



Strategia polityki zdrowotnej Gminy Celestynów na lata 2020-2025

Celestynów, styczeń 2020 rok



Spis treści

I.	Wprowadzenie	3
II.	Uwarunkowania formalno-prawne tworzenia lokalnej polityki zdrowotnej	4
III.	Międzynarodowe standardy i wytyczne w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia	8
IV.	Opracowania i programy o charakterze regionalnym i lokalnym	12
IV.1.	Mapy potrzeb zdrowotnych	12
IV.2.	Polityka zdrowotna województwa mazowieckiego	12
IV.3.	Polityka zdrowotna powiatu otwockiego	16
IV.4.	Dokumenty strategiczne i programowe Gminy Celestynów	16
V.	Analiza danych demograficznych i statystycznych dla Gminy Celestynów na tle kraju, województwa, powiatu	17
V.1.	Dane krajowe	17
V.2.	Dane regionalne	30
V.3.	Dane lokalne – powiat otwocki, Gmina Celestynów	32
VI.	Infrastruktura zdrowotna i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz usług medycznych dla mieszkańców Gminy Celestynów	36
VII.	Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna na terenie gminy/ powiatu/ województwa	46
VII.1.	Programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia	46
VII.2.	Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	48
VII.3.	Programy polityki zdrowotnej realizowane przez Samorząd Województwa Mazowieckiego	54
VII.4.	Programy, kampanie i akcje prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną	56
VII.5.	Programy profilaktyczne dostępne dla mieszkańców Gminy Celestynów i ich realizacja	58
VIII.	Cel strategiczny i cele operacyjne polityki zdrowotnej Samorządu Gminy Celestynów	60
IX.	Źródła finansowania strategii	64
X.	Monitoring i ewaluacja strategii	65
XI.	Udział społeczności lokalnej w formułowaniu i realizacji strategii	70



I. Wprowadzenie

Zdrowie jest jedną z najcenniejszych wartości w życiu człowieka, decyduje w głównej mierze zarówno o jego jakości, jak i długości trwania. W trosce o dobro reprezentowanej wspólnoty samorządowej władze Gminy Celestynów zdecydowały więc o podjęciu działań mających na celu zdiagnozowanie rzeczywistych problemów i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy oraz sfinansowanie odpowiadających na nie działań w obszarze swoich kompetencji.

Podstawowym założeniem rozpoczęcia prac nad „Strategią polityki zdrowotnej Gminy Celestynów” było wprowadzenie długofalowej polityki poprawy stanu zdrowia mieszkańców Gminy, zapewniającej skuteczną interwencję, mierzenie efektów prowadzonych działań, stabilne źródła ich finansowania, a w miarę potrzeby także korygowanie wyznaczonych celów.

Aby postawić trafną diagnozę w dokumencie dokonano analizy aktualnych danych demograficznych i statystycznych obrazujących strukturę społeczną, stan zdrowia, zachorowalność i główne przyczyny zgonów. Wskazując pożądane kierunki i sposoby działania odniesiono się do międzynarodowych oraz krajowych wytycznych i wskazań popartych badaniami naukowymi i rzeczywistą skutecznością interwencji. Uwzględniono założenia i działania ujęte w krajowych, regionalnych i lokalnych dokumentach programowych, tj. Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, Mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego, Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021 i innych. Wskazane w wypracowanym dokumencie cele strategiczne będą stanowiły podstawę konkretnych działań ukierunkowanych na poprawę jakości zdrowia mieszkańców. Ostatecznie mieszkańcy zadecydują o wyborze inicjatyw finansowanych z budżetu Gminy Celestynów w latach 2020-2025.

Problematyka zdrowia zawsze była jednym z elementów determinujących zamierzenia rozwojowe i strategiczne władz Gminy Celestynów. W „Strategii rozwoju Gminy Celestynów na lata 2013 – 2020” analizując lokalne uwarunkowania rozwoju wskazano na konieczność m.in. poszerzenia oferty zdrowotnej dla mieszkańców. Określając cele szczegółowe dla realizacji zrównoważonego rozwoju społeczeństwa, wybrano także działania związane bezpośrednio ze zdrowiem obywateli, tj.

- poprawę stanu bazy sportowo-rekreacyjnej,
- przeciwdziałanie patologiom i wykluczeniu społecznemu,
- poprawę jakości świadczonych usług i funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Niniejszy dokument stanowi rozszerzenie i uszczegółowienie strategii rozwoju Gminy Celestynów w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki, promocji i ochrony zdrowia.



II. Uwarunkowania formalno-prawne tworzenia lokalnej polityki zdrowotnej

Podstawowe zadania i kompetencje władz lokalnych w obszarze ochrony zdrowia definiują:

- i. ustawy samorządowe – w tym ustawa z dnia o samorządzie gminnym, wskazująca wśród zadań własnych zaspokajanie potrzeb wspólnoty lokalnej w zakresie ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt 5),
- ii. ustawa o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – określająca zadania samorządu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6-9) oraz zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jst (art. 9a-9b),
- iii. ustawa o zdrowiu publicznym – definiująca katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz wskazująca jednostki samorządu terytorialnego jako podmioty zobowiązane do realizacji i finansowania tych zadań (art. 2-3),
- iv. ustawa o działalności leczniczej – określająca zadania jednostki samorządu terytorialnego związane z pełnieniem funkcji podmiotu tworzącego dla publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz z przekazywaniem środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą (m.in. dział V i VI)

Jak wynika z cytowanej wyżej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, **do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy** w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Z kolei katalog **zadań wskazanych w ustawie o zdrowiu publicznym** obejmuje:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;



- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

Wykonanie zadań wskazanych w ustawie o zdrowiu publicznym powinno odbywać się w oparciu o Narodowy Program Zdrowia. Podstawowym celem strategicznym zdefiniowanym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020¹ jest *„wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”*. Cele operacyjne służące jego osiągnięciu to:

1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
2. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Szczególną formą realizacji zadań zdrowotnych samorządu są **programy polityki zdrowotnej** (PPZ). Zgodnie z definicją określoną w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jest to *zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego*.

Realizowane przedsięwzięcia zdrowotne w szczególności powinny dotyczyć²:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy mieszkańców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;

¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 1492).

² art. 48 ust. 3 uoiz



- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym.

Szczegółowe cele takich działań zostały określone jako **priorytety zdrowotne** w rozporządzeniu Ministra Zdrowia³. Rozporządzenie wskazuje tutaj następujące obszary interwencji:

- 1) zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego,
 - d) cukrzycy;
- 2) rehabilitację;
- 3) przeciwdziałanie występowaniu otyłości;
- 4) ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji;
- 5) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 6) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;
- 7) tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;
- 8) poprawę jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 9) poprawę jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia;
- 10) zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z przeprowadzonej w 2015 kontroli tematycznej jst, w latach 2010-2015 najczęściej realizowano programy zdrowotne dotyczące szczepień oraz profilaktyki nowotworowej. W 2015 roku dotyczyły one następujących dziedzin interwencji:

- szczepienia ochronne (HPV 34,4%; grypa 19,5%, pneumokoki 15,4%, meningokoki 6,6%),
- profilaktyka nowotworów (rak piersi 16,8%, gruczoł krokowy 8,5%)
- zdrowie psychiczne (15,8%)
- próchnica zębów u dzieci i młodzieży (12,7%)
- rehabilitacja (11,8%)
- zapobieganie wadom postawy (10,8%)
- profilaktyka chorób układu krążenia (9,5%).

³ Rozporządzenie MZ z dnia 27 lutego 2018 roku (Dz. U. poz.



W opinii NIK celowość i skuteczność podejmowanych działań może zapewnić jedynie **lokalna strategia zdrowotna** uwzględniające dane demograficzne, epidemiologiczne oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych, definiująca obszary realizacji inicjatyw programowych (programów polityki zdrowotnej i innych przedsięwzięć) i źródła ich finansowania, a także system ich monitorowania i ewaluacji⁴.

⁴ Informacja o wynikach kontroli „Realizacja Programów Polityki Zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”, nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD www.nik.gov.pl



III. Międzynarodowe standardy i wytyczne w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia

Koncepcja zdrowia, jego ochrony, profilaktyki i promocji powstała stosunkowo niedawno, a swoje początki datuje na lata 70 XX wraz z rozwojem w Kanadzie ruchu nowego zdrowia publicznego. W 1974 r. opublikowany został raport „*Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków*”, autorstwa ministra zdrowia Kanady Marca Lalonde'a, w którym przedstawiono pierwszą na świecie narodową strategię polityki zdrowotnej wykorzystującą koncepcję promocji zdrowia. Od 1977 r. do rozwoju promocji zdrowia istotnie przyczynia się Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która opracowała dokument „*Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku*”, przyjęty przez wszystkie kraje członkowskie WHO, a jego celem było osiągnięcie w 2000 r. poziomu zdrowia ludności na całym świecie pozwalającego na produktywnie życie społeczne i ekonomiczne⁵.

Zadania strategii „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku” sformułowane zostały następująco:

1. Solidarność dla zdrowia w Regionie Europejskim.
2. Równość w zdrowiu.
3. Zdrowy początek życia.
4. Zdrowie ludzi młodych.
5. Zdrowie ludzi starych.
6. Poprawa zdrowia psychicznego.
7. Redukcja chorób zakaźnych.
8. Redukcja chorób niezakaźnych.
9. Redukcja urazów powstałych na skutek wypadków i przemocy.
10. Zdrowie i bezpieczne środowisko fizyczne.
11. Zdrowy styl życia.
12. Zmniejszenie spożycia alkoholu i tytoniu.
13. Tworzenie „siedlisk” – środowisk zdrowotnych.
14. Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
15. Zintegrowanie sektora zdrowia.
16. Zarządzanie na rzecz jakości opieki zdrowotnej.
17. Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków.
18. Rozwijanie zasobów ludzkich służb opieki zdrowotnej.

⁵ <https://www.profilaktykawmalopolsce.pl/publikacje/727-co-to-jest-profilaktyka-i-promocja-zdrowia>



19. Gromadzenie wiedzy i badania naukowe na rzecz zdrowia.
20. Zdobywanie partnerów do działań na rzecz zdrowia.
21. Polityka i strategia „Zdrowie dla Wszystkich”.

W 1986 r. na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w Kanadzie zaakceptowano i przyjęto kierunki działań z zakresu promocji zdrowia. Zdefiniowano wtedy **promocję zdrowia** jako *proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania*. W późniejszych latach uzupełniano, poszerzano czy modyfikowano tą definicję w zależności od potrzeb informacyjnych. Jako uzupełnienie definicji WHO można dodać, że *promocja zdrowia jest kombinacją działań edukacyjnych i odpowiedniego wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego dla praktykowania działań sprzyjających zdrowiu*⁶.

Wśród wielu istniejących **definicji zdrowia** najczęściej podawana i uznawana jest definicja wg WHO, która mówi, że *zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagania*. Zdrowie zależy od wielu czynników działających na nie w różny sposób i z różną siłą. Czynniki te mogą wpływać pozytywnie lub negatywnie na zdrowie. Te, które wpływają negatywnie nazywane są czynnikami ryzyka (definiowane jako cecha lub ekspozycja zwiększająca prawdopodobieństwo choroby lub innego zdarzenia), ale niekoniecznie są przyczyną choroby, np. wiek, płeć (czynniki nie poddające się modyfikacji), palenie papierów, brak aktywności fizycznej, nieracjonalna dieta (czynniki modyfikowalne).

Czynniki działające (warunkujące) na zdrowie zostały pogrupowane w kilka najważniejszych obszarów, należą do nich:

1. **Styl życia**, który jest sposób bycia wynikającym z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków w jakich żyje, oraz z indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru. Zdrowie uwarunkowane jest stylem życia człowieka, który może go w mniejszym (np. jako dziecko) lub większym (świadome wybory dorosłego człowieka) kontrolować (modyfikować) i regulować jego wpływ na zdrowie.
2. **Środowisko** – jest sumą zewnętrznych warunków oddziałujących na człowieka. Zdrowie uwarunkowane jest wpływem środowiska, na które człowiek nie ma wpływu lub ma bardzo ograniczony.
3. **Biologia człowieka (dziedziczność)** – wszystkie cechy związane z biologią organizmu człowieka w tym jego cechy genetyczne (płeć, podatność na różne choroby). Zdrowie uwarunkowane jest biologią człowieka, na którą nie ma on wpływu.

⁶ Green, L., Kreuter, M., “Health promotion planning”, Mayfield Publishing Co., Mountain View 1991.



4. **Organizacja opieki medycznej** – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej warunkują zdrowie. Wpływ jednostki na organizację opieki medycznej jest ograniczony.

W potocznym rozumieniu często **promocję zdrowia** utożsamia się z **prewencją (zapobieganiem, profilaktyką)**. Jednakże istnieją znaczne różnice między tymi pojęciami, a co za tym idzie działaniami podejmowanymi w ramach tych koncepcji. *W podejściu promocyjnym punktem wyjścia podejmowanych działań jest zdrowie, natomiast w podejściu prewencyjnym – choroba*, celem działań w podejściu promocyjnym jest pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia natomiast w prewencyjnym – uniknięcie choroby, grupą oddziaływania w podejściu promocyjnym jest cała populacja w kontekście codziennego życia natomiast w podejściu prewencyjnym – grupa szczególnego ryzyka. Definiując więc prewencję należy powiedzieć, że jest to przeciwdziałanie rozwojowi choroby, czyli są to działania podejmowane w celu przerwania lub zahamowania dalszego rozwoju choroby.

Profilaktyka dzieli się na kilka rodzajów w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie i tak wyróżnia się:⁷

1. **Profilaktykę wczesną**, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie).
2. **Profilaktykę pierwotną**, której celem jest zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. obniżenia cholesterolu celem zapobiegnięcia chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego).
3. **Profilaktykę wtórną**, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego krwi celem zapobiegnięcia rozwojowi choroby niedokrwiennej serca).
4. **Profilaktykę trzeciej fazy (trzeciorzędową)**, której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby (np. rehabilitacja kardiologiczna po zawale serca).

Podstawowymi działaniami zapobiegawczymi przeciwdziałającymi wystąpieniu choroby lub jej wczesnym wykryciu jest wykonywanie badań profilaktycznych, które można podzielić na trzy grupy:

1. Testy i badania przesiewowe - są to stosunkowo proste i niekosztowne testy diagnostyczne w badaniach dużych grup ludności w celu wykrycia wczesnych stadiów chorobowych, które są finansowane z budżetu lokalnego samorządu lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. powszechne badania lekarskie dzieci w szkołach, badania w kierunku próchnicy zębów.
2. Profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rtg różnych grup zawodowych, których koszt pokrywa pracodawca.

⁷R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom „Podstawy epidemiologii”, Szkoła Zdrowia Publicznego Instytut Medycy Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2002.



3. Inne badania profilaktyczne u dorosłych w celu wczesnego wykrycia najczęstszych chorób np. badania mammograficzne w kierunku wykrycia raka piersi, badania cytologiczne, badania poziomu PSA u mężczyzn (badanie w celu wczesnego wykrycia raka prostaty), badania ciśnienia tętniczego krwi, badania cholesterolu, glukozy. **Badania takie mogą być realizowane w ramach programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ lub lokalne samorządy.**

Wybór modelu edukacji zdrowotnej podobnie jak profilaktyka zależy od momentu podjęcia działań edukacyjnych przeciwko danej chorobie i tak wyróżnia się⁸:

1. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na zdrowie, w której priorytetem głównym są ludzie i miejsca.** Działania edukacyjne podejmowane w celu umacniania zdrowia (programy edukacyjne dotyczące dbania o swoje zdrowie, higienicznego stylu życia).
2. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka.** Działania edukacyjne podejmowane w celu modyfikacji czynników wpływających na zdrowie (programy edukacyjne dotyczące korzyści wynikających z rzucenia palenia).
3. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na chorobę.** Działania edukacyjne podejmowane w celu modyfikacji czynników predysponujących do wystąpienia danej choroby (programy edukacyjne dotyczące przeciwdziałania chorobie niedokrwiennej serca).

⁸ Downie, R.S., Fyfe, C.E. Tannahill, A.J. „Health Promotion—Models and Values”, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford 1990.



IV. Opracowania i programy o charakterze regionalnym i lokalnym

IV.1. Mapy potrzeb zdrowotnych

Zgodnie z art. 95a u.s. dla obszaru każdego województwa sporządza się **regionalną mapę potrzeb zdrowotnych**, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza wojewoda raz na 5 lat w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Projekt mapy przygotowuje na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Mapa Ogólnopolska oraz Mapy Regionalne, po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej MZ oraz urzędów obsługujących wojewodów.

Zgodność regionalnej i lokalnej polityki zdrowotnej z mapą potrzeb zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem do ubiegania się o sfinansowanie przygotowanych na ich podstawie programów polityki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Opinię w tej sprawie wydaje wojewoda.

W 2018 roku zostały opracowane i upublicznione następujące mapy potrzeb zdrowotnych dla wszystkich województw:

- 1) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii
- 2) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i hematologii
- 3) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii
- 4) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego
- 5) mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób (analiza zapadalności i chorobowości - leczenia szpitalnego dla 30 najczęściej występujących chorób).

IV.2. Polityka zdrowotna województwa mazowieckiego

Założenia polityki zdrowotnej dla województwa mazowieckiego, w tym analizę stanu obecnego i prognozę stanu zdrowia mieszkańców na lata 2018-2035, jego uwarunkowania wynikające z otoczenia, środowiska i stylu życia oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a także możliwości finansowania działań prozdrowotnych ze środków publicznych zawiera dokument przygotowany przez Samorząd Województwa Mazowieckiego pn. *„Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021”*.

W oparciu o dane statystyczne, prognozowane kierunki rozwoju sytuacji demograficznej, zagrożenia środowiskowe i trendy behawioralne wskazano najważniejsze wyzwania i problemy do rozwiązania w obszarze zdrowia mieszkańców województwa.

a) wskazania statystyczne i demograficzne



- w perspektywie do 2050 roku dojdzie do znacznych zmian w strukturze populacji i **wzrostu odsetka osób starszych** - należy podjąć działania przygotowujące infrastrukturę i kadry pracujące w obszarach obsługujących osoby starsze na wzrost osób w wieku podeszłym;
- zniwelowanie **niekorzystnych różnic zdrowotnych** pomiędzy grupami wiekowymi, płci oraz mieszkańcami wsi i miast oraz w dostępie do infrastruktury ochrony zdrowia;
- średnia **długość życia kobiet jest wyższa od średniej długości życia mężczyzn** (o 8 lat); w związku z tym uzasadnione staje się zintensyfikowanie działań w odrębnej polityce zdrowotnej dla płci męskiej, ukierunkowanej na edukację zdrowotną od najmłodszych lat;

b) uwarunkowania środowiskowe

- poszukiwanie nowych i wdrażanie skutecznych metod ograniczania **emisji wybranych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego**, w zakresie których obserwowane są przekroczenia dopuszczalnych norm: na terenie całego województwa podstawowym problemem jest tu emisja powierzchniowa (sektor komunalno-bytowy), a w przypadku dużych aglomeracji miejskich także emisja liniowa (komunikacyjna);
- poszerzenie sieci **monitoringu jakości powietrza atmosferycznego** o obszary dotychczas nieobjęte tym systemem w celu pełnego zobrazowania sytuacji mającej miejsce na terenie województwa mazowieckiego;
- uporządkowanie **gospodarki ściekami** opadowymi i roztopowymi, preferowanie budowy oczyszczalni przydomowych na terenach o rozproszonej zabudowie, uwzględnianie rozwiązań wspierających tzw. małą retencję;
- propagowanie wśród społeczeństwa metod **jakościowej oraz ilościowej ochrony wody**;
- sukcesywna rozbudowa **sieci RIPOK** (regionalnych instalacji przetwarzania odpadów komunalnych), w tym szczególnie instalacji termicznego unieszkodliwiania odpadów;
- tworzenie punktów **selektywnej zbiórki odpadów komunalnych** w gminach;
- **uszczelnienie systemu gospodarowania odpadami**, w szczególności:
 - dostosowanie możliwości lokalnych punktów do potrzeb,
 - wzrost poziomu odzysku niektórych grup odpadów (np. budowlanych, tworzyw sztucznych itp.),
 - likwidacja „dzikich wysypisk”,
 - rozwój systemu unieszkodliwiania azbestu;
- **rekultywacja zamkniętych składowisk**, które dotychczas nie zostały poddane temu procesowi;
- dalsza, specjalistyczna i dostosowana do grupy odbiorców **edukacja w zakresie prawidłowego gospodarowania odpadami**;

c) wskazania infrastrukturalne



- dalsze ulepszanie **systemu transportu** m.in. poprzez budowę obwodnic miast;
- doskonalenie i wprowadzanie na szerszą skalę do użytku rozwiązań planistycznych, budowlanych, technologicznych itp. mających na celu **ograniczanie poziomu hałasu** na obszarach dotychczas pominiętych (mapy akustyczne, programy ochrony, strefy ciszy w miastach itp.);
- wobec narastającej presji cywilizacyjnej na rozwój sieci **źródeł promieniowania elektromagnetycznego** należy:
 - a) zwracać szczególną uwagę na właściwe egzekwowanie przepisów prawa zapewniających bezpieczeństwo ludności w tym zakresie,
 - b) rozwijać oraz stosować w praktyce skuteczne i tanie metody techniczne ograniczające wpływ tego rodzaju promieniowania na populację;

d) wskazania behawioralne

- problem **palenia papierosów** utrzymuje się w grupie osób dojrzałych, zwłaszcza **mężczyzn około 50-tego roku życia**, w związku z tym kluczowe jest podjęcie odpowiednich programów zdrowotnych dla tej grupy wiekowej,
- prowadzenie działań mających na celu wzmacnianie trendu **niepalenia papierosów wśród młodzieży** oraz kampanii skierowanych dla młodzieży, która pali papierosy.
- prowadzenie działań prowadzących do **ograniczenia spożywania alkoholu** - napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród osób dorosłych, jak i młodzieży, przy czym najczęściej dotyczy to osób w wieku 30-49 lat, głównie mężczyzn, również znaczny procent młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej deklaruje konsumpcję alkoholu. W związku z tym przy przygotowywaniu odpowiednich działań mających na celu przeciwdziałanie nadużywaniu alkoholu należy uwzględnić różnice wiekowe, jak i płciowe;

UWAGA: Mieszkańcy województwa mazowieckiego częściej nadużywają alkoholu w porównaniu do ogółu mieszkańców Polski. Województwo mazowieckie znalazło się w gronie pięciu województw, w których spożywa się najwięcej alkoholu, tuż obok województwa: pomorskiego, podlaskiego, śląskiego oraz lubuskiego.

- około 9,6% mieszkańców Mazowsza deklarowało, że stosowało **marihuanę i haszysz**, to dwukrotnie więcej niż w Polsce (5,2%); około połowa studentów (zwłaszcza w przedziale wiekowym 18-21 lat) miała okazyjny kontakt z substancjami psychoaktywnymi – należy więc podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie stosowania tych substancji,
- aktualne raporty dotyczące **aktywności fizycznej** Polaków wskazują, że około 47% wykonuje codzienne zajęcie głównie na siedząco lub stojąco, natomiast u 40% Polaków codzienna praca wymagała chodzenia lub umiarkowanego wysiłku fizycznego, uzasadnione wydaje się więc wprowadzenie działań mających na celu **promocję aktywności fizycznej**;
- obserwuje się korzystną zmianę w **częstości uczestniczenia przez dzieci w zajęciach wymagających aktywności fizycznej**: w badaniach z 2014 odnotowano wzrost o 5% liczby dzieci, które uczestniczyły w aktywnościach fizycznych poza lekcjami wychowania



fizycznego w porównaniu do danych z 2009 roku - w związku z tym należy wprowadzić działania mające na celu **zwiększanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży**;

- jedną z najbardziej popularnych form aktywności fizycznej wśród dorosłych Polaków jest **jazda na rowerze**: w 2014 r. najwięcej czasu na jazdę na rowerze poświęcały osoby w wieku 15-29 lat oraz 50-59 lat, należy więc zadbać o wspieranie wdrażania odpowiedniej liczby **ścieżek rowerowych**;

- problem nadwagi i otyłości ma tendencje wzrostowe na terenie całej Polski: dotyczył w 2014 roku 16,7% Polaków, a województwie mazowieckim – 16,3% mieszkańców - w związku z powyższym należy podjąć działania mające na celu **zapobieganie rozwojowi nadwagi i otyłości** na terenie województwa mazowieckiego;

e) wskazania epidemiologiczne

- wysoki poziom zapadalności i umieralności mieszkańców województwa mazowieckiego na **choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby oddechowe oraz choroby przenoszone drogą pokarmową** wskazuje na konieczność działań na rzecz poprawy stanu zdrowia w tym zakresie poprzez zwiększenie nakładów na **profilaktykę i efektywne leczenie**;

- niska **umieralność niemowląt** w województwie mazowieckim (obok województwa małopolskiego druga najniższa wartość współczynnika umieralności niemowląt), może świadczyć o odpowiednim dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz dobrych warunkach socjo-ekonomicznych i prawidłowym pod względem zdrowia stylem życia w czasie trwania ciąży. Niemniej w celu dalszej poprawy stanu zdrowia mieszkańców w tym aspekcie, wymagane są dalsze programy propagujące **zdrowy styl życia matki w okresie około ciążowym oraz zapewnienie odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej**;

- w 2029 roku **wzrośnie liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych**: nowotwory płuc, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego nadal będą dominującymi grupami nowotworów; należy prowadzić projekty zachęcające mieszkańców do zdrowego stylu życia oraz wskazujące na znaczenie wykonywania regularnych badań stanu zdrowia.

- ze względu na prognozowaną zachorowalność i postępujące starzenie się społeczeństwa nastąpi **wzrost zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacji leczniczej**, co oznacza konieczność zwiększenia bazy leczniczej i dostępności świadczeń,

- w województwie mazowieckim jest niewystarczająca liczba centrów zdrowia psychicznego, istnieje zagrożenie braku miejsc w szpitalach, tymczasem w 2029 roku najwyższą zapadalność rejestrowaną prognozuje się dla **zaburzeń lękowych**; przewiduje się także, że ze względu na najwyższe odchylenie procentowej zmiany zapadalności dla podgrupy uzależnienia, będzie ona wymagała najintensywniejszych działań zapobiegawczych, konieczne jest podjęcie działań w kierunku **zwiększenia dostępności dla pacjentów oddziałów dziennych, rehabilitacyjnych i ambulatoryjnych**, oraz zwiększenie dostępności do miejsc w Domach Pomocy Społecznej, co powinno skrócić czas przebywania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych.



- podjęcie restrukturyzacji całego **systemu leczenia psychiatrycznego** na Mazowszu. Zmiany powinny polegać na stopniowym i systemowym wdrażaniu modelu środowiskowego proponowanego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

IV.3. Polityka zdrowotna powiatu otwockiego

Założenia strategiczne rozwoju powiatu otwockiego, uwzględniające także zagadnienia o charakterze społecznym, zostały ujęte w „Strategii Rozwoju Powiatu Otwockiego na lata 2014-2020⁹”. W dokumencie wskazano m.in. najsłabsze strony infrastruktury zdrowotnej, uznając ją za niedostosowaną do nowoczesnych metod leczenia i rehabilitacji, jak również zróżnicowaną pod względem jakości i dostępności dla mieszkańców powiatu. Pozytywnie oceniono wzrastający popyt i modę na zdrowy styl życia, w tym zdrową żywność, jakkolwiek bazę rekreacyjno-sportową uznano nie niewystarczającą. Mocną stroną powiatu są także walory uzdrowiskowe lokalnego klimatu i przyrody, pozwalające na rozwój lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji. Zauważone zostały demograficzne zagrożenia i wyzwania dla władz lokalnych i systemu opieki zdrowotnej, tj. starzejąca się populacja czy spadający przyrost naturalny. Wśród celów operacyjnych strategii wskazano m.in. konieczność budowania świadomości ekologicznej dla zachowania dziedzictwa przyrodniczego i walorów powiatu, pośrednio także dla zachowania dobrego zdrowia i umożliwienia rekonwalescencji, oraz dostosowanie infrastruktury do potrzeb społecznych.

IV.4. Dokumenty strategiczne i programowe Gminy Celestynów

Najważniejszym dokumentem kształtującym dotychczas kierunki polityki społecznej w Gminie Celestynów jest „Strategia Rozwoju Gminy Celestynów na lata 2013-2020”. Sformułowane cele strategiczne i operacyjne w zakresie zdrowia mieszkańców zostały zaprezentowane we **Wprowadzeniu** do niniejszego opracowania. Szczególne zagadnienia społeczne zostały objęte odrębnymi dokumentami, tj.:

- *Gminnym Programem Wspierania Rodziny w Gminie Celestynów na lata 2019-2021*, który jest kontynuacją programu wspierania rodziny realizowanego w gminie Celestynów od 2016r. i powstał w oparciu o ustawę z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Jego zadaniem jest stworzenie zasad realizacji zadań gminy w zakresie pracy z rodziną, tj. wsparcia rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych m.in. poprzez konsultacje i poradnictwo specjalistyczne oraz zapewnienie asystenta rodzinie w szczególnie trudnej sytuacji. Dokument zawiera diagnozę problemów społecznych występujących w Gminie Celestynów, charakterystykę rodzin i ich sytuacji materialnej, warunków sprawowania opieki i wychowywania dzieci, a także określenie zadań instytucji i podmiotów podległych samorządowi gminnemu, zaangażowanych w realizację programu.

- *Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2019*, wskazującym działania zmierzające do ograniczania spożycia napojów alkoholowych, zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę zwyczajów związanych z ich konsumpcją. Są to działania na rzecz trzeźwości, abstynencji, przeciwdziałania powstawaniu i

⁹ Uchwała nr 296/XXXIX/14 Rady Powiatu w Otwocku z dnia 23.10.2014 r.



usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspieranie działalności w tym zakresie organizacji społecznych. Program obejmuje profilaktykę, edukację, a także organizację procesu leczenia uzależnień.



V. Analiza danych demograficznych i statystycznych dla Gminy Celestynów na tle kraju, województwa, powiatu

V.1. DANE KRAJOWE¹⁰

V.1.1. Wybrane aspekty sytuacji demograficzno – społecznej

1. **Liczba ludności** Polski zmniejszała się w latach 2011-2016, ale w 2017 r. nastąpił jej niewielki wzrost i w końcu tego roku wynosiła 38 434 tys. osób, 7,4% ogółu ludności UE 28, co plasowało nasz kraj na szóstym miejscu wśród krajów Unii. W 2017 r. przyrost naturalny w Polsce miał ujemną wartość w miastach i dodatnią na wsi.
2. **Kobiety** stanowią ponad połowę ogółu ludności (51,6%) ale nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają dopiero w grupie wieku 50-54 lata i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona bardzo szybko. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 154 kobiety zaś w wieku podeszłym, 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet.
3. Ludność Polski jest **przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej** (UE 28), ale jak wynika z prognozy Eurostatu ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych dla krajów Unii.

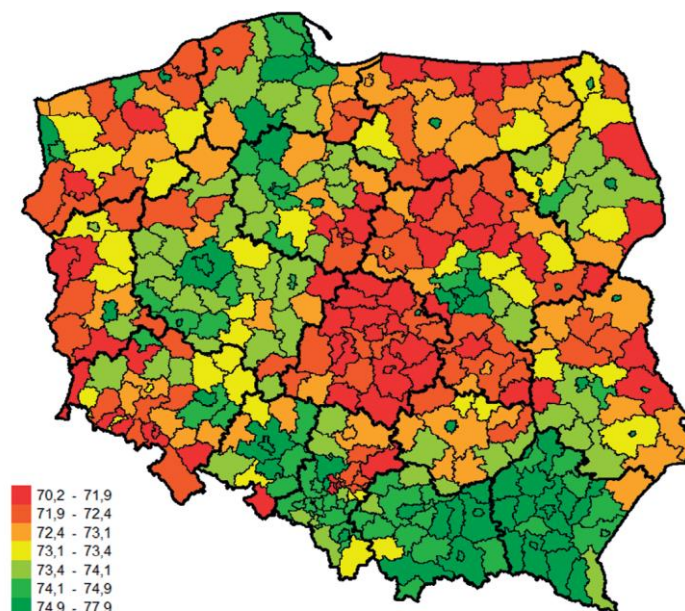
V.1.2. Długość życia i umieralność ludności Polski

4. W 2017 r. **długość życia** mężczyzn wynosiła 74,0 lata a kobiet była o 7,8 roku dłuższa i wynosiła 81,8 lat. W ostatnich latach 2014-2017 długość życia zarówno mężczyzn jak i kobiet wzrosła zaledwie o 0,2 roku. **Jest to najmniej korzystny trzyletni okres pod względem wzrostu długości życia jaki obserwujemy po roku 1991**. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 61,3 lat (83% długości życia) a kobiety 64,6 lat (79%) natomiast w przypadku osób starszych kobiety w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu (43% tzn. 8,9 lat,) natomiast mężczyźni 51% (8,2 lat).
5. **Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej** – wg danych WHO w 2015 r. o 4,6 lat, natomiast **w przypadku kobiet różnica jest znacznie mniejsza** i wynosi 1,9 roku. Obecna długość życia polskich mężczyzn jest równa tej jaka dla ogółu krajów UE była w 1999 r., a więc 16 lat temu a długość życia Polek jest równa tej jaka była około 11 lat temu.
6. **Nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców**, których mieszkańcy żyją najkrócej; natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi, gdzie

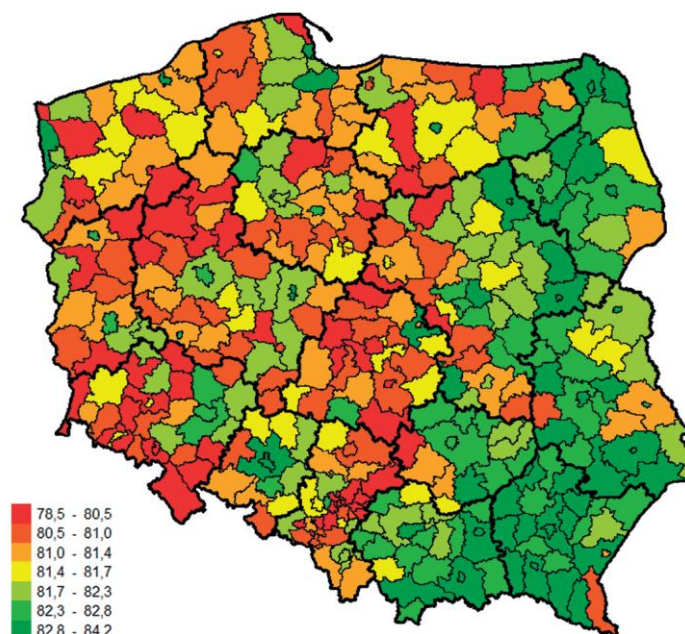
¹⁰ „Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania – synteza” red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.



mieszkańcy żyją nawet krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania stopniowo ulega zmniejszeniu.



Ryc.: Oczekiwana długość trwania życia mężczyzn w latach 2015-2017 według powiatów
[za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, Warszawa 2018]



Ryc.: Oczekiwana długość trwania życia kobiet w latach 2015-2017 według powiatów
[za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, Warszawa 2018]

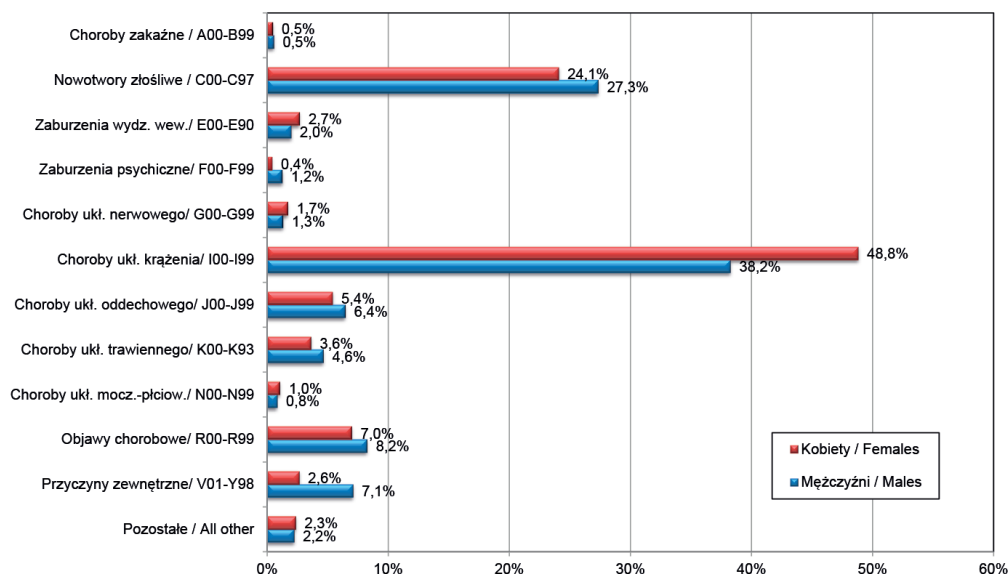


7. Za **krótsze życie polskich mężczyzn** w porównaniu z mieszkańcami większości innych krajów UE w decydującym stopniu odpowiada **większa ich umieralność w wieku aktywności zawodowej, tzn. 25-64 lata, a przede wszystkim w wieku 45-64 lata**. Natomiast w przypadku polskich kobiet, to że żyją one krócej niż mieszkanki krajów Europy w ponad połowie wynika z wyższej umieralności w starszym wieku tzn. 65 lat i więcej.
8. **Umieralność niemowląt** w Polsce jest jeszcze **wyższa od przeciętnej w krajach UE** i na każde 10 000 urodzeń żywych w Polsce w każdym roku lat 2015-2017 przed ukończeniem pierwszego roku życia umierało 40 dzieci podczas gdy w UE przeciętnie 36 (2016 r.). Poziom umieralności niemowląt znacznie różni się w poszczególnych województwach. W woj. śląskim, warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim umieralność niemowląt w latach 2014-2017 była cały czas wyższa od ogólnopolskiej, natomiast w woj. mazowieckim, małopolskim i pomorskim w całym czteroletnim okresie była ona poniżej poziomu ogólnopolskiego.
9. Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat **choroby układu krążenia (ChUK)** odpowiedzialne w 2016 r. za 43,3% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od roku 1991. Choroby te stanowią najważniejszą przyczyną umieralności w przypadku mężczyzn w wieku 45-54 lata i 70 lat i starszym, natomiast wśród kobiet dopiero w wieku powyżej 74 lat. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są **choroby serca** (60,6% ogółu zgonów z powodu ChUK), znacznie mniejszą grupę stanowią **choroby naczyń mózgowych (ChNM)** (17,3% zgonów ChUK). W latach 2015-2016 poziom umieralności z powodu ChUK był najniższy w woj. podlaskim, a zdecydowanie najwyższy w woj. świętokrzyskim. We wszystkich województwach zarówno choroby serca jak i choroby naczyń mózgowych (poza woj. opolskim) bardziej zagrażają życiu mieszkańców wsi niż miast. **Zagrożenie życia zarówno chorobami serca jak i ChNM jest w Polsce znacznie większe niż w większości krajów UE**, ale tylko w przypadku ChNM ta niekorzystna różnica zmniejsza się. **Wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, jest główną przyczyną krótszej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce w porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE**.
10. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,8% ogółu zgonów w 2016 r.), w ostatnich latach standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności z ich powodu nie wykazują trendu spadkowego, a ich udział wśród ogółu przyczyn zgonów trochę wzrasta. Nowotwory stanowią większy problem zdrowotny dla mężczyzn niż kobiet i nadwyżka umieralności z ich powodu mężczyzn w stosunku do kobiet jest większa niż w przypadku chorób serca i naczyń. Nowotwory złośliwe ogółem zarówno obecnie jak i w całym okresie lat 2000. Najbardziej zagrażają życiu mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego. Największym zagrożeniem życia mężczyzn i kobiet jest rak tchawicy, oskrzela i płuca (większym niż dla ogółu mieszkańców UE), a współczynniki umieralności z jego powodu maleją tylko wśród mężczyzn. Najwyższy poziom umieralności z powodu tego nowotworu w całym okresie lat 2000. występuje właśnie w woj. warmińsko-mazurskim i



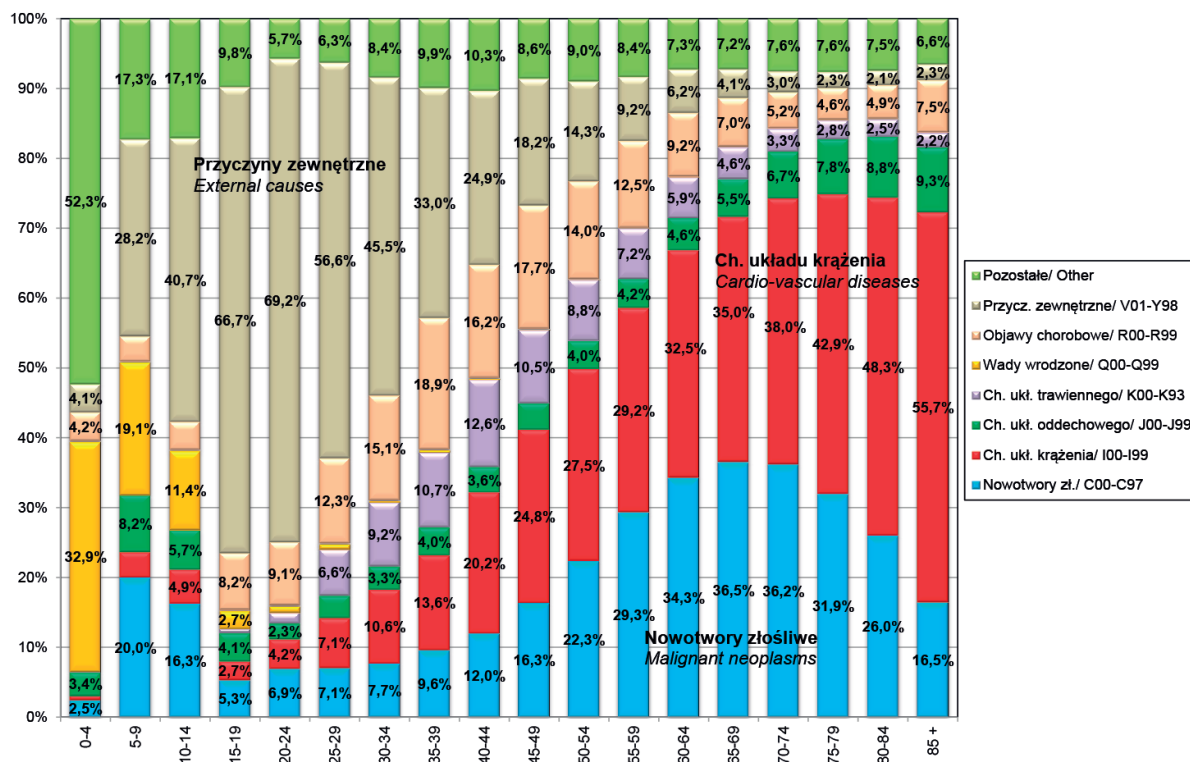
kujawsko-pomorskim. **Poziom umieralności kobiet z powodu raka piersi w trzynastu województwach w latach 2015/2016 był wyższy niż pięć lat wcześniej**, a obniżył się tylko w trzech. Do województw o najwyższym poziomie umieralności kobiet ogółem z powodu tego nowotworu zaliczają się woj. wielkopolskie i śląskie. **Generalnie sytuacja w Polsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest niekorzystna w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE**, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia.

11. **Zewnętrzne przyczyny zgonów** od roku 2015 są dopiero piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności ogółu ludności Polski (4,9% ogółu zgonów w 2016 r.) gdyż w ostatnich dwóch latach zostały wyprzedzone przez choroby układu oddechowego. Stanowią one jednak czwartą przyczynę zgonów mężczyzn i są największym zagrożeniem życia osób w wieku 5-44 lata, w przypadku których w 2016 r. były odpowiedzialne za 34% zgonów. Przyczyny te stanowią większe zagrożenie życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach. Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych ma długotrwały trend spadkowy, który dla mężczyzn wyraźnie przyspieszył w ostatnich latach, ale **poziom umieralności jest wciąż znacznie wyższy od przeciętnego w UE**. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają samobójstwa, upadki i dopiero na trzecim miejscu wypadki komunikacyjne. Obserwuje się wyraźny wzrost współczynników umieralności mężczyzn z powodu przyczyn zewnętrznych, w tym samobójstw oraz wypadków komunikacyjnych. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań prewencyjnych.
12. **W przypadku kobiet** zdecydowanie dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia (PYLL) są **nowotwory złośliwe**, które odpowiadają aż za 40% PYLL, natomiast choroby układu krążenia mają znaczenie o połowę mniejsze. Wśród nowotworów do przedwczesnej umieralności kobiet w największym stopniu przyczyniają się **rak tchawicy, oskrzela i płuca oraz rak sutka**. **W przypadku mężczyzn** za największe obciążenie przedwczesną utratą życia odpowiadają **choroby układu krążenia (24,1%), nowotwory złośliwe (22,5%) oraz przyczyny zewnętrzne (18,3%)**. Wśród ChUK dominującą przyczynę przedwczesnych zgonów mężczyzn stanowią choroby serca, które odpowiadają za ponad czterokrotnie więcej utraconych potencjalnych lat życia niż choroby naczyń mózgowych. Za bardzo niepokojący należy uznać **duży wzrost w 2016 r. utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn jak i kobiet z powodu zgonów związanych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi użyciem alkoholu** (w stosunku do 2014 r. odpowiednio o 94,4% i 70,7%).



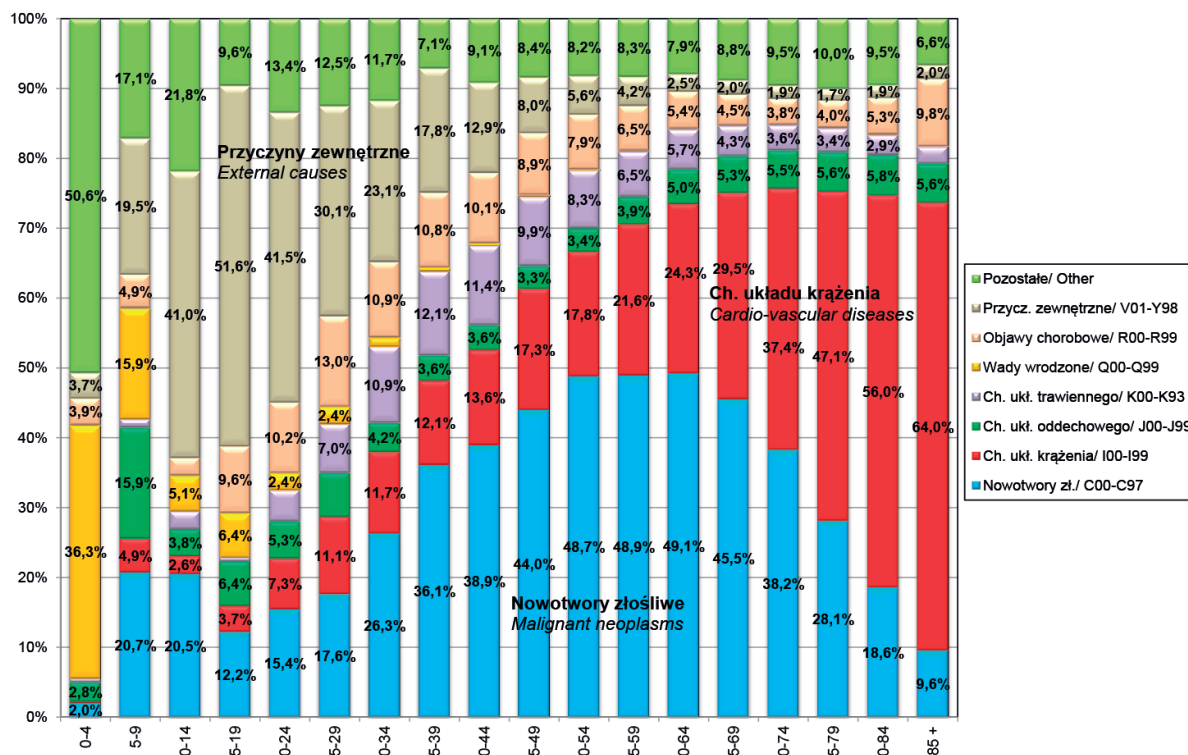
Ryc.: Udział najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce według Płci w 2016 roku
(na podstawie danych GUS)

[za: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP – PZH, Warszawa 2018]



Ryc.: Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych w 2016 roku (na podstawie danych GUS)

[za: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP – PZH, Warszawa 2018]



Ryc.: Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2016 roku (na podstawie danych GUS)

[za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, Warszawa 2018]

V.1.3. Wyleczalność chorych na nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2000-2014.

13. W latach 2000-2014 w Polsce, w **większości analizowanych chorób nowotworowych wskaźnik 5-letnich przeżyć poprawił się**. Jego wartość wzrosła u chorych na raka piersi, gruczołu krokowego oraz czerniaka skóry i zmiany te dotyczyły wszystkich lub prawie wszystkich województw w kraju. Jednakże, tym korzystnym zmianom, co najmniej od roku 2010 towarzyszy wzrost umieralności na te nowotwory.
14. Niewielka, lecz **systematyczna poprawa przeżyć** u chorych na raka jelita grubego oraz zmniejszające różnicowanie pomiędzy województwami wraz z obniżającym się trendem umieralności wskazują na korzystny kierunek zmian i umiarkowaną poprawę w obszarze.
15. Wybitnie **niekorzystna sytuacja** nadal dotyczy raka szyjki macicy. Poprawa wskaźnika przeżyć była niewielka, a jeszcze mniejsza w okresie pomiędzy latami 2005-2009 i 2010-2014 i wynosiła niespełna 1 pkt.%. Tym znikomym zmianom towarzyszył stały i równomierny, lecz zbyt powolny trend zmniejszającej się umieralności. Należy podkreślić, że zaledwie niewielkie zmiany w zakresie obu tych wskaźników świadczą o **braku poprawy w zwalczaniu raka szyjki macicy w Polsce**.

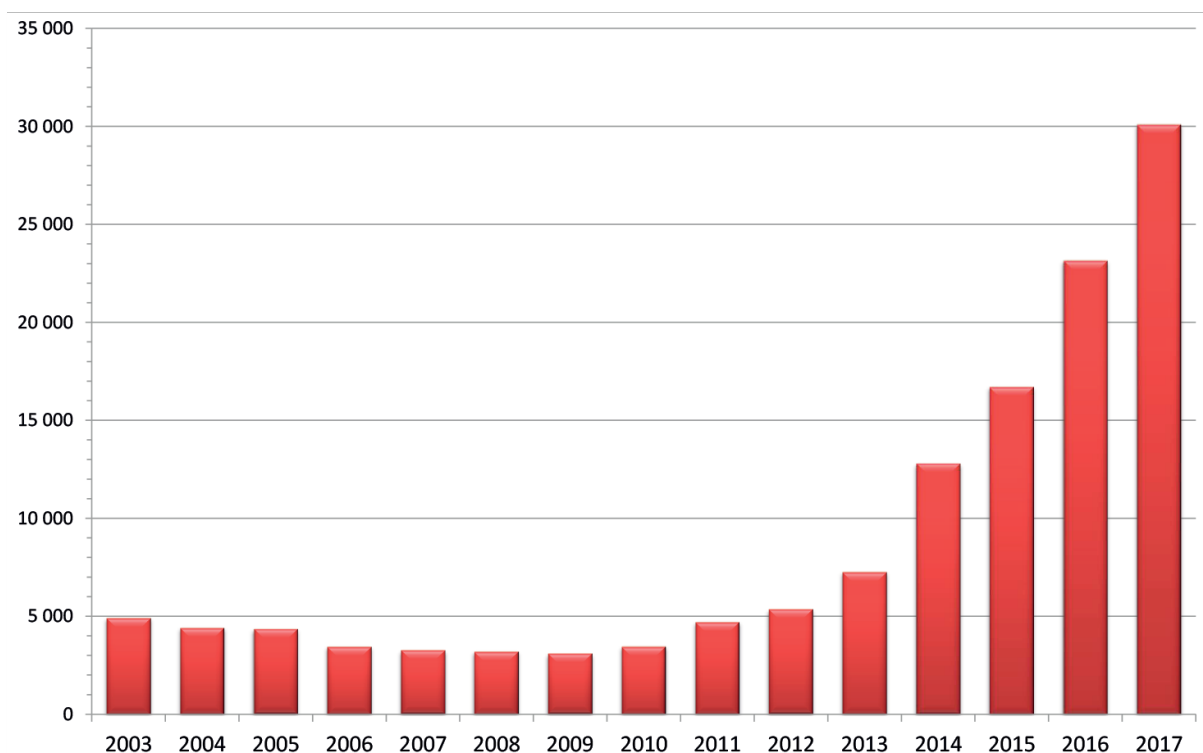
V.1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania



16. Liczba pacjentów *psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej* leczonych ogółem wynosi 1,6 mln osób. Liczba leczonych w okresie 2013-2016 pozostawała na w miarę stałym poziomie, choć daje się zaobserwować **wzrost leczonych po raz pierwszy**. Utrzymują się tendencje polegające na tym, że kobiety leczą się o ponad jedną piątą częściej niż mężczyźni, a w samych poradniach zdrowia psychicznego aż o 50% częściej, z kolei mieszkańcy miast są leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. W psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej – w 2016 r. nadwyżka ta wynosiła aż 107% i ta różnica wskazuje na niejednakowe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych tych obu populacji.
17. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi wśród osób leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej są niezmiennie od kilku lat **zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne, oraz zaburzenia nastroju (afektywne)**.
18. W latach 2011-2016 liczba mieszkańców Polski leczonych w *oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej* utrzymuje się na w miarę stałym poziomie. W 2016 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono 229 tys. osób, mężczyźni byli aż o 88% częściej leczeni niż kobiety (odpowiednio 784,8/100 tys. i 417,0/100 tys.), mieszkańcy miast byli leczeni częściej niż mieszkańcy wsi o 34% (odpowiednio 661,9/100 tys. i 493,5/100 tys.). Różnica ta była znacznie mniejsza niż w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jednak powiększyła się w ostatnich trzech latach blisko dwukrotnie.
19. Zdecydowanie najczęstszym rozpoznaniem wśród osób leczonych w oddziałach całodobowych były **zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu** – w 2016 r. 206,9/100 tys. mieszkańców, leczonych po raz pierwszy 91,7/100 tys. mieszkańców.

V.1.5. Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze

20. Dane zbierane w ramach rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi oraz dane o przyczynach zgonów wskazują, że **sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce jest stosunkowo korzystna i względnie stabilna**.
21. Nie wszystkie szczepienia ochronne mogą być finansowane z budżetu państwa, szczególnego znaczenia w zapobieganiu chorobom zakaźnym nabiera więc promowanie szczepień innych niż obowiązkowe (np. przeciw grypie), wykonywanych na koszt pacjenta.
22. Oprócz promowania szczepień, coraz większego znaczenia nabiera konieczność przeciwdziałania tzw. „ruchom antyszczepionkowemu”, których negatywny wpływ na realizację Programu Szczepień Ochronnych zaczyna **grozić utratą odporności zbiorowiskowej osiągniętej dotychczas**.



Ryc.: Liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień w Polsce w latach 2003 – 2017

[za: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP – PZH, Warszawa 2018]

23. Istnieje pilna konieczność usprawnienia **profilaktyki w zakresie zakażeń HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową**. Dziesięciokrotny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń HIV wśród mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami w latach 2000-2015 wskazuje tę grupę jako priorytetową do wdrażania interwencji o udokumentowanej skuteczności.
24. **Zakażenia wirusem HCV powodują rosnące koszty społeczne** (zwiększająca się umieralność oraz występowanie zaawansowanej choroby), co wynika z niskiej rozpoznawalności i częściowo z niej wynikającego niskiego pokrycia leczeniem.
25. Zważywszy na ponoszone rokrocznie olbrzymie koszty ekonomiczne i społeczne grypy, naależy zintensyfikować działania na rzecz wydatnego zwiększenia odsetka osób szczepionych przeciw tej chorobie.
26. Zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata wymaga działań mających na celu podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z takimi podróżami i sposobach zapobiegania tym zagrożeniom.

V.1.6. Choroby alergiczne, astma, inne stany zapalne dróg oddechowych

27. **Alergiczne choroby, szczególnie układu oddechowego, są istotnym i narastającym problemem** w populacji polskiej. Wymagają monitorowania, gdyż nie osiągnęły



jeszcze stopnia wysycenia populacji, co widać na podstawie metaanalizy danych epidemiologicznych zestawionych wszystkich dostępnych w literaturze badań. Środki przeznaczone przez publicznego płatnika na świadczenia z zakresu alergologii są skromne, oscylują wokół 1% budżetu, mimo, że jak się szacuje ponad 40% społeczeństwa w Polsce cierpi z powodu chorób z nadwrażliwości (alergiczných).

28. Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w którym **brak jest aktualnych danych na temat rzeczywistej częstości występowania alergii pokarmowej w wieku rozwojowym i wśród dorosłych**. Epidemiologiczne badania populacyjne, przeprowadzone z użyciem zunifikowanego narzędzia badawczego i zweryfikowane prowokacyjną próbą pokarmową, winny być punktem odniesienia do dalszego monitorowania i prognozowania zapadalności na alergię pokarmową w Polsce. Niestety wydaje się, że nadal dużym problemem jest brak wystarczającej wiedzy o alergii zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. **Niezbędna jest także edukacja w zakresie bezpiecznego przygotowywania żywności dla alergików**. Celem powinno być podniesienie jakości życia chorego, który w trakcie spożywania posiłku powinien mieć pewność, że jego życiu nie zagraża niebezpieczeństwo.
29. Alergologia jest specjalnością typowo ambulatoryjną i tego typu świadczenia dominują w kontraktowaniu przez publicznego płatnika, który przeznacza na ten rodzaj świadczeń ponad 80% wszystkich środków na alergologię. Niestety dostęp do ambulatoryjnych świadczeń alergologicznych jest ograniczany poprzez ich limitowanie. Jeszcze gorsza jest w alergologii dostępność do świadczeń szpitalnych. Choć nie ma problemów w sytuacjach zagrożenia życia (napad/ zaostrzenie astmy, ostra pokrzywka i/lub obrzęk naczynioruchowy, wstrząs anafilaktyczny), bo większość może być doraźnie skutecznie leczona na SOR. Jednak duża część takich chorych wymaga potem dalszej skomplikowanej diagnostyki w trybie planowym lub zastosowania innych procedur leczniczych (odczulanie, programy lekowe). Świadczenia te dostępne są głównie w szpitalach klinicznych uczelni medycznych, a środki przeznaczone na szpitalne świadczenia alergologiczne w Polsce są niewystarczające w stosunku do potrzeb

V.1.7. Wypadki i zatrucia

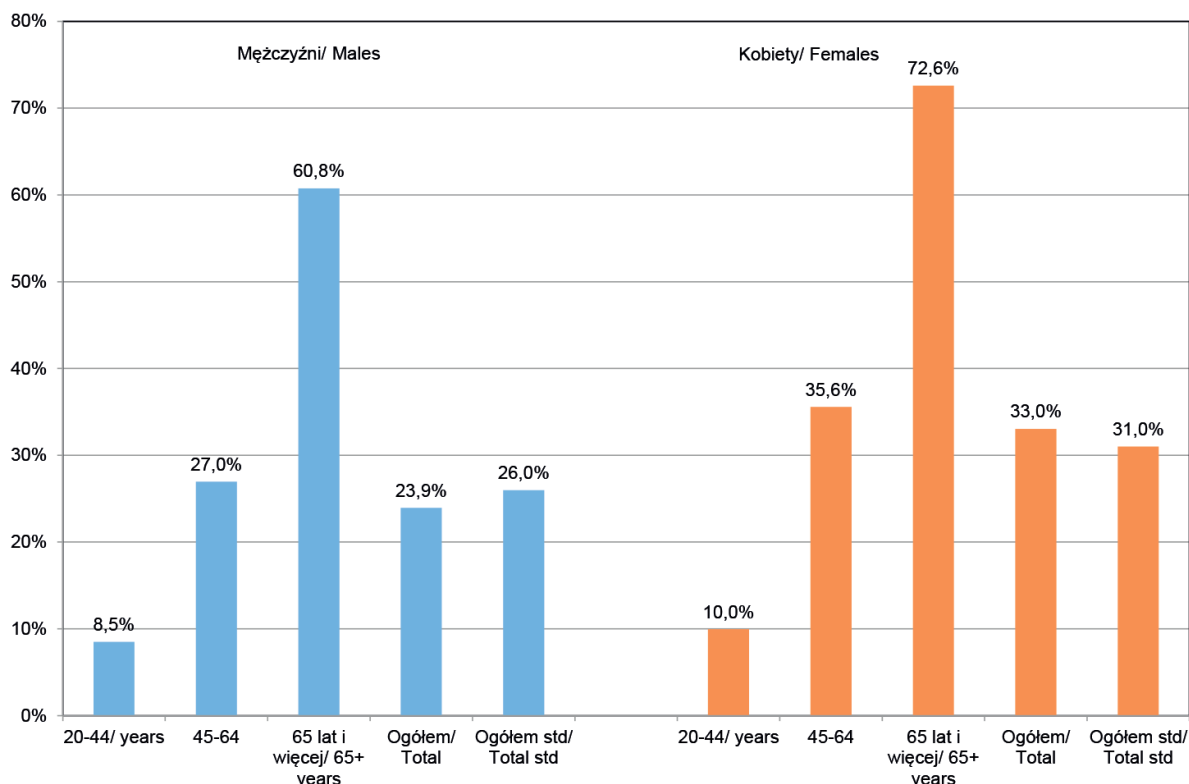
30. **Umieralność z powodu wypadków w Polsce systematycznie spada** od roku 2000. Mimo to zagrożenie życia ludności Polski z powodu tych przyczyn było w roku 2015 o 30% wyższe od przeciętnego we wszystkich krajach UE (współczynnik standaryzowany 25,9 na 100 tys. ludności w Polsce vs 20,0 w UE). Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w roku 2016 były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,6 na 100 tys. ludności) a następnie wypadki komunikacyjne (9,5), zatrucia (2,8), utonięcia (1,6) oraz działanie dymu, ognia i płomieni (1,1). We wszystkich wymienionych kategoriach **współczynniki standaryzowane umieralności w Polsce są wyższe niż przeciętne w krajach Unii**. Szczególnie dotyczy to działania dymu, ognia i płomieni, utonięć oraz wypadków komunikacyjnych, dla których zagrożenie życia w Polsce jest odpowiednio o 118%, 90% i 66% wyższe niż przeciętnie w krajach UE.
31. W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. **Wzrasta udział zgonów z powodu upadków**, które



stanowią również najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków we wszystkich grupach wiekowych.

V.1.8. Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy wg danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

32. Główną przyczyną **czasowej niezdolności do pracy** z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2017 r. były: ciąża, poród i połóg (19,2% ogółu liczby dni absencji chorobowej), choroby układu kostno-stawowego, (15,4%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,0%), choroby układu oddechowego (12,8%).
33. Najczęściej chorobami powodującymi niezdolność do pracy u osób badanych po raz pierwszy dla **celów rentowych** były w 2017 r.: nowotwory 23,9% omawianych orzeczeń, choroby układu krążenia 19,5%, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej 15,1%, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania 11,1%.
34. W wyniku **rehabilitacji leczniczej** prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS ukończyło rehabilitację w 2015 r. 80,7 tys. osób. Jak wykazują wyniki badań, skuteczność programu jest wysoka: to 43,4% osób niepobierających w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych.



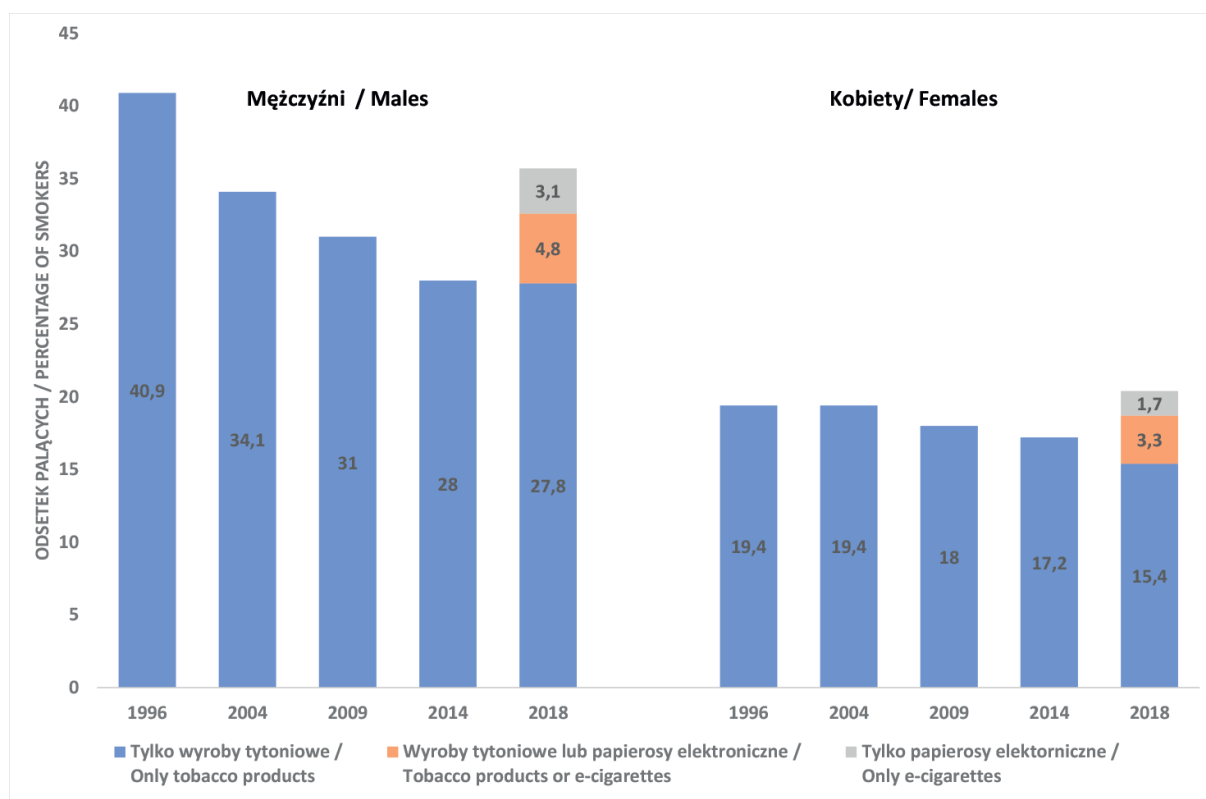
Ryc.: Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według płci i wieku w 2018 roku (dane NIZP-PZH)

[za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, Warszawa 2018]



V.1.9. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia

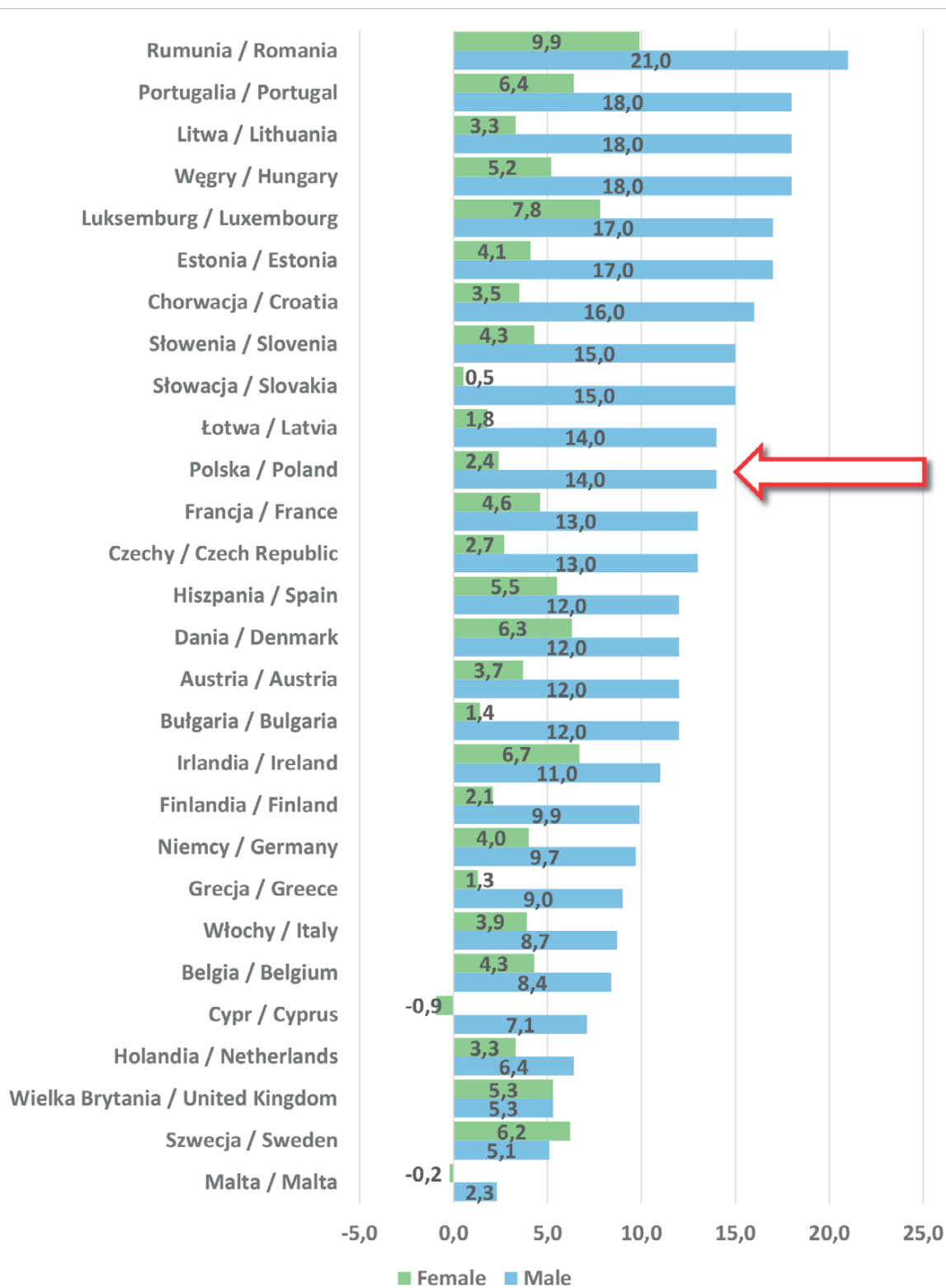
35. Szacunkowe dane dotyczące **palących tytoń** umiejscawiają Polskę nieco ponad średnim poziomem Europejskim. Niepokojące jest pewne **zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat**. Stosowanie wyrobów elektronicznych tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu, raczej przyczynia się do zwiększenia się odsetka osób używających wyrobów nikotynowych. Czynnikami związanymi z mniejszą częstością palenia tytoniu, tak jak w poprzednich latach były: płeć żeńska, młody oraz starszy wiek, lepsze wykształcenie. Palenie tytoniu odpowiada w naszym kraju za utratę 17,2% lat przeżytych w zdrowiu (DALY).



Ryc.: Odsetek Polaków regularnie palących tytoń lub e-papierosy w latach 1996 – 2018 (dane GUS i NIZP-PZH)

za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, Warszawa 2018]

36. Wielkość **spożycia alkoholu** w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie nie zmienia się. Szacuje się, że spożycie alkoholu w 2016 roku w naszym kraju odpowiadało za 14% DALY dla mężczyzn i 2,4% dla kobiet.



Ryc.: Odsetek utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) spowodowanych spożyciem alkoholu, 2016 rok (według *The Lancet*)

[za: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP – PZH, Warszawa 2018]



37. Według szacunków WHO dla roku 2016, **zbyt wysoka masa ciała** cechuje **69% mężczyzn i 57% kobiet** w Polsce, **odsetki osób otyłych wynoszą odpowiednio 25% i 26%**. Rozpowszechnienie obu problemów systematycznie narasta, wyraźnie silniej wśród mężczyzn. Według ogólnopolskiego badania ankietowego (wrzesień/październik 2018) nadwaga dotyczy 59% mężczyzn i 41% kobiet w Polsce, a otyłość 11% w obydwu grupach płci. W naszym kraju czynnik ten odpowiada za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu (DALY).
38. Polska od lat zalicza się do krajów **o najniższym spożyciu (dostępności) owoców w Europie**, w roku 2013 o **ponad 40% niższym niż przeciętnie w UE** (60,2 wobec 103,7 kg na osobę rocznie). Ilość i częstota spożywanych owoców silnie zależy od sytuacji ekonomicznej i poziomu wykształcenia konsumentów – w najbogatszych gospodarstwach domowych nabywa się ich 2,2 razy więcej niż w najmniej zamożnych, osoby z wykształceniem wyższym kupują o ponad 40% więcej niż te z podstawowym. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji owoców. Co 4-ty mężczyzna mieszkający w mieście, a co 5-ty na wsi nie jada owoców codziennie. Niskie spożycie owoców odpowiada w Polsce za utratę 3,7 % lat przeżytych w zdrowiu.
39. **Dostępność warzyw (nie licząc ziemniaków) jest zbliżona do średniej UE i od lat utrzymuje się na stałym poziomie.** Dobra sytuacja finansowa konsumentów korzystnie wpływa na ilość nabywanych warzyw - w najbogatszych gospodarstwach domowych kupuje się ich o ponad 50% więcej niż w najbiedniejszych. Codzienna dieta osób lepiej wykształconych zawiera więcej porcji warzyw. Obserwuje się duże zróżnicowanie spożycia między województwami – w roku 2016 w zakresie od 4,3 kg na osobę miesięcznie w województwie wielkopolskim do 6,1 kg w lubelskim. Niskie spożycie warzyw odpowiada w Polsce za utratę 2,5% lat przeżytych w zdrowiu.
40. **Dorośli Polacy są mniej aktywni fizycznie niż większość obywateli UE**, dużo rzadziej regularnie (raz w tygodniu lub częściej) uprawiają sport - 28% vs 40%, rzadziej podejmują również inne formy aktywności fizycznej (38% vs 44%). Rosną odsetki osób w ogóle nieuprawiających sportu i niepraktykujących żadnych form rekreacji fizycznej. **Okolo 60% Polaków deklaruje całkowity brak aktywności poza pracą (codziennymi obowiązkami) i potrzebami lokomocyjnymi**, częściej są to mieszkańcy wsi (64%) niż miast (56%). Poziom aktywności silnie zależy od wykształcenia - nieaktywnych jest ponad 80% dorosłych z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym, a 36% – z wyższym. Niska aktywność fizyczna odpowiada za utratę 1,7% lat przeżytych w zdrowiu.
41. Generalnie, w stosunku do ogółu krajów UE **Polska niekorzystnie wyróżnia się niskim poziomem aktywności fizycznej ludności oraz dużym rozpowszechnieniem palenia wśród mężczyzn.** Od tradycyjnie zdrowych Szwedów różni nas również częstsze występowanie nadciśnienia u osób obu płci, otyłości wśród mężczyzn i palenia tytoniu przez kobiety. Na tle mieszkańców UE Polacy stosunkowo rzadko sięgają po alkohol, jednak nie obserwuje się różnic w częstoci jego nadużywania.
42. Behawioralne czynniki ryzyka odpowiadają w naszym kraju za utratę 37,3% lat przeżytych w zdrowiu (DALY), z czego bezpośrednio związane z dietą (bez nadwagi i otyłości) za 14,2%, a z paleniem tytoniu za 17,2%.



V.1.10. Zagrożenia środowiskowe – skutki zdrowotne narażenia na pył zawieszony PM_{2,5}

43. Oszacowana **liczba przedwczesnych zgonów wynikających z krótkookresowego narażenia na pył PM_{2,5}** we wszystkich 26 analizowanych obszarach miejskich zamieszkiwanych przez ponad 11 mln ludzi wynosi przeciętnie niecałe 4 tysiące w roku.
44. Obserwowane poziomy stężenie pyłu PM_{2,5} powyżej 80 µg/m³ (ekwiwalent stężenia dobowego na poziomie 100 µg/m³ PM₁₀ – wartości progowej informowania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia przekroczenia poziomu alarmowego dla pyłu PM₁₀) wskazują na przeciętny 25% udział liczby przedwczesnych zgonów. Tak niski udział wynika z relatywnie krótkiego czasu narażenia i relatywnie rzadko występujących sytuacji z tak wysokimi stężeniami. Nie oznacza to jednak, że zagrożenie związane z krótkookresową ekspozycją należy bagatelizować, gdyż na obszarach, gdzie tzw. niska emisja ma znaczący udział w jakości powietrza, udział ten może być 2-krotnie wyższy.
45. W sytuacjach **epizodów smogowych zimą trwających dłużej niż kilka dni** (np. takich jak obserwowanych w styczniu 2006 i 2017 roku) należy się liczyć ze wzrostem liczby zgonów miesięcznie na poziomie **ponad 2 000 dodatkowych przypadków w skali kraju**.

V.2. DANE REGIONALNE

V.2.1. Sytuacja demograficzna województwa mazowieckiego¹¹

- ❖ Województwo mazowieckie zamieszkiwało w 2016 r. ponad **5,37 mln mieszkańców**, co stanowiło ok. **14% ludności kraju**. Jest to najliczniejsze województwo w Polsce. Ludność miejska stanowiła 64,3% populacji tego województwa. Województwo mazowieckie jest trzecim najbardziej zaludnionym regionem w Polsce, w którym w 2016 r. średnio 1 km² zamieszkiwało 151 osób.
- ❖ Analizując strukturę ludności według płci i wieku, można zaobserwować **przewagę liczebną mężczyzn** nad kobietami w grupie wieku **do 29 r.ż.**, natomiast **w pozostałych grupach wieku kobiet jest więcej niż mężczyzn**. Największe obecnie różnice w liczebności populacji kobiet i mężczyzn można zaobserwować dla osób starszych (powyżej 60 roku życia) i rosną one wraz z wiekiem. W związku z tym współczynnik feminizacji wyniósł 109 kobiet na 100 mężczyzn, natomiast wśród osób w wieku 65 lat i więcej wyniósł 162 i w obu przypadkach był wyższy niż skali całego kraju.
- ❖ Populacja województwa mazowieckiego jest nieco **starsza niż ludność Polski**. W 2016 r. osób najmłodszych (do 19 r.ż.) było ok. 1,11 mln., a ich udział wyniósł 20,7%. Ludność w wieku 20-64 lata wyniosła 3,36 mln osób, co stanowiło 62,6% ogółu populacji, i udział ten był niższy o 1 pp. niż dla Polski. Natomiast osób w wieku co najmniej 65 lat było blisko 898,1 tys. osób, co stanowiło 16,7% ludności

¹¹ za: „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego” 2018 rok www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl



województwa wobec 16,4% dla Polski. Liczba ludności w wieku 85 lat i więcej wyniosła 119,9 tysięcy osób, co stanowiło 13,4% populacji w wieku 65 lat i więcej. Udział ten był większy niż wyznaczony dla Polski (11,8%).

- ❖ W 2016 r. w województwie mazowieckim **współczynnik obciążenia demograficznego** wyniósł 484 osoby, tzn. na każdy tysiąc osób dorosłych (w wieku 15-64 lata) produkcyjnym przypadało 484 osoby w wieku 0-14 lat oraz w wieku 65 lat i więcej. Województwo to uplasowało się na pierwszym miejscu wśród województw o największej wartości tego wskaźnika; był on o 26 osób (na tysiąc osób dorosłych) wyższy niż ten zaobserwowany dla Polski ogółem.
- ❖ W 2016 r. w województwie mazowieckim urodziło się ponad 59,6 tys. dzieci, a ogólny **współczynnik płodności wyniósł ponad 46 dzieci na tysiąc kobiet w wieku rozrodczym i jego wartość była największa w Polsce**. Jest to wynik o blisko 5 dzieci na tysiąc kobiet w wieku rozrodczym wyższy od wartości ogólnopolskiej.
- ❖ **Współczynnik zgonów niemowląt jest najniższy w Polsce**: w 2016 r. wyniósł 3,3 zgonów na tysiąc urodzeń żywych. Natomiast współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 4,9 zgonów noworodków w pierwszym tygodniu życia oraz urodzeń martwych na każdy tysiąc urodzeń (żywych i martwych) i był nieznacznie niższy niż w kraju (5,1).
- ❖ Województwo mazowieckie charakteryzuje się **oczekiwanym trwaniem życia noworodka nieco wyższym niż wartości zaobserwowane dla Polski**. W 2016 r. wartość tego parametru wyniosła 74,1 lat dla chłopców (73,9 lat dla Polski) i 82,3 lat dla dziewczynek (81,9 lat dla Polski). Podobnie korzystnie różni się parametr e60: oczekiwane dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 60 ukończonych lat wyniosło 19,6 lat (19,3 lat dla Polski), a kobiety – 24,7 lata (24,5 lata dla Polski).

V.2.2. Umieralność w województwie mazowieckim¹²

- ❖ Najwięcej zgonów mieszkańców województwa w latach 2013-2015 spowodowanych było przez grupę przyczyn: **“Choroby kardiologiczne”** (50 865 przypadków, czyli 318,5 na 100 tys. ludności). Zagrożenie życia z tego powodu było o 16,6% wyższe niż przeciętnie w kraju (SMR = 1,166; 2. (druga) pozycja wśród 16 województw). Wysokie zagrożenie dotyczyło obu płci. W 37 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 15 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.
- ❖ Drugą co do znaczenia przyczyną zgonów w województwie była grupa: **“Choroby onkologiczne”** (37 851 przypadków, czyli 237,0 na 100 tys. ludności). Jednak zagrożenie życia z ich powodu było o 1,3% niższe niż przeciętnie w kraju (SMR = 0,987; 10. (dziesiąta) pozycja wśród 16 województw).
- ❖ Kolejną ważną przyczyną zgonów była grupa: **“Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)”** (16 198 przypadków, czyli 101,4 na 100 tys. ludności). Zagrożenie życia z powodu tej grupy przyczyn było o 4,8% wyższe niż przeciętnie w kraju (SMR = 1,048; 5. (piąta) pozycja wśród 16 województw). W 36 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 10 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.
- ❖ Województwo cechował najwyższy w kraju poziom umieralności z powodu grupy przyczyn: **“Choroby zakaźne (inne)”** - SMR = 1,468 (dla mężczyzn - 1,434, dla

¹² j.w.



kobiet - 1,506). W 36 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 10 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.

- ❖ Województwo cechował również najwyższy w kraju poziom umieralności z powodu grupy przyczyn: **“Choroby układu oddechowego (ostre)”** - SMR = 1,445 (dla mężczyzn - 1,410, dla kobiet - 1,485). W 35 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 11 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.
- ❖ Wysokie na tle kraju było również zagrożenie życia z powodu grupy przyczyn: **“Choroby zakaźne (WZW)”** - 2. (drugie) miejsce w Polsce, SMR = 1,340 (dla mężczyzn - 1,305, dla kobiet - 1,390). W 20 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 5 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.
- ❖ Stosunkowo duże było również zagrożenie życia z powodu grupy przyczyn: **“Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)”** - 3. (trzecie) miejsce w Polsce, SMR = 1,299 (dla mężczyzn - 1,260, dla kobiet - 1,340). W 26 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 8 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.
- ❖ Stosunkowo duże było również zagrożenie życia z powodu grupy przyczyn: **“Choroby skóry”** - 3. (trzecie) miejsce w Polsce, SMR = 1,237, szczególnie w przypadku kobiet (SMR = 1,351). W 23 spośród 42 powiatów województwa umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Dla 10 powiatów wartości SMR należały do 10% najwyższych w kraju.

V.3. Dane lokalne – powiat otwocki i Gmina Celestynów

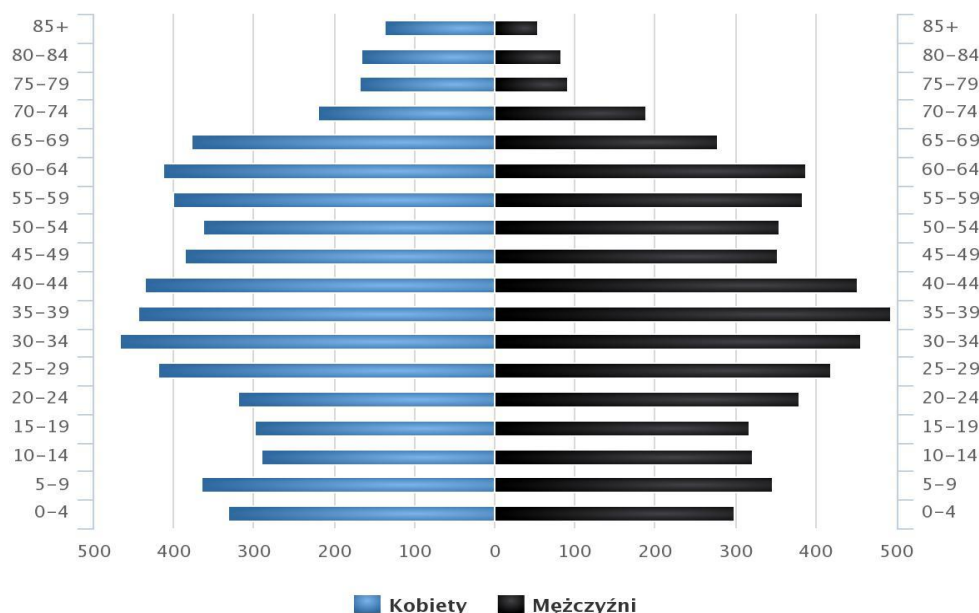
V.3.1. Dane demograficzne i statystyczne

- Gmina Celestynów ma **11 662 mieszkańców**, z czego **51,5% stanowią kobiety, a 48,5% mężczyźni**. W latach 2002-2017 liczba mieszkańców **wzrosła o 7,2%**. Średni wiek mieszkańców wynosi 39,5 lat i jest nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa mazowieckiego oraz nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.
- 61,4% mieszkańców gminy Celestynów jest w wieku produkcyjnym, 20,0% w wieku przedprodukcyjnym, a 18,7% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.



Piramida wieku mieszkańców gminy Celestynów, 2017

(Źródło: GUS)

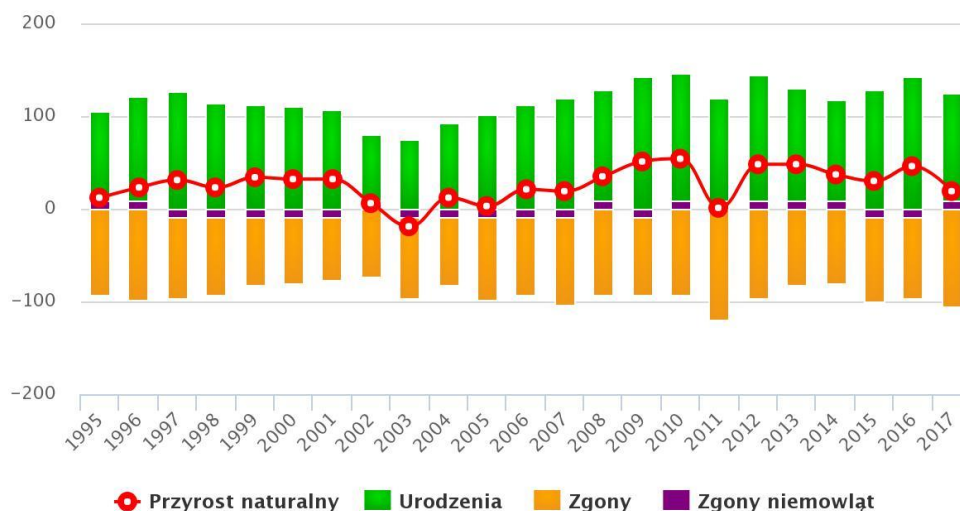


www.polskawliczbach.pl

- Gmina Celestynów ma **dodatni przyrost naturalny** wynoszący 19. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu 1,63 na 1000 mieszkańców gminy Celestynów. W 2017 roku urodziło się 125 dzieci, w tym 50,4% dziewczynek i 49,6% chłopców.
- **Współczynnik dynamiki demograficznej**, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi **1,06** i jest porównywalny do średniej dla województwa oraz nieznacznie większy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju.

Przyrost naturalny w latach 1995–2017 w gminie Celestynów

(Źródło: GUS)



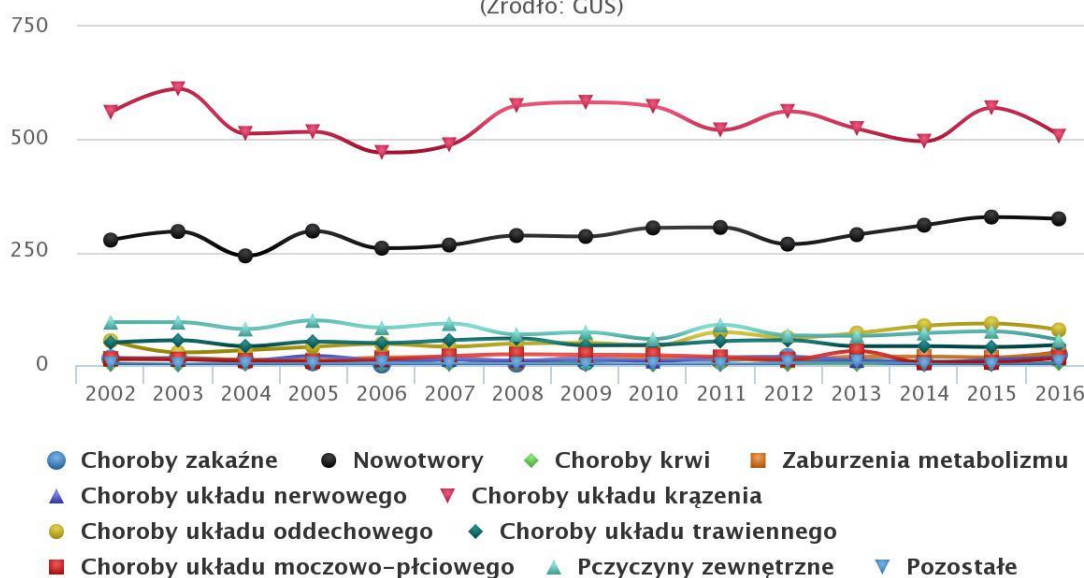
www.polskawliczbach.pl



- Na 1000 ludności gminy Celestynów przypada 8,25 zgonów. Jest to znacznie mniej od wartości średniej dla województwa mazowieckiego oraz znacznie mniej od wartości średniej dla kraju.
- W 2016 roku **40,6% zgonów** w gminie Celestynów spowodowanych było **chorobami układu krążenia**, przyczyną **25,9% zgonów** w gminie Celestynów były **nowotwory**, a **6,2% zgonów** spowodowanych było **chorobami układu oddechowego**. Dane te są porównywalne dla powiatu i województwa. Według danych za lata 2002 – 2016 obserwowany jest wzrost liczby zgonów spowodowanych nowotworami oraz pojawienie się chorób układu oddechowego jako trzeciej przyczyny zgonów.

Przyczyny zgonów w powiecie otwockim w latach 2002 – 2016

(Źródło: GUS)



www.polskawliczbach.pl

Szczegółowe przyczyny zgonów mieszkańców powiatu otwockiego w 2017 roku (wg ICD-10) :

Lp.	Przyczyna zgonu	Liczba zgonów	%
1	Choroby zakaźne i pasożytnicze	10	0,76%
2	Nowotwory	332	25,38%
3	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych, inne autoimmunologiczne	1	0,08%
4	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego i metaboliczne	23	1,76%
5	Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu	25	1,91%
6	Choroby układu krążenia	515	39,37%
7	Choroby układu oddechowego	78	5,96%
8	Choroby układu trawiennego	47	3,59%
9	Choroby układu kostno-stawowego, mięśni i tkanki łącznej	2	0,15%
10	Choroby układu moczowo-płciowego	18	1,38%
11	Przyczyny okołoporodowe	1	0,08%
12	Wady rozwojowe	5	0,38%



13	Objawy, cechy chorobowe i inne nieprawidłowe wyniki badań	190	14,53%
14	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	52	3,98%
15	Pozostałe przyczyny	9	0,69%
	RAZEM	1308	

- Według danych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie **wyszczepialność** (w zakresie szczepień obowiązkowych) dzieci i młodzieży do 18-go roku życia zadeklarowanych do podstawowej opieki zdrowotnej w jednostce wynosi 99%.



VI. Infrastruktura zdrowotna i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz usług medycznych dla mieszkańców Gminy Celestynów

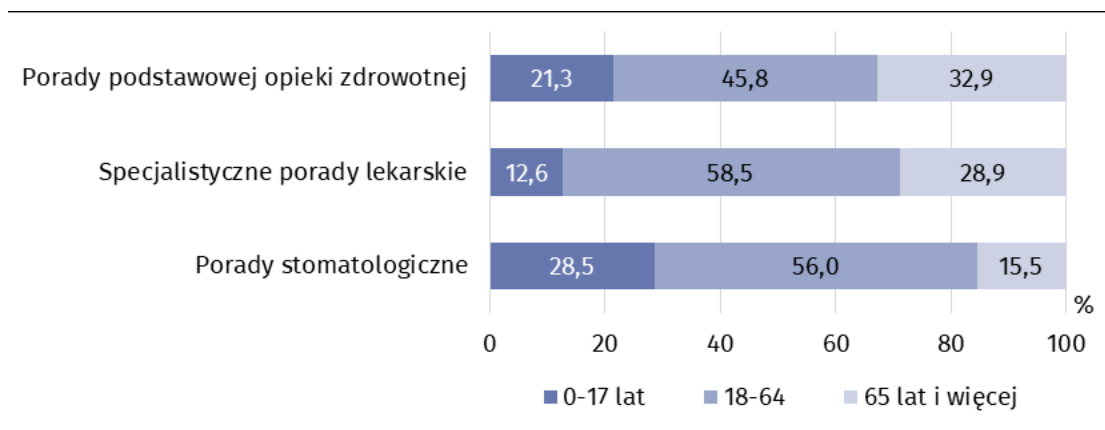
Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 roku”¹³ w 2018 roku świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowało 21,9 tys. przychodni oraz 4,8 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych. W 2018 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono 322,6 mln porad – 288,2 mln lekarskich i 34,4 mln stomatologicznych.

W **województwie mazowieckim** porad udzielano w 3 046 przychodniach i 293 praktykach lekarskich i stomatologicznych. Na jeden podmiot udzielający świadczeń przypadało tu 1 618 osób (średnio w kraju: 1 439 osób). Łącznie w minionym roku udzielono:

- 21,7 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej (44,56%),
- 21,4 mln porad w poradniach specjalistycznych (43,94%),
- 5,6 mln porad stomatologicznych (11,50%).

W **specjalistycznej opiece lekarskiej** największy udział miały porady świadczone w poradniach chirurgicznych (18,0%). Często udzielano również porad w poradniach ginekologiczno-położniczych (11,2%) oraz okulistycznych (9,7%).

Strukturę wiekową pacjentów korzystających z leczenia ambulatoryjnego przedstawiono na wykresie:



Jak wynika z zestawienia dzieci i młodzież najczęściej korzystały z porad stomatologicznych, osoby w wieku produkcyjnym – z porad u lekarzy specjalistów, natomiast osoby starsze są głównie pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej.

VI.1. Opieka ambulatoryjna - podstawowa opieka zdrowotna

¹³ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2018-roku,13,3.html>



Na terenie Gminy Celestynów działa jeden podmiot leczniczy oferujący świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (publiczny zakład opieki zdrowotnej podległy samorządowi gminnemu).

Liczba zadeklarowanych pacjentów w 2018 roku wyniosła 10 470 osób (tj. **90% mieszkańców gminy**), z tego 1 789 stanowią dzieci i młodzież do 18 roku życia. W porównaniu do roku poprzedniego nastąpił wzrost liczby pacjentów o 2,7% (270 osób).

Pozostała część populacji gminy (ok. 10%) jest objęta opieką podstawowej opieki zdrowotnej w ośrodkach poza gminą, na dzień opracowania niniejszego dokumentu brak jest informacji w tym zakresie. Według rejestru podmiotów leczniczych Wojewody Mazowieckiego na terenie powiatu otwockiego funkcjonują 23 podmioty lecznicze o różnym statusie (publiczne i niepubliczne) oferujące świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Zakres zakontraktowanych w NFZ przez SPZOZ w Celestynowie świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje:

- świadczenia lekarza POZ,
- świadczenia pielęgniarki POZ,
- świadczenia położnej POZ,
- świadczenia pielęgniarki szkolnej.

Statystyka udzielnych porad przedstawia się następująco:

Liczba świadczeń*	2017 rok	Średnio dziennie**	2018 rok	Średnio dziennie**
Porady ambulatoryjne dla dorosłych	27 602	110	31 029	124
Wizyty domowe dla dorosłych	926	4	998	4
Porady ambulatoryjne dla dzieci	7 405	30	8 421	34
Wizyty domowe dla dzieci	28	poniżej 1	42	poniżej 1

*według danych SPZOZ w Celestynowie

**przyjęto do wyliczeń około 250 dni roboczych w roku, zaokrąglono do pełnych wartości

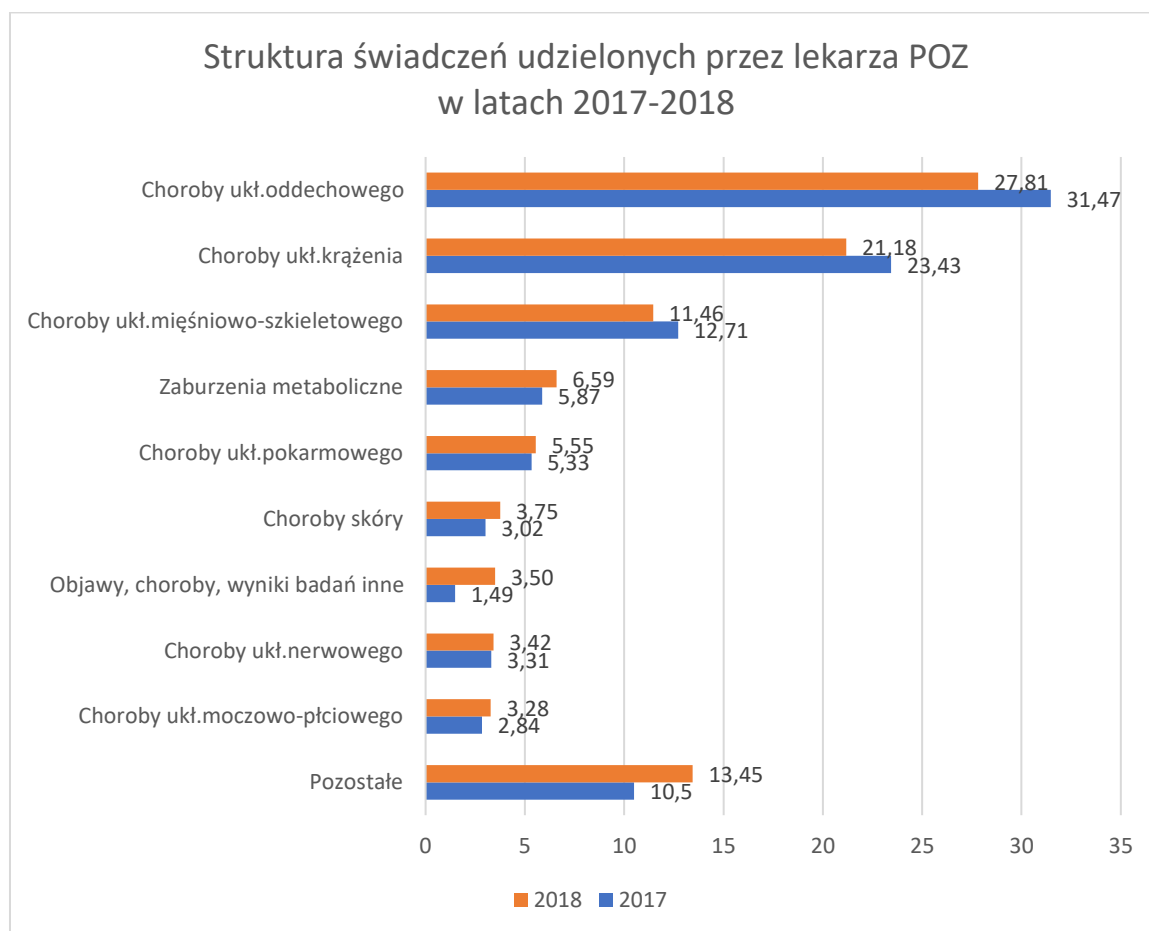
W kolejnym zestawieniu przedstawiono problemy zdrowotne/zachorowania, z jakimi pacjenci zgłaszali się do lekarza POZ w latach 2017-2018, począwszy od zgłaszanych/diagnozowanych najczęściej

Kod ICD-10	Nazwa klasyfikacji	2017 rok	2018 rok
J00-J99	Choroby układu oddechowego	6 432	7 038
I00-I99	Choroby układu krążenia	4 789	5 361
M00-M99	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	2 598	2 899
E00-E99	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	1 200	1 668
K00-K99	Choroby układu pokarmowego	1 090	1 405
L00-L99	Choroby skóry i tkanki podskórnej	618	949
R00-R99	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań (...) inne	304	886
G00-G99	Choroby układu nerwowego	677	866



N00-N99	Choroby układu moczowo-płciowego	581	829
H00-H99	Choroby oka i przydatków oka	378	636
F00-F99	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	490	568
S00-T98	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	389	498
A00-B99	Choroby zakaźne i pasożytnicze	247	491
H60-H95	Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	301	462
C00-D48	Choroby nowotworowe	100	420
D50-D90	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	189	221
Y01-Y98	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	48	84
P00-P96	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie poporodowym	0	12
Q00-Q99	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	4	8
O00-O99	Ciąża, poród i okres połogu	2	6

Na wykresie przedstawiono strukturę procentową udzielonych świadczeń:





Najczęściej pacjenci poradni podstawowej opieki zdrowotnej zgłaszali problemy zdrowotne związane z **infekcjami górnych dróg oddechowych oraz z chorobami układu krążenia**. Te dwie przyczyny stanowią połowę chorób leczonych przez lekarza POZ.

VI.6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie funkcjonują **poradnie specjalistyczne** finansowane przez NFZ, udzielające nieodpłatnych świadczeń osobom uprawnionym:

1. poradnia ginekologiczno-położnicza,
2. poradnia okulistyczna,
3. poradnia otolaryngologiczna.

Liczbę udzielonych porad przedstawiono poniżej

Nazwa poradni	Liczba udzielonych świadczeń/porad	
	2017 rok	2018 rok
poradnia ginekologiczno-położnicza	4 151	3 949
poradnia okulistyczna	1 741	2 012
poradnia otolaryngologiczna	509	511

Ponadto przychodnia oferuje **odpłatne** świadczenia w **poradni dermatologicznej**.

Biorąc pod uwagę najczęściej występujące zachorowania i przyczyny zgonów mieszkańców Gminy Celestynów, poniżej przedstawiono analizę dostępności do pozostałych poradni specjalistycznych na terenie powiatu otwockiego. Czas oczekiwania na wizytę ustalono na podstawie danych dostępnych w portalu Narodowego Funduszu Zdrowia („Informator o terminach leczenia”)¹⁴:

VI.6.1. Poradnia kardiologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	4 miesiące
2	SPZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie	7 miesięcy
3	Centrum Kardiologii sp. z o.o. w Józefowie	18 miesięcy

VI.6.2. Poradnia gastroenterologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Rodzinne Centrum Zdrowia w Otwocku	3 miesiące

VI.6.3. Poradnia endokrynologiczna

¹⁴ Analizę danych przeprowadzono w I połowie sierpnia 2019 roku



Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	4 miesiące
2	Zakład Opieki Zdrowotnej ALL-Medi w Otwocku	1 rok
3	Rodzinne Centrum Zdrowia w Otwocku	1 rok

VI.6.4. Poradnia diabetologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” sp. z o.o. w Józefowie	7 miesięcy

VI.6.5. Poradnia neurologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	2 tygodnie
2	Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” sp. z o.o. w Józefowie	8 miesięcy

VI.6.6. Poradnia chirurgii ogólnej

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	1 miesiąc
2	Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” sp. z o.o. w Józefowie	1 miesiąc

VI.6.7. Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. A. Grucy CMKP w Otwocku	9 miesięcy

VI.6.8. Poradnia urologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	3 tygodnie
2	NZOZ CHIRON w Józefowie	1 miesiąc
3	SPZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie	4 miesiące

VI.6.9. Poradnia dermatologiczna



Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	3 tygodnie
2	SPZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie	4 miesiące

VI.6.10. Poradnia alergologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	2 miesiące
2	Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” sp. z o.o. w Józefowie	8 miesięcy
3	Alergo-Med. Poradnia Specjalistyczna w Otwocku	9 miesięcy

VI.6.11. Poradnia onkologiczna

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	1 tydzień
2	Europejskie Centrum Zdrowia Otwock sp. z o.o.	1 miesiąc
3	Zakład Opieki Zdrowotnej ALL-Medi Otwock	1 miesiąc

VI.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Na terenie powiatu otwockiego istnieje dostępność do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W poniższych tabelach przedstawiono szacunkowy czas oczekiwania na wizytę. Czas oczekiwania na wizytę ustalono na podstawie danych dostępnych w portalu Narodowego Funduszu Zdrowia („Informator o terminach leczenia”)¹⁵:

VI.7.1. Poradnia zdrowia psychicznego

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Rodzinne Centrum Zdrowia w Otwocku	2 tygodnie
2	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii sp. z o.o.	6 miesięcy
3	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	7 miesięcy

VI.7.2. Poradnia leczenia uzależnień

Lp.	nazwa podmiotu leczniczego	szacunkowy czas oczekiwania na wizytę
1	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku	bez okresu oczekiwania
2	SPZOZ MSWiA w Otwocku	bez okresu oczekiwania

¹⁵ Analizę danych przeprowadzono w I połowie sierpnia 2019 roku



VI.7.3. Leczenie psychiatryczne stacjonarne

W zakresie opieki psychiatrycznej możliwość leczenia stacjonarnego w **oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych** oraz **oddziale leczenia uzależnień** oferuje SPZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku. Czas oczekiwania na planowe przyjęcie wynosi 4 miesiące dla oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych oraz 3 miesiące dla oddziału leczenia uzależnień.

Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych oferuje program diagnozy, terapii, leczenia farmakologicznego dla dorosłych pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem pod postacią somatyczną oraz zaburzeniami osobowości, którzy potrzebują intensywnej terapii w warunkach oddziału całodobowego. Oddział funkcjonuje wyłącznie w trybie stacjonarnym zapewniając pacjentom całodobową opiekę medyczną. Minimalny czas trwania turnusu terapeutycznego wynosi 6 tygodni. W uzasadnionych terapeutycznie przypadkach istnieje możliwość przedłużenia pobytu (maksymalnie do 12 tygodni), o czym decyduje interdyscyplinarny zespół terapeutyczny.

Oddział leczenia uzależnień z pododdziałem detoksykacji alkoholowej realizuje podstawowy program terapii od alkoholu zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Czas leczenia to 42 dni. W trakcie hospitalizacji realizowany jest podstawowy program psychoterapii uzależnienia, którego celem jest uzyskanie przez pacjenta tożsamości chorobowej, rozpoznanie przez niego rozmiarów destrukcji spowodowanych przez alkohol, rozpoczęcie procesu uznawania bezsilności wobec alkoholu oraz nauczenie się radzenia sobie z głodem alkoholowym.

Leczenie uzależnień w trybie oddziału dziennego jest także dostępne w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku. Program pobytu w oddziale zaplanowany jest na okres 8 tygodni (40 dni roboczych), zajęcia odbywają się w dni robocze, w godzinach 7.30 – 14.00. Leczenie jest dostępne bez okresu oczekiwania.

VI.8. Leczenie szpitalne

Leczenie szpitalne na terenie powiatu otwockiego w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej oferują 3 podmioty lecznicze, w tym jeden szpital I stopnia, szpital kliniczny oraz szpital specjalistyczny.

1) Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku

W strukturze szpitala funkcjonują następujące podstawowe oddziały leczenia szpitalnego:

- chirurgiczny,
- ginekologiczno-położniczy,
- neonatologiczny,
- pediatryczny,
- chorób wewnętrznych,
- anestezjologii i intensywnej terapii.

Przyjęcia pacjentów w trybie pilnym i planowym są realizowane za pośrednictwem izby przyjęć.



2) *Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy CMKP*

Szpital kliniczny prowadzi leczenie w następujących klinikach (oddziałach stacjonarnych):

- Klinika ortopedii oraz ortopedii i traumatologii dziecięcej

Klinika składa się z dwóch oddziałów: Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej (Ia) oraz Ortopedii Dorosłych (Ib) i zajmuje się głównie leczeniem **wad wrodzonych narządu ruchu**. Jako jedyna klinika w Polsce przeprowadza rekonstrukcje kończyn za pomocą stabilizatorów z komputerowym wspomaganie tego procesu. Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej leczeni są pacjenci z urazami i następstwami urazów, deformacjami porażennymi kończyn w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego, rozszczepu kręgosłupa, artrogrypozy. Zajmuje się też wydłużeniami kończyn z korekcją w osi, zarówno w zmianach pourazowych, jak i pozapalnych oraz w przypadkach wad wrodzonych. Oddział pełni codzienny 24-godzinny ostry dyżur dla dzieci i młodzieży. Oddział Ortopedii Dorosłych zajmuje się leczeniem stawu biodrowego i kolanowego chirurgicznym – jako jeden z nielicznych w kraju – z jego zachowaniem oraz z zastosowaniem nowoczesnych technik – czyli endoprotezoplastyki. Leczeni są tu także pacjenci z deformacjami stóp, schorzeniami kręgosłupa, z nierównością kończyn oraz zaburzeniami osiowymi.

- Klinika Ortopedii

Klinika Ortopedii składa się z czterech oddziałów: Ortopedii Dorosłych z Pododdziałem Gruźlicy Kostno-Stawowej (II), Zapaleń Kości (VI), Uszkodzeń i Patologii Miednicy (VII) oraz Chirurgii Kręgosłupa (XII). Oddział Ortopedii Dorosłych specjalizuje się w **leczeniu patologii stawu biodrowego i kolanowego** w zakresie protezoplastyk oraz zastosowaniem metod naturalnych – biologicznych, czyli z wykorzystaniem komórek macierzystych lub czynników wzrostu. Oddział Zapaleń Kości prowadzi leczenie powikłań infekcyjnych z zakresu ortopedii oraz traumatologii narządu ruchu. Zajmuje się przede wszystkim chorymi po wypadkach komunikacyjnych i obrażeniach wielonarządowych, powikłanych zapaleniem kości i ubytkami tkanek miękkich oraz brakiem zrostu kości. Oddział Uszkodzeń i Patologii Miednicy specjalizuje się w leczeniu obrażeń miednicy: złamań miednicy i panewki stawu biodrowego oraz kości krzyżowej.

- Klinika Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu i Ortopedii

Jest to **największa klinika chirurgii urazowo-ortopedycznej w kraju**, składa się z 3 oddziałów pełniących naprzemiennie ostry dyżur urazowy. Zajmuje się leczeniem pacjentów ortopedycznych z całej Polski, głównie po urazach. Poza wykonywanymi na bieżąco zabiegami z zakresu chirurgii urazowej, Klinika specjalizuje się w leczeniu powikłań po zabiegach operacyjnych i leczeniu zachowawczym w innych ośrodkach w kraju m.in. stawów rzekomych, czyli braków zrostu. Wykorzystuje do tego nowoczesne metody osteosyntezy, przeszczepy kości i płytkowe czynniki wzrostu. W Klinice rutynowo wykonywane są również endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz małoinwazyjne zabiegi ortopedyczne:



- artroskopową rekonstrukcję więzadeł stawu kolanowego,
- artroskopowe leczenie stawu biodrowego i skokowo-goleniowego.

Klinika specjalizuje się też w chirurgii stawu skokowo-goleniowego oraz pięty, a także chirurgii kończyny górnej, w tym endoprotezoplastyce stawu ramiennego jak również artroskopowych operacjach rekonstrukcyjnych stawu ramiennego. W Klinice leczone są operacyjnie przykurcze stawu łokciowego i wykonywane endoprotezoplastyki głowy kości promieniowej. Implantowane są również endoprotezy totalne stawu łokciowego w przypadkach nieodwracalnych deformacji, zmian zwyrodnieniowych i reumatoidalnego zapalenia stawów. Klinika zajmuje się także chirurgią nadgarstka i ręki, w tym leczeniem małoinwazyjnym techniką artroskopową.

- Klinika Ortopedii i Reumoortopedii

W skład kliniki wchodzi Oddział Ortopedii i Reumoortopedii (XIV). Zajmuje się głównie **endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego**. Pod względem naukowym zajmuje się przede wszystkim wprowadzaniem nowych preparatów kośćcozastępczych. Na oddziale wykonywane są operacje korekcyjne stóp oraz operacje kończyn górnych szczególnie w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Leczona jest tu także chirurgicznie choroba dyskowa kręgosłupa lędźwiowego.

3) Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy

W tej wysokospecjalistycznej placówce funkcjonują następujące oddziały:

- Oddział chorób płuc i gruźlicy dla dzieci

Dla chorych dzieci przygotowanych jest 30 łóżek hospitalizacyjnych, opiekę nad dziećmi sprawują specjaliści w dziedzinie pediatrii i pulmonologii, prowadząc kompleksową diagnostykę i leczenie schorzeń układu oddechowego. W oddziale leczone są dzieci do 16-go roku życia. Infrastruktura oraz wyposażenie oddziału zapewnia bezpieczne warunki hospitalizacji a także stwarza możliwość kontaktu rodziców i opiekunów z dziećmi oraz kontynuowania edukacji szkolnej.

- Oddział chorób płuc z pododdziałem onkologicznym (specjalizujący się w leczeniu nowotworów układu oddechowego),
- 5 oddziałów chorób płuc,
- Oddział chirurgii klatki piersiowej,
- Oddział chorób wewnętrznych klatki piersiowej,
- Oddział anestezjologii i intensywnej terapii.

VI.9. Opieka długoterminowa

Świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w trybie *opieki domowej nad pacjentem* są realizowane przez następujące podmioty:

- ❖ SPZOZ Przychodnia Miejska w Józefowie,
- ❖ NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Centrum” w Otwocku,



❖ FAM Medica w Otwocku.

Na terenie powiatu otwockiego są także prowadzone *stacjonarne placówki opiekuńczo-lecznicze* przyjmujące pacjentów w ramach kontraktu z NFZ:

- ❖ Zakład opiekuńczo-leczniczy przy Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Otwocku,
- ❖ Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy w Józefowie (prowadzony przez PCZ sp. z o.o. w Otwocku),
- ❖ Zakład opiekuńczo-leczniczy dla przewlekle chorych Zgromadzenia Sióstr Orionistek w Otwocku.

VI.10. Rehabilitacja

Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie *fizjoterapii ambulatoryjnej* są dostępne dla mieszkańców powiatu otwockiego w następujących podmiotach:

- SPZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku – szpital realizuje także fizjoterapię domową oraz świadczenia stacjonarne rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym,
- SPSK im. Prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku,
- Przychodnia Specjalistyczna „Centrum Medyczne Józefów” sp. z o.o.,
- SPZOZ w Celestynowie,
- SPZOZ w Kołbieli.



VII. Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna na terenie gminy/powiatu/województwa

Programy profilaktyczne i zdrowotne realizowane przez NFZ oraz inne podmioty na terenie gminy/powiatu/województwa, a także programy realizowane przez inne samorządy, przegląd programów ocenianych przez AOTMiT i współfinansowanych przez NFZ

VII.1. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez Ministra Zdrowia¹⁶:

1. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020

Celem głównym Programu jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce. Na podstawie dostępnych na dzień sporządzenia programu danych wskaźnik umieralności wynosi 441,1 zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności, który stanowi wskaźnik bazowy dla pomiaru efektów programu. Osiągnięcie celu będzie oceniane po raz pierwszy po zakończeniu bieżącej edycji programu w roku 2021.

Do celów szczegółowych należą:

1. Doposażenie i wyposażenie w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo- naczyniowego.
2. Prowadzenie ogólnopolskiej prewencji pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego.
3. Realizacja badania przesiewowego w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej u osób powyżej 65 roku życia, u których stwierdzono co najmniej 3 czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.
4. Zmniejszenie umieralności w wyniku chorób naczyń mózgowych oraz zapewnienie zdalnych konsultacji sytuacji klinicznych pacjentów z ostrym udarem mózgu do leczenia inwazyjnego w oddziałach udarowych.
5. Zmniejszenie częstości hospitalizacji chorych z niewydolnością serca, zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego poprzez wprowadzenie Oddziałów Dziennych Niewydolności Serca.
6. Ocena jakości i skuteczności leczenia poprzez tworzenie i prowadzenie rejestrów medycznych.

2. Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

Program skierowany jest przede wszystkim do kobiet ciężarnych z określonymi wadami rozwojowymi i chorobami płodu. Głównym celem programu polityki zdrowotnej jest realizacja programu w zakresie następujących działań:

- 1) koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci;
- 2) odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt;
- 3) wczesna rehabilitacja dzieci.

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/programy-polityki-zdrowotnej>



Głównym założeniem Programu jest m.in.:

- 1) poprawa dostępności do leczenia wewnątrzmacicznego przez poszerzenie grupy realizatorów;
- 2) doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 3) możliwość wykonania zabiegów wewnątrzmacicznych u kobiet w ciąży z rozpoznanymi wadami rozwojowymi i chorobami dzieci nienarodzonych;
- 4) modyfikacja sposobu prowadzenia ciąży, przez wczesną terapię oraz organizację zabiegów wewnątrzmacicznych.

3. Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020

Celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych w Polsce poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych w tym zakresie.

Cele szczegółowe:

- a) Opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w Polsce,
- b) Edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki depresji za pomocą środków masowego przekazu,
- c) Profilaktyka depresji w grupach o podwyższonym ryzyku przy udziale wybranych pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Program jest skierowany w sposób szczególny do grup o **podwyższonym ryzyku zachorowania**, czyli:

- kobiet po urodzeniu dziecka – ryzyko depresji poporodowej,
- młodzieży – ryzyko depresji młodzieńczej,
- osób po 65 r.ż. – ryzyko depresji osób w wieku podeszłym.

4. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020

Cel główny badań:

1. ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych,
2. badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w ww. badaniach stomatologicznych stan zdrowia.

Cele szczegółowe badań:

- określenie stanu zdrowia jamy ustnej i związanej z nim jakości życia różnych grup wiekowych populacji polskiej;
- określenie stanu, tendencji i uwarunkowań próchnicy u dzieci i młodzieży oraz chorób przyzębia u osób dorosłych;
- określenie aktualnych potrzeb profilaktyczno - leczniczych i edukacyjnych odnoszących się do zdrowia jamy ustnej różnych grup wiekowych populacji oraz stopnia ich



- zaspokojenia, z uwzględnieniem istniejącego zróżnicowania środowiskowego i regionalnego;
- określenie istniejącego zróżnicowania stanu zdrowia jamy ustnej oraz dostępności do opieki stomatologicznej;
 - wskazanie strategii, programów oraz działań profilaktyczno - edukacyjnych umożliwiających poprawę stanu zdrowia ludności kraju.

W roku 2019 badanie obejmuje populację powyżej 65 roku życia (65 – 74 lata) oraz dzieci w wieku 7 i 12 lat. Wymienione grupy wiekowe są objęte badaniem stomatologicznym i ankietowym. Odpowiedzi na pytania ankietowe w grupie dzieci 7 – letnich udzielają rodzice lub opiekunowie. Badaniem ankietowym są objęci także wychowawcy i nauczyciele badanych dzieci. W roku 2020 objęte badaniem epidemiologicznym i socjomedycznym będą grupy dzieci w wieku 3 i 5 lat oraz młodzież 18 – letnia.

W każdym roku realizacji Programu prowadzona jest działalność w zakresie promocji i edukacji zdrowia jamy ustnej, w tym otwarte dla całej społeczności lokalnej spotkania z lekarzem dentystą, na których prezentowane są najważniejsze informacje dotyczące zdrowego stylu życia i indywidualnych, dostosowanych do wieku metod zapobiegania próchnicy i zapaleniom dziąseł. W ramach projektu wykorzystane są trzy ujednolicone zestawy pomocy dydaktycznych dla grup dzieci 6 – letnich i 12 – letnich oraz osób dorosłych. Wszystkie dzieci w przedszkolach lub szkołach, w których prowadzone będą badania będą mogły w ostatnim dniu badania skorzystać z nadzorowanego szczotkowania zębów (zgłaszając się ze swoją szczoteczką do zębów).

VII.2. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁷:

1. Program profilaktyki raka szyjki macicy

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z szyjki macicy. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby. Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy.

Program profilaktyki raka szyjki macicy adresowany jest do **kobiet w wieku 25-59 lat**, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich **3 lat** oraz **co 12 miesięcy u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka**: zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka.

¹⁷ <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/profilaktyczne-programy-zdrowotne/>



Badanie cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy można wykonać w każdym gabinecie ginekologiczno-położniczym zakontraktowanym przez NFZ oraz w gabinecie położnej POZ posiadającej uprawnienia do pobierania rozmazów cytologicznych w ramach zawartej umowy z NFZ. W przypadku stwierdzenia zmian pacjentka kierowana jest na dalszą diagnostykę do etapu pogłębionej diagnostyki w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania.

2. Program profilaktyki raka piersi

Celem realizacji programu jest obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka piersi do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka sutka i wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego. Badaniem umożliwiającym rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi jest **mammografia**. Program realizowany jest w trybie ambulatoryjnym i w trybie mobilnym (mammobusy), adresowany jest **do kobiet w wieku 50 - 69 lat**, które nie korzystały z badania mammograficznego **w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz co 12 miesięcy u kobiet**, u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) oraz mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub/i BRCA.

Badanie mammograficzne obejmuje wykonanie dwóch zdjęć każdej piersi oraz opis badania. Wydanie wyniku powinno nastąpić w ciągu 15 dni roboczych od daty wykonania badania. W przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań, lekarz kieruje pacjentkę do etapu pogłębionej diagnostyki i informuje kobietę, gdzie takie badania są wykonywane.

Programem **nie mogą być objęte kobiety**, u których wcześniej zdiagnozowano w piersi zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym.

3. Program badań prenatalnych

Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad (testy biochemiczne) i wczesne rozpoznanie wad płodu (USG), zwiększenie dostępności do badań prenatalnych w Polsce oraz doskonalenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych. Określenie ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych i wykrycie wielu wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwala na bezpieczne prowadzenie ciąży i umożliwia podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego. Pozwala także rodzicom dziecka przygotować się do natychmiastowego wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po jego urodzeniu

Program adresowany jest **do kobiet w ciąży**, spełniających **co najmniej jedno z poniższych kryteriów**:

- i. wiek powyżej 35 lat;
- ii. wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- iii. stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- iv. stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;



- v. stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Do udziału w programie wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem, wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

Świadczenia zdrowotne w poszczególnych etapach programu:

- poradnictwo i badania biochemiczne: w zależności od wieku ciąży będą to test PAPP-A, b-hCG, AFP, Estriol,
- poradnictwo i USG płodu w kierunku wad wrodzonych: pierwsze badanie wykonane pomiędzy 11 a 13 (+6 dni) oraz drugie wykonane pomiędzy 18 a 23 tyg. ciąży,
- poradnictwo i badania genetyczne: wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocena i interpretację wyników wykonanych badań, w przypadku wskazań medycznych skierowanie na badania inwazyjne po wyrażeniu przez pacjentkę zgody na ich wykonanie;
- pobranie materiału płodowego do badań genetycznych: amniopunkcja/ biopsja trofoblastu/ kordocenteza pod kontrolą USG.

4. Program profilaktyki chorób odtytoniowych w tym POChP

Program adresowany jest **do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy**, w tym - w zakresie diagnostyki POChP - w szczególności **do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia**, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP **w ciągu ostatnich 36 miesięcy**, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony **badaniem spirometrycznym**, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

Celem programu jest:

- zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka;
- poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym upowszechnienie wiedzy o POChP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby,
- wczesne wykrywanie POChP i innych chorób odtytoniowych oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu i chorób płuc,
- poprawa skuteczności leczenia chorób odtytoniowych, w szczególności, chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, u pacjentów uzależnionych od tytoniu,
- zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtytoniowych;



Program realizowany w dwóch etapach.

Etap I: podstawowy - **Poradnictwo antytytoniowe**

- ❖ zapoznanie pacjenta z założeniami programu i zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu,
- ❖ wykonanie badań lekarskich i diagnostycznych: badanie przedmiotowe (pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi), badanie fizykalne oraz - w przypadku osób palących - papierosy zakwalifikowanych do działań w zakresie profilaktyki POCHP
- ❖ dodatkowo wykonywane jest badanie spirometryczne u osób w wieku 40. a 65. r.ż.
- ❖ udzielenie porady lekarskiej: w tym m.in. edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu;
- ❖ porada antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej; prowadzenie terapii odwykowej,
- ❖ w przypadku wykrycia nieprawidłowości kieruje się pacjenta na dalszą diagnostykę.

Etap II: specjalistyczny - **Pogłębiona diagnostyka:**

- ❖ przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu,
- ❖ badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu,
- ❖ kontynuacja badań diagnostycznych (spirometria, rtg kl. piersiowej),
- ❖ zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu (w tym: farmakoterapii lub terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej).

5. Program profilaktyki chorób układu krążenia

Program adresowany do osób, będących w danym roku kalendarzowym w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które **w okresie ostatnich 5 lat** nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu. Do realizacji *Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia* zobowiązany jest każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który posiada umowę z NFZ lub jest zatrudniony w podmiocie, który taką umowę ma zawartą.

Kryteria kwalifikacji do udzielania świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia:

Osoby obciążone następującymi czynnikami ryzyka:

1. nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR > 140/90 mmHg),
2. zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu),
3. palenie tytoniu,
4. niska aktywność ruchowa,
5. nadwaga i otyłość,
6. upośledzona tolerancja glukozy,
7. wzrost stężenia fibrynogenu,



8. wzrost stężenia kwasu moczowego,
9. nadmierny stres,
10. nieracjonalne odżywianie,
11. wiek,
12. płeć męska,
13. obciążenia genetyczne,

znajdujące się na liście pacjentów zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, spełniające powyższe kryteria.

Wymagane procedury medyczne:

- ❖ przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie karty badania profilaktycznego.
- ❖ wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała - Body Mass Index – BMI).
- ❖ ustalenie terminu wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się pacjent,
- ❖ wpisanie wyników badań do karty badania profilaktycznego,
- ❖ w trakcie wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
 - badanie przedmiotowe świadczeniobiorcy oraz ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia;
 - kwalifikacja świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocena globalnego ryzyka wystąpienia w przyszłości incydentu sercowo-naczyniowego według klasyfikacji SCORE i zapisanie uzyskanego wyniku w karcie badania profilaktycznego;
 - edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz decyzja co do dalszego postępowania z pacjentem.
- ❖ przekazanie świadczeniobiorcy, u którego rozpoznano chorobę układu krążenia, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej informacji o wynikach badania oraz zaleceń dotyczących konieczności zmiany trybu życia lub kierowanie świadczeniobiorcy na dalszą diagnostykę lub leczenie.

6. Program profilaktyki gruźlicy

Gruźlica klasyfikowana jest jako choroba społeczna, a więc związana z warunkami bytowania: życia (mieszkanie, odżywienie), pracy i wypoczynku. Przyczyną rozwoju choroby u zakażonego, jest osłabienie sił obronnych organizmu. Najczęstszymi czynnikami zewnętrznymi osłabiającymi organizm ludzki są: niedożywienie oraz złe warunki mieszkaniowe. Gruźlica jest chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterię - prątek gruźlicy. Źródłem zakażenia jest najczęściej chory na gruźlicę - prątkujący. Osoba chora na gruźlicę podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania / odpluwania / głośnego śmiechu, mówienia, wydala prątki wraz z kropelkami śluzu. Zakażenie drogą powietrzną, zwane także zakażeniem inhalacyjnym (kropelkowym) jest najczęstszym sposobem zakażenia.



Do czynników wewnętrznych sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę należą:

- zakażenie HIV,
- cukrzyca,
- choroby nowotworowe,
- choroby krwi,
- schyłkowa niewydolność nerek,
- leczenie immunosupresyjne, np. w stanach po transplantacji,
- pylica płuc,
- leczenie sterydami przez okres dłuższy niż 3 tygodnie w dawce powyżej 15 mg/dobę,
- szybka utrata masy ciała.

Kryteria kwalifikacji do udzielania świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki gruźlicy:

1. Osoby dorosłe, które dokonały wyboru pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, **nieposiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy**, w tym:

- ❖ osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, lub
- ❖ osoby, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności:
 - długotrwałe bezrobocie,
 - niepełnosprawność,
 - długotrwałą chorobę,
 - uzależnienie od substancji psychoaktywnych,
 - bezdomność.

2. Pisemne oświadczenie świadczeniobiorcy, z którego wynika, że w okresie ostatnich 24 miesięcy nie podlegał on badaniu ankietowemu pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki gruźlicy (także u innych świadczeniodawców).

Wymagane procedury medyczne:

- przeprowadzenie wywiadu w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem ankiety.
- przeprowadzenie edukacji zdrowotnej świadczeniobiorcy.
- w przypadku pacjentów z grupy największego ryzyka zachorowania – przekazanie przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej pisemnej informacji lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wybranemu przez świadczeniobiorcę, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazanie świadczeniobiorcy trybu dalszego postępowania, w tym poinformowanie świadczeniobiorcy o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej celem dalszej oceny stanu zdrowia.



VII.3. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez Samorząd Województwa Mazowieckiego¹⁸:

1. Program wsparcia leczenia niepłodności mieszkańców województwa mazowieckiego metodą naprotechnologii na lata 2017–2019

Program skierowany jest do mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku 18–40 lat w przypadku kobiet oraz 18–65 lat w przypadku mężczyzn. Program będzie realizowany dwuetapowo. Podczas pierwszego etapu prowadzona będzie szeroka akcja informacyjna oraz rekrutacja uczestników. Drugi etap zakłada działania edukacyjno-diagnostyczne.

Metoda naprotechnologii polega na diagnozie oraz terapii lekarskiej, której celem jest monitorowanie oraz poprawa ogólnego zdrowia kobiety, a także leczenie, w przypadku zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. W tej technice wykorzystuje się wszystkie znane i dostępne we współczesnej medycynie metody terapii farmakologicznej i leczenia chirurgicznego.

2. Program badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C

Głównym celem programu jest zwiększenie wykrywalności zakażenia HCV na terenie województwa mazowieckiego w okresie realizacji programu. Dodatkowo określono następujące cele szczegółowe:

- i. Zwiększenie dostępności do badań wykrywających przeciwciała anti-HCV na terenie województwa mazowieckiego w okresie realizacji programu.
- ii. Zwiększenie dostępności do jakościowych badań molekularnych w kierunku wykrycia HCV-RNA na terenie województwa mazowieckiego w okresie realizacji programu.
- iii. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki zakażeń HCV u osób uczestniczących w programie w okresie realizacji programu.

Program zakłada dwa typy interwencji:

❖ **badanie przesiewowe** w kierunku zakażenia HCV, składające się z:

- a. badania wykrywającego przeciwciała anti-HCV,
- b. jakościowego badania molekularnego wykrywającego HCV-RNA.

❖ **edukacja zdrowotna.**

Do programu mogą zostać włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia:

1. Osoba aplikująca do programu musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie.

¹⁸ <https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewdztwamazowieckiegowobszarzezdrowo/program-polityki-zdrowotnej/>



2. Osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia do programu musi mieć ukończone 18 lat.
3. Osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia do programu musi być mieszkańcem województwa mazowieckiego tj. osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.
4. Zaistnienie co najmniej jednej z poniższych sytuacji w życiu osoby aplikującej:
 1. przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 2. wykonywanie zabiegu z przerwaniem ciągłości skóry lub błony śluzowej;
 3. przyjmowanie narkotyków drogą dożylną;
 4. posiadanie wielu przypadkowych partnerów seksualnych i/lub uprawianie seksu bez zabezpieczenia;
 5. posiadanie partnera seksualnego, o którym wiadomo, że jest zakażony HCV;
 6. poddanie się inwazyjnym zabiegom kosmetycznym, w warunkach bez zachowania należytej higieny.
5. Osoba aplikująca do programu podczas przeprowadzania kwalifikacji nie wykazuje medycznych przeciwwskazań do udzielenia mu świadczeń przewidzianych w programie.

3. Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych (OZW)

Głównym celem programu jest zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych, uczestniczących w programie, w latach 2019–2022.

Cele szczegółowe obejmują:

- 1) wzrost poziomu wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u co najmniej 80 proc. uczestników programu.
- 2) zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) przez co najmniej 50 proc. uczestników programu, którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
- 3) podejmowanie aktywności fizycznej przez co najmniej 50 proc. uczestników programu, trwającej minimum 75 min. w tygodniu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
- 4) spadek masy ciała o minimum 3 proc., u co najmniej 25 proc. uczestników programu – według pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
- 5) regularne stosowanie farmakoterapii przez co najmniej 90 proc. uczestników programu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
- 6) zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne u co najmniej 50 proc. uczestników programu – deklarowana po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.



Program zakłada przeprowadzenie **interwencji edukacyjno-konsultacyjnej** dla osób po OZW. Do programu będą mogły zostać włączone tylko osoby, które spełnią wszystkie kryteria włączenia, tj.:

- ❖ osoba aplikująca do programu jest w trakcie hospitalizacji po OZW lub w ciągu ostatnich 30 dni kalendarzowych wystąpił u niej epizod OZW (obowiązek wykazania dokumentacji medycznej potwierdzającej ten fakt);
- ❖ osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia musi mieć ukończone 18 lat;
- ❖ osoba aplikująca do programu musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z załącznikiem A;
- ❖ osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia do programu musi mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- ❖ osoba aplikująca do programu nie może w tym samym czasie być uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.

VII.4. Programy, kampanie i akcje prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną

Zadania związane z profilaktyką i prewencją w obszarze zdrowia publicznego są realizowane również przez jednostki państwowe o strukturach terytorialnych, w tym Państwową Inspekcję Sanitarną. Poniżej przedstawiono programy, kampanie i akcje aktualnie realizowane przez PIS, w tym Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Otwocku¹⁹:

Programy ogólnopolskie:

- Program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce,
- „Trzymaj formę!” - program skierowany jest do uczniów V i VI klas szkół podstawowych, uczniów szkół gimnazjalnych oraz ich rodziców i opiekunów. Jego celem jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, zawiera również wytyczne dla dyrektorów szkół w zakresie higieny i bezpieczeństwa żywności w sklepikach szkolnych,
- Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV.

Programy wojewódzkie:

- „Zdrowe piersi są ok!” - program edukacyjny dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w zakresie profilaktyki raka piersi,
- „Wybierz życie – pierwszy krok” - program edukacyjny dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych dotyczący profilaktyki raka szyjki macicy.

¹⁹<http://wsse.waw.pl/promocja-zdrowia/programy>
<http://otwock.psse.waw.pl/sekcja-oswiaty-zdrowotnei-i-promocji-zdrowia>



Programy lokalne:

- „Chroń się przez kleszczami wszystkimi sposobami!” – poradnik dla osób korzystających z wypoczynku w lesie w zakresie zabezpieczania się przed ukąszeniem kleszczy, postępowania w razie stwierdzenia kleszcza na skórze, chorób przenoszonych przez pasożyty.

Akcje i kampanie informacyjne prowadzone na terenie województwa mazowieckiego:

- „dopalacze” – zagrożenia związane z przyjmowaniem dopalaczy, zasady zachowania ostrożności w miejscach publicznych
- „akcja letnia” – kampania informacyjna dla dzieci i młodzieży związana z zachowaniem bezpieczeństwa i zdrowia podczas wakacji, obejmuje zagadnienia związane m.in. z:
 - poparzeniem słonecznym,
 - ryzykowanymi zachowaniami w wodzie (skoki do wody, kąpiel w miejscach strzeżonych, kąpiel a spożywanie alkoholu)
 - profilaktyką chorób układu pokarmowego i grzybicy
 - bezpiecznym grzybobraniem (wystawa grzybów pt. „Poznaj grzyby – unikniesz zatrucia”)
- „światowy dzień wiedzy o antybiotykach” - zwrócenie uwagi na problem, jakim jest wzrost antybiotykooporności drobnoustrojów przy jednoczesnym braku nowych antybiotyków
- „profilaktyka grypy” – popularyzacja wiedzy o grypie i jej powikłaniach oraz o profilaktycznych szczepieniach
- „Szkoły Promujące Zdrowie” – program realizowany przy współpracy z Mazowieckim Kuratorem Oświaty, tytuł „Szkoły Promującej Zdrowie” otrzymują szkoły, które aktywnie promują zdrowe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną,
- „profilaktyka chorób odzwierzęcych” – program informujący o ryzyku zdrowotnym jaki niesie za sobą pozostawianie odchodów zwierzęcych w miejscach publicznych, parkach, piaskownikach
- „Mazowiecka Akademia Seniora” - program skierowany jest do seniorów zamieszkałych na terenie województwa mazowieckiego, jak również do wolontariuszy, których cechuje aktywność w podejmowaniu działalności na rzecz społeczności lokalnych oraz organizacji działających na rzecz pomocy i wsparcia osób starszych lub zrzeszających seniorów i emerytów. Główną ideą programu jest zaangażowanie przeszkolonych seniorów - liderów do inicjacji spotkań w swoim lokalnym środowisku z osobami starszymi, na które zapraszani będą eksperci partnerów programu. Spotkania dotyczyć będą zagadnień związanych z bezpieczeństwem osób starszych, ograniczaniem zachowań wiktymologicznych (stawania się ofiarą), promocją zdrowego stylu życia, zwiększeniem świadomości prawnej (prawa konsumenta, zasady uzyskania pomocy społecznej).
- „Od samobadania do mammografii” – program edukacyjny dla młodzieży w wieku 16-19 lat. Edukacja realizowana jest poprzez:



- o przekazanie podstawowej wiedzy na temat raka piersi dotyczącej m. in.: czynników ryzyka, objawów choroby;
- o uwrażliwienie młodych kobiet na profilaktykę;
- o kształtowanie postaw zdrowotnych (samokontrola organizmu, możliwość identyfikacji znaków ostrzegawczych, wyrobienie nawyku poddawania się badaniom profilaktycznym).

VII.5. Programy profilaktyczne dostępne dla mieszkańców Gminy Celestynów i ich realizacja

W zakresie świadczeń dostępnych bezpośrednio dla mieszkańców Gminy Celestynów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Celestynowie, realizowane są **trzy programy profilaktyczne finansowe przez Narodowy Funduszu Zdrowia**. W tabeli przedstawiono realizację programów w latach 2017-2018 oraz w I półroczu 2019 roku (na podstawie danych SPZOZ w Celestynowie):

Nazwa programu	Liczba osób objętych programem profilaktycznym		
	2017 rok	2018 rok	I półrocze 2019 roku
Program profilaktyki raka szyjki macicy	672	645	309
Program profilaktyki chorób układu krążenia	45	14	6
Program profilaktyki gruźlicy	2	1	0

W odniesieniu do populacji statystycznie zagrożonej zachorowalnością **profilaktyka w zakresie raka szyjki macicy** została zrealizowana na poziomie ponad 10% łącznej liczby kobiet (średnio rocznie 645 na 6 003 kobiet), jednak wyłączając grupę dzieci i młodzieży, czyli część populacji w wieku przedprodukcyjnym (ok. 20%), uzyskujemy wskaźnik na poziomie **13,5%**. Umieralność na raka szyjki macicy dla mieszkańców gminy wynosi 0,6%.

W przypadku programu **profilaktyki chorób układu krążenia**, realizacja pozostaje na bardzo niskim poziomie. Biorąc pod uwagę realne zagrożenie dla grupy wiekowej od 35 roku życia (populacja licząca 6 630 osób, tj. 56,85%), średnio roczna liczba osób zbadanych w programie wynosi jedynie 23 osoby, tj. **0,5%** grupy ryzyka. Zgodnie z zasadami płatnika (NFZ) rokrocznie kwalifikacja do programu obejmuje wyłącznie jedynie wybrane roczniki (35 lat, 40 lat, 45 lat itd.), co może wpływać negatywnie na sprawność kwalifikacji do programu. Umieralność na choroby układu krążenia dla mieszkańców gminy wynosi 45%.

Wykonanie programu **profilaktyki gruźlicy** wskazuje na niewielkie stosunkowo zagrożenie tą chorobą, jakkolwiek ze względu na brak dostępnych danych statystycznych do analizy odstąpiono od oceny poziomu realizacji.

Profilaktyka fluorkowa prowadzona jest we wszystkich gminnych szkołach podstawowych 6 razy w roku szkolnym i obejmuje 100% populacji wiekowej objętej obowiązkiem edukacji na tym poziomie.



Edukacja zdrowotna i profilaktyczna jest realizowana w głównej mierze w dwóch obszarach:

- w ramach higieny (opieki) szkolnej w placówkach edukacyjnych na terenie gminy

tematy edukacji: dojrzewanie, zdrowe odżywianie, higiena osobista, higiena jamy ustnej, pierwsza pomoc

- w ramach indywidualnej opieki nad pacjentem z ryzykiem zdrowotnym i chorobami przewlekłymi (cukrzyca, astma oskrzelowa)

tematy edukacji: profilaktyka zachowań nasilających chorobę, kontrola, dieta, styl życia.



VIII. Cel strategiczny i cele operacyjne polityki zdrowotnej samorządu Gminy Celestynów

CEL STRATEGICZNY:

POPRAWA STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW GMINY CELESTYNÓW

CELE OPERACYJNE:

Wskazane cele operacyjne obejmują działania w obszarach zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych społeczności Gminy Celestynów. W każdym określono docelową populację oraz kierowane do niej działania. Odpowiedzialność za realizację założeń obciąża władzę lokalną (Samorząd Gminy Celestynów), zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie gminnym; odpowiedzialność organizacyjna i wykonawcza leży po stronie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie, zgodnie z § 5 statutu SPZOZ w Celestynowie (uchwała nr 399/18 Rady Gminy w Celestynowie z dnia 27 czerwca 2018 roku). Udział pozostałych wskazanych poniżej jednostek opiera się na ich partnerstwie i współpracy.

CEL I. PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW

Grupa docelowa: dorośli mieszkańcy Gminy Celestynów w grupach ryzyka nowotworowego

Proponowane działania:

- Program profilaktyki raka piersi obejmujący konsultację ginekologiczną oraz profilaktyczne badanie usg piersi skierowane do kobiet niekwalifikujących się do programu NFZ (mammografii)
- Program profilaktyki raka płuc obejmujący konsultację lekarską oraz profilaktyczne badania RTG płuc u osób z czynnikami ryzyka nowotworu płuca
- Działania informacyjne o bezpłatnych dostępnych programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ oraz inne podmioty
- Zwiększenie liczby osób objętych programami profilaktycznymi dostępnymi w SPZOZ w Celestynowie

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- SPZOZ w Celestynowie



CEL II. PROMOCJA SPORTU I AKTYWNEGO SPOSOBU SPĘDZANIA CZASU

Grupa docelowa: wszyscy mieszkańcy Gminy Celestynów

Proponowane działania:

- działania edukacyjne w placówkach oświatowych, sportowych i kulturalnych
- inwestycje w infrastrukturę sportową i rekreacyjną (ścieżki rowerowe, biegowe, siłownie, place zabaw)
- organizacji zawodów sportowych i konkursów o charakterze otwartym i masowym (biegi, potyczki rodzinne itd.)

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- placówki oświatowe Gminy Celestynów
- GOKiS w Celestynowie

CEL III. ZDROWE DZIECI – ZDROWI DOROŚLI

Grupa docelowa: dzieci i młodzież szkolna Gminy Celestynów

Proponowane działania:

- profilaktyka wad postawy (badania przesiewowe określonych grup wiekowych, gimnastyka korekcyjna, konsultacje specjalistyczne, zajęcia rehabilitacyjne)
- profilaktyka otyłości (badania przesiewowe określonych grup wiekowych, edukacja rodziców i dzieci, konsultacje dietetyczne, zajęcia ruchowe)
- profilaktyka próchnicy (badanie stomatologiczne, lakowanie zębów stałych, instruktaż prawidłowej higieny jamy ustnej)
- badanie poziomu odporności immunologicznej (badanie przesiewowe, edukacja rodziców, konsultacja immunologa)
- edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży (pierwsza pomoc przedmedyczna, zapobieganie zakażeniom, nieszczęśliwym wypadkom i urazom, codzienna higiena i utrzymanie czystości w otoczeniu)

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- placówki oświatowe Gminy Celestynów
- SPZOZ Celestynów

CEL IV. KSZTAŁTOWANIE WŁAŚCIWYCH NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH MIESZKAŃCÓW GMINY

Grupa docelowa: wszyscy mieszkańcy Gminy Celestynów



Proponowane działania:

- działania edukacyjne w placówkach oświatowych, sportowych i kulturalnych
- warsztaty kulinarne, targi zdrowej żywności, konkursy i inne imprezy o charakterze plenerowym
- uruchomienie poradni dietetycznej

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- placówki oświatowe Gminy Celestynów
- GOKiS w Celestynowie
- SPZOZ w Celestynowie

CEL V. ZDROWIE SENIORA

Grupa docelowa: mieszkańcy Gminy Celestynów w wieku 60+

Proponowane działania:

- uruchomienie świetlicy/ośrodka pobytu dziennego/wsparcia dziennego dla seniorów
- cykliczny „Dzień zdrowia seniora” (wykład o tematyce zdrowotnej, bezpłatne badanie ciśnienia tętniczego, poziomu cukru, innych parametrów)
- oferta sportowo-rekreacyjna dla osób starszych

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- GOPS w Celestynowie
- SPZOZ w Celestynowie
- GOKiS w Celestynowie

CEL VI. PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM

Grupa docelowa: wszyscy mieszkańcy Gminy Celestynów

Proponowane działania:

- profilaktyka FAS i innych wad płodu – edukacja kobiet w ciąży i planujących ciążę
- edukacja młodzieży szkolnej w zakresie skutków uzależnień
- propagowanie alternatywnych zdrowych zachowań (aktywny tryb życia, zorganizowane formy współpracy społecznej)
- poradnictwo antynikotynowe

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów



- SPZOZ w Celestynowie
- GOPS w Celestynowie
- GOKiS w Celestynowie

CEL VII. KOMPLESOWA OPIEKA KARDIOLOGICZNA I DIABETOLOGICZNA

Grupa docelowa: mieszkańcy Gminy Celestynów z chorobami układu krążenia lub z ryzykiem ich wystąpienia

Proponowane działania:

- profilaktyka ChUK – edukacja w zakresie podstawowych czynników ryzyka, profilaktyczne badania diagnostyczne
- konsultacje specjalistyczne lekarza kardiologa
- rehabilitacja kardiologiczna po incydentach ChUK (zawałach, hospitalizacjach i zabiegach kardiologicznych i kardiochirurgicznych)
- opieka pielęgniarska i lekarska po incydentach ChUK – okresowa kontrola parametrów, ustalenie diety i poziomu aktywności fizycznej, powrót do życia zawodowego i społecznego
- profilaktyka i leczenie zaburzeń metabolicznych

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- SPZOZ w Celestynowie

CEL VIII. REHABILITACJA

Grupa docelowa: mieszkańcy Gminy Celestynów

Proponowane działania:

- rozszerzenie oferty usług rehabilitacyjnych

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Urząd Gminy Celestynów
- SPZOZ w Celestynowie
- Inny podmiot



IX. Źródła finansowania strategii

IX.1. Budżet Gminy Celestynów

W okresie programowym przewiduje się niezbędne nakłady finansowe z budżetu Gminy. Ich wielkość będzie uwarunkowana przyjętymi do realizacji zadaniami oraz uzyskanym dofinansowaniem/udziałem środków zewnętrznych. Środki będą zabezpieczane w poszczególnych działach i rozdziałach budżetu, a łączna wartość finansowania w kolejnych latach będzie przedstawiać się następująco:

- 2020 rok: 200 000 zł
- 2021 rok: 200 000 zł
- 2022 rok: 200 000 zł
- 2023 rok: 200 000 zł
- 2024 rok: 200 000 zł
- 2025 rok: 200 000 zł

IX.2. Fundusze zewnętrzne

- środki Narodowego Funduszu Zdrowia
- środki celowe innych funduszy, w tym także unijnych i międzynarodowych
- darowizny, udział partnerów zewnętrznych



X. Monitoring i ewaluacja strategii

System monitorowania zapewni ocenę skuteczności podejmowanych działań i umożliwi podejmowanie ewentualnych decyzji korygujących. Dane będą zbierane co najmniej raz w roku, a przy programach polegających na jednorazowym działaniu – w jego trakcie lub po zakończeniu. Dodatkowo wszyscy uczestnicy otrzymają do wypełnienia ankiety oceny programu/działania (w przypadku osób niepełnoletnich wypełnią je ich rodzice lub opiekunowie) oraz ankiety ewaluacyjne w przypadku działań długofalowych lub kilkietapowych.

Wskaźniki służące monitorowaniu poszczególnych działań przedstawiono w poniższych tabelach.

CEL I.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Program profilaktyki raka piersi	- liczba kobiet w wieku 18-49 objętych badaniami - odsetek kobiet zbadanych zakwalifikowanych do dalszej diagnostyki/leczenia	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej
Program profilaktyki raka płuc	- liczba osób objętych badaniami - odsetek osób zbadanych zakwalifikowanych do dalszej diagnostyki/leczenia	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej

CEL II.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Działania edukacyjne w placówkach oświatowych, sportowych i kulturalnych	- liczba programów edukacyjnych realizowanych w placówkach - liczba placówek objętych programami - liczba uczestników programów/działania (uczniów, osób dorosłych, seniorów itd.)	- raz do roku - dokumentacja programowa
Inwestycje w infrastrukturę sportową i rekreacyjną	- liczba nowo wybudowanych/oddanych obiektów sportowych i rekreacyjnych - liczba kilometrów/ metrów kwadratowych nowej infrastruktury (ścieżki	- raz do roku - dokumentacja budowlana i programowa



	rowerowe, boiska) - liczba zakupionych/ zamontowanych urządzeń sportowych/rekreacyjnych - liczba osób korzystających z nowej infrastruktury	
Organizacja zawodów sportowych i konkursów o charakterze otwartym i masowym	- liczba przedsięwzięć - liczba uczestników - zasięg imprezy (najmłodszy – najstarszy uczestnik, liczba jst według miejsc zamieszkania)	-raz do roku i każdorazowo po zakończeniu imprezy

CEL III.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Profilaktyka wad postawy	- liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym, - liczba dzieci zakwalifikowanych do gimnastyki korekcyjnej - liczba dzieci zakwalifikowanych do zabiegów rehabilitacyjnych - liczba dzieci zakwalifikowanych do procedur zabiegowych	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej
Profilaktyka otyłości	- liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym, - liczba dzieci zakwalifikowanych do poradni dietetycznej, - liczba dzieci uczestniczących w dodatkowych zajęciach ruchowych, - liczba osób objętych edukacją profilaktyczną	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej oraz programowej
Profilaktyka próchnicy	- liczba osób objętych edukacją profilaktyczną - liczba dzieci objętych badaniem stomatologicznym, - liczba dzieci poddanych zabiegowi lakowania zębów stałych	



Badanie poziomu odporności immunologicznej	- liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym, - liczba dzieci zakwalifikowanych do konsultacji immunologa - liczba osób objętych edukacją profilaktyczną	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej oraz programowej
Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	- liczba programów/kursów/godzin zajęć edukacyjnych realizowanych w placówkach - liczba placówek objętych programami - liczba uczestników programów/działań	- raz do roku - dokumentacja programowa

CEL IV.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Warsztaty kulinarne, targi zdrowej żywności, konkursy i inne imprezy o charakterze plenerowym	- liczba przedsięwzięć - liczba uczestników	-raz do roku i każdorazowo po zakończeniu imprezy
Działania edukacyjne w placówkach oświatowych, sportowych i kulturalnych	- liczba programów edukacyjnych realizowanych w placówkach - liczba placówek objętych programami - liczba uczestników programów/działań (uczniów, osób dorosłych, seniorów itd.)	- raz do roku - dokumentacja programowa
Uruchomienie poradni dietetycznej	- liczba udzielonych porad	- raz do roku - dokumentacja medyczna

CEL V.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Uruchomienie świetlicy/ośrodka pobytu dziennego/wsparcia dziennego dla seniorów	- tygodniowa liczba godzin pracy placówki - liczba osób korzystających z opieki	- raz do roku - na podstawie dokumentacji ośrodka/swietlicy
Cykliczny „Dzień zdrowia seniora”	- liczba godzin wykładów o tematyce zdrowotnej - liczba wykonanych badań	- raz do roku - na podstawie dokumentacji medycznej oraz



	- liczba osób zakwalifikowanych do dalszej diagnostyki/ leczenia	programowej
Oferta sportowo-rekreacyjna dla osób starszych	- tygodniowa liczba godzin zajęć sportowo-rekreacyjnych, - liczba uczestników	- raz do roku - na podstawie dokumentacji programowej

CEL VI.

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Profilaktyka FAS i innych wad płodu – edukacja kobiet w ciąży i planujących ciążę	- liczba kobiet objętych działaniami profilaktycznymi	- raz do roku - dokumentacja medyczna
Edukacja młodzieży szkolnej w zakresie skutków uzależnień	- liczba programów edukacyjnych realizowanych w placówkach oświatowych - liczba placówek objętych programami - liczba uczestników programów	- raz do roku - dokumentacja programowa
Propagowanie alternatywnych zdrowych zachowań	- liczba programów/ przedsięwzięć, - liczba partnerów – organizacji społecznych, podmiotów, instytucji, - liczba uczestników objętych inicjatywami	- raz do roku - dokumentacja programowa
Poradnictwo antynikotynowe	- liczba udzielonych porad	- raz do roku - dokumentacja medyczna

CEL VII

<i>Działanie</i>	<i>Nazwa wskaźnika</i>	<i>Sposób/częstotliwość monitorowania</i>
Profilaktyka ChUK	- liczba osób objętych edukacją w zakresie czynników ryzyka - liczba osób objętych badaniami diagnostycznymi	- raz do roku - dokumentacja medyczna
Opieka specjalistyczna lekarza kardiologa	- liczba udzielonych porad	- raz do roku - dokumentacja medyczna
Rehabilitacja kardiologiczna po incydentach ChUK	- liczba pacjentów objętych rehabilitacją - liczba godzin/ zabiegów	- raz do roku - dokumentacja medyczna



	rehabilitacji ambulatoryjnej - liczba osobodni rehabilitacji stacjonarnej	
Opieka pielęgniarska i lekarska po incydentach ChUK	- liczba udzielonych porad pielęgniarskich i lekarskich	- raz do roku - dokumentacja medyczna



XI. Udział społeczności lokalnej w formułowaniu i realizacji strategii

Dla zapewnienia efektywności i skuteczności realizacji założonych celów, konieczny jest udział społeczności lokalnej w wyborze i kształtowaniu ostatecznych zasad realizowanych działań.

Proponowane formy udziału mieszkańców w procesie decyzyjnym:

- 1) Kampania informacyjna nt. „*Strategii polityki zdrowotnej ...*” w mediach przybliżająca jej założenia, cele strategiczne i planowane działania
- 2) Anonimowe ankiety dla mieszkańców dotyczące oceny wyboru celów strategicznych i działań (ankiety będą dostępne we wszystkich placówkach publicznych: Urząd Gminy, placówki oświatowe, sportowe i kulturalne, SPZOZ w Celestynowie, u sołtysów)
- 3) Możliwość zadecydowania w ramach procedury budżetu obywatelskiego o wybranych przedsięwzięciach
- 4) Ankiety jakościowe i ewaluacyjne dla uczestników wszystkich działań
- 5) Udział w corocznej otwartej debacie na temat lokalnej polityki zdrowotnej
- 6) Możliwość wypowiedzania się na temat bieżących działań w mediach społecznościowych na oficjalnych profilach Gminy Celestynów