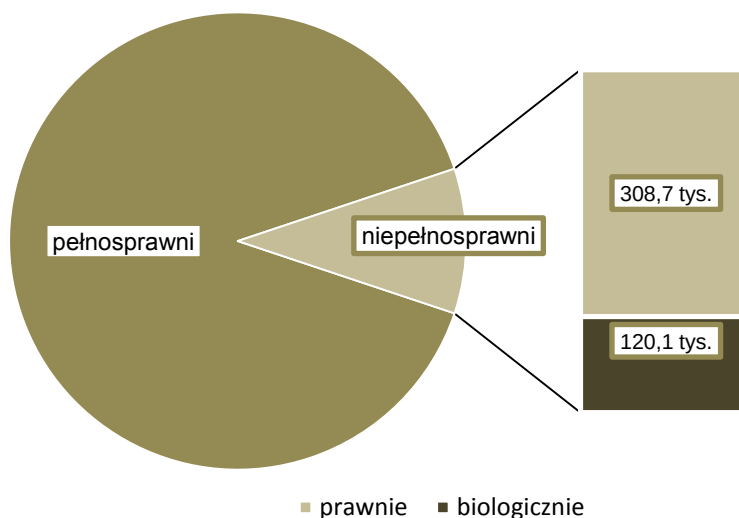
Rycina 4. Średni wiek kobiet i mężczyzn przeżytych w zdrowiu – dane za lata 2005-2012

Źródło: opracowanie na podstawie danych EUROSTAT.

Według danych Eurostat wartości wskaźnika dla kobiet (wartości bezwzględne w chwili urodzenia) w Polsce maleją – w 2005 roku wartość wskaźnika wynosiła 66,9 lat, w 2007 roku już 61,5 lat; w 2008 roku wartość nieco zwiększyła się do poziomu 63 lata, ale w kolejnych latach malała (w 2009 roku wynosiła 62,5 lata, w 2010 roku 62,3 lata, w 2011 roku 63,3, a w 2012 roku 62,9 lat). Dla mężczyzn wartości wskaźnika wynosiły: w 2005 roku 61,2 lat, w 2007 roku – 57,6 lat, w 2008 roku wartość nieco wzrosła do poziomu 58,5 lat, a w kolejnych latach utrzymywała się na zbliżonym poziomie (tj. w 2009 roku 58,3 lata, w 2010 roku 58,5 lat, w 2011 roku 59,1 lat, w 2012 roku – 59,2 lata).

Kompleksowe ujęcie takich zjawisk, jak wysoki poziom zachorowalności na choroby przewlekłe, psychiczne, zawodowe, a także pogłębiające starzenie się społeczeństwa pozwalają przypuszczać, że za kilkanaście lat znacznie wzrośnie liczba osób z niepełnością. W 2011 roku liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania czynności podstawowych dla swojego wieku i/lub posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób niepełnosprawnych, wynosiła 428,8 tys., co stanowiło 12,4% ludności województwa (tj. 308,7 tys. osób niepełnosprawnych prawnie i 120,1 tys. osób niepełnosprawnych biologicznie)¹⁵.

¹⁵ Wstępne dane pochodzące z Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 roku. Osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadają odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony. Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, tj. takie, które nie posiadają orzeczenia, ale odczuwają całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych stosownie do swojego wieku.

Rycina 5. Liczba osób niepełnosprawnych w Wielkopolsce w 2011 roku

Źródło: opracowanie na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego 2011, Główny Urząd Statystyczny.

Liczba osób niepełnosprawnych prawnie (w wieku 15 lat i więcej) w stosunku do 2002 roku zmniejszyła się o 140 851 osób, głównie z powodu zmian w przepisach prawnych i zaostrzenia przepisów dotyczących przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy oraz podobnych oświadczeń. Z kolei przybyło osób niepełnosprawnych tylko biologicznie – w porównaniu z 2002 rokiem przybyło 41 597 osób niepełnosprawnych biologicznie w wieku 15 lat i więcej¹⁶.

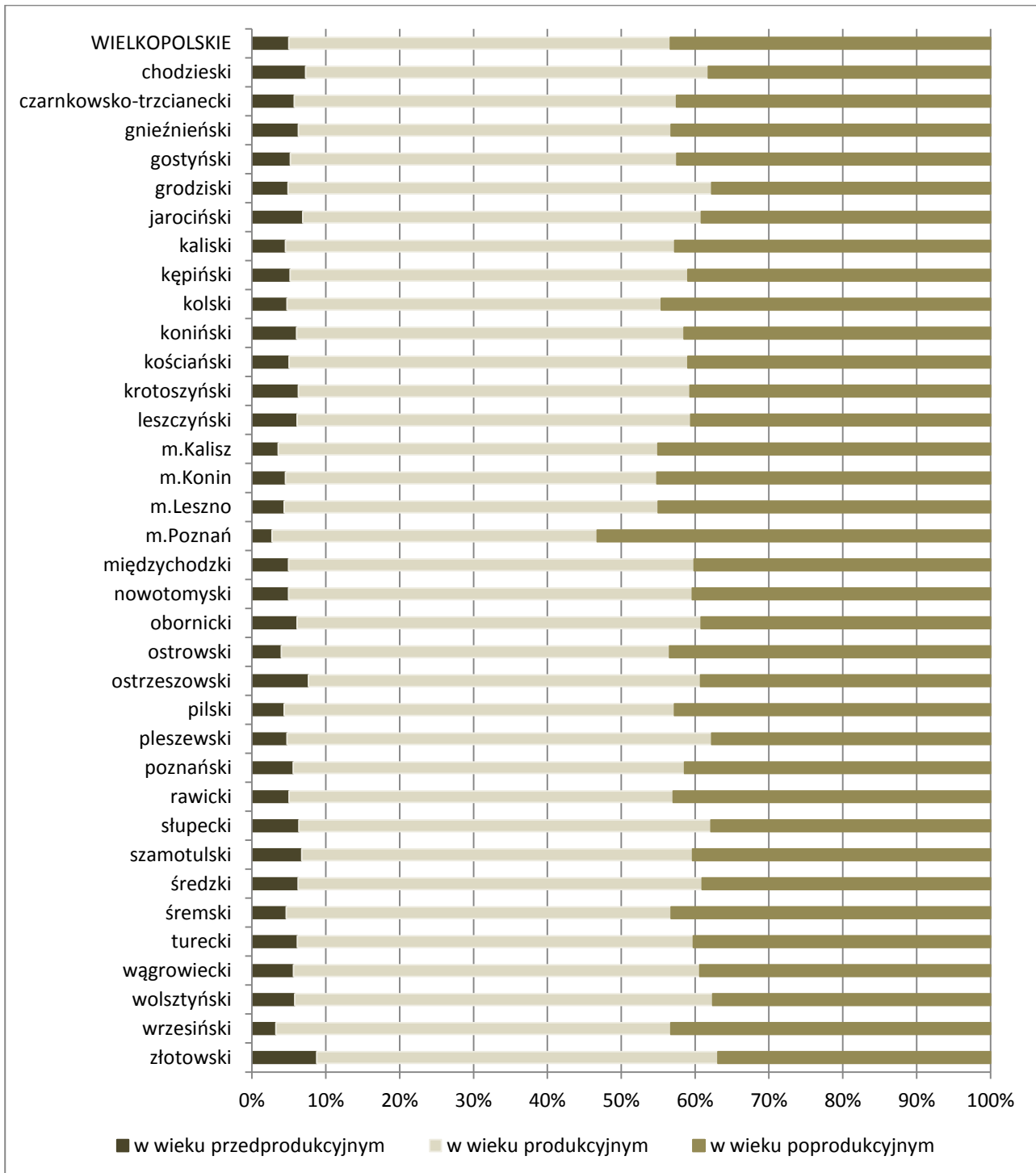
18 % niepełnosprawnych zamieszkuje powiat grodziski, ale sporą grupę niepełnosprawnych stanowią także mieszkańcy Leszna, powiatów wolsztyńskiego i nowotomyskiego (po 17%). Zdecydowana większość powiatów charakteryzowała się 10-15% udziałem osób niepełnosprawnych w populacji. Najmniej niepełnosprawnych mieszkańców było w powiatach średzkim i poznańskim (poniżej 10%).

Najwięcej osób niepełnosprawnych w wieku przedprodukcyjnym (do 16 roku życia) zamieszkuje powiaty złotowski, ostrzeszowski, jarociński, chodzieski i szamotulski (tj. 7% i więcej). Generalnie najwięcej niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym (powyżej 56 lat dla kobiet i 64 dla mężczyzn) zamieszkuje w powiatach grodzkich (Poznań, Leszno, Konin, Kalisz).

¹⁶ Dane pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 roku i 2011 roku.



Rycina 6. Odsetek osób niepełnosprawnych z podziałem na ekonomiczne grupy wieku, w układzie powiatowym w Wielkopolsce w 2011 roku



Źródło: opracowanie na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego 2011, Główny Urząd Statystyczny.

Na stan zdrowia wpływa wiele czynników – obok indywidualnych (tj. biologicznych, genetycznych) istotne są czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe, środowiskowe (tj. bezrobocie, ubóstwo, wykształcenie, warunki mieszkaniowe, sanitarne, środowisko pracy, bezpieczeństwo żywności). Wyniki badań dowodzą, że w porównaniu do 2009 roku, w 2013 roku nieco więcej



Wielkopolan musiało zrezygnować z powodów finansowych z usług lekarza (w 2009 roku 15,8%, zaś w 2013 roku 16,0% Wielkopolan), badań (w 2009 roku 10,5%, w 2013 roku 11,4% Wielkopolan), czy pobytu w szpitalu (w 2009 roku 0,5%, w 2013 roku 1,8% Wielkopolan), mimo że zaistniała taka potrzeba¹⁷. Poprawa sytuacji w wyżej wymienionych dziedzinach przeciwdziała nierównościom w zdrowiu mieszkańców regionu. Należy podkreślić, że nierówności w zdrowiu powodują powstawanie wielu negatywnych zjawisk. Człowiek którego dotyczą nie tylko żyje krócej i jego stan zdrowia jest gorszy, ale także jest wraz z rodziną narażony na większe ryzyko finansowe związane z leczeniem. Na skutek tego nie jest w stanie m.in. odpowiednio pełnić swoich ról życiowych (żywiciela rodziny, pracownika). Wpływa to negatywnie zarówno na jednostkę jak i na sytuację społeczno-ekonomiczną jej rodziny¹⁸.

2.3. Analiza epidemiologiczna wg ekonomicznych grup wieku

2.3.1. Osoby w wieku przedprodukcyjnym

W Wielkopolsce w 2012 roku urodziło się 38 577 dzieci, z czego odnotowano 180 urodzeń martwych. Pozytywnym zjawiskiem jest utrzymujący się od 2007 roku malejący trend urodzeń martwych dzieci. Podobnie od kilku lat obserwuje się spadek umieralności niemowląt. Dla porównania, w 2005 roku w pierwszych 6 dniach życia zmarło 141 noworodków, a w 2012 roku 85 noworodków. Współczynnik umieralności okołoporodowej, obejmujący martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia na 1 000 urodzeń żywych w 2012 roku wyniósł 6,8% (w 2005 roku – 8,8%). Główną przyczyną zgonów niemowląt są stany chorobowe noworodków rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wady rozwojowe wrodzone. Głównymi zdiagnozowanymi przyczynami martwych urodzeń oraz zgonów w pierwszym tygodniu życia są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niskim ciężarem urodzeniowym oraz przedwczesne oddzielenie łożyska¹⁹.

Częstotliwość występowania wad wrodzonych rozwojowych w latach 2005-2006, wyrażona liczbą urodzonych dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi na 10 000 urodzeń, kształtowała się w województwie na poziomie ok. 300 i była najwyższa spośród 13 województw objętych w tym okresie Polskim Rejestrem Wrodzonych Wad Rozwojowych²⁰. Odsetek niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-14 w 2004 roku, podobnie jak w 2009 roku wyniósł 2,7%, przy czym w kraju odsetek ten zmalał w tym czasie z 3,4% do 3,1%²¹. Malejący odsetek osób niepełnosprawnych, w tym, dzieci często tłumaczy się zmianami w przepisach prawnych i zaostrzeniem przepisów dotyczących przyznawania rent. Istnieje prawdopodobieństwo, że liczba osób niepełnosprawnych jest wyższa. Dotyczy to także Wielkopolski, gdzie problem niepełnosprawności wśród dzieci utrzymuje się od kilku lat i tak na wysokim poziomie. Za jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy można uznać bardzo słaby dostęp do wczesnej wykrywalności wad rozwojowych w województwie.

¹⁷ Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków za lata 2009 i 2012, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, 2009, 2013.

¹⁸ Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, World Health Organization, Biuro Regionalne, Warszawa, 2012.

¹⁹ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za lata 2007- 2012, op. cit.

²⁰ Wrodzone Wady Rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2010.

²¹ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku oraz Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2011 i 2007.



Liczba dzieci i młodzieży (0-18 lat) objętych opieką lekarza POZ wzrasta – w 2012 roku współczynnik objęcia opieką tej grupy wiekowej na 1 000 osób w populacji wynosił 113,1%²², natomiast choruje blisko 100 tys. dzieci i młodzieży (tj. 14% mieszkańców regionu w wieku 0-18 lat). Ogólnie rzecz biorąc, liczba chorych dzieci i młodzieży wzrasta bez względu na grupę wiekową, przy czym wzrost ten jest wyższy wśród młodszych (wzrost o 13% w grupie wiekowej 0-4 lata w 2012 roku względem 2010 roku), niż dzieci objętych edukacją szkolną (wzrost o 10% w grupie wiekowej 5-18 lat w 2012 roku względem 2010 roku). Najwięcej choruje dzieci i młodzieży w powiecie jarocińskim (36% w wieku 0-18 lat w 2012 roku.), chodzieskim (35%), kępieńskim (33%), śremskim (29%), mieście Kaliszu (33%) i w Koninie (27%), natomiast najmniej w powiecie wągrowieckim (2,2%), wolsztyńskim (2,7%), nowotomyskim (3,7%) i krotoszyńskim (4,4%). Z kolei najczęściej występującymi chorobami u dzieci i młodzieży są alergie (33%), z czego największy udział ma dychawica oskrzelowa, następnie zniekształcenia kręgosłupa (12%), zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (12%), otyłość (7%), niedokrwistość (5%), choroby układu moczowego (3%). W poszczególnych grupach wiekowych (0-4 lata, 5-9 lat, 10-14 lat, 15-19 lat) choroby te występują w zmiennej konfiguracji, przy czym alergie stanowią zawsze największy odsetek. Problem zniekształceń kręgosłupa rośnie wraz z wiekiem dziecka, podobnie jak zaburzenia refrakcji i akomodacji oka.

Istnieje konieczność zwiększenia dostępu do badań profilaktycznych najmłodszych mieszkańców Wielkopolski, aby już na wczesnym etapie diagnozować zaburzenia rozwoju dziecka. Charakterystyczne jest, że średnio wskaźnik objęcia dzieci i młodzieży badaniami profilaktycznymi w Wielkopolsce wynosi około 70%, a najrzadziej badaniami profilaktycznymi objęte są dzieci w wieku 3-5 lat. Wskaźnik realizacji badań przesiewowych wśród uczniów i młodzieży oscyluje na poziomie 98%. Najrzadziej badaniom przesiewowym poddają się uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (w miastach) i liceów (na wsi)²³. Należy także zwrócić większą uwagę na rosnący problem wad kręgosłupa i narządu wzroku u dzieci i młodzieży. Choroby kręgosłupa i wady podstawy zaburzają mechanikę całego ciała i wpływają na funkcjonowanie pozostałych narządów.

W Wielkopolsce, pomimo coraz mniejszej populacji dzieci i młodzieży, od 3 lat obserwowany jest bardziej dynamiczny wzrost liczby nowych rozpoznanych chorób nowotworowej w tej populacji z nieco ponad 90 dzieci w 2010 roku do ponad 110 w 2012 roku.

Ryzyko zachorowania na złośliwy nowotwór w pierwszych 15 latach życia wynosi w Polsce ok. 1 na 625 obserwowanych dzieci. Najczęstszym nowotworem wieku dziecięcego w Polsce są nowotwory układu krwiotwórczego – białaczki, następnie nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz chłoniaki. Liczba zachorowań na nowotwory u dzieci generalnie nie zmienia się, ale wzrasta nieznacznie liczba guzów mózgu, białaczek i zwojaka współczulnego. Niektóre nowotwory występują częściej w poszczególnych przedziałach wiekowych: w pierwszym roku życia – przede wszystkim nerwiak zarodkowy i nerczak zarodkowy, siatkówczak; szczyt zachorowań ostrej białaczki limfoblastycznej przypada na 2-5 r. ż.; guzy mózgu występują najczęściej poniżej 5. roku życia; na chłoniaki i guzy kości choruje przede wszystkim młodzież (10-14 r. ż.). Na pojawienie się nowotworu ma wpływ także płeć dziecka: młodszy chłopcy częściej chorują na chłoniaki i białaczki, dziewczęta – na nowotwory nerek.

Obecnie nowotwory wieku dziecięcego są uleczalne w większości przypadków. Szacuje się, że szansę na całkowite wyleczenie ma ponad 2/3 chorujących dzieci i młodzieży, a w niektórych rodzajach nowotworów odsetek ten sięga ponad 90%, pod warunkiem, że chorobę rozpoznano w niskim stadium zaawansowania. Niestety w Polsce nadal aż ok. 70-75% dzieci z chorobą nowo-

²² Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za rok 2012, op. cit.

²³ Ibidem.



tworową trafia do ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej wysokich stadiach zaawansowania. Tylko u 8-10% dzieci diagnozuje się nowotwór w początkowej fazie (w I lub II stadium), podczas gdy w zachodniej Europie jest tak w 25% przypadków²⁴.

Odnośnie raka szyjki macicy z prowadzonych badań oraz obserwacji wynika, że znacząco częściej rozpoznawany jest on u kobiet uprzednio zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego, przed którym skutecznie chronią szczepienia uodporniające (około 70% przypadków zachorowań związanych jest z zakażeniem HPV typu 16 i 18, a 90% kłykcin narządów płciowych jest wywołanych przez typ 6 lub 11 HPV). Znając czynniki ryzyka zachorowania warto skoncentrować się na zapewnieniu dostępu do szczepień ochronnych dzieciom i młodzieży, w szczególności dziewczętom, przeciwko HPV przed podjęciem aktywności seksualnej, bowiem zakażenie przenoszone jest drogą płciową i dotyczy obu płci, stanowiąc czynnik ryzyka zachorowania również na inne rodzaje nowotworów.

Głównymi przyczynami hospitalizacji dzieci i młodzieży w ostatnich latach (2009-2012) były choroby układu oddechowego oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych. Liczba hospitalizowanych dzieci z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej rośnie wraz z wiekiem. Województwo wielkopolskie w 2012 roku zajęło 3. miejsce w kraju pod względem liczby dni absencji chorobowej z tytułu opieki nad dzieckiem wśród osób ubezpieczonych w ZUS (687 tys. dni absencji chorobowej, co stanowiło 9,2% ogólnej liczby dni absencji chorobowej w kraju)²⁵.

Liczba zgonów wśród dzieci i młodzieży w Wielkopolsce utrzymuje się od kilku lat na podobnym poziomie. W 2012 roku w regionie zanotowano 174 zgony dzieci i młodzieży (osoby w wieku 1-19 lat). Najczęstszą przyczyną zgonów od niemal dekady są urazy i zatrucia, choroby układu krążenia i nowotwory. Wrodzone wady rozwojowe są dominującą przyczyną zgonów dzieci w wieku 0-4 lat²⁶. Niepokojącym jest wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Zakłada się, że poprawa bezpieczeństwa dzieci spowoduje, że w przyszłości choroby układu krążenia i nowotwory wysuną się na pierwsze miejsce.

2.3.2. Osoby w wieku produkcyjnym

W Wielkopolsce w 2012 roku chorowało blisko 0,5 mln osób w wieku 19-64 lata, czyli ponad 20% ludności w tej grupie wieku. Na przestrzeni ostatnich 5 lat choruje mniej osób, chociaż trudno powiedzieć o znacznym spadku. Z drugiej strony, wpływ na poziom chorobowości ma dostęp do nowoczesnej aparatury diagnostycznej, a w latach 2007-2013 zastało zakupionych ze środków europejskich kilka wysokospecjalistycznych urządzeń do diagnozy i terapii.

Największą liczbę osób ze schorzeniami odnotowano w 2012 roku w grupie wiekowej 55-64 lata (275,3 tys.), następnie w grupie 35-54 lat (190,5 tys.) i w grupie 19-34 lata (84 tys.). Najczęściej występującymi chorobami u osób w wieku produkcyjnym są niezmiennie: choroby układu krążenia, z czego największy udział miała choroba nadciśnieniowa oraz choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej. Mniejsza liczba osób choruje na przewlekłe choroby układu trawienno-gastrointestinalnego, choroby obwodowego układu nerwowego, cukrzycę, przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawicę,

²⁴ Onkologia i hematologia dziecięca w Wielkopolsce. Analiza problemów zdrowotnych i propozycja interwencji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Transplantacji Szpiku u Dzieci, Poznań, 2013.

²⁵ Absencja chorobowa w 2012 roku, op. cit.

²⁶ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za lata 2007- 2012, op. cit.



choroby tarczycy, nowotwory, niedokrwistość. Choroby te mogą mieć wpływ na ograniczenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu. Natomiast na ograniczenie aktywności zawodowej związanej z procesem starzenia mają wpływ w szczególności: schorzenia narządów ruchu (zespoły bólowe kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn np. biodrowych, kolanowych oraz osteoporoza), a także schorzenia o podłożu neurologicznym (polineuropatie najczęściej w przebiegu cukrzycy, stwardnienie rozsiane, udary mózgow)²⁷.

W 2012 roku w grupie wiekowej 19-34 lata najczęściej występowały przewlekłe choroby układu trawiennego (26%), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki (25%), choroby układu krążenia (22%), choroby obwodowego układu nerwowego (15%). Z kolei w grupie wiekowej 35-54 lat najczęstszymi chorobami były: choroby układu krążenia (44%), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki (27%), przewlekłe choroby układu trawiennego (17%) oraz choroby obwodowego układu nerwowego (16%). Natomiast w grupie wiekowej 55-64 lata: choroby układu krążenia (57%), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki (23%), przewlekłe choroby układu trawiennego (12%), cukrzyca (12%) oraz choroby obwodowego układu nerwowego (10%). Zaobserwować można procentowy wzrost chorób układu krążenia, cukrzycy i nowotworów w kolejnych analizowanych grupach wiekowych, co w kontekście wzrostu liczby osób starszych w społeczeństwie sugeruje inwestycje w określoną aparaturę medyczną.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną hospitalizacji mieszkańców województwa. W strukturze chorobowości szpitalnej dalsze miejsca zajmują nowotwory, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz chorób układu oddechowego. Analizując dane o hospitalizacji mieszkańców w wieku 20-64 lata w okresach pięcioletnich zaobserwować można systematyczny wzrost liczby osób hospitalizowanych w kolejnych starszych grupach wiekowych w zakresie nowotworów, chorób układu krążenia oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (wyjątek tu stanowi grupa wiekowa 60-64 gdzie odnotowano spadek liczby osób hospitalizowanych)²⁸. W kontekście starzenia się społeczeństwa należy mieć na uwadze sytuacje wielokrotnych hospitalizacji pacjentów oraz pogorszenie ich sprawności, co generuje duże koszty społeczno-ekonomiczne. Jedną z głównych przyczyn „epidemii” chorób układu krążenia są zmiany stylu życia. Czynniki te można kształtować poprzez realizację programów profilaktycznych i edukacyjnych dla ludności.

W przypadku nowotworów sytuacja jest bardziej skomplikowana. Od wielu lat epidemiolodzy oraz specjaliści w zakresie zdrowia publicznego wskazują na niepokojącą tendencję wzrostową zachorowalności na nowotwory złośliwe. Nie udało się dotychczas wyjaśnić czynników powodujących zapoczątkowanie procesu nowotworowego. Najczęściej występującymi nowotworami w wieku dojrzałym są: nowotwór oskrzela i płuca, nowotwór piersi, nowotwór jelita grubego, nowotwory układu moczowo-płciowego (m.in. gruczołu krokowego, szyjki macicy, pęcherza moczowego). Istotnym nowotworem, któremu nie poświęcano w ostatnich latach większej uwagi, jest nowotwór głowy i szyi, na którego ryzyko zachorowania zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia. W 2010 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi stanowiły trzecią u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowań (wzrost o 17% w stosunku do 2001 roku)²⁹. W znacznej części nowotwory są rozpoznawane w zaawansowanym stadium, co jest powodem niezadowolających wyników leczenia. W związku z tym również tu stosuje się/planuje się stosować programy profilaktyczne i diagnostyki medycznej. Wcześniej wykryte zmiany nowotworowe zwiększają szanse na wyleczenie.

²⁷ Prof. Dr hab. Med. Wanda Stryła – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w województwie wielkopolskim – pismo z dnia 19 listopada 2013 roku.

²⁸ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za lata 2007- 2012, op. cit.

²⁹ Informacja Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu.



Analizując kondycję zdrowotną mieszkańców regionu na podstawie absencji chorobowej można zauważyć, że w Wielkopolsce wzrasta liczba osób pracujących, które z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej musiały podjąć zwolnienie lekarskie. W 2012 roku liczba zwolnień lekarskich wydanych z tytułu ww. chorób własnych osób ubezpieczonych w ZUS była o 44 tys. większa niż w 2006 roku (2012 rok – 185,4 tys.). Inną bardzo częstą przyczyną zwolnień lekarskich, które na przestrzeni ostatnich lat w Wielkopolsce przybrały na sile są choroby nowotworowe (wzrost zwolnień z 22,9 tys. w 2006 roku do 36,1 tys. w 2012 roku), a także zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (wzrost z 84,2 tys. w 2006 roku do 125,1 tys. w 2012 roku). Z danych dotyczących warunków pracy w Wielkopolsce wynika, że coraz więcej osób (wzrost o 74% w 2011 roku w porównaniu do 2005 roku) jest poszkodowanych w wypadkach przy pracy z powodu obciążenia fizycznego lub psychicznego. Długość przeciętnego zwolnienia lekarskiego w regionie wynosił 12,5 dni. Najdłużej na zwolnieniu pozostają osoby chorujące na nowotwory (21,4 dni), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (17 dni) oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (15,4 dni)³⁰.

W ocenie poziomu wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, wskazane wyżej choroby generują (tj. choroby układu krążenia, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych) największe wydatki przypadające na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym.

W Wielkopolsce w 2012 roku współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym wyniósł 73,2% (mężczyźni 79,2%; kobiety 66,5%). W ramach przeprowadzonego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w IV kwartale 2012 roku 23,1% osób biernych zawodowo wskazało chorobę lub niesprawność jako przyczynę bierności zawodowej (30,7% mężczyzn, 17,0% kobiet). Uwagę zwraca fakt, że w perspektywie czasowej przyczyna ta traci na znaczeniu (malejąca liczba wskazań), a coraz więcej osób wskazuje na obowiązki rodzinne i związane z prowadzeniem domu. Nie można wykluczyć, że wiąże się to m.in. z opieką nad osobą zależną.

Głównymi przyczynami zgonów w grupie osób w wieku 25-64 lata są nowotwory złośliwe oraz choroby układu krążenia. Nowotwory złośliwe, szczególnie tchawicy, oskrzela i płuca są dużo większym zagrożeniem życia dla mężczyzn niż kobiet, chociaż w ostatnim czasie można zaobserwować tendencję wzrostową liczby zgonów z tego powodu wśród kobiet. Wśród chorób układu krążenia największe zagrożenie dla życia stanowią choroba niedokrwienia serca, w tym zawał serca, choroby naczyń mózgowych, zespół sercowo-płucny i inne choroby serca oraz miażdżyca. Bliżko 40% zgonów z powodu chorób układu krążenia to zgony przedwczesne, tzn. osób w wieku 25-64 lata. Częstymi przyczynami zgonów są także te, o charakterze zewnętrznym, tj. wypadki komunikacyjne, samobójstwa oraz upadki³¹. W 2012 roku współczynnik umieralności ogólnej w grupie wiekowej 20-64 lata wyniósł 403,3/100 tys. ludności w tej grupie wiekowej, w tym 573,7/100 tys. dla mężczyzn i 235/100 tys. dla kobiet³².

³⁰ Absencja chorobowa w 2006 roku oraz Absencja chorobowa w 2012 roku, op. cit.

³¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B (red.), Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012.

³² Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za rok 2012, op. cit.



2.3.3. Osoby w wieku poprodukcyjnym

W 2012 roku w Wielkopolsce u 275,3 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, czyli u ponad 60% ludności w tej grupie wiekowej, występowały schorzenia. Najczęściej występującymi chorobami były choroby układu krążenia (45%), z czego największy udział miała choroba nadciśnieniowa³³. W dalszej kolejności choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (16%), cukrzyca (10%), przewlekłe choroby układu trawiennego (8%). Z kolei w badaniach PolSenior (dane rzeczywiste, a nie deklarowane) zwraca się uwagę na większą częstotliwość występowania chorób wśród osób starszych (60 lat i więcej). Nadciśnienie stwierdzono u ponad 70% badanych; częściej u kobiet, ale rzadziej w najstarszych grupach wiekowych (tj. w wieku 90+: 67% kobiet i 58% mężczyzn). Niedokrwistość zdiagnozowano u 17% badanych seniorów, częściej u mężczyzn niż u kobiet i częściej w starszych grupach wiekowych (w grupie 90+ było to 30% kobiet i 45% mężczyzn). Tylko 16% (czyli co 7 osoba) wiedziało o swojej chorobie. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ niedokrwistość, w związku z pogorszeniem transportu tlenu w organizmie, jest ważnym czynnikiem ryzyka niesprawności. Przewlekłą chorobę nerek zdiagnozowano u prawie co trzeciego badanego, jednak po 80 roku życia już częściej niż u co drugiej osoby. Jednocześnie zaledwie 3% chorych wiedziało o swojej chorobie³⁴.

W porównaniu z 2010 rokiem notuje się większą liczbę chorujących na choroby obwodowego układu nerwowego (wzrost o 123%), przewlekłe choroby układu trawiennego (wzrost o 115%), tarczycę (o 207%), układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (o 89%) oraz nowotwory (o 85%)³⁵. Niezwykle istotnym problemem jest wzrost liczby osób z ograniczoną sprawnością intelektualną i psychiczną, co najczęściej tłumaczy się dłuższym przeciętnym trwaniem życia (średnia długość życia w Wielkopolsce w 2012 roku wynosiła dla kobiet 80,8 lat, a dla mężczyzn - 73,2 lat). Zaburzenia funkcji poznawczych (np. orientacja w czasie i przestrzeni czy zapamiętywanie nowych informacji) stwierdzono u 59,1% osób starszych, przy czym u 37,5% były to tzw. łagodne zaburzenia poznawcze, a u pozostałych - zaburzenia odpowiadające różnego stopnia otępieniu. Szacuje się, że w województwie wielkopolskim zaburzenia o tym charakterze ma 75 tys. osób, z czego 49 tys. to kobiety³⁶.

W 2012 roku zmarło ponad 22,1 tys. osób w wieku 65 lat i więcej. W porównaniu do 2011 roku zmarło 927 osób więcej. Wśród osób w wieku poprodukcyjnym kobiety umierają częściej niż mężczyźni (zgony kobiet stanowiły 55% wszystkich zgonów). Należy jednak mieć na uwadze fakt, że wyższa średnia długość życia kobiet prowadzi w prostej linii do feminizacji starości. Współczynnik feminizacji rośnie z wiekiem i dla osób w wieku 45+ wynosi w Polsce 123, ale dla osób w wieku 70+ już 179. Liczba kobiet dożywających późnej starości determinuje strukturę zgonów. Głównymi przyczynami zgonów starszych mieszkańców województwa są choroby układu krążenia, nowotwory, natomiast w dalszej kolejności choroby układu oddechowego i trawiennego³⁷. Województwo wielkopolskie jest regionem o najwyższej umieralności z powodu nowotworu złośliwego prostaty³⁸, który występuje u ponad 80% mężczyzn w wieku 65 lat i więcej.

³³ Ibidem.

³⁴ Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do 2020 roku, Uchwała nr XXXIX/772/13 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z 25 listopada 2013 roku.

³⁵ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za lata 2007- 2012, op. cit.

³⁶ Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do 2020 roku, op. cit.

³⁷ Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za rok 2012, op. cit.

³⁸ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, op. cit.



2.4. Czynniki ryzyka w miejscu pracy negatywnie wpływające na aktywność zawodową³⁹

Wyniki ogólnopolskiego badania ergonomii i bezpieczeństwa komputerowych stanowisk pracy przeprowadzonych w 2012 roku wykazały, że zaledwie 1% pracowników biurowych pracuje przy stanowiskach, które spełniają wszystkie wymogi ergonomicznego stanowiska pracy, 42% stanowisk spełnia te wymogi częściowo, a aż 57% nie spełnia ich wcale⁴⁰. Jedna trzecia Polaków twierdzi, że nie będzie zdolna do kontynuowania pracy po 60 roku życia. Polacy czują się zagrożeni szkodliwymi czynnikami środowiska pracy, tj. hałas, drgania mechaniczne, odczuwają niski poziom wsparcia społecznego zarówno ze strony kadry zarządzającej, jak i współpracowników; w porównaniu z Europejczykami pracują długo, a charakter pracy wymaga często trybu zmianowego⁴¹. Z powodu niekorzystnych warunków pracy, a także stosunkowo długiego czasu pracy Polacy są bardziej narażeni na choroby zawodowe oraz problemy zdrowotne związane z pracą. Większość chorób zawodowych (najczęstsze choroby w województwie to: przewlekłe choroby narządu głosu, pylice płuc, choroby zakaźne lub pasożytnicze oraz ich następstwa, ubytek słuchu) w 2012 roku to choroby powstałe w wyniku wieloletniej ekspozycji na szkodliwe dla zdrowia czynniki fizyczne i chemiczne oraz uciążliwości wynikające z niespełnienia podstawowych wymagań higieny pracy i ergonomii⁴². W 2012 roku liczba przypadków chorób zawodowych na 100 tys. pracujących wynosiła w regionie 12,4⁴³.

W 2012 roku w 1 643 zakładach (na 12 022 zakłady będące w ewidencji pionu higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa wielkopolskiego, zatrudniających łącznie 422 829 pracowników) stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia (w 2011 roku były 1 703 takie zakłady). Najwięcej takich zakładów odnotowano w powiecie poznańskim (214), kępińskim (130), pilskim (98) i leszczyńskim (76).

Ogółem w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych pracowały 30 842 osoby (w 2011 roku takich osób było 31 646). Podobnie jak we wcześniejszych latach, najwięcej pracowników narażonych było na ponadnormatywny hałas (90% ogółu narażonych) i pyły przemysłowe (9%). Wielu pracowników ekspozowanych było na oddziaływanie kilku czynników szkodliwych jednocześnie.

³⁹ Informacje zawarte w rozdziale 2.4. pochodzą w głównej mierze z opracowania: Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012. Państwowa Inspekcja Sanitarna, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Poznań, marzec 2013.

⁴⁰ Wyniki badań przeprowadzonych metodą ankiety internetowej. Zamieszczony na stronie www.ergotest.pl formularz wypełniło 3192 internautów. Ankieta powstała w konsultacji ze specjalistami z Polskiego Stowarzyszenia pracowników Służby BHP, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, kliniki LUXMED oraz Uniwersytetu Wrocławskiego. Dostęp do Raportu Choroby zawodowe pracowników biurowych na stronie <http://www.egospodarka.pl/pliki/raport-choroby-biuro.pdf>.

⁴¹ Europejskie Badanie Warunków Pracy, przeprowadzone w 2010 roku w 27 państwach UE oraz państwach kandydujących, przez Europejską Fundację na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (Eurofound); www.eurofound.europa.eu

⁴² Program wieloletni poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy na lata 2014-2016, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2013.

⁴³ Centralny Rejestr Chorób Zawodowych (dane za 2012 r.), Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, www.imp.lodz.pl

Tabela 4. Liczba osób pracujących w przekroczeniach najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w latach 2011-2012

Czynniki szkodliwe dla zdrowia	Liczba osób narażonych	
	2011 r.	2012 r.
Hałas	28 357	27 911
Pyły	3 524	2 888
Drgania	976	946
Czynniki chemiczne	850	746
Mikroklimat gorący i zimny	1 007	676
Ogółem	31 644	30 842

Źródło: opracowanie na podstawie: Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Poznań, marzec 2013.

W porównaniu z 2011 rokiem odnotowano 3% spadek liczby zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia. Największa poprawa nastąpiła w zakresie takich czynników jak hałas i zapylenia. W 2012 roku wydano 52 decyzje administracyjne nakazujące obniżenie poziomu czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowiskach pracy oraz wprowadzenie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia nadmiernego poziomu hałasu i drgań mechanicznych. Pracodawcy podejmowali różnego rodzaju działania, np. wymieniali park maszynowy, wprowadzali automatyzację i hermetyzację procesów produkcyjnych, instalowali nowe systemy ochrony zbiorowej. W przypadkach, gdy uniknięcie lub wyeliminowanie narażenia było niemożliwe za pomocą środków technicznych i organizacyjnych, pracodawcy byli zobowiązani do przeprowadzania regularnych pomiarów środowiska pracy oraz zapewnienia pracownikom atestowanych i odpowiednio dobranych środków ochrony indywidualnej.

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych województwa wielkopolskiego znajduje się 878 zakładów, w których pracownicy mają kontakt z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy. Najliczniejszą grupę stanowią tu zakłady zajmujące się produkcją wyrobów z drewna (pył drewna twardego), podmioty lecznicze (promieniowanie jonizujące i tlenek etylenu) oraz zakłady produkujące wyroby metalowe (chromiany i dichromiany). Kontrole przeprowadzone w 2012 roku w zakładach, w których pracownicy narażeni są na kontakt z czynnikiem rakotwórczym lub mutagennym stwierdziły pojedyncze przypadki nieprawidłowości. Na skontrolowanych pod tym względem 381 zakładów nieprawidłowości stwierdzono w 28 przypadkach. Przeprowadzone kontrole wykazały, że zakłady stosujące czynniki rakotwórcze czynią starania zmierzające do ich eliminacji. Przede wszystkim stosowane są środki ochrony osobistej pracowników, choć wprowadza się także różne formy wentylacji czy automatyzację i hermetyzację procesów produkcyjnych. Pod szczególnym nadzorem służb sanitarno-epidemiologicznych regionu znajdują się podmioty zajmujące się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest.

W ewidencji wielkopolskich stacji sanitarno-epidemiologicznych znajduje się 2 637 zakładów, w których pracownicy są potencjalnie ekspozowani na szkodliwe czynniki biologiczne. Do najbardziej narażonych grup zawodowych należą pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych, laboratoriach diagnostycznych, rolnictwie, zakładach gospodarki odpadami, oczyszczalniach ścieków i leśnictwie. W 2012 roku w ponad 800 z tych zakładów (30% zakładów z ewidencji), w których łącznie na działanie szkodliwych czynników biologicznych potencjalnie ekspozowanych było prawie 41,4 tys. pracowników (w tym 27,6 tys. osób z 3 grupy zagrożenia – m.in. WZW typu B i C), przeprowadzono kontrole, które wykazały różnego rodzaju nieprawidłowości w 64 zakła-

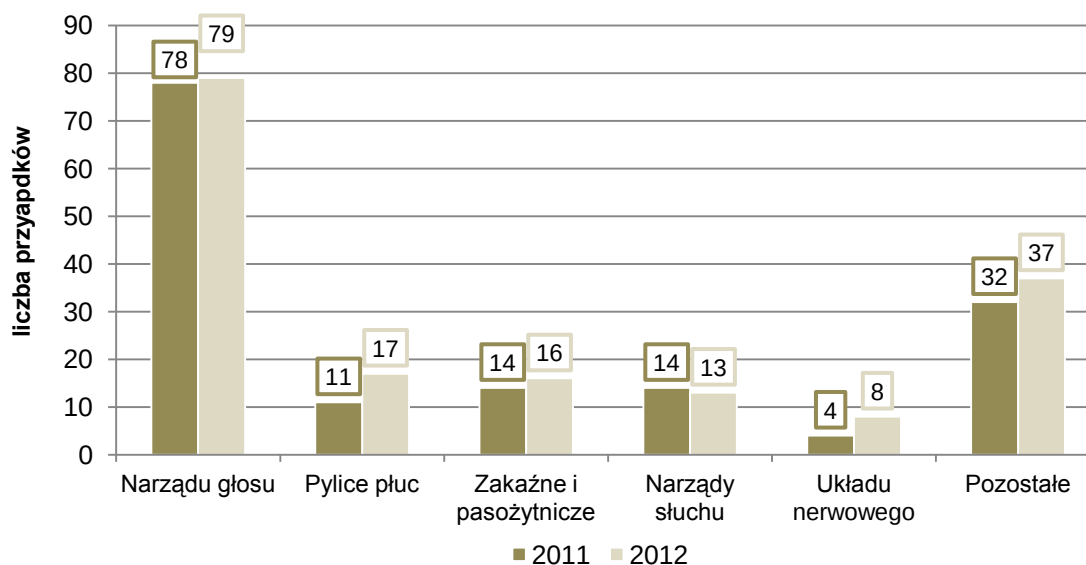
dach. Kontrole wykazały, że pracodawcy podejmują szereg działań profilaktycznych zmniejszających narażenie pracowników (np. zapewniają środki ochrony indywidualnej, szczepienia ochronne np. przeciw WZW typu B, tężcowi i inne).

Czynniki ryzyka stanowią także substancje chemiczne i ich mieszaniny. W 2012 roku na terenie Wielkopolski substancje chemiczne i ich mieszaniny wprowadzało do obrotu 1 517 podmiotów, w tym 329 producentów, 8 importerów i 1 180 dystrybutorów. W porównaniu do roku poprzedniego znacznie (o prawie 150%) zwiększyła się liczba tzw. formulatorów – producentów mieszanin. Przeprowadzane kontrole wykazały w kilku procentach przypadków różnego rodzaju nieprawidłowości, z czego większość nie stanowiła bardzo poważnych zagrożeń.

W 2012 roku w Wielkopolsce stwierdzono 170 przypadków chorób zawodowych (w 2011 roku były 153 takie przypadki), a w 77 przypadkach orzeczono o braku podstaw do uznania choroby jako zawodowej (rok wcześniej były 123 takie przypadki). W strukturze chorób zawodowych dominowały schorzenia niezwiązane bezpośrednio z przemysłem, tj. przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (79 przypadków, tj. 46,5% wszystkich chorób zawodowych) oraz choroby zakaźne i pasożytnicze albo ich następstwa – 16 przypadków.

W grupie schorzeń związanych z narażeniem pracowników na czynniki szkodliwe w środowisku pracy przeważały „klasyczne” choroby zawodowe – pylice płuc (17 przypadków, tj. 10%), choroby narządu słuchu (13 przypadków, tj. 7,6%) oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (8 przypadków – 4,7%). Łączny udział pięciu wymienionych grup chorób wynosił 78,2% ogółu przypadków chorób zawodowych, jakie odnotowano w 2012 roku w Wielkopolsce. Pozostałe jednostki chorobowe stwierdzane były na terenie województwa z częstością nie przekraczającą 4,2%.

Rycina 7. Stwierdzone choroby zawodowe w Wielkopolsce



Źródło: opracowanie na podstawie: Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012. op. cit.

Największy spadek stwierdzonych chorób zawodowych (w liczbach bezwzględnych) odnotowano w chorobach opłucnej lub osierdza wywołanych pyłem azbestu. Z drugiej strony szczegól-

na uwagę zwraca ponad 54% wzrost liczby notowanych przypadków chorób i zmian patologicznych będących skutkiem zawodowego narażenia na pyły, tj. pylice płuc (krzemowe, azbestowe). W 2012 roku stwierdzono łącznie 17 przypadków pylic płuc o etiologii zawodowej, w 2011 roku takich przypadków było 11. Zdecydowanie dominowały przypadki pylicy płuc o postaci krzemowej (15 przypadków). Dotyczyły one w większości mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia, ekspozowanych w środowisku pracy na pyły średnio przez okres 20 lat. W stosunku do roku poprzedniego odnotowano również wzrost liczby przypadków przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego – o 4 przypadki oraz przewlekłych chorób układu ruchu – o 3 przypadki.

W grupie chorób zakaźnych i inwazyjnych najczęściej stwierdzaną chorobą zawodową była borelioza (11 przypadków, tj. 68% w 2012 roku). U trzech osób rozpoznano wirusowe zapalenie wątroby typu C. Dotyczyło to pielęgniarek powyżej 45 roku życia, zatrudnionych na oddziałach szpitalnych specjalności zabiegowych. Stwierdzono także 2 przypadki gruźlicy pochodzenia zawodowego (pielęgniarka i lekarz).

Najwięcej stwierdzonych chorób zawodowych odnotowano w powiatach: poznańskim (28,8% ogółu stwierdzeń), konińskim (8,8%) i gnieźnieńskim (8,2%).

Do czynników ryzyka w miejscach pracy należą również źródła promieniowania jonizacyjnego. Takie źródła stanowią aparaty rentgenowskie. W 2012 roku w Wielkopolsce stosowano dla celów medycznych 1 358 aparatów rentgenowskich (wzrost o 9,1% w porównaniu z poprzednim rokiem). Dominujący udział mają aparaty nie starsze niż 10 lat. Aparaty są systematycznie wymieniane na nowe lub mniej wyeksploatowane. Jest to proces ciągły związany głównie z wdrożonym systemem bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla celów medycznych. Spośród aparatów stosowanych w województwie w 2012 roku najczęściej wymieniono aparatów do tomografii komputerowej – 12,9%, mammograficznych – 12,5%, ogólnodiagnostycznych – 6,8% i stomatologicznych – 4,1%.

Tabela 5. Udział procentowy stosowanych aparatów rentgenowskich w zależności od eksploatacji urządzenia

Aparaty	Wyprodukowany w latach (w%)		
	2002-2012	1992-2001	Do 1991 roku
Ogólnodiagnostyczne	70,6	24,8	4,5
Mammograficzne	81,8	18,2	-
Stomatologiczne	85,9	12,9	1,2
Tomografy komputerowe	83,6	16,4	-

Źródło: opracowanie na podstawie: Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012. op. cit.

Do czynników ryzyka w miejscach pracy należą też źródła rozpraszane do środowiska promieniowania elektromagnetycznego. W ochronie zdrowia są to aparaty do elektrochirurgii, diatermie terapeutycznej, rezonanse magnetycznej, w przemyśle – zgrzewarki, urządzenia do spawania, wanny elektrolityczne, iskierniki, elektrodrażarki, w radiokomunikacji i łączności – anteny nadawcze. W 2012 roku było objętych nadzorem 1 160 takich źródeł, przy których występują strefy ochronne pola elektromagnetycznego w miejscach dostępnych dla pracowników. Przy obsłudze tych źródeł pracowało 4 357 pracowników w warunkach ekspozycji dopuszczalnej i 6 osób w warunkach ekspozycji nadmiernej i niedopuszczalnej.



3. Analiza stanu i potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w województwie, w szczególności podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest JST oraz spółek powstałych z ich przekształcenia

3.1. Zarys systemu opieki zdrowotnej w regionie

Wielkopolskie stosunkowo nisko oceniają jakość i dostępność usług w zakresie opieki zdrowotnej – jedynie 23 % mieszkańców regionu ocenia ją pozytywnie. Najniżej oceniono te usługi w powiecie wolsztyńskim (7% ocen pozytywnych), obornickim i leszczyńskim (10%) oraz kościańskim (11%)⁴⁴.

3.1.1. Podmioty lecznicze i dostępność łóżek w szpitalach

W skład systemu opieki zdrowotnej wchodzi jednostki utworzone przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego, podmioty lecznicze dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego (w tym 32 szpitale powiatowe), podmioty niepubliczne (w tym szpitale niepubliczne), jednostki ratownictwa medycznego, a także 2 szpitale resortowe (Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu i Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Centrum Rehabilitacji w Górznie) oraz 5 szpitali klinicznych zlokalizowanych w Poznaniu, których organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

- Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego,
- Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego,
- Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny,
- Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi,
- Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera.

Należy nadmienić, że w 2013 roku w strukturę Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego włączony został Specjalistyczny Szpital Kliniczny UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, który powstał na początku 2012 roku w wyniku połączenia przejętego przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu od Ministerstwa Obrony Narodowej 111 Szpitala Wojskowego z Centrum Klinik Stomatologicznych.

Generalnie, na koniec II kwartału 2013 roku w Wielkopolsce działały 103 podmioty udzielające całodobowych i stacjonarnych świadczeń szpitalnych⁴⁵, z czego ponad 50% stanowiły szpitale. Według danych GUS w 2012 roku Wielkopolskie mogli podjąć leczenie w 65 szpitalach (odpowiednio w jednym z 45 szpitali publicznych wyposażonych w 13 723 łóżka lub w jednym z 20 szpitali niepublicznych dysponujących 1 894 łózkami szpitalnymi⁴⁶). Ponadto w 2012 roku w regionie funkcjonowały 3 szpitale psychiatryczne (niezmienna liczba od 2007 roku), 16 zakładów opiekuń-

⁴⁴ Kondycja społeczno-ekonomiczna powiatów wielkopolskich, op. cit.

⁴⁵ Dane Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wg stanu na 30 czerwca 2013 r.

Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne. Polegają na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Źródło: www.mz.gov.pl

⁴⁶ Dane z podziałem na szpitale publiczne i niepubliczne pochodzą z bazy BDL i dotyczą 2011 roku.



czo-leczniczych (ich liczba stopniowo przybywała od 2007 roku, w którym notuje się 11 takich zakładów), 9 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ich liczba rosła od 2009 roku, kiedy funkcjonowały 4 takie zakłady) 5 hospicjów (ich liczba rosła stopniowo od 2007 roku) oraz 2 szpitale resortowe⁴⁷.

W całym kraju powszechne jest redukovanie liczby łózek w szpitalach, przy czym zdeterminowane jest to w znacznej mierze koniecznością racjonalizacji organizacji opieki zdrowotnej (w tym zwrot w kierunku działań prewencyjnych) oraz dostosowania liczby łózek do wyzwań epidemiologicznych i demograficznych. Według danych Eurostat wskaźnik liczby łózek na 100 tys. mieszkańców wynosił w Wielkopolsce w 2004 roku 539,7, podczas gdy w 2011 roku 513,2. Reorganizacja opieki zdrowotnej pociąga za sobą zmiany widoczne w średniej liczbie łózek w szpitalach ogólnych. Generalnie średnia liczba łózek spada, ale w pewnych oddziałach widać ich wzrost. Średnia liczba łózek w szpitalach ogólnych w województwie wzrosła od 2008 roku w takich oddziałach jak diabetologiczny (średnia liczba łózek – 64), kardiologiczny (565 łózek), onkologiczny (229 łózek), chemioterapii (108 łózek) i radioterapii (110 łózek), chirurgii onkologicznej (116 łózek), patologii ciąży (74 łózka). Od 2007 roku funkcjonuje w Wielkopolsce oddział geriatryczny, dysponujący niezmiennie 20 łózkami.

W ostatnich latach zwiększyła się efektywność wykorzystania infrastruktury szpitalnej, czego przejawem jest skrócenie przeciętnego czasu pobytu pacjentów w szpitalach (średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w Wielkopolsce w 2004 roku wynosił 6,5 dnia, natomiast w 2012 już 4,8 dni i był najniższy w kraju), a w efekcie zwiększyła się liczba leczonych przypadających na 1 łóżko szpitalne. Liczba pacjentów przypadająca na łóżko szpitalne w latach 2004-2012 wzrosła (w 2004 roku na 1 łóżko szpitalne przypadało 211 osób, podczas gdy w 2012 roku 215 osób)⁴⁸.

W system opieki zdrowotnej wchodzi również przychodnie, których w 2012 roku w Wielkopolsce funkcjonowało 1 801⁴⁹. Ich liczba różni się w zależności od położenia (układ powiatowy). Wskaźnik zakładów opieki zdrowotnej na 10 tys. mieszkańców przyjmował najwyższą wartość w miastach powiatowych Konin, Poznań, Leszno. Natomiast najmniej ZOZ przypada na 1000 mieszkańców w powiatach międzychodzkiem i kaliskim.

⁴⁷ Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego z lat 2007-2012, op. cit.

⁴⁸ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2004-2012, publikowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

⁴⁹ Przychodnia może być zakładem opieki zdrowotnej lub jego częścią, udziela świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Źródło: www.stat.gov.pl

Tabela 6. Liczba przychodni na 10 tys. mieszkańców w powiatach Wielkopolski w 2012 r.

Powiaty	[%o]	Powiaty	[%o]
m.Konin	9,1	średzki	4,4
m.Poznań	8,3	chodzieski	4,4
m.Leszno	7,6	turecki	4,4
czarnkowsko-trzcianecki	6,8	rawicki	4,3
m.Kalisz	6,8	leszczyński	4,3
kościański	5,5	złotowski	4,3
ostrzeszowski	5,2	wolsztyński	4,2
WIELKOPOLSKA	5,2	wrzesiński	4,2
pleszewski	5,1	grodziski	4,1
słupecki	5,0	piłski	4,0
szamotulski	4,9	krotoszyński	3,8
kolski	4,8	ostrowski	3,8
śremski	4,8	obornicki	3,6
gostyński	4,7	kepiński	3,4
poznański	4,6	koniński	3,3
jarociński	4,5	wągrowiecki	3,2
nowotomyski	4,5	międzychodzki	2,7
gnieźnieński	4,4	kaliski	2,7

Źródło: opracowanie na podstawie Banku Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny.

W województwie wielkopolskim w 2012 roku działało 129 poradni chorób psychicznych i uzależnień, w których udzielono 455 186 porad. W szpitalach ogólnych funkcjonuje łącznie 8 oddziałów psychiatrycznych dysponujących 310 łózkami. W 3 szpitalach psychiatrycznych w Wielkopolsce łącznie dostępnych jest 1 567 łózek, z czego 1 462 w szpitalach publicznych i 105 w szpitalach niepublicznych. Średnie wykorzystanie łóżka wynosi 98,7% w szpitalach publicznych i 91,9% w szpitalach niepublicznych. Natomiast średni okres pobytu wynosi 23,45 dni w szpitalach publicznych i 172,63 dni w szpitalach niepublicznych⁵⁰. W szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych – w porównaniu z 2007 rokiem – obserwuje się poprawę w zakresie organizacji udzielania świadczeń, dostępu do informacji oraz świadczeń diagnostycznych i leczniczych w przypadku współistniejących chorób somatycznych. Nadal jednak w obszarze tym występuje szereg nieprawidłowości/problemów dotyczących niedostatecznego zabezpieczenia warunków sanitarnych, technicznych i przeciwpożarowych pomieszczeń i obiektów szpitali oraz nadmiernego zagęszczenia łózek w salach chorych⁵¹.

W 2012 roku zakłady/ oddziały pielęgnacyjno opiekuńcze dysponowały 280 miejscami (wzrost o 143 nowe miejsca w porównaniu z 2009 rokiem); zakłady/ oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dysponują niezmiennie od 2009 roku 220 miejscami; zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze w 2012 roku dysponowały 448 miejscami (wzrost o 146 miejsc w porównaniu z 2009 roku); zakłady/ oddziały opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dysponowały 335 miejscami (wzrost o 5 nowych miejsc w porównaniu z 2009 roku). W przypadku hospicjów stacjonarnych - w 2010 roku miejsc w tych placówkach było 119, ale dwa lata później już 69.

⁵⁰ Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za 2012 rok, op. cit.

⁵¹ Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym, Raport z kontroli Najwyższej Izby Kontroli, Nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD, Warszawa, 2012.



W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w 2012 roku dostęp do zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosił w województwie wielkopolskim 8,1 miejsc na 100 tys. mieszkańców (w 2009 roku - 4,0); dostęp do zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych wynosił 6,4 miejsc na 100 tys. mieszkańców (w 2009 roku - 6,5); dostęp do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych wynosił 12,9 miejsc na 100 tys. mieszkańców (w 2009 roku - 8,8); natomiast do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych 9,7 miejsc na 100 tys. mieszkańców (poziom dostępności nie zmienił się od 2009 roku). Średni czas pobytu w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym wynosił w województwie wielkopolskim w 2012 roku ok. 3 miesiące (w 2009 roku 5m-cy), w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym ok. roku (podobnie jak w 2009 roku), zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym ok. 4 miesiące (podobnie jak w 2009 roku), w zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym ok. 11 miesięcy (podobnie jak w 2009 roku)⁵².

Skrócenie średniego czasu pobytu w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym (choć liczba pacjentów objętych opieką i miejsc w tych zakładach/oddziałach wzrosła dwukrotnie w porównaniu z 2009 rokiem) może wynikać z rozwoju opieki domowej i dziennej w tym obszarze. W 2010 roku w opiece domowej nie zarejestrowano pacjentów leżących/niesamodzielnych (tj. którzy nie opuszczają łóżek). Dwa lata później w opiece domowej znajdowało się już 17 takich pacjentów. Ponadto dane dowodzą, że im starszy wiek, tym więcej osób po 60 roku życia korzysta z opieki stacjonarnej i domowej. Z opieki dziennej najczęściej korzystają osoby do 60 roku życia⁵³.

Z danych NFZ z 2012 roku (tj. liczba jednostek, z którymi podpisano umowy na świadczenie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w opiece długoterminowej) wynika, że dostęp do tego rodzaju świadczeń w regionie jest zróżnicowany. Najlepszy dostęp w 2012 roku mieli mieszkańcy miasta Poznania, powiatów gnieźnieńskiego i pilskiego. Z kolei najslabszy powiatów obornickiego, kaliskiego i grodzkiego. Inne dane – rejestr Wojewody Wielkopolskiego placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej - potwierdzają zróżnicowany dostęp do tego typu usług⁵⁴. Wg stanu na I kwartał 2014 roku, najwięcej placówek znajdowało się w powiecie poznańskim (9, dysponujące 243 miejscami), 2 placówki znajdowały się w powiecie konińskim (łącznie 24 miejsca), po 1 placówce: w powiecie gnieźnieńskim (14 miejsc), kościańskim (25 miejsc), leszczyńskim (30 miejsc), nowotomyskim (19 miejsc), Poznaniu (12 miejsc), powiecie szamotulskim (10 miejsc), śremskim (11 miejsc), wrzesińskim (12 miejsc). Ogólnie rzecz biorąc, gorszy dostęp pod tym względem mają mieszkańcy Wielkopolski północnej i południowej. Uwagę zwraca także fakt, że spośród 164 umów, 151 z nich zostało zawarte z podmiotami prywatnymi (np. NZOZ, spółki cywilne, jawne, partnerskie, jednoosobowa działalność gospodarcza) i jedną fundacją.

⁵² Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za lata 2009 - 2012, op. cit.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, stan na I kwartał 2014 r.

Tabela 7. Liczba podmiotów, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2012 r. w układzie powiatowym, w Wielkopolsce

Powiaty	liczba	Powiaty	liczba
m. Poznań	18	turecki	4
gnieźnieński	14	wrzesiński	4
pilski	12	chodzieski	3
poznański	10	czarnkowsko-trzcianecki	3
m. Konin	9	jarociński	3
ostrowski	9	pleszewski	3
gostyński	6	średzki	3
wolsztyński	6	międzychodzki	2
m. Kalisz	5	szamotulski	2
koniński	5	złotowski	2
krotoszyński	5	kępiński	1
leszczyński	5	ostrzeszowski	1
nowotomyski	5	śremski	1
rawicki	5	wągrowiecki	1
śłupecki	5	obornicki	0
kolski	4	kaliski	0
kościański	4	grodziski	0
m. Leszno	4	WIELKOPOLSKA	164

Źródło: opracowanie na podstawie: informatora o umowach NFZ, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu

3.1.2. Personel medyczny

W 2012 roku minimalnie poprawiła się dostępność opieki zdrowotnej mierzona liczbą lekarzy (personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca pracy) przypadającą na 10 tys. mieszkańców, bowiem od 2004 roku wartość tego wskaźnika sukcesywnie malała. Wartości wskaźnika prezentują się następująco: 19,6 lekarzy w 2004 roku, 14,2 lekarzy w 2011 roku i 14,3 w 2012 roku. Województwo wielkopolskie zajmuje ostatnie miejsce w rankingu województw, jeżeli chodzi o liczbę lekarzy przypadającą na 10 tys. ludności od 2008 roku. Jeżeli chodzi o liczbę lekarzy – pracownicy medycznych posiadający prawo do wykonywania zawodu – w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniki są następujące: 30 lekarzy w 2006 roku i 31 lekarzy od 2010 roku. Od 2008 roku maleje liczba lekarzy specjalistów (zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca pracy) – w 2008 roku na 10 tys. Wielkopolan przypadało 15,0 lekarzy specjalistów, w 2009 roku już 12,1, w 2010 – 11,4, natomiast w 2012 roku wartość ta nieco wzrosła do poziomu 11,6. W porównaniu do roku 2007 (w którym było najwięcej lekarzy specjalistów w całym analizowanym okresie 2005-2012), w 2012 roku liczba specjalistów zmalała o 1 181 lekarzy⁵⁵. W regionie zatrudnionych w 2012 roku było 6 geriatrów (po 2 w powiecie gnieźnieńskim oraz Poznaniu i po jednym w powiatach krotoszyńskim i ostrowskim). W przypadku liczby pacjentów przypadających na 1 pielęgniarkę (dane GUS), sytuacja od 2009 roku utrzymuje się na zbliżonym poziomie (tj. 227 pacjentów na 1 pielęgniarkę w 2009 roku, 223 w 2010 roku i 228 pacjentów w 2012 roku).

Zarówno w przypadku wskaźnika liczby łóżek szpitalnych, jak i liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców, notuje się związek pomiędzy wysoką wartością wskaźników w po-

⁵⁵ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2004-2012, op. cit.

wiatkach grodzkich (a dokładniej dawnych miastach wojewódzkich) a niską w powiatach ziemskich je otaczających. Jest to efekt lokowania wysokospecjalistycznej bazy medycznej w dużych ośrodkach miejskich, których obszar obsługi obejmuje nie tylko sąsiedni powiat ziemski, ale i często cały region⁵⁶.

Tabela 8. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców w układzie powiatowym, w Wielkopolsce w 2011 r.

Powiaty		Powiaty	
m. Poznań	75,8	grodziski	17,6
m. Leszno	51,7	średzki	17,0
m. Konin	49,5	słupecki	16,9
m. Kalisz	49,3	szamotulski	16,8
pleszewski	33,7	wrzesiński	16,6
obornicki	33,3	chodzieski	16,6
śremski	29,8	kępiński	15,3
pilski	27,5	nowotomyski	15,1
kościański	27,1	wągrowiecki	14,3
gnieźnieński	27,1	ostrzeszowski	13,8
wolsztyński	22,4	złotowski	12,6
krotoszyński	21,7	kolski	11,8
międzychodzki	20,4	turecki	11,1
rawicki	19,3	kaliski	9,7
czarnkowsko-trzcianecki	18,8	poznański	8,4
gostyński	18,5	leszczyński	5,4
ostrowski	17,8	koniński	2,5
jarociński	17,6		

Źródło: opracowanie na podstawie: danych gromadzonych i prezentowanych na mojapolis.pl

3.1.3. Dostęp do świadczeń zdrowotnych

Barierami w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, które napotykają pacjenci są utrzymujące się bardzo długie kolejki⁵⁷ do lekarzy specjalistów i leczenia szpitalnego, zwłaszcza w przypadkach procedur wysokospecjalistycznych. Dane dotyczące okresów oczekiwania na świadczenia pokazują wysoce niekorzystny dla pacjenta obraz opieki zdrowotnej w Polsce. W części przypadków chorzy długo oczekują na podstawowe świadczenia specjalistyczne. Uwzględniając charakter niektórych schorzeń, niejednokrotnie opóźnienie w diagnostyce, a w konsekwencji opóźnienie adekwatnego leczenia może oznaczać dla pacjenta niekorzystny czynnik dla rokowań, a w skrajnych przypadkach przekreślić szanse na całkowite wyleczenie. Z ogólnopolskich badań⁵⁸ wynika, że w Polsce nie występuje dziedzina medycyny, w której pacjenci nie napotykaliby ograniczeń w dostępie do teoretycznie „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych. Poza tym, największym utrudnieniem dla pacjentów są długie kolejki do lekarzy specjalistów oraz na wykonanie niezbędnej diagnostyki.

Pod względem długości oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne w województwie wielkopolskim występują podobne tendencje jak w całym kraju. Oczywiście występują różnice,

⁵⁶ Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020, op. cit.

⁵⁷ Kolejka to sytuacja, gdy czas oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej wynosi co najmniej jeden dzień, a więc gdy świadczenie nie może być udzielone pacjentowi w dniu jego zgłoszenia się. Źródło: www.mz.gov.pl

⁵⁸ Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, Barometr WHC Fundacja, 2013: http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc-1_2013.pdf

które wynikają z koncentracji niektórych rodzajów zasobów infrastruktury i wysokospecjalistycznych usług medycznych w regionie. Według stanu na koniec 2012 roku na 4 750 listach oczekujących do poradni specjalistycznych zapisanych było w całej Wielkopolsce 403,6 tys. osób (przypadki stabilne). W 30,9% tych list odnotowano zerowy czas oczekiwania, a 35,3% stanowiły listy z zerową liczbą oczekujących⁵⁹.

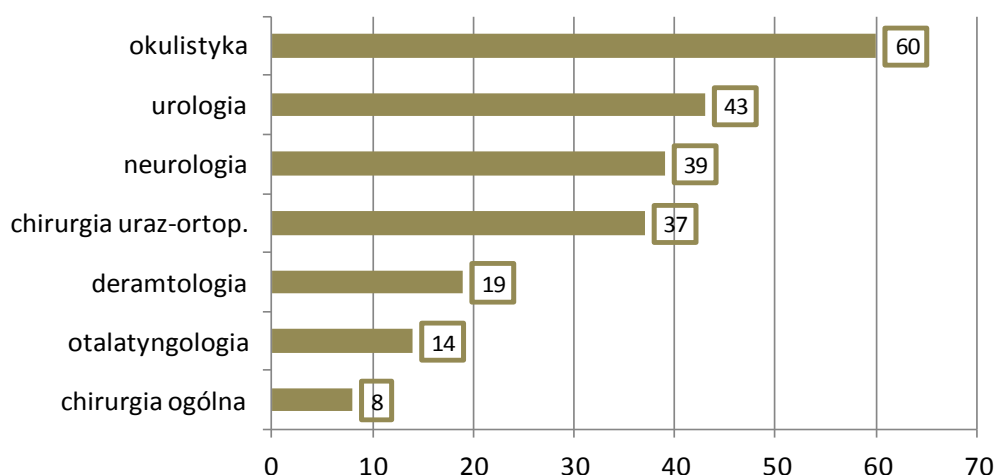
Tabela 9. Liczba poradni w Wielkopolsce i odsetek poradni przyjmujących w dniu zgłoszenia (2012 r.)

Rodzaj poradni	Liczba poradni	% poradni przyjmujących w dniu zgłoszenia
Alergologiczna	56	18
Endokrynologiczna	48	13
Gastroenterologiczna	20	20
Chorób naczyń	14	21
Nefrologiczna	25	52
Onkologiczna	32	47
Gruźlicy i chorób płuc	44	34
Reumatologiczna	67	36
Ginekologiczna	11	45
Chirurgii onkologicznej	22	50

Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Średnio najdłużej w Wielkopolsce pacjenci oczekują na porady z zakresu okulistyki, urologii, neurologii i chirurgii urazowo-ortopedycznej.

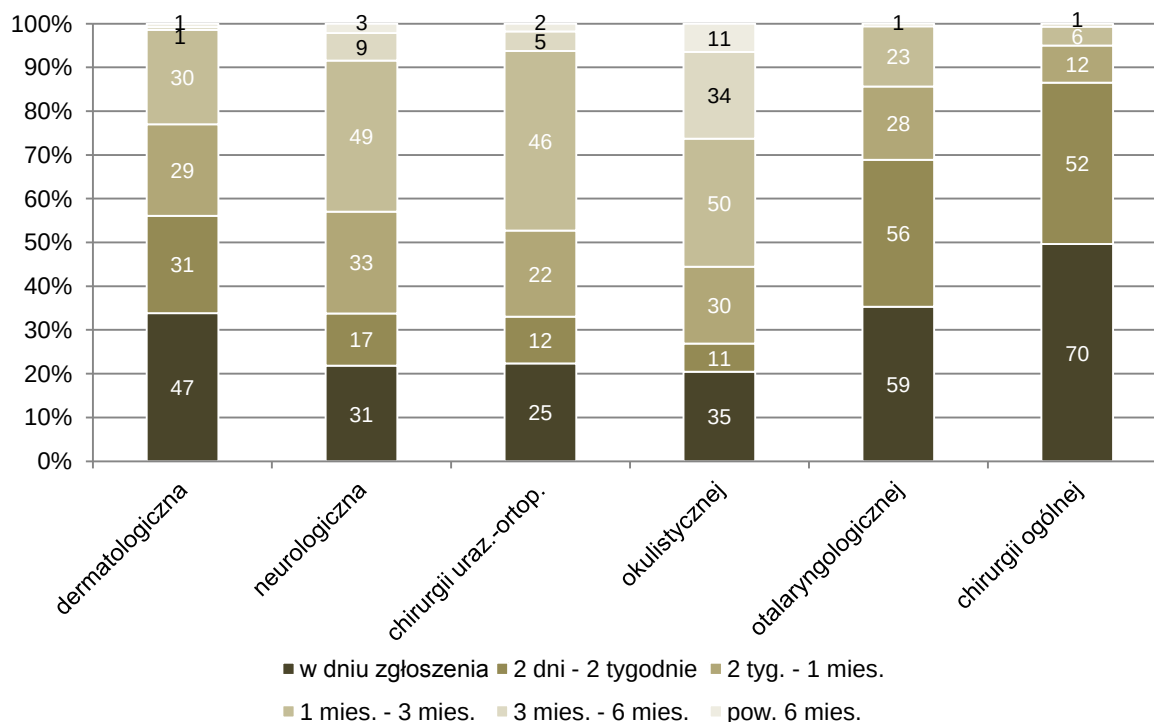
Rycina 8. Średni rzeczywisty czas oczekiwania w dniach do wybranych poradni specjalistycznych, kategoria medyczna „przypadki stabilne” (grudzień 2012 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

⁵⁹ Lista oczekujących to lista osób zgłaszających się z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. Źródło: www.mz.gov.pl

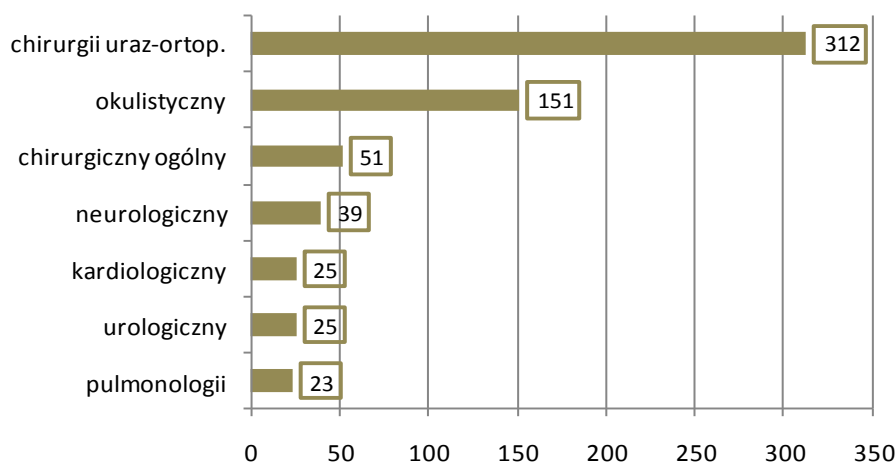
Rycina 9. Czas oczekiwania w Wielkopolsce do wybranych poradni spec. (grudzień 2012 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

Najdłużej pacjenci musieli oczekiwać na przyjęcie do szpitali na oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej (312 dni) i okulistyczne (151 dni). Prawie 2 miesiące oczekiwano na przyjęcie na oddziały chirurgii ogólnej, a nieco ponad 5 tygodni na oddziały neurologiczne.

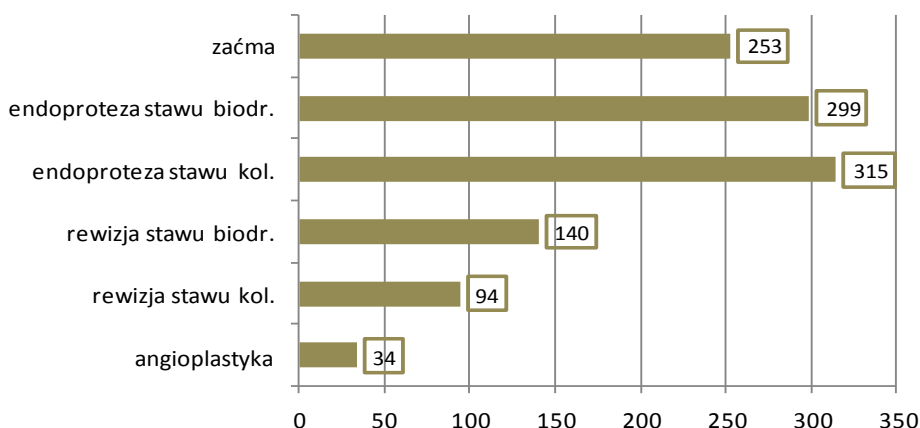
Rycina 10. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie do wybranych oddziałów szpitalnych – przypadki stabilne (grudzień 2012 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabiegi operacyjne w przypadku procedur wyspecjalizowanych był zróżnicowany. Najdłużej pacjenci oczekiwali na endoprotezę stawu kolanowego (315 dni), endoprotezę stawu biodrowego (299 dni) oraz operację zaćmy (253 dni). Czas oczekiwania w dniach na wybrane zabiegi wyspecjalizowane w Wielkopolsce przedstawiono na poniższym wykresie.

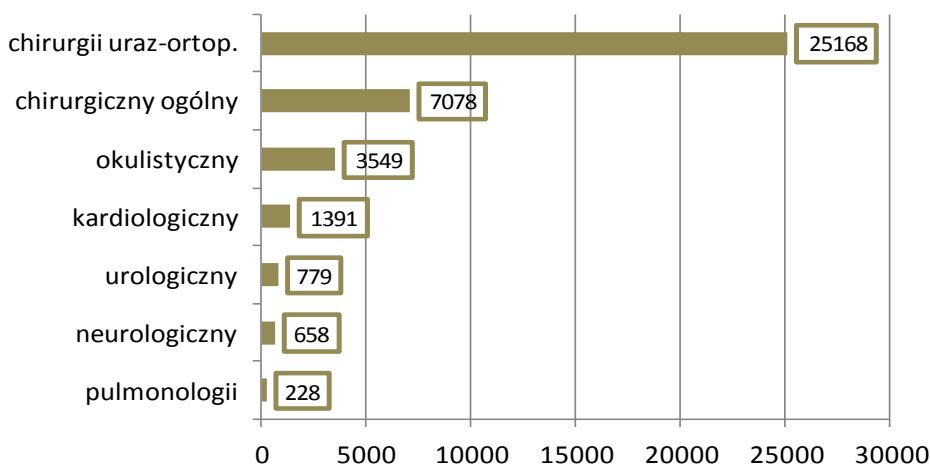
Rycina 11. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na procedury wyspecjalizowane - liczba dni (grudzień 2012 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

Liczba oczekujących na przyjęcie na oddziały szpitalne w przypadkach stabilnych jest w Wielkopolsce zróżnicowana. Najwięcej osób oczekiwało na przyjęcie na szpitalne oddziały chirurgiczne (chirurgii urazowo-ortopedycznej i ogólnej) oraz okulistyczne i kardiologiczne.

Rycina 12. Liczba osób oczekujących do przyjęcia na oddział szpitalny – przypadki stabilne (grudzień 2012 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

W części przypadków pacjenci byli przyjmowani na oddziały szpitalne bez oczekiwania – przyjmowaniu w dniu zgłoszenia. Liczbę i odsetek wielkopolskich oddziałów szpitalnych przyjmujących pacjentów w dniu zgłoszenia w grudniu 2012 roku przedstawia poniższe zestawienie. Stosunkowo najlepsza sytuacja pod tym względem występowała w przypadku oddziałów: medycyny paliatywnej, pediatrycznych, nefrologicznych, gdzie ponad 70% takich oddziałów w Wielkopolsce przyjmowało pacjentów w dniu zgłoszenia. Taka sytuacja miała miejsce w połowie oddziałów psychiatrycznych i hematologicznych, natomiast najmniej oddziałów przyjmowało pacjentów bez oczekiwania w przypadku urologii (20%) i okulistyki (27%).

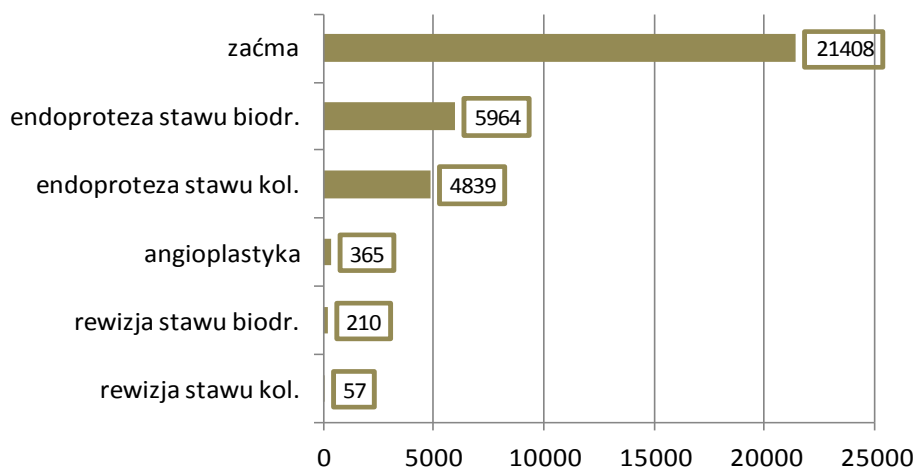
Tabela 10. Liczba ogółem i odsetek oddziałów szpitalnych w Wielkopolsce przyjmujących pacjentów w dniu zgłoszenia (grudzień 2012 r.)

Oddziały szpitalne	Oddziały przyjmujące pacjentów w dniu zgłoszenia	
	Liczba	Odsetek (%)
Oddział/zespół chirurgii jednego dnia	33	36
Oddział hematologiczny	4	50
Oddział nefrologiczny	7	71
Oddział medycyny paliatywnej	13	77
Oddział onkologiczny	7	43
Oddział pediatryczny	34	76
Oddział ginekologiczno-położniczy	43	40
Oddział okulistyczny	11	27
Oddział urologiczny	15	20
Oddział psychiatryczny (ogólny)	27	52

Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.

W przypadku procedur wysokospecjalistycznych największa liczba pacjentów w Wielkopolsce oczekiwała na zabiegi operacyjne dotyczące zaćmy (prawie 21,5 tys. osób). Na endoprotezę stawu biodrowego oczekiwało 5 964 pacjentów, a na endoprotezę stawu kolanowego 4839 osób.

Rycina 13. Liczba osób oczekujących na procedury wysokospecjalistyczne (styczeń 2013 r.)



Źródło: opracowanie na podstawie danych Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń op. cit.



3.1.4. Aparatura medyczna

Stan techniczny i funkcjonalny szpitali na terenie województwa wielkopolskiego jest bardzo zróżnicowany.

Zróżnicowany jest także stan wysokospecjalistycznej aparatury diagnostycznej. Liczba aparatury diagnostycznej ma znaczenie dla zapewnienia odpowiedniego poziomu profilaktyki oraz diagnostyki chorób i obrażeń wewnętrznych, zaś aparatury leczniczej, szczególnie w zastosowaniu chorób onkologicznych, powinna odpowiadać na potrzeby zdrowotne ludności. W latach 2004-2012 w Wielkopolsce liczba urządzeń (ogółem) do badań diagnostycznych i leczenia nieinwazyjnego⁶⁰ wzrosła, z wyjątkiem liczby aparatów gamma kamera, w przypadkach których obserwuje się spadek (z liczby 7 urządzeń w 2004 roku do 6 urządzeń w 2012 roku, przy czym w szpitalach ogólnych 6) oraz analizatorów biochemicznych (z 89 analizatorów w 2004 roku do 72 urządzeń w 2012 roku, w tym w szpitalach ogólnych 53 urządzenia). W przypadku urządzeń diagnostycznych największy wzrost dotyczy tomografów komputerowych (17 tomografów w 2004 roku i wzrost do 46 w 2012 roku, w tym w szpitalach ogólnych do 35) i nieznaczny aparatów RTG z torem wizyjnym (77 aparaty w 2004 roku i 98 aparatów w 2012 roku, w tym w szpitalach ogólnych 77). Wzrosła także liczba akceleratorów liniowych (z 4 akceleratorów w 2004 roku do 10 urządzeń w 2012 roku, w tym w szpitalach ogólnych 8). Między 2004 a 2012 rokiem w Wielkopolsce przybyły także 3 rezonanse magnetyczne (w 2004 roku były 4 urządzenia, zaś w 2010 roku już 7 urządzeń, w tym 6 w szpitalach ogólnych) oraz 11 litotrypterów (w 2004 roku 6 urządzeń, zaś w 2010 roku 17 urządzeń, w tym 12 w szpitalach ogólnych).

Zdecydowana większość specjalistycznego sprzętu dostępna jest w szpitalach, w przeciwieństwie do ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej⁶¹. W największą liczbę specjalistycznego sprzętu wyposażone są jednostki opieki zdrowotnej zlokalizowane w Poznaniu. W województwie wielkopolskim są powiaty, w których funkcjonujące jednostki opieki zdrowotnej nie dysponują urządzeniami tego typu. W 2012 roku powiaty kaliski, koniński i leszczyński nie dysponowały omawianą aparaturą. Nie oznacza to jednak, że ich mieszkańcy mają ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu, bowiem powiaty kaliski, koniński i leszczyński otaczają powiaty grodzkie (tj. miasta Konin, Leszno, Kalisz), które są lepiej wyposażone niż powiaty od nich znacznie oddalone.

⁶⁰ W analizie uwzględniono dane dotyczące następującej aparatury: analizator biochemiczny, gamma kamera, aparat RTG z torem wizyjnym, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, litotrypter, akcelerator liniowy. Źródło danych: Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2004-2012, op. cit.

⁶¹ Ambulatoryjna opieka zdrowotna polega na udzielaniu przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. Świadczenia gwarantowane w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są udzielane w poradniach specjalistycznych w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia (także w domu chorego). Źródło: www.mz.gov.pl

**Tabela 11. Liczba wybranej aparatury specjalistycznej w danych typach jednostek opieki zdrowotnej w 2012 r. w układzie powiatowym w Wielkopolsce**

Powiat	Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna												Szpitale ogólne											
chodzieski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	1	-	1	1	-	-	-
czarnkowsko-trzcianecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	2	-	1	2	-	-	-
gnieźnieński	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	1	4	-	-	-
gostyński	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-
grodziski	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-
jarociński	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
kaliski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
kępiński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
kolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-	-
koniński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
kościański	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-
krotoszyński	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	1	1	-	4	-	2	-	1	1	-	-	-
leszczyński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
m. Kalisz	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	3	2	-	2	-	-	-
m. Konin	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	1	-	6	-	-	3
m. Leszno	1	1	1	2	-	3	9	-	1	-	-	-	1	1	-	1	-	3	-	1	2	-	-	-
m. Poznań	5	4	-	7	-	21	3	1	12	2	-	5	14	7	4	27	5	54	13	13	31	8	2	9
międzychodzki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-
nowotomyski	1	-	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-
obornicki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	2	-	-	-	-
ostrowski	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	-	-	3	-	-	-
ostrzeszowski	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-
piłski	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	1	3	1	4	1	-	1	-	-	-
pleszewski	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	4	2	-	2	-	-	-
poznański	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	1	1	2	-	-	-
rawicki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
śłupecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-
szamotulski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-	1	1	-	1	-	-	-
średzki	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-
śremski	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
turecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
wągrowiecki	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
wolsztyński	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-
wrzesiński	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-
złotowski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	-	1	-	-	-

Legenda:

- tomograf komputerowy
- mammograf
- rezonans magentyczny
- analizator biochemiczny wieloparametrowy
- gamma kamera
- echokardiograf
- urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych
- aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową
- aparat RTG z tonerem wizyjnym
- akcelerator liniowy
- PET
- litotrypter
- urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego
- brak sprzętu (zamiast 0)

Źródło: opracowanie na podstawie Informator liczbowy ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego za 2012 r., Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, Poznań, 2013.



3.2. Organizacja i stan infrastruktury podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego

3.2.1. Podmioty lecznicze

Samorząd Województwa Wielkopolskiego jest organem założycielskim dla 23 podmiotów leczniczych, w tym 3 spółek z ograniczoną odpowiedzialnością. Strategiczną pozycję zajmują wieloprofilowe szpitale wojewódzkie (w Kaliszu, Koninie, Lesznie i Poznaniu), których wzmocnienie i rozwój jest jednym z priorytetów polityki zdrowotnej regionu. Z dniem 1 marca 2013 roku nastąpiło połączenie Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu oraz Pogotowia Ratunkowego w Kaliszu (zgodnie z uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 26 listopada 2012 roku). Jest to kolejne włączenie pogotowia ratunkowego w struktury szpitala wojewódzkiego (wcześniej w struktury Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lesznie została włączona Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Lesznie). W związku z tym Samorządowi Województwa Wielkopolskiego podlegają ponadto Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu oraz Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Koninie Spółka z o.o.

Istotnym obszarem ochrony zdrowia SWW jest opieka psychiatryczna mieszkańców. W 2011 roku przyjęty został Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na lata 2011-2015, którego założenia realizowane są przy pomocy dwóch podstawowych jednostek opieki psychiatrycznej:

1. Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Aleksandra Piotrowskiego „Dziekanka” w Gnieźnie,
2. Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Oskara Bielawskiego w Kościanie,

przy wsparciu innych jednostek, tj. Wojewódzkich Szpitali Zespołowych w Kaliszu i Koninie, czy Wojewódzkiego Zakładu Opieki Psychiatrycznej w Sokołowie Spółka z o.o., a także Poznańskiego Ośrodka Zdrowia Psychicznego.

Zadania z zakresu dziennej i stacjonarnej opieki psychiatrycznej realizowane są przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Poznaniu. Ze względu na warunki lokalowe panujące w zakładzie zlokalizowanym przy ul. Grobla w Poznaniu, rozważane jest przeniesienie działalności (części działalności) ZOL w ramach planowanej koncepcji adaptacji i modernizacji obiektów po byłym Szpitalu zlokalizowanym w Kowanówku k. Obornik (przedsięwzięcie pod nazwą Modernizacja i adaptacja budynków i terenów przyległych w Kowanówku przy ul. Miłowody 2 na potrzeby oddziału psychiatrycznego -Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego).

Największą jednostką zapewniającą opiekę nad dziećmi jest Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, natomiast w zakresie rehabilitacji opiekę zapewnia Ośrodek Rehabilitacyjny dla Dzieci w Kiekrzu k. Poznania. W związku z koniecznością rozwiązania problemu dostosowania opieki pediatrycznej do rozporządzenia dotyczącego fachowych i sanitarnych warunków pomieszczeń i urządzeń oraz problemu funkcjonowania Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu na nieruchomościach nienależących do szpitala i Samorządu Województwa Wielkopolskiego, prowadzone są działania zmierzające do budowy nowej jego siedziby. Budowa nowych obiektów szpitala należy do priorytetowych inwestycji w regionie w zakresie polityki zdrowotnej.

Innymi strategicznymi obszarami polityki zdrowotnej regionu są: opieka pulmonologiczna, która realizowana jest przy pomocy Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu, (w struktury którego z dniem 1 marca 2013 roku włą-



czono Wielkopolski Specjalistyczny Szpital Chorób Płuc i Gruźlicy im. Władysława Biegańskiego w Chodzieży) oraz Wojewódzki Specjalistyczny Zespół ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy, a także opieka onkologiczna, realizowana przede wszystkim przez Wielkopolskie Centrum Onkologii. W celu poprawienia dostępu mieszkańców do świadczeń z zakresu onkologii trwają prace nad utworzeniem Regionalnych Ośrodków Radioterapii WCO w Kaliszu, Koninie, Lesznie i Pile, oraz nad utworzeniem ośrodka terapii protonowej. Centrum Protonoterapii będzie służyło społeczeństwu województwa wielkopolskiego w zakresie najnowocześniejszej terapii antynowotworowej i jednocześnie będzie pełniło rolę ośrodka naukowego prowadzącego badania w dziedzinie rozwoju nowoczesnej terapii hydronowej, fizyki, radiochemii, radiobiologii.

Opieka mieszkańców ze schorzeniami i wadami układu sercowo-naczyniowego prowadzona jest przez Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku k. Obornik.

Na koniec II kwartału 2013 roku w 13 szpitalach, których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego, dostępnych było 6,2 tys. łóżek.

3.2.2. Stan budynków

Połowa budynków należących do podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego, znajduje się w stanie zadowalającym, ok. 36% w stanie dostatecznym, natomiast ok. 10% w złym. Pilnych inwestycji wymaga ok. 18% budynków, natomiast w perspektywie 3 lat powinna być wykonana modernizacja blisko 40% budynków.

W najlepszym stanie są budynki Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Śremie, który w znacznym stopniu był modernizowany w latach 2010-2011, a także Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego (budynek nie jest własnością Województwa Wielkopolskiego). Również Poznański Ośrodek Reumatologiczny SP SZOZ w Śremie znajduje się w stanie zadowalającym, poza agregatorownią, która powinna być zmodernizowana w ciągu 3 lat.

W szpitalach wojewódzkich sytuacja jest zróżnicowana. W Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu, poza blokiem operacyjnym, który jest nowym obiektem, wymagane są pilne inwestycje w pozostałych obiektach. W szpitalach w Kaliszu i Lesznie budynki są w stanie zadowalającym, w których prace modernizacyjne różnego rodzaju powinny zostać przeprowadzone w przeciągu najbliższych kilku lat. Natomiast w Szpitalu Wojewódzkim w Koninie większych nakładów finansowych wymagają budynki mieszczące się przy ul. Kard. S. Wyszyńskiego.

W skład Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu wchodzi 3 szpitale: w Poznaniu, Ludwikowie i Chodzieży. W najgorszym stanie są budynki mieszczące się w Chodzieży, z których większość jest w stanie dostatecznym, natomiast pozostałe w złym i wymagają pilnych inwestycji (część budynków zostało przeznaczonych do wyburzenia). W pozostałych lokalizacjach większość budynków wymaga modernizacji w ciągu 3 lat.

Dość skomplikowane wygląda sprawa przeprowadzenia prac modernizacyjnych budynków wchodzących w skład Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem. W przeciągu 3 lat modernizacji należy poddać ponad połowę budynków, jednak planowane inwestycje w dużym zakresie będą utrudnione w realizacji ze względu na stosunki własnościowe nieruchomości zajmowanych przez Szpital. Między innymi z tego powodu planowane jest wybudowanie nowej siedziby szpitala.

Również w innych jednostkach jak w Wojewódzkim Specjalistycznym ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/ Kalisza, Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanek” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie, Wojewódzkim Zakładzie Opieki Psychiatrycznej w Sokołowie, Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Oskara Bielawskiego w Kościanie,



czy Szpitalu Rehabilitacyjno-Kardiologicznym sytuacja jest zróżnicowana. Część budynków jest w stanie zadowalającym, natomiast znaczna część wymaga różnego rodzaju inwestycji w przeciągu najbliższych kilku lat.

3.2.3. Aparatura medyczna

Jednostki medyczne dysponują aparaturą medyczną, której stan techniczny w większości jest zadowalający (urządzenia wymagają działań serwisowych mieszczących się w standardach kosztów obsługi, część z nich pozostaje w okresie gwarancji, a ich niezawodność i bezpieczeństwo eksploatacji nie budzą zastrzeżeń) oraz dostateczny (urządzenia są częściowo wyeksploatowane, wymagają intensywnego i w wielu przypadkach kosztownego serwisu technicznego, a ich niezawodność i bezpieczeństwo eksploatacji zaczynają budzić zastrzeżenia, co powoduje, że powinna być planowana ich wymiana na urządzenia nowszej generacji lub innego typu). Dopuszczone do użytkowania aparaty i sprzęty medyczne są sprawne i bezpieczne dla pacjentów oraz personelu. Wiek i stopień wyeksploatowania sprzętu i aparatury medycznej w poszczególnych jednostkach są zróżnicowane.

Nieliczne jednostki sprzętu i aparatury zostały wyprodukowane jeszcze w latach osiemdziesiątych XX wieku. Należą do nich m.in.: mikroskop operacyjny z 1978 roku (najstarsze urządzenie w jednostkach Samorządu Województwa) ultrasonograf z 1988 roku, urządzenia do sterylizacji, echokardiograf, 2 respiratory i diatermia chirurgiczna z 1989 roku, aparat RTG z 1986 roku.

Pewna część sprzętu i aparatów medycznych pochodzi z produkcji w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Wśród nich są m.in. inkubatory (ponad 50% pochodzi z tego okresu), 16 ultrasonografów (na ogólną liczbę 94 takich urządzeń), 1/3 urządzeń do sterylizacji, 25% laserów, 25% stołów operacyjnych, 20% aparatów RTG, 60% analizatorów biochemicznych, 2 tomografy komputerowe (z 13 użytkowanych), 1 z dwóch gammakamer, 15 z ogólnej liczby 114 respiratorów, 6 mikroskopów operacyjnych.

Zdecydowana większość posiadanych przez podmioty lecznicze Samorządu Województwa jednostek sprzętu i aparatury została wyprodukowana po 2000 roku. Wśród najnowszych, wyprodukowanych w 2010 roku i młodszych, są: 7 z 21 posiadanych inkubatorów, 2 z 3 lithotripterów, 23 z 94 ultrasonografów, 1 z 24 aparatów do hemodializy i terapii nerkozastępczej, 8 z 19 laserów, 8 z 40 stołów operacyjnych, 2 z 5 angiografów, 3 z 27 bronchoskopów, 10 z 69 aparatów RTG, 17 z 87 aparatów do znieczulania, 6 z 14 analizatorów biochemicznych, 4 z 18 echokardiografów, 2 z 13 tomografów komputerowych, 1 z 2 gammakamer, 41 ze 114 respiratorów, 10 z 25 mikroskopów operacyjnych, 8 z 14 laparoskopów, 5 z 14 endoskopów, 5 z 6 aparatów do neuronawigacji.

Jednostki Samorządu Województwa starają się dokonywać sukcesywnej wymiany wyeksploatowanej aparatury i sprzętu medycznego, wymagającego częstych i kosztownych napraw, którego stan jest przyczyną przerw w udzielaniu świadczeń realizowanych z jego użyciem. Dokonywana jest także wymiana posiadanych urządzeń na urządzenia nowszej generacji, wykorzystujące nowoczesne technologie, pozwalające uzyskać większą dokładność badań diagnostycznych oraz skuteczność prowadzonych przy ich użyciu terapii. Jednostki prowadzą wymianę aparatury i sprzętu medycznego (lub dokonują zakupu) – zgodnie z obowiązującymi standardami gwarantowanych świadczeń medycznych oraz wymogami NFZ.



3.2.4. Systemy informatyczne⁶²

Obowiązująca ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek wytwarzania, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej⁶³. W związku z tym w 2013 roku przeprowadzona została przez Spółkę Wielkopolska Sieć Szerokopasmowa inwentaryzacja systemów informacyjnych 23 podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego.

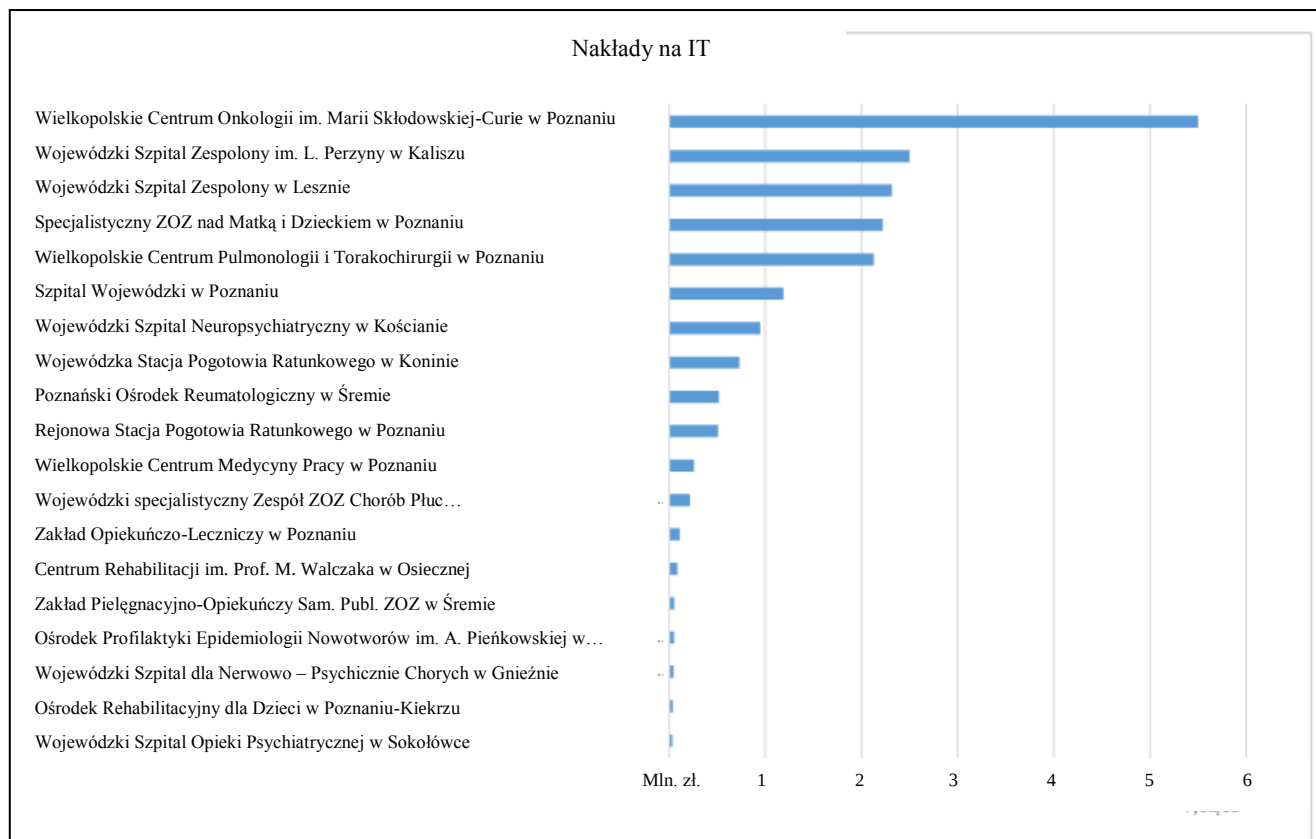
Poszczególne jednostki, w ostatnich 3 latach, przeznaczały bardzo różne środki na inwestycje w rozwiązania z zakresu systemów informatycznych. Największe inwestycje poczynione zostały w Wielkopolskim Centrum Onkologii (5,5 mln zł w ciągu 3 lat), a następnie w Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, Specjalistycznym ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Perzyny w Kaliszu (2 – 2,5 mln zł). Kolejne jednostki poczyniły w ciągu ostatnich 3 lat znacznie mniejsze inwestycje. Jedyne jeszcze w przypadku 5 jednostek nakłady inwestycyjne przekroczyły kwotę 500 tys. zł:

- Rejonowa Stacja Pogotowania Ratunkowego w Poznaniu,
- Poznański Ośrodek Reumatologiczny w Śremie,
- Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Koninie Spółka z o.o.,
- Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. O. Bielawskiego w Kościanie,
- Szpital Wojewódzki w Poznaniu.

W pozostałych jednostkach nakłady inwestycyjne i koszty utrzymania systemów w ciągu 3 lat nie przekroczyły poziomu 260 tys. zł.

⁶² Rozdział opracowany na podstawie dokumentu „Wyniki inwentaryzacji systemów informatycznych 23 podmiotów leczniczych z terenu województwa wielkopolskiego” - Wielkopolska Sieć Szerokopasmowa.

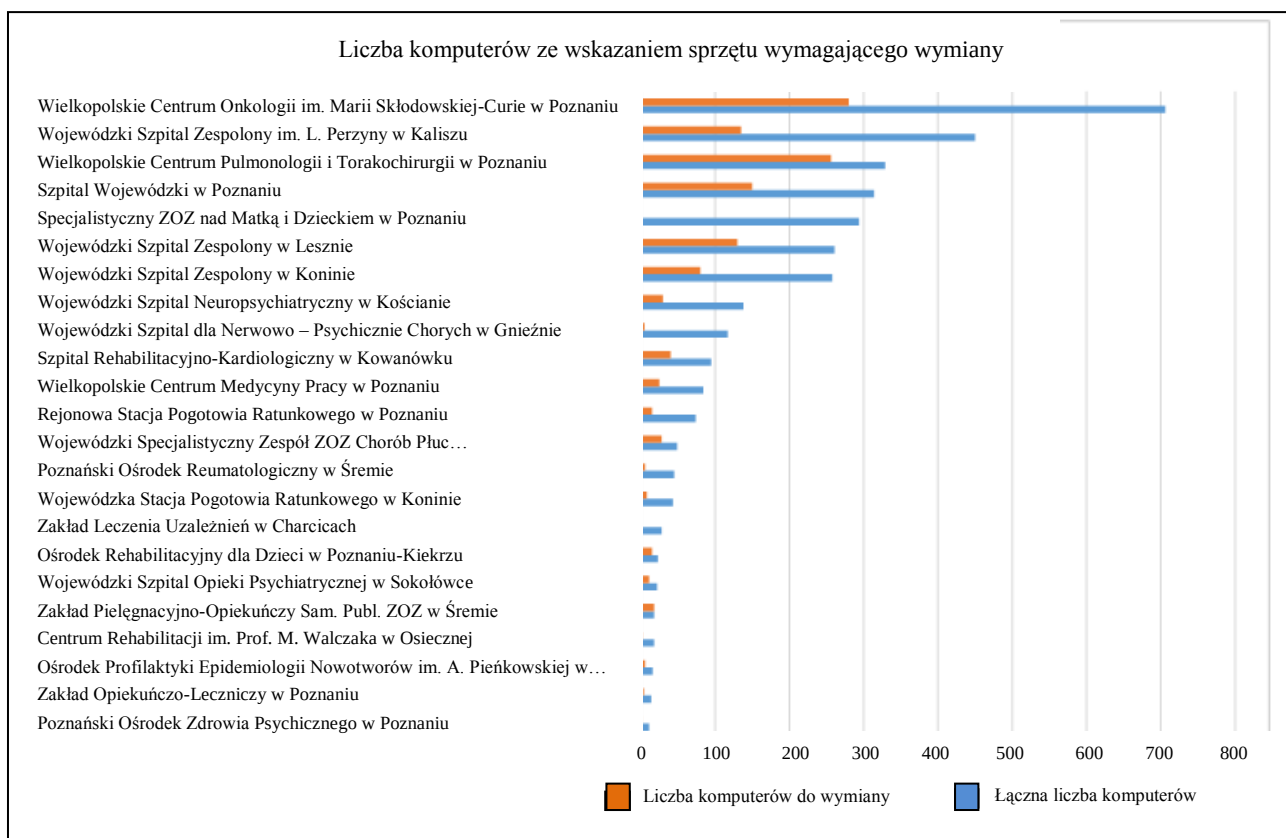
⁶³ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657).

Rycina 14. Nakłady na infrastrukturę IT w poszczególnych placówkach w latach 2011-2013

Źródło: opracowanie na podstawie „Wyniki inwentaryzacji systemów informatycznych 23 podmiotów leczniczych z terenu województwa wielkopolskiego”, Wielkopolska Sieć Szerokopasmowa.

Najwięcej sprzętu komputerowego funkcjonuje w jednostkach, które w ostatnich 3 latach poniosły największe inwestycje. Tylko 8% komputerów to urządzenia użytkowane krócej niż rok, 23% użytkowanych jest krócej niż 3 lata, natomiast blisko 40% to sprzęt pracujący już ponad 5 lat. Najwięcej nowych komputerów jest w małych placówkach, najmniej zaś w średnich. Im większa placówka tym przeciętnie starszy wykorzystywany sprzęt komputerowy.

Rycina 15. Liczba komputerów w poszczególnych jednostkach ze wskazaniem liczby komputerów wskazywanych przez jednostki jako wymagające wymiany

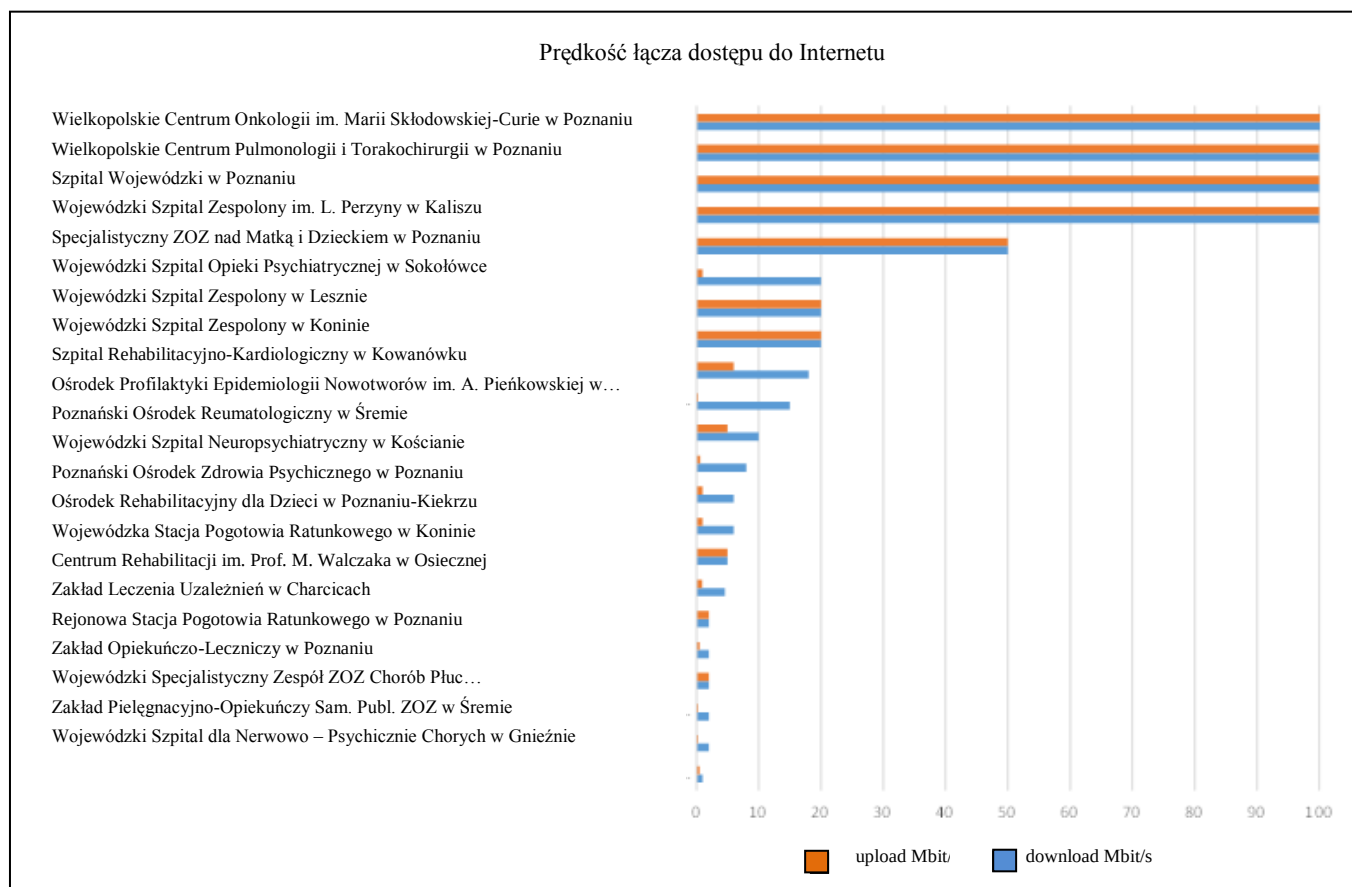


Źródło: opracowanie na podstawie Wyniki inwentaryzacji systemów informatycznych op. cit.

W zakresie dostępu do Internetu poszczególne jednostki korzystają z łączy internetowych o bardzo zróżnicowanej przepływności. 68% jednostek korzysta z łączy realizowanych w technologii DSL, natomiast 32% z łączy światłowodowych. Placówki korzystające z technologii światłowodowych posiadają najczęściej łącza symetryczne o przepływności 100 Mbit/s. Należą do nich: Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Poznaniu.

Jedynie 3 jednostki posiadają łącza światłowodowe o niższej przepływności: Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie (20/20 Mbit/s), Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (50/50 Mbit/s) oraz Poznański Ośrodek Reumatologiczny w Śremie (10/5 Mbit/s). Pozostałe jednostki korzystają z asymetrycznych łączy DSL, których prędkość pobierania nie przekracza 20 Mbit/s. W przypadku aż 10 jednostek prędkość wysyłania danych nie przekracza 1 Mbit/s.

Należy pamiętać, że łącza internetowe nie jest warunkiem niezbędnym w celu spełnienia zapisów rozporządzenia dotyczącego elektronicznej dokumentacji medycznej. Jednak ze względu na przyszły rozwój usług telemedycyny i integracje poszczególnych systemów szpitalnych bardzo istotne jest posiadanie przez szpitale symetrycznych łączy teletransmisyjnych o wysokiej przepływności.

Rycina 16. Prędkość łącza dostępu do Internetu w poszczególnych jednostkach

Źródło: opracowanie na podstawie Wyniki inwentaryzacji systemów informatycznych op. cit.

3.3. Stan infrastruktury podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są starostwa powiatowe

W skład systemu opieki zdrowotnej, poza jednostkami tworzonymi przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego, wchodzi także inne podmioty lecznicze, w tym podmioty lecznicze dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego. Wśród nich występują 32 szpitale powiatowe, w których, na koniec II kwartału 2013 roku, dostępnych było 8,2 tys. łóżek.

3.3.1. Stan budynków

Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego we wrześniu 2013 roku przez Departament Polityki Regionalnej UMWW wśród wielkopolskich jednostek samorządu terytorialnego⁶⁴ wskazu-

⁶⁴ Badanie ankietowe (ankieta rozesłana pocztą) zrealizowano w celu rozeznania potrzeb i potencjalnych interwencji w zakresie ochrony zdrowia (starostw powiatowych i miast na prawach powiatu). Badanie cieszyło się bardzo du-



ją na duże zapotrzebowanie inwestycyjne instytucji ochrony zdrowia podległych poszczególnym JST w Wielkopolsce. Badania potwierdziły wysoki stopień dekapitalizacji istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia, w tym w szczególności budynków i aparatury medycznej.

Stan obiektów poszczególnych podmiotów leczniczych został określony w większości przypadków jako zły, bądź dostateczny, wymagający modernizacji bądź dostosowania w perspektywie do roku 2016. Większość budynków infrastruktury ochrony zdrowia wybudowana została w latach '60 i '70 XX wieku (w części powiatów budynki szpitali pochodziły nawet z początku XX wieku), natomiast ostatnie modernizacje miały miejsce pod koniec XX i na początku XXI wieku (w skrajnych przypadkach modernizacji nie przeprowadzano od kilkudziesięciu lat). W wielu przypadkach szczególne potrzeby inwestycyjne identyfikowano w zakresie termomodernizacji, wszelkiego rodzaju instalacji, remontów dachów, stolarki okiennej, zaś w niektórych – inwestycji dodatkowych jak chociażby budowy lądowiska dla helikopterów czy kolejnych obiektów szpitalnych. Pozytywnym zjawiskiem dotyczącym oceny poszczególnych ośrodków ochrony zdrowia był natomiast wysoki stopień dostosowania dostępnej infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Uwagę zwracają jednostki z najtrudniejszą sytuacją w zakresie stanu budynków szpitali, w tym w szczególności: powiat pilski, gdzie w Szpitalu Specjalistycznym w Pile większość infrastruktury budynków pochodzi z 1985 roku i do chwili obecnej nie była poddawana modernizacji (ich stan określony jako zły); powiat rawicki, w którym stan większości budynków Szpitala Powiatowego w Rawiczu scharakteryzowano jako zły bądź dostateczny, wymagający konkretnych nakładów na działania modernizacyjne (wiele budynków pochodzących nawet z lat '20 XX wieku od kilkudziesięciu lat nie poddawano odnowie; nie dostosowano ich do obsługi osób niepełnosprawnych) oraz powiat wągrowiecki, gdzie w Szpitalu Powiatowym w Wągrowcu większości budynków, pochodzących nawet z 1917 roku, nie podano od wielu dziesiętk lat jakiegokolwiek modernizacji (stan dostępnych budynków określono w wielu przypadkach jako zły). Podobnie na trudną sytuację wskazał powiat turecki, wykazując rok budowy poszczególnych budynków szpitala na 1963 rok i bardzo niewielki zakres działań modernizacyjnych przeprowadzonych od tamtej pory oraz ich niedostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych. Wobec wszystkich wymienionych podmiotów podkreślono konieczność i pilne potrzeby modernizacyjne w perspektywie do 2016 roku oraz kolejnych lat (2017-2020).

Na przeciwnym biegunie potrzeb inwestycyjnych znalazły się powiat poznański ze szpitalem w Puszczykowie (NZOZ), grodziski ze szpitalem w Grodzisku Wlkp. (SPZOZ) oraz szamotulski ze szpitalem w Szamotułach (również SPZOZ), w których większość działań modernizacyjnych przeprowadzono w 2013 roku, a stan wszystkich budynków szpitalnych określono jako zadowalający bądź dostateczny (choć w przypadku Puszczykowa i Grodziska duża część z nich ciągle nie została dostosowana do obsługi osób niepełnosprawnych). Bardzo dobrą sytuację odnotowano również w przypadku powiatu krotoszyńskiego – w Szpitalu Powiatowym w Krotoszynie większość działań modernizacyjnych przeprowadzono w latach 2009-2013, tym samym stan samych budynków określono w ankiecie jako dostateczny lub zadowalający oraz pleszewskiego – w budynkach szpitala w Pleszewie (Pleszewskie Centrum Medyczne), powstałego w 1982 roku, modernizację przeprowadzono w latach 2007-2012, zaś obecny stan budynków określono jako zadowalający (w tym pełny dostęp dla obsługi osób niepełnosprawnych).

zym zainteresowaniem samorządów – osiągnięto wysoki poziom zwrotów wypełnionych ankiet. W badaniu wzięły udział 3 z 4 miast na prawach powiatu oraz 28 z 32 powiatów województwa wielkopolskiego.



3.3.2. Aparatura medyczna

W 2011 roku przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące oceny dostępności usług medycznych w Wielkopolsce w wyniku realizacji projektów w ramach priorytetu V WRPO 2007-2013⁶⁵. W raporcie z badań przedstawiono m.in. informacje o realizowanych przez starostwa powiatowe inwestycjach w podległych im jednostkach medycznych.

W większości badanych jednostek podległych starostwom powiatowym realizowane były inwestycje związane z zakupem sprzętu medycznego, finansowane z budżetu starostwa. Starostwa powiatowe finansowały i współfinansowały zarówno zakup specjalistycznego, jak i podstawowego sprzętu medycznego, realizując w ten sposób najpilniejsze potrzeby podległych jednostek ochrony i opieki zdrowia. W podległych jednostkach doposażono oddziały specjalistyczne, pracownie diagnostyczne, oddziały i sale operacyjne, oddziały intensywnej opieki medycznej oraz pomocy ratunkowej. Realizowano także inwestycje wspomagające jakość pracy szpitala, bezpośrednio nie powiązane z pomocą pacjentom: budowa lądowisk dla helikopterów, modernizacja dróg i chodników na terenie kompleksów szpitalnych, czy dostosowanie architektury do potrzeb osób niepełnosprawnych. Wymienione inwestycje były opisywane jako priorytetowe i podstawowe wobec potrzeb jednostek szpitalnych w poszczególnych powiatach. Największe kwoty dotacji ze strony budżetów starostw powiatowych przeznaczone zostały na działania modernizacyjne poszczególnych jednostek opieki medycznej, wynikające z potrzeby ich dostosowania do obecnie obowiązujących wymogów. Druga grupa dużych inwestycji powiązana była z zakupem lub współzakupem drogiego (głównie diagnostycznego) sprzętu medycznego. Trzecia grupa, natomiast, wynikała z potrzeb budowlano-remontowych szpitali oraz ich rozbudowy. Przedstawiciele powiatów podkreślali, że środki przeznaczone zostały w dużej mierze na inwestycje w toku, to znaczy takie, które będą kontynuowane w najbliższych latach i których finansowanie będzie w miarę potrzeb i możliwości uzupełniane.

Uznano, że wsparcie ze środków Unii Europejskiej w ramach WRPO, przeznaczone na do-inwestowanie szpitali, było jak najbardziej zasadne. Przyznano jednocześnie, że jest to jedynie „kropla w morzu” cyklicznie pojawiających się potrzeb ochrony zdrowia na terenie powiatów. Żaden z przedstawicieli powiatów nie przyznał, że przeznaczonym na szpital dofinansowaniem zrealizował i zaspokoił jego wszystkie bieżące potrzeby. Starostwa powiatowe realizują potrzeby podległych placówek służby zdrowia w stopniu, w jakim pozwala na to budżet powiatów. Potrzeby i możliwości finansowania nie równoważą się – tych pierwszych, uzasadnionych, zawsze będzie więcej.

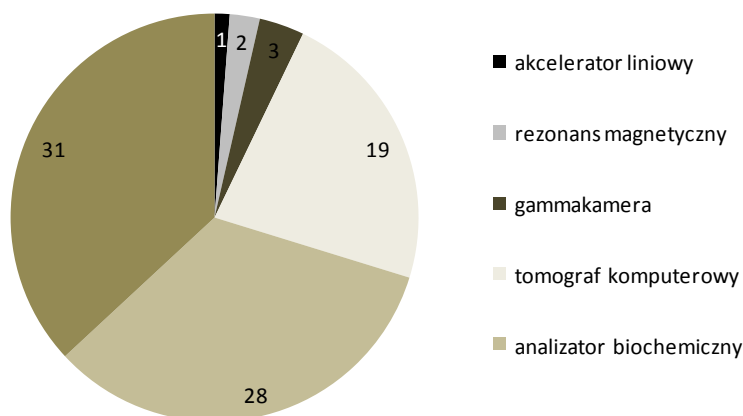
Oceny stanu jakości i ilości aparatury medycznej dokonano także we wspomnianym już badaniu ankietowym przeprowadzonym we wrześniu 2013 roku przez Departament Polityki Regionalnej UMWW. Poniżej przedstawiono liczbę wybranego sprzętu medycznego w Wielkopolsce w szpitalach podległych starostom (należy przypomnieć, że zwrotność wynosiła: 28 ankiet spośród 32 powiatów ziemskich oraz z 3 spośród 4 powiatów grodzkich).

Przeprowadzona analiza wyników badania wskazała na koncentrację w jednostkach przede wszystkim podstawowej aparatury ochrony zdrowia (sprzęt specjalistyczny zlokalizowany jest z reguły w szpitalach podlegających jednostkom wyższego szczebla). Jej cechą charakterystyczną jest średni stopień dekapitalizacji, wymagający relatywnie mniejszej intensywności interwencji niż w przypadku stanu infrastruktury budynków. W wyniku przeprowadzonych badań zidentyfikowano lata produkcji poszczególnego dostępnego w szpitalach sprzętu (w większości przypadków to lata '90 XX wieku oraz początek XXI wieku) oraz uzasadnioną konieczność jego wymiany w perspek-

⁶⁵ Ocena dostępności usług medycznych poprzez realizację projektów priorytetu V Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 w aspekcie perspektywy finansowej UE 2013+, badanie wykonane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, Poznań, 2011.

tywie od kilku do kilkunastu lat, w zależności od stopnia zużycia oraz stanu technicznego, określonego w większości przypadków jako dostateczny bądź zły (w zależności od typu sprzętu i jednostki). Wśród najpopularniejszej podstawowej aparatury dostępnej w przeciętnym wielkopolskim szpitalu powiatowym wymienić należy: pompy infuzyjne, laryngoskop, kardiomonitor, pulsoksymetr i EKG, zaś ze sprzętu bardziej specjalistycznego: aparat RTG z torem wizyjnym, analizator biochemiczny oraz tomograf komputerowy.

Rycina 17. Aparatura medyczna w szpitalach powiatowych w Wielkopolsce w 2013 r.



Źródło: na podstawie wyników badania ankietowego przeprowadzonego we wrześniu 2013 roku przez Departament Polityki Regionalnej UMWW wśród jednostek samorządu terytorialnego.

Szpitalami powiatowymi wyróżniającymi się nieco bardziej specjalistycznym sprzętem medycznym, jak np. gammakamera, akcelerator liniowy, tomograf komputerowy, czy rezonans magnetyczny, okazały się: kościański (SPZOZ w Kościanie), nowotomyski (SPZOZ w Nowym Tomysku), ostrowski (ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim), pilski (Szpital Specjalistyczny w Pile), pleszewski (Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie) i turecki (SPZOZ w Turku). Zdecydowane problemy związane z niewystarczającym stanem aparatury ochrony zdrowia zgłosiły powiaty: gnieźnieński (ZOZ w Gnieźnie), gostyński (SPZOZ w Gostyniu), jarociński (Szpital Powiatowy w Jarocinie), kępiński (SPZOZ w Kępnie), krotoszyński (Szpital Powiatowy w Krotoszynie), słupecki (SPZOZ w Słupcy) oraz wolsztyński (SPZOZ w Wolsztynie).

3.4. System ratownictwa medycznego w regionie⁶⁶

Zgodnie z art. 24 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

⁶⁶ Rozdział przygotowany w oparciu o Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa wielkopolskiego – aktualizacja nr 8. 2014.



- mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców,
- trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców,
- maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Zgodnie z ustawą z dnia 22 listopada 2013 roku o systemie powiadamiania ratunkowego, która weszła w życie 1 stycznia 2014 roku, system powiadamiania ratunkowego w Polsce składa się z centrów powiadamiania ratunkowego tworzących jednolity system do obsługi zgłoszeń alarmowych, kierowanych do numerów alarmowych 112, 997, 998 i 999, umożliwiające przekazanie zgłoszenia alarmowego w celu zaangażowania właściwych zasobów ratowniczych. Centra powiadamiania ratunkowego obsługują zgłoszenia alarmowe – operatorzy odbierają połączenia na numer 112 (w przyszłości również 997, 998, 999 oraz, na zasadzie dobrowolności, inne numery istotne dla ochrony życia, zdrowia, bezpieczeństwa i porządku publicznego, mienia lub środowiska), a następnie, po przeprowadzeniu rozmowy i uzyskaniu odpowiednich informacji, przekazują zgłoszenie do służb ratunkowych.

W województwie wielkopolskim w 2012 roku uruchomione zostało Centrum Powiadamiania Ratunkowego, z siedzibą w budynku Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu przy ul. Wiśniowej 13A. Od 10 kwietnia 2013 roku wszystkie połączenia wykonywane na numer alarmowy 112 w województwie odbierane są w ww. Centrum, w którym funkcjonuje 14 stanowisk operatorów numerów alarmowych oraz 4 stanowiska dyspozytorów medycznych (jedno stanowisko na każde 200 tys. mieszkańców).

Na terenie województwa wielkopolskiego funkcjonuje obecnie 31 rejonów operacyjnych⁶⁷ oraz 29 dyspozytorni medycznych⁶⁸. W okresie od 1 lipca 2014 roku do 31 grudnia 2014 roku prowadzone będą prace mające na celu zmniejszenie liczby dyspozytorni medycznych. Proces ten polegać będzie na stopniowej likwidacji miejsc odbioru numeru alarmowego 999 z dotychczasowych lokalizacji dyspozytorni medycznych i przenoszenie ich do scentralizowanych dyspozytorni zlokalizowanych w Kaliszu, Koninie, Lesznie, Pile i Poznaniu. Od 1 stycznia 2015 roku zakłada się funkcjonowanie 5 rejonów operacyjnych Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz 5 scentralizowanych dyspozytorni medycznych w lokalizacjach wymienionych powyżej. Od 2015 roku podział województwa na regiony operacyjne przedstawiać się będzie następująco:

- Region pilski – powiaty: chodzieski, czarnkowsko-trzcianecki, pilski, wągrowiecki i złotowski;
- Region poznański – powiaty: Miasto Poznań, poznański, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, szamotulski, wolsztyński,
- Region koniński – powiaty: Miasto Konin, koniński, gnieźnieński, kolski, słupecki, średzki, turecki, wrzesiński;
- Region kaliski – powiaty: Miasto Kalisz, kaliski, jarociński, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski;
- Region leszczyński – powiaty: Miasto Leszno, leszczyński, kościański, gostyński, rawicki i śremski.

⁶⁷ Rejon określony w wojewódzkim planie działania systemu, obejmujący co najmniej jeden obszar działania.

⁶⁸ Obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności.



Uruchomienie 5 scentralizowanych dyspozytorni medycznych pociąga za sobą konieczność zabezpieczenia przedmiotowych stanowisk w:

- łączy teleinformatyczne pomiędzy Centrum Powiadamiania Ratunkowego, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, scentralizowanymi dyspozytorniami medycznymi oraz miejscami stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, którego głównym zadaniem jest zapewnienie sprawnej obsługi zdarzeń przekazanych przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego, wsparcie procesu dysponowania siłami i środkami wykorzystywanymi w celach obsługi zdarzeń oraz rozliczeń dokonywanych z Narodowym Funduszem Zdrowia (system budowany w ramach Systemu Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego).

Jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na obszarze województwa wielkopolskiego są:

- 23 szpitalne oddziały ratunkowe⁶⁹:
 - 1) Powiat czarnkowsko-trzcianecki – szpital powiatowy w Trzciance (dysponent jednostki systemu)
 - 2) Powiat gnieźnieński – Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie
 - 3) powiat jarociński – Szpital Powiatowy w Jarocinie
 - 4) m. Kalisz, powiat kaliski – Wojewódzki Szpital Zespolony
 - 5) powiat kępiński - Samodzielny Publiczny Zakład w Kępnie
 - 6) m. Konin, powiat koniński – Wojewódzki Szpital Zespolony
 - 7) powiat kościański – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie
 - 8) powiat krotoszyński – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 - 9) m. Leszno, powiat leszczyński – Wojewódzki Szpital Zespolony
 - 10) powiat międzychodzki – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
 - 11) powiat nowotomyski – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyslu
 - 12) powiat ostrowski – Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim
 - 13) powiat pilski – Szpital Specjalistyczny im. St. Staszica w Pile
 - 14) powiat pleszewski – Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Pleszewskie Centrum Medyczne” w Pleszewie
 - 15) m. Poznań, powiat poznański – Szpital Wojewódzki Poznań
 - 16) m. Poznań, powiat poznański – Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ Poznań
 - 17) m. Poznań, powiat poznański – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne HCP Poznań
 - 18) m. Poznań, powiat poznański – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Puszczykowo
 - 19) powiat szamotulski – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotulach
 - 20) powiat średzki – Szpital w Środzie Wielkopolskiej
 - 21) powiat śremski – Szpital w Śremie

⁶⁹ Szpitalny oddział ratunkowy organizuje się w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, w którym znajdują się co najmniej: oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową oraz oddział anestezjologii i intensywnej terapii.



22) powiat wągrowiecki – Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu

23) powiat złotowski – Szpital Powiatowy w Złotowie

- 115 zespołów ratownictwa medycznego (w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego):
 - 46 zespołów specjalistycznych⁷⁰,
 - 69 zespołów podstawowych⁷¹,

na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym istnieje możliwość uruchomienia dodatkowych 27 zespołów ratownictwa medycznego – 22 podstawowych i 5 specjalistycznych.

Istotne dla państwowego ratownictwa medycznego są również centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W województwie wielkopolskim do roli centrum urazowego został wytypowany Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu, który spełnia obligatoryjne wymogi ustawowe w zakresie:

- posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego,
- zabezpieczania populacji nie mniejszej niż 1 mln mieszkańców zamieszkującej obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny,
- współpracy z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
- zapewniania w swojej strukturze działania następujących specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:
 - oddziału anestezjologii i intensywnej terapii,
 - bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym,
 - całodobowej pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej,
 - posiada:
 - oddział chirurgii ogólnej,
 - oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - oddział neurochirurgii,
- zapewniania dostępu do całodobowej pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
- zapewnienia dostępu do lądowiska dla lotniczego zespołu ratownictwa medycznego,
- zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii.

3.5. Potrzeby w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w regionie

W perspektywie finansowej UE w latach 2007-2013, w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego zrealizowano szereg projektów w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w regionie. W 2011 roku przeprowadzono – opisane we wcześniejszych rozdziałach - badanie ewaluacyjne dotyczące oceny dostępności usług medycznych w Wielkopolsce w wyniku re-

⁷⁰ W skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny.

⁷¹ W skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny.

alizacji projektów w ramach priorytetu V WRPO⁷², w tym planów inwestycyjnych placówek służby zdrowia świadczących usługi kontraktowane przez NFZ.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 57,2% placówek ochrony zdrowia (tj. potencjalni beneficjenci) planuje inwestycje w sprzęt medyczny po 2013 roku, natomiast 90% z tych jednostek jest zainteresowanych uzyskaniem dofinansowania ze środków UE. Zdecydowanie najczęściej plany inwestycyjne związane z zakupem sprzętu medycznego posiadają jednostki świadczące usługi szpitalne, a najrzadziej placówki świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Większość placówek deklarowała, że inwestycje zostaną zrealizowane całkowicie lub częściowo nawet w przypadku braku dofinansowania ze środków UE (72,1%), w tym 48,3% placówek zrealizuje je w takim przypadku tylko częściowo. Natomiast 14,3% objętych badaniem placówek służby zdrowia nie przewiduje realizacji inwestycji w przypadku braku dofinansowania ze środków UE.

Objęte badaniem placówki służby zdrowia planują kupić przede wszystkim aparaturę diagnostyczną, w tym aparaty USG, EKG (w tym Holter), aparaty RTG, glukometry. Jednostki podstawowej opieki zdrowotnej planują zakupić sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie gabinetów i przychodni. Poza sprzętem diagnostycznym jednostki wskazywały często na konieczność wyposażenia sal operacyjnych, zakupy sprzętu do rehabilitacji oraz intensywnej terapii i oddziałów ratunkowych. Część jednostek wskazała ogólnie na plany zakupu aparatury diagnostycznej, wyposażenia oddziałów, przychodni lub gabinetów.

O plany inwestycyjne zapytano również beneficjentów Działania 5.3 WRPO, czyli placówki, które w perspektywie 2007-2013 otrzymały dofinansowanie UE na zakup sprzętu medycznego. Prawie wszystkie są zainteresowane dalszymi inwestycjami w sprzęt medyczny z dofinansowaniem ze środków UE. Inwestycje miałyby być związane z rozbudową i modernizacją całych oddziałów: chirurgia, ortopedia, ginekologia, kardiologia. Planowane są też dalsze inwestycje związane z zakupem sprzętu diagnostycznego, w tym tomografów komputerowych, aparatów USG, RTG, mamografów, zakupy sprzętu podstawowego, a także do oddziałów intensywnej terapii i bloków operacyjnych. Inwestycje w sprzęt diagnostyczny miałyby na celu głównie wymianę zużytego sprzętu. Jednostki bardzo często wspominały o potrzebie modernizacji infrastruktury i konieczności dostosowania się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardów, jakim mają odpowiadać pomieszczenia i wyposażenie w placówkach służby zdrowia⁷³.

Jednym z elementów badania były wywiady przeprowadzone wśród przedstawicieli starostw powiatowych w celu rozeznania potrzeb inwestycyjnych w kolejnej perspektywie finansowej (2014-2020). Wśród najpilniejszych potrzeb wymieniano trzy typy działań inwestycyjnych. Po pierwsze wskazywano na działania modernizacyjne, bezpośrednio powiązane z wymianą zużytego, czy przestarzałego sprzętu. Po drugie deklarowano potrzeby rozbudowy oddziałów szpitalnych, czy całych jednostek ochrony zdrowia, w powiązaniu z kompleksowym uzupełnieniem sprzętu, zarówno podstawowego, jak i specjalistycznego (w szczególności dla nowych pracowni, czy poradni specjalistycznych). Trzecią grupą potrzeb, wskazywaną przez respondentów, był zakup pojedynczych kosztownych sprzętów diagnostycznych, typu: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny,.

⁷² Ocena dostępności usług medycznych poprzez realizację projektów priorytetu V Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 w aspekcie perspektywy finansowej UE 2013+. Badania wykonane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, Poznań, 2011.

⁷³ Rozporządzenia Ministra Zdrowia, w tym w szczególności z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 roku, Nr 31, poz. 158) wraz z załącznikami. Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 poz. 739).



mammograf, urządzenia USG i RTG, dla uzupełnienia zakresu usług medycznych oraz zwiększenia ich dostępności na terenie danego powiatu. Przedstawiciele starostw powiatowych kładli duży nacisk na powstawanie, przebudowę i doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych (w tym budowa lądowisk), eksponując znaczenie doraźności i wagi oferowanej w nich pomocy medycznej dla ludności. Inwestycje w tym obszarze są również istotne w jednostkach dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego. Przykładowymi działaniami do realizacji w najbliższych latach jest przebudowa szpitalnego oddziału ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu, czy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, a także budowa lądowiska przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Kępnie.

Oprócz zakupu aparatury medycznej często wskazywano na zakup karetki medycznej, jako spełnienie podstawowych potrzeb szpitala w tym zakresie. Ze względu na swoją awaryjność oraz intensywność eksploatacji zostały one uznane za najbardziej dręczącą potrzebę szpitali w powiatach. Przedstawiciele powiatów wskazywali na konieczność zwrócenia uwagi i wsparcia takich usług medycznych jak opieka paliatywna, pomoc domowa pacjentom przewlekle chorym, pomoc medyczna osobom starszym i pomoc chorym psychicznie.

Wskazywane potrzeby uzasadniano dwoma powodami: po pierwsze wpływem mijającego czasu i wynikającą z niego potrzebą „doganiania” nowych, oferowanych na rynku medycznym, technologii, zapewniających lepszą opiekę medyczną, mniejszą inwazyjność przeprowadzanych badań i zabiegów oraz lepszą diagnostykę w zakresie wczesnego wykrywania chorób. Drugi powód to niedostosowanie do standardów, jakim mają odpowiadać pomieszczenia i wyposażenie w placówkach służby zdrowia, wynikających z rozporządzeń ministerialnych.

Potrzeba inwestycji w podmiotach leczniczych wynika także z konieczności dostosowania do wymogów rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Placówki w miarę możliwości prowadzą prace remontowe i modernizacyjne, mające na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów. W 2012 roku takie prace były prowadzone w ok. 60% placówek szpitalnych w Wielkopolsce. Zdecydowana większość szpitali w województwie posiada co najmniej jeden oddział w dobrym bądź bardzo dobrym stanie technicznym⁷⁴. Jednak potrzeby w tym zakresie znacznie przekraczają możliwości finansowe jednostek.

W samych tylko jednostkach, dla których organem tworzącym jest Województwo Wielkopolskie, nakłady potrzebne do spełnienia tych wymogów szacuje się na ok. 130,5 mln zł. Szczegółowo te potrzeby prezentuje poniższe zestawienie.

Tabela 12. Szacunkowe nakłady niezbędne do spełnienia wymogów rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej w jednostkach medycznych Samorządu Województwa Wielkopolskiego

Lp.	Nazwa jednostki	Koszt programu dostosowawczego (zł)			Suma (zł)
		2014	2015	2016	
1.	Zakład Opiek. – Leczn. w Poznaniu (planowana działalność w nowej lokalizacji w ramach zadania: Modernizacja i adaptacja budynków i terenów przyległych w Kowa-			1 160 000	1 160 000

⁷⁴ Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epidemiologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012. Państwowa Inspekcja Sanitarna, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Poznań, 2013.



	nówku przy ul. Miłowody 2 na potrzeby oddziału)				
2.	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Samodzielny Publ. ZOZ w Śremie	0	0	100 000	100 000
3.	Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu (planowana działalność w nowej lokalizacji w ramach przedsięwzięcia: Budowa nowego szpitala matki i dziecka)	619 000	930 000	28 250 000	29 799 000
4.	Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej	0	1 580 000	610 000	2 190 000
5.	Ośrodek Rehabilitacyjny dla Dzieci w Poznaniu – Kiekrzu (planowana działalność w nowej lokalizacji w ramach przedsięwzięcia: Budowa nowego szpitala matki i dziecka)	0	0	660 000	660 000
6.	Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu	830 000	4 390 000	7 500 000	12 720 000
7.	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza	40 000	0	4 000 000	4 081 000
8.	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie (Szpital w celu dostosowania realizuje projekt współfinansowany w ramach WRPO 2007-2014)	3 900 000			3 900 000
9.	Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej w Sokółowce Spółka z o.o.	33 000	775 000	92 000	900 000
10.	Wojew. Szpital Neuropsychiatryczny im. O. Bielawskiego w Kościanie	2 000 000	16 500 000	10 000 000	28 500 000
11.	Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach	0	0	0	0
12.	Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego w Poznaniu	0	0	0	0
13.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	0	0	2 035 000	2 035 000
14.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu	130 000	9 170 000	8 475 000	17 775 000
15.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	3 495 221	6 675 000	9 286 000	19 456 221
16.	Wojew. Szpital Zespolony w Lesznie	774 100	1 391 000	1 181 000	3 346 100
17.	Szpital Rehabilitacyjno – Kardiologiczny w Kowanówku	70 000	182 000	1 200 000	1 452 000
18.	Pozn. Ośrodek Reumatol. w Śremie	0	0	0	0
19.	Wielkop. Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Poznaniu	1 952 677	200 000	300 000	2 452 677
20.	Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu Spółka z o.o.	0	0	0	0
21.	Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu	30 000	0	0	30 000
22.	Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Koninie Spółka z o.o.	0	0	0	0
23.	Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy w Poznaniu	22 000	10 000	8 000	40 000
SUMA:		14 545 998	41 803 000	74 197 000	130 525 998

Źródło: opracowanie na podstawie informacji Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW.

Podmioty medyczne podporządkowane Samorządowi Województwa Wielkopolskiego zgłaszają potrzeby zakupu aparatury medycznej i sprzętu w latach 2014-2020 na łączną kwotę 74,3 mln zł. Największe potrzeby wystąpią w 2014 roku i 2015 roku (po ok. 26,2 mln zł), w 2016 roku 12,9



mln zł, w 2017 roku 4,8 mln zł, w 2018 roku 3,7 mln zł, w latach 2019-2020 łącznie 570 tys. zł. Zapotrzebowanie tych jednostek na sprzęt i aparaturę przedstawia się następująco:

Tabela 13. Zgłaszane przez jednostki Samorządu Województwa Wielkopolskiego zapotrzebowanie na wybrane rodzaje sprzętu i aparatury medycznej w latach 2014-2020

Rodzaj aparatury	Liczba jednostek aparatury	Szacunkowe koszty (tys. zł)
Akcelerator wysokoenergetyczny	3	36 000
Rezonans magnetyczny	1	6 500
Tomograf komputerowy	7	26 400
Aparat do brachyterapii	1	2 500
Symulator RT	2	9 000
Nóż laserowy	1	980
Neuronawigacja	1	1 500
Kardioangiograf	2	5 700
Aparat do krążenia pozaustrojowego	1	710
Elektromonitoring operacji neurochirurgicznych	1	400
Rama stereotaktyczna do operacji neurochirurgicznych	1	500
Echokardiograf	1	400
Stoły operacyjne	14	1 713
Respiratory	30	2 833
Inkubatory	15	1 270
Aparaty RTG (różne typy)	9	4 432
Aparaty do znieczuleń	13	1 700
Aparaty do dializy	10	350
Defibrylatory	51	1 610
System monitorowania chorych (12 stanowisk)	3	1 080
System zarządzania radioterapią	2	2 000

Źródło: opracowanie na podstawie informacji Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

Potrzeby inwestycyjne podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są powiaty, wynikają, podobnie jak dla podmiotów, których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego, z wymogów rozporządzeń Ministra Zdrowia, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ponadto wynikają z wieku i stanu budynków, które często przez wiele lat nie były poddawane modernizacji, z wymogu dostosowania ich dla osób niepełnosprawnych, a także z konieczności dostosowania do przepisów bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

Z przeprowadzonych przez Departament Polityki Regionalnej UMWW badań ankietowych wynika, że wszystkie powiaty, biorące udział w badaniu, zgłosiły potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków w podległych podmiotach leczniczych, w tym szpitalach. Łącznie zadeklarowano zapotrzebowanie na ponad 600 mln zł (tj. na remont, rozbudowę, przebudowę lub budowę budynków, dostosowanie pomieszczeń do użytkowania aparatury medycznej, modernizację instalacji czy termomodernizację). Średnie zapotrzebowanie na inwestycje w infrastrukturę publicznej służby zdrowia w powiecie wyniosło ponad 23 mln zł. Największe zapotrzebowanie, powyżej 50 mln zł, zgłosiły powiaty poznański, gnieźnieński, słupecki oraz Miasto Poznań, natomiast najmniejsze, nieco ponad 1 mln zł, zgłosił powiat kępiński. Przeważającymi potrzebami inwestycyjnymi w zakresie budynków szpitalnych są remont, rozbudowa lub przebudowa budynku, czy modernizacja instalacji. Połowa powiatów zgłosiła potrzebę budowy, przebudowy, lub modernizacji bloków operacyj-



nych. Ponadto powiaty: gnieźnieński, jarociński, kępiński, kościański oraz wągrowiecki zgłosiły zapotrzebowanie na budowę lądowisk dla śmigłowców przy szpitalnych oddziałach ratunkowych.

W zakresie sprzętu medycznego potrzeby inwestycyjne w podmiotach leczniczych, dla których organem założycielskim są powiaty, zgłosiły prawie wszystkie badane jednostki.

Tabela 14. Przykładowe potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są powiaty

Rodzaj aparatury	Liczba aparatury	Szacunkowe koszty (tys. zł)
Analizator biochemiczny	5	1 310
Aparat do znieczulenia	55	8 910
Aparat EKG	82	3 211
Aparat RTG	33	36 220
Aparat USG	59	10 680
Gamma kamera	1	2 500
Defibrylator	98	3 951
Inkubator	41	3 145
Kardiomonitor	236	6 032
Kardiotymulator	22	677
Łóżka szpitalne, łącznie z łózkami intensywnej opieki medycznej, pooperacyjnymi oraz rehabilitacyjnymi	1 422	8 120
Pompa infuzyjna	537	2 574
Pulsoksymetr	76	317
Respirator	105	9 191
Rezonans magnetyczny	2	7 000
Tomograf komputerowy	10	27 300
Videogastroskop	12	1 120
Videokolonoskop	11	1 060

Źródło: na podstawie wyników badania ankietowego przeprowadzonego we wrześniu 2013 roku przez Departament Polityki Regionalnej UMWW wśród jednostek samorządu terytorialnego.

Zadeklarowano zapotrzebowanie (do 2020 roku) w zakresie sprzętu medycznego na kwotę ok. 215 mln zł, z czego większość przewidziana jest do zakupu w latach 2014-2016. Średnio potrzeby inwestycyjne wyniosły ponad 8 mln zł na powiat. Potrzeby na kwotę powyżej średniej zgłosiło 9 powiatów, z czego największe potrzeby zgłosiły: powiat turecki, na kwotę blisko 32 mln zł, powiat poznański oraz Miasto Poznań (ponad 20 mln zł), a także powiat pleszewski (ponad 15 mln zł), natomiast najniższe potrzeby zgłosiły powiaty jarociński i ostrzeszowski. W ramach sprzętu medycznego zgłoszono również potrzebę zakupu 10 ambulansów sanitarnych oraz 4 ambulansów transportowych.

Obowiązująca z dnia 28 kwietnia 2011 roku ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia nakłada na podmioty prowadzące działalność leczniczą obowiązek wytwarzania, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W związku z tym jednostki zgłaszają potrzeby w zakresie zakupu odpowiednich systemów informatycznych, urządzeń, oprogramowania oraz szkoleń pracowników w tym zakresie.

**Tabela 15. Potrzeby inwestycyjne podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Wielkopolskiego w zakresie wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej**

Potrzeby inwestycyjne	Przewidywany okres realizacji	Szacunkowe koszty (tys. zł)
Zakup kompleksowego systemu informatycznego, np. system PACS, system RIS, system HIS	2013 - 2016	11 953,60
Zakup urządzeń informatycznych (np. serwery, stacje robocze, tablety, urządzenia wielofunkcyjne,)	2013 - 2020	28 730,40
Oprogramowanie oraz licencje oraz systemy komputerowe	2014	9 731,00
Szkolenia pracowników	2014	120,00
Dostęp do szerokopasmowego łącza internetowego	2013-2015	126,00
RAZEM	2013-2020	50 661,00

Źródło: opracowanie na podstawie informacji Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

Potrzeby w zakresie infrastruktury teleinformatycznej podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są powiaty szacuje się na kwotę ponad 40 mln zł – potrzebę taką zgłosiły wszystkie powiaty biorące udział w badaniu ankietowym prowadzonym przez DPR UMWW, z czego większość działań przewidziana jest do realizacji również w latach 2014-2016. Potrzeby inwestycyjne w większości dotyczą zakupu systemów informatycznych, jak np. systemu RIS, HIS, archiwizacji elektronicznej dokumentacji medycznej, zarządzania administracją, czy telekonsultacji. Podmioty lecznicze planują także zakupić bądź zmodernizować, urządzenia informatyczne jak np. serwery, zestawy komputerowe, drukarki, czy urządzenia do przechowywania, udostępniania i wydawania obrazów TK, RTG, ponadto niektóre jednostki planują zainstalować sieć Wi-Fi oraz rozbudować sieć LAN. Część podmiotów leczniczych wskazuje również potrzeby w zakresie dostępu do szerokopasmowego łącza internetowego.

Problemem w regionie jest niska interoperacyjność systemów informatycznych między różnymi podmiotami ochrony zdrowia, co w kontekście wskazanych potrzeb świadczenia usług na odległość (telemedycyny), szczególnie takich jak teleopieka, telekonsultacje, tediagnostyka czy telerehabilitacja, wymaga pilnego rozwiązania.

Pomimo braków danych o pozostałych podmiotach leczniczych funkcjonujących w województwie można zakładać, że również one mają duże potrzeby w zakresie sprzętu medycznego czy infrastruktury teleinformatycznej.

Przewiduje się informatyzację podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Wielkopolskiego w trybie pozakonkursowym.

3.4.1. Poprawa opieki psychiatrycznej

Przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁷⁵ oraz założenia przyjęte w Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na lata 2011-2015 nakładają na jednostki samorządu terytorialnego obowiązki związane ze zwiększeniem dostępności do świadczeń psychiatrycznych.

⁷⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U.11.24.128).



Z powodu zaburzeń psychicznych w Wielkopolsce w 2011 roku leczonych było 55 039 osób. Liczba pacjentów zakładów długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej zwiększa się z roku na rok. W 2009 roku wynosiła ona 952, w roku 2010 - 1 139, a w roku 2011 już 1 246. Dane wskazują również, że najliczniejszą grupą pacjentów leczonych w tych latach jest grupa pacjentów w przedziale wiekowym 75 lat i więcej. Stanowiła ona w roku 2011 ponad 45% wszystkich pacjentów. Zwiększa się również liczba pacjentów nieopuszczających łóżka.

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego, w ciągu 18 lat, od roku 1990 do 2007, wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1 629 do 3 571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej. Jednocześnie zmiany w infrastrukturze zdrowotnej nie nadążają za tak dynamicznym wzrostem liczby osób chorych psychicznie.

W województwie wielkopolskim w 2013 roku świadczenia z zakresu usług opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – leczniczych o profilu psychiatrycznym oferowały 4 podmioty lecznicze:

- Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy w Śremie,
- Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Poznań w Poznaniu, ul. Grobla,
- Zakład Opiekuńczo -Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Poznań Nowe Miasto,
- Zakład Opiekuńczo -Leczniczy w Gnieźnie.

Działania tych jednostek nie są w stanie zaspokoić wciąż zwiększającego się popytu na usługi w tym zakresie. W związku z tym w celu zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, mieszkającymi na obszarze województwa wielkopolskiego, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej planowane jest uruchomienie w miejscowości Kowanówko, w budynkach po byłym Szpitalu, oddalonym około 30 km od Poznania, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego o profilu psychiatrycznym, z docelowo 123 łózkami (przedsięwzięcie pod nazwą: Modernizacja i adaptacja budynków i terenów przyległych w Kowanówku przy ul. Miłowody 2 na potrzeby oddziału psychiatrycznego - Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego). Planowane jest włączenie go w strukturę organizacyjną Szpitala Rehabiliacyjno-Kardiologicznego mającego siedzibę i prowadzącego działalność również w miejscowości Kowanówko.

Na podstawie wstępnie przygotowanej koncepcji łączny koszt realizacji projektu szacowany jest w na kwotę ok. 30 mln zł. Projekt planowany jest do realizacji w ramach WRPO 2014+ jako projekt pozakonkursowy.

3.4.2. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem

Obecnie wiodącym ośrodkiem opieki pediatrycznej w województwie jest Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Placówka, dla której podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Wielkopolskiego, zapewnia kompleksową opiekę pediatryczną w zakresie podstawowym i specjalistycznym, a także opiekę położniczo-ginekologiczną.

Łącznie w 2011 roku Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu dysponował 294 łózkami o profilu dziecięcym i 26 łózkami noworodkowymi. Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Onkologii Ginekologicznej wykorzystuje 65 łózek. W roku 2013 Szpital dysponował łącznie 423 łózkami. Struktury te hospitalizują blisko 25 tysięcy pacjentów w trybie leczenia zamkniętego. Łącznie Szpital wykonał ponad 105 tysięcy osobodni w wymienionych zakresach. Przeciętny czas hospitalizacji w 2011 roku wynosi 4,73 dnia (bez Oddziału IOM), natomiast 4,77 dnia dla wszystkich oddziałów o profilu dziecięcym. Pobyt na Oddziale Noworodkowym trwa natomiast



4,3 dnia. W 2011 roku hospitalizowano w tym oddziale 2 134 najmłodszych pacjentów w ramach 9 400 osobodni.

Liczba porad udzielonych w strukturach Izby Przyjęć to około 30 tys. rocznie. Liczba prywatnych konsultacji w trybie 'ostrym' w Izbie Przyjęć nie stanowi nawet 0,4% wszystkich porad. Szpital udziela łącznie ponad 90 tys. porad w specjalistycznych poradniach ambulatoryjnych. Najpopularniejsze poradnie to: Chirurgii Ogólnej dla Dzieci (ponad 16 tys. porad), Alergologiczna (7,2 tys. porad) oraz Kardiologiczna, Leczenia Gruźlicy, Nefrologiczna i Okulistyczna.

Obecnie w skład SZOZ nad Matką i Dzieckiem wchodzi nieruchomości, w których udzielane są świadczenia medyczne:

- Szpital Dziecięcy ul. Krysiowicza 7/8 (użytkowanie obiektu na podstawie umowy z Zgromadzeniem Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo),
- Szpital Dziecięcy ul. Nowowiejskiego 54/56 (własność Województwa Wielkopolskiego),
- Szpital Położniczo-Ginekologiczny i Urologiczny ul. Jarochońskiego 18 (użytkowanie obiektu na podstawie umowy z Archidiecezją Poznańską),
- Specjalistyczna Przychodnia Medycyny Wieku Rozwojowego ul. Sporna 16, (własność Województwa Wielkopolskiego).

Z przeprowadzonych analiz i zebranych materiałów wynika, że wszelkie rozbudowy i modernizacje istniejącego SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu będą bardzo kosztowne nie rozwiązują całościowo problemu związanego z zapewnieniem w województwie opieki pediatrycznej na właściwym poziomie. Istniejąca infrastruktura Zespołu jest przestarzała i wymaga remontów, w skali podważającej ich sens ekonomiczny. Stan techniczny użytkowanych przez Zespół budynków, znajdujących się w różnych lokalizacjach, nie spełnia wymagań dla tego typu prowadzonej działalności leczniczej. Dwa z nich nie są ponadto własnością Województwa.

Istnieje także konieczność budowy szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci, gdyż województwo wielkopolskie nie dysponuje jeszcze takim oddziałem, co znacznie pogarsza możliwość ratowania życia i zdrowia dzieci znajdujących się w ciężkim stanie klinicznym.

Alternatywą, dającą szansę na kompleksowe rozwiązanie problemu jest budowa nowego szpitala. Koncepcja nowego szpitala zakłada, że będzie on prowadził działalność przejętą z istniejących jednostek Zespołu oraz ośrodka rehabilitacyjnego dla dzieci, uwzględniająca zmiany zachodzące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych:

- SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, który hospitalizuje ponad 33 tys. pacjentów rocznie, w tym 17 tys. dzieci oraz 16 tys. pacjentek położniczo-ginekologicznych.
- Ośrodek Rehabilitacyjny dla Dzieci w Poznaniu - Kiekrzu wykonuje 270 tys. procedur fizjo i fizykoterapii, hospitalizuje ponad 1 tys. pacjentów rocznie.

Przewiduje się, że w nowym szpitalu funkcjonować będzie 14 oddziałów, w tym szpitalny oddział ratunkowy, 24 poradnie, szkoła rodzenia, rehabilitacja, blok operacyjny, blok porodowy, diagnostyka obrazowa oraz diagnostyczno-lecznicza, laboratoria. Koncepcja inwestycji bazuje na 420 łóżkach oraz 16 stanowiskach na SOR. Obejmuje opiekę pediatryczną wraz z opieką położniczo-ginekologiczną oraz całym zapleczem pomocniczym. Szpital będzie świadczyć usługi medyczne w zakresie hospitalizacji oraz specjalistycznej opieki ambulatoryjnej o profilach: pediatrycznym,



położniczym, ginekologicznym, neonatologicznym oraz rehabilitacyjnym. Grupy pacjentów, którym dedykowany jest szpital: dzieci oraz pacjentki położnicze i pacjentki ginekologiczne.

Realizacja inwestycji, poza stanem technicznym i brakiem szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci o czym wspomniano powyżej, jest szczególnie istotna z punktu widzenia następujących przesłanek:

- zwiększenie jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie wielkopolskim,
- zapewnienie bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych,
- potrzeba rozwoju technologicznego,
- nieracjonalność kontynuowania inwestowania w wynajmowane (czasowo) nieruchomości,
- konieczność spełnienia minimalnych wymogów wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 123 poz. 739 z późn. zmianami) - zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zmianami) należy dostosować pomieszczenia i urządzenia szpitala do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 roku.

Inwestycja ta ma charakter strategiczny dla Samorządu Województwa Wielkopolskiego, gdyż Województwo Wielkopolskie, zgodnie z zapisem art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa, ma za zadanie zabezpieczyć dostępność do świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego dla ponad 320 000 dzieci w regionie. Istniejący SZOZ nad Matką i Dzieckiem hospitalizuje 33 000 pacjentów rocznie, w tym 17 000 dzieci oraz 16 000 pacjentek położniczo - ginekologicznych. Projekt planowany jest do realizacji w ramach WRPO 2014+ jako projekt pozakonkursowy.

3.4.3. Poprawa opieki onkologicznej

W celu zapewnienia lepszej dostępności mieszkańców Wielkopolski, a także mieszkańców całej Polski Zachodniej, do specjalistycznych usług i najnowocześniejszych metod leczenia nowotworów oraz wzmocnienia współpracy naukowej, klinicznej i edukacyjnej (staże lekarzy i naukowców, praktyki studenckie) w tym zakresie, planowane jest utworzenie Instytutu Radioterapii Protonowej w Poznaniu. Będzie to drugi w kraju (po Krakowie) ośrodek wykorzystujący najnowocześniejszą technologię w świadczeniu usług medycznych oraz prowadzący działalność naukowo-dydaktyczną. Efektem przedsięwzięcia będzie z jednej strony poprawa warunków leczenia dla pacjentów, z drugiej zaś strony zwiększenie innowacyjności w zakresie metod leczenia nowotworów poprzez stworzenie odpowiedniej infrastruktury badawczej, która umożliwi prowadzenie badań w zakresie podstawowym przedklinicznym i klinicznym.

Budowa Instytutu Radioterapii Protonowej jest projektem o strategicznym znaczeniu zarówno dla województwa wielkopolskiego, jak i dla rozwoju Polski Zachodniej. Utworzenie i wdrożenie w ramach projektu zintegrowanego, ponadregionalnego, wielodyscyplinarnego systemu profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych ma na celu:

- Utworzenie bazy do udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych pacjentom z nowotworami m.in. mózgu, rdzenia kręgowego, oczu oraz pacjentom niepełnolet-

nim, u których wykryto nowotwór, polegających na leczeniu chorych wiązką promieniowania fotonowego i protonowego.

Świadczenia te będą udzielane częściowo w Poznaniu (napromienianie wiązką protonową) w nowobudowanych obiektach oraz częściowo w wojewódzkich Centrach Onkologii Partnerów – kwalifikacja do leczenia oraz planowanie leczenia z uwzględnieniem planowania rozkładów dawek, przy wykorzystaniu aparatury zakupionej w ramach projektu.

- Poprawę wyposażenia aparaturowego w zakresie radioterapii fotonowej w jednostkach Partnerów projektu (w 5 województwach Polski Zachodniej).
- Prowadzenie badań diagnostycznych polegających na obrazowaniu i monitorowaniu leczenia nowotworów u pacjentów przy wykorzystaniu zaawansowanych i zintegrowanych technik obrazowania molekularnego (PET/CT).
- Koordynację kwalifikacji oraz planowania do leczenia z uwzględnieniem rozkładów dawek, przy wykorzystaniu aparatury zakupionej w ramach projektu.
- Podniesienie skuteczności profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych poprzez stworzenie platformy współpracy pomiędzy ośrodkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i jednostkami akademickimi.
- Integrację działań badawczych z zakresu nauk podstawowych i badań klinicznych prowadzonych na terenie Instytutu w Poznaniu i w jednostkach Partnerów, dla wsparcia wdrożenia innowacyjnych metod leczenia.

Projekt będzie obejmował trzy części:

Część Inwestycyjną: - Utworzenie (budowa i zakupy aparatury) Instytutu Radioterapii Protonoterapii w zakresie radioterapii protonowej i fotonowej w Poznaniu oraz w ośrodkach pozostałych 4 województw Polski Zachodniej.

Część badawczo-kliniczną, która będzie obejmowała pakiety badawcze w zakresie nauk klinicznych oraz proces planowania leczenia chorych i napromieniania i będzie realizowana zarówno z Poznaniu jak i w ośrodkach Partnerów: Opolu, Szczecinie, Wrocławiu i Zielonej Górze.

Część badawczą, która obejmować będzie 17 pakietów zadaniowych, w ramach których realizowane będą w Opolu, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu i Zielonej Górze zadania badawcze z zakresu nauk podstawowych i badań przedklinicznych i klinicznych.

W ramach projektu przewidywane jest sfinansowanie budowy Instytutu w Poznaniu oraz zakupy aparatury do części klinicznej i części badawczej dla wszystkich ośrodków członków Konsorcjum i Partnerów. Instytut Protonoterapii ma zostać utworzony na terenie Kampusu UAM w dzielnicy Poznań – Morasko, Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu (zakład radioterapii) oraz Wielkopolskiego Centrum Onkologii (dodatkowa infrastruktura badawczo-kliniczna). Nowoutworzona placówka ma umożliwiać z jednej strony realizację zadań i projektów naukowych przez wyższe uczelnie będące uczestnikami konsorcjum, z drugiej zaś – ma dać możliwość udzielania najnowocześniejszych świadczeń medycznych przy wykorzystaniu wysokospecjalistycznych technologii w zakresie radioterapii protonowej i fotonowej.

Projekt będzie realizowany przez konsorcjum, którego liderem jest Wielkopolskie Centrum Onkologii, a uczestnikami Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Politechnika Poznańska, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu oraz Województwo Wielkopolskie. Partnerami w projekcie będą:



Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Wojewódzki Szpital w Zielonej Górze (Lubuski Ośrodek Onkologii), Pomorski Uniwersytet Medyczny, Opolskie Centrum Onkologii, Wojewódzki Szpital Zespolony w Opolu.

Na podstawie wstępnie przygotowanej koncepcji łączny koszt realizacji projektu szacowany jest w na kwotę ok. 450 mln zł.

Członkowie konsorcjum podpisali 13 czerwca 2011 roku list intencyjny w sprawie realizacji wspólnego przedsięwzięcia dotyczącego budowy ośrodka protonoterapii. Została opracowana koncepcja ośrodka oraz sformułowano pakiety zadaniowe i zaproszono do współpracy Partnerów z województw Polski Zachodniej. 5 maja 2014 roku został podpisany kolejny list intencyjny, w którym określono szczegółowy zakres przedsięwzięcia. W liście intencyjnym stwierdzono, że Instytut Radioterapii Protonowej będzie funkcjonował w ramach struktur organizacyjnych WCO i umożliwiać będzie realizację przez wyższe uczelnie i szpitale projektów naukowych (przede wszystkim w dziedzinach: onkologia i radioterapia, fizyka radiacyjna, chemia radiacyjna, technologie medyczne, radiobiologia), jak i realizację świadczeń zdrowotnych (w tym finansowanych przez NFZ).

Mając na celu zapewnienie lepszej dostępności mieszkańców województwa do świadczeń onkologicznych, w tym diagnostyki i wielospecjalistycznego leczenia, od kilku lat Samorząd Województwa Wielkopolskiego realizuje przedsięwzięcie pod nazwą: „Przygotowanie koncepcji, dokumentacji i utworzenie ośrodków radioterapii w Wielkopolsce”. W ramach powyższego zaplanowano w najbliższych latach powstanie czterech ośrodków radioterapii na terenie województwa (w centrach subregionów Wielkopolski: Kaliszu, Pile, Koninie i Lesznie), jako filii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. Dotychczas utworzono ośrodek w Kaliszu, który będzie wyposażony, a dla ośrodka w Pile jest opracowywana dokumentacja projektowo-techniczna. Wyposażenie ośrodków będzie jednak wykraczać poza 2015 rokiem, a więc harmonogramu wdrażania i realizacji aktualnego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015. W związku z tym konieczne jest zapewnienie finansowania zakupów wyposażenia tych ośrodków w kolejnych latach, w tym wsparcie ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w perspektywie finansowej 2014-2020. Wielkopolskie Centrum Onkologii szacuje, że koszty zakupów najistotniejszej dla prowadzenia przez ośrodki radioterapii w Kaliszu i Pile działalności leczniczej aparatury i wyposażenia wyniosą w latach 2014-2018 ok. 60 mln zł. W przypadku realizacji ww. projektów w ramach WRPO 2014+ przewiduje się zastosowanie trybu pozakonkursowego.



4. Analiza stanu i potrzeb w zakresie profilaktyki zdrowotnej w województwie

Spektrum oferowanych mieszkańcom Wielkopolski programów profilaktycznych jest dość znaczne, lecz niewystarczające do potrzeb. Problemem jest niewystarczające korzystanie z ofert profilaktyki zdrowotnej, oferowanej przez jednostki systemu zdrowia w regionie, na co wskazuje niska zgłaszalność na badania profilaktyczne. W efekcie choroby potencjalnie zagrażające życiu lub powodujące niepełnosprawność nie są wykrywane dostatecznie szybko, przez co zmniejszają się szanse na skuteczne leczenie. Problemem jest także aktywność części takich programów. Należy dążyć do tego, by oferowane programy zdrowotne i profilaktyczne nie ograniczały się do badań przesiewowych. Przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym powinno być zorganizowane systemowo w sposób kompleksowy i wielokierunkowy. Należy także poszerzać ofertę programów rehabilitacyjnych, umożliwiających przyspieszenie powrotu pacjentów do aktywności zawodowej.

4.1. Aktualnie realizowane programy zdrowotne współfinansowane ze środków UE

4.1.1. Profilaktyka raka szyjki macicy

Programem populacyjnej aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy są objęte kobiety w wieku 25-59 lat, które nie miały wykonanego wymazu cytologicznego przez ostatnie 3 lata przez lekarza ginekologa realizującego kontrakt Narodowego Funduszu Zdrowia. Niezależnie od miejsca zamieszkania każda kobieta otrzymuje imienne zaproszenie na zgłoszenie się do gabinetu ginekologicznego w celu wykonania badania.

Program realizowany w latach 2005 – 2015, składa się z trzech etapów:

- Etap I – podstawowy (pobieranie wymazów cytologicznych, badanie pobranego materiału w pracowni diagnostycznej, wręczenie pacjentce wyniku badania i decyzja, co do dalszego postępowania, skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki programu, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania).
- II Etap – diagnostyczny (dokonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego).
- III Etap - pogłębionej diagnostyki (badanie kolposkopowe, w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego badanie histopatologiczne pobranego w wyniku biopsji materiału).

System opieki i nadzoru nad pacjentką jest kompletny i zamknięty. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego pacjentka kierowana jest na powtórne badanie lub badania pogłębione (kolposkopia, biopsja). W praktyce oznacza to zapewnienie kompleksowej i wieloetapowej opieki medycznej każdej pacjentce uczestniczącej w Programie.

Kompleksową opiekę umożliwia odpowiednio przewidziany podział na etapy programu. Pacjentka, której został pobrany wymaz cytologiczny w etapie podstawowym przez lekarza ginekologa, w przypadku zdiagnozowania na etapie diagnostycznym podejrzenia stanu przedrakowego lub rakowego jest kierowana do etapu diagnostyki pogłębionej, aby ostatecznie wykluczyć lub potwierdzić badaniem kolposkopowym obecność komórek rakowych. W przypadku potwierdzenia diagnozy pacjentka kierowana jest do leczenia na oddział onkologiczny.

W Wielkopolsce badania w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, które finansuje WOW NFZ realizuje 120 świadczeniodawców w

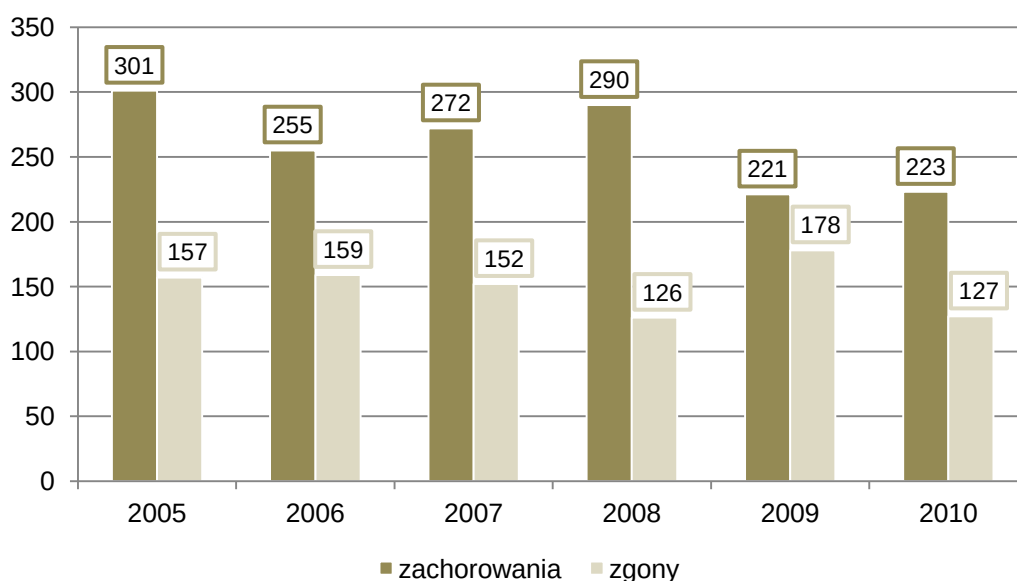
226 miejscach (2010 rok). Program skierowany jest do kobiet w wieku 25–59 lat, które nie były leczone z powodu raka szyjki macicy i nie wykonały badania w ciągu ostatnich 36 miesięcy. Program koordynuje Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM.

W Wielkopolsce w 2010 roku nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowiły u kobiet szóstą przyczynę zachorowalności. W 2010 roku wykryto 223 nowe przypadki, co w stosunku do roku 2001 oznacza spadek niemalże o 50% (tj. 111 przypadków). W porównaniu do roku 2009 zachorowalność utrzymała się na podobnym poziomie, co w połączeniu z faktem, iż w tym samym 2010 roku zgłoszono 7 przypadków inwazyjnego raka szyjki macicy oraz 9 przypadków przedinwazyjnego raka szyjki macicy wykrytych w skryningu tj. o 24 przypadki więcej niż w roku 2007, 8 przypadków więcej niż w roku 2008. Mogłoby to oznaczać pierwsze efekty realizowanego od 2006 roku Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Wielkopolsce zarejestrowano 127 zgonów z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, co w stosunku do roku 2001 oznacza spadek o 28%. Spadek liczby zgonów zarejestrowany w roku 2010 (w porównaniu do roku 2009) na poziomie 51 przypadków (tj. 40%) oznacza, iż tempo spadku umieralności Wielkopolanek z przyczyn raka szyjki macicy przyspiesza i stanowić może kolejny argument na potwierdzenie efektywności skryningu⁷⁶.

W Wielkopolsce w latach 2005-2010 obserwuje się stopniowy spadek liczby zachorowań oraz zgonów, jednakże jest to spadek zbyt wolny. Niezbędna jest poprawa diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy.

Rycina 18. Zachorowania oraz zgony na nowotwory złośliwe szyjki macicy w latach 2005-2010



Źródło: opracowanie na podstawie Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w Poznaniu

⁷⁶ Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku. Biuletyn nr 9. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010. Poznań, 2012.



W ramach Programu w latach 2009-2012 przebadano ponad 200 tys. kobiet. Szczegóły zawiera zestawienie poniżej⁷⁷:

Tabela 16. Liczba przebadanych kobiet w programu profilaktyki raka szyjki macicy w Wielkopolsce

Rok	Liczba przebadanych kobiet
2009	47 556
2010	47 884
2011	49 887
2012	58 011

Źródło: opracowanie na podstawie Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania op. cit.

Zgłaszalność pacjentek na bezpłatne badanie cytologiczne w 2012 roku była w Wielkopolsce najniższa wśród wszystkich województw, wynosząc 16,88%. W województwie o najwyższym stopniu zgłaszalności kobiet na te badania, wskaźnik osiągnął wielkość 30%. Objęcie populacji w poszczególnych powiatach województwa wielkopolskiego badaniami w kierunku raka szyjki macicy w latach 2009-2012⁷⁸ przedstawia poniższe zestawienie.

Tabela 17. Objęcie populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy w powiatach Wielkopolski

Powiat	Odsetek kobiet kwalifikujących się do badań, objętych badaniami w latach 2009-2013				Liczba kobiet kwalifikujących się do badań
	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2012 r.
chodzieski	10,64	13,04	10,22	10,29	12 190
czarnkowsko-trzcianiecki	18,89	26,15	26,28	24,54	21 680
gnieźnieński	27,96	35,06	29,67	26,79	36 917
gostyński	10,56	19,03	26,26	25,64	19 054
grodziski	5,31	6,67	6,24	7,21	12 451
jarociński	10,01	12,47	11,18	8,18	18 198
kaliski	3,59	5,84	6,71	7,87	19 986
kępiński	5,26	7	5,89	4,96	14 103
kolski	15,9	19,97	19,92	18,9	21 879
koniński	16,72	19,55	20,61	19,03	31 248
kościański	20,72	23,55	18,76	11,28	20 071
krotoszyński	9,83	15,94	19,01	19,46	19 523
leszczyński	15,39	15,42	17,29	18,22	13 158
międzychodzki	4,08	5,86	6,08	9,64	9 281
nowotomyski	18,42	19,95	18,63	20,98	18 636
obornicki	16,82	21,18	18,78	15,67	14 937
ostrowski	16,21	21,96	22,19	20,14	40 720
ostrzeszowski	8,31	11,34	12,43	12,96	13 668
pilski	21,48	23,41	20,78	20,74	36 122
pleszewski	23,62	32,12	32,71	23,32	15 839
poznański	15,71	18,2	16,59	16,22	90 408
rawicki	20,15	22,28	22,71	23,45	14 931
śłupecki	33,67	32,19	31,28	32,74	14 700
szamotulski	8,43	11,57	11,51	12,6	22 660

⁷⁷ Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, informacje Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego w Poznaniu.

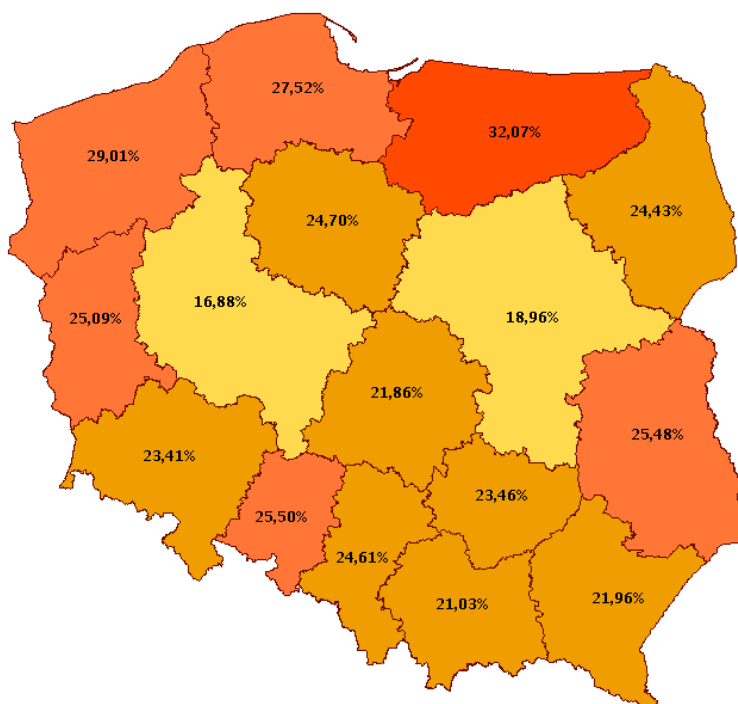
⁷⁸ Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku. Biuletyn nr 9. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, Poznań, 2012.

średzki	17,54	23,08	22,14	20,16	14 306
średzki	15	21,07	22,76	17,17	15 506
turecki	11,89	13,41	15,06	16,8	21 124
wągrowiecki	31,69	28,37	28,21	28,54	17 383
wolsztyński	14,28	13,86	15,53	14,92	14 088
wrzesiński	15,38	14,53	16,38	17,14	19 482
złotowski	6,38	6,56	6,81	7,26	17 550
m. Kalisz	7,68	11,71	12,99	13,83	27 832
m. Konin	23,92	25,35	26,18	23,87	20 346
m. Leszno	24,02	21,15	20,91	19,84	17 497
m. Poznań	13,84	15,81	15,52	15,27	150 229
WIELKOPOLSKA	15,7	18,51	18,23	17,41	887 703

Źródło: opracowanie na podstawie Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania op. cit.

W miarę zwiększania się świadomości prozdrowotnej wśród kobiet oraz zwiększającego się zainteresowania profilaktyką onkologiczną zwiększa się również liczba wykrytych patologii. Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy organizuje akcje prozdrowotne i uświadamiające, przeprowadza akcje profilaktyczne na imprezach plenerowych w małych miastach i gminach, wykłady dla mieszkanki oraz beneficjentek pomocy społecznej, jak również w ramach wczesnej interwencji wykłady dla gimnazjalistek.

Rycina 19. Zgłaszalność na bezpłatne badania cytologiczne w 2012 r.



Źródło: opracowanie na podstawie Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania op. cit.

4.1.2. Profilaktyka raka piersi

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia pojęcie „skryning” obejmuje działania interwencyjne o charakterze profilaktyki wtórnej, prowadzone w populacji bez objawów danej cho-

roby, mające na celu zwalczanie chorób ważnych z punktu widzenia medycznego i społecznego poprzez wykrycie choroby w najwcześniejszym stopniu zaawansowania. Do połowy lat 80-tych ubiegłego wieku, na podstawie badań randomizowanych wykazano, że badania przesiewowe (skrining) prowadzone w populacji z zapewnieniem masowości i powtarzalności obniżają umieralność z powodu raka piersi u kobiet o 25-45%⁷⁹. Głównym celem organizacji badań przesiewowych w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi jest zapobieganie zgonom z powodu raka piersi poprzez wykrycie choroby we wczesnym stadium zaawansowania i skuteczne leczenie. Realizacja programu ma w efekcie doprowadzić do obniżenia wskaźnika umieralności do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podnieść poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi⁸⁰.

W Polsce jako populację docelową w programie profilaktyki raka piersi wybrano kobiety w wieku 50-69 lat, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały wykonanego badania mammograficznego (jeżeli rak piersi wystąpił wśród członków rodziny lub kobiet, u których stwierdzono mutację w obrębie genów BRCA1 i/lub BRCA2 badanie przeprowadza się raz w roku). Z programu wykluczone są kobiety, u których wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi⁸¹.

Rycina 20. Objęcie populacji kobiet w wieku 50-69 lat programem profilaktyki raka piersi w 2012 r.



Źródło: opracowanie na podstawie System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, data generacji 1.01.2013

⁷⁹ World cancer report 2008. World Health Organization, Boyle P, Levin B, Dinshaw K, Kasler M, Ngoma T i współ. (red.), Lyon, 2008, s.412-416.

⁸⁰ Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 57/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 roku.

⁸¹ Murawa ABC raka piersi, D, Dyzmann-Sroka A, Kycler W, Lamch K, Kubiak A, Jędrzejczak A, Trojanowski M, Szczepański Ł., Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań, 2010.



Spośród 35 powiatów województwa wielkopolskiego najlepsze objęcie programem zanotowano w powiecie kościańskim (61%), następnie w nowotomyskim (58%), najniższe natomiast w tureckim (37%).

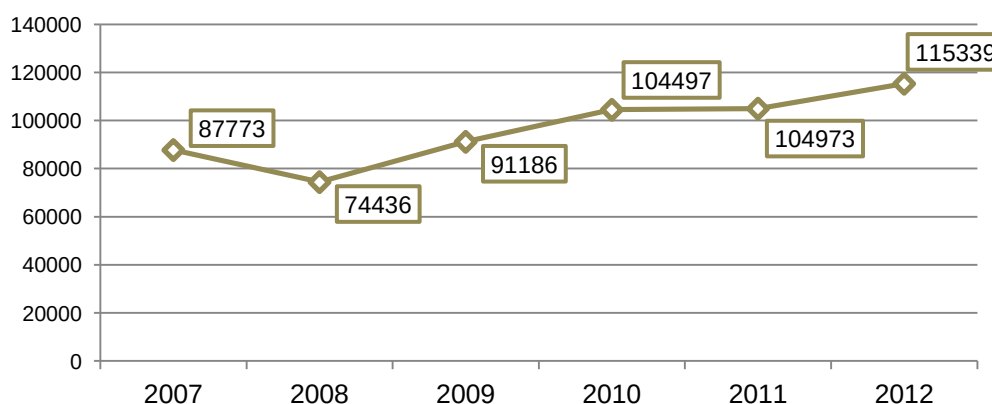
Tabela 18. Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi w powiatach Wielkopolski

Powiat	Liczba kobiet kwalifikujących się do badań	% objęcia populacji	Powiat	Liczba kobiet kwalifikujących się do badań	% objęcia populacji
kościański	9 934	61,47	gnieźnieński	19 025	50,03
nowotomyski	9116	57,91	ostrzeszowski	6 838	49,08
poznański	40 079	56,74	m. Konin	11 941	48,97
leszczyński	6 129	56,06	złotowski	8 582	48,35
chodzieski	6 368	55,15	krotoszyński	9 833	48,21
obornicki	7 427	55,15	gostyński	9 243	47,47
grodziski	5 780	54,84	wrzesiński	9 836	45,56
m. Leszno	9 621	54,57	kaliski	9 625	45,12
wągrowiecki	8 495	54,44	kępiski	6 898	45,01
rawicki	7 722	53,66	pilski	18 703	43,84
wolsztyński	6 866	53,29	koniński	14 177	43,16
średzki	7 069	53,22	czarnkowsko-trzcianecki	11 043	42,1
m. Poznań	83 925	52,78	śłupecki	7 441	41,66
międzychodzki	4 846	52,25	kolski	11562	41,4
śremski	7 746	51,68	pleszewski	7 842	39,72
ostrowski	21 018	51,61	m. Kalisz	16 639	39,43
jarociński	9 323	51,46	turecki	10 503	37,44
szamotulski	11 195	50,86			

Źródło: opracowanie na podstawie System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, op. cit.

W latach 2007-2012 obserwowano w Wielkopolsce stopniowy wzrost liczby realizowanych badań, od 84 773 w 2007 roku do 115 339 w 2012 roku.

Rycina 21. Liczba badań zrealizowanych w latach 2007-2012 w Wielkopolsce (tzw. bieżące objęcie)



Źródło: opracowanie na podstawie System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, op. cit.

Stosunek liczby kobiet przebadanych w programie profilaktyki raka piersi w danym roku kalendarzowym do połowy liczby populacji kobiet w wieku 50-69 lat (badanie mammograficzne wykonywane jest raz na 24 miesiące) odzwierciedla tzw. bieżące objęcie populacji.

Tabela 19. Bieżące objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Roczna populacja do przebadania	205 978	211 239	216 037	220 696	225 145	228 900
Liczba zrealizowanych badań	84 773	74 436	91 186	104 497	104 973	115 339
Bieżące objęcie (%)	41,16	35,24	42,21	47,35	46,62	50,39

Źródło: opracowanie na podstawie System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki, op. cit.

4.2. Aktualnie realizowane programy zdrowotne finansowane ze środków JST

Jednostki samorządu terytorialnego w Wielkopolsce (województwo, powiaty i gminy), wychodząc naprzeciw potrzebom mieszkańców, przygotowują i finansują szereg programów zdrowotnych i profilaktycznych.

4.2.1. Programy realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego

Nowotwory jelita grubego

Programy profilaktyki przeciwnowotworowej w zakresie wczesnego wykrywania raka jelita grubego tym zakresie organizuje i finansuje Samorząd Województwa Wielkopolskiego ze środków budżetu województwa. Na badania screeningowe raka dolnego odcinka przewodu pokarmowego od kilku lat przeznaczają się prawie 250 tys. zł rocznie. Łączne wydatki budżetu województwa na ten cel w latach 2009-2011 wyniosły 775 tys. zł. Od 2006 roku w ramach tego programu badaniami przesiewowymi w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy objęto 53 342 osoby.

Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu opracował koncepcję programu „Profilaktyka nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego w województwie wielkopolskim” do realizacji w latach 2014-2020.

Realizację takiego programu w regionie uzasadnia wzrost zachorowalności na tego typu choroby. Nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy, czyli dolnego odcinka przewodu pokarmowego, plasują się na drugim miejscu wśród wszystkich nowotworów rozpoznawanych w dorosłej populacji mieszkańców województwa wielkopolskiego (w przypadku kobiet największa liczba zachorowań dotyczy raka piersi, a u mężczyzn raka płuca). Analiza wskaźników zachorowalności w latach 1985-2010 ukazuje systematyczny wzrost rozpoznań dla obu płci, szczególnie widoczny od roku 1995, z pewną stabilizacją po roku 2006. Ponadto, można zauważyć stabilizację dynamiki wzrostu umieralności u obu płci.

Na tej podstawie można pokusić się o wstępną obserwację mówiącą o rozpoznawaniu nowotworów jelita grubego przy mniejszym ich zaawansowaniu, w tym również w okresie przedklinicznego rozwoju, do czego niewątpliwie przyczyniły się realizowane w Wielkopolsce programy profilaktyczne finansowane przez Samorząd Województwa.

W roku 2010 u mężczyzn rozpoznano 876 nowych zachorowań, z czego w 823 przypadkach dotyczyło to mężczyzn w wieku 50 lat i więcej (93,9%). Wśród kobiet odnotowano 697 nowych



zachorowań, z czego 669 dotyczyło kobiet w wieku 50 lat i więcej (96%). W tym samym roku na raka jelita grubego zmarło 568 mężczyzn (553, czyli 97,4% po pięćdziesiątym roku życia) oraz 451 kobiet (438, co stanowi 97,1% po pięćdziesiątym roku życia).

Znaczący wzrost zachorowań u obu płci obserwuje się po przekroczeniu pięćdziesiątego roku życia. Prognozy epidemiologiczne na rok 2018 przewidują wzrost liczby zachorowań do poziomu 1 025-1 294 wśród mężczyzn oraz 637-868 wśród kobiet.

Obecnie, jednym zalecanym przez Radę Europy testem skryningowym stosowanym w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego i odbytnicy jest immunohistochemiczny test wykrywający obecność krwi utajonej w kale. Interwał stosowany pomiędzy badaniami wynosi 2 lata.

Celem proponowanego programu profilaktycznego jest doprowadzenie do wczesnej wykrywalności nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Nie mniej istotnym celem jest doprowadzenie do zmian w prowadzonym stylu życia, co wraz z upowszechnieniem pełnego zakresu zachowań prozdrowotnych wpłynie na podwyższenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia populacji Wielkopolan po pięćdziesiątym roku życia.

Populacja mieszkańców województwa wielkopolskiego w wieku 50 lat i więcej wynosi ponad 112 tysięcy osób i wraz z wydłużaniem wieku życia będzie się powiększała. W późniejszych etapach regularnego prowadzonego corocznie programu badań przesiewowych można spodziewać się przyrostu osób uczestniczących w programie. W pierwszych latach jego prowadzenia spodziewany odsetek uczestników nie przekroczy 30% zakwalifikowanej populacji, co oznacza ok. 30 tysięcy osób badanych z zachowaniem dwuletniego interwału, czyli około 15 tys. osób rocznie (doelowo, po dłuższym czasie prowadzenie programu, oczekiwany jest udział 65% populacji).

Duże znaczenie dla powodzenia programu ma położenie nacisku na jego promocję oraz powszechną edukację, adresowaną do mieszkańców oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Spodziewany odsetek uczestników programu z nieprawidłowym wynikiem będzie oscylował wokół 8% zbadanej w danym roku próby i wyniesie około 1200 osób. U tych uczestników programu konieczne będzie powtórzenie testu, a dwukrotny wynik pozytywny stanie się podstawą przedmiotowego i podmiotowego badania lekarskiego, uzupełnionego w uzasadnionych przypadkach przeprowadzeniem kolonoskopii. Zwykle, przy potwierdzonej obecności krwi utajonej w kale nie mniej niż dwie trzecie badanych wymagają przeprowadzenia kolonoskopii (tj. około 800 osób rocznie).

Program będzie wymagał pełnego zabezpieczenia dostępu części diagnostycznej, czyli zarówno do specjalistycznej konsultacji, jak i powtórzenia badania na obecność krwi utajonej w kale oraz badania kolonoskopowego, także z pobraniem materiału do badań histo-patologicznych i ewentualnego skierowania do leczenia. Pominięcie pogłębionej diagnostyki spowoduje ujawnienie u części beneficjentów nieprawidłowych wyników, z którymi chory nie będzie miał do kogo się zwrócić, gdyż system ochrony zdrowia finansowany przez NFZ nie będzie w stanie zabezpieczyć takiej liczby dodatkowych badań.

Całkowity koszt programu szacowany jest na 6,5 mln zł, w tym 1 345 tys. zł w pierwszym roku.

Pozostałe programy profilaktyczne

Realizując cele strategii rozwoju województwa w zakresie ochrony zdrowia, Samorząd Województwa Wielkopolskiego, dążąc do wyrównania szans dostępu do usług zdrowotnych mieszkań-



ców regionu, prowadzi liczne działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, przygotowując i finansując realizację programów prozdrowotnych. Programy te są nakierowane na najistotniejsze problemy zdrowotne występujące w województwie. Zakresem obejmują przede wszystkim choroby o najwyższym w Wielkopolsce (lub bardzo wysokim) poziomie zachorowalności i umieralności, tj. choroby nowotworowe, układu krążenia i układu oddechowego, gdzie istnieją możliwości wczesnego wykrywania i specjalistycznej diagnostyki. Zasadą jest finansowanie takich projektów, które nie są finansowane z innych źródeł, w tym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badania wykonywane są na terenie gmin i powiatów oddalonych od aglomeracji poznańskiej i innych centrów medycznych, mając na celu poprawę dostępności mieszkańców tych obszarów Wielkopolski do profilaktyki zdrowotnej.

Programy te zakładają:

- zaangażowanie społeczności lokalnych, podnoszenie świadomości i odpowiedzialności za własne zdrowie (zachęcanie do zgłaszania się na badania przesiewowe),
- prowadzenie działań długofalowych,
- nakierowanie na wybrane tzw. „najsłabsze grupy społeczne”,
- współpracę z jak najszerszym gronem osób odpowiedzialnych formalnie i merytorycznie za problemy zdrowia mieszkańców Wielkopolski,
- równoległe prowadzenie edukacji zdrowotnej, szczególnie w środowisku szkolnym i lokalnym.

Tabela 20. Programy profilaktyczne realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego

Nazwa programu	Lata	Liczba uczestników	Koszt programu w latach 2009-2012 w tys. zł
Rak szyjki macicy – szczepienia przeciwko HPV dziewczynek, podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych	2007-2012	231	160,50
Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego	2006-2012	61 963	1 024,97
Badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego	2003-2012	60 712	786,73
Rak płuc	2009-2012	10 050	3 330,65
Badania przesiewowe w kierunku chorób układu oddechowego i POCHP	2007-2012	42 506	1 037,80
Zapobieganie poważnym powikłaniom klinicznym i zakrzepowym u chorych z ostrym zespołem wieńcowym leczonych przezskórną angioplastyką wieńcową	2006-2012	4 283	52,60
Profilaktyka i wczesne wykrywanie gruźlicy	2009-2012	2 344	431,52
Badania przesiewowe u dzieci w kierunku wykrywania nowotworów dla dzieci z placówek opiekuńczo-wychowawczych	2009	234	30,41
Program profilaktyczny w zakresie edukacji prozdrowotnej	2007-2012	37 019	372,20
Szczepienia przeciw grypie podopiecznych psychiatrycznych zakładów opieki długoterminowej ZPO Śrem	2009-2010	241	10,57
Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny z aktywizacją pacjentów POZP w Poznaniu i ZPO w Śremie	2009-2012	258	237,56

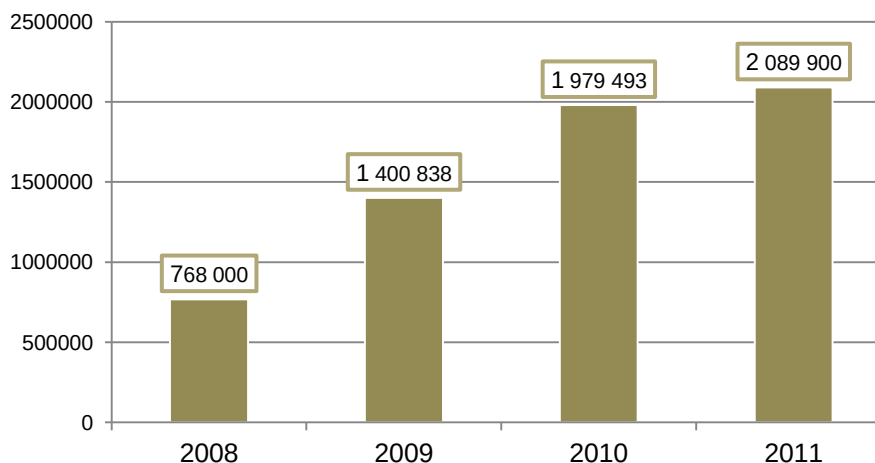
Źródło: opracowanie na podstawie informacji Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

W 2012 roku kontynuowane były następujące programy profilaktyki:

- przeciwnowotworowej (screening raka gruczołu krokowego, raka dolnego odcinka przewodu pokarmowego, raka płuc, szczepienia przeciwko zakażeniom HPV),
- schorzeń układu oddechowego, wczesnego wykrywania gruźlicy,
- edukacji prozdrowotnej,
- chorób układu krążenia,
- zdrowia psychicznego.

Ogółem w budżecie województwa wielkopolskiego w roku 2012 na finansowanie programów profilaktyki i promocji zdrowia przeznaczono 2,1 mln zł (tj. ok. 2% więcej niż w 2011 roku).

Rycina 22. Środki finansowe z budżetu województwa na realizację programów profilaktycznych w latach 2008-2011 (w zł)



Źródło: opracowanie na podstawie informacji Departamentu Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW

Samorząd Województwa Wielkopolskiego równolegle z prowadzeniem programów profilaktyki zdrowotnej przez NFZ podejmuje działania mające na celu aktywizację samorządów powiatowych poprzez zachęcanie ich do większego zaangażowania i podejmowania własnych długofalowych działań o charakterze programów w zakresie profilaktyki I fazy (promocja i edukacja zdrowotna) i II fazy (programy badań przesiewowych, szczepienia).

4.2.2. Programy realizowane przez powiaty i gminy

W ramach edukacji zdrowotnej wielkopolskie samorządy powiatowe finansują profilaktyczne programy zdrowotne w szkołach. W roku szkolnym 2011/2012 programem edukacji zdrowotnej objętych zostało 362 421⁸² wielkopolskich uczniów z 1 966 szkół. Najwięcej uczniów (56 931) skorzystało z programu w Poznaniu, natomiast najmniej (2 002) w powiecie pleszewskim. Ponadto 17 4016 uczniów z 990 szkół z regionu wzięło udział w profilaktycznym fluorkowym szczotkowa-

⁸² Dane z Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w likwidacji.



niu zębów. Ponownie najwięcej tj. 25 343 uczniów zostało objętych profilaktyką stomatologiczną w mieście Poznaniu a najmniej w powiecie pleszewskim. W wielkopolskich powiatach w 2012 roku realizowane były też programy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego oraz przeciwdziałania chorobom nowotworowym.

Z danych ankietowych (badanie z września 2013 roku) otrzymanych od 165 gmin województwa wielkopolskiego wynika, że tylko 40% z nich realizuje programy z zakresu promocji zdrowia oraz zdrowotne programy edukacyjne. Zakres programów profilaktycznych realizowanych przez gminy jest tożsamy z priorytetami zdrowotnymi zawartymi w planach i programach krajowych. Należy tu przytoczyć Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, który ma na celu zmniejszenie nierówności i poprawę stanu zdrowia, a tym samym jakość życia polskiego społeczeństwa.

Do najbardziej powszechnych programów realizowanych przez gminy w województwie wielkopolskim w zakresie profilaktyki zdrowotnej należą:

- programy dotyczące problemów alkoholowych,
- programy przeciwdziałania narkomanii,
- profilaktyka stomatologiczna u dzieci,
- szczepienia dzieci przeciw pneumokokom,
- szczepienia ochronne osób z grupy szczególnego ryzyka – powyżej 65 roku życia.

Wielkopolskie gminy umożliwiają ponadto swoim mieszkańcom wzięcie udziału w programach przeciwdziałających chorobom układu krążenia i nowotworowym poprzez badania profilaktyczne (pomiar ciśnienia tętniczego, mammografia, badania gruczołu krokowego, badanie krwi utajonej w kale, badania PSA itp.) oraz edukację zdrowotną. Popularne są też różnego rodzaju programy propagujące zdrowy tryb życia. Przeprowadzane są akcje edukacyjne związane z profilaktyką zdrowotną oraz upowszechnieniem aktywności ruchowej. Organizowane są imprezy sportowo-rekreacyjne (biwaki, rajdy piesze, rowerowe, turnieje sportowo-rekreacyjne, spływy kajakowe, kolonie) oraz „pogadanki” na temat zdrowego odżywiania się czy szkodliwości używania środków uzależniających.

Profilaktyczne programy zdrowotne mają na celu zapobieganie chorobom lub ich wykrywanie we wczesnym stadium zaawansowania, kiedy skuteczność leczenia jest największa. Niestety w polskim społeczeństwie wciąż panuje powszechne przekonanie o braku potrzeby wykonywania badań profilaktycznych. Nie inaczej jest w Wielkopolsce. Dlatego tak ważne jest, aby zwiększyć społeczną świadomość zdrowotną.

5. Wnioski i rekomendacje

Istotna jest poprawa jakości zaplecza opieki zdrowotnej. Poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej służyć będzie nie tylko polepszeniu warunków życia, ale także wzmocnieniu kapitału ludzkiego regionu. Należy tu mieć na uwadze fakt, że na stan zdrowia wpływa wiele czynników – obok indywidualnych (tj. biologicznych, genetycznych) istotne są czynniki zewnętrzne, które nie tylko są związane z usługami medycznymi, a więc czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe, środowiskowe (tj. bezrobocie, ubóstwo, wykształcenie, warunki mieszkaniowe, sanitarne, środowisko pracy, bezpieczeństwo żywności). Wymienione wyżej działania, zmierzające do poprawy sytuacji w tych dziedzinach, dają szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu.

Problemem w regionie są nieodpowiednie warunki szpitalnego leczenia dzieci i młodzieży. Funkcjonujący w Poznaniu szpital dziecięcy wymaga przeniesienia do nowego obiektu i odpowiedniego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Istnieje potrzeba wybudowania centrum leczenia chorób naczyń i serca, wzmocnienia infrastruktury nowoczesnego leczenia nowotworów (m.in. budowa centrum radioterapii protonowej) i opieki psychiatrycznej, a także rozbudowy bazy lecznictwa ortopedyczno-rehabilitacyjnego. Należy przy tym dążyć do dostosowania infrastruktury do wymogów ekologicznych i wpisania się w politykę zrównoważonego rozwoju. Istotne jest również wykorzystanie funkcjonującego zaplecza specjalistycznych usług medycznych, skoncentrowanego szczególnie w Poznaniu, przez poszukiwanie powiązań między ośrodkami klinicznymi a przedsiębiorstwami technologii medycznej, co wpłynie na jakość życia Wielkopolan i przyczyni się do wzrostu gospodarczego regionu.

Wobec prognoz demograficznych i przemian cywilizacyjnych konieczne jest w najbliższych latach przystosowywanie infrastruktury służby zdrowia do potrzeb wynikających ze „starzenia się” społeczeństwa oraz rozwój pozaszpitalnych, środowiskowych usług zdrowotnych i opiekuńczych. Wzrastająca liczba osób w podeszłym wieku skutkuje koniecznością poprawy dostępu do lekarzy specjalistów (np. zjawisko charakterystyczne w grupie osób w podeszłym wieku, jak wielochorobowość, wymaga dostępu do wielu specjalistów, opieki długoterminowej).

Niezwykle istotna jest kwestia promocji zdrowia wśród mieszkańców Wielkopolski. Rozwój programów profilaktycznych i zdrowotnych kierowanych do odpowiednich grup ludności może przyczynić się do wzmocnienia kondycji fizycznej i zdrowotnej Wielkopolan, co w efekcie będzie miało wpływ na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu.

Wnioski:

- Główne zagrożenia zdrowotne mieszkańców województwa spowodowane są chorobami układu krążenia, nowotworowymi oraz układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej.
- Wysoki udział chorób układu nerwowego i zaburzeń sprawności intelektualnej i psychicznej.
- Wysoka umieralność z przyczyn zewnętrznych – wypadki, upadki.
- Niski poziom wykrywalności wad rozwojowych i ich leczenia.
- Niewystarczający poziom opieki zdrowotnej osób starszych (m.in. w związku z występowaniem zjawiska wielochorobowości w tej grupie wiekowej).



- Zbyt późno stawiana diagnoza w leczeniu chorób nowotworowych, szczególnie w onkologii dziecięcej.
- Prognoza demograficzna przewiduje systematyczny wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, natomiast zmniejszanie się liczby osób w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym.
- Obserwowany jest wzrost długości życia przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu.
- Znaczny udział kobiet w populacji starszych wieku 70+.
- Nieodpowiednie warunki hospitalizacji dzieci i młodzieży.
- Nieodpowiednie warunki opieki psychiatrycznej.
- Zróżnicowana przestrzennie dostępność do lekarzy.
- Spadek liczby lekarzy specjalistów w regionie.
- Wzrost odsetka mieszkańców zmuszonych z powodów finansowych do rezygnacji z usług lekarzy, badań i pobytu w szpitalu.

Rekomendacje:

- Poprawa dostępności i jakości leczenia chorób układu krążenia (m.in. budowa centrum leczenia chorób naczyń i serca).
- Poprawa dostępności i jakości leczenia chorób nowotworowych (usługi ponadregionalnego ośrodka protonoterapii, sieć regionalnych ośrodków radioterapii).
- Poprawa dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży (konieczność budowy nowego szpitala matki i dziecka w Poznaniu).
- Rozbudowa bazy leczenia ortopedyczno-rehabilitacyjnego.
- Poprawa dostępności i jakości opieki psychiatrycznej, w tym rozwijanie ich środowiskowych form (budowa szpitala psychiatrycznego).
- Poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej, rozwój usług zdrowotnych i opiekuńczych dla osób starszych.
- Zwiększanie kompetencji zdrowotnych mieszkańców Wielkopolski, wspieranie profilaktyki i nowych wzorców zdrowia do walki z chorobami przewlekłymi.
- Zwalczanie czynników ryzyka dla zdrowia – czynników kulturowych, społeczno-ekonomicznych i środowiskowych.



SPIS RYCIN I TABEL

Ryciny

- Rycina 1. Prognoza ludności województwa wielkopolskiego według ekonomicznych grup wieku w latach 2013-2035
- Rycina 2. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w Wielkopolsce i Polsce, lata 2004-2012
- Rycina 3. Odsetek zgonów z powodu nowotworów w Wielkopolsce i Polsce, w latach 2004-2012
- Rycina 4. Średni wiek kobiet i mężczyzn przeżytych w zdrowiu – dane za lata 2005-2012
- Rycina 5. Liczba osób niepełnosprawnych w Wielkopolsce w 2011 roku
- Rycina 6. Odsetek osób niepełnosprawnych z podziałem na ekonomiczne grupy wieku, w układzie powiatowym w Wielkopolsce w 2011 roku
- Rycina 7. Stwierdzone choroby zawodowe w Wielkopolsce
- Rycina 8. Średni rzeczywisty czas oczekiwania w dniach do wybranych poradni specjalistycznych, kategoria medyczna „przypadki stabilne” (grudzień 2012 r.)
- Rycina 9. Czas oczekiwania w Wielkopolsce do wybranych poradni spec. (grudzień 2012 r.)
- Rycina 10. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie do wybranych oddziałów szpitalnych – przypadki stabilne (grudzień 2012 r.)
- Rycina 11. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na procedury wysokospec. (grudzień 2012 r.)
- Rycina 12. Liczba osób oczekujących do przyjęcia na oddział szpitalny – przypadki stabilne (grudzień 2012 r.)
- Rycina 13. Liczba osób oczekujących na procedury wysokospecjalistyczne (styczeń 2013 r.)
- Rycina 14. Nakłady na infrastrukturę IT w poszczególnych placówkach w latach 2011-2013
- Rycina 15. Liczba komputerów w poszczególnych jednostkach ze wskazaniem liczby komputerów wskazywanych przez jednostki jako wymagające wymiany
- Rycina 16. Prędkość łączy dostępu do Internetu w poszczególnych jednostkach
- Rycina 17. Aparatura medyczna w szpitalach powiatowych w Wielkopolsce w 2013 r.
- Rycina 18. Zachorowania oraz zgony na nowotwory złośliwe szyjki macicy w latach 2005-2010
- Rycina 19. Zgłaszalność na bezpłatne badania cytologiczne w 2012 r.
- Rycina 20. Objęcie populacji kobiet w wieku 50-69 lat programem profilaktyki raka piersi
- Rycina 21. Liczba badań zrealizowanych w latach 2007-2012 w Wielkopolsce (tzw. bieżące objęcie)
- Rycina 22. Środki finansowe z budżetu województwa na realizację programów profilaktycznych w latach 2008-2011 (w zł)

Tabele

- Tabela 1. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia w powiatach w Wielkopolsce (średnia dla lat 2010-2012)



Tabela 2.	Odsetek zgonów z powodu nowotworów w powiatach w Wielkopolsce (średnia dla lat 2010-2012)
Tabela 3.	Wartości wskaźnika zdrowia (HI) w układzie powiatowym w Wielkopolsce w 2010 roku
Tabela 4.	Liczba osób pracujących w przekroczeniach najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w latach 2011-2012
Tabela 5.	Udział procentowy stosowanych aparatów rentgenowskich w zależności od eksploatacji urządzenia
Tabela 6.	Liczba przychodni na 10 tys. mieszkańców w powiatach Wielkopolski w 2012 r.
Tabela 7.	Liczba podmiotów, z którymi NFZ zawarł umowy na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2012 r. w układzie powiatowym, w Wielkopolsce
Tabela 8.	Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców w układzie powiatowym, w Wielkopolsce w 2011 r.
Tabela 9.	Liczba poradni w Wielkopolsce i odsetek poradni przyjmujących w dniu zgłoszenia (2012 r.)
Tabela 10.	Liczba ogółem i odsetek oddziałów szpitalnych w Wielkopolsce przyjmujących pacjentów w dniu zgłoszenia (grudzień 2012 r.)
Tabela 11.	Liczba wybranej aparatury specjalistycznej w danych typach jednostek opieki zdrowotnej w 2012 r. w układzie powiatowym w Wielkopolsce
Tabela 12.	Nakłady niezbędne do spełnienia wymogów rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej w jednostkach medycznych Samorządu Województwa Wielkopolskiego
Tabela 13.	Zgłaszane przez jednostki Samorządu Województwa Wielkopolskiego zapotrzebowanie na wybrane rodzaje sprzętu i aparatury medycznej w latach 2014-2020
Tabela 14.	Przykładowe potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim są powiaty
Tabela 15.	Potrzeby inwestycyjne podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Wielkopolskiego w zakresie wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej
Tabela 16.	Liczba przebadanych kobiet w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Wielkopolsce
Tabela 17.	Objęcie populacji programem profilaktyki raka szyjki macicy w powiatach Wielkopolski
Tabela 18.	Objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi w powiatach Wielkopolski
Tabela 19.	Bieżące objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi
Tabela 20.	Programy profilaktyczne realizowane przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego



SPIS ŹRÓDEŁ BIBLIOGRAFICZNYCH

- Absencja chorobowa w 2006 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2007.
- Absencja chorobowa w 2007 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008.
- Absencja chorobowa w 2012 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2013.
- Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2004-2012, publikowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Centralny Rejestr Chorób Zawodowych (dane za 2012 rok), Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, www.imp.lodz.pl
- Choroby zawodowe pracowników biurowych; www.egospodarka.pl/pliki/raport-choroby-biuro.pdf
- Dane Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu.
- Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Wielkopolski Urząd Wojewódzki, Poznań 2014 r., stan na 30 czerwca 2013 roku.
- Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków w 2009 roku, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, 2009.
- Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków w 2013 roku, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, 2013.
- Europejskie Badanie Warunków Pracy, 2010: www.eurofound.europa.eu
- Informator o umowach NFZ, Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu; <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy>
- Informatory liczbowe ochrony zdrowia województwa wielkopolskiego z lat 2004-2012, publikowane przez Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu.
- Kondycja społeczno-ekonomiczna powiatów wielkopolskich, badanie wykonane na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Poznań, 2013.
- Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny, Biuro projektowe UNDP w Polsce, Warszawa, 2012.
- Murawa ABC raka piersi, D, Dyzmann-Sroka A, Kycler W, Lamch K, Kubiak A, Jędrzejczak A, Trojanowski M, Szczepański Ł., Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań, 2010.
- Narodowy Spis Powszechny 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012.
- Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku. Biuletyn nr 9. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010. Poznań, 2012.
- Ocena dostępności usług medycznych poprzez realizację projektów priorytetu V Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 w aspekcie perspektywy finansowej UE 2013+, badanie wykonane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, Poznań, 2011.
- Ocena stanu sanitarnego i sytuacja epide miologiczna województwa wielkopolskiego w roku 2012. Państwowa Inspekcja Sanitarna, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Poznań, marzec 2013.



- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa wielkopolskiego za rok 2012, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Poznań, 2013.
- Onkologia i hematologia dziecięca w Wielkopolsce. Analiza problemów zdrowotnych i propozycja interwencji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Transplantacji Szpiku u Dzieci, Poznań, 2013.
- Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w Poznaniu, 2013..
- Prof. Dr hab. Med. Wanda Stryła – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w województwie wielkopolskim – pismo z dnia 19 listopada 2013 r.
- Program wieloletni poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy na lata 2014-2016, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, 2013.
- Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym, Raport z kontroli Najwyższej Izby Kontroli, Nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD, Warszawa, 2012.
- Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, Barometr WHC Fundacja, 2013: http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc-1_2013.pdf
- Rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, stan na I kwartał 2014 r.
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 739).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia, w tym w szczególności z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 roku, Nr 31, poz. 158) wraz z załącznikami.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U.11.24.128).
- Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, World Health Organization, Biuro Regionalne, Warszawa, 2012.
- Stan zdrowia dorosłych mieszkańców województwa wielkopolskiego, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 60 r. ż., Czyżewska-Torba P., Stachowska M., Talarska D., Justat S., Szewczyczak M. [w:] Nowiny Lekarskie 2013, nr 82.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2011.
- Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2007.
- Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2020 roku. Wielkopolska 2020, Uchwała Nr XXIX/559/12 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego, Poznań, 17 grudnia 2012.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B., Goryński P., Moskaiewicz B (red.), Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012.



- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657).
- Wielkopolski Program na Rzecz Osób Starszych do 2020 roku, Uchwała nr XXXIX/772/13 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z 25 listopada 2013 roku.
- World cancer report 2008. World Health Organization, Boyle P, Levin B, Dinshaw K, Kasler M, Ngoma T I współ. (red.), Lyon, 2008, s.412-416.
- Wrodzone Wady Rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2010.
- Wyniki inwentaryzacji systemów informatycznych 23 podmiotów leczniczych z terenu województwa wielkopolskiego” Wielkopolska Sieć Szerokopasmowa.
- Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2008.
- Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 57/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 roku.
- Zdrowie psychiczne Polaków, BS/123/2012, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, 2012.



Opracowanie:

- Oddział Planowania Strategicznego Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego

Współpraca:

- Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom UMWW
- Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu
- Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
- Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi
- Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Poznaniu
- Jednostki samorządu terytorialnego w województwie wielkopolskim