

Załącznik do Uchwały ZWW nr 4279/2014  
z dnia 23 stycznia 2014r.

**URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO  
w Poznaniu**

**Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom**



Poznań – 2014 r.

## **Spis treści:**

I. Wstęp	str.2
1. Wprowadzenie	str.3
2. Uwarunkowania prawne	str.4
II. Sytuacja zdrowotna mieszkańców Wielkopolski	str.12
1. Uwarunkowania zdrowotne	str.12
2. Demografia	str.14
2.1.Liczba i rozmieszczenie mieszkańców	str.15
2.2.Struktura wieku	str.17
2.3.Ruch naturalny ludności	str.21
2.3.1. Urodzenia	str.21
2.3.2. Zgony	str.23
2.3.3. Przyrost naturalny	str.26
3. Epidemiologia	str.27
3.1. Główne problemy zdrowotne	str.31
III. Założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia	str.48
Wykaz map	str.53
Wykaz wykresów	str.53
Źródła danych	str.55

## **I. Wstęp**

Samorząd Województwa Wielkopolskiego od momentu swojego powstania wykonuje różnorodne zadania z zakresu ochrony zdrowia, opierając swoją politykę zdrowotną na potrzebach zdrowotnych regionu oraz szeregu krajowych i regionalnych uregulowaniach prawnych i dokumentach o charakterze strategicznym. Jednym z nich był „Wojewódzki Program Profilaktyki I Promocji Zdrowia Dla Województwa Wielkopolskiego na Lata 2009 – 2013”.

Niniejszy dokument stanowi jego kontynuację. Okres 5 lat, jaki upłynął od momentu opracowania poprzedniego Programu i wdrażanych na jego podstawie profilaktycznych programów zdrowotnych i innych działań w tym zakresie, finansowanych ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego, wymagał jego nowelizacji i dostosowania do czasokresu obowiązywania pozostałych dokumentów o znaczeniu kierunkowym w zakresie zdrowia.

Polityka zdrowotna, szczególnie w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia, jest w swej naturze zagadnieniem długofalowym, a jej efekty będą widoczne w perspektywie kilkunastu, jeśli nie kilkudziesięciu lat. Jednakże podejmowanie działań w tym względzie, wymaga ich monitoringu i ewaluacji, również w zakresie danych demograficzno-epidemiologicznych. Jak pokazuje przeprowadzona na potrzeby niniejszego Programu diagnoza pozostają one nadal aktualne.

Dlatego naturalnym rozwiązaniem było znowelizowanie Programu przy zachowaniu dotychczasowych strategicznych założeń polityki zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia i ich dalszej realizacji. Miało to również realny wpływ na konstrukcję niniejszego dokumentu.

Wymiernym jego efektem będzie natomiast możliwość przeanalizowania dotychczas realizowanych programów zdrowotnych i ich kontynuacja uwzględniająca obecny stan wiedzy medycznej i potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa oraz ewentualne uruchomienie nowych, w oparciu o propozycje złożone przez potencjalnych realizatorów, które pozytywnie przejdą proces ich weryfikacji.

## **1. Wprowadzenie**

Zdrowie to jedna z najcenniejszych wartości w życiu człowieka. Jest podstawą prawidłowego funkcjonowania jednostki we wszystkich aspektach jej aktywności życiowej, a więc rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego.

Zdrowie jednostki jest nie tylko wartością indywidualną, ale także istotną wartością społeczną. Stąd też ogromna odpowiedzialność władz publicznych, które mają prawo i obowiązek do kreowania polityki w trosce o zdrowie społeczeństwa. Jest to jedno z najważniejszych uprawnień i odpowiedzialności władzy, niezależnie od szczebla i zakresu kompetencji.

Podjmując próbę zdefiniowania terminu polityka zdrowotna w odniesieniu do władzy publicznej, można postawić tezę, że jest to troska administracji rządowej i samorządowej o ekologiczne i społeczne warunki sprzyjające umacnianiu i rozwojowi zdrowia zbiorowości.

Samorządy terytorialne, jako istotne elementy władzy publicznej ponoszą odpowiedzialność za tworzenie polityki zdrowotnej na swoim terenie.

Prowadzenie określonej polityki zdrowotnej opiera się na okresowej identyfikacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu przy zastosowaniu profesjonalnych badań epidemiologicznych i socjomedycznych. Uzyskana w ten sposób wiedza stanowi punkt wyjścia do ustalenia priorytetów i głównych kierunków działań prowadzących do poprawy sytuacji zdrowotnej, opracowania i realizacji oraz koordynacji programów zdrowotnych realizowanych przez różne podmioty.

Powszechnie wiadomo, że zdrowie jest jednym z głównych czynników mających wpływ na rozwój gospodarczy oraz poprawę poziomu życia społeczeństwa. Znana jest także zasada, że znacznie bardziej opłacalnym i skuteczniejszym procesem w zachowaniu zdrowia jest zapobieganie niż leczenie i rehabilitacja. Dlatego też profilaktyka i promocja zdrowia powinny odgrywać znaczącą rolę w działaniach podejmowanych przez instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne, do których należy również samorząd województwa.

## **2. Uwarunkowania prawne**

Państwo zobowiązane jest do nakreślenia norm prawnych będących podstawą uprawnień i obowiązków podmiotów polityki zdrowotnej. Władza centralna przyjmuje również dokumenty programowe wytyczające priorytetowe kierunki polityki zdrowotnej państwa.

Wśród najważniejszych dokumentów należy wskazać Konstytucję i inne ustawy uchwalone przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, programy zdrowotne takie jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 2015, rozporządzenia ministra zdrowia, dokumenty przyjmowane na szczeblu regionu – województwa takie jak Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2020 i Strategia Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020.

Najistotniejsze są normy zawarte w Art. 68 Konstytucji RP. Pierwszoplanowe znaczenie ma tu treść ustępu 1 cyt: *„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”*. W ustępie 2 stwierdza się, że cyt : *„Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych...”*. Władze publiczne zostały także zobowiązane do zapewnienia cyt *„szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”*. – ustęp 3, oraz do *„...zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”* – ustęp 4.

Sprawy zdrowia znajdują się jeszcze w dwóch innych artykułach Konstytucji RP, Art. 71 nakłada na władze publiczne obowiązek pomocy matkom, przed i po urodzeniu dziecka. Natomiast Art. 76 zobowiązuje do ochrony konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich życiu i zdrowiu.

Analizując rolę władz samorządowych należy kierować się wynikającą z Art. 15 Konstytucji RP zasadą decentralizacji władzy publicznej, oraz wskazaną w Art. 163 i Art. 164 zasadą domniemania kompetencji samorządu terytorialnego.

Reforma samorządowa, wyraźnie wskazała, że to społeczność lokalna i wybierane w jej imieniu władze samorządowe mają być gospodarzem danego terenu – gminy, powiatu i województwa, dbającym o interes publiczny, także w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. W ten sposób potwierdzono tezę, że dana społeczność najlepiej zna swoje potrzeby i wie, co zrobić, aby je

zapewnić. Główne zadania samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w zakresie ochrony zdrowia obejmują :

1. tworzenie ogólnej strategii i planowanie polityki ochrony zdrowia na danym terenie,
2. podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego,
3. podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Zadania Samorządu Województwa z zakresu promocji i ochrony zdrowia zapisane są w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 czerwca 2004 roku. Dokument ten określa, że do zadań własnych samorządu województwa w zakresie opieki zdrowotnej należy w szczególności:

1. opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
2. przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;
3. opracowanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
4. inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
5. podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Kolejnym dokumentem rangi ustawy odnoszącym się do profilaktyki zdrowotnej jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994r., która uznaje zdrowie psychiczne jako fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi powierza jako obowiązek państwu, w tym m.in. jednostkom samorządu terytorialnego. Władze samorządowe czyni się odpowiedzialnymi za organizowanie i prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Działania

te mogą być realizowane poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności w tym w zakresie, radzenia sobie ze stresami i wymaganiami środowiska oraz zwiększania kontroli nad własnym zdrowiem. Samorząd winien wspierać działania w zakresie kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, a także tworzenie placówek zajmujących się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną. Wypełniając zapisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego /Dz.U.11.24.128/ został opracowany Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Województwa Wielkopolskiego na Lata 2011 – 2015. Z punktu widzenia niniejszego dokumentu najważniejszym jest realizacja działań dotyczących zapisanych w nim priorytetów promocji zdrowia psychicznego.

Lista priorytetów promocji zdrowia psychicznego w województwie wielkopolskim:

1. Edukacja społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.
  - Partnerstwo dla ochrony zdrowia psychicznego na terenie województwa wielkopolskiego.
  - Edukacja dzieci i młodzieży.
  - Szkolenia lekarzy rodzinnych, pielęgniarek.
  - Kampanie informacyjno-edukacyjne w mediach.
  - Plakaty, publikacja poradników.
2. Promocja zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego.
  - Aktywne spędzanie wolnego czasu.
  - Techniki radzenia sobie ze stresem.
  - Kreowanie przyjaznych dla zdrowia psychicznego warunków pracy i nauki.
3. Przeciwdziałanie odrzuceniu osób chorych i ich rodzin w miejscu zamieszkania, w środowisku pracy oraz instytucjach nauczania i wychowania.
  - Aktywizowanie środowisk lokalnych, grup samopomocy.
  - Przeciwdziałanie stygmatyzacji.
4. Zwiększanie potencjału społeczności lokalnej w działaniach na rzecz wspierania osób w sytuacjach kryzysowych.
  - Tworzenie infrastruktury społecznej na rzecz przeciwdziałania i wspierania w sytuacjach kryzysowych.
5. Wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych.

- Edukacja i informacja o wczesnych objawach zaburzeń psychicznych i ich rozpoznawaniu.
- Programy profilaktyki zdrowotnej - wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz wśród osób starszych.

Dopełnieniem wskazanych powyżej aktów prawnych są narodowe i regionalne programy zdrowotne na czele z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ), Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz Strategią Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020.

*W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015* celem głównym jest poprawa jakości życia i zrównoważenie nierówności w zdrowiu, który winien być osiągnięty poprzez :

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Strategiczne cele zdrowotne NPZ dążą do zmniejszenia negatywnych wskaźników epidemiologicznych (zachorowalności i umieralności) oraz działań profilaktycznych i promocyjnych w zakresie najczęściej występujących w społeczeństwie chorób. Jeden ze szczegółowo opisanych celów operacyjnych NPZ w całości odnosi się do tematyki profilaktyki i promocji zdrowia, cyt.: *„zwiększenia i optymalnego wykorzystania systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”*.

Oczekiwanymi efektami z realizacji ww. celu do 2015 roku mają być:

1. Zwiększenie krajowego potencjału promocji zdrowia poprzez rozwój infrastruktury (polityki, systemu nadzoru, mechanizmów wdrażania programów).
2. Poprawa jakości kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników i realizatorów promocji zdrowia.
3. Zwiększenie skuteczności programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.



4. Zwiększenie zasięgu oddziaływania edukacji i promocji zdrowia i objęcie nimi grup szczególnie podatnych na zagrożenia zdrowotne.

Należy spodziewać się, że ww. cele jak również efekty pozostaną istotnym elementem kolejnej wersji tego dokumentu.

W założeniach kolejnego dokumentu jakim jest *Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych* znajdują się zapisy dotyczące działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania występowania chorób nowotworowych oraz wdrażania wczesnego reagowania. Wybrane cele programu dotyczą:

- zahamowania wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcia średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów,
- osiągnięcia średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
- stworzenia warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju chorób nowotworowych,
- utworzenia systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach.

Kierunki działania Programu zmierzają do rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia, wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci. Program zakłada zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania nowotworów oraz wdrożenie procedur dla zapewnienia jakości diagnostyki i terapii chorób nowotworowych.

Należy również pokreślić znaczenie, dla omawianych w niniejszym dokumencie zagadnień, dwóch strategicznych dokumentów regionalnych, a mianowicie *Strategii Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020* i *zaktualizowanej Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2020*.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020 stanowi jeden z najważniejszych dokumentów wyznaczających główne kierunki rozwoju i wdrażania polityki społecznej w regionie, w tym również polityki zdrowotnej, rozumianej jako jej integralny składnik.

„Zdrowi Wielkopolanie” - jeden z czterech priorytetów zapisanych w Strategii, silnie akcentuje m.in. potrzebę kreowania i realizacji wojewódzkiej polityki zdrowotnej, uwzględniającej profilaktykę i promocję zdrowia.

W tym zakresie w Strategii przyjęto następujące cele operacyjne i zadania:

#### I. Profilaktyka i promocja zdrowia

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 osiągnięciu 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, przeciwdziałających 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.

g. Aktualizowanie/ocena dotychczasowych programów polityki zdrowotnej z perspektywy przyjętych celów i zadań wojewódzkiej polityki społecznej do roku 2020.

## II. Kreowanie i realizacja wojewódzkiej polityki zdrowotnej

a. 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.

Wielkopolska 2020 - Zaktualizowana Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2020 roku wyraźnie uzależnia osiągnięcie założonego celu strategicznego – „zwiększanie zasobów oraz wyrównywanie potencjałów społecznych województwa” od kształtowania prozdrowotnego stylu życia jego mieszkańców, wspartego działaniami z zakresu profilaktyki głównych problemów zdrowotnych populacji. Wskazuje, iż zdrowie jest wartością bezpośrednio powiązaną ze wszystkimi rodzajami aktywności człowieka, pozostającą z nimi w ścisłej, wzajemnej relacji, a promocja i kreowanie zdrowego stylu życia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym jest warunkiem budowy konkurencyjnego, regionalnego kapitału ludzkiego, a przez to wzrostu konkurencyjności województwa.

Należy podkreślić, że oczekiwanym efektem docelowym z realizacji Strategii w kontekście zdrowia jest obniżenie poziomu zachorowalności mieszkańców

Wielkopolski w zakresie głównych problemów zdrowotnych, jak również zwiększenie ich wczesnego wykrywania i leczenia.

Zakłada, że będzie to możliwe m.in. poprzez:

- Rozwijanie profilaktyki zdrowotnej głównych problemów zdrowotnych, w tym chorób cywilizacyjnych (cel operacyjny: Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej).
- Wzmacnianie zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych, w szczególności w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (cel operacyjny: Promocja zdrowego stylu życia).

## **II. Sytuacja zdrowotna mieszkańców Wielkopolski**

### **1. Uwarunkowania zdrowotne**

Sytuacja Zdrowotna mieszkańców Wielkopolski zarówno aktualnie jak i w przewidywaniach zależy w znacznym stopniu od szeregu czynników, które należy brać pod uwagę w planowaniu działań prozdrowotnych. Pierwszoplanowe znaczenie dla stanu zdrowia społeczeństwa jak i przewidywanych potrzeb określonej populacji ma jej struktura demograficzna, w tym szczególnie rozkład według grup wiekowych i płci.

Poziom zdrowia społeczeństwa zależy w sposób wprost proporcjonalny od jego zasobności ekonomicznej i poziomu wykształcenia. Jest wykładnikiem rozwoju gospodarczego, co ilustrują lepsze wskaźniki epidemiologiczne w krajach bogatszych. Dziś już wiadomo o istotnym wpływie na zdrowie takich zjawisk jak :

- wiedza zdrowotna,
- warunki bytu,
- umiejętności życiowe,
- środowisko społeczne,
- środowisko pracy,
- środowisko ekonomiczne,
- nierówność społeczna.

Wszystkie czynniki wpływające na zdrowie jednostki jak i całego społeczeństwa można podzielić według koncepcji „pól zdrowia” M. Lalonda na cztery grupy takie jak:

1) styl życia - jego oddziaływanie na zdrowie zarówno jednostki jak i populacji jest największe wśród wskazanych według tego podziału i określany na ok. 50 – 60%. Czynniki zależne od stylu życia stanowią o odpowiedzialności za własne zdrowie i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka;

2) czynniki środowiskowe - środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy. Wpływ tej grupy na zdrowie określa się na około 20%;

3) czynniki genetyczne/biologiczne – odpowiadające w ok. 20% za zdrowie populacji;

4) służba zdrowia, 10 - 15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

Najistotniejszy wpływ na zdrowie populacji mają czynniki z grupy zachowań jednostki, w następnej kolejności czynniki środowiskowe. Można określić, iż składają się one na społeczne uwarunkowania zdrowia. Zachowania zdrowotne są w znacznym stopniu kształtowane czynnikami związanymi z życiem społecznym jednostki. Sami, w bardzo dużym stopniu decydujemy o swoim zdrowiu, co dobrze odzwierciedla znane od dawna hasło *Twoje zdrowie w Twoich rękach*. Kolejnymi ważnymi przesłankami dla zachowania zdrowia są dobre warunki społeczno-ekonomiczne, a największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia. W związku z powyższym, punkt ciężkości przenosi się z działań służby zdrowia na wiele sektorów społeczno-gospodarczych.

Znajomość czynników wpływających na zdrowie i możliwości oddziaływania na nie są bardzo istotne dla osiągnięcia lepszego stanu zdrowotnego populacji, dlatego w działaniach profilaktyczno - promocyjnych bardzo istotne znaczenie ma uświadomienie potrzeby zdrowotnej. W promocji zdrowia podnoszenie poziomu świadomości utożsamiane jest z procesami, dzięki którym jednostki i społeczności zyskują świadomość istnienia, mogących oddziaływać na zdrowie, nieznanych im dotąd czynników środowiskowych lub uświadamiają sobie znaczenie zdrowotne tych, o których istnieniu już wiedzą.

Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia pokazują, że w przypadku Polski największy odsetek ubytku zdrowia populacji wynika z palenia tytoniu (16%), nadciśnienia tętniczego (10,4%), nadmiernego spożycia alkoholu (9,2) i otyłości. Wysoki poziom cholesterolu, zbyt małe spożycie warzyw i owoców oraz mała aktywność fizyczna to inne znaczące przyczyny złego stanu zdrowotnego populacji naszego kraju. Walka z tymi zagrożeniami wymaga przede wszystkim realizacji skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia.

Dla określenia priorytetów polityki zdrowotnej, zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w tym w zakresie profilaktyki i promocji niezbędne jest określenie struktury demograficznej populacji jak i ocena sytuacji zdrowotnej w tym szczególnie w odniesieniu do wskaźników epidemiologicznych dla mieszkańców województwa wielkopolskiego.

## 2. Demografia

Struktura demograficzna populacji w szczególności jej rozkład według płci i wieku, w sposób wyraźny wskazuje na zagrożenia jak i potrzeby zdrowotne danej populacji zarówno aktualne jak i przewidywane.

Województwo wielkopolskie zajmujące obszar 29827 km<sup>2</sup> leży w środkowo-zachodniej części Polski, stanowiąc wraz z województwami lubuskim i zachodniopomorskim tzw. region północno-zachodni. Struktura administracyjna województwa wielkopolskiego obejmuje 31 powiatów, 4 miasta na prawach powiatu, 226 gmin, w tym 19 gmin miejskich, oraz 109 miast i 5415 miejscowości wiejskich. Wielkopolska jest drugim co do wielkości i trzecim pod względem liczby mieszkańców, województwem w Polsce.

Mapa nr 1. Podział administracyjny Polski na województwa

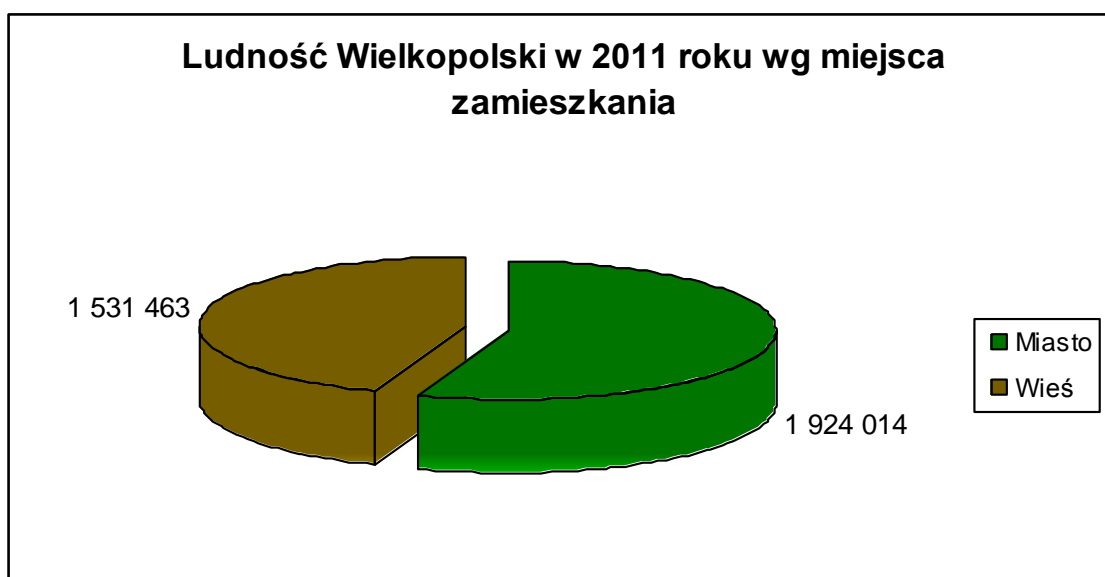


Źródło: dane GUS

## 2.1. Liczba i rozmieszczenie mieszkańców

W końcu 2011 roku zamieszkiwało w województwie wielkopolskim 3.455.477 mieszkańców, czyli 9% ludności Polski. W miastach było 1.924.014 mieszkańców, na wsi mieszkało 1.531.463 osób. Ludność miejska stanowiła 55,6% ogółu mieszkańców województwa wielkopolskiego (w kraju odsetek ten był wyższy i sięgał 60,7%). Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres nr 1



Źródło: dane GUS

Na 1 km<sup>2</sup> powierzchni ogólnej województwa przypadało przeciętnie 116 osób, przy średniej dla Polski 123 osoby (pod względem gęstości zaludnienia Wielkopolska plasuje się na 9 pozycji). Największa gęstość zaludnienia była w miastach na prawach powiatu Poznań – 2114, Leszno – 2029, Kalisz – 1518, a najmniejsza w powiatach : złotowskim – 42, czarnkowsko-trzcianeckim – 49 i międzychodzkiem – 50 osób na 1 km<sup>2</sup>.

Opisaną sytuację przedstawia mapa nr 2.



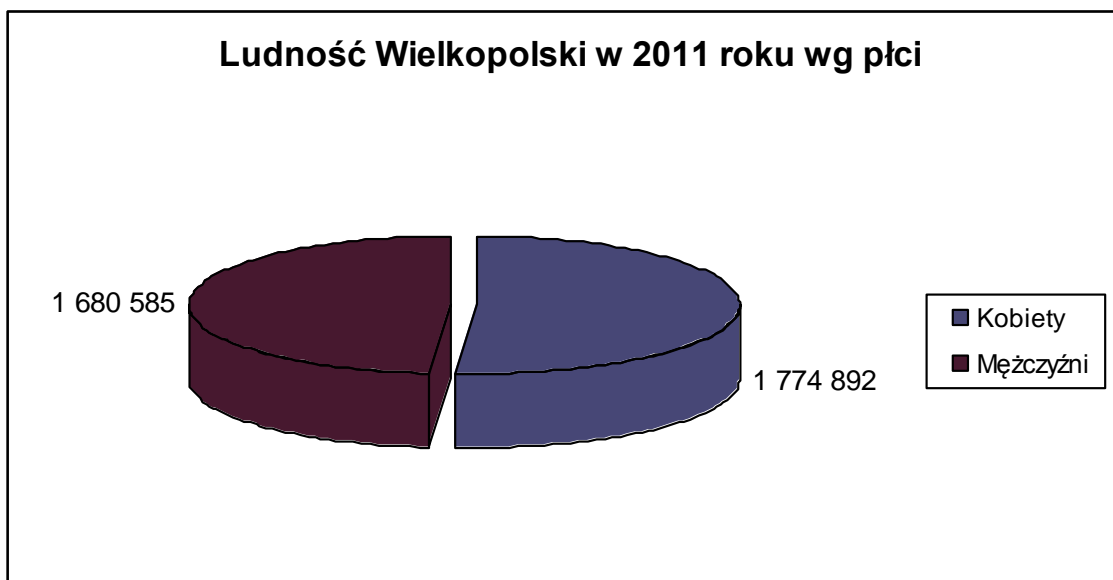
Mapa nr 2. Rozmieszczenie powiatów o największej i najmniejszej gęstości zaludnienia na terenie województwa wielkopolskiego



Źródło: dane GUS

Kobiety w Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju, mają przewagę liczebną nad mężczyznami. W ogólnej liczbie mieszkańców w roku 2011 było 1.744.892 kobiet tj.51,4% i 1.680.585 mężczyzn tj.48,6%.

Wykres nr 2



Źródło: opracowane na podstawie danych GUS

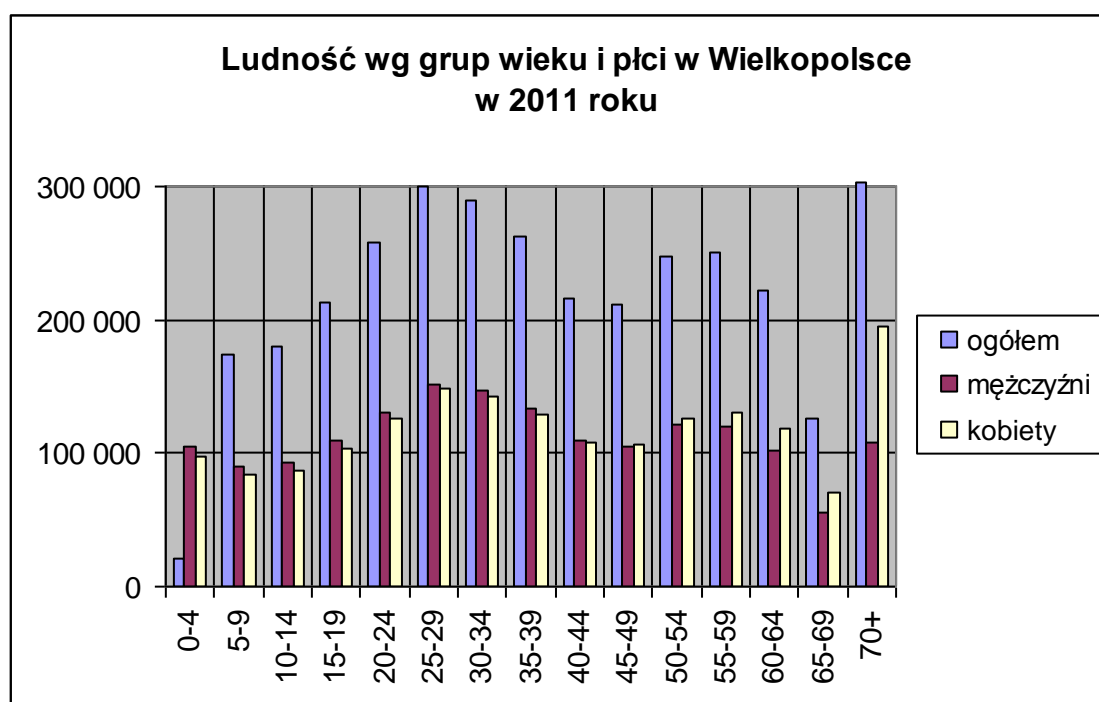
Udział kobiet w województwie wielkopolskim w ogólnej liczbie ludności kształtował się na poziomie 51,4 % (w kraju 51,6%), natomiast współczynnik feminizacji, czyli liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn, wyniósł 105,6 (w kraju 106,6). W miastach współczynnik ten był wyższy aniżeli na wsi (odpowiednio: 110 wobec 100,3), podobnie jak w kraju. Najwyższy współczynnik feminizacji zanotowano w miastach na prawach powiatu: Poznaniu – 114,6, Kaliszu – 114,8, w Koninie – 109,9, Lesznie – 109,5. Najbardziej wyrównane pod względem proporcji płci były powiaty leszczyński i grodziski, gdzie na 100 mężczyzn przypadało odpowiednio 100,4 i 100,8 kobiet.

## **2.2. Struktura wieku**

Badając strukturę wiekową ludności zamieszkującej w województwie wielkopolskim stwierdza się tendencję do zmniejszania odsetka ludzi w wieku

produkcyjnym (wiek młody i średni), narastania osób w wieku starszym (65 lat i więcej). Jest to zgodne z trendem ogólnopolskim. Szczegółowe dane dotyczące rozkładu populacji wg wieku przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres nr 3



Źródło: opracowane na podstawie danych GUS

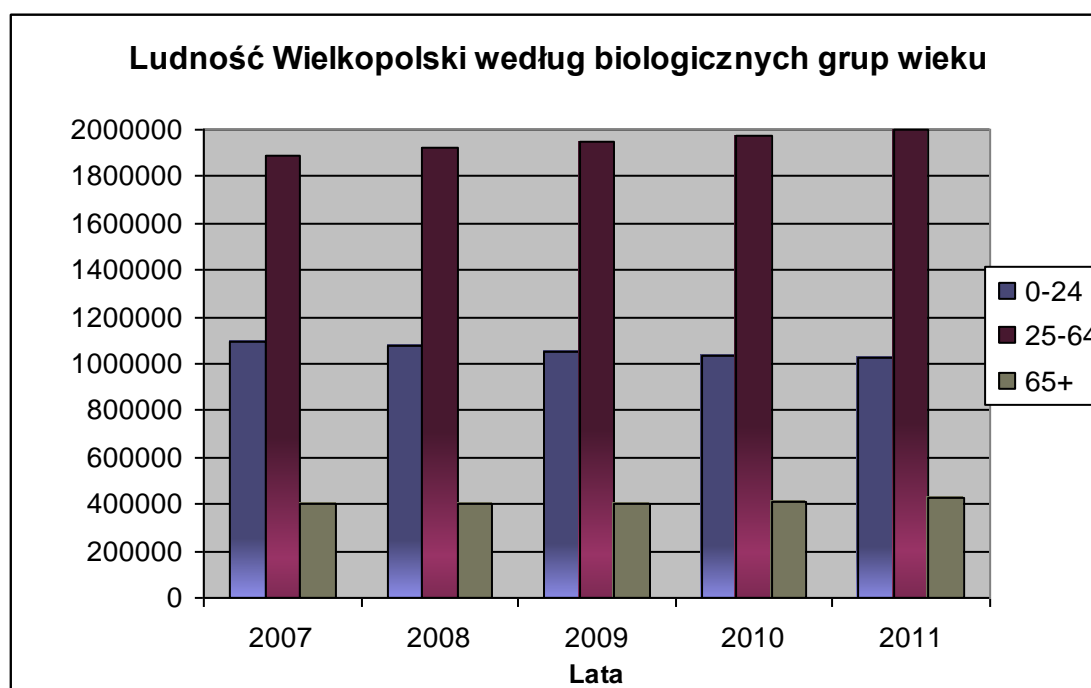
W latach 2007-2011 liczebność grupy wiekowej do 25 lat zmniejszyła się o 10,7%, a jej udział w ogólnej liczbie ludności w 2011 roku wyniósł 29,7%, i był o 2,6 pkt., mniejszy niż w roku 2007. Grupa wiekowa 65 lat i więcej zwiększyła się w tym czasie o 9,4%, a jej udział wzrósł o 0,5 pkt. Oznacza to stale postępujący proces starzenia się mieszkańców Wielkopolski.

W odniesieniu do ekonomicznych grup wieku, w 2007 roku w województwie wielkopolskim, udział ludności w wieku poprodukcyjnym kształtował się na poziomie 15,9%, a odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym na poziomie 19,6%. Ludność w wieku produkcyjnym (kobiety od 18–59 lat, mężczyźni od 18–64 lat) w 2011 r. stanowiła 64,5% całej populacji. W kraju ludność w wieku produkcyjnym w 2011 r. stanowiła 64,2%. W grupie ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym nieznacznie przeważali mężczyźni (odpowiednio: 51,4%; kobiety 48,6%), natomiast

w grupie ludności w wieku poprodukcyjnym większość stanowiły kobiety (odpowiednio: 69,9%; mężczyźni 30,0%). W kraju udziały te przedstawiały się następująco: w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, odpowiednio, mężczyźni 51,3% i 52,4%; kobiety 48,7% i 47,5%, natomiast w wieku poprodukcyjnym, odpowiednio, kobiety 69,6%; mężczyźni 30,4%.

Obciążenie demograficzne, rozumiane jako liczba ludności w wieku nieprodukcyjnym (przed- i poprodukcyjnym) przypadającej na 100 osób w wieku produkcyjnym, w 2011 r. w województwie wielkopolskim wyniosło średnio 55 osób, w kraju na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało w tym samym 2007 roku 55,2 osób w wieku nieprodukcyjnym.

Wykres nr 4

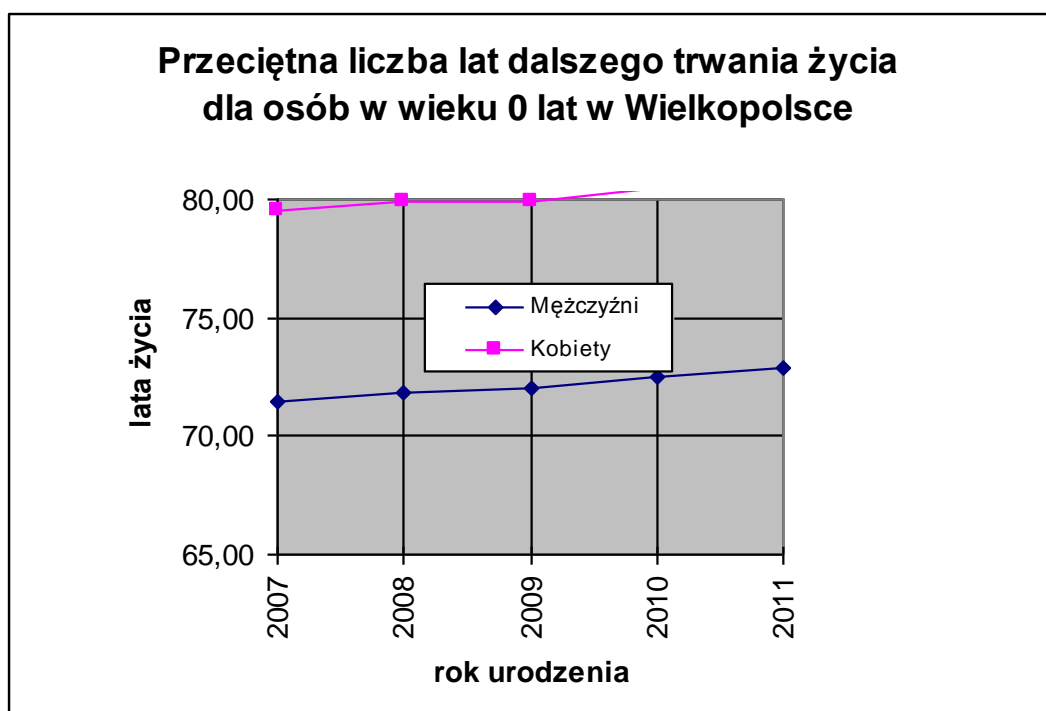


Źródło: opracowane na podstawie danych GUS

W naszym województwie, podobnie jak w całym kraju obserwuje się wydłużanie długości życia (wzrost średniej wieku dla populacji), co znajduje odzwierciedlenie w standardowym wskaźniku określającym przeciętne dalsze trwanie życia.

Przeciętne dalsze trwanie życia mieszkańców Wielkopolski w grupie mężczyzn wynosiło w 2011 r. 72,9 lata (w kraju 72,4 i było wyższe o 1,5 w stosunku do 2007 r. (w kraju o 1,44). Natomiast dla kobiet były to 80,9 lata w 2011 r. (w kraju 80,9), o 1,38 lata więcej niż w 2007 r. (w kraju o 1,16). Oznacza to stały wzrost długości życia i średniej wieku.

Wykres nr 5



Źródło: opracowane na podstawie danych GUS

### **2.3. Ruch naturalny ludności**

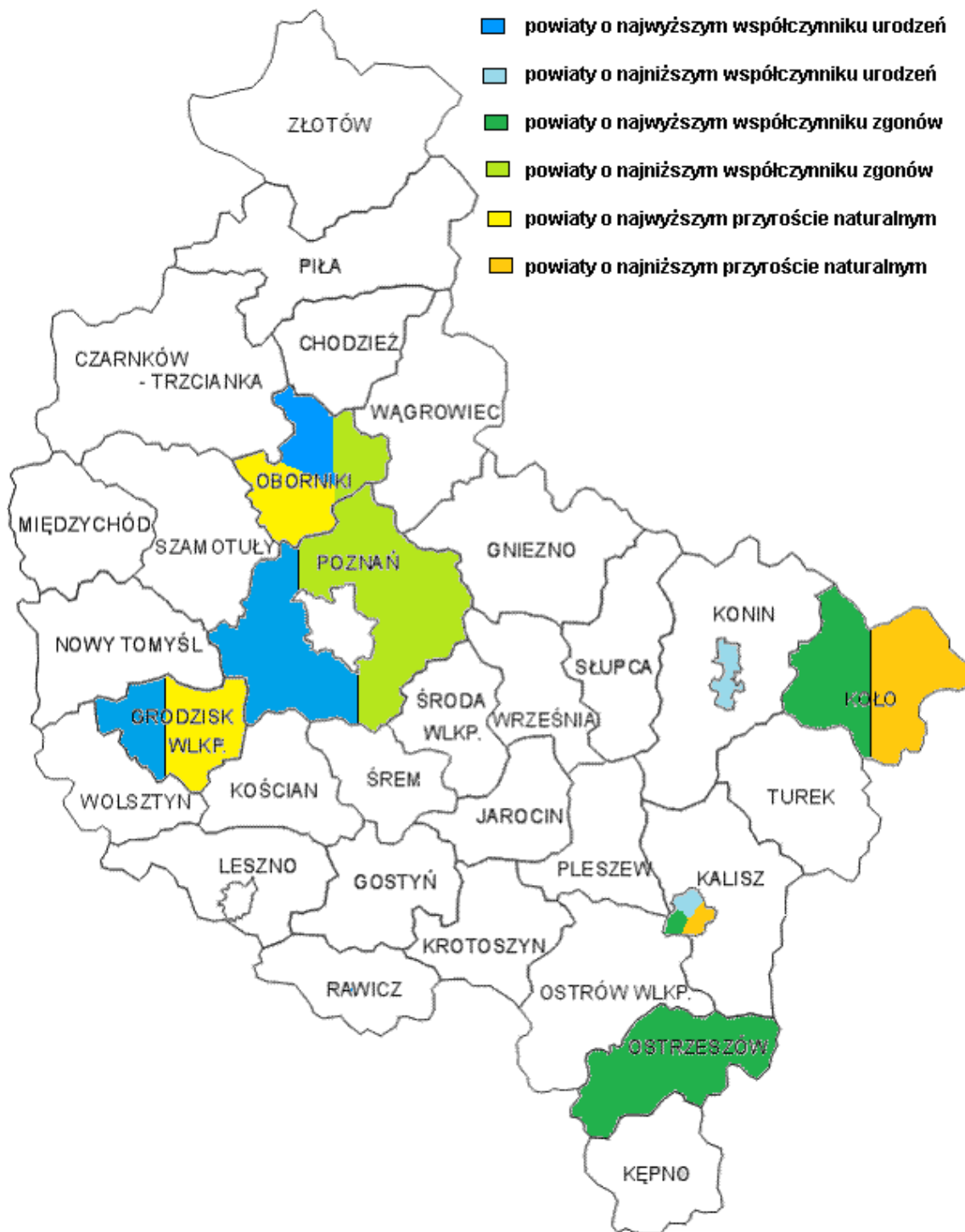
Ruch naturalny ludności, czyli między innymi takie zjawiska demograficzne, jak urodzenia, zgony i wynikający z nich przyrost naturalny mają znaczący wpływ na stan i liczebność ludności województwa. W Wielkopolsce obserwuje się korzystną dynamikę demograficzną, wyrażającą relację liczby urodzeń do liczby zgonów, co przekłada się na przyrost liczby ludności. Graficzną ilustrację zjawisk dotyczących ruchu naturalnego ludności przedstawia mapa nr 3.

#### **2.3.1. Urodzenia**

W 2011 roku odnotowano w Wielkopolsce 38 246 urodzeń, w tym 38 082 urodzeń żywych. Współczynnik urodzeń żywych, który w 2007 r. wynosił 11,28‰, w 2011 r. zmniejszył się do 11,04‰ (w kraju odpowiednio 10,18‰ i 10,08‰). Relatywnie najwięcej urodzeń w 2011 roku odnotowano w powiatach: grodzickim, gdzie współczynnik wyniósł (12,77‰), poznańskim (12,70‰) i obornickim (12,53‰), natomiast najmniej w miastach na prawach powiatu: Kaliszu (9,05‰) i Koninie (9,06‰).

Dla zapewnienia prostej zastępowalności pokoleń na 1 kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat) powinno przypadać dwoje dzieci. Współczynnik dzietności ogólnej kształtuje się wówczas na poziomie 2,10 – 2,15. W 2011 r. współczynnik dzietności w województwie wielkopolskim był niższy od rekomendowanego i wynosił 1,38 dzieci na jedną kobietę. Współczynnik ten był nieco wyższy na wsi (1,51) niż w miastach (1,26).

Mapa nr 3. Ruch naturalny ludności w Wielkopolsce w 2011 roku



Źródło: Opracowane na podstawie danych GUS

### 2.3.2. Zgony

W 2011 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 30 755 zgonów, tj. o 0,9% mniej niż w 2007 r. (w kraju o 0,9% mniej). Częściej notowano zgony wśród mężczyzn (53% ogólnej liczby). Współczynnik umieralności, określający liczbę zgonów na 1000 ludności, zmniejszył się w naszym województwie z 9,18‰ w 2007r. do 8,91‰ w 2011 r. (w kraju odpowiednio 9,90‰ i 9,75‰). Największą liczbę zgonów rejestruje się u osób po 70 roku życia, gdy zdecydowanie wzrasta umieralność kobiet osiągając 74,1% wszystkich zgonów, w przypadku mężczyzn odsetek ten kształtuje się na poziomie 49,3%. W przedziale wiekowym 50 – 69 r. ż. wśród mężczyzn nastąpiło 39,4% zgonów, a wśród kobiet 21,2%.

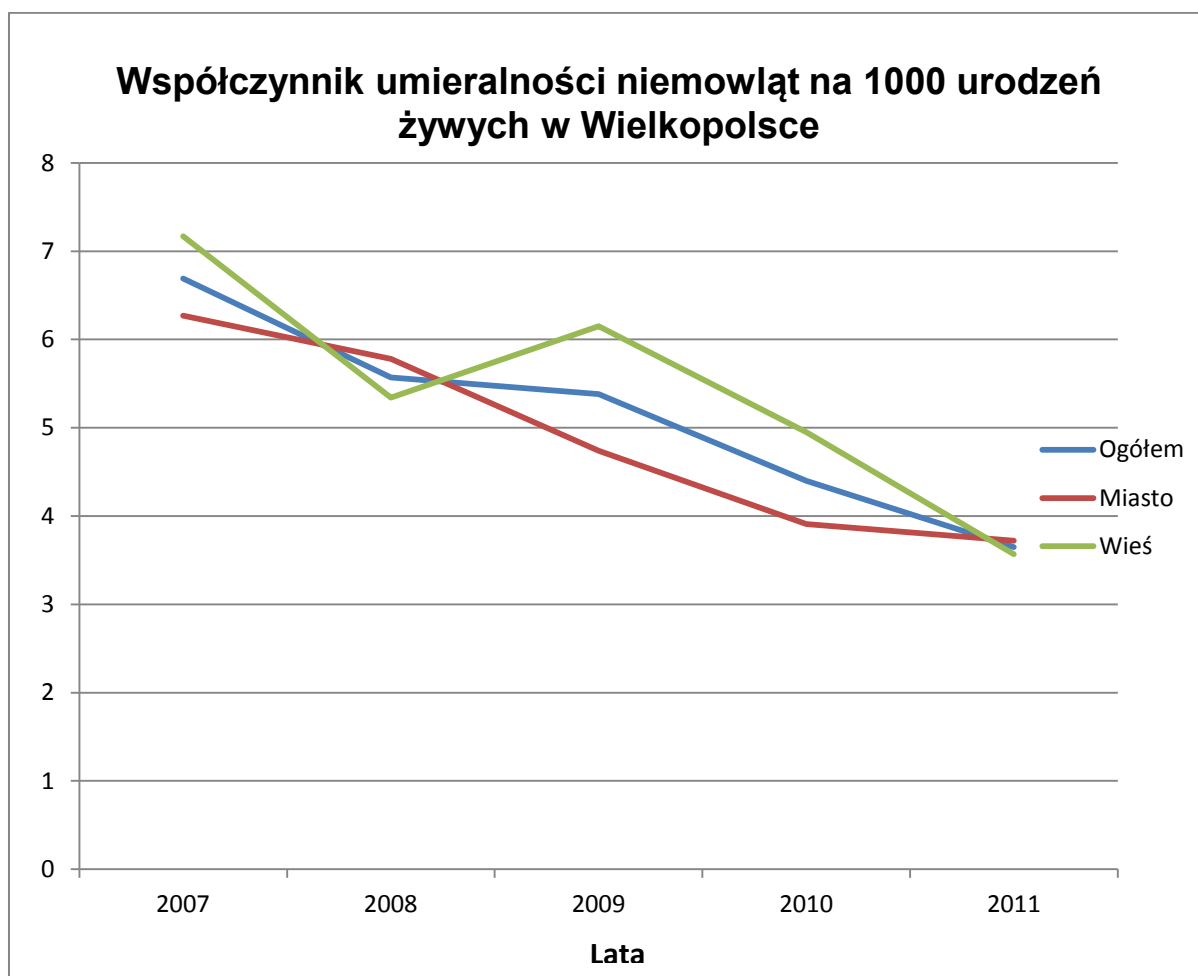
Najwyższy współczynnik umieralności w 2011 r. odnotowano w powiatach: kolskim - 10,49‰, ostrzeszowskim – 9,99‰ i mieście Kaliszu – 10,26‰, a najniższy w powiecie poznańskim – 6,93‰.

Współczynnik umieralności okołoporodowej noworodków w województwie wielkopolskim według danych za 2011 rok wyniósł 6,2 ‰ co odpowiada średnim wartościom dla krajów UE i jest nieco niższy niż średnia dla Polski tj.: 6,7 ‰. Wskaźnik ten jest szczególnie ważny, albowiem uznaje się, iż odzwierciedla on podobnie jak współczynnik zgonów niemowląt poziom opieki zdrowotnej w danym kraju/regionie.

Na przestrzeni lat 2007 – 2011 odnotowano spadek współczynnika zgonów niemowląt z 6,7‰ w 2007 r. do 3,65‰ w 2011 r. (w kraju odpowiednio 6,0‰ wobec 4,75‰). W 2011 roku najwyższy współczynnik zgonów niemowląt zanotowano w powiatach: kolskim – 8,73‰, kościańskim – 6,40‰, średzkim – 6,39‰, a najniższy w powiatach: jarocińskim – 1,24‰, rawickim – 1,56‰, kępińskim – 1,58‰.



Wykres nr 6

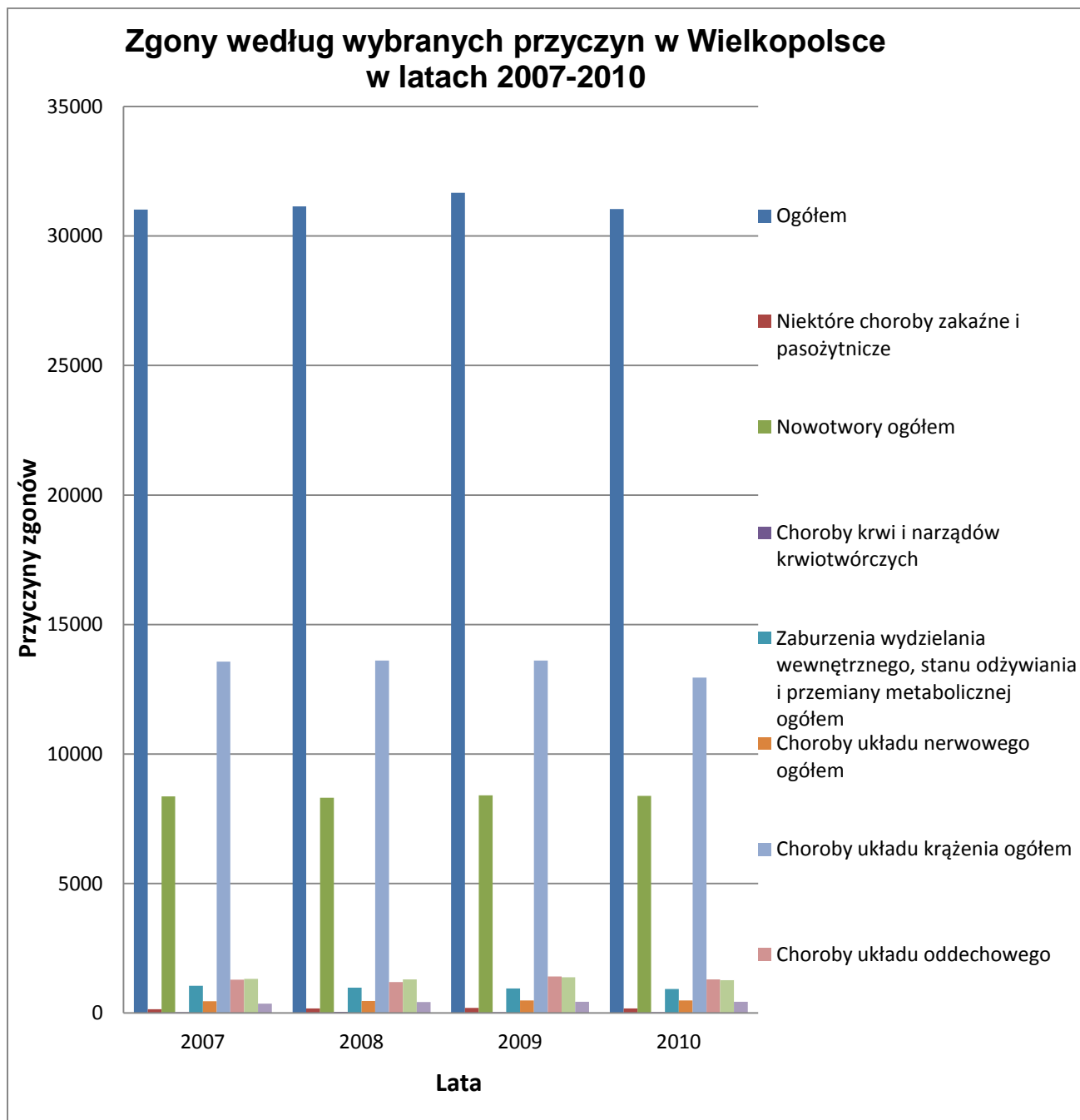


Źródło: Opracowane na podstawie danych GUS

Do najczęstszych przyczyn zgonów w województwie wielkopolskim należą choroby układu krążenia i nowotwory. W 2010 roku na 100 tys. ludności w Wielkopolsce przypadało 376 zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (w kraju 452). W Wielkopolsce na choroby układu krążenia zmarło więcej kobiet 390 i 360 mężczyzn na 100 tys. ludności, porównywalnie jak w Polsce zgony z tego powodu przeważały wśród kobiet (466 kobiet/ 437 mężczyzn wśród zgonów na 100 tys. ludności). Choroby nowotworowe były w Wielkopolsce przyczyną 243 zgonów na 100 tys. ludności (w kraju 249/100 tys.). Śmiertelność z powodu nowotworów wśród mężczyzn była wyższa niż wśród kobiet (279 mężczyzn / 208 kobiety; zgonów na 100 tys. ludności) i koreluje z sytuacją na poziomie kraju (278 / 205 zgonów na

100 tys. ludności) Poniżej na wykresie nr 7 przedstawiono dane dotyczące liczby zgonów według najczęstszych podawanych przyczyn.

Wykres nr 7



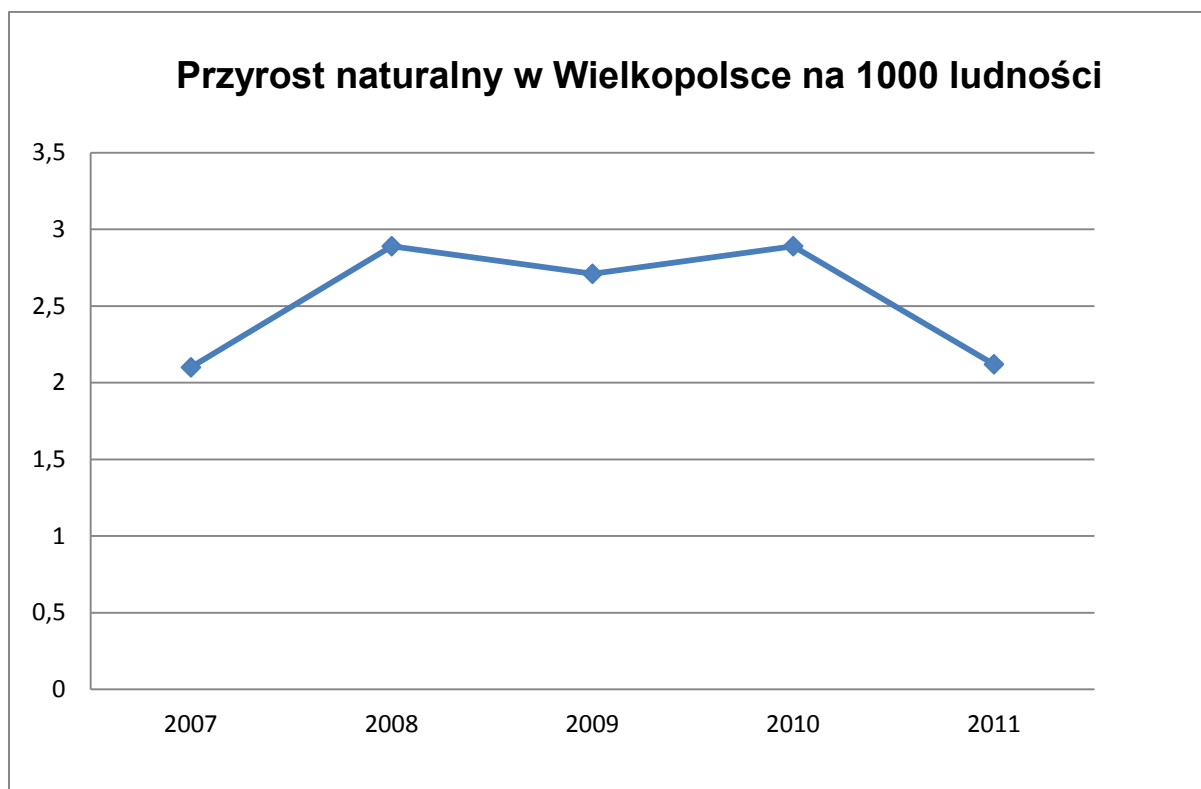
Źródło: Opracowane na podstawie danych GUS

### 2.3.3. Przyrost naturalny

Wskaźnik przyrostu naturalnego, tj. różnica urodzeń do liczby zgonów wykazuje w województwie wielkopolskim w okresie ostatnich lat wartości dodatnie i w 2011 roku w przeliczeniu na 1000 osób wyniósł + 2,12‰ (2,1‰ w 2007 r). Przy czym jego wartość dla mieszkańców miast wyniosła 1,97‰, a na obszarach wiejskich 4,01‰.

Najwyższy współczynnik przyrostu naturalnego zanotowano w roku 2011 w powiatach: poznańskim + 5,77‰, obornickim + 4,75‰, grodzkim + 3,96‰, a ujemny współczynnik przyrostu naturalnego wystąpił w mieście Kaliszu – 1,21‰ i powiecie kolskim – 0,26‰. Na przestrzeni lat 2007-2011 można zaobserwować w Wielkopolsce stały wzrost przyrostu naturalnego, co zilustrowano na wykresie poniżej.

Wykres nr 8



Źródło: Opracowane na podstawie danych GUS

### **3. Epidemiologia**

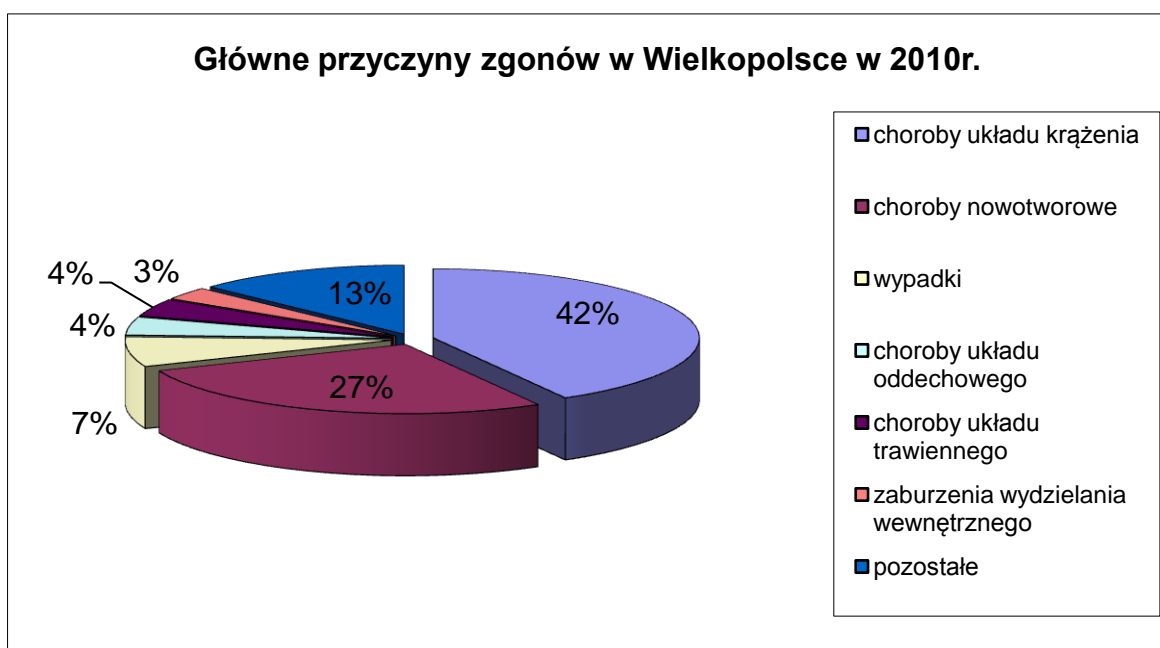
Na podstawie analizy danych epidemiologicznych, w tym szczególnie dotyczących głównych przyczyn zgonów i zachorowalności można wskazać, iż najistotniejszymi problemami zdrowia publicznego w Wielkopolsce są choroby układu krążenia i nowotwory, w następnej kolejności należy wymienić ubytki zdrowia z powodu urazów i zatruc oraz choroby układu oddechowego. W świetle doniesień szczególnie ostatnich lat coraz większego znaczenia nabierają schorzenia psychiatryczne oraz inne związane z uzależnieniami. Sytuacja zdrowotna Wielkopolan jest zbieżna z głównymi trendami w tym zakresie rejestrowanymi na obszarze całej Polski jak i innych krajów UE.

Wśród ogólnej liczby 31 037 zgonów zgłoszonych w Wielkopolsce w 2010 roku zarejestrowano następujące przyczyny wg ilości przypadków :

- choroby układu krążenia – 12 952
- choroby nowotworowe – 8 383
- urazy i zatrucia – 2 165
- choroby układu oddechowego – 1 302
- choroby układu trawiennego – 1 271
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i przemiany metabolicznej, (w tym cukrzyca) – 927
- pozostałe – 4 027

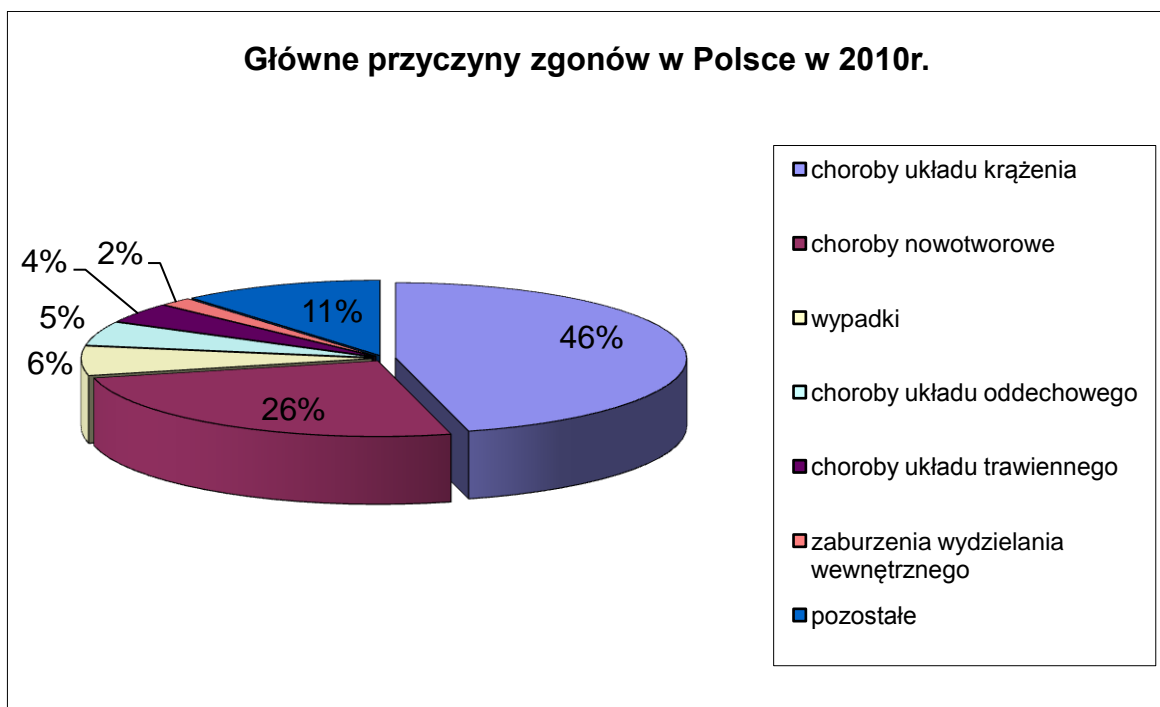
Graficzne przedstawienie głównych przyczyn zgonów mieszkańców województwa wielkopolskiego i Polski przedstawiono na wykresach nr 9 i nr 10.

Wykres nr 9



Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu i GUS.

Wykres nr 10

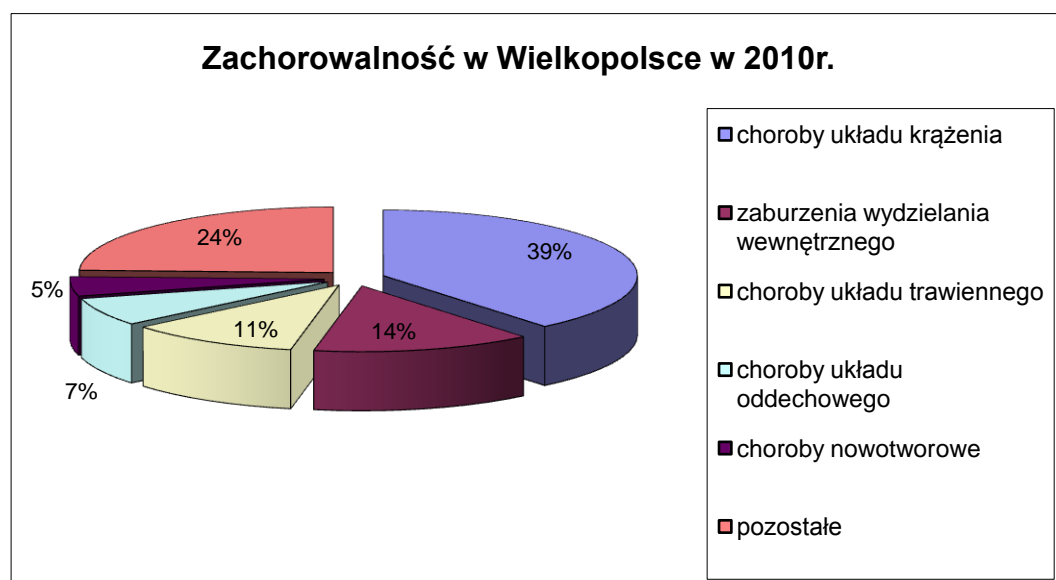


Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu i GUS

W 2010r. rozpoznano u mieszkańców Wielkopolski ogółem 66 689 nowych zachorowań wśród, których do najczęstszych należały :

- choroby układu krążenia – 26 051
- choroby nowotworowe – 3 162
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego: choroby tarczycy, cukrzyca – 9 317
- choroby układu trawiennego – 7288
- choroby układu oddechowego : przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica skrzelowa – 4585

Wykres nr 11



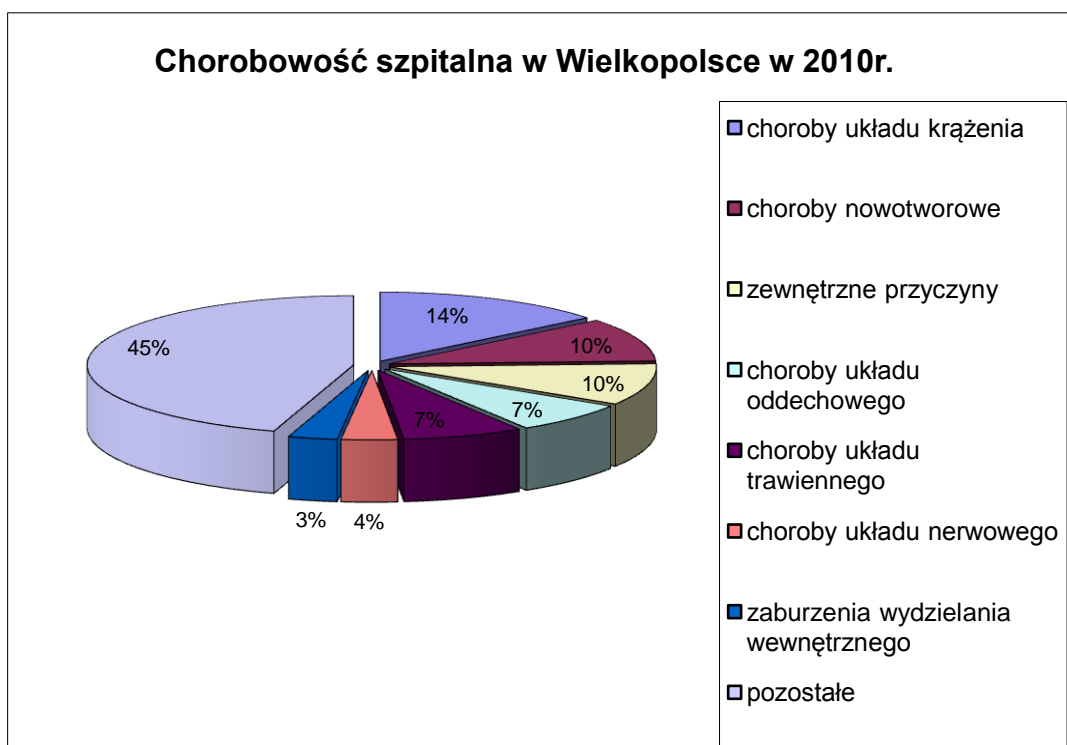
Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu i GUS.

Sytuację w zakresie zachorowalności w pewnym stopniu obrazują również dane dotyczące chorobowości szpitalnej, czyli przyczyn hospitalizacji. Na terenie województwa Wielkopolskiego w 2010r. ogółem hospitalizowano 728 417 osób.

Głównymi przyczynami były:

- choroby układu krążenia – 103 130
- choroby nowotworowe – 74 037
- zewnętrzne przyczyny (wypadki, zatrucia) – 70 474
- choroby układu oddechowego – 52 001
- choroby układu trawiennego – 53 260
- choroby układu nerwowego – 24 767
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i przemiany metabolicznej (w tym cukrzyca) – 21 623

Wykres nr 12



Źródło : Opracowano na podstawie danych z WCZP w Poznaniu i GUS.

### 3.1. Główne problemy zdrowotne

Poniżej przedstawiono szczegółowe dane dotyczące głównych problemów zdrowotnych mieszkańców województwa wielkopolskiego, do których należą :

- Choroby układu krążenia

Niewątpliwie choroby układu krążenia nadal pozostają największym zagrożeniem dla życia Polaków i stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów. Według danych z 2010 roku choroby układu krążenia były odpowiedzialne za 46% zgonów Polaków tj. 40,8% zgonów mężczyzn i 51,8% zgonów kobiet.

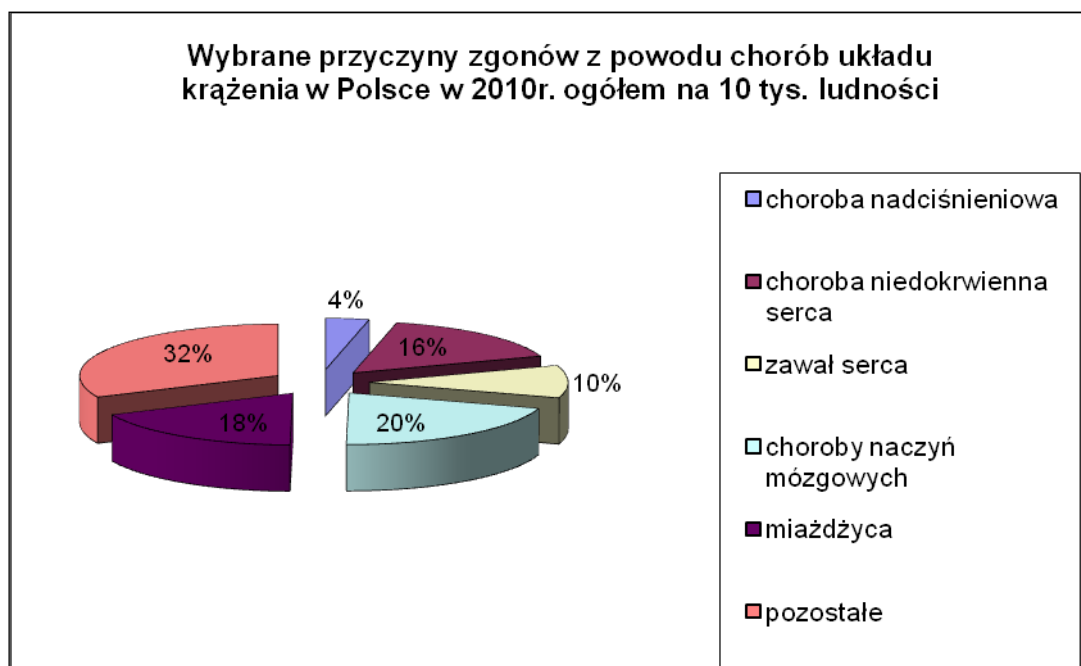
Na przestrzeni lat 2009-2011 obserwujemy wzrost liczby przypadków nowych zachorowań Wielkopolan na choroby układu krążenia. W 2009 roku wykryto ich 23 171, w 2010 roku 26 051, natomiast już w 2011 roku ich liczba wzrosła do 45 614. Ponad połowę stwierdzonych w roku 2011, nowych przypadków zachorowań stanowiła choroba nadciśnieniowa (tj. 26 809), następnie choroba niedokrwienności serca (tj. 10 728 przypadków, w tym przeżytych zawałów 3861) oraz choroby naczyń mózgowych (tj. 4088).

W 2010 roku w Województwie Wielkopolskim ogółem odnotowano 31 037 przypadków zgonów, z czego 12 952 spowodowanych było chorobami układu krążenia, co oznacza, że nadal choroby te pozostają jedną z głównych przyczyn śmiertelności w naszym regionie.

Szczegółowe dane odnośnie zgonów z powodu chorób układu krążenia z podziałem na rodzaje schorzeń z uwzględnieniem podziału na płeć i miejsce zamieszkania przedstawiono poniżej.

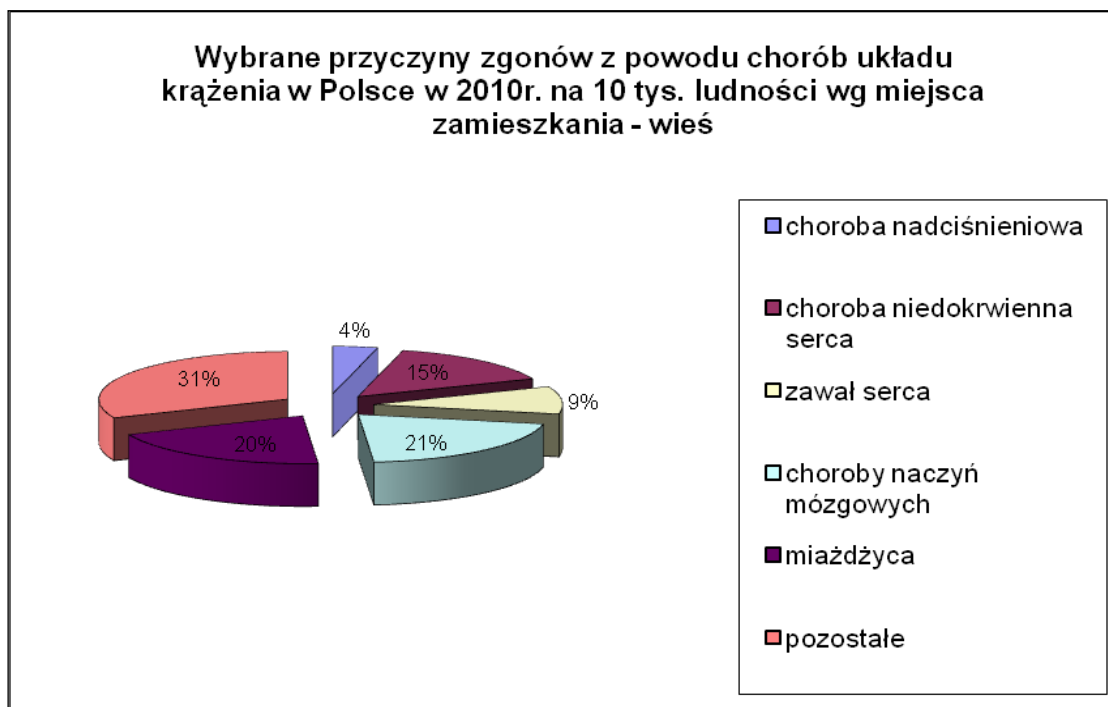


Wykres nr 13



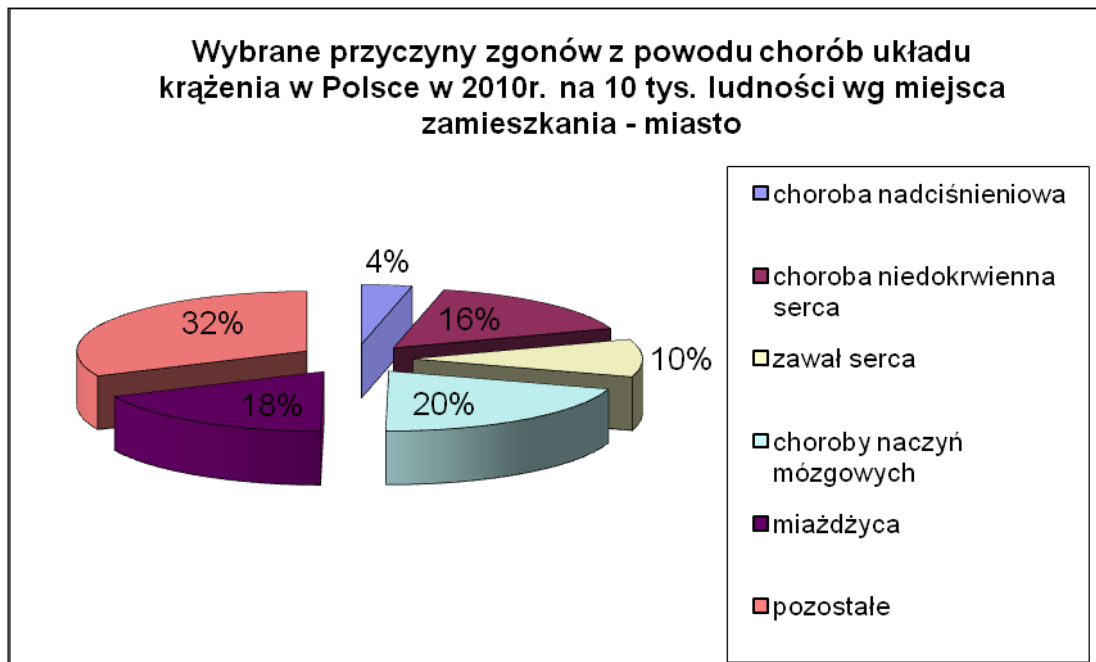
Źródło: Opracowano na podstawie danych GUS.

Wykres nr 14



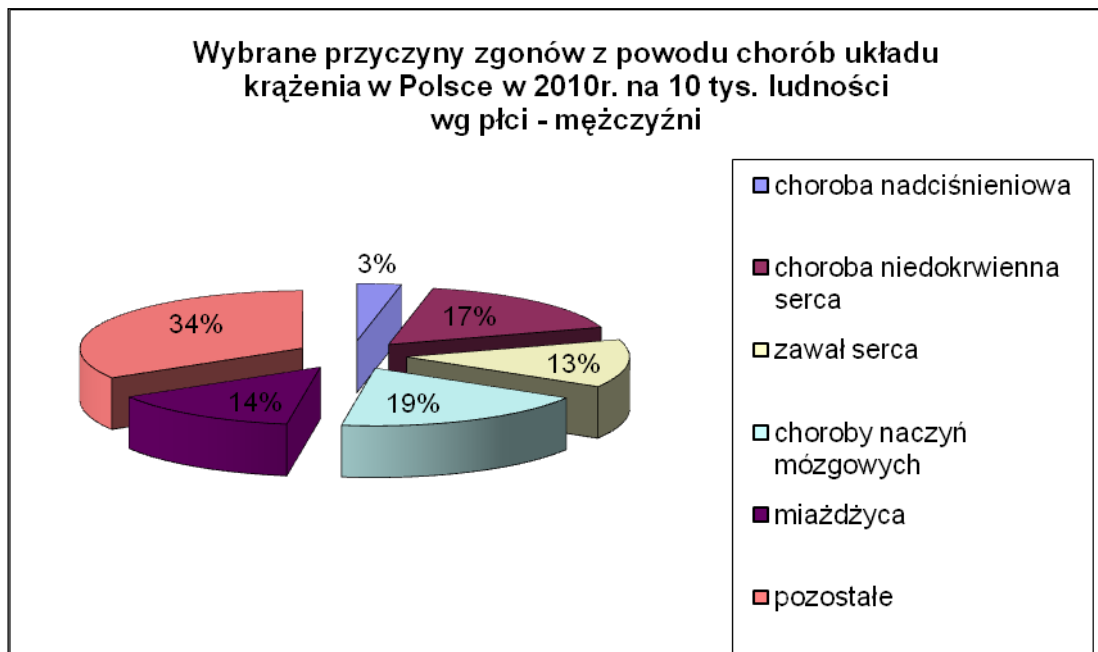
Źródło : Opracowano na podstawie danych GUS.

Wykres nr 15



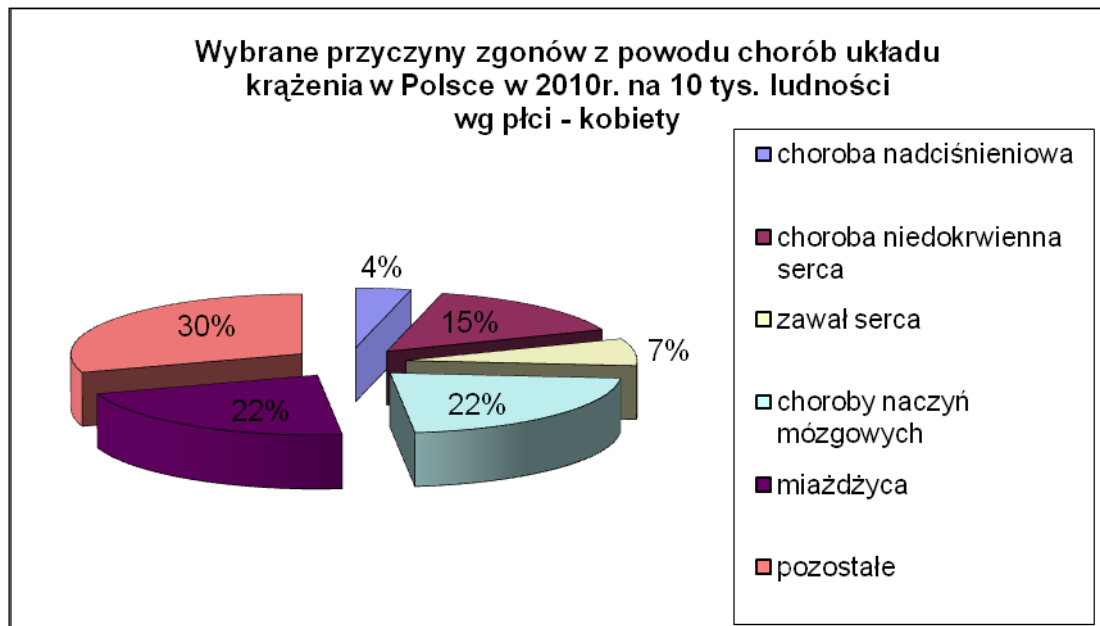
Źródło : Opracowano na podstawie danych GUS.

Wykres nr 16



Źródło : Opracowano na podstawie danych GUS.

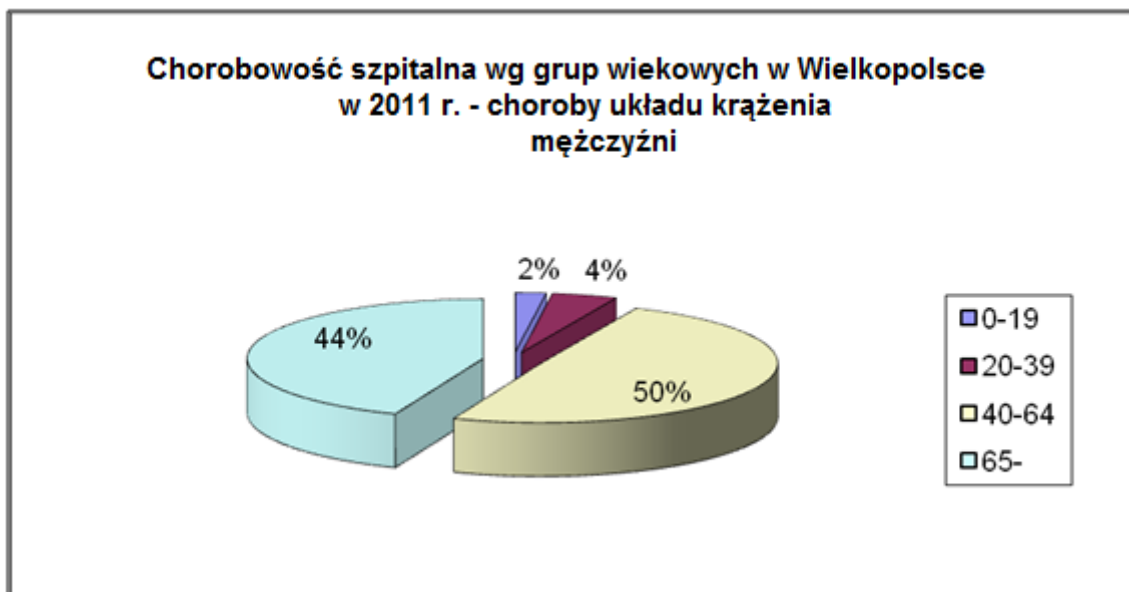
Wykres nr 17



Źródło : Opracowano na podstawie danych GUS.

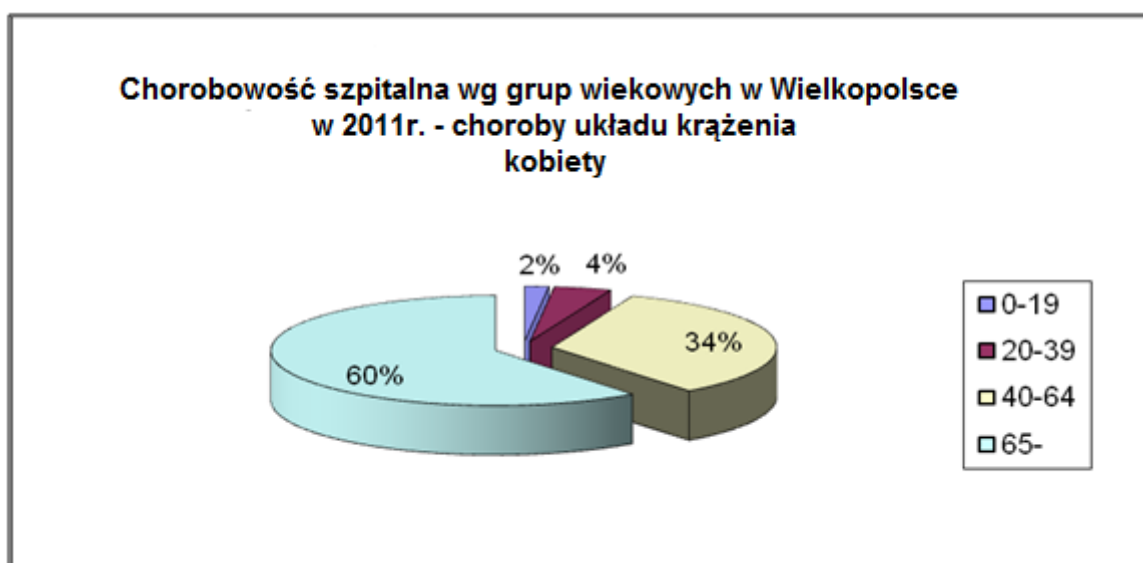
Choroby układu krążenia są również pierwszą przyczyną hospitalizacji wśród wszystkich wskazywanych rozpoznań.

Wykres nr 18



Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu.

Wykres nr 19



Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu.

Należy podkreślić wpływ jaki na szansę wyleczenia daje możliwość stosowania w stanach nagłych zaawansowanych procedur leczniczych, szczególnie w ostrym zespole wieńcowym. Istotą podejmowanych w tym zakresie działań profilaktycznych jest obniżenie umieralności (ograniczenie występowania zawału mięśnia sercowego) oraz poprawa jakości życia (szybszy powrót do zdrowia i aktywności społeczno-zawodowej) dotkniętych tym schorzeniem.

- Choroby nowotworowe

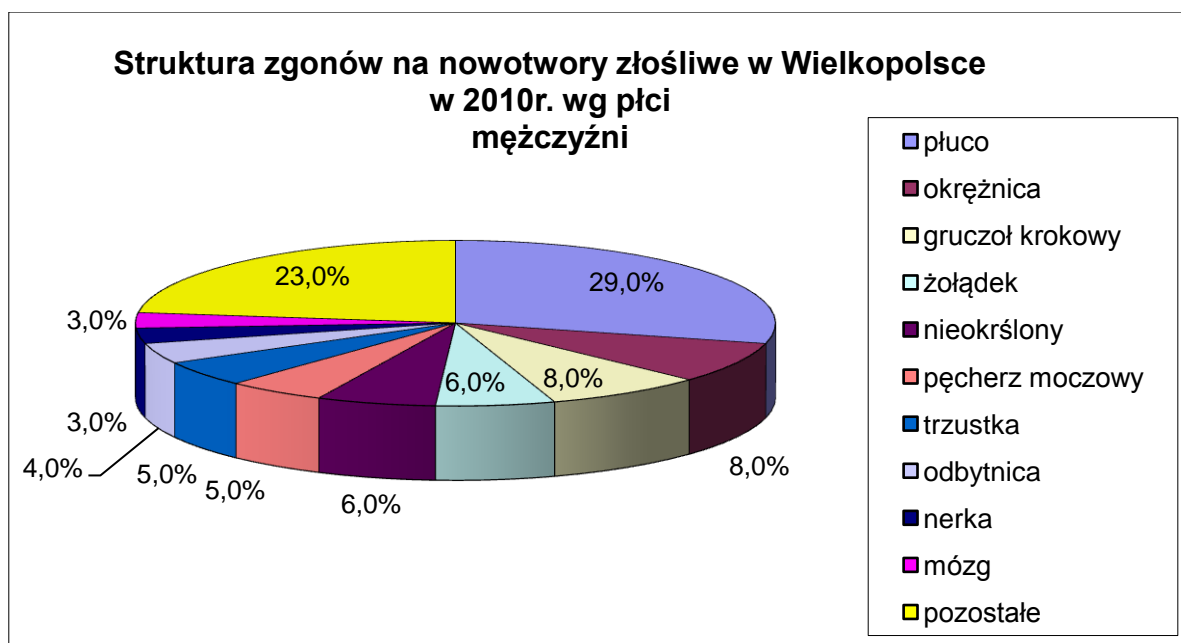
Dane epidemiologiczne obrazujące stan zdrowia populacji mieszkańców Wielkopolski wskazują, że problem nowotworów złośliwych jest nadal jednym z najważniejszych zagadnień z zakresu zdrowia publicznego regionu.

Stanowią one w województwie, podobnie jak w całym kraju drugą przyczynę zgonów oraz hospitalizacji. Najczęściej rejestrowanymi nowotworami w Polsce, w 2010 roku, u mężczyzn były nowotwory złośliwe: płuca (21,2%), gruczołu krokowego (13,2%), jelita grubego (12,4%), pęcherza moczowego (7,0%) i żołądka (4,9%). U kobiet natomiast najczęściej rejestrowany był nowotwór złośliwy: piersi (22,4%), jelita grubego (10,1%), płuca (8,6%), trzonu macicy (7,3%), jajnika (5,1%) oraz szyjki macicy (4,4%).

W roku 2010 zgłoszono do Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów łącznie 13 581 przypadków nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim. Jest to efektem 6859 nowych zachorowań wśród kobiet i 6722 wśród mężczyzn w roku 2010. W tym samym roku zostało zarejestrowanych 3615 zgonów kobiet oraz 4603 zgonów mężczyzn z powodu nowotworu złośliwego. Największy odsetek zgonów w 2010 roku wśród Polaków stanowiły zgony z powodu nowotworów złośliwych: płuca (31,3%), jelita grubego (11,5%), gruczołu krokowego (7,6%), żołądka (6,7%) oraz pęcherza moczowego (4,8%). Natomiast wśród Polek po raz kolejny największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony z powodu nowotworu złośliwego: płuca (15,1%), sutka (12,8%), jelita grubego (11,9%), jajnika (6,2%), trzustki (5,5%), żołądka (4,6%), a także szyjki macicy (4,3%).

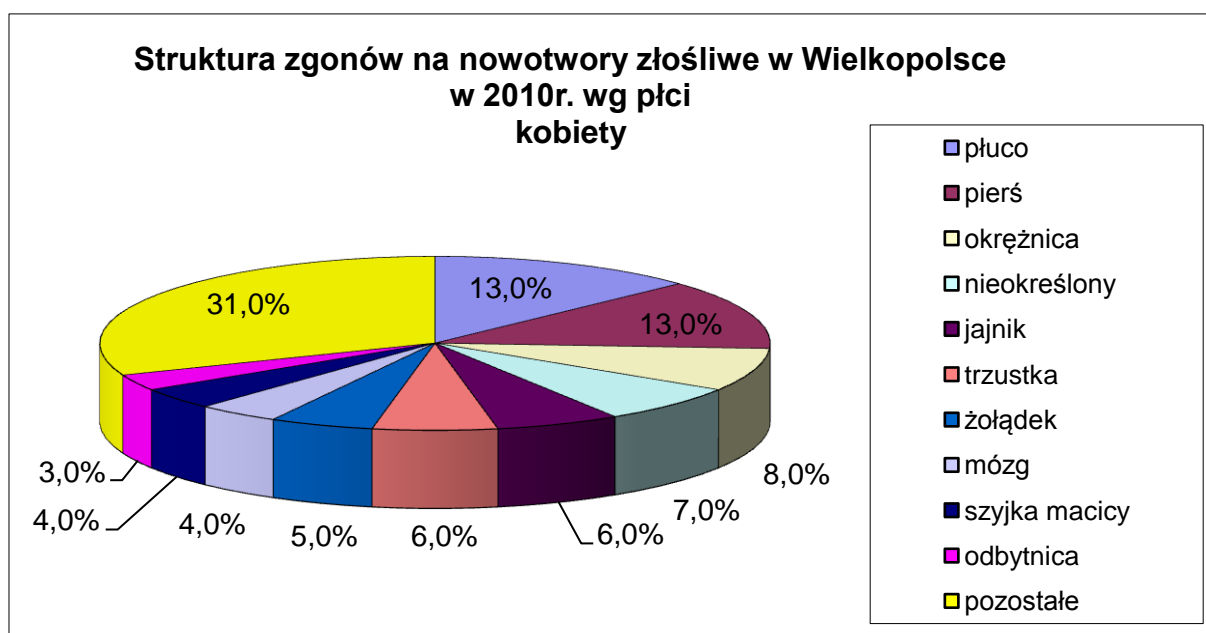
Strukturę zgonów oraz zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce z podziałem na płeć przedstawiono na wykresach nr 20, 21,22, 23.

Wykres nr 20



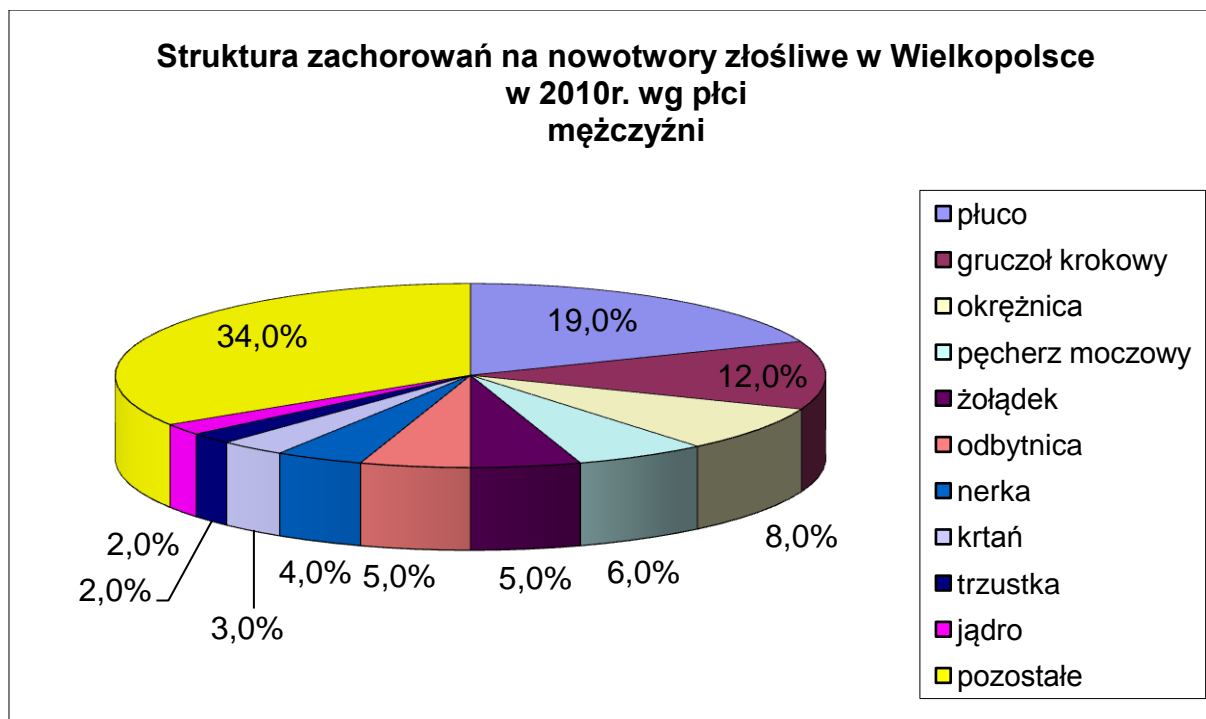
Źródło : Opracowano na podstawie danych Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Wykres nr 21



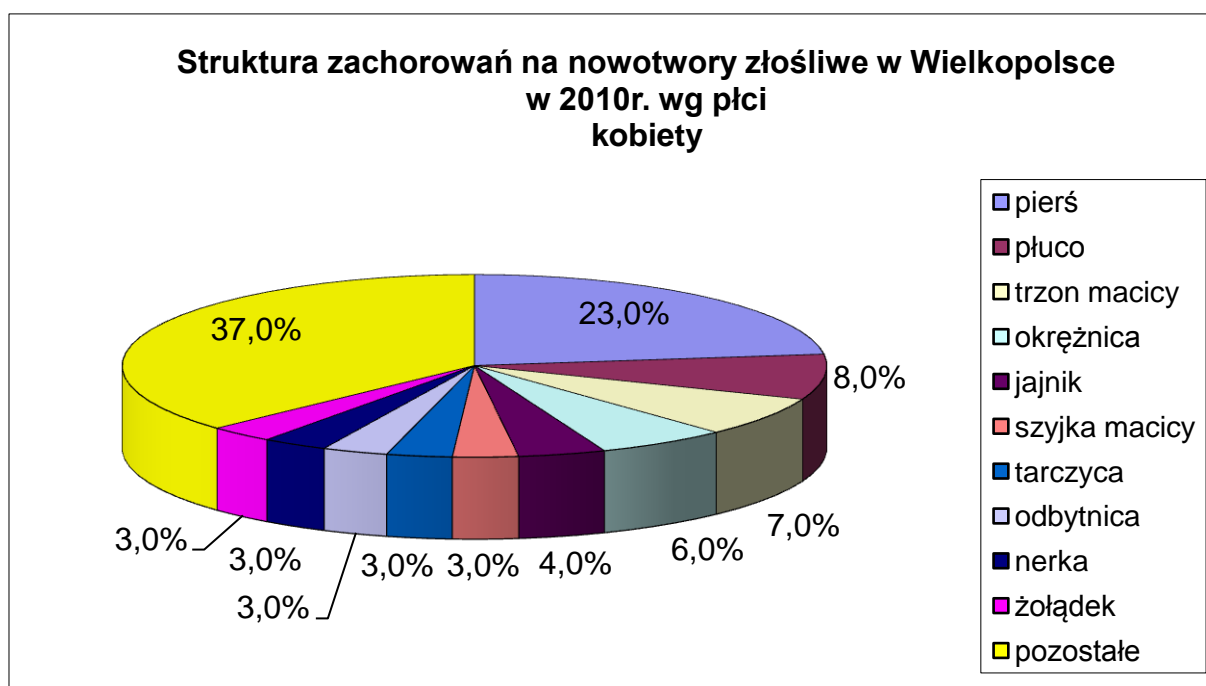
Źródło : Opracowano na podstawie danych Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Wykres nr 22



Źródło : Opracowano na podstawie danych Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Wykres nr 23



Źródło : Opracowano na podstawie danych Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Należy podkreślić, iż choroby nowotworowe nadal stanowią duży problem zdrowotny i ekonomiczny społeczeństwa polskiego. Mimo pewnej poprawy wyników leczenia pacjentów, wynikającej z rozwoju medycyny, kraj nasz nadal plasuje się na dalekich miejscach wśród krajów europejskich pod względem poprawy wskaźników epidemiologicznych.

Jest to spowodowane :

- rozpoznawaniem w okresie większego zaawansowania choroby,
- gorszej dostępności do leczenia specjalistycznego,
- różnic w poziomie diagnostyki i terapii między ośrodkami onkologicznymi,
- niedostateczną promocją standardów leczenia chorób nowotworowych.

Ten stan rzeczy, wraz ze stale utrzymującymi się trudnościami w dostępie do profilaktyki w miejscu zamieszkania, szczególnie poza dużymi ośrodkami miejskimi, oraz małą gotowością do samoistnego podejmowania zachowań prozdrowotnych, jednoznacznie potwierdza zasadność prowadzenia profilaktyki onkologicznej, szczególnie w formie badań przesiewowych oraz edukacji zdrowotnej.

Kolejnymi w hierarchii ważności dla zdrowia mieszkańców Polski i naszego województwa są choroby układu oddechowego, choroby psychiczne oraz zagrożenia zdrowotne o podłożu społecznym, wśród których najważniejszymi są HCV, HPV, AIDS, cukrzyca, otyłość.

- Choroby układu oddechowego

Choroby układu oddechowego stanowią trzecią najczęstszą przyczynę zgonu w UE (średnio 41,2 zgonów na 100 000 mieszkańców w 2010 r.). Spośród tej grupy schorzeń śmierć powodowały najczęściej przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, a w następnej kolejności zapalenie płuc. Choroby układu oddechowego mają związek z wiekiem i zdecydowaną większość zgonów nimi spowodowanych odnotowano wśród osób mających 65 lat lub więcej. Choroby układu oddechowego są dużo większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet i po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku natężenie zgonów z ich powodu wśród mężczyzn jest 2,6 razy wyższe niż wśród kobiet.

Szczególne miejsce, ze względu na małą świadomość społeczną zajmuje Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POCHP). Jest to nowa nazwa łącząca dotychczas znane schorzenia – przewlekłe zapalenie oskrzeli, dychawicę oskrzelową i rozedmę płuc. Na świecie z powodu POCHP umiera rocznie około 3 milionów ludzi i liczba ta ciągle rośnie. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i Europie wskazują, że POCHP występuje u 10 % populacji powyżej 40 roku życia. Autorzy opracowań epidemiologicznych twierdzą, że nieznana jest dokładna liczba chorych z nierozpoznanym POCHP, co wynika z małej dostępności do badań spirometrycznych i nieznacznie wyrażanych objawów klinicznych, zwłaszcza we wczesnych stadiach choroby. Szacuje się, że w Polsce na tę chorobę cierpi ok. 2 mln ludzi, a rocznie umiera około 14 tyś. osób. Niestety szacuje się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat obturacyjna choroba płuc stanie się już trzecią najczęstszą przyczyną śmierci. Choroba ta stanowi ogromne obciążenie społeczne.

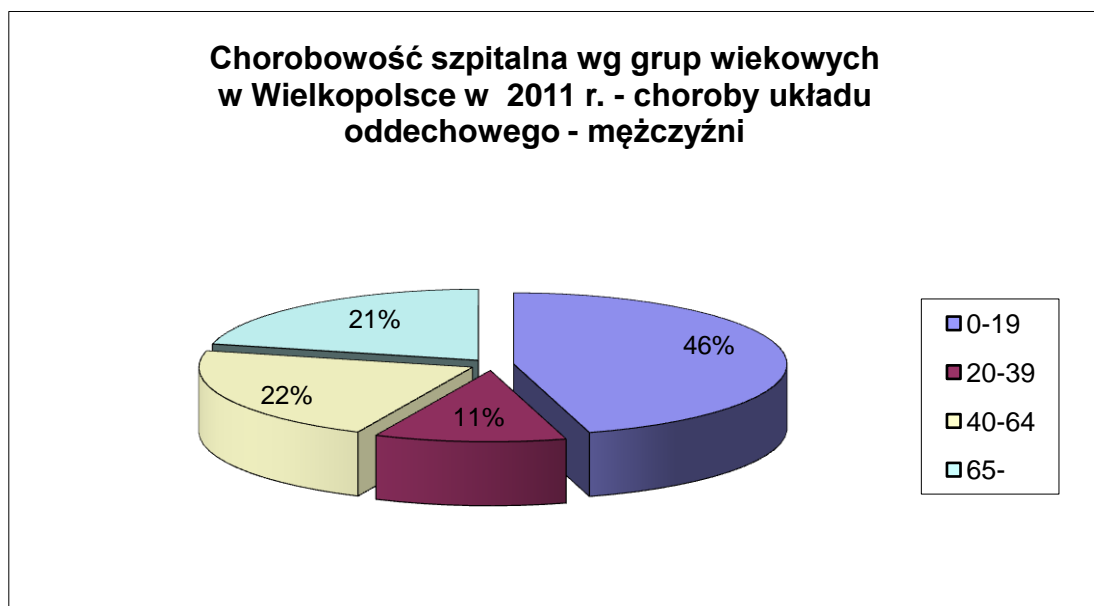
Nowotwory układu oddechowego stają się w ostatnich latach najczęstszą przyczyną śmierci spośród wszystkich nowotworów. Wśród osób w wieku starszym nowotwory te, stanowią u mężczyzn pierwszą, a u kobiet drugą przyczynę zgonów wśród nowotworów złośliwych. Podkreślenia wymaga fakt obserwowania w ostatnich



latach korzystnej zmiany polegającej na zmniejszeniu odsetka palących, co przełożyło się, na utrzymujący od prawie 15 lat, spadek częstości zachorowań na nowotwory płuca (głównie w grupie młodych mężczyzn), a co za tym idzie i zgonów.

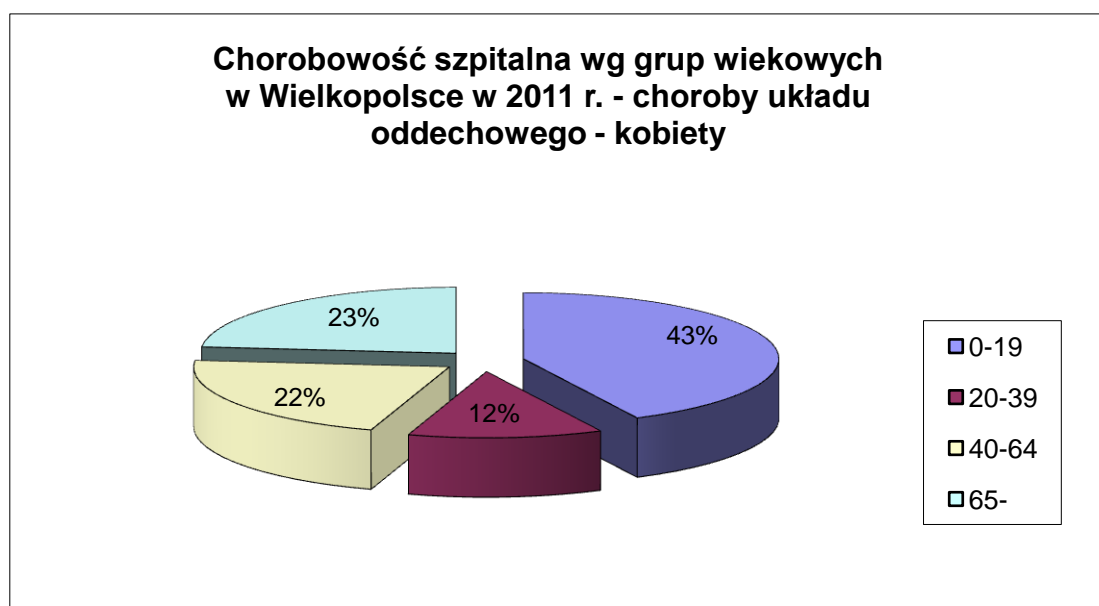
Najwyższą chorobowość szpitalną, z powodu chorób układu oddechowego ogółem, w roku 2011 zanotowano, wśród mężczyzn jak i u kobiet, w grupie wiekowej 0 -19 lat, co przedstawiono na wykresach nr 24 i 25.

Wykres nr 24



Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu i GUS.

Wykres nr 25



Źródło : Opracowano na podstawie danych WCZP w Poznaniu i GUS.

- Choroby psychiczne

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego ludności jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W ostatnich 15 latach następuje sukcesywny wzrost liczby osób leczonych zarówno w obszarze całodobowej jak i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Dynamika zapadalności jest wyższa niż dynamika rozpowszechnienia, na co wpływ ma rejestrowanie nowych przypadków zaburzeń psychicznych ogółem. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej leczonych ogółem i po raz pierwszy niemalże podwoiła się w okresie 1997-2010 (wzrost o 88%). Nieznaczne odwrócenie tendencji wzrostowej wystąpiło tylko przez dwa lata 2005 i 2006 r. W 2010 r. opieką ambulatoryjną objętych było ok. 1396 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi (nieco częściej kobiety – 3832/100 tys. ludności niż mężczyźni – 3465/100 tys.), z czego 384 tys. to pacjenci pierwszorazowi. Najczęstszym rozpoznaniem leczonym w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są zaburzenia nerwicowe – w 2010 r. 339 tys. leczonych ogółem (mężczyźni – 599/100 tys., kobiety – 1159/100 tys.), w tym 108 tys. po raz pierwszy. W latach 1997-2009 liczba mieszkańców Polski leczonych w oddziałach psychiatrycznej opieki

całodobowej wzrosła o połowę. W 2010 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 209 tys. osób (częściej dotyczyło to mężczyzn – 726/100 tys. niż kobiet – 382/100 tys.), w tym 86 tys. stanowiły osoby leczone po raz pierwszy.

Wpływ zaburzeń psychicznych na stan zdrowia ludności jest znaczący, gdyż zachodzi ścisły związek między nimi a schorzeniami somatycznymi. Choroby psychiczne zwiększają ryzyko zarówno chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, bądź z nimi współwystępują. Utrudnia to dodatkowo ich leczenie, pogarsza efekty terapii i związaną z nimi śmiertelność.

W celu ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ustanowiony został Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011 – 2015. Jednym z jego realizatorów jest Samorząd Województwa, który realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

- Choroby o znaczeniu społecznym: (HCV, HPV, AIDS, cukrzyca, otyłość)

### **Wirusowe Zapalenie Wątroby typu C (HCV)**

Zapalenie wątroby to poważny stan zapalny narządu niezbędnego do życia, wywołany między innymi przez wirusy. Jak dotąd rozpoznano 5 typów wirusowego zapalenia wątroby: A, B, C, D, E. Różnią się one sposobem przenoszenia, czasem trwania i ciężkością przebiegu. Jedną z form tej choroby jest przewlekłe zapalenie wątroby typu C wywoływane przez wirus HCV, który występuje ono bardzo często.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że zakażeni HCV – 170-200 mln ludzi zakażonych, stanowią 3% populacji światowej i około 1,5% ludności Polski. Według Polskiej Grupy Ekspertów szacunkowa liczba zakażonych HCV wynosi w Polsce ok. 750 tysięcy osób. Według danych stacji krwiodawstwa rejestracji zakażeń

podlega tylko 30-40 % wykrytych przypadków HCV. Prawdopodobnie ponad 95% Polaków zakażonych HCV nie jest świadomych swojej choroby. Około 80 % zakażeń przebiega bezobjawowo i zakażenie HCV przechodzi w postać przewlekłą. Jeśli osoba z HCV nie jest leczona, wzrasta u niej ryzyko poważnych chorób, np. marskości, raka i niewydolności wątroby. W tych wypadkach często konieczne jest przeszczepienie tego narządu.

W Polsce badania wskazują na rozpowszechnienie w przybliżeniu 1%. Zapadalność na objawowe WZW C w Polsce w 2009 r. wyniosła 5,08 na 100 000 ludności, a w 2010 – 5,13 i była niższa o 34% od najwyższej dotąd notowanej (7,85 w 2005 r.) Odnotowany spadek zapadalności w ostatnich latach wymaga dalszej obserwacji, z uwagi na istotne zmiany w nadzorze nad tą chorobą, które zostały wdrożone w ostatnim czasie, m.in. wdrożenie definicji przypadku. Na uwagę zasługuje umieralność z powodu WZW C, która pomimo spadającej zapadalności utrzymywała się na wysokim poziomie, aż do 2009 r., kiedy znacznie poprawiono dostępność leczenia przyczynowego. Wstępne dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują jednak na ponowny wzrost umieralności w 2010 r.

Rozkład wiekowy zachorowań w 2010 r. pozostawał zbliżony do obserwowanego poprzednio: najwyższą zapadalność odnotowano wśród dorosłych w wieku 40-60 lat, wśród mężczyzn również w grupie wieku 25-29 lat. Nadal zapadalność była wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet, przy czym różnica ta była wyraźna wśród nastolatków i osób młodych, poniżej 40 roku życia. Powyżej 50 roku życia zapadalność wśród kobiet nawet nieznacznie przewyższała zapadalność wśród mężczyzn. Ponadto, zapadalność w 2010 r. była znacznie wyższa wśród mieszkańców miast (6,42) w porównaniu do mieszkańców wsi (3,12). Należy zauważyć, że spadek zapadalności w stosunku do mediany z lat 2005-2009 dotyczył w równym stopniu mieszkańców miast i wsi, kobiet i mężczyzn. Można jednak zauważyć, że był istotniejszy w młodszych grupach wieku (>50%), niż w starszych (20%-30%).

Dane statystyczne pokazują, że wczesne wykrycie i leczenie zakażenia HCV podnosi skuteczność terapii, świadomość zakażenia podnosi bezpieczeństwo bliskich osób zakażonych, świadomość zakażenia pozwala ochronić wątrobę przed innymi szkodliwymi czynnikami (np. alkoholem). Skutkami zakażenia HCV są u ośmiu osób

na dziesięć – przewlekłe zapalenie wątroby, co piąta z nich z przewlekłym zapaleniem wątroby – marskość wątroby, niekiedy przechodząca w raka wątroby

### **Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (AIDS)**

Zapadalność na AIDS w krajach Unii Europejskiej w jej obecnym kształcie od wielu lat wykazuje tendencję spadkową. W 2009 r. odnotowano 1 zachorowanie na 100 000 ludności, co stanowi ponad 2-krotny spadek w stosunku do 2003 r. Tendencja ta wiąże się z wysokim odsetkiem osób zakażonych, które są skutecznie leczone antyretrowirusowo i nie dotyczy ona krajów Europy Wschodniej, gdzie odnotowano w tym czasie znaczny wzrost.

W Polsce zapadalność na AIDS kształtuje się na niższym poziomie (0,3 – 0,4 na 100 000 ludności), jednak pomimo prowadzonego od lat programu leczenia antyretrowirusowego nie obserwuje się spadku liczby zachorowań. Dotyczą one w dużej części osób, u których zakażenie HIV zostało rozpoznane zbyt późno (około 60% zachorowań). Z kolei w grupie chorych, u których zakażenie HIV wykryto przed wystąpieniem objawów klinicznych AIDS, 70%-80% stanowią osoby zakażone drogą dożylnego przyjmowania narkotyków, co odzwierciedla trudności w objęciu opieką tej grupy pacjentów. Jak dotąd liczba badań w kierunku HIV wykonywanych w Polsce należy do najniższych w Europie (5,6 na 1000 mieszkańców w 2009r., nie uwzględniając dawców krwi), a wysoki odsetek osób z nowo rozpoznanym zakażeniem HIV w fazie znacznego upośledzenia odporności wskazuje, że istotna grupa osób żyjących z HIV w Polsce może nie być tego świadoma.

Z drugiej strony jednak wiele przemawia za zmieniającym się obrazem epidemii HIV w Polsce. Wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń dotyczył głównie mężczyzn, którzy stanowili w 2009 i 2010 r. 82% zakażonych, podczas gdy w latach poprzednich 70%-75%. Najwyższe liczby nowo wykrytych zakażeń notuje się w grupach wieku 20-29 lat i 30-39 lat. W 2010 r. zakażenia wykryte w tych grupach wieku stanowiły odpowiednio 35,2% i 38,2% wszystkich nowo wykrytych zakażeń HIV. Należy jednak zauważyć, że zwiększa się udział zakażeń wykrywanych w wieku powyżej 40 roku życia – w 2010 r. stanowiły one 24,0% wszystkich nowo wykrytych zakażeń. Nie obserwuje się natomiast przyrostu liczby przypadków wśród nastolatków (15-19 lat). Pomimo ponawianych wysiłków, by wdrożyć program badań w kierunku HIV wśród kobiet ciężarnych wciąż rejestruje się zakażenia wertykalne.

Wskaźnik na 1000 urodzeń żywych wynosi około 0,02 – 0,03 i nie wykazuje tendencji spadkowej. Przy dostępnej obecnie skutecznej profilaktyce zakażeń wertykalnych, zakażenia dzieci dotyczą w zasadzie tylko kobiet z nierozpoznanym zakażeniem HIV.

Zdecydowaną większość nowo wykrywanych zakażeń HIV stanowią zakażenia mieszkańców miast. Zwraca jednak uwagę, że obserwowana tendencja wzrostowa liczby zakażeń dotyczy właściwie w równym stopniu mieszkańców miast i mieszkańców obszarów wiejskich.

### **Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)**

Wirus brodawczaka ludzkiego jest bardzo rozpowszechniony - blisko 50% populacji dorosłej w wieku 50 lat jest zakażonych wirusem HPV. Do tej pory opisano ponad 100 typów HPV, z czego 30 powoduje choroby układu moczowo-płciowego u kobiet i mężczyzn. Istnieją grupy zwiększonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, będące jednocześnie grupami ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Aż 40 typów wirusa HPV przenoszonych jest na drodze kontaktów seksualnych. Pozostałe typy przenoszone są przez bezpośredni kontakt ze zmianą, np. przez kontakt z brodawką na skórze chorego.

Z danych statystycznych wynika, że około 75% kobiet ulega zakażeniu wirusem HPV. Szczyt wykrywalności HPV występuje pomiędzy 15 a 25 rokiem życia. W tej grupie wiekowej obserwuje się, że około 40% testów na obecność HPV jest pozytywna. Wraz ze wzrostem wieku badanych kobiet spada częstość zachorowań, a zwiększa się wykrywalność raka szyjki macicy.

Ryzyka zakażenia wirusem HPV nie można całkowicie wyeliminować, ale można je ograniczyć przede wszystkim poprzez unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych. Istotny jest również prawidłowy tryb życia i odżywiania z korektą ewentualnych niedoborów witaminowych oraz unikanie palenia tytoniu. Należy wspomnieć również o możliwości przeciwdziałania zakażeniu w formie szczepienia przeciwko niektórym typom wirusa.

### **Cukrzyca**

Cukrzyca stała się jedną z głównych chorób cywilizacyjnych. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w 1985 roku było na świecie 30 mln ludzi chorujących na

cukrzycę, 10 lat później 135 mln, a w roku 2000 - 171 mln. Przewiduje się, że w roku 2030 będzie około 366 mln ludzi chorych na cukrzycę. Na świecie każdego roku z powodu powikłań, które powoduje cukrzyca umiera około 3,2 mln ludzi.

W Polsce wykryto cukrzycę u ponad 1.5 miliona osób. Chorych jest jednak znacznie więcej (ponad 2 mln). Szacuje się, że połowa cukrzyków nie wie o swojej chorobie. Chorzy zgłaszają się do lekarza, po kilku latach od zachorowania, gdy cukrzyca jest zaawansowana, a jej objawy nasilone. U 25% pacjentów stwierdza się powikłania cukrzycowe.

Co 10 sekund na świecie diagnozuje się cukrzycę u dwóch osób, a jedna osoba umiera w następstwie tej choroby. Zapewnienie wczesnego i szerokiego dostępu do opieki diabetologicznej jest bowiem szczególnie istotne w obliczu światowej epidemii cukrzycy.

Według szacunków IDF (Międzynarodowa Federacja ds. Cukrzycy), na cukrzycę cierpi obecnie 230 milionów osób, z czego 25 milionów w Europie. (90 proc.) to chorzy na cukrzycę typu 2. Za 20 lat liczba chorych wzrosnąć może na świecie do 350 milionów osób. Można mówić o groźbie epidemii cukrzycy.

Czynniki, wpływające na rozwój tej przewlekłej choroby, to przede wszystkim uwarunkowania genetyczne, otyłość, nieodpowiednie odżywianie i siedzący tryb życia.

## **Otyłość**

Obiektywne mierniki masy ciała BMI (według aktualnych norm WHO) wskazują, że w porównaniu z 2004 r. waga ciała dorosłego Polaka wzrasta i coraz częściej pojawia się problem nadwagi lub otyłości. Wyniki badania EHIS z 2009 r. wskazują, że zbyt dużą wagę ciała (nadwagę lub otyłość) miało aż 54% ogółu dorosłych Polaków, z tego 64% mężczyzn i 46% kobiet. Wśród 18 analizowanych krajów Polska zajmuje 7 miejsce w rankingu częstości występowania zbyt dużej masy ciała u osób dorosłych.

Obserwowaną większą dbałość o wagę ciała wyraźnie widać u kobiet, niezależnie od tego w jakiej części Europy żyją. W każdym analizowanym przez nas kraju częstość

występowania nadmiernej wagi ciała u mężczyzn była znacznie wyższa niż wśród kobiet, a różnica wynosiła od 3 do 19 punktów procentowych (dla Polski wyniosła ponad 17 punktów procentowych). Zawężając analizę tylko do osób z bardzo dużą masą ciała, tj. ludzi otyłych (BMI>30) możemy stwierdzić, że w Polsce co szósta osoba dorosła została zaliczona do tej grupy.

W 2009 r. ponad 8% populacji kobiet i mężczyzn w wieku 15-29 lat według obliczonego indeksu masy ciała (BMI) miało niedowagę, wagę w normie - 68%, a nadwagę – 20,1%. Otyłość wystąpiła u ponad 4% młodzieży. Ponad 60% populacji kobiet i mężczyzn w wieku 15-19 lat miało wagę w normie mieszczącą się w niskim przedziale. W tej grupie wieku znaczna niedowaga czy niedowaga występowała najczęściej wśród kobiet (odpowiednio 0,7% i 15,5%), a nadwaga czy otyłość u mężczyzn (odpowiednio 13,5% i 1,8%).

W kolejnej grupie wieku (20-29 lat) 64,3% populacji miało wagę w normie, przy czym najczęściej kobiety miały wagę w normie mieszczącą się w niskim przedziale. U co dziesiątej kobiety wystąpiła niedowaga. Zbyt duża waga ciała występowała u starszej młodzieży prawie 3 krotnie częściej niż w młodszej grupie wieku. Najwięcej, bo aż prawie 37% mężczyzn miało nadwagę, a około 7% było otyłych.

Procent osób z niedowagą, zarówno wśród kobiet, jak i u mężczyzn był niższy dla osób w wieku 20-29 lat (5,8%) niż wśród młodzieży w wieku 15-19 lat (12,2%). Najczęściej problem znacznej niedowagi wystąpił u kobiet w wieku 20-29 lat w miastach (0,7%). Natomiast niedowaga wystąpiła najczęściej, bo u prawie co 5-tej kobiety w wieku 15-19 lat mieszkającej w miastach, a najrzadziej u mężczyzn w wieku 20-29 lat, zarówno w miastach, jak i na wsi (1,3%).

Problem nadwagi i otyłości częściej występował u osób w wieku 20-29 lat niż wśród osób młodszych. Wyłącznie w grupie kobiet w wieku 15-19 lat odsetek otyłych mieszkających na wsi i w miastach był na zbliżonym poziomie (odpowiednio 1,4% i 1,1%), w przypadku innych grup osób częściej omawiany wskaźnik był niższy na terenach miejskich.



### **III. Założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia**

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”.***

Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez :

- 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

Celem strategicznym jest:

***„Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności Wielkopolan”***

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej wymaga posiadania aktualnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację. Określenie stanu zdrowia społeczeństwa to przede wszystkim pomiar rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania pomiędzy różnymi grupami ludności oraz identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego. Złożenia przyjęte dla aktualnie realizowanych i proponowanych w najbliższych latach do prowadzenia programów profilaktycznych są zbieżne z kierunkami wytyczonymi w najważniejszych dokumentach zdrowotnych państwa i regionu.

Dla właściwej realizacji zadań dających optymalne szanse Wielkopolanom należy kierować się zasadą należącą do kanonu zdrowia publicznego, która określa, że: *„należy osiągać maksymalny efekt zdrowotny za minimalną cenę, przy zachowanym poziomie jakości”*.

Niniejsze opracowanie wytycza kierunki polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia na lata 2014 – 2020 i będzie stanowić podstawę do przygotowywania propozycji

finansowania programów profilaktycznych i innych inicjatyw podejmowanych w tym zakresie.

Dokument ten będzie podlegał końcowej, jak również okresowej, w cyklu rocznym, weryfikacji i analizie w kontekście programów przyjętych do realizacji w okresie obowiązywania.

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 należy uznać przeciwdziałanie tym schorzeniom, których poziom zachorowalności i umieralności w Wielkopolsce jest najwyższy lub bardzo wysoki. Do takich najistotniejszych problemów zdrowotnych w naszym regionie, podobnie jak w całym kraju należą choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i choroby układu oddechowego, a także inne omówione szczegółowo w II – gim rozdziale niniejszego opracowania.

Dla wskazanych powyżej chorób ustalono następujące cele, wskaźniki i działania :

Cel:

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób stanowiących główne problemy zdrowotne w Wielkopolsce,

Wskaźniki:

- liczba działań – programów rocznie,
- liczba współpracujących instytucji i organizacji rocznie,
- liczba gmin – rocznie,
- liczba osób uczestniczących i wyniki,

Działania:

- promowanie badań profilaktycznych i badań przesiewowych,
- eliminacja czynników ryzyka,
- realizacja programów profilaktycznych i edukacyjnych w kierunku wczesnego wykrywania i ograniczania ich negatywnych następstw.

Wyrównanie szans dostępu do zdrowia dla mieszkańców województwa jest realizowane poprzez adresowanie programów do grupy tych mieszkańców Wielkopolski, którzy z racji miejsca zamieszkania mają utrudniony dostęp do większych ośrodków medycznych, szczególnie specjalistycznych. Dlatego zakłada się prowadzenie większości badań i programów przede wszystkim na terenie gmin i powiatów, poza dużymi aglomeracjami miejskimi.

Nakierowanie na wybrane tzw. „najsłabsze grupy społeczne”. Jak już wspomniano powyżej główną zasadą jest wykonywanie programów w mniejszych miejscowościach i gminach województwa. Z reguły oddalenie miejsca zamieszkania od większych, bogatszych ośrodków wiąże się z gorszą sytuacją ekonomiczną mieszkańców, a więc można przyjąć, że nasze programy są adresowane 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, a więc grup, które powinna otaczać szczególna troska.

Zaangażowanie społeczności lokalnej, w tym szczególnie osób odpowiedzialnych w terenie za zdrowie mieszkańców gmin jest osiągnięte w naszych programach

poprzez zaangażowanie w ich współorganizację. Równocześnie zarówno lokalni liderzy zdrowia jak i inni mieszkańcy powinni mieć możliwość uczestniczenia w specjalnych spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami. Ogromnie istotne dla powodzenia w poprawie zdrowia jest podniesienie świadomości i własnej za nie odpowiedzialności.

Racjonalne finansowanie. Zakłada się nie powielanie tych samych lub podobnych programów profilaktycznych dla tej samej grupy osób. Jest to realizowane poprzez finansowanie takich projektów, które nie są wykonywane z innych źródeł, w tym szczególnie z 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.

Prowadzenie działań długofalowych. Zdrowie należy do tych wartości, w których inwestowanie, szczególnie w profilaktykę, powinno być ciągłe, a efekty mogą być widoczne w perspektywie kilku – kilkudziesięciu lat. Wykonywanie badań przesiewowych, czy innych programów profilaktycznych jest racjonalne przy uwzględnieniu jak najszerszej skali odbiorców.

Ewaluacja dotychczasowych efektów działań profilaktycznych i monitoring bieżących projektów, winny być prowadzone w sposób skoordynowany i ciągły. Działania te będą wdrażane, realizowane i monitorowane z uwzględnieniem poprzedniego okresu programowania, tj. 2009-2013.

Współpraca z jak najszerszym gronem osób odpowiedzialnych formalnie i merytorycznie za problemy zdrowia mieszkańców Wielkopolski. Założenie to jest już po części realizowane, choć wymaga niewątpliwie wzmocnienia. Jako partnerów – osób i instytucji współuczestniczących w programach zdrowotnych finansowanych przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego można wskazać :

- Podmioty lecznicze.
- Organizacje pozarządowe non – profit, działające w obszarze opieki zdrowotnej oraz towarzystwa naukowe.
- Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu i stacje

powiatowe.

- Konsultanci wojewódzcy z różnych dziedzin medycyny oraz inni specjaliści medyczni.
- Samorządy lokalne.
- Samorządy zawodów medycznych.
- Kuratorium i władze oświatowe.

### Wykaz map:

1. Podział administracyjny Polski na województwa str.14
2. Rozmieszczenie powiatów o największej i najmniejszej gęstości zaludnienia na terenie województwa wielkopolskiego str.16
3. Ruch naturalny ludności w Wielkopolsce w 2011 roku str.22

### Wykaz wykresów:

1. Ludność Wielkopolski w 2011 roku wg miejsca zamieszkania str.15
2. Ludność Wielkopolski w 2011 roku wg płci str.17
3. Ludność wg grup wieku i płci w Wielkopolsce w roku 2011 str.18
4. Ludność Wielkopolski wg biologicznych grup wieku str.19
5. Przeciętna liczna lat dalszego trwania życia dla osób w wieku 0 lat w Wielkopolsce. str.20
6. Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych w Wielkopolsce str.24
7. Zgony według wybranych przyczyn w Wielkopolsce w latach 2007 – 2010. str.25
8. Przyrost naturalny w Wielkopolsce na 1000 ludności str.26
9. Główne przyczyny zgonów w Wielkopolsce w 2010 roku str.28
10. Główne przyczyny zgonów w Polsce w 2010 roku str.28
11. Zachorowalność w Wielkopolsce w 2010 roku str.29
12. Chorobowość szpitalna w Wielkopolsce w 2010 roku str.30
13. Wybrane przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w 2010 roku ogółem na 10 tys. ludności str.32
14. Wybrane przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w 2010 roku na 10 tys. ludności wg miejsca zamieszkania – wieś str.32
15. Wybrane przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w 2010 roku na 10 tys. ludności wg miejsca zamieszkania – miasto str.33
16. Wybrane przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w 2010 roku na 10 tys. ludności wg płci – mężczyźni str.33

17. Wybrane przyczyny zgonów z powodu chorób układu krążenia w Polsce w 2010 roku na 10 tys. ludności wg płci – kobiety	str.34
18. Chorobowość szpitalna wg grup wiekowych w Wielkopolsce w 2011 roku – choroby układu krążenia – mężczyźni	str.34
19. Chorobowość szpitalna wg grup wiekowych w Wielkopolsce w 2011 roku – choroby układu krążenia – kobiety	str.35
20. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku wg płci – mężczyźni	str.36
21. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku wg płci – kobiety	str.37
22. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku wg płci – mężczyźni	str.37
23. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2010 roku wg płci – kobiety	str.38
24. Chorobowość szpitalna wg grup wiekowych w Wielkopolsce w 2011 roku - choroby układu oddechowego – mężczyźni	str.40
25. Chorobowość szpitalna wg grup wiekowych w Wielkopolsce w 2011 roku - choroby układu oddechowego – kobiety	str.41

### Źródła danych:

1. Konstytucja RP.
2. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.
3. Ustawa z dnia 27 czerwca 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
5. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.
6. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych.
7. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015.
8. Zaktualizowana Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2020
9. Strategia Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2020
10. Strategia Sektorowa w Zakresie Ochrony Zdrowia Województwa Wielkopolskiego.
11. Główny Urząd Statystyczny w Warszawie.
12. Wojewódzki Urząd Statystyczny w Poznaniu.
13. Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w likwidacji w Poznaniu.
14. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu.
15. Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Poznaniu.
16. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.
17. Centrum Onkologii w Warszawie.
18. Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów w Poznaniu.
19. Instytut Chorób Płuc i Gruźlicy w Warszawie.
20. Zdrowie publiczne. M. Sygit, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
21. Internet.