# Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021

**Samorząd Województwa Mazowieckiego**

****

**Warszawa, 2018**

## Streszczenie

Tworząc dokument „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021” należy odnieść się do najważniejszych dokumentów strategicznych wyższego rzędu, określających politykę i strategię rozwoju Polski.

W związku z tym, wszystkie działania prowadzone w ramach polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego powinny odnosić się do nadrzędnego dokumentu, jakim jest obecnie obowiązujący w Polsce Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia, zwanego dalej NPZ, jest wydłużenie życia   
w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Ponadto, kolejnym istotnym dokumentem związanym   
z polityką zdrowotną Województwa Mazowieckiego jest dokument „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego”. Dokument określa kilka podstawowych zagadnień, w ramach których powinno dochodzić do poprawy zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego.

W prezentowanym dokumencie „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021” przedstawiono: 1. Szczegółową, aktualną analizę społeczno-ekonomiczną województwa mazowieckiego, 2. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia, 3. Uwarunkowania zdrowia związane ze stylem życia, 4. Analizę stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego 5. Prognozę stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego w perspektywie 2018-2035, 6. Dostępność usług zdrowotnych, 7. Analizę opinii AOTMiT wydanych do PZ/PPZ z terenu województwa mazowieckiego w latach 2012-2017, 8. Analizę dostępności Funduszy Europejskich dla jednostek samorządu terytorialnego w latach 2014-2020 oraz 9. Mapę drogową wdrożenia, monitorowania i ewaluacji działań w zakresie polityki zdrowotnej - cele i kierunki działań   
w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021.

Wszystkie powyższe elementy, opisane na podstawie dostępnych, aktualnych danych podsumowano określeniem szczegółowych celów wyznaczających kierunki działań   
w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021, które prowadzić będą do osiągnięcia celu nadrzędnego, czyli poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa mazowieckiego poprzez zaplanowane, kompleksowe działania zmierzające do obniżenia negatywnych skutków wpływających na jakość zdrowia w latach 2018-2021.

W Rozdziale 1 przedstawiono szczegółową analizę społeczno-ekonomiczną województwa mazowieckiego: analizę struktury demograficznej, zamieszkania, wynagrodzeń, zatrudnienia, samooceny stanu zdrowia mieszkańców regionu. Analiza wykazała, że województwo mazowieckie jest zróżnicowane wewnętrznie pod względem demograficznym i ekonomicznym. W regionach skupionych wokół, jak i w samej stolicy obserwuje się wyższe zarobki oraz populację o młodszej strukturze w porównaniu   
z regionami położonymi peryferyjnie. Aby zapobiec niekorzystnym zmianom demograficznym na obszarach peryferyjnych województwa należy podjąć działania zwiększające atrakcyjność tych terenów szczególne dla osób młodych. Ponadto, w perspektywie do 2050 roku dojdzie do znacznych zmian w strukturze populacji i wzrostu odsetka osób starszych, dlatego też należy podjąć działania przygotowujące infrastrukturę i kadry pracujące w obszarach obsługujących osoby starsze na wzrost osób w wieku podeszłym. Analiza samooceny stanu zdrowia mieszkańców regionu wykazała na konieczność utrzymania tendencji poprawy stanu zdrowia w samoocenie mieszkańców Mazowsza oraz zniwelowanie różnic pomiędzy grupami płci oraz mieszkańcami wsi i miast. Co jednak bardzo ważne, ze względu na brak dostępnych danych, w dokumencie „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego wykorzystano jedyne, dostępne, wiarygodne dane pochodzące z Europejskiego Ankietowanego badania Zdrowia realizowanego w Polsce przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Ze względu na brak danych dotyczących szczegółowej analizy samooceny stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego należy przeprowadzić szczegółowe, wiarygodne, szeroko zakrojone, uwzględniające reprezentatywną próbę mieszkańców omawianego regionu badania w tym zakresie.

Kolejnym analizowanym elementem były środowiskowe uwarunkowania zdrowia. Rozpatrując kwestie środowiskowych uwarunkowań zdrowia zawęża się je do rozważań   
nad tymi elementami, które mają zdecydowanie największy wpływ na daną jednostkę ludzką   
i w efekcie całą populację. W dzisiejszej dobie, głównymi zagrożeniami zdrowia są przede wszystkim: zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, zanieczyszczenia wody, hałas, pola elektromagnetyczne oraz odpady. Do najważniejszych problemów do rozwiązania w zakresie środowiskowych uwarunkowań zdrowia należą: konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na metody skutecznego ograniczania emisji wybranych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, w zakresie których obserwowane są przekroczenia dopuszczalnych norm. Na terenie całego województwa podstawowym problemem jest emisja powierzchniowa (sektor komunalno-bytowy), a w przypadku dużych aglomeracji miejskich także emisja liniowa (komunikacyjna). Należy przewidzieć nowe rozwiązania dotyczące emisji zanieczyszczeń do atmosfery w przypadku parametrów, które są permanentnie przekraczane. W przypadku ich funkcjonowania zasadnym jest stałe monitorowanie skuteczności przyjętych ograniczeń w celu ich bieżącej ewaluacji. Zasadnym wydaje się być również poszerzenie sieci monitoringu jakości powietrza atmosferycznego o obszary dotychczas nieobjęte tym systemem w celu pełnego zobrazowania sytuacji mającej miejsce na terenie województwa mazowieckiego. Niezbędna jest dalsza rozbudowa sieci wodociągowej, kanalizacyjnej oraz oczyszczalni ścieków, zwłaszcza w miejscach nieobjętych tymi mediami oraz obecnie nadmiernie przeciążonych. Należy uporządkować ogół gospodarki ściekami opadowymi i roztopowymi ze szczególnym uwzględnieniem dużych aglomeracji miejskich (przede wszystkim Warszawa). Zasadnym jest budowanie oczyszczalni przydomowych na terenach o rozproszonej zabudowie. Powinno się zwrócić szczególną uwagę na propagowanie wśród społeczeństwa metod jakościowej oraz ilościowej ochrony wody. Należy wprowadzać nowe rozwiązania prawne dotyczące ograniczania uciążliwości hałasu, zwłaszcza w porze nocnej. Zasadnym jest dalsze ulepszanie systemu transportu m.in. poprzez budowę obwodnic miast. Powinno się doskonalić i wprowadzać szerzej do użytku rozwiązania planistyczne, budowlane, technologiczne itp. mające na celu ograniczanie poziomu hałasu na obszarach dotychczas pominiętych (mapy akustyczne, programy ochrony, strefy ciszy w miastach itp.). Ponadto, wobec narastającej presji cywilizacyjnej na rozwój sieci źródeł promieniowania elektromagnetycznego należy zwracać szczególną uwagę na właściwe egzekwowanie przepisów prawa zapewniających bezpieczeństwo ludności w tym zakresie oraz rozwijać oraz stosować w praktyce skuteczne   
i tanie metody techniczne ograniczające wpływ tego rodzaju promieniowania na populacje.

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) styl życia w znaczącym stopniu determinuje stan zdrowia człowieka. Jest to związane z podejmowanymi zachowaniami, które mogą mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na stan zdrowia człowieka. Do zachowań zdrowotnych, które mają negatywny wpływ   
na zdrowie należą między innymi: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie środków psychoaktywnych, zbyt niska aktywność fizyczna i nieprawidłowe zachowania żywieniowe przyczyniające się do rozwoju nadwagi i otyłości. Liczba palących papierosy mężczyzn, jak i kobiet w województwie mazowieckim jest większa w porównaniu do całego kraju. Jednakże na terenie miasta stołecznego Warszawy odnotowano znacznie niższy procent osób deklarujących palenie papierosów niż w populacji polskiej. Mimo to wskaźnik palenia papierosów jest wysoki, dlatego też kluczowe znaczenie może mieć prowadzenie dalszych kampanii wzmacniających trendy niepalenia papierosów. Problem palenia papierosów utrzymuje się w grupie osób dojrzałych, zwłaszcza mężczyzn około 50-tego roku życia. W związku z tym kluczowe było by podjęcie odpowiednich programów zdrowotnych dla tej grupy wiekowej. Obserwuje się pozytywny trend spadku liczby osób z młodych grup wiekowych pod względem częstości palenia papierosów. Jednakże nadal ponad połowa polskiej młodzieży deklaruje kontakt z nikotyną. Należy podjąć dalsze działania mające   
na celu wzmacnianie trendu niepalenia papierosów wśród młodzieży oraz jednocześnie prowadzić odpowiednie kampanie skierowane dla młodzieży, która pali papierosy.

Mieszkańcy województwa mazowieckiego częściej nadużywają alkoholu   
w porównaniu do ogółu mieszkańców Polski. Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród osób dorosłych, jak i młodzieży. Problem naużywania alkoholu w województwie mazowieckim dotyczy zarówno kobiet (głównie w przedziale od 15 do 49 lat oraz powyżej 70 lat), jak i mężczyzn (we wszystkich grupach wiekowych). W związku z tym przy przygotowywaniu odpowiednich działań mających na celu przeciwdziałanie nadużywania alkoholu w województwie mazowieckim należy uwzględnić różnice wiekowe, jak i płciowe.

Raporty dotyczące częstości stosowania substancji psychoaktywnych dotyczą głównie młodzieży szkolnej i studentów. Nie ma dostępnych raportów, które umożliwiłyby analizę omawianego problemu w innych grupach wiekowych. W związku z tym należałoby wprowadzić działania mające na celu próbę scharakteryzowania częstości stosowania substancji psychoaktywnych w różnych grupach wiekowych. Około 9,6% mieszkańców Mazowsza deklarowało, że stosowało marihuanę i haszysz. Było to dwa razy więcej niż   
w Polsce (5,2%). Dodatkowo na Mazowszu, mężczyźni znacznie częściej deklarowali stosowanie substancji psychoaktywnych w porównaniu do kobiety. Szczególnie te dysproporcje widać w kontekście stosowania marihuany lub haszyszu (mężczyźni=14,5%; kobiety=10,9%).W związku z tym należy podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie stosowania tych substancji psychoaktywnych. Średnio około połowa studentów miała okazyjny kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Z tego powodu należy podjąć odpowiednie działania profilaktyczne również w tym zakresie.

Aktualne raporty dotyczące aktywności fizycznej Polaków nie uwzględniają szczegółowej analizy aktywności fizycznej pod względem województw. W związku z tym należałoby wprowadzić działania mające na celu próbę scharakteryzowania aktywności fizycznej Polaków w różnych grupach wiekowych w kontekście województw. Obserwuje się korzystną zmianę w częstości uczestniczenia przez dzieci w zajęciach wymagających aktywności fizycznej. Aktywny sposób spędzania wolnego czasu preferowały również osoby do 39. roku życia i przede wszystkim mieszkańcy miast. W związku z tym należy wprowadzić działania mające na celu promowanie aktywności fizycznej, zwłaszcza wśród mieszkańców   
po 40. roku życia, a także wśród mieszkańców małych miast.

Problem nadwagi i otyłości w województwie mazowieckim jest zbliżony do statystyk ogólnopolskich również w kontekście płci. Należy podjąć działania mające na celu zapobieganie rozwojowi nadwagi i otyłości na terenie województwa mazowieckiego.   
Przy czym oddziaływania te powinny uwzględniać różnice płciowe. Nadmierna masa ciała częściej występuje u mężczyzn po 50-tym roku życia, głównie mieszkających na terenach wiejskich. W przypadku kobiet problem ten dotyczył około 46% respondentek, głównie młodych kobiet (między 15-tym a 39-tym rokiem życia) zamieszkujących obszary wiejskie.

Przeprowadzona w kolejnej części dokumentu prognoza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego w perspektywie 2018-2035 wykazała, że w województwie mazowieckim, jako jedynym w Polsce, liczba ludności zwiększy się do 2050 roku. Poprzez nadwyżkę zgonów nad urodzeniami, w 2050 roku przyrost naturalny w województwie mazowieckim będzie ujemny. Wynika to ze zmian w strukturze wieku oraz ze spadku liczby kobiet w wieku rozrodczym. Wyniki prognozy wskazują na stały wzrost liczby osób starszych. Oczekiwana długość życia, zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn będzie wzrastać. Ważna jest aktywizacja seniorów i zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej, aby zapewnić im jak najdłuższe życie w zdrowiu. Do roku 2029 wzrośnie liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych. Nowotwory płuc, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego nadal będą dominującymi grupami nowotworów, należy więc prowadzić projekty zachęcające mieszkańców do zdrowego stylu życia oraz wskazujące na znaczenie wykonywania regularnych badań stanu zdrowia.

Analiza dostępności do usług zdrowotnych wykazała, że w celu zniwelowania istniejących nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeciwdziałaniu ich pogłębianiu należy podjąć działania nakierowane na rozwój deficytowych, choć kluczowych dla regionu gałęzi opieki medycznej. Należą do nich m.in. geriatria, onkologia, rehabilitacja medyczna, kardiologia i psychiatria. W obszarze geriatrii konieczne jest: zwiększenie liczby etatów oferowanych specjalistom geriatrii zarówno w lecznictwie szpitalnym jak i ambulatoryjnym, utworzenie dziennych oddziałów realizujących pełną diagnostykę i leczenie osób starszych z wielochorobowością. Koniecznością jest wprowadzenie takich rozwiązań systemowych, które zapewnią odpowiednio wysokie finansowanie poradni geriatrycznych. Należy podjąć działania, które przyczynią się   
do skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej. Pilnych działań wymaga zniwelowanie poważnych niedoborów lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii oraz braków kadrowych wśród pielęgniarek posiadających specjalizację geriatryczną. W celu zapewnienia dostępu do świadczeń onkologicznych pacjentom spoza aglomeracji warszawskiej należy uruchomić komórki organizacyjne   
w szpitalach wielospecjalistycznych, które będą oferowały świadczenia z zakresu m.in. chemioterapii i radioterapii. Konieczne są inwestycje w stacjonarne oddziały rehabilitacji usytuowane w szpitalach, które mogą zapewnić opiekę nad ciężej chorymi pacjentami. Istotnym problemem kadrowym jest niedoszacowanie świadczeń rehabilitacyjnych przez dyrektorów jednostek, co odbija się niekorzystnie na płacach lekarzy specjalistów rehabilitacji. Niezbędne wydaje się być 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.

Należy zaznaczyć, że znaczna część opisywanych wyżej problemów wynika   
z niewystarczającego finasowania ochrony zdrowia w Polsce. Znaczna część z nich mogłaby być współfinansowana z Funduszy Europejskich dla jednostek samorządu terytorialnego   
w latach 2014-2020. Fundusze te jednak powinny być wykorzystywane zgodnie   
z założeniami koncepcji „Zdrowie we Wszystkich Politykach”, która postuluje przyporządkowanie odpowiedzialności za zdrowotne konsekwencje ich działań wszystkim podmiotom, których aktywności mogą do takich konsekwencji prowadzić. W latach 2014-2020 z Funduszy Europejskich 82,5 mld EURO przeznaczonych jest na: innowacje, przedsiębiorczość, autostrady i drogi ekspresowe, badania i rozwój, zieloną energię, transport przyjazny środowisku, społeczeństwo informacyjne, włączenie społeczne. Należy jednak pamiętać, że w bieżącej perspektywie finansowej 2014-2020, województwo mazowieckie będzie pierwszym polskim regionem, który w unijnej klasyfikacji opuści kategorię regionów najsłabiej rozwiniętych, czyli regionów, w których PKB nie przekracza 75% średniej UE. W programach realizowanych na poziomie krajowym wyodrębnione zostały osobne budżety poszczególnych osi priorytetowych finansowane z alokacji   
na Mazowsze i osobne finansowane z alokacji na regiony słabiej rozwinięte. Programy regionalne w latach 2014-2020 będą dwufunduszowe – finansowane będą zarówno   
z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, jak i Europejskiego Funduszu Społecznego. Należy również zwrócić szczególną uwagę na Zintegrowane Inwestycje Terytorialne dla m.st. Warszawy i jej obszaru funkcjonalnego: Regionalne Instrumenty Terytorialne (RIT) dla miast regionalnych – Radomia i Płocka – i subregionalnych – Ciechanowa, Ostrołęki i Siedlec oraz ich obszarów funkcjonalnych.

W ostatnim rozdziale niniejszego dokumentu zatytułowanym „Mapa drogowa wdrożenia, monitorowania i ewaluacji działań w zakresie polityki zdrowotnej - cele oraz kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021” przedstawiono propozycje dotyczące celu nadrzędnego, celów strategicznych oraz celów operacyjnych. Do każdego z celów operacyjnych zostały dobrane działania oraz mierniki. Do każdego z celów zostały przydzielone również odpowiadające im kompatybilne kierunki działań zawarte w „Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 r.”. Ocena efektu końcowego: monitoring i ewaluacja powinny być prowadzone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji   
o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021 zostały przygotowane we współpracy z pracownikami naukowo-dydaktycznymi Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Objaśnienie skrótów:**

**AOS** – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

**AOTMIT** – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**BAEL** – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

**BMI** – (ang. *Body Mass Index*), wskaźnik masy ciała

**DALY** – (ang. *Disability Ajusted Life Years*), lata życia skorygowane niepełnosprawnością

**EHIS –** (ang. *European Health Interview Survey),* Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia

**ESPAD** – (ang. *European School Survey Project on Alcohol and Drugs*), Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach

**GUS** – Główny Urząd Statystyczny

**JCWP** – jednolite części wód powierzchniowych

**jst** – jednostka samorządu terytorialnego

**KRUS –** Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

**LSD** - Dietyloamid kwasu D-lizergowego

**MZ** – Ministerstwo Zdrowia

**NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia

**NIL** – Naczelna Izba Lekarska

**NIZP-PZH** – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)

**NPOZP** – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

**PFRON –** Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**PKD –** Polska Klasyfikacja Działalności

**POZ** – podstawowa opieka zdrowotna

**PPZ** – program polityki zdrowotnej

**PZ** – program zdrowotny

**RIPOK** – regionalne instalacje przetwarzania odpadów komunalnych

**RPWDL** – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

**SMR** – (ang. *standarized mortality ratio*), standaryzowany wskaźnik śmiertelności

**SOJP** – System Oceny Jakości Powietrza

**SWOT** – (ang. *strengths, weaknesses, opportunities, and threats*), mocne strony, słabe strony, szanse i zagrożenia

**WHO** – (ang. *World Health Organization*), Światowa Organizacja Zdrowia

**WIOŚ** – Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska

**ZUS –** Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis treści

[**Streszczenie** 2](#_Toc66708946)

[**Wstęp** 11](#_Toc66708947)

[**Rozdział 1. Diagnoza - Analiza społeczno-ekonomiczna województwa mazowieckiego** 13](#_Toc66708948)

[1.1. Analiza struktury demograficznej 13](#_Toc66708949)

[1.2. Analiza struktury zamieszkania 19](#_Toc66708950)

[1.3. Analiza struktury wynagrodzeń 20](#_Toc66708951)

[1.4. Analiza zatrudnienia 22](#_Toc66708952)

[1.5. Analiza instytucji zapewniających wsparcie społeczne 24](#_Toc66708953)

[1.6. Analiza samooceny stanu zdrowia mieszkańców regionu 28](#_Toc66708954)

[**Rozdział 2. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia** 32](#_Toc66708955)

[2.1. System monitoringu środowiska na terenie województwa mazowieckiego 33](#_Toc66708956)

[2.2. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego 35](#_Toc66708957)

[2.3. Jakość wody 38](#_Toc66708958)

[2.4. Monitoring hałasu 40](#_Toc66708959)

[2.5. Pola elektromagnetyczne 42](#_Toc66708960)

[2.6. Odpady 44](#_Toc66708961)

[**Rozdział 3. Uwarunkowania zdrowia związane ze stylem życia** 48](#_Toc66708962)

[3.1. Palenie tytoniu 48](#_Toc66708963)

[3.2. Spożycie alkoholu 55](#_Toc66708964)

[3.3. Inne używki 61](#_Toc66708965)

[3.4. Aktywność fizyczna 65](#_Toc66708966)

[3.5. Nadwaga/otyłość 68](#_Toc66708967)

[**Rozdział 4. Analiza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego** 75](#_Toc66708968)

[4.1. Długość życia ludności województwa mazowieckiego 75](#_Toc66708969)

[4.2. Umieralność ludności województwa mazowieckiego 78](#_Toc66708970)

[4.2.1. Umieralność ogólna 78](#_Toc66708971)

[4.2.2. Umieralność według wybranych grup przyczyn zgonów 79](#_Toc66708972)

[4.3. Analiza stanu zdrowia na podstawie danych dotyczących hospitalizacji (chorobowość hospitalizowana) 87](#_Toc66708973)

[4.3.1. Chorobowość hospitalizowana ogólna 87](#_Toc66708974)

[4.3.2. Chorobowość hospitalizowana według oddziałów kardiologicznych i onkologicznych 92](#_Toc66708975)

[4.3.2.1. Oddział kardiologiczny 92](#_Toc66708976)

[4.3.2.1. Oddział onkologiczny 94](#_Toc66708977)

[4.4. Analiza stanu zdrowia na podstawie danych dotyczących podstawowej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 95](#_Toc66708978)

[4.5. Absencja chorobowa z powodu choroby własnej oraz renty z tytułu niezdolności do pracy na terenie województwa mazowieckiego 99](#_Toc66708979)

[4.5.1. Absencja chorobowa z powodu choroby własnej 99](#_Toc66708980)

[4.5.2. Renty z tytułu niezdolności do pracy 102](#_Toc66708981)

[**Rozdział 5. Prognoza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego w perspektywie 2018-2035** 106](#_Toc66708982)

[5.1. Prognoza demograficzna 106](#_Toc66708983)

[5.2 Starzenie się społeczeństwa 110](#_Toc66708984)

[5.3 Onkologia 112](#_Toc66708985)

[5.4 Rehabilitacja 113](#_Toc66708986)

[5.5 Kardiologia 113](#_Toc66708987)

[5.6 Zaburzenia psychiczne 114](#_Toc66708988)

[**Rozdział 6. Dostępność usług zdrowotnych** 118](#_Toc66708989)

[6.1. Dostęp do opieki geriatrycznej 120](#_Toc66708990)

[6.2. Dostęp do opieki onkologicznej 121](#_Toc66708991)

[6.3. Dostęp do opieki rehabilitacyjnej 123](#_Toc66708992)

[6.4. Dostęp do opieki kardiologicznej 125](#_Toc66708993)

[6.5. Dostęp do opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi 128](#_Toc66708994)

[**Rozdział 7. Analiza opinii AOTMiT wydanych do PZ/PPZ z terenu województwa mazowieckiego w latach 2012-2017** 131](#_Toc66708995)

[**Rozdział 8. Fundusze Europejskie dla jednostek samorządu terytorialnego w latach 2014-2020** 137](#_Toc66708996)

[8.1. Zdrowie we Wszystkich Politykach 137](#_Toc66708997)

[8.2. Fundusze Europejskie 138](#_Toc66708998)

[8.3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020 140](#_Toc66708999)

[**Rozdział 9. Mapa drogowa wdrożenia, monitorowania i ewaluacji działań w zakresie polityki zdrowotnej - cele oraz kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021** 144](#_Toc66709000)

## Wstęp

Wszystkie działania prowadzone w ramach polityki zdrowotnej powinny odnosić się do nadrzędnego dokumentu, jakim jest obecnie obowiązujący Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 [1]. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zwanego dalej „NPZ”, jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej   
z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cele operacyjne obejmują:

1. Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia   
   we współpracy z ministrem właściwym do spraw: kultury fizycznej, pracy, rodziny, turystyki, finansów publicznych, rolnictwa, obrony narodowej oraz oświaty   
   i wychowania.
2. Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia   
   we współpracy z ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, obrony narodowej, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, finansów publicznych oraz informatyzacji.
3. Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia   
   we współpracy z ministrem właściwym do spraw: pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, obrony narodowej, nauki, szkolnictwa wyższego oraz informatyzacji.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych   
   i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw środowiska   
   we współpracy z ministrem właściwym do spraw: zdrowia, pracy, rodziny, zabezpieczenia społecznego, obrony narodowej, rynków rolnych oraz rozwoju wsi.
5. Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw pracy, rodziny i zabezpieczenia społecznego.
6. Poprawę zdrowia prokreacyjnego. Podmiot odpowiedzialny: minister właściwy   
   do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym do spraw: rodziny, pracy, zabezpieczenia społecznego oraz oświaty i wychowania.

Kolejnym istotnym dokumentem związanym z polityką zdrowotną jest dokument „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego” [2]. Dokument określa kilka podstawowych zagadnień, w ramach których powinno dochodzić do poprawy zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego. Są to m.in. onkologia, choroby wewnętrzne z geriatrią, leczenie psychiatryczne oraz rehabilitacja i neurologia oraz szeroko pojęta profilaktyka. Wszystkie z powyższych elementów zostały szeroko opisane   
i przeanalizowane w przygotowanym dokumencie „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021”.

Również w ramach dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) można odnieść się do priorytetów dla województwa mazowieckiego. MZ przygotowało „Mapy potrzeb zdrowotnych” [3] z podziałem na najważniejsze schorzenia. MPZ stanowiły fundament tworzenia polityki zdrowotnej dla Województwa Mazowieckiego. Wnioski zostały zawarte w poszczególnych rozdziałach niniejszego dokumentu.

Z uwagi na główne przyczyny zgonów w Polsce (nowotwory, choroby układu krążenia) wzięto również pod uwagę analizę chorób układu oddechowego na terenie województwa mazowieckiego z uwagi na fakt ścisłego powiązania pulmonologii z onkologią oraz chorobami układu krążenia.

Po przeanalizowaniu danych epidemiologicznych przygotowano szczegółowe wytyczne dotyczące kierunków działań zmierzających do poprawy zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego. Skupiono się na wskazaniu możliwych rozwiązań w celu zapewnienia lepszej opieki dla mieszkańców województwa.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2016/1492/1 dostęp 21.11.2017.
2. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego https://www.mazowieckie.pl/pl/aktualnosci/aktualnosci/32810,Priorytety-regionalnej-polityki-zdrowotnej-na-Mazowszu.html dostęp 21.11.2017.
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych http://www.mpz.mz.gov.pl dostęp 21.11.2017.

## Rozdział 1. Diagnoza – Analiza społeczno-ekonomiczna województwa mazowieckiego

### 1.1. Analiza struktury demograficznej

Rozwój demograficzny województwa mazowieckiego jest zróżnicowany przestrzennie, ale liczba mieszkańców systematycznie się zwiększa. W 2016 roku spośród 42 powiatów 19 zaludniało się. Największy przyrost zaobserwowany został w powiatach koncentrujących się wokół Warszawy, a ubytek na najdalej położonych od centrum województwach. Na koniec 2016 roku na obszarze województwa mazowieckiego mieszkało 5 366 tys. ludności (14% ogółu mieszkańców Polski), z czego 64,3% w miastach.

W strukturze ludności według płci przeważają kobiety (52,2% mieszkańców - wskaźnik feminizacji 109), przy czym bardziej sfeminizowana jest ludność miast niż wsi (53,3% mieszkańców miast stanowią kobiet - wskaźnik feminizacji 114; 50,1% mieszkańców wsi stanowią kobiety - wskaźnik feminizacji 101).

Na koniec 2016 roku dodatni przyrost naturalny odnotowano w 18 powiatach, ujemny wystąpił w 24. Obszary, na których występuje zastępowalność pokoleniowa skupione są głównie w około centralnej części województwa oraz w bezpośredniej bliskości miast   
na prawach powiatu. W miastach dodatni przyrost naturalny utrzymuje się stale od 2005 roku, a na obszarach wiejskich z wyjątkiem lat 2011, 2013 i 2015.

Zaludnianie województwa w większym stopniu wynika z ruchu migracyjnego ludności   
(24 osoby na 10 tys. ludności) niż przyrostu naturalnego (9 osób na 10 tys. ludności). Warszawa, która jest największym miastem regionu, na koniec 2016 roku liczyła ok. 1 754 tys. ludności (32,7% ogółu ludności województwa). Województwo mazowieckie jest regionem zurbanizowanym w stopniu wyższym od przeciętnego poziomu w kraju (wskaźnik urbanizacji 64% - mazowieckie; 60% - przeciętna wartości w kraju) [1]. Struktura wieku i płci dla województwa mazowieckiego przedstawiona została na ryc.1.

Piramida wieku mieszkańców województwa mazowieckiego w 2016 r.
Rycina przedstawia rozkład wieku mieszkańców Mazowsza w 2016 roku. Najwięcej osób zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn jest w wieku 30-39 lat. Kobiet w wieku 85+ jest niecałe 100 tysięcy, natomiast mężczyzn w tym wieku niecałe 50 tysięcy.

**Rycina 1. Piramida wieku mieszkańców województwa mazowieckiego w 2016 r.**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: polskawliczbach.pl [3].

**Główne przyczyny zgonów**

Do głównych przyczyn zgonów wśród mieszkańców województwa mazowieckiego należą choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu oddechowego. Od 2012 roku doszło do regularnej zamiany częstości występowania zgonów jako trzeciej przyczyn z zewnętrznych przyczyn na choroby układu oddechowego. Narasta również liczba zgonów z powodu nowotworów i zaburzeń metabolizmu. Regularny spadek odnotowany został wśród chorób układu moczowo-płciowego oraz chorób zakaźnych.   
W pozostałych przyczynach liczba zgonów, pomimo cyklicznych fluktuacji, wydaje się być stabilna. W tabeli 1 przedstawione zostały szczegółowego informacje dla lat 2009 – 2015.

Umieralność proporcjonalna w 2016 roku dla województwa mazowieckiego na tle wartości średnich dla Polski w przypadku poszczególnych przyczyn zgonów:

* jest zbliżona dla: chorób układu krążenia (mazowieckie 45,4% vs. Polska 45,7%) oraz nowotworów (mazowieckie 26,7% vs. Polska 26,7%),
* jest wyższa dla chorób układu oddechowego (mazowieckie 8,5% vs. Polska 6,1%).

**Tabela 1. Główne przyczyny zgonów na 100 000 mieszkańców województwa mazowieckiego.**

| Grupa przyczyn zgonów | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Choroby układu krążenia | 25190 | 24740 | 24517 | 25721 | 25356 | 25000 | 24960 |
| Nowotwory | 13059 | 13193 | 13226 | 13356 | 13579 | 13950 | 14689 |
| Przyczyny zewnętrzne | 3722 | 3477 | 3776 | 3647 | 3542 | 3488 | 3313 |
| Choroby układu oddechowego | 3812 | 3484 | 3665 | 4088 | 4489 | 4166 | 4696 |
| Choroby układu trawiennego | 2562 | 2452 | 2520 | 2574 | 2508 | 2352 | 2288 |
| Zaburzenia metabolizmu | 855 | 859 | 930 | 851 | 972 | 925 | 1131 |
| Choroby układu moczowo-płciowego | 772 | 845 | 824 | 765 | 626 | 399 | 445 |
| Choroby układu nerwowego | 648 | 623 | 602 | 605 | 558 | 544 | 645 |
| Choroby zakaźne | 570 | 558 | 562 | 538 | 359 | 319 | 273 |
| Pozostałe | 150 | 114 | 111 | 121 | 143 | 143 | 208 |
| Choroby krwi | 49 | 57 | 41 | 40 | 37 | 35 | 30 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: polskawliczbach.pl [3].

**Prognoza demograficzna do 2050 roku**

Na tle Polski, województwo mazowieckie ma duży potencjał ludnościowy, pomimo nadchodzących niekorzystnych zmian w strukturze ludności. Na podstawie prognozy, która obejmuje okres od 2013 roku do 2050 roku, liczba ludności wzrośnie o blisko 2 tys. (na tle znacznych spadków liczby ludności w pozostałych województwach), choć wzrost ten obserwowany będzie głównie w centralnych powiatach otaczających Warszawę i w samym mieście. Populacja Polski w analizowanym okresie zmniejszy się o 4 545 tys. osób i osiągnie 33 951 tys. osób (88,2% stanu z roku bazowego).

Długookresowa prognoza wskazuje, że liczba ludności w województwie mazowieckim będzie zwiększała się do 2028 r., a następnie dojdzie do systematycznego spadku liczby mieszkańców, która w perspektywie do 2050 r. wyniesie 5 318,7 tys. osób. W dłuższej perspektywie czasowej dodatni przyrost naturalny nie będzie utrzymywał się na Mazowszu (ryc. 1). W kolejnych latach prognozy, wraz ze zmniejszaniem się liczebności kobiet w wieku rozrodczym oraz niekorzystnymi zmianami demograficznymi przyrost naturalny będzie ujemny.

Patrząc przez pryzmat powiatów do 2050 roku liczba ludności zwiększy się w m. st. Warszawie oraz ośmiu powiatach otaczających stolicę oraz powiatach płockim i radomskim. Największy wzrost liczby ludności prognozowany jest w powiatach: piaseczyńskim (o 44%), wołomińskim (o 40,2%), legionowskim (o 34,6%), grodziskim (o 32,6%) i warszawskim zachodnim (o 26,4%). W pozostałych powiatach liczba mieszkańców będzie się zmniejszała - największe ubytki obserwowane będą w powiatach lipskim (32,5%) oraz m. Ostrołęka (30,6%). Informacje w podziale na powiaty przedstawione zostały w poniższej tabeli 2.

**Tabela 2. Zmiana liczby ludności w 2015 r. w porównaniu do 2013 roku (w %).**

| Powiat | Zmiana liczby ludności między 2015 i 2013 r. (%) | Liczba powiatów |
| --- | --- | --- |
| sierpecki, gostyniński, kozienicki, makowski, ostrowski, przysuski, sokołowski, żuromiński, m. Płock, m. Ostrołęka, ciechanowski, lipski, łosicki, m. Radom | -32,5 ̶ -20,1 | 14 |
|
|
|
|
|
| ostrołęcki, siedlecki, wyszkowski, garwoliński, białobrzeski, grójecki, mławski, nowodworski, płoński, przasnyski, pułtuski, sochaczewski, węgrowski, żyrardowski, m. Siedlce, szydłowiecki, zwoleński | -20,0 ̶ -0,1 | 17 |
|
|
|
|
|
|
|
| otwocki, pruszkowski, radomski, m. st. Warszawa, płocki, miński | 0,0 ̶ 19,9 | 6 |
|
|
| grodziski, legionowski, piaseczyński, wołomiński, warszawski zachodni | 20,0 ̶ 44,0 | 5 |
|
|

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2].

W dłuższej perspektywie czasowej procesy demograficzne na Mazowszu będą zróżnicowane. W miastach przybywać będzie mieszkańców do 2024 roku (3 463,7 tys. osób), a następnie dojdzie do ubytku, a liczba mieszkańców spadnie do 3 369 tys. osób. Przyrost liczby ludności będzie następował w podregionach bezpośrednio sąsiadującym   
z Warszawą - warszawskim wschodnim o 19,5%, warszawskim zachodnim o 17,9%.   
W pozostałych podregionach przewidywany jest do 2050 roku spadek liczby mieszkańców   
w przedziale 15-16%, a w Radomiu osiągnie on wartość 19%. Wzrost liczby ludności zamieszkującej tereny wiejskie będzie obserwowany do 2035 r., a po tym okresie dojdzie   
do spadków. Szczegółowe informacje zostały przedstawione w tabeli 3.

Liczba osób starszych do końca 2050 roku ma wzrosnąć o 842,8 tys. i będzie stanowiła 31,3% ogółu populacji (wzrost o 15,9 punktu procentowego w stosunku do roku bazowego). Do końca prognozowanego okresu liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła 202,8% stanu z roku bazowego. Mediana wieku w 2013 roku na Mazowszu wyniosła 39 lat (37,3 lat wśród mężczyzn; 40,7 lat wśród kobiet), a w ostatnim roku prognozy będzie wynosiła 50,4 lat (odpowiednio w grupach płci: 47,8 lat i 53 lat), przy czym o 0,5 roku będzie wyższa dla mieszkańców miast niż wsi (odpowiednio 50,6 lat i 50,1 lat).   
W perspektywie dojdzie do znacznego zróżnicowania mediany wieku między powiatami (tab. 1.3). "Najmłodsze" będę powiaty: wołomiński (45,8 lat), legionowski (46,8 lat) i piaseczyński (47,0 lat); "najstarsze" będą: m. Radom (57,1 lat), przysuski (56,3 lat), m. Ostrołęka (56,1 lat), gostyniński (56,1 lat), m. Płock (56,0 lat). Szczegółowe informacje przedstawione zostały w tabeli 4.

Obrazową miarą pokazującą stosunek najmłodszych grup wiekowych w populacji   
do najstarszych, a tym samym zastępowalność pokoleń, jest indeks starości (ang. *ageing index*)[[1]](#footnote-1). Na Mazowszu indeks będzie bardzo zróżnicowany między powiatami, ale będzie rósł we wszystkich. Na 1000 wnuków przypadało 993 dziadków (w miastach 1103, na wsi 822),   
a do 2050 roku wskaźnik ten ma wynieść na każde 1000 wnucząt 2382 dziadków. Indeks będzie bardzo zróżnicowany między powiatami, ale będzie rósł we wszystkich [2].

**Tabela 3. Prognoza ludności dla województwa mazowieckiego w podziale na podregiony i powiaty w perspektywie lat 2020 – 2050.**

| Wyszczególnienie | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podregion ciechanowski** | **339168** | **327533** | **309590** | **287283** |
| ciechanowski | 88922 | 84815 | 78666 | 71195 |
| mławski | 72599 | 70066 | 66395 | 61806 |
| płoński | 88036 | 86247 | 82960 | 78779 |
| pułtuski | 51262 | 50524 | 48701 | 46181 |
| żuromiński | 38349 | 35881 | 32868 | 29322 |
| **Podregion ostrołęcki** | **383445** | **372049** | **354014** | **330366** |
| makowski | 44922 | 42437 | 39237 | 35359 |
| ostrołęcki | 88941 | 89871 | 89511 | 87747 |
| ostrowski | 71992 | 68059 | 62980 | 56783 |
| przasnyski | 52176 | 49960 | 46953 | 43091 |
| wyszkowski | 74455 | 74475 | 73033 | 70654 |
| m. Ostrołęka | 50959 | 47247 | 42300 | 36732 |
| **Podregion radomski** | **607692** | **582569** | **546351** | **503199** |
| białobrzeski | 33191 | 32279 | 30795 | 28779 |
| kozienicki | 60483 | 57654 | 53454 | 48484 |
| lipski | 33538 | 30739 | 27530 | 24021 |
| przysuski | 41060 | 38252 | 34929 | 31172 |
| radomski | 153723 | 155902 | 154877 | 151890 |
| szydłowiecki | 39429 | 37736 | 35363 | 32423 |
| zwoleński | 36028 | 34583 | 32511 | 29999 |
| m. Radom | 210240 | 195424 | 176892 | 156431 |
| **Podregion m. st. Warszawa** | **1748046** | **1755502** | **1752184** | **1768418** |
| m. st. Warszawa | 1748046 | 1755502 | 1752184 | 1768418 |
| **Podregion warszawski wschodni** | **842701** | **890692** | **925155** | **955297** |
| garwoliński | 108967 | 108897 | 106944 | 103643 |
| legionowski | 120787 | 131877 | 140870 | 149434 |
| miński | 156065 | 162792 | 167384 | 171466 |
| nowodworski | 79558 | 79788 | 78338 | 75858 |
| otwocki | 126436 | 130219 | 132289 | 133994 |
| wołomiński | 250888 | 277119 | 299330 | 320902 |
| **Podregion warszawski zachodni** | **830901** | **875296** | **905714** | **931311** |
| grodziski | 95843 | 104319 | 111146 | 117541 |
| grójecki | 99161 | 98512 | 96101 | 92912 |
| piaseczyński | 189530 | 211233 | 229795 | 247043 |
| pruszkowski | 165944 | 173999 | 179671 | 185267 |
| sochaczewski | 85109 | 84044 | 81440 | 77913 |
| warszawski zachodni | 118776 | 127591 | 134245 | 140253 |
| żyrardowski | 76538 | 75598 | 73316 | 70382 |
| Podregion płocki | 328476 | 316994 | 299401 | 278792 |
| gostyniński | 45123 | 42645 | 39335 | 35632 |
| płocki | 112805 | 114144 | 113315 | 111105 |
| sierpecki | 51916 | 49570 | 46336 | 42466 |
| m. Płock | 118632 | 110635 | 100415 | 89589 |
| **Podregion siedlecki** | **307930** | **297692** | **282282** | **264077** |
| łosicki | 30835 | 29000 | 26729 | 24212 |
| siedlecki | 81857 | 81857 | 80694 | 78683 |
| sokołowski | 53111 | 49310 | 44793 | 39757 |
| węgrowski | 66131 | 63677 | 60085 | 55826 |
| m. Siedlce | 75996 | 73848 | 69981 | 65599 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2].

**Tabela 4. Prognozowana mediana wieku w 2050 r.**

| Powiat | Mediana wieku | Liczb powiatów |
| --- | --- | --- |
| grodziski, legionowski, miński, piaseczyński, wołomiński | 45,8 ̶ 47,9 | 5 |
| garwoliński, ostrołęcki, otwocki, pruszkowski, radomski, siedlecki, warszawski zachodni, wyszkowski, m. st. Warszawa | 48,0 ̶ 50,9 | 9 |
| białobrzeski, grójecki, mławski, nowodworski, płocki, płoński, przasnyski, pułtuski, sochaczewski, węgrowski, żyrardowski, m. Siedlce, sierpecki | 51,0 ̶ 53,9 | 13 |
| ciechanowski, gostyniński, kozienicki, łosicki, makowski, ostrowski, przysuski, sokołowski, szydłowiecki, żuromiński, zwoleński, m. Płock, m. Ostrołęka | 54,0 ̶ 56,9 | 13 |
| lipski, m. Radom | 57,0 ̶ 58,4 | 2 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Województwo mazowieckie jest zróżnicowane wewnętrznie pod względem demograficznym i ekonomicznym. W regionach skupionych wokół, jak i w samej stolicy obserwuje się wyższe zarobki oraz populację o młodszej strukturze w porównaniu   
   z regionami położonymi peryferyjnie. Aby zapobiec niekorzystnym zmianom demograficznym na obszarach peryferyjnych województwa należy podjąć działania zwiększające atrakcyjność tych terenów szczególne dla osób młodych.
2. 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.

### 1.2. Analiza struktury zamieszkania

Dane dotyczące struktury zamieszkania w podziale na regiony miejskie i wiejskie   
w podziale na grupy płci wraz z informacjami o współczynniku feminizacji i gęstości zaludnienia dla województwa mazowieckiego przedstawione zostały w tabeli 5.

**Tabela 5. Ludność według płci, współczynnik feminizacji, gęstość zaludnienia.**

| Wyszczególnienie | 31 XII 2016 | 30 VI 2017 |
| --- | --- | --- |
| Ludność - ogółem | 5 365 898 | 5 372 579 |
| Ludność - miasta | 3 449 513 | 3 454 519 |
| Ludność - wieś | 1 916 385 | 1 918 060 |
| Mężczyźni - ogółem | 2 566 910 | 2 570 293 |
| Mężczyźni - miasta | 1 611 366 | 1 613 807 |
| Mężczyźni - wieś | 955 544 | 956 486 |
| Kobiety - ogółem | 2 798 988 | 2 802 286 |
| Kobiety - miasta | 1 838 147 | 1 840 712 |
| Kobiety - wieś | 960 841 | 961 574 |
| Współczynnik feminizacji - ogółem | 109,0 | X |
| Współczynnik feminizacji - miasta | 114,1 | X |
| Współczynnik feminizacji - wieś | 100,6 | X |
| Gęstość zaludnienia - ogółem [osoba/km²] | 151 | X |
| Gęstość zaludnienia - miasta [osoba/km²] | 1 591 | X |
| Gęstość zaludnienia - wieś [osoba/km²] | 57 | X |

Źródło: Zespół Dziedzinowych Baz Wiedzy, Główny Urząd Statystyczny (data dostępu: 24.11.2017 r.) http://swaid.stat.gov.pl/Demografia\_dashboards/Raporty\_predefiniowane/RAP\_DBD\_DEM\_1.aspx.

### 1.3. Analiza struktury wynagrodzeń

*Dochody*

Warunki życia zależą od dochodu rozporządzalnego, na który składają się bieżące dochody (pieniężne i niepieniężne) gospodarstwa domowego pomniejszone o podatki   
od dochodów, spadków, darowizn oraz nieruchomości. W województwie mazowieckim przecięty dochód był większy niż w pozostałych częściach kraju (o 20,8% - tj. 306,32 zł)   
i wyniósł 1 780,88 zł. Dochody z pracy najemnej[[2]](#footnote-2) oraz dochody ze świadczeń społecznych[[3]](#footnote-3) stanowią główne składowe dochodu rozporządzalnego[[4]](#footnote-4) - ich udział wyniósł odpowiednio 57,3% oraz 24,3%. W 2016 roku gospodarstwa domowe w Polsce osiągały wyższe dochody, ale jednocześnie ponosiły większe wydatki. Dochód rozporządzalny w ujęciu miesięcznym na jedną osobę wzrósł o 7% w stosunku do roku poprzedniego (przeciętnie 1 475 zł   
na jedną osobę). Średnie wydatki osiągnęły wartość 1 132 zł i były wyższe o 4,3%   
w stosunku do roku poprzedniego i stanowiły 76,7% [4]. W najtrudniejszej sytuacji materialnej w 2016 roku były małżeństwa z trójką lub większą liczbą dzieci na utrzymaniu - przeciętny dochód rozporządzalny na osobę był niższy o 28,7%. W tej grupie osób wydatki były niższe o 30,3% w porównaniu do średniej krajowej. W porównaniu z rokiem 2015 widoczna była jednak poprawa sytuacji, do czego przyczyniło się świadczenie wychowawcze "Rodzina 500+" - różnica pomiędzy dochodami, a średnią krajową zmalała o 10,7 punktu procentowego, w przypadku wydatków o 5,1 punktu procentowego [4]. W skali kraju   
w najlepszej sytuacji materialnej znajdowały się małżeństwa bez dzieci na utrzymaniu - ich dochód rozporządzalny na osobę znajdował się 35,5% powyżej średniej krajowej. Jednocześnie średnie wydatki tej grupy osób, były o 35,3% wyższe od średnich wydatków   
na osobę gospodarstw domowych w Polsce [4].

Przeciętne wynagrodzenie w Warszawie we wrześniu 2017 roku wyniosło 5 291,54 zł. [5]. Na podstawie Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń mediana płac dla województwa mazowieckiego z wyłączeniem Warszawy wyniosła w 2016 roku 3 500 zł. W stolicy wartość ta była o 1 800 zł wyższa. Mediany wynagrodzeń (kwoty brutto) w największym miastach województwa znacznie odbiegały od mediany w Warszawie i wyniosły: Płock – 3 700 zł; Ostrołęka, Ciechanów, Siedlce – 3 500 zł; Radom -3 250 zł [6].

Najwyższe zarobki (przedstawione za pomocą median) odnotowano w firmach prywatnych (3 681 zł; 2 500 zł poniżej I kwartyla; 4 100 zł powyżej III kwartyla), następnie   
w organizacjach pozarządowych (3 500zł; 2 800 zł poniżej I kwartyla; 4 930 zł powyżej III kwartyla), podmiotach o własności państwowej (3 400 zł; 2 450zł poniżej I kwartyla; 4 780 zł powyżej III kwartyla), najmniej zaś w jednostkach samorządu terytorialnego (3 090 zł; 2 500 zł poniżej I kwartyla; 4 100 zł powyżej III kwartyla) [6].

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w relacji do średniej krajowej (Polska=100) wyniosło dla Mazowsza w 2016 r. 122,1%. Wśród powiatów występowało zróżnicowanie. Powyżej średniej krajowej znajdowały się: powiat m. st. Warszawa 133,8%; powiat m. Płock; 122,1%; powiat. m. Ostrołęka 101,4%, powiat zachodni warszawski 111,9%; powiat pruszkowski 120,1%; powiat nowodworski 111,7%; powiat kozienicki 114,9%; powiat grodziski 101,4%. W pozostałych powiatach przeciętne wynagrodzenie było niższe od średniej krajowej - najniższą wartość (75,3%) odnotowano dla powiatu żuromińskiego [7].

Przeciętne wynagrodzenie brutto dla m. st. Warszawy według sekcji Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) na koniec sierpnia 2017 r. było najwyższe w dziale informacja i komunikacja (8 648 zł); najniższe administracja i działalność wspierająca (3 560 zł). Odpowiednio drugie i kolejne miejsce zajmowały: działalność profesjonalna, naukowa   
i techniczna (7 821 zł); budownictwo (6 555 zł); obsługa rynku nieruchomości (6 257 zł); handel - naprawa pojazdów samochodowych (5 706 zł); przemysł w sekcjach BCDE (5 635 zł); działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją (4 855 zł); transport i gospodarka magazynowa (4 609 zł); zakwaterowania i gastronomia (3 844 zł) [8].

*Wydatki*

Rozpiętość pomiędzy górną, a dolną granicą średnich wydatków na osobę   
w województwach wyniosła w 2016 roku 41,4% [4]. Dominowały głównie wydatki na zakup towarów i usług konsumpcyjnych (94,7%) - największą grupę stanowiły wydatki na żywność   
i napoje bezalkoholowe (21,4% ogółu wydatków). Kolejną grupą były wydatki ponoszone   
w związku z użytkowaniem mieszkania i korzystaniem z nośników energii (17,4% ogółu). Struktura wydatków w województwie mazowieckim była zbliżona do struktury w kraju.

W 2016 roku gospodarstwa domowe w województwie mazowieckim wydawały przeciętnie na 1 osobę 1 369,98 zł - były one o 21,1% wyższe od średnich wydatków ponoszonych w kraju [9].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Zmniejszenie zróżnicowania ekonomicznego województwa mazowieckiego, szczególnie między Warszawą, a innymi dużymi miastami Mazowsza.
2. Utrzymanie wzrostu dochodu rozporządzalnego, przy jednoczesnym zahamowaniu wydatków, szczególnie w grupie osób wychowujących dzieci.

### 1.4. Analiza zatrudnienia

*Bezrobocie*

Na Mazowszu stopa bezrobocia rejestrowanego[[5]](#footnote-5) w II kwartale 2017 roku wyniosła 6,2%. Sytuacja mierzona w ujęciu kwartalnym w stosunku do poprzednich lat poprawia się. Stopy bezrobocia zmniejszały się również w odniesieniu do lat poprzednich.

Na koniec 2016 roku najwięcej osób bezrobotnych było w grupie osób   
z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (51 907 osób; 27,5% ogółu bezrobotnych), następnie z wykształceniem zasadniczym zawodowym (45 582 osób; 24% ogółu bezrobotnych), policealnym i średnim zawodowym (41 032 osób; 21,7% osób bezrobotnych), wyższym (29 173 osób; 15,4% ogółu bezrobotnych) oraz średnim ogólnokształcącym (21 217 osób; 11,2% ogółu bezrobotnych).

Według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)[[6]](#footnote-6) stopa bezrobocia   
w Polsce w II kwartale 2017 roku wyniosła 5%. Najkorzystniej sytuacja wyglądała   
w województwie wielkopolskim (2,4%), najgorzej natomiast w województwie podkarpackim (8,4%). Województwo mazowieckie znalazło się na 9 pozycji (5,3%).

W II kwartale 2017 r. 60,7% mieszkańców w wieku 15 lat i więcej było aktywnych zawodowo[[7]](#footnote-7) (w tym 57,5% pracujących i 3,2% bezrobotnych) a 39,2% było biernych zawodowo[[8]](#footnote-8). Liczba osób pracujących wyniosła 2498 tys.

*Zatrudnienie*

Wskaźnik zatrudnienia dla województwa mazowieckiego był wyższy od przeciętnego zatrudnienia w Polsce, przy czym dla mężczyzn był wyższy (64,6%; przeciętnie w Polsce 61,9%) niż dla kobiet (51,2%; przeciętnie w Polsce 46,6%). Różnica we wskaźniku zatrudnienia pomiędzy kobietami, a mężczyznami wyniosła 13,4 punktu procentowego.   
W województwie mazowieckim najwięcej zatrudnionych było w: przemyśle - 367,5 tys.; naprawie pojazdów samochodowych - 323,3tys.; transporcie - 260,1 tys. [10].

*Potencjał*

Na Mazowszu widoczne jest wysokie zapotrzebowanie i mała dostępność pracowników (szczególnie w zawodach deficytowych[[9]](#footnote-9)), którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje w zawodach: operatorów i monterów maszyn i urządzeń (kierowcy autobusów, kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych); pracowników przemysłowych   
i rzemieślników (spawacze); pracowników usług i sprzedawców (fryzjerzy, kucharze); specjalistów (pielęgniarki i położne). Jako zawody nadwyżkowe[[10]](#footnote-10) wskazano: specjalistów (ekonomistów, filozofów, historyków, politologów i kulturoznawców, pedagogów, specjalistów administracji publicznej, specjalistów technologii żywności i żywienia).

Na podstawie raportu przygotowanego przez Instytut Badawczy Randstad, 33% przedsiębiorców deklarowało zwiększenie zatrudnienia w I półroczu 2017 roku. Niemal taki sam odsetek planował zwiększenie wynagrodzeń w analogicznym okresie. Pod koniec 2016 roku obserwowano wzrost liczby ofert pracy napływających do urzędów pracy (więcej o 11 900 w stosunku do analogicznego okresu w roku poprzednim).

Zgodnie z prognozami do roku 2020 zatrudnienie powinno rosnąć w grupach: specjalistów (699,30 tys. osób pracujących w 2016 r. i 817,87 tys. w 2022 r.); techników   
i innego średniego personelu (314,53 tys. osób pracujących w 2016 r. i 318,96 tys. w 2022 r.) oraz operatorów i monterów maszyn urządzeń (200,41 tys. osób pracujących w 2016 r.   
i 203,41 tys. w 2022 r.). Spadek prognozowany był w grupach: rolników, ogrodników, leśników i rybaków (198,85 tys. osób pracujących w 2016 r. i 158,42 tys. w 2022 r.); pracowników biurowych (180,57 tys. osób pracujących w 2016 r. i 161,60 tys. w 2022 r.); robotników przemysłowych i rzemieślników (243,00 tys. osób pracujących w 2016 r. i 226,41 tys. w 2022 r.); pracowników przy pracach prostych (153,17 tys. osób pracujących w 2016 r.   
i 150,12 tys. w 2022 r.); pracowników usług osobistych i sprzedawców (282,28 tys. osób pracujących w 2016 r. i 279,33 tys. w 2022 r.); przedstawicieli władz publicznych, wyższych urzędników i kierowników (188,89 tys. osób pracujących w 2016 r. i 187,74 tys. w 2022 r.) [11].

W końcu sierpnia 2017 roku liczba zarejestrowanych bezrobotnych wyniosła 29 919 osób [8].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Utrzymanie spadku / niskiego poziomu bezrobocia.
2. Utrzymanie wskaźnika zatrudnienia powyżej przeciętnego zatrudnienia w Polsce oraz zwiększenie zatrudnienia na obszarach peryferyjnych województwa.
3. Zapewnienie możliwości przekwalifikowania zawodowego wśród osób pracujących w zawodach nadwyżkowych.
4. Szkolenie i przygotowanie kadr na potrzeby zawodów deficytowych.

### 1.5. Analiza instytucji zapewniających wsparcie społeczne

Obowiązek kreowania polityki i realizacji zadań w tym obszarze spoczywa   
na organach administracji rządowej oraz jednostkach samorządu terytorialnego. Na szczeblu krajowym polityka społeczna kreowana jest przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Na szczeblu regionalnym za realizację zadań samorządu wojewódzkiego odpowiedzialny jest Marszałek Województwa oraz regionalne ośrodki polityki społecznej. Na szczeblu powiatowym za organizacje pomocy społecznej odpowiedzialne są powiatowe centra pomocy rodzinie, a podstawowe usługi świadczone są przez gminne ośrodki pomocy społecznej. Na terenie województwa mazowieckiego zadania pomocy społecznej realizowane są przez: Mazowieckie Centrum Pomocy Społecznej (szczebel administracji samorządowej); Wydział Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego   
(na szczeblu administracji rządowej); powiatowe centra pomocy rodzinie (37 jednostek), miejskie ośrodki pomocy rodzinie (w Siedlcach i Ostrołęce), miejskie ośrodki pomocy społecznej (w Płocku i Radomiu) i Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie; ośrodki pomocy społecznej (327 jednostek).

Do podmiotów świadczących usługi społeczne w obszarze pomocy społecznej   
i aktywnej integracji zaliczyć można: Domy Pomocy Społecznej; Środowiskowe Domy Samopomocy; Dzienne Domy Pomocy; noclegownie, schroniska dla bezdomnych; Ośrodki Adopcyjno-Opiekuńcze; Kluby samopomocy; mieszkania ochronne; Ośrodki Interwencji Kryzysowej; Jednostki specjalistycznego poradnictwa; Placówki opiekuńczo-wychowawcze; Dzienne placówki wsparcia; Placówki typu rodzinnego; Centra Integracji Społecznej; Kluby Integracji Społecznej; Warsztaty Terapii Zajęciowej; Zakłady Aktywności Zawodowej [12].

***Instytucje i wybrany zakres działań w obszarze bezrobocia***

W zakresie bezrobocia działania w tym obszarze podejmują:

* **Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie** (zakres działania: określanie i koordynowanie regionalnej polityki rynku pracy i rozwoju zasobów ludzkich; podział środków; opracowywanie badań i analiz rynku pracy, w tym prowadzenie monitoringu zawodów deficytowych i nadwyżkowych; prowadzenia rejestru agencji zatrudnienia oraz instytucji szkoleniowych; współpracy z innymi podmiotami);
* **Powiatowe urzędy pracy** (zakres działań: opracowywania i realizacji programu promocji zatrudnienia oraz aktywizacji lokalnego rynku pracy stanowiącego część powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych; pozyskiwania i gospodarowania środkami finansowymi na realizację zadań z zakresu aktywizacji lokalnego rynku pracy; udzielaniu pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy   
  w znalezieniu pracy przez pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe;
* **Ochotnicze hufce pracy** (zakres działań: zatrudnienia oraz przeciwdziałania marginalizacji i wykluczeniu społecznemu młodzieży; kształcenia i wychowania młodzieży);
* **Agencje zatrudnienia** (w zakresie: pośrednictwa pracy; doradztwa zawodowego; pracy tymczasowej);
* **Instytucje szkoleniowe** (w zakresie: szkoleń dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy)
* **Instytucje dialogu społecznego** (w zakresie: działalności rad rynku pracy; partnerstwa lokalnego; uzupełniania i rozszerzania oferty usług publicznych służb zatrudnienia przez partnerów społecznych i agencje zatrudnienia).

***Instytucje i wybrany zakres działań w obszarze długotrwałej lub ciężkiej choroby***

W zakresie długotrwałej lub ciężkiej choroby działania w tym obszarze podejmują:

* **Ośrodki pomocy społecznej** (w zakresie: wsparcia pieniężnego w postaci zasiłków, opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje   
  z zatrudnienia z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem);
* **Domy pomocy społecznej** (w zakresie: całodobowej opieki z powodu wieku, choroby przewlekłej, nie mogące samodzielnie funkcjonować w dotychczasowym miejscu zamieszkania i którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych);
* **Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze** (w zakresie: objęcia całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

***Instytucje i wybrany zakres działań w obszarze niepełnosprawności***

W zakresie niepełnosprawności działania w tym obszarze podejmują:

* **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)** (w zakresie: przekazania środków finansowych określonym algorytmem dla samorządów wojewódzkich i powiatowych);
* **Powiatowe centra pomocy rodzinie** (w zakresie: dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny; dofinansowania do środków ortopedycznych i środków pomocniczych; dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych; dofinansowania zajęć sportowych, kulturalnych, rekreacyjnych i turystycznych osób niepełnosprawnych; zwrotu kosztów poniesionych   
  w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych; udzielaniem pożyczek na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej);
* **Ośrodki pomocy społecznej** (w zakresie: zasiłków pielęgnacyjnych; zasiłków celowych; prac socjalnych);
* **Powiatowe urzędy pracy** (w zakresie: szkoleń; staży; prac interwencyjnych; przygotowania zawodowego dorosłych; dofinansowania studiów podyplomowych; jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo   
  na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej);
* **ZUS i KRUS** (w zakresie: rent z tytułu niezdolności do pracy; rent socjalnych; zasiłków rehabilitacyjnych; orzecznictwa lekarskiego; rehabilitacji leczniczej);
* **Zakłady pracy chronionej** (w zakresie: finansowania rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej; indywidualnych programów rehabilitacji osób niepełnosprawnych);
* **Warsztaty terapii zajęciowej** (w zakresie: aktywnego wspomagania procesu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych; stwarzania osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej   
  i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych   
  od podjęcia zatrudnienia);
* **Organizacje pozarządowe** (w zakresie: reprezentowania środowiska z daną niepełnosprawnością; przełamywania barier i ograniczeń osób z niepełnosprawnością; rozwiązywania innych ważnych problemów społecznych).
* **Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej** (dofinansowanie robót budowlanych dotyczących obiektów służących rehabilitacji, w związku z potrzebami osób niepełnosprawnych, z wyjątkiem rozbiórki tych obiektów; dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej; współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych; opiniowanie wniosków o wpis do rejestru do rejestru ośrodków przyjmujących grupy turnusowe).

***Instytucje i wybrany zakres działań w obszarze przeciwdziałania alkoholizmowi   
i narkomanii***

W zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii działania w tym obszarze podejmują:

* **Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej** (w zakresie: działań edukacyjno-profilaktycznych mających na celu przeciwdziałanie zjawisku w województwie);
* **Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia** (w zakresie: terapii uzależnień i współuzależnienia);
* **Placówki lecznictwa** (w zakresie: świadczenia pomocy terapeutycznej dla osób dorosłych i młodzieży nadużywającej / uzależnionej od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych);
* **Organizacje pozarządowe** (w zakresie: działań związanych z profilaktyką, ochroną, wsparciem psychologicznym oraz prawnym).

**Podsumowanie**

* Instytucje wsparcia społecznego realizują wiele zadań w różnych obszarach problemowych.
* Występuję wiele instytucji wsparcia społecznego, które działania realizują na różnych szczeblach systemu.

## 1.6. Analiza samooceny stanu zdrowia mieszkańców regionu

W dokumencie „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego” wykorzystano dostępne, wiarygodne dane na temat samooceny stanu zdrowia mieszkańców, pochodzące z Europejskiego Ankietowanego Badania Zdrowia realizowanego w Polsce przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (*European Health Interview Survey* - EHIS) to jedno z podstawowych narzędzi systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowski Unii Europejskiej. Jest ono cyklicznie realizowane w krajach UE. Ostatnia edycja tego badania miała miejsce   
w Polsce w 2014 r. i była realizowana zgodnie z wytycznymi Eurostatu, co pozwala na spójne opracowywanie wyników w skali Unii. EHIS jest badaniem subiektywnym, którego przedmiotem jest wiedza i odczucia respondentów na temat własnego zdrowia.

Pod względem samooceny stanu zdrowia mieszkańcy województwa mazowieckiego znaleźli się na 6 pozycji w kategorii "stan zdrowia bardzo dobry i dobry" (blisko 68,9%; najwięcej badanych w województwie wielkopolskim - 72,2%; najmniej badanych   
w województwie łódzkim) oraz na 11 pozycji wśród osób, które określają swój stan jako "poniżej dobrego" (31,1% badanych; najwięcej w województwie łódzkim - 38,2%; najmniej   
w województwie wielkopolskim - 27,8% badanych). Spośród osób ze stanem zdrowia poniżej dobrego 1/3 badanych określiła go jako "bardzo zły", a 2/3 jako "taki sobie". Szczegółowe porównanie pomiędzy województwami przedstawione zostało w tabeli 6.

**Tabela 6. Ocena stanu zdrowia według województw w 2009 i 2014 r.**

| Województwa | Bardzo dobre i dobre | | | Poniżej dobrego | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2009 | 2014 | 2009 | | 2014 |
| **Polska** | **65,7** | **67,4** | **34,3** | | **32,6** |
| Dolnośląskie | 65,4 | 66,6 | 34,6 | | 33,4 |
| Kujawsko-pomorskie | 65,3 | 65,2 | 34,7 | | 34,8 |
| Lubelskie | 61,4 | 63,6 | 38,6 | | 36,4 |
| Lubuskie | 66,2 | 65,6 | 33,8 | | 34,4 |
| Łódzkie | 62,7 | 61,8 | 37,3 | | 38,2 |
| Małopolskie | 65,3 | 70,1 | 34,7 | | 29,9 |
| Mazowieckie | 65,6 | 68,9 | 34,4 | | 31,1 |
| Opolskie | 64,5 | 67,1 | 35,5 | | 32,9 |
| Podkarpackie | 68,1 | 69,4 | 31,9 | | 30,6 |
| Podlaskie | 64,1 | 64,5 | 35,9 | | 35,5 |
| Pomorskie | 69,8 | 69 | 30,2 | | 31 |
| Śląskie | 64,9 | 65,2 | 35,1 | | 34,8 |
| Świętokrzyskie | 62 | 66,2 | 38 | | 33,8 |
| Warmińsko-mazurskie | 68,3 | 69,8 | 31,7 | | 30,2 |

Źródło: opracowanie na podstawie GUS [13].

Stan zdrowia poprawiał się zarówno wśród mieszkańców miast i wsi - stan poniżej dobrego w 2014 roku wskazywało 32% mieszkańców wsi i 33% mieszkańców miast, natomiast w 2009 roku 34% mieszkańców wsi i miast wskazywało taki stan.

Choroby lub dolegliwości przewlekłe stwierdzono u blisko 54% ludności. Do 15 roku życia 27% badanych deklarowało przynajmniej jedną chorobę przewlekłą. Częstość zgłaszania takich schorzeń wzrasta z wiekiem - w populacji osób dorosłych odsetek ten wyniósł blisko 59%. Zarówno wśród mieszkańców wsi, jak i miast kobiety częściej wskazują na występowania przewlekłych problemów zdrowotnych. Częstość występowania chorób   
i dolegliwości przewlekłych wśród mieszkańców Mazowsza występuje z taką samą częstością jak wartość średnia dla Polski - 54%. Plasuje to województwo mazowieckie na dziesiątej pozycji [13].

Ogółem na choroby przewlekłe lub dolegliwości przewlekłe cierpiało na Mazowszu 56,4% mieszkańców miast oraz 48,7% mieszkańców wsi. Częściej problemy zgłaszały kobiety (57,8%) w porównaniu z mężczyznami (49,1%). Do najczęstszych dolegliwości u badanych   
w przedziale wieku 0-14 lat zaliczyć można w przypadku dziewczynek i chłopców: alergię (odpowiednio 8,4% oraz 20,8%); choroby oka (odpowiednio 5,1% oraz 6,7%). Wśród osób   
w wieku 15 lat i więcej były to: bóle pleców (49,8% kobiet; 30,2% mężczyzn), wysokie ciśnienie krwi (26,1% kobiet; 21,9% mężczyzn), bóle szyi (20,8% kobiet; 13,1% mężczyzn) [14].

**Spis piśmiennictwa:**

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Utrzymanie tendencji poprawy stanu zdrowia (w samoocenie) mieszkańców Mazowsza.
2. Zniwelowanie różnic pomiędzy grupami płci oraz mieszkańcami wsi i miast.
3. Ze względu na brak dostępnych danych, w dokumencie „Kierunki działań   
   w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego wykorzystano jedyne, dostępne, wiarygodne dane pochodzące z Europejskiego Ankietowanego Badania Zdrowia realizowanego w Polsce przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Ze względu na brak danych dotyczących szczegółowej analizy samooceny stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego należy przeprowadzić szczegółowe, wiarygodne, szeroko zakrojone, uwzględniające reprezentatywną próbę mieszkańców omawianego regionu badania w tym zakresie.

1. Barbara Czerwińska-Jędrusiak. Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa mazowieckiego w 2016 r. Warszawa: Urząd Statystyczny w Warszawie; 2017 [Dostępny: http://warszawa.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/inne-opracowania/raport-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej-wojewodztwa-mazowieckiego-w-2015-r-,13,5.html ][Data dostępu: 26.11.2017 r.].

2. Urząd Statystyczny w Warszawie. Prognoza ludności dla wojwództwa mazowieckiego na lata 2014 - 2015 Warszawa: Urząd Statystyczny w Warszawie; 2015 [Dostępny: http://warszawa.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/prognoza-ludnosci-dla-wojewodztwa-mazowieckiego-na-lata-20142050,6,1.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

3. Polska w liczbach. Piramid wieku mieszkańców województwa mazowieckiego w 2016 r. www.polskawliczbach.pl2017 [Dostępny: http://www.polskawliczbach.pl/mazowieckie ]

4. Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja gospodarstw domowych w 2016 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2017 [Dostępny: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2016-r-w-swietle-wynikow-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,16.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

5. Urząd Statystyczny w Warszawie. Komunikat o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa mazowieciego we wrześniu 2017 r. Warszawa: Urząd Statystyczny   
w Warszawie 2017 [Dostępny: http://warszawa.stat.gov.pl/opracowania-biezace/komunikaty-i-biuletyny/inne-opracowania/komunikat-o-sytuacji-spoleczno-gospodarczej-wojewodztwa-mazowieckiego-wrzesien-2017-r-,2,56.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

6. Karolina Jurczak. Wynagrodzenia w wojeówdztwie mazowieckim w 2016 roku: Sedlak&Sedlak; 2017 [Dostępny: https://wynagrodzenia.pl/artykul/wynagrodzenia-w-wojewodztwie-mazowieckim-w-2016-roku ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

7. Główny Urząd Statystyczny. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto (wynagrodzenia i świadczenia społeczne) 2017 [Dostępny: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/wykres .

8. Urząd Statystyczny w Warszawie. Statystyka Warszawy Warszawa: Urząd Statystyczny w Warszawie; 2017 [Dostępny: https://warszawa.stat.gov.pl/download/gfx/warszawa/pl/defaultaktualnosci/750/3/52/1/komunikat\_08\_waw\_2017.pdf ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

9. Urząd Statystyczny w Warszawie. Budżety gospodarstw domowych w województwie mazowieckim w 2016 r. 2017 [Dostępny: http://warszawa.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/warunki-zycia/budzety-gospodarstw-domowych-w-wojewodztwie-mazowieckim-w-2015-r-,2,12.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

10. Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie. Mazowiecki Rynek Pracy - II kwartał 2017 Warszawa: Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie; 2017 [Dostępny: http://obserwatorium.mazowsze.pl/aktualnosci/mazowsze/mazowiecki-rynek-pracy-w-ii-kwartale-2017 ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

11. Randstadt Polska. Mazowiecki rynek pracy - potencjał, zatrudnienie, bezrobocie, płace na stanowiskach produkcyjnych i administracyjno-biurowych Warszawa: Randstad Polska; 2016 [Dostępny: http://www.investinradom.pl/data/dataPublicator/raportrandstad\_wojewodztwo\_mazowieckie\_\_.pdf ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

12. Sejmik Wojwództwa Mazowieckiego. Strategia Polityki Społecznej województwa mazowieckiego na lata 2014-2020. Tekst jednolity projektu strategii. : Sejmik Wojwództwa Mazowieckiego; 2014 [Dostępny: http://www.mcps.com.pl/images/docs/uchwala/20141700\_zalacznik.pdf ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

13. Małgorzata Piekarzewska RW, Alicja Zajenkowska-Kozłowska. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016 [Dostępny: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

14. Urząd Statystyczny w Warszawie. Stan zdrowia ludności województwa mazowieckiego Warszawa: Urząd Statystyczny w Warszawie; 2016 [Dostępny: http://warszawa.stat.gov.pl/opracowania-biezace/informacje-okolicznosciowe/inne-/stan-zdrowia-ludnosci-wojewodztwa-mazowieckiego,49,1.html ] [Data dostępu: 26.11.2017 r.].

## Rozdział 2. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia

Środowiskowy nurt poszukiwania przyczyn powstawania schorzeń w miejscu życia danej jednostki ludzkiej jest dzisiaj jednym z podstawowych kierunków badań w epidemiologii. Kluczową koncepcją wyjaśniającą te zależności jest tzw. triada epidemiologiczna, która wskazuje, że każda patologia w postaci choroby jest wynikiem wzajemnego oddziaływania na siebie wpływów ze środowiska, czynników chorobotwórczych, a także właściwości gospodarza. Charakter tych działań może być synergistyczny, addytywny czy też antagonistyczny, a złożony obraz powyższego mechanizmu dopełniają czynniki zakłócające, które na zasadzie katalizatorów lub inhibitorów wpływają na końcowy efekt tego procesu [1].

Rozpatrując kwestie środowiskowych uwarunkowań zdrowia, w praktyce zawęża się je do rozważań nad tymi elementami, które mają zdecydowanie największy wpływ na daną jednostkę ludzką i w efekcie całą populację. Jest to zbieżne z samą definicją środowiska, które jest w praktyce ograniczane wyłącznie do tych elementów otaczających dany organizm, które na niego oddziaływują, pomijając wszelkie kwestie całkowicie obojętne. Reasumując, w środowisku życia człowieka, w dzisiejszej dobie, głównymi zagrożeniami zdrowia są przede wszystkim:

1. zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego;
2. zanieczyszczenia wody;
3. hałas;
4. pola elektromagnetyczne;
5. odpady.

Schorzenia środowiskowe są szczególnie niebezpieczne ze względu na ich nietypowy charakter. W efekcie objawy tych patologii są zwykle bardzo niespecyficzne, niezmiernie trudne do odróżnienia od innych chorób np. o etiologii zakaźnej. Zazwyczaj symptomy mają charakter poronny, czyli bardzo słabo zaznaczony. Wiąże się to z częstym ich bagatelizowaniem i późnym wykryciem danej jednostki chorobowej. Z drugiej strony narażenie na czynniki środowiskowe jest często trudne do wyeliminowania. Jest zwykle permanentne, a dawki przyjmowanych toksyn itp. są na tyle niskie, że dają zauważalne efekty dopiero po wielu latach narażenia. Dodatkowo zmierzenie wpływu konkretnego czynnika środowiskowego na zdrowie populacji jest niezmiernie trudne. Efekty działania tych determinantów muszą być rozpatrywane całościowo. Stąd sformułowanie stres środowiskowy, wykorzystywane dla podkreślenia złożonego charakteru tych współzależności. Pomimo tego niezmiernie trudnego naukowo problemu wykazano silne zależności przyczynowo skutkowe pomiędzy występowaniem wybranych zagrożeń środowiskowych, a występowaniem chorób takich jak: alergie, choroby układu oddechowego, nowotwory, choroby układu nerwowego, zaburzenia rozrodczości, wady wrodzone i wiele innych. To właśnie przyczyny środowiskowe są uważane za główny katalizator dramatycznego wzrostu skali problemu w zakresie niektórych z w/w grup chorób w drugiej połowie XX wieku. Grupami, które są szczególnie narażone na negatywne wpływy środowiskowe są dzieci oraz osoby starsze. W dzisiejszej dobie dopełnia to obrazu tego zagadnienia i nadaje mu bardzo wysoki priorytet.

### 2.1. System monitoringu środowiska na terenie województwa mazowieckiego

Monitoring środowiska to proces ciągłego zbierania informacji na temat stanu różnych elementów otoczenia człowieka. Obok funkcji czysto informacyjnej, jest on jednym   
z podstawowych narzędzi pozwalających na prowadzenie nadzoru nad higieną   
w poszczególnych dziedzinach naszego życia. Ze względu na bardzo szeroki zakres pomiarów w przypadku środowiskowych uwarunkowań zdrowia główną rolę pełnią wojewódzkie inspektoraty ochrony środowiska działające w ramach Państwowego Monitoringu Środowiska. W pewnych zakresach funkcje te są uzupełniane przez Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne oraz inne jednostki badawcze wyspecjalizowane w danej dziedzinie nauki (np. Państwowy Instytut Geologiczny).

Państwowy Monitoring Środowiska opiera się na zbieraniu i analizie danych   
w ramach czterech podsystemów związanych z jakością powietrza, wody oraz badaniach hałasu i pól elektromagnetycznych [2]. Jego podstawowym celem jest informowanie administracji publicznej, a także społeczeństwa o stanie poszczególnych elementów środowiska, spełnianiu ustalonych norm jego jakości oraz obszarach, gdzie wytyczne te są przekraczane [3]. System ten polega na wykonywaniu pomiarów (ciągłych lub okresowych)   
a także stosowaniu metod uzupełniających, takich jak modelowanie matematyczne, obiektywne szacowanie itp. [4].

W zakresie monitoringu pierwszego z ww. komponentów środowiska w województwie mazowieckim funkcjonuje System Oceny Jakości Powietrza (SOJP), który pełni funkcję pomiarową, analityczną oraz informacyjną.

Na Mazowszu, wg stanu na dzień 01.11.2017 r. znajdują się 23 stacje pomiarowe. Prowadzą one monitoring 13 parametrów w trybie ciągłym, codziennym lub w formie prób łączonych [5]. Wyniki badań dostępne są w formie tabelarycznej oraz graficznej na stronie [www.powietrze.gios.gov.pl](http://www.powietrze.gios.gov.pl).

Monitoring stanu jakości wody prowadzony jest przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w oparciu o jednolite części wód (JCWP), czyli poszczególne zbiorniki wodne, rzeki, kanały itp. Na Mazowszu jest ich ponad 500, z czego 99% to JCPW rzeczne. Ocenę stanu wód prezentuje się na podstawie ich stanu ekologicznego oraz stanu chemicznego wykorzystując do tego badania elementy biologiczne oraz wspierające je wskaźniki fizykochemiczne. Klasyfikacja obejmuje podział na V klas gdzie klasa I oznacza najbardziej pozytywny, a klasa V najbardziej negatywny stan jakości. Ostateczną ocenę stanu JCWP sporządza się jako wynik tych dwóch klasyfikacji. Wody podziemne są badane przez Państwowy Instytut Geologiczny, w oparciu o krajową sieć pomiarową. Uzupełniająco monitoring ten jest prowadzony przez WIOŚ.

Pomiary hałasu są jednym z kluczowych elementów monitoringu środowiska. Obszarami szczególnie podlegającymi ochronie z tego tytułu są tereny osiedli mieszkaniowych, zabudowy jedno- i wielorodzinnej, szpitale, szkoły, domy opieki społecznej   
i inne obiekty wymagające szczególnego klimatu akustycznego. Wskaźniki krótko-   
i długookresowe są odniesione do pory dnia, a ich analiza pozwala na stworzenie map akustycznych i opracowanie programów ochrony uwzględniających możliwości korzystania   
z lokalnych komponentów środowiska. Pomiarami objęte są te źródła, które są wskazywane przez społeczeństwo jako najbardziej uciążliwe. Mapy akustyczne stworzone są dla największych miast województwa (Warszawa, Radom i Płock). W pozostałych miejscach funkcjonują punkty pomiarowe. W niektórych sytuacjach oprócz WIOŚ zarządzający danym terenem są zobowiązani do wykonywania niezależnych pomiarów (hałas przemysłowy, kolejowy i drogowy). Hałas pochodzenia lotniskowego jest monitorowany w wybranych punktach wokół obiektów związanych m.in. z korytarzami powietrznymi.

Pola elektromagnetyczne są monitorowane na obszarze województwa mazowieckiego poprzez 45 punktów pomiarowych funkcjonujących w każdym roku. Zgodnie z wymogami prawa pomiary są wykonywane w jednakowych interwałach czasowych – są powtarzane w tych samych punktach co 3 lata. Szczególną uwagę przywiązuje się   
do dużych aglomeracji miejskich, gdzie nagromadzenie źródeł promieniowania elektromagnetycznego jest najwyższe.

Monitoring odpadów prowadzony przez WIOŚ obejmuje takie zagadnienia jak zbieranie danych na temat składowisk, spalarni czy też bilansach w zakresie ich wytwarzania   
w przemyśle

### 2.2. Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego

Powietrze atmosferyczne jest komponentem środowiska szczególnie podatnym   
na negatywne wpływy antropogenne. Brak barier, a także ogromna dynamika ruchów mas powietrza sprawia, że zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego są tym zagrożeniem,   
w przypadku którego widać największy charakter globalny i transgraniczny. Jednocześnie stanowią one jedne z najważniejszych przyczyn chorób (głównie układu oddechowego)   
na świecie. Przykładowo pył PM2,5 jest klasyfikowany wśród 10 najistotniejszych, globalnych czynników ryzyka chorób z punktu widzenia zdrowia publicznego. Badania wskazują, że odpowiada w całej Europie za 7 300 000 DALY (Disability Ajusted Life Years – lata życia skorygowane niepełnosprawnością). Około 50% tej wartości przypisuje się zaledwie 5–u krajom (Niemcy, Polska, Rumunia, Ukraina oraz Włochy) [4]. Wysoka ekspozycja   
na zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego skutkuje ponadto ostrymi objawami ze strony układu oddechowego (np. kaszel, duszność, świsty oskrzelowe) a także innymi problemami zdrowotnymi, np. podrażnieniami spojówek. Długotrwałe narażenie (nawet przy umiarkowanych natężeniach) może objawiać się np. zmianami obturacyjnymi w oskrzelach. Osoby chorujące na przewlekłe choroby, takie jak astma, mogą z powodu obecności pyłu PM10 lub NOX być narażone na zaostrzenia stanów chorobowych, pojawianie się nagłych napadów (np. kaszlu w nocy) oraz całą gamę skutków pośrednich, do których należy m.in. potrzeba częstych wizyt w szpitalu lub u specjalisty alergologa, pulmunologa itp [4]. Badania prowadzone w Chinach, będących obszarem o jednym z najwyższych poziomów zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego na świecie, wskazują, że wzrost stężenia polutanatów w aerosferze może prowadzić do zwiększenia liczby wizyt lekarskich o nawet   
o blisko 20% [11] . Silnie zanieczyszczone powietrze atmosferyczne istotnie statystycznie zwiększa szansę zachorowania na astmę (OR;1,49; 95% CI 1,19:1,86 p<0,05) oraz alergiczny nieżyt nosa (OR;1,49; 95% CI 1,34:1,67 p<0,05) [14]. Oddziaływanie zbyt wysokiego stężenia ozonu troposferycznego prowadzi do patologii drobnych dróg oddechowych, co wynika z mechanizmu drażniącego i powodowania stanów zapalnych. Zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego powodują także spadek sprawności wentylacyjnej płuc, zwłaszcza widoczny w trakcie dużego wysiłku fizycznego. Badania kohortowe wskazują też na zależność pomiędzy kontaminacją aerosfery, a częstszym występowaniem nowotworów, w tym raka płuca, czy też białaczek. Narażenie (zwłaszcza permanentne) może prowadzić do uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego a także zmian w takich organach jak wątroba, czy też śledziona [1, 10]. Badania prowadzone   
w Hiszpanii wykazały, że regiony charakteryzujące się wysoką ekspozycją   
na zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego pochodzenia przemysłowego mają o 17% wyższą śmiertelność z powodu nowotworów niż te gdzie ten czynnik ryzyka nie występuje [12].

Zgodnie z danymi WIOŚ stan powietrza atmosferycznego na terenie Mazowsza określany jest w przeważającej części stacji pomiarowych jako bardzo dobry lub dobry. Jednakże w przypadku niektórych parametrów obserwowane są przekroczenia dopuszczalnych wartości, głównie w zakresie danych 1-godzinnych, dobowych oraz rzadziej rocznych. Zbyt wysokie stężenia notowane są przede wszystkim w zakresie zawartości pyłu zawieszonego PM10 oraz PM2,5. Jest to zbieżne z danymi ogólnopolskim. Raporty dotyczące jakości powietrza w Europie wskazują, że Polska obok Bułgarii, Słowacji i Włoch charakteryzuje się najwyższym stężeniem pyłów PM10 i PM2,5 w Europie [4]. Zdecydowanie rzadsze i lokalne są incydenty dotyczące benzo(a)pirenu, dwutlenku azotu i ozonu.   
W 2016 roku w 8 z 19 stanowisk monitorujących poziom pyłu PM10 zaobserwowano zbyt wysokie wartości tego parametru. Analizy WIOŚ wskazują, że 32% mieszkańców Mazowsza cierpi z powodu zbyt dużej liczby dni z przekroczeniem normy PM10, a poniżej 1% zbyt wysokiego stężenia średniorocznego tego wskaźnika. Tym niemniej analiza danych   
w kolejnych latach wskazuje na sukcesywną poprawę i coraz rzadsze pojawianie się wartości alarmowych. Zły stan powietrza atmosferycznego (głównie w zakresie PM10 oraz PM2,5) dotyczył przede wszystkim 2015 roku. W kolejnych latach zaobserwowano pewną poprawę tych parametrów [6].

Jako główne źródło zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego na Mazowszu wymienia się emisję powierzchniową, czyli tę pochodzącą z sektora bytowo-komunalnego. Emisja punktowa np. związana z funkcjonowaniem elektrociepłowni jest odpowiedzialna, wbrew przekonaniom powszechnym w społeczeństwie, jedynie za kilka procent ładunku zanieczyszczeń odprowadzanych do atmosfery. Duże aglomeracje miejskie (szczególnie Warszawa) są również mocno obciążone przez emisję liniową tzn. związaną z transportem. Objawia się to głównie zwiększonym stężeniem dwutlenku azotu pochodzącego ze spalin produkowanych w silnikach diesla. Znaczący udział w stężeniach zanieczyszczeń na obszarze województwa mazowieckiego mają wpływy z pozostałych obszarów Polski. Na tę sytuację mocno wpływają kwestie pogodowe. Emisja z rolnictwa (np. pyły, nawozy w formie aerozolu) jest na Mazowszu stosunkowo niska pomimo wyższego od średniej krajowej odsetka użytków rolnych (4 miejsce w Polsce) [6].

Na podstawie wyników pomiarów stanu powietrza atmosferycznego wprowadzane są liczne działania naprawcze. Wśród nich najważniejsze to:

* rozbudowa centralnych systemów zaopatrywania w energię cieplną;
* proces zmiany paliwa na inne o mniejszej zawartości popiołu, zastosowanie energii elektrycznej oraz indywidualnych źródeł energii odnawialnej;
* termomodernizacja budynków (głównie użyteczności publicznej);
* tworzenie, wdrażanie oraz realizacja programów ograniczania niskiej emisji – uchwała antysmogowa uchwalona przez Sejmik Województwa Mazowieckiego w październiku 2017 r.;
* rozwój nowoczesnych systemów transportu na terenie aglomeracji miejskich (kierowanie ruchem, modernizacja infrastruktury drogowej, uatrakcyjnienie polityki cenowej opłat   
  za przejazdy transportem publicznym przy jednoczesnym jego unowocześnieniu, ograniczanie ruchu samochodowego w centrach miast, rozwój transportu rowerowego, ograniczanie prędkości na drogach o pylącej nawierzchni, okresowe czyszczenie ulic, promowanie ekojazdy itp.);
* zmniejszanie strat przesyłu energii;
* stosowanie efektywnych technik odpylania gazów odlotowych w przemyśle i energetyce;
* uwzględnianie w dokumentach planistycznych rozwiązań umożliwiających ograniczanie emisji i kumulacji zanieczyszczeń powietrza (zabudowa i zagospodarowanie przestrzenne uwzględniające proces przewietrzania aglomeracji miejskich).

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Należy zwrócić szczególną uwagę na metody skutecznego 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).
2. Należy przewidzieć nowe rozwiązania dotyczące emisji zanieczyszczeń do atmosfery   
   w przypadku parametrów, które są permanentnie przekraczane. W przypadku ich funkcjonowania zasadnym jest stałe monitorowanie skuteczności przyjętych ograniczeń w celu ich bieżącej ewaluacji.
3. Zasadnym jest poszerzenie sieci monitoringu jakości powietrza atmosferycznego o obszary dotychczas nieobjęte tym systemem w celu pełnego zobrazowania sytuacji mającej miejsce na terenie województwa mazowieckiego.

### 2.3. Jakość wody

Woda jest niewątpliwie jednym z podstawowych elementów środowiska warunkującym życie. Jednocześnie pomimo, że wydaje się, iż jest wszechobecna to zazwyczaj obserwujemy jej zdecydowany niedobór. Na terenie Polski obserwowana jest wyraźna dysproporcja regionalnego, a także sezonowego rozkładu zasobów wodnych.   
Są tereny, a także okresy, które charakteryzują się permanentnym niedoborem lub nadmiarem zasobów wodnych. Problemy takie, jak powodzie, czy też susze stały się poważnym zagrożeniem zdrowia człowieka również na Mazowszu. Jednocześnie jest to nadal potęgowane poprzez zanieczyszczenia wód powierzchniowych i podziemnych.

Zanieczyszczenia wody stanowią jeden z poważniejszych elementów wpływających   
na zdrowie populacji. Metale ciężkie (np. związki rtęci) wpływają na powstawanie toksemii, zaburzeń neurologicznych a nawet odległych efektów w postaci upośledzenia umysłowego. Duże znaczenie ma tutaj mechanizm biokumulacji, który dotyczy ryb i owoców morza wykorzystywanych jako m.in. źródło pożywienia. Podobne algorytmy mają znaczenie   
w przypadku pestycydów, które pochodząc z przemysłu rolniczego mogą powodować zatrucia oraz w dłuższej perspektywie czasowej zaburzenia reprodukcji - od niskiej masy urodzeniowej aż do poronień i wad wrodzonych u dzieci włącznie. Odrębnym problemem są zanieczyszczenia wody o charakterze biologicznym (np. bakteriami chorobotwórczymi). Ich obecność może prowadzić do wzrostu zapadalności np. na zatrucia pokarmowe. Poważne zagrożenie zdrowia publicznego mogą także stanowić jaja pasożytów znajdujące się   
w fekaliach dostających się do wód wykorzystywanych w celach higieniczno-sanitarnych oraz konsumpcyjnych [1].

Podstawowym elementem mającym wpływ na jakość zasobów wodnych jest gospodarka ściekowa. Źródła zanieczyszczeń mają w tym przypadku charakter punktowy   
(np. źródła niekontrolowane, monitorowane wyloty oczyszczalni ścieków lub kanalizacji burzowej), obszarowy (np. zanieczyszczenia spłukiwane przez opady atmosferyczne   
z terenów zurbanizowanych nie posiadających kanalizacji burzowej) oraz liniowy   
(np. związane ciągami komunikacyjnymi, transportem drogowym, szynowym itp.). Poważnym, nie do końca opanowanym problemem jest kwestia gospodarki wodami opadowymi i roztopowymi. Instalacje tego typu, jeżeli istnieją, są zwykle przestarzałe i nie pozwalają na zapewnienie właściwych metod dekontaminacji.

W 2015 roku na terenie województwa mazowieckiego odprowadzono 2 408,34 hm3 ścieków przemysłowych z czego ponad 98% nie wymagało oczyszczenia (ścieki pochłodnicze – zanieczyszczenie termiczne nie wymagające dekontaminacji). W części poddanej uzdatnianiu 83,3% stanowiły ścieki komunalne [6].

Na Mazowszu funkcjonuje 608 oczyszczalni (stan na dzień 31.12.2016 r.), w tym 154 przyjmujące ścieki przemysłowe [5]. Od 2010 roku obserwuje się wyraźny spadek ilości emitowanych ścieków, a także co najważniejsze ładunku ścieków nieoczyszczonych.   
W ostatnich latach nie uległy zmianie główne metody oczyszczania. Nadal największą ilość zanieczyszczeń usuwa się biologicznie co zapewnia najskuteczniejszą redukcję szkodliwych związków. W praktyce, pomimo wysokiego poziomu inwestycji, nadal istotnym źródłem antropopresji jest niewystarczająca sanityzacja terenów wiejskich. W 2015 roku   
z oczyszczalni ścieków na terenie województwa mazowieckiego korzystało zaledwie 28,5% mieszkańców wsi, przy średniej krajowej na poziomie 39,61%. Istotnym problemem są także spływy powierzchniowe zanieczyszczeń zawierające biogeny pochodzenia rolniczego z dużym ładunkiem m.in. azotu i fosforu. W praktyce są one związane z nadmiernym zużyciem nawozów sztucznych. Tendencje w tym zakresie są jednak spadkowe, co pozwala   
na prowadzenie pozytywnych prognoz [6].

Spośród badanych rzek na terenie Mazowsza aż 82% prezentowało stan jakości elementów biologicznych poniżej dobrego (III-V klasa jakości). W przypadku parametrów fizykochemicznych sytuacja przedstawiała się zdecydowanie lepiej (55% lub 22% w I klasie jakości w zależności od przyjętej klasyfikacji szczegółowej). Niestety systemem monitoringu objęto jedynie część cieków wodnych na terenie Mazowsza. Ponad 2/3 rzek w województwie nie jest objętych badaniem jakości potencjału ekologicznego (stanu komponentów biologicznych). W przypadku stanu chemicznego sytuacja jest jeszcze gorsza. Parametry z tej grupy zbadano wyłącznie w 10% JCWP, z których 60% osiągnęło stan poniżej dobrego.   
W efekcie, biorąc pod uwagę stan biologiczny i fizykochemiczny jedynie 1% płynących wód powierzchniowych Mazowsza ma stan dobry, przy jednoczesnym wysokim odsetku (69%) wód nieobjętych monitoringiem. Wobec marginalnej ilości JCWP jeziornych poddanych monitoringowi wyniki nie są zbyt miarodajne. Tym niemniej ich stan ekologiczny był   
w przeważającej liczbie słaby i pomimo dobrego stanu fizykochemicznego ostatecznie jakość wody w tych zbiornikach oceniono w przeważającej części jako złą [6].

Spośród działań mających na celu poprawę w zakresie jakości wód na terenie województwa mazowieckiego należy wymienić przede wszystkim:

* rozbudowę i modernizację licznych oczyszczalni ścieków (m.in. w Siedlcach, Radomiu, Pruszkowie, Mińsku Mazowieckim, Pułtusku, itp.);
* oddanie do użytkowania nowych oczyszczalni ścieków (m.in. w Cieksynie gm. Nasielsk, Jeruzal gm. Mrozy itp.);
* rozbudowę i modernizację sieci kanalizacyjnych oraz wodno-kanalizacyjnych   
  (m.in. w rejonie Płocka, Ciechanowa);
* budowę tzw. ochronnego systemu kanalizacji Zalewu Zegrzyńskiego w gminach Serock i Nieporęt;
* prace rekultywacyjne na terenie Zakładu Produkcyjnego PKN ORLEN S.A. w Płocku.

W przypadku wód podziemnych w 2015 roku dobrą jakość wody stwierdzono w 95,24% punktów badawczych. Zaledwie w jednym punkcie pomiarowym stwierdzono niezadowalającą jakość (klasa IV), a najgorszej z nich nie zidentyfikowano nigdzie. W roku 2016 sytuacja przedstawiała się podobnie choć jakość 4,7% wód podziemnych określono jako złą (V klasa). Przekroczenia obowiązujących norm są stwierdzane lokalnie i wynikają   
z działania obiektów przemysłowych w tej okolicy. Obserwowana w ostatnich latach niewielka poprawa struktury jakości poszczególnych wód podziemnych wynika nie tyle   
z realnego zmniejszenia antropopresji, co ze zmian metodologicznych z trakcie pomiarów   
i klasyfikacji [6].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Niezbędna jest dalsza rozbudowa sieci wodociągowej, kanalizacyjnej oraz oczyszczalni ścieków, zwłaszcza w miejscach nieobjętych tymi mediami oraz obecnie nadmiernie przeciążonych.
2. Należy uporządkować ogół gospodarki ściekami opadowymi i roztopowymi   
   ze szczególnym uwzględnieniem dużych aglomeracji miejskich (przede wszystkim Warszawa).
3. Zasadnym jest budowanie oczyszczalni przydomowych na terenach o rozproszonej zabudowie.
4. Powinno się zwrócić szczególna uwagę na propagowanie wśród społeczeństwa metod jakościowej oraz ilościowej ochrony wody.
5. Należy uwzględniać rozwiązania wspierające tzw. małą retencję.

### 2.4. Monitoring hałasu

Szkodliwość hałasu jest zależna od jego poziomu natężenia. Istnieje wiele klasyfikacji tego parametru pod kątem jego wpływu na zdrowie. Przyjmuje się np. że poziom natężenia poniżej 35 dB jest nieszkodliwy lecz przy długotrwałym oddziaływaniu może być męczący. Hałas o wyższym poziomie wraz z jego wzrostem staje się coraz bardziej niebezpieczny powodując nawet poważne schorzenia o charakterze ogólnoustrojowym. Zasadnym jest zatem zwracanie szczególnej uwagi obok natężenia hałasu na czas trwania narażenia. Permanentne oddziaływanie tego czynnika na organizm ludzki powoduje stopniowe, fazowe uszkodzenia słuchu, przesunięcie progu słyszenia w kierunku wyższych poziomów ciśnienia akustycznego i w efekcie stan w którym część dźwięków odpowiadających np. za zrozumienie mowy znajduje się poza obszarem dźwięków słyszalnych [9]. Uszkodzenia słuchu są jedną z przyczyn niepełnosprawności i w efekcie m.in. wykluczenia społecznego. Dane GUS wskazują, że 19% spośród ogółu niepełnosprawnych cierpi z powodu chorób   
i uszkodzeń narządu słuchu. Można zatem szacować, że populacja ta liczy około 700 tys. osób [13]. Dodatkowo hałas jest czynnikiem stresogennym powiązanym m.in. z chorobami układu krążenia, psychicznymi oraz zaburzeniami snu [1].

Najistotniejszymi źródłami zaburzeń klimatu akustycznego jest hałas komunikacyjny (drogowy, lotniczy, szynowy) oraz hałas przemysłowy. Na Mazowszu, podobnie jak w całej Polsce, obserwuje się narastanie problemu odziaływania transportu drogowego. W efekcie jest tutaj najwięcej zarejestrowanych pojazdów w Polsce, a wskaźnik motoryzacji (liczba samochodów osobowych na 1000 mieszkańców) jest na drugim miejscu w kraju   
po województwie wielkopolskim. Większość samochodów ma 12 lat i więcej [7]. Są to czynniki, które wpływają na przekroczenia norm hałasu drogowego. W przypadku pomiarów krótkookresowych w porze dnia, przekroczenia w latach 2013-15 były relatywnie niewielkie   
(do 5 dB). Dotyczyło to 28,8% długości dróg dla nieco ponad 30% mieściło się w normie.   
W nocy sytuacja przedstawiała się zdecydowanie gorzej. Pomiary mieszczące się w normie dotyczyły już tylko 18,7% ogółu dróg, a najczęściej notowano przekroczenia o ponad 15 dB (31,5%). Pomiary długookresowe prowadzone w latach 2013-15 wskazywały natomiast głównie na niewielkie przekroczenia normy (do 5 dB) przy całkowitym braku przekroczeń powyżej 10 dB [6].

W przypadku hałasu lotniczego największy wpływ ma Port Lotniczy im. F. Chopina   
w Warszawie – największe lotnisko w Polsce. Tylko w jego przypadku na Mazowszu stwierdzono występowanie przekroczeń poziomów dopuszczalnych, co wobec niemożności dotrzymania wypracowanych standardów doprowadziło do utworzenia obszaru ograniczonego użytkowania. Niestety również poza tym terenem obserwowane są zbyt wysokie natężenia hałasu wynikającego z funkcjonowania tego lotniska.

W ramach monitoringu hałasu kolejowego przekroczenia norm, zarówno dla pory dnia, jak i nocy w latach 2013-15 stwierdzono na 6 odcinkach w tym 4 w obrębie Warszawy. Ponadnormatywne pomiary dochodziły do wartości ponad 7 dB w dzień oraz ponad 8 dB   
w nocy [6].

Monitoring hałasu przemysłowego wskazuje na ponad 50% udział prawidłowych wartości pomiaru tego parametru a przekroczenia w latach 2013-15 były głównie niewielkie, do 5 dB – 22,5% dla nocy oraz 23,6% ogółem. Wartości ponadnormatywne dotyczyły 5% obiektów dla nocy oraz 2,6% ogółem [6].

W zakresie ograniczania skutków zdrowotnych i społecznych hałasu na terenie województwa mazowieckiego prowadzone są następujące działania:

* modernizacje węzłów drogowych i obwodnic;
* budowa ekranów akustycznych wzdłuż najbardziej uciążliwych ciągów komunikacyjnych;
* modyfikacja procedur startów w żegludze powietrznej obniżająca hałas pochodzenia lotniczego;
* modernizacje na terenie zakładów przemysłowych.

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Należy wprowadzać nowe rozwiązania prawne dotyczące ograniczania uciążliwości hałasu, zwłaszcza w porze nocnej.

2. Zasadnym jest dalsze ulepszanie systemu transportu m.in. poprzez budowę obwodnic miast.

3. Powinno się doskonalić i wprowadzać szerzej do użytku rozwiązania planistyczne, budowlane, technologiczne itp. mające na celu ograniczanie poziomu hałasu na obszarach dotychczas pominiętych (mapy akustyczne, programy ochrony, strefy ciszy w miastach itp.).

### 2.5. Pola elektromagnetyczne

Pola elektromagnetyczne (PEM) są uważane za jeden z najpoważniejszych czynników wpływających na zwiększenie ryzyka wystąpienia białaczek, nowotworów mózgu, czy też negatywnego oddziaływania na parametry nasienia i w efekcie problemy z prokreacją. Wykazano istotne statystycznie zależności pomiędzy w/w schorzeniami a pracą w środowisku narażonym na wysokie natężenie PEM wśród elektryków, osób mieszkających   
w bezpośrednim sąsiedztwie linii wysokiego napięcia, czy też często używających telefonów komórkowych. Z racji na skomplikowany charakter tych wpływów a także ciągły wzrost skali   
i mechanizmu zagrożenia badania z tego zakresu ciągle trwają [1].

Zgodnie z ustawą z dnia 27 kwietnia 2011 r. – Prawo ochrony środowiska oraz jej aktami wykonawczymi, ochrona przed polami elektromagnetycznymi, jest jednym   
z kluczowych zadań zapewniających zdrowie populacji. Szczegółowe dane dotyczące poziomów dopuszczalnych publikowane są na stronie www WIOŚ w Warszawie [5]. Źródła pól elektromagnetycznych mogą mieć pochodzenie zarówno naturalne, jak i antropogeniczne. Szczególne znaczenie ma zazwyczaj ta druga grupa, związana głównie   
z obiektami, przez które przepływa prąd elektryczny np. sieci energetyczne, stacje radiowe   
i telewizyjne, stacje bazowe telefonii komórkowych itp. Zagrożenia te, ze względu   
na dynamiczny rozwój techniki wynikający z postępu cywilizacyjnego, stają się coraz powszechniejsze i bardziej skomplikowane. Skalę problemu potęguje fakt, iż na chwilę obecną nie ma, poza nielicznymi wyjątkami, skutecznych receptorów wskazujących na jego obecność lub przekroczenia obowiązujących norm. Dodatkowo ze względu na długotrwałe oddziaływanie, skutki promieniowania elektromagnetycznego nie są natychmiastowe.

Na obszarze województwa mazowieckiego znajduje się 5 podstawowych źródeł promieniowania elektromagnetycznego. Są to:

1. ENEA Wytwarzanie S.A. w Świerżach Górnych (Elektrownia Kozienice);
2. ENERGA Elektrownie Ostrołęka S.A.;
3. PGNiG TERMIKA S.A. w Warszawie (Zakład EC Siekierki, Żerań itp.);
4. PGE Energia Odnawialna S.A. Farma Wiatrowa Żuromin;
5. Polska Grupa Energetyczna Obrót S.A. Elektrownia Wodna w Dębe.

Dodatkowo obszar województwa mazowieckiego jest pokryty ponad 100 000 km linii wysokiego, średniego oraz niskiego napięcia. Plany dotyczące infrastruktury energetycznej nie przewidują do 2020 roku jej rozbudowy, zatem skala zagrożenia nie powinna wzrosnąć [6].

W przypadku pól elektromagnetycznych, których źródłem są urządzenia radiokomunikacyjne itp. sytuacja przedstawia się zdecydowanie inaczej. W rozkładzie terytorialnym widać wysokie zagęszczenie tego typu obiektów w rejonie dużych aglomeracji miejskich (głównie Warszawa), a także ich sukcesywny przyrost w czasie (prawie 5 000 nowych obiektów od września 2015 do czerwca 2016). Głównie tendencja ta dotyczy anten telefonii komórkowej. Odrębnym, nie do końca kontrolowanym zagadnieniem są urządzenia Wi-Fi i inne zapewniające dostęp radiowy do sieci internetowej lub komunikację sieciową. Obserwuje się istotny wzrost liczby takich urządzeń i w efekcie emisji pól elektromagnetycznych. Reasumując należy stwierdzić, że poziom narażenia na oddziaływanie pól elektromagnetycznych na terenie województwa mazowieckiego charakteryzuje się tendencją wzrostową, jednakże w miejscach dostępnych dla ludności nadal są one znacząco niższe od wartości dopuszczalnych [6]. Wyjątkowo zdarzają się lokalne przekroczenia obowiązujących norm, które po interwencji wracają do poziomów bezpiecznych [5].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Wobec narastającej presji cywilizacyjnej na rozwój sieci źródeł promieniowania elektromagnetycznego należy:
   1. zwracać szczególną uwagę na właściwe egzekwowanie przepisów prawa zapewniających bezpieczeństwo ludności w tym zakresie,
   2. rozwijać oraz stosować w praktyce skuteczne i tanie metody techniczne ograniczające wpływ tego rodzaju promieniowania na populacje.

### 2.6. Odpady

Wpływ odpadów na zdrowie populacji wiąże się z takimi mechanizmami jak m.in. obieg wody i materii w przyrodzie. Niewłaściwe deponowane śmiecie podlegają wymywaniu przez wody opadowe co prowadzi do zanieczyszczania ich składnikami takich komponentów środowiska jak zasoby wodne, czy też gleba. W efekcie wzrasta ryzyko toksemii wśród populacji narażonych na te czynniki. Składowiska odpadów o drobnych frakcjach (hałdy, nagromadzenia popiołów itp.) stanowią poważne zagrożenia dla aerosfery poprzez wywiewanie pyłów do powietrza atmosferycznego. Niewłaściwie zabezpieczone odpady biologiczne, czy też niektóre medyczne i weterynaryjne mogą być źródłem zagrożenia epidemicznego na skutek np. zawleczenia patogenów przez zwierzęta synantropijne takie jak ptaki oraz gryzonie. Należy pamiętać także o szeroko pojętych skutkach psychologicznych długotrwałego przebywania lub zamieszkiwania w sąsiedztwie nagromadzonych odpadów wynikających z takich czynników jak pochodzące z nich odory   
i biogazy.

Odpady powstające w wyniku działalności gospodarczej i pozagospodarczej człowieka stały się w dzisiejszej dobie jednym z najpoważniejszych problemów cywilizacyjnych. Efektem tego są coraz to bardziej restrykcyjne przepisy odnoszące się   
do gospodarowania tymi pozostałościami antropogennymi. Obligatoryjna stała się tzw. hierarchia (piramida) postępowania z odpadami polegająca kolejno na następujących działaniach:

* zapobieganie powstawaniu;
* przygotowanie do ponownego użycia;
* recykling;
* inne procesy odzysku;
* unieszkodliwianie.

Składowanie odpadów jest zgodne z aktualnymi wytycznymi całkowitą ostatecznością, co wynika z ogromnej uciążliwości oraz powodowania licznych zagrożeń dla środowiska i w efekcie zdrowia oraz życia ludzi.

Na terenie województwa mazowieckiego dominuje udział odpadów pochodzenia przemysłowego, chociaż znajduje się ono na 7 miejscu w Polsce pod względem ich masy oraz stanowią zaledwie 4,4% ogółu ich ilości w kraju. Najwięcej odpadów przemysłowych produkowanych jest w Warszawie a także w rejonach, w których znajdują się duże zakłady przemysłowe: powiecie kozienickim, legionowskim oraz Ostrołęce [6].

W roku 2015 odpady komunalne stanowiły jedynie około 13% ogółu wytworzonych śmieci. Średnio na jednego mieszkańca w wytworzono 311 kg odpadów rocznie, co stanowi 5 wskaźnik w Polsce. Pod względem całkowitej masy jest to jednak najwyższa wartość   
w naszym kraju. Dodatkowo od roku 2013 obserwuje się sukcesywny wzrost masy wytworzonych odpadów komunalnych [6].

Dużym problemem jest fakt, że pomimo obowiązującej hierarchii gospodarowania odpadami, dalej dominują te, które nie zostały posegregowane (75% ogółu). Ich masa także ulega w ostatnich latach sukcesywnemu wzrostowi, a problem w największym stopniu dotyczy dużych aglomeracji z Warszawą na czele. Do pozytywnych trendów należy zaliczyć ten odnoszący się do wzrostu odsetka udziału odpadów poddanych selektywnej zbiórce.   
W 2015 r. stanowiły one 25% ogółu [6].

Wg obowiązującego prawa odpady komunalne mogą być przetwarzane wyłącznie   
w regionalnych instalacjach przetwarzania odpadów (RIPOK) lub instalacjach zastępczych   
do czasu uruchomienia RIPOK. Należy podkreślić, że muszą one spełniać najwyższe normy bezpieczeństwa zarówno pod kątem środowiska jak i zdrowia mieszkańców. Sukcesywnie zwiększana jest liczba takich obiektów, które wykorzystują metody termiczne (spalarnie), mechaniczno-biologiczne i inne [6]. Wg stanu na dzień 31 grudnia 2016 r. na terenie Mazowsza funkcjonowało 6 spalarni odpadów [5].

Wg stanu na dzień 31.12.2016 r. na Mazowszu funkcjonuje 14 składowisk odpadów, które w całości spełniają obecne wymogi prawa [5]. Wiele miejsc gromadzenia śmieci zostało w ostatnich latach zamkniętych i poddanych w większości rekultywacji. Do końca 2015 r. postąpiono tak z 87 składowiskami, spośród których zrekultywowano ponad 60%. Niestety pomimo odpowiednich wytycznych oraz prowadzonego nadzoru powstają ciągle tzw. „*dzikie wysypiska*”. Wg danych GUS w 2015 roku istniało ich na Mazowszu 151 z czego ponad 72% na terenach wiejskich [6]. Ich powierzchnia jest dużo niższa od średniej krajowej [8]. Brak właściwego nadzoru oraz mechanizmów izolacji od środowiska sprawia, że stanowią ogromne zagrożenie dla zdrowia lokalnych populacji.

Ważnym problemem jest unieszkodliwianie odpadów niebezpiecznych   
ze szczególnych grup takich jak azbest, zużyte baterie i akumulatory, czy też elektrośmieci.   
W przypadku azbestu województwo mazowieckie jest obszarem, na którym jest zlokalizowana największa w Polsce masa wyrobów zawierających azbest. Przekracza ona   
o około 20% tą w województwie lubelskim i około 50% w województwie wielkopolskim. Niestety jedyną formą unieszkodliwiania azbestu jest na chwilę obecną jego składowanie. Jedyne takie miejsce znajduje się w miejscowości Rachocin (gmina Sierpc), gdzie wg stanu z końca 2015 roku zgromadzono 639,29 Mg odpadów azbestowych. Biorąc pod uwagę, że wyroby zawierające ten składnik zgodnie z prawem mogą być użytkowane wyłącznie do dnia 31 grudnia 2032 r. należy sądzić, że problem azbestu będzie narastał. Zużyte baterie   
i akumulatory jako źródło metali ciężkich są wyjątkowo szkodliwe dla człowieka. W ostatnich latach obserwujemy sukcesywny wzrost ilości wytworzonych ogniw, a województwo mazowieckie znajduje się na czołowych miejscach pod względem ich ilości wprowadzonej   
do użytku. Obecnie obowiązuje 45% poziom zbierania zużytych baterii i akumulatorów   
w stosunku do ilości wprowadzonej do obrotu. Mazowsze regularnie ma najwyższą wartość tego wskaźnika w Polsce (2015 r. 70% w stosunku do 38,35% w Polsce). W 2015 roku   
w województwie mazowieckim istniały 4 zakłady przetwarzające wyeksploatowane ogniwa. W zakresie użytego sprzętu elektronicznego i elektrycznego obserwowany jest stały wzrost ich ilości. Ustalane normy dotyczące zbiórki tych odpadów są jednak całkowicie spełniane [6].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Należy sukcesywnie rozbudowywać sieć RIPOK, w tym szczególnie instalacji termicznego unieszkodliwiania odpadów.
2. Powinno się budować lub modernizować punkty selektywnej zbiórki odpadów komunalnych w gminach.
3. Kluczowym jest uszczelnienie systemu gospodarowania odpadami, w szczególności:
   1. dostosowanie możliwości lokalnych punktów do potrzeb,
   2. wzrost poziomu odzysku niektórych grup odpadów (np. budowlanych, tworzyw sztucznych itp.),
   3. likwidacja „*dzikich wysypisk*”,
   4. rozwój systemu unieszkodliwiania azbestu;
4. Należy przeprowadzić rekultywację zamkniętych składowisk, które dotychczas nie zostały poddane temu procesowi.
5. Niezbędna jest dalsza, specjalistyczna i dostosowana do grupy odbiorców edukacja w zakresie prawidłowego gospodarowania odpadami.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Bzdęga J. i wsp., Epidemiologia w zdrowiu publicznym, Warszawa 2010 r.
2. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Warszawie, Program Państwowego Monitoringu środowiska Województwa Mazowieckiego na lata 2016-2020, Warszawa 2015 r.
3. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska, Dz. U. z 2017 r. poz. 519   
   z póź. zm.
4. Juda-Rezler K., Toczko B., Pyły drobne w atmosferze, Warszawa 2016 r.
5. http://www.wios.warszawa.pl - dostęp 22.11.2017 r.
6. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Warszawie, Stan środowiska   
   w województwie mazowieckim w 2015 r., Warszawa 2016 r.
7. Główny Urząd Statystyczny, Transport drogowy w Polsce w latach 2014 i 2015, Warszawa 2017 r.
8. Główny Urząd Statystyczny, Infrastruktura komunalna w 2016 r., Warszawa 2017 r.
9. http://[www.ciop.pl](http://www.ciop.pl) - - dostęp 18.12.2017 r.
10. Sram R.J. et al., The impact of air pollution to central nervous system in children and adults, Neuro Endocrinol Lett. 2017 Dec;38(6):389-396
11. Liu Y et al. The association between air pollution and outpatient and inpatient visits in Shenzhen, China, Int J Environ Res Public Health 2018 Jan 23:15(2). Pii E178. doi:10.3390/ijerph15020178
12. Fernandez-Navarro P. et al., Industrial pollution and cancer in Spain: An important public health issue, Environ Res. 2017 Nov;159:555-563. doi 10.1016/j.envres.2017.08.049.Epub 2017 Sep 8.
13. Główny Urząd Statystyczny, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Warszawa 2016 r.
14. ECAP Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce: raport z badań przeprowadzonych   
    w latach 2006-2008 w oparciu o metodologię ECRHS i ISAAC, Warszawa 2010.

## Rozdział 3. Uwarunkowania zdrowia związane ze stylem życia

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) styl życia w znaczącym stopniu determinuje stan zdrowia człowieka. Jest to związane   
z podejmowanymi zachowaniami, które mogą mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na stan zdrowia człowieka. Do zachowań zdrowotnych, które mają negatywny wpływ   
na zdrowie należą między innymi: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stosowanie środków psychoaktywnych, zbyt niska aktywność fizyczna i nieprawidłowe zachowania żywieniowe przyczyniające się do rozwoju nadwagi i otyłości [1].

### 3.1. Palenie tytoniu

Według szacunków amerykańskiego Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC), palenie papierosów skraca życie mężczyzn o 13,2 lat, kobiet o 14,5 lat [2]. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że palenie papierosów ma negatywny wpływ na stan zdrowia człowieka i przyczynia się do rozwoju takich chorób jak:

* Choroby układu krążenia (m.in. chorobę niedokrwienną serca, zawał mięśnia sercowego, miażdżycę zarostową kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze, tętniaka aorty). U osób palących, w porównaniu z niepalącymi, stwierdza się 2-krotnie wyższe ryzyko zaburzeń sercowo-naczyniowych, w tym zawału serca. Dodatkowo, silna ekspozycja na dym tytoniowy powoduje wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przy czym efekt ten utrzymuje się przez 15–20 minut po wypaleniu każdego papierosa [3]. Palenie tytoniu wraz z nadciśnieniem i zaburzeniami lipidowymi stanowi niezależny czynnik ryzyka chorób układu krążenia, odpowiedzialny za 2/3 zawałów mięśnia sercowego. Nawet niewielka liczba wypalanych papierosów zwiększa ryzyko wieńcowe, a palenie tytoniu uznawane jest za jeden z głównych czynników predysponujących do nagłej śmierci sercowej [4].Według raportu WHO palenie tytoniu przyczynia się do rozwoju około 12% chorób naczyń krwionośnych [5].
* Udar mózgu. Istnieje dodatnia zależność między paleniem papierosów   
  a zwiększeniem ryzyka zachorowania na udar mózgu. Przy czym omawiane ryzyko zwiększa się wraz z liczbą wypalanych papierosów. Na przykład ryzyko rozwoju udaru mózgu jest dwukrotnie większe u osób wypalających powyżej 40 papierosów dziennie w odniesieniu do osób wypalających mniej niż 10 papierosów w ciągu doby. Jednakże, największy stopień ryzyka udaru mózgu zakończonego zgonem odnotowano wśród mężczyzn wypalających ponad 15 papierosów dziennie przez okres co najmniej 25 lat . Należy zaznaczyć, że palacze stanowią 30–40% wszystkich chorych na udar mózgu. Dodatkowo szacuje się, że około jedna czwarta wszystkich udarów mózgu może być związana z paleniem tytoniu. Warto podkreślić, że bierne palenie także przyczynia się do większego ryzyka udaru mózgu [6].
* Niektóre rodzaje nowotworów (m.in. nowotwory płuc, krtani czy gardła). Palenie papierosów związane jest z rozwojem około 1/3 wszystkich nowotworów. Palenie tytoniu podwyższa ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe o około 30-40% oraz 10-krotnie zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu płuc [2]. Przy czym, 90% zachorowań na nowotwór płuc spowodowanych jest paleniem papierosów. Dodatkowo podkreśla się, że palenie tytoniu jest przyczyną powstawania nie tylko nowotworu płuc, przełyku, gardła, jamy ustnej (45–60% zachorowań), ale też wielu innych nowotworów, m.in. żołądka, trzustki, wątroby nerek, pęcherza moczowego, szyjki macicy, chłoniaków i białaczek [7].
* Przewlekłe choroby układu oddechowego (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc - POChP, zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa). Aktywne palenie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia objawów astmy u nastolatków i dorosłych, przy czym zależne jest to od dawki nikotyny. Wykazano związek między ekspozycją na tytoń a ryzykiem rozwoju astmy. Przy czym związek ten jest zależny od dawki nikotyny: dla 1-10 paczkolat iloraz szans (odds ratio, OR) wynosi 2,05 (95% PU 0,99-4,27), dla 11-20 paczkolat OR 3,71 (95% PU 1,77-7,78), dla >21 paczkolat OR 5,05 (95% PU 1,93-13,20)[8]. Dodatkowo należy zaznaczyć, że 90% wszystkich śmiertelnych przypadków POChP jest spowodowane paleniem papierosów. Przy czym uważa się, że POChP rozwija się co najmniej po 20 paczkolatach [9]. Dodatkowo należy podkreślić, że według raportu WHO palenie tytoniu przyczynia się do rozwoju około 66% chorób płuc (zwłaszcza chorób oskrzeli i nowotworu płuc) oraz 38% przewlekłych chorób układu oddechowego [5].
* Choroby układu pokarmowego (np. wrzody żołądka oraz dwunastnicy, przepukliny jelitowe). Palenie tytoniu, bez względu na wiek, wykazuje zwiększone ryzyko wystąpienia choroby Leśniowskiego-Crohna (OR, 1,61; 95% PU 1,27-2,03). Dodatkowo podkreśla się, że ryzyko względne wystąpienia choroby Leśniowskiego-Crohna wynosi 4,8 u palących przed wystąpieniem tej choroby. Aktywne palenie tytoniu także przyczynia się do rozwoju wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Osoby aktywnie palące w porównaniu do osób, które nigdy nie paliły papierosów cechują się większym ryzykiem wystąpienia tej choroby (OR=0,41; 95% PU 0,34-0,48). Iloraz szans wystąpienia wrzodziejącego zapalenia jelit jest także wyższy u byłych palaczy (OR 1,64; 95% PU 1,36-1,98) [8].
* Choroby oczu (katarakty, niedowidzenia, degenerację plamkową). Palenie tytoniu zwiększa ryzyko wystąpienia zwyrodnienia plamki związane z wiekiem (AMD). Stwierdzono, że u obecnych palaczy istnieje 2,6 krotnie zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia AMD, natomiast u byłych palaczy ryzyko zwiększone było 1,7 krotnie. Warto podkreślić, że zarówno byli jak i obecni palacze częściej byli narażeni na występowanie obuocznej postaci AMD [10]. Osoby które aktywnie palą papierosy mają 4 krotnie większe ryzyko rozwoju AMD w porównaniu do osób, które nigdy nie paliły. Natomiast dawni palacze 3 krotnie większe ryzyko rozwoju tej choroby [11]. W innym badaniu wykazano, że aktywni palacze mają 1,9-krotnie większe ryzyko zachorowania na AMD, a dawni palacze 1,7 krotnie większe [12]. Palenia tytoniu uznawane jest także za czynnik predysponujący do wystąpienia jaskry, ponieważ wykazuje negatywny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie nerwu wzrokowego. Ponadto, zaobserwowano silny związek miedzy stosowaniem tytoniu bez dymowego a występowaniem jaskry [13].
* Impotencję oraz upośledzenie płodności. Palenie tytoniu ma negatywny wpływ na płodność kobiet. U palących kobiet znacznie częściej występują zaburzenia układu endokrynnego będące przyczyną bezpłodności. Dodatkowo wykazano dodatnią korelację między paleniem papierosów a zaburzeniami wzrostu i dojrzewania pęcherzyków jajnikowych, dojrzewaniem oocytów, a także uzyskiwaniem przez   
  te komórki zdolności do zapłodnienia. Substancje zawarte w dymie papierosowym obniżają produkcję estradiolu w pęcherzykach jajnikowych. Należy zaznaczyć, że ciąże kobiet palących należą do ciąż wysokiego ryzyka. Szacuje się, że 2-krotnie wzrasta ryzyko samoistnych poronień oraz powikłań ciąży. U kobiet palących częściej występuje łożysko przodujące, poronienia oraz przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Szacuje się, że palenie tytoniu skraca czas trwania ciąży o co najmniej 2–3 dni. Ponadto stwierdzono, że u matek palących więcej niż 10 papierosów na dobę zwiększa się ryzyko przedwczesnego porodu (poniżej 35 tygodnia życia płodowego). Co więcej ryzyko to wzrasta u matek powyżej 30 roku życia [14]. Negatywny wpływ dymu papierosowego na rozwój zaburzeń płodności jest także dobrze udokumentowany wśród mężczyzn. Istnieje dodatnia zależność między aktywnym paleniem papierosów a dysfunkcją jąder [15]. Dodatkowo, palenie papierosów jest przyczyną powstania naczyniopochodnego zaburzenia erekcji u mężczyzn. Szacuje się, że u około 86% aktywnych palaczy badanych USG metodą Dopplera stwierdza się patologię w obrębie układu naczyniowego prącia [16]. Dodatkowo stosowanie gumy do żucia zawierającej nikotynę także osłabia erekcję [17].
* Dodatkowo podkreśla się, że bierne palenie negatywnie wpływa na prawidłowy rozwój płodu [1, 18]. Badania potwierdzają, że palenie papierosów w ciąży wykazuje działanie teratogenne, embriotoksyczne i toksyczne na płód. Dane te dotyczą zarówno badań epidemiologicznych jak i eksperymentalnych. Płód matek palących doznaje niedotlenienia. Dodatkowo, wykazano negatywny związek między paleniem tytoniu a wzrostem częstości występowania takich wad wrodzonych, jak ubytek przegrody międzykomorowej, zniekształcenia stopy, wodogłowia, znamiona barwnikowe oraz naczyniaki oraz występowaniem wad układu sercowo naczyniowego [14].

W okresie 2006-2010, standaryzowany współczynnik zgonów spowodowanych paleniem wynosił średnio 41 na 10,000 mężczyzn i 5 na 10,000 kobiet. Przy czym zaobserwowano zróżnicowanie regionalne w kontekście płci. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn umieralność spowodowana paleniem tytoniu była wyraźnie wyższa   
w regionach północnych i północno-zachodnich. Dodatkowo umieralność spowodowana paleniem miała większy udział w umieralności ogólnej mężczyzn niż kobiet. Należy podkreślić, że największe miasta Polski: Poznań, Kraków, Warszawa i Wrocław nie charakteryzowały się najwyższym poziomem umieralności spowodowanej paleniem tytoniu [19]. Dodatkowo, według danych zawartych w raporcie „ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.” około 1509 osób w Polsce wykazywało uzależnienie od nikotyny [20].

W raporcie Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) zatytułowanego „Zdrowie   
i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.” zaprezentowano charakterystykę Polaków pod względem czynników związanych ze stylem życia, które mają szkodliwy wpływ na ich stan zdrowia. Zgodnie z tym raportem, zaobserwowano trend coraz mniejszej popularności palenia tytoniu.   
Dla porównania, w roku 2009 palenie papierosów deklarowało około 29% Polaków, natomiast w 2014 roku – 26%. Szczegółowa charakterystyka socjodemograficzna wykazała, że w grupie osób, które deklarowały codzienne palenie papierosów dominowali mężczyźni w wieku od 30 do 60 lat. Należy jednak zaznaczyć, że największą grupę palaczy stanowili 50-latkowie (prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet). Zgodnie z wynikami zaprezentowanymi w omawianym raporcie objawy uzależnienia od nikotyny były obserwowane wśród 55% ogółu palących mężczyzn oraz 31% kobiet [21].

Porównanie danych Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) z 2015 r. z wynikami z lat 2003, 2007 i 2015 wskazuje na stabilizację liczby polskich uczniów, którzy palą papierosy. Omawiane doświadczenia deklarowała większość polskich uczniów (56,2% uczniów gimnazjów i 71,5% uczniów szkół ponadgimnazjalnych).   
W latach 2007-2015 częstość palenia ponad 10 papierosów dziennie, w czasie ostatnich 30 dni, utrzymywała się na względnie stałym poziomie zarówno wśród młodzieży gimnazjalnej, jak i ponadgimnazjalnej. Ponad 10 papierosów dziennie paliło około 3% gimnazjalistów i ok. 6% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Niestety w 2011 roku zaobserwowano wzrost liczby uczniów którzy palili, co najmniej 40 razy w swoim życiu. Ta tendencja wzrostowa utrzymywała się również w 2015 roku, głównie w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Natomiast wśród gimnazjalistów odnotowano tendencję spadkową w tym zakresie. Rozpowszechnienie palenia papierosów przez młodzież było uzależnione od płci. Pierwsze próby palenia papierosów były częściej podejmowane przez chłopców, niż dziewczęta.   
W latach 2007 – 2011 wzrosła liczba palących papierosy chłopców i dziewcząt, przy czym   
u tych pierwszych wzrost był bardziej widoczny. Jednakże w 2015 roku obserwowano spadek częstości palenia zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. Jednakże większy spadek odnotowano u chłopców niż u dziewcząt [22].

Tendencje spadkową w kontekście palenia papierosów wśród młodzieży podkreślają również inne raporty [21, 23]. Obserwuje się nie tylko spadek liczby niepalących osób   
w wieku 15-29 lat, ale także w tej grupie wiekowej zmniejszanie się udziału osób palących codziennie (z 21% w 2009 roku do około 17% w 2014 roku). Warto podkreślić, że omawiany trend w znacznym stopniu dotyczy kobiet niż mężczyzn [21, 23].

W raporcie „Stan zdrowia mieszkańców miasta stołecznego Warszawy w latach 2012-2014” opracowanym przez Biuro Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy można zauważyć, że deklarowana częstość palenia papierosów przez mieszkańców Warszawy jest znacznie niższa (17,3%) niż w populacji polskiej (25%). Dane szczegółowe pod względem płci wykazały różnice między kobietami (15,4%) i mężczyznami (18,9%) deklarującymi palenie papierosów w Warszawie. W tym samym raporcie podkreślono, że codzienne palenie tytoniu deklarowało 10% chłopców i 5,6% dziewcząt w wieku od 11 do 16 lat [24]. Dane dotyczące palenia papierosów na terenie Warszawy są niższe w porównaniu   
do całego województwa mazowieckiego [23]. Może to sugerować efektywność wprowadzonych już programów zdrowotnych na terenie Warszawy [24].

Nieco inne dane dotyczące palenia papierosów zaprezentowano w raporcie zaprezentowanym przez Główny Urząd Statystyczny w 2015 roku [23]. Zgodnie z tym raportem można zaobserwować, że w roku w 2014 w województwie mazowieckim procent mieszkańców deklarujących palenie papierosów (27,3%) był nieco wyższy w porównaniu   
do skali całego kraju (26,1%). W omawianym województwie odnotowano także wyższy procent osób, które deklarowały codzienne palenie papierosów (23,7%) w porównaniu   
do wszystkich mieszkańców Polski (22,7%). Analizując przedziały wiekowe można zauważyć, że w 2014 roku liczba osób deklarujących palenie papierosów była nieco wyższa w województwie mazowieckim w porównaniu do całej populacji Polski w przedziale wiekowym od 15 do 69 lat. Również procent mężczyzn deklarujących palenie papierosów był nieco wyższy w województwie mazowieckim w porównaniu do danych ogólnopolskich (odpowiednio: 34,3% i 32,5%), zwłaszcza w kontekście mężczyzn w wieku 15-29 lat (odpowiednio: 32,3% i 27,8%), mężczyzn w wieku 30-49 lat (odpowiednio: 39,5% i 35,9%) oraz mężczyzn w wieku 70 i więcej (odpowiednio: 16,6% i 15%) [23].

Szczegółowe dane dotyczące palenia papierosów przez mężczyzn zostały zaprezentowane w tabeli 7.

**Tabela 7.** **Częstość palenia papierosów przez mężczyzn w województwie mazowieckim w latach 2009-2014.**

| **Województwo mazowieckie** | **ogółem** | Palenie tytoniu  palący - razem | palący codziennie | palący okazjonalnie | niepalący |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2014 | 2093,5 | 718,7 | 641,3 | 77,5 | 1374,8 |
| 2009 | 1923,3 | 706,2 | 575,1 | 131,1 | 1216,1 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 481,6 | 155,8 | 127,8 | 28,0 | 325,8 |
| 2009 | 514,2 | 172,3 | 120,0 | 52,2 | 341,9 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 785,2 | 309,8 | 278,2 | 31,6 | 475,4 |
| 2009 | 664,0 | 259,7 | 212,9 | 46,8 | 403,4 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 622,8 | 219,4 | 202,3 | 17,1 | 403,4 |
| 2009 | 553,3 | 242,7 | 214,9 | 27,8 | 310,6 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 203,9 | 33,8 | 33,0 | 0,8 | 170,1 |
| 2009 | 191,7 | 31,5 | 27,3 | 4,2 | 160,2 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25].

W 2014 roku procent kobiet deklarujących palenie papierosów był nieznacznie wyższy w województwie mazowieckim w porównaniu do danych ogólnopolskich (odpowiednio: 21,0% i 20,3%), zwłaszcza w odniesieniu do kobiet w wieku 30-49 lat (odpowiednio: 20,2% i 19,9%) oraz kobiet w wieku 50-69 lat (odpowiednio: 26,5% i 24,2%). W grupie wiekowej 15-29 lat dane dotyczące kobiet aktywnie palących papierosy były nieco niższe w porównaniu do danych ogólnopolskich (odpowiednio: 10,7% vs 11,6%) [23, 25]. Szczegółowe dane dotyczące palenia papierosów przez kobiety zostało zaprezentowane w tabeli 8.

**Tabela 8.** **Częstość palenia papierosów przez kobiety w województwie mazowieckim w latach 2009-2014.**

| **Województwo mazowieckie** | **ogółem** | Palenie tytoniu  palący - razem | palący codziennie | palący okazjonalnie | niepalący |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2014 | 2352,3 | 492,9 | 411,1 | 81,9 | 1859,3 |
| 2009 | 2220,1 | 585,9 | 454,0 | 131,9 | 1634,2 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 474,5 | 67,9 | 50,6 | 17,3 | 406,7 |
| 2009 | 490,9 | 104,6 | 75,3 | 29,3 | 386,3 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 797,1 | 203,1 | 161,1 | 42,0 | 594,0 |
| 2009 | 719,4 | 224,9 | 162,9 | 62,0 | 494,5 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 718,0 | 208,4 | 190,3 | 18,0 | 509,6 |
| 2009 | 663,5 | 232,4 | 200,8 | 31,6 | 431,1 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 362,6 | 13,6 | 9,0 | 4,6 | 349,0 |
| 2009 | 346,2 | 24,0 | 15,0 | 9,0 | 322,2 |

Źródło: Opracowanie własnej na podstawie danych z *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25].

Kluczowy wpływ na stan zdrowia Polaków ma nie tylko palenie papierosów, ale przebywanie w pomieszczeniach, gdzie osoby niepalące papierosów mogą być narażone   
na negatywne działanie dymu tytoniowego, na przykład w swoim domu, w pracy,   
w miejscach publicznych, w barach, restauracjach, itp. Mowa wówczas o biernym paleniu papierosów. Zgodnie z danymi GUS taka sytuacja dotyczyła prawie co piątej osoby niepalącej [21]. Należy jednak zaznaczyć, że nie ma danych charakteryzujących województwo mazowieckie pod względem problemu biernego palenia papierosów. Jednakże można przypuszczać, że problem ten będzie miał porównywalną skalę na terenie wszystkich województw.

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Problem palenia papierosów utrzymuje się w grupie osób dojrzałych, zwłaszcza mężczyzn około 50-tego roku życia. W związku z tym kluczowe było by podjęcie odpowiednich programów zdrowotnych dla tej grupy wiekowej.
2. Obserwuje się pozytywny trend spadku liczby osób z młodych grup wiekowych pod względem częstości palenia papierosów. Jednakże nadal ponad połowa polskiej młodzieży deklaruje kontakt z nikotyną. Należy podjąć dalsze działania mające na celu wzmacnianie trendu niepalenia papierosów wśród młodzieży oraz jednocześnie prowadzić odpowiednie kampanie skierowane dla młodzieży, która pali papierosy.
3. Liczba palących papierosy mężczyzn, jak i kobiety w województwie mazowieckim jest większa w porównaniu do całego kraju. Jednakże na terenie miasta stołecznego Warszawy odnotowano znacznie niższy procent osób deklarujących palenie papierosów niż   
   w populacji polskiej. Mimo to wskaźnik palenia papierosów jest wysoki, dlatego też kluczowe znaczenia może mieć prowadzenia dalszych kampanii wzmacniających trend niepalenia papierosów.

### 3.2. Spożycie alkoholu

WHO podkreśla, że konsumpcja alkoholu ma negatywny wpływ na stan zdrowia człowieka i przyczynia się do rozwoju ponad 200 chorób. Szacuje się, że alkohol powoduje około 3,2% zgonów (1,8 miliona) na całym świecie każdego roku. Dodatkowo konsumpcja alkoholu pośrednio przyczynia się do rozwoju około 20-30% chorób [5].Spożycie alkoholu związane jest z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń neurologicznych, zaburzeń zachowania, w tym uzależnienia od alkoholu oraz licznych urazów wynikających z wypadków i przemocy. Alkohol wykazuje także negatywny wpływ na rozwój zaburzeń funkcjonowania układu:

* Krążenia. Istnieją dowody na to, że spożywanie umiarkowanej ilości alkoholu obniża ryzyko choroby niedokrwiennej serca o 30–35% [26]. Badania na grupie 11 711 mężczyzn z nadciśnieniem, pokazały, że jeden drink dziennie obniża ryzyko ostrego zawału serca o około 30%. Jednakże większe jego ilości, powyżej dwóch drinków   
  na dobę, są jednym z głównych czynników powodujących nadciśnienie. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego wśród mężczyzn nadużywających alkoholu waha się w granicach 10-30% [27]. U osób długotrwale pijących rozwija się, spowodowana osłabieniem kurczliwości mięśnia sercowego, kardiomiopatia alkoholowa. Szacuje się, że 20-30% przypadków kardiomiopatii może być związana ze spożywaniem alkoholu. Duże dawki alkoholu w niektórych przypadkach zwiększają pobudliwość mięśnia sercowego i prowadzą do arytmii [28].
* Pokarmowego (np. choroby wątroby i trzustki, podrażnienie śluzówki jelit, zaburzenie perystaltyki jelit). Konsumpcja alkoholu jest przyczyną większość przypadków marskości wątroby (nawet do 80% przypadków). Dodatkowo, 5-letnie przeżycie dla pacjentów z marskością wątroby, którzy zaprzestali konsumpcji alkoholu, wynosi około 60%. W przypadku pacjentów, którzy nie zaprzestali spożywania alkoholu 5-letnie przeżycie spada do 30%. Dodatkowo, około 65% ostrych i przewlekłych zapaleń trzustki związanych jest z nadmiernym spożyciem alkoholu. Należy podkreślić, że ryzyko rozwoju zapalenia trzustki w przebiegu nadużywania alkoholu zwiększa się wraz ze wzrostem średniej ilości dziennego spożycia alkoholu i czasu jego nadużywania. Prawdopodobieństwo wystąpienia zmian zapalnych wzrasta wraz z logarytmem dawki dobowej spożytego alkoholu licząc już od dawki 20 g czystego alkoholu na dobę. Taka ilość czystego alkoholu znajduje się w 0,5 litra piwa, około 250 ml wina i 50 g wódki. Przy spożywaniu 100–150 g czystego alkoholu na dobę kliniczne objawy przewlekłego zapalenia trzustki występują po około 15 latach u mężczyzn i po 10 latach u kobiet. [29].
* Nerwowego. Małe dawki alkoholu poprawiają samopoczucie człowieka, a te powyżej stężenia we krwi 30 ml/dl upośledzają, i w miarę wzrostu jego stężenia, ograniczają koordynację ruchową, zmniejszają społeczne zahamowania, ograniczają kontrolę ruchową, działania twórcze, dowolną aktywność ruchową i zwiększają agresję oraz ograniczają samokontrolę [28].
* Oddechowego. Konsumpcja alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia Obturacyjnego Bezdechu Nocnego (OBS). Jest to związane z faktem, iż alkohol powoduje zmniejszenie napięcia mięśni utrzymujących światło górnych dróg oddechowych. Efektem tego jest zwiększenie liczby i czasu trwania bezdechów u chorych na OBS, a nawet pojawienie się ich u osób tylko chrapiących [30].

Dodatkowo podkreśla się, że alkohol jest przyczyną wielu nowotworów. Według danych konsumpcja alkoholu związana jest z rozwojem około 2–5% wszystkich nowotworów [31]. Wśród najczęściej występujących nowotworów związanych z konsumpcją alkoholu wymienia się:

* Nowotwory jamy ustnej i gardła. Konsumpcja alkoholu i palenie tytoniu są głównymi czynnikami rozwoju nowotworu jamy ustnej i gardła (około 40% zdiagnozowanych przypadków). Spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory jamy ustnej i gardła około 2–3 razy, natomiast nadużywanie alkoholu i palenie papierosów podnosi ryzyko około 15 razy [32].
* Nowotwory przełyku. Wraz ze wzrostem częstości konsumpcji alkoholu (głównie napojów wysokoprocentowych), a także ilości wypitego w jednostce czasu alkoholu wzrasta ryzyko zapadalności na płaskonabłonkowego nowotworu przełyku [33]. Przy czym sposób konsumpcji alkoholu ma kluczowe znaczenie w rozwoju nowotworu przełyku. Wysokie spożycie alkoholu w krótkim czasie wykazuje większy związek   
  z rozwojem omawianego nowotworu niż spożywanie tej samej ilości, ale przez dłuższy czas. Ryzyko to jest podwyższone przez konsumpcję ciepłych lub gorących napojów alkoholowych [34].
* Nowotwory złośliwe wątroby. Konsumpcja alkoholu ma duże znaczenie dla rozwoju nowotworu złośliwego wątroby, zwłaszcza w przypadku mieszkańców Europy, Ameryki Północnej i Japonii. Jednakże związek między nadużywaniem alkoholu   
  a omawianym nowotworem jest trudny do interpretacji. Dane dotyczące marskości, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C oraz nowotworu wątroby są często niejasne [29].
* Nowotwór jelita grubego. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na istnienie niezbyt silnego, zależnego od dawki, związku między spożyciem alkoholu a rakiem jelita grubego. Spożywanie 0,5 litra piwa lub szklanki wina dziennie podnosi ryzyko wystąpienia raka o 10%. Natomiast konsumpcja 41 lampek wina tygodniowo powoduje ponad 2-krotny wzrost ryzyka. Natomiast konsumpcja 41 drinków   
  na tydzień podwyższa ryzyko ponad 3-krotnie [35].

Należy zaznaczyć, że konsumpcja alkoholu jest też jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów. Dotyczy to głównie mężczyzn. W 2013 roku, liczba zgonów związanych ze spożyciem alkoholu wyniosła ponad 10 tys. W 2012 roku liczba zgonów związanych z alkoholem stanowiła około 7%. Wskaźnik ten był znacznie wyższy niż   
w przypadku Wielkiej Brytanii, Niemiec, Francji czy Czech. Natomiast porównywalny z takimi krajami jak Finlandia, Węgry, Słowacja i Słowenia. Natomiast liczba zgonów związanych   
z konsumpcją alkoholu była nieco niższa niż w Estonii czy Rosji [36]. Należy zaznaczyć, że zgodnie z danymi EUROSTAT z 2014 roku standaryzowany współczynniki umieralności   
z powodu nadużywania alkoholu zmniejszył się w populacji polskiej z 4,62 w 2011 roku   
do 3,55 w 2014 roku. Znaczne zmniejszenie tego wskaźnika odnotowano w przypadku mężczyzn z 8,56 w 2011 roku do 6,42 w 2014 roku. W przypadku kobiet współczynniki ten zmniejszył się, ale w mniejszym zakresie z 1,16 w 2011 do 1,01 w 2014 [37].

Zgodnie z raportem „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.” opracowanym przez GUS można zauważyć, że w 2015 roku w Polsce zarejestrowanych było 171587 osób   
z zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu w tym 15619 cechowało się ostrym zatruciem alkoholu, a 146 837 miało zespół uzależnienia [20]. Z danych statystycznych można zaobserwować, że w Polsce zmniejsza się liczba osób, które deklarują spożycie alkoholu. Analizy porównawcze przeprowadzone w latach 2009-2014 wykazały spadek deklarowanej częstości konsumpcji alkoholu o ponad 2%. Omawiany trend zaobserwowano zarówno w przypadku kobiet (z około 66% w 2009 r. do 63% w 2014 r.), jak i mężczyzn (z 85% w 2009 r. do 83% w 2014 r.) [23, 25]. Należy podkreślić, że najliczniejszą grupą osób spożywających alkohol w 2014 r. stanowiły osoby w wieku 30-49 lat. Przy czym mężczyźni częściej przyznawali się do spożycia alkoholu w porównaniu do kobiet. Spożycie alkoholu minimum raz w tygodniu deklarował co trzeci pijący mężczyzna oraz co siódma pijąca alkohol kobieta. W roku 2014 całkowitą abstynencję deklarowało około 28% Polaków [23, 25].

Zgodnie z danymi ESPAD z 2015 roku napoje alkoholowe były najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną nie tylko wśród osób dorosłych, ale także wśród młodzieży szkolnej. Konsumpcję alkoholu deklarowało około 83,8% uczniów ze szkół gimnazjalnych oraz 95,8% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem picie alkoholu dotyczyło około 71,7% uczniów gimnazjów i 92,7% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wyniki uzyskane w 2015 roku w zestawieniu z wynikami z 2011 roku wskazują na znaczny spadek liczby gimnazjalistów deklarujących picie alkoholu. Mimo tendencji spadkowej wskaźników picia alkoholu przez gimnazjalistów, rozpowszechnienie picia w tej grupie wiekowej nadal nie spełnia postulatów profilaktyki skierowanej do osób niepełnoletnich. Natomiast uczniowie szkół ponadgimnazjalnych cechują się względną stabilnością w kontekście picia alkoholu w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W 2015 roku wśród nastolatków częstość konsumpcji alkoholu przez dziewczęta i mężczyzn była wyrównana. Być może związane jest to z procesem emancypacji dziewcząt [21].

Analiza częstości konsumpcji alkoholu na poziomie województw wykazała, że mieszkańcy województwa mazowieckiego (74,7%) częściej sięgali w 2014 roku po alkohol   
w porównaniu do ogółu mieszkańców Polski (72,2%). Należy zaznaczyć, że województwo mazowieckie znalazło się w gronie pięciu województw, w których spożywa się najwięcej alkoholu, tuż obok województwa: pomorskiego (77,3%), podlaskiego (74,6%), śląskiego (74,7%) oraz lubuskiego (74,2%). Warto zauważyć, że największy procent młodych osób   
w wieku od 15 do 29 lat, które spożywały alkohol odnotowano w województwie mazowieckim (75,2%), pomorskim (75,3%) oraz podlaskim (72,6%). Dla porównania wskaźnik wszystkich Polaków, którzy sięgali po alkohol w ciągi ostatnich 12 miesięcy wynosił 69,1%. A zatem mieszkańcy województwa mazowieckiego o około 5% częściej sięgali po alkohol niż cała populacja Polski. W roku 2014 odnotowano także większą liczbę osób z województwa mazowieckiego w wieku 30-49 (85,6%), które deklarowały spożycie alkoholu w porównaniu   
do danych ogólnopolskich (83,5%). Podobny trend zaobserwowano w odniesieniu do osób po 70. roku życia (województwo mazowieckie = 45,5%; dane ogólnopolskie = 42,2%) [23].

Według danych z raportu opracowanego przez GUS [23] na terenie województwa mazowieckiego odnotowano największy procent mężczyzn, którzy spożywali alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy (85,5%). Dla porównania wskaźnik ten wynosił 82,9% dla całej męskiej populacji Polski. Należy podkreślić, że liczba młodych mężczyzn w wieku od 15 do 29 lat, którzy deklarowali spożycie alkoholu była największa w trzech województwach: lubelskim (83%), warmińsko-mazurskim (82,9%) oraz mazowieckim (81,4%). Wyższy procent mężczyzn deklarujących spożycie alkoholu odnotowano także w innych grupach wiekowych takich jak: 30-49 lat (województwo mazowieckie: 92,4%; dane ogólnopolskie= 91,2%), 50-69 (województwo mazowieckie: 85,7%; dane ogólnopolskie= 83,9%) oraz 70 lat i więcej (województwo mazowieckie: 67,3%; dane ogólnopolskie= 62,5%).

Szczegółową analizę deklarowanego spożycia alkoholu przez mężczyzn   
w doniesieniu do zmiennej wiekowej zaprezentowano w tabeli 9.

**Tabela 9.** **Deklarowane spożycie alkoholu przez mężczyzn z województwa mazowieckiego w latach 2009-2014 podane w tysiącach.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo mazowieckie** | Ogółem | pili alkohol | codziennie lub prawie codziennie | 1 raz w miesiącu lub rzadziej | abstynenc |
| 2014 | 1887,7 | 1614,3 | 39,4 | 668,9 | 273,4 |
| 2009 | 1923,2 | 1596,8 | 78,2 | 668,4 | 1596,8 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 431,7 | 351,3 | - | 133,9 | 80,4 |
| 2009 | 514,2 | 393,0 | 8,8 | 171,2 | 393,0 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 705,1 | 651,8 | 24,5 | 199,7 | 53,3 |
| 2009 | 664,0 | 620,3 | 37,7 | 214,9 | 39,6 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 575,5 | 493,2 | 13,2 | 252,5 | 82,4 |
| 2009 | 553,3 | 462,3 | 24,4 | 200,9 | 86,8 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 175,3 | 118,0 | 1,7 | 82,8 | 57,3 |
| 2009 | 191,7 | 121,2 | 7,3 | 81,3 | 69,5 |

Źródło: Opracowanie własnej na podstawie danych z *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25].

Województwo mazowieckie znalazło się także w gronie pięciu województw, w których odnotowano największy procent spożywających alkohol kobiet. W roku 2014 wskaźnik ten   
na terenie województwa mazowieckiego wynosił 65,6%. Wśród pozostałych województw znalazło się województwo: lubuskie (66,5%), podlaskie (66,0%), śląskie (67,0%) oraz pomorskie (71,5%). Na terenie województwa mazowieckiego odnotowano wyższy procent kobiet w wieku od 15 do 29 lat w porównaniu do danych ogólnopolskich (odpowiednio: 69,2% i 61,9%). Podobne wyższe wskaźniki zaobserwowano także w odniesieniu do kobiet w przedziale wiekowym 30-49 (województwo mazowieckie = 79,3% ; dane ogólnopolskie = 76,3%) oraz kobiet w wieku 70 lat i więcej (województwo mazowieckie = 33,4%; dane ogólnopolskie = 30,9%). Natomiast kobiety z województwa mazowieckiego w wieku 50-69 lat cechowały się mniejszym spożyciem alkoholu (62,7%) w porównaniu do danych ogólnopolskich (64,2%) [23]. Szczegółową analizę deklarowanego spożycia alkoholu przez kobiety w doniesieniu do zmiennej wiekowej zaprezentowano w tabeli 10.

**Tabela 10.** **Deklarowane spożycie alkoholu przez kobiety z województwa mazowieckiego w latach 2009-2014 podane w tysiącach.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo mazowieckie** | Ogółem | piły alkohol | codziennie lub prawie codziennie | 1 raz w miesiącu lub rzadziej | abstynentki |
| 2014 | 2231,3 | 1463,8 | 15,4 | 984,7 | 767,5 |
| 2009 | 2220,1 | 1449,4 | 11,9 | 1011,6 | 756,9 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 442,2 | 305,9 | - | 171,7 | 136,4 |
| 2009 | 490,9 | 321,1 | 2,0 | 212,6 | 167,4 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 771,1 | 611,7 | 10,4 | 377,4 | 159,4 |
| 2009 | 719,4 | 570,2 | 4,8 | 363,3 | 142,9 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 703,6 | 441,4 | 2,7 | 338,1 | 262,2 |
| 2009 | 663,5 | 437,6 | 1,3 | 334,2 | 223,5 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 314,4 | 104,9 | 2,3 | 97,5 | 209,5 |
| 2009 | 346,2 | 120,5 | 3,8 | 101,6 | 223 |
| Źródło: Opracowanie własnej na podstawie danych z *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25]. | | | | | |

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród osób dorosłych, jak i młodzieży. Przy czym najczęściej dotyczy to osób w wieku 30-49 lat. Mężczyźni częściej przyznawali się do spożycia alkoholu w porównaniu do kobiet.
2. Znaczny procent młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej deklaruje konsumpcję alkoholu. W przypadku młodzieży gimnazjalnej obserwuje się tendencje spadkową, ale mimo to rozpowszechnienie picia w tej grupie nadal nie spełnia postulatów profilaktyki skierowanej do osób niepełnoletnich.
3. Mieszkańcy województwa mazowieckiego częściej nadużywają alkoholu w porównaniu do ogółu mieszkańców Polski. Należy zaznaczyć, że województwo mazowieckie znalazło się w gronie pięciu województw, w których spożywa się najwięcej alkoholu, tuż obok województwa: pomorskiego, podlaskiego, śląskiego oraz lubuskiego.
4. Problem nadużywania alkoholu w województwie mazowieckim dotyczy zarówno kobiet (głównie w przedziale do 15 do 49 lat oraz powyżej 70 lat), jak i mężczyzn (we wszystkich grupach wiekowych). W związku z tym przy przygotowywaniu odpowiednich działań mających na celu przeciwdziałanie nadużywania alkoholu w województwie mazowieckim należy uwzględnić różnice wiekowe, jak i płciowe.

### 3.3. Inne używki

Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń to zjawisko bardzo rzadko deklarowane podczas badań ankietowych. W związku z tym uzyskane dane mogą być niedoszacowane [38, 39]. Dodatkowo, należy zaznaczyć, że raporty dotyczące częstości stosowania substancji psychoaktywnych skupiają się głównie na młodzieży szkolnej   
i studentach [21, 40, 41]. Nie ma dostępnym raportów, które umożliwiłyby analizę omawianego problemu w innych grupach wiekowych.

Zgodnie z danymi EUROSTAT (2014) standaryzowany współczynniki umieralności   
z powodu nadużywania narkotyków utrzymuje się na względnie stałym poziomie (W 2011 oraz 2014 roku wynosił 0,01). W przypadku mężczyzn, omawiany wskaźnik nieznacznie wzrósł   
z 0,01 w 2011 roku do 0,03 w 2014 roku. W odniesieniu do kobiet nie zaprezentowano wartości tego wskaźnika [37]. Należy zaznaczyć, że w 2015 roku, zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych wykazywało 40 127 Polaków [20]. Dodatkowo, dane WHO podkreślają, że narkotyki przyczyniają się do około 0,4% zgonów (0,3 miliona) rocznie [5].

Według danych z ogólnopolskich badań ankietowych dotyczących używania alkoholu   
i narkotyków przez młodzież szkolną – ESPAD - można zaobserwować, że w Polsce wśród substancji nielegalnych najwyższym rozpowszechnieniem cechują się konopie indyjskie (około 44% uczniów). Na drugim miejscu znajduje się amfetamina (około 11% uczniów). Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak ich okazjonalne używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Znacznie rzadziej młodzież w Polsce stosuje heroinę, crack, GHB i kokainę. Dodatkowo, Polacy także często zażywają leki uspokajające i/lub nasenne bez konsultacji z lekarzem, głównie dotyczy to młodych dziewcząt. Prawie co czwarta (24,5%) 17-latka przyznała się do ich zażycia [21].

Wyniki badania „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania”, które zostało przeprowadzone w Polsce w 2006 roku umożliwiają charakterystykę problemu używania narkotyków przez młodych dorosłych. Zgodnie z wynikami tego badania, Polacy najczęściej zażywali leki uspokajające lub nasenne bez konsultacji z lekarzem. Do zażywania nielegalnych substancji (głównie przetworów konopi indyjskiej) minimum raz w ciągu ostatnich 12 miesięcyprzyznało się8,7 % ankietowanych osób w wieku 16-24 lat. Używanie substancji nielegalnych było bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn niż kobiet [40].   
Z kolei „Badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów”, zrealizowanego w roku 2004 w 71 różnych uczelniach wykazano, że około 50% respondentów w przedziale wiekowym 18-21 lat okazjonalnie używała nielegalnych substancji psychoaktywnych. Okazjonalne używanie narkotyków było najbardziej rozpowszechnione w grupie studentów w wieku 18-19 lat (35,4%) oraz częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet. Przy czym kluczowe znaczenie w tym kontekście miała wielkość miasta w którym była uczelnia wyższa (problem częściej dotyczył osób studiujących w mieście liczącym do 200 tys. mieszkańców) oraz dochody (w miarę wzrostu poziomu dochodów wzrastała częstość stosowania narkotyków). Najczęściej stosowanymi przez studentów narkotykami były marihuana lub haszysz, które używane były przede wszystkim w czasie imprez domowych (71,6% badanych). Okazjonalne używanie narkotyków na terenie uczelni dotyczyło około 10%, czyli ok. 2% wszystkich studentów [41].

W roku 2010, najbardziej popularną substancją psychoaktywną wśród mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku od 15 do 64 lat była marihuana i haszysz.   
Do stosowania tych substancji psychoaktywnych przyznało się 12,7% badanych mieszkańców województwa mazowieckiego. Dla porównania wskaźnik takich osób w Polsce wynosił 17,6%. Przy czym należy podkreślić, że są to dane szacunkowe, które obarczone są błędem pomiarowym [38, 42].

Na terenie województwa mazowieckiego odnotowano znacznie mniejszy wskaźnik zażywania amfetaminy - 1,1% (w Polsce – 4%) oraz ecstasy - 1,0% (w Polsce - 3,4%). Około 1,6% mieszkańców województwa mazowieckiego deklarował próbowanie środków halucynogennych, a około 1% - LSD. W Polsce kontakt ze środkami halucynogennymi oraz LSD deklarowało około 2% populacji. Należy zaznaczać, że w 2010 r. substancje wziewne były znacznie częściej stosowane przez mieszkańców województwa mazowieckiego (4,6%) niż w Polsce (1,6%). Używanie sterydów anabolicznych było na bardzo podobnym poziomie w Polsce (1,7%), jak i na Mazowszu (1,4%) (10). Dokładniejsze analizy wykazały, że 9,6% mieszkańców Mazowsza deklarowało, że stosowało marihuanę i haszysz ciągu ostatniego roku. Było to dwa razy więcej niż w Polsce (5,2%). Na terenie województwa mazowieckiego odnotowano także częstsze stosowanie w ostatnim roku takich substancji psychoaktywnych jak: sterydów anabolicznych (województwo mazowieckie = 0,9%; Polska = 0,7%) oraz substancji wziewnych (województwo mazowieckie = 0,8%; Polska = 0,6%). Procent mieszkańców Mazowsza, którzy deklarowali stosowanie amfetaminy był zdecydowanie niższy (0,7%) niż w Polsce (1,9%) [38, 42].

W raporcie porównującym dane z 2000 i 2011 roku wykazano, że zmieniła się struktura rozpowszechnienia stosowania substancji psychoaktywnych – innych niż alkoholi   
i nikotyna – w kontekście płci [38, 42]. Na Mazowszu, mężczyźni znacznie częściej deklarowali stosowanie substancji psychoaktywnych w porównaniu do kobiet. Szczególnie te dysproporcje widać w kontekście stosowania marihuany lub haszyszu (mężczyźni = 14,5%; kobiety=10,9%). Niemniej jednak, największe różnice międzypłciowe odnotowano w przypadku substancji wziewnych (mężczyźni = 6,8%; kobiety = 2,7%). Grzyby halucynogenne były przyjmowane przez trzykrotnie więcej mężczyzn niż kobiet, natomiast używanie LSD zadeklarowali wyłącznie mężczyźni [42].

Zgodnie z raportem opracowanym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej   
w Warszawie można było zauważyć, że wśród młodzieży na terenie województwa mazowieckiego najbardziej rozpowszechnionymi substancjami psychoaktywnymi w 2011 roku – z wykluczeniem alkoholu i nikotyny – były marihuana i haszysz [38]. W dalszej kolejności były to leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza.   
Na kolejnym miejscu w grupie uczniów w wieku od 15 do 16 lat znalazły się substancje wziewne oraz LSD. Natomiast w grupie 16-17 lat na trzecim miejscu była amfetamina, a następnie substancje wziewne. Należy podkreślić, że około 2% młodzieży w wieku 15-16 lata z terenu województwa mazowieckiego miało kontakt z amfetaminą, kokainą, heroiną, ecstasy. W przypadku młodzież w wieku 16-17 lat, 2% respondentów deklarowało kontakt   
z kokainą, LSD, ecstasy i sterydami anabolicznymi [38, 39]. Prezentowane dane są zgodne   
z wynikami innych raportów [21, 40, 41]. Szczegółowe dane zaprezentowano w Tabeli 11.

Warto zaznaczyć, że w 2011 roku okazjonalne używanie konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem deklarowało 17,7 % uczniów w wieku 15-16 lat i 29,5 % -   
w wieku 17-18 lat [38, 39]. Dodatkowo w tym samym roku, w porównaniu do danych z 2000 roku, odnotowano wzrost rozpowszechnienia doświadczeń młodzieży z konopiami oraz spadek częstości eksperymentowania z amfetaminą i lekami w grupie młodzieży w wieku 15-16 lat. Wśród osób w wieku 17-18 lat zaobserwowano znaczny wzrost liczby osób eksperymentujących z marihuaną i haszyszem oraz spadek – z amfetaminą. Dodatkowo odnotowano niewielki wzrost liczby młodzieży z województwa mazowieckiego, która podejmowała próby używania kokainy [38, 39].

**Tabela 11.** **Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń przez młodzież na terenie województwa mazowieckiego**.

| Substancja psychoaktywna | Uczniowie w wieku 15-16 lat [%] | Uczniowie w wieku 15-16 lat [%] | Uczniowie w wieku 17-18 lat [%] | Uczniowie w wieku 17-18 lat [%] |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2000 rok | 2011 rok | 2000 rok | 2011 rok |
| Leki uspokajające lub nasenne | 15,5 | 13,8 | 21,3 | 19,6 |
| Konopie | 15,8 | 20,5 | 30,9 | 37,5 |
| Substancje wziewne | 8,7 | 7,1 | 6,7 | 7,0 |
| Amfetamina | 6,6 | 2,3 | 12,5 | 9,0 |
| LSD | 3,5 | 2,9 | 5,7 | 4,6 |
| Crack | 1,4 | 1,9 | 1,4 | 1,6 |
| Kokaina | 2,2 | 2,7 | 2,5 | 5,5 |
| Heroina | 4,7 | 2,1 | 5,6 | 1,5 |
| Ecstasy | 3,5 | 2,4 | 6,1 | 6,0 |
| Sterydy anaboliczne | 2,5 | 1,9 | 4,9 | 2,8 |

Źródło: opracowanie na podstawie Sierosławski [39].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Należy zaznaczyć, że raporty dotyczące częstości stosowania substancji psychoaktywnych dotyczą głównie młodzieży szkolnej i studentów. Nie ma dostępnych raportów, które umożliwiłyby analizę omawianego problemu w innych grupach wiekowych. W związku z tym należałoby wprowadzić działania mające na celu próbę scharakteryzowania częstości stosowania substancji psychoaktywnych w różnych grupach wiekowych.
2. Około 9,6% mieszkańców Mazowsza deklarowało, że stosowało marihuanę   
   i haszysz. Było to dwa razy więcej niż w Polsce (5,2%). Dodatkowo na Mazowszu, mężczyźni znacznie częściej deklarowali stosowanie substancji psychoaktywnych w porównaniu do kobiet. Szczególnie te dysproporcje widać w kontekście stosowania marihuany lub haszyszu (mężczyźni = 14,5%; kobiety=10,9%).  
   W związku z tym należy podjąć działania mające na celu przeciwdziałanie stosowania tych substancji psychoaktywnych.
3. Średnio około połowa studentów (zwłaszcza w przedziale wiekowym 18-21 lat) miała okazyjny kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Z tego też powodu należy podjąć odpowiednie działania profilaktyczne również w tym zakresie.

### 3.4. Aktywność fizyczna

Zgodnie z wytycznymi WHO odpowiedni poziom aktywności fizycznej jest ważnym czynnikiem utrzymania prawidłowego stanu zdrowia człowieka [1]. Niska aktywność fizyczna przyczynia się do gorszego funkcjonowania organizmu człowieka, a także rozwoju różnych chorób (np. nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, niektórych nowotworów – nowotwór okrężnicy oraz choroby układu krążenia – chorobę niedokrwienną serca, zawał mięśnia sercowego), które powodują około 1,9 milionów przedwczesnych zgonów rocznie   
na całym świecie. Szacuje się, że w skali globalnej, brak aktywności fizycznej powoduje około 10-16% przypadków cukrzycy oraz nowotworów piersi, okrężnicy i prostaty, a także około 22% przypadków choroby niedokrwiennej serca. Odpowiedni poziom aktywności fizycznej ma pozytywny wpływ na poprawę metabolizmu glukozy, redukcję tkanki tłuszczowej   
i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Wykazano także, że adekwatna aktywność fizyczna może zmniejszać ryzyko zachorowania na nowotwór okrężnicy poprzez wpływ   
na prostaglandyny, a także wiąże się z mniejszym ryzykiem rozwoju nowotworu piersi, co może być związane z oddziaływaniem na metabolizm hormonalny. Dodatkowo podkreśla się, że aktywność fizyczna może pozytywnie wpływać na funkcjonowanie układu mięśniowego   
i kostnego oraz zmniejsza nasilenie objawów depresji [5]. W związku z tym WHO podkreśla potrzebę zwiększania aktywności fizycznej we wszystkich grupach społecznych [1, 23]. Szeroka definicja aktywności fizycznej obejmuje wszelkie formy, tzn. nie ogranicza się wyłącznie do aktywności rekreacyjnej (np. sport, taniec, fitness), ale obejmuje również aktywność zawodową oraz związaną z codziennym przemieszczaniem się (np. transport).

W kontekście aktywności fizycznej dorosłych Polaków można zaobserwować, że około 47% wykonywało codzienne zajęcie głównie na siedząco lub stojąco, natomiast u 40% Polaków codzienna praca wymagała chodzenia lub umiarkowanego wysiłku fizycznego [23]. Jedną z najbardziej popularnych form aktywności fizycznej wśród dorosłych Polaków jest jazda na rowerze. W 2014 roku, z tej formy aktywności skorzystało ponad 7,7 mln osób dorosłych. Przy czym ta forma aktywności była bardziej popularna wśród mężczyzn (średni czas jazdy na rowerze w tygodniu = 45,8 minut) niż u kobiet (średni czas jazdy na rowerze = 32,1 minut) [23].

W kontekście wieku, najwięcej czasu na jazdę na rowerze poświęcały osoby w wieku 15-19 lat (Średnio 65,3 minuty tygodniowo), w dalszej kolejności osoby w wieku 20-29 lat (średnio 47 minut tygodniowo) oraz 50-59 lat (średnio 40,3 minut tygodniowo ). Najrzadziej z jazdy na rowerze korzystały osoby w wieku 80 lat i więcej (Średnio 7,2 minuty tygodniowo) [23].

Należy zaznaczyć, że największą aktywność fizyczną w czasie wolnym odnotowano   
w okresie jesiennym. Podczas tej pory roku około 26% dorosłych Polaków poświęcało swój czas wolny na uprawianie umiarkowanej aktywności fizycznej, to jest: uprawianie sportu, fitnessu lub innej formy rekreacji. Średni czas ćwiczeń wyniósł 36 minut w tygodniu. Przy czym ten czas był nieco dłuższy w przypadku mężczyzn (około 41 minut) niż kobiet (około 31 minut). Aktywny sposób spędzania wolnego czasu preferowały zwłaszcza osoby do 39 roku życia (Rycina 2) i przede wszystkim mieszkańcy miast [23]. W raporcie „Aktywność Fizyczna Polaków” z 2013 również podkreślono, że uprawianie aktywności fizycznej, w tym sportu, dotyczy przede wszystkim ludzi młodych, dobrze wykształconych, zadowolonych ze swojej sytuacji materialnej, mieszkańców miast [43].

Aktywność fizyczna osób dorosłych według grup wieku 

Rycina przedstawia aktywność fizyczną osób dorosłych według grup wieku. Aktywny sposób spędzania wolnego czasu preferowały zwłaszcza osoby do 39 roku życia (Rycina 2) i przede wszystkim mieszkańcy miast  

**Rycina 2.** **Aktywność fizyczna osób dorosłych według grup wieku (w odsetkach)**.

Źródło: *Raport Stan Zdrowia Polaków w 2014 roku* [23].

Analizując dane z badań dotyczących stanu zdrowia Polaków z 2009 roku [25] oraz 2014 roku [23] można zaobserwować korzystną zmianę w częstości uczestniczenia przez dzieci w zajęciach wymagających aktywności fizycznej. W badaniach z 2014 roku odnotowano wzrost o 5% liczby dzieci, które uczestniczyły w aktywnościach fizycznych poza lekcjami wychowania fizycznego w porównaniu do danych z 2009 roku. Przy czym chłopcy byli aktywni fizycznie nieco częściej (91%) niż dziewczynki (88%). W kontekście rodzaju preferowanej aktywności fizycznej dominowały różnego rodzaju zajęcia sportowe i rekreacyjne (49% w 2014 vs 36% w 2009) [23].

Należy zaznaczyć, że średnia liczba godzin aktywności fizycznej była zależna   
od płci i wieku dziecka. Pod względem płci, najbardziej aktywni fizycznie były chłopcy   
w wieku 13 lat (5,4 godziny) oraz 14-letnie dziewczynki - 4,6 godziny. Najmniejszą aktywnością fizyczną cechowały się ośmio- i dwunastoletnie dziewczynki oraz siedmioletni chłopcy [23].

Raport dotyczący zdrowia Polaków z 2014 roku [23], ani raport dotyczący zdrowia Polaków z 2009 roku [25] nie uwzględniał szczegółowej analizy aktywności fizycznej   
pod względem województw. Jednakże mając na uwadze zmniejszającą się wraz z wiekiem aktywność fizyczną wśród Polaków można założyć, że na terenie całego kraju, w tym także   
na terenie województwa mazowieckiego, należałoby wprowadzić działania mające na celu aktywizację osób po 40 roku życia do większej aktywności fizycznej.

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Należy zaznaczyć, że aktualne raporty dotyczące aktywności fizycznej Polaków nie uwzględniają szczegółowej analizy aktywności fizycznej pod względem województw. W związku z tym należałoby wprowadzić działania mające na celu próbę scharakteryzowania aktywności fizycznej Polaków w różnych grupach wiekowych w kontekście województw.
2. W kontekście aktywności fizycznej dorosłych Polaków można zaobserwować, że około 47% wykonywało codzienne zajęcie głównie na siedząco lub stojąco, natomiast u 40% Polaków codzienna praca wymagała chodzenia lub umiarkowanego wysiłku fizycznego. W związku z tym uzasadnione wydaje się wprowadzenie działań mających na celu promocję aktywności fizycznej u Polaków.
3. 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.
4. 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. W związku z tym należy zadbać o wspieranie wdrażania odpowiedniej liczby ścieżek rowerowych, z których mieszkańcy województwa mazowieckiego będą mogli skorzystać.
5. Aktywny sposób spędzania wolnego czasu preferowały zwłaszcza osoby do 39. roku życia i przede wszystkim mieszkańcy miast. W związku z tym należy wprowadzić działania mające na celu promowanie aktywności fizycznej, zwłaszcza wśród mieszkańców po 40. roku życia, a także wśród mieszkańców małych miast.

### 3.5. Nadwaga/otyłość

Kolejnym ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia jest utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Zgodnie z rekomendacjami WHO prawidłowa masa ciała określana jest na podstawie miernika masy ciała BMI. Jest to wskaźnik informujący o zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie [1]. Nadwaga i otyłość wykazują negatywny wpływ na organizm człowieka. Między innymi na ciśnienie tętnicze krwi, stężenie cholesterolu oraz trójglicerydów w osoczu krwi, a także przyczyniają się do rozwoju insulinooporności. Wykazano, że wraz   
ze wzrostem wartości wskaźnika BMI wzrasta ryzyko rozwoju choroby wieńcowej, udaru niedokrwiennego mózgu oraz cukrzycy typu 2. Podwyższona wartość wskaźnika BMI zwiększa także ryzyko rozwoju nowotworu piersi, okrężnicy, prostaty, błony śluzowej macicy, nerek i pęcherzyka żółciowego. Według danych WHO około 58% przypadków cukrzycy, 21% przypadków choroby niedokrwiennej serca oraz 8-42% niektórych nowotworów może być związanych z nadmierną masą ciała [5].

Na podstawie raportu dotyczącego stanu zdrowia Polaków [23] można zaobserwować, że masa ciała dorosłego mieszkańca Polski nadal wzrasta w porównaniu   
do poprzednich raportów [25]. Zbyt dużą masę ciała w 2014 roku miała co druga dorosła osoba i relatywnie częściej problemy z nadmierną masą ciała wystąpiły wśród mężczyzn [23]. Ponad 63% mężczyzn w Polsce miało nadmierną masę ciała, głównie dotyczyło to mężczyzn mieszkających na terenach wiejskich. Należy zaznaczyć, że wzrost masy ciała obserwuje się głównie u mężczyzn po 50-tym roku życia. W przypadku kobiet problem ten dotyczył około 46% respondentek, głównie kobiet młodych kobiet (między 15-tym a 39-tym rokiem życia) zamieszkujących obszary wiejskie. Nieznacznie natomiast wzrosła masa ciała kobiet po 70-tym roku życia [23]. W związku z tym coraz częściej występuje problem nadwagi i otyłości.

Należy zaznaczyć, że problem nadwagi i otyłości w województwie mazowieckim jest zbliżony do statystyk ogólnopolskich. Dla porównania problem otyłości dotyczył w 2014 roku 16,7% Polaków, a województwie mazowieckim – 16,3% mieszkańców [23].

Porównując raport z 2009 roku [25] z raportem z 2014 roku [23] można zauważyć, że na terenie województwa mazowieckiego problem otyłości cechuje się tendencją wzrostową wśród kobiet w wieku 30-69 lat. W przypadku Polek w wieku 70 lat i więcej obserwuje się spadek liczby osób z otyłością na rzecz niedowagi. Być może jest to także związane   
z pogorszeniem stanu zdrowia oraz częściej występującymi chorobami przewlekłymi w tej grupie. Podobne obserwacje dotyczące spadku liczby osób z nadwagą na rzecz niedowagi można odnotować w odniesieniu do respondentek w wieku od 15 do 29 lat. Jednakże przyczyn takiej zmiany należy się doszukiwać między innymi w modzie na odchudzanie,   
czy też rozwoju zaburzeń odżywiania się (np. anoreksją). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 12.

**Tabela 12.** **Charakterystyka indeksu masy ciała wśród kobiet z województwa mazowieckiego w latach 2009-2014 podana w tysiącach.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo mazowieckie** | ogółem | niedowaga | w normie | nadwaga | otyłość |
| 2014 | 2237,4 | 91,4 | 1177,1 | 635,5 | 333,5 |
| 2009 | 2134,8 | 76,4 | 1128,0 | 610,6 | 319,7 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 442,2 | 51,4 | 327,0 | 44,8 | 19,0 |
| 2009 | 472,9 | 38,2 | 367,9 | 44,0 | 22,8 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 771,2 | 23,2 | 496,4 | 176,1 | 75,4 |
| 2009 | 696,5 | 24,5 | 422,3 | 183,8 | 65,9 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 704,9 | 5,6 | 250,3 | 283,6 | 165,4 |
| 2009 | 642,5 | 12,6 | 208,0 | 258,3 | 163,6 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 184,6 | 3,5 | 54,3 | 82,0 | 44,8 |
| 2009 | 322,8 | 1,1 | 129,8 | 124,6 | 67,3 |

Źródło: Opracowanie własnej na podstawie danych z Raportu *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz Raportu *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25].

W przypadku mężczyzn również obserwuje się tendencje wzrostowe wskaźnika BMI   
w kierunku otyłości [23]. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn w wieku powyżej 30 lat. W grupie 15-29 lat częstość występowania otyłości utrzymuje się na stałym poziomie od 2009 do 2014 roku. Można zatem zauważyć, że problem nadmiernej masy ciała dotyczy w dużej mierze mężczyzn [23]. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 13.

**Tabela 13.** **Charakterystyka indeksu masy ciała wśród mężczyzn z województwa mazowieckiego w latach 2009-2014.**

| **Województwo mazowieckie** | ogółem | niedowaga | w normie | nadwaga | otyłość |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2014 | 1904,3 | 16,5 | 724,6 | 820,6 | 342,6 |
| 2009 | 1856,3 | 23,8 | 682,0 | 854,5 | 295,9 |
| **15-29 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 440,4 | 13,4 | 290,2 | 113,5 | 23,3 |
| 2009 | 497,0 | 21,1 | 279,1 | 173,7 | 23,0 |
| **30-49 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 707,1 | 3,1 | 245,2 | 308,6 | 150,2 |
| 2009 | 642,0 | - | 197,0 | 324,0 | 121,1 |
| **50-69 lat** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 579,3 | - | 142,9 | 298,2 | 138,3 |
| 2009 | 533,3 | 2,7 | 143,4 | 259,3 | 128,0 |
| **70 lat i więcej** |  |  |  |  |  |
| 2014 | 177,5 | - | 46,3 | 100,4 | 30,8 |
| 2009 | 183,9 | - | 62,6 | 97,5 | 23,9 |

Źródło: Opracowanie własnej na podstawie danych z *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku* [23] oraz *Raportu Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku* [25].

**Główne problemy do rozwiązania**:

Problem nadwagi i otyłości ma tendencje wzrostowe na terenie całej Polski. Zbyt dużą masę ciała w 2014 r. miała co druga dorosła osoba w Polsce.

Nadmierna masa ciała częściej występuje u mężczyzn po 50-tym roku życia, głównie mieszkających na terenach wiejskich. W przypadku kobiet problem ten dotyczył około 46% respondentek, głównie młodych kobiet (między 15-tym a 39-tym rokiem życia) zamieszkujących obszary wiejskie. Nieznacznie natomiast wzrosła masa ciała kobiet po 70-tym roku życia.

Problem nadwagi i otyłości w województwie mazowieckim jest zbliżony do statystyk ogólnopolskich również w kontekście płci. Problem otyłości 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. Przy czym oddziaływania te powinny uwzględniać różnice płciowe.

**Spis piśmiennictwa:**

1. WHO. The determinants of health. http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/ (dostęp: 07.11.2017).
2. Jabłońska J. Miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego zasady polityki pracodawcy. Fundacja „Promocja Zdrowia”, Warszawa 2009.
3. Grabowska H, Grabowski W, Flis A, Gaworska-Krzemińska A, Narkiewicz K. Wpływ palenia tytoniu na ciśnienie krwi a działania pielęgniarskie. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 519–523.
4. Maniecka-Bryła I, Maciak A, Kowalska A, Bryła M. Częstość palenia tytoniu wśród uczestników Programu Profilaktyki Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia. Medycyna Pracy 2009; 60(2): 109–115.
5. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risk, promoting health life. Geneva: World Health Organization; 2002 (dostęp: 24.01.2018)
6. Kustra J, Kalisz MZ, Szczepańska-Szerej AM. Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(1): 17–20.
7. Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2014.
8. Arnson Y, Shoenfeld Y, Amital H. Wpływ dymu tytoniowego na odporność, zapalenie i procesy autoimmunologiczne. Dermatologia po Dyplomie. 2010; 1(4): 31-43.
9. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wytyczne Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD 2001). Med. Prakt. 2002; 1: 1-72.
10. Chakravarthy U, Augood C, Bentham GC. i wsp. Cigarette smoking and age-related macular degeneration in the EUREYE Study. Ophthalmology 2007; 114: 1157.
11. Tan JS, Mitchell P, Kifley A. i wsp. Smoking and the long-term incidence of age-related macular degeneration: the Blue Mountains Eye Study. Arch. Ophthalmol. 2007; 125: 1089.
12. Seddon JM, George S, Rosner B. Cigarette smoking, fish consumption, omega-3 fatty acid intake, and associations with age-related macular degeneration: the US Twin Study of Age-Related Macular Degeneration. Arch. Ophthalmol. 2006; 124: 995-1001.
13. Ponsonby AL, Brown SA, Kearns LS. i wsp. The association between maternal smoking in pregnancy, other early life characteristics and childhood vision: the Twins Eye Study in Tasmania. Ophthalmic Epidemiol. 2007; 14: 351-359.
14. Sitarz AM., Wójtowicz AK. Wpływ dymu tytoniowego na płodność kobiety. Medycyna Środowiskowa 2015; 18(2): 11-16.
15. Ochwanowska E, Stanisławska I, Łyp M, Chmielewski J, Czarny-Działak M, Florek-Łuszczki M. Wpływ dymu tytoniowego na płodność mężczyzn. Medycyna Środowiskowa – 2017; 20(2): 46-51.
16. Sullivan ME, Keoghane SR, Miller MAW. Vascular risk factors and erectile dysfunction. BJU International 2001: 87(9): 838-845.
17. Harte CB, Meston CM. Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: A randomized, double-blind, placebo- controlled trial. The Journal of Sexual Medicine 2008; 5(1): 110-121.
18. Ministerstwo Zdrowia. Tytoń. http:// http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/ (dostęp: 12.12.2017)
19. Fihel A, Muszyńska MM. Zróżnicowanie regionalne umieralności związanej z następstwami palenia tytoniu w Polsce w latach 2006-2010. Przegląd Epidemiologiczny 2015; 69(1):181 – 184.
20. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016r.
21. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Raport: „Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r”
22. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. „ Używanie alkoholu   
    i narkotyków przez młodzież szkolną”. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Instytut Psychiatrii I Neurologii. Warszawa, 2015.
23. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 roku.
24. Urząd Miasta Stołecznego Warszawy biuro Polityki Zdrowotnej. Stan zdrowia mieszańców Miasta Stołecznego Warszawy w latach 2012-2104. Wydawca: Miasto Stołeczne Warszawa, 2016.
25. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 roku.
26. Krenz M, Korthuis RJ. Moderate ethanol ingestion and cardiovascular protection: From epidemiologic associations to cellular mechanisms, J. Mol. Cell. Cardiol. 2012; 52: 93–104.
27. Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A, Spiegelman D, Hendriks HF, Mukamal K.J. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension, Ann. Intern. Med. 2007; 146: 10–19.
28. Pilis W, Michalska I, Pilis A, Pilis A. Wpływ alkoholu na organizm sportowca. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie 2009; VIII: 188-206.
29. Szymczak A, Niśkiewicz I, Krela-Kaźmierczak I, Linke K. Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia przewodu pokarmowego. Nowiny Lekarskie 2009; 78(3–4): 222–227.
30. Kiciński P, Zakrzewski M, Dybała A, Zubilewicz R, Mosiewicz J, Jaroszyński A. Obturacyjny bezdech senny — zasady diagnostyki i leczenia. Forum Medycyny Rodzinnej 2012; 6(5): 228–235.
31. WHO. Alcohol. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/ (dostęp: 12.12.2017)
32. Gliński B, Ząbek M, Urbański J. Podstawowe zasady postępowania z chorymi na raka płaskonabłonkowego głowy i szyi. Współczesna Onkologia 2006; 6: 263-267.
33. Stevens J, Schouten LJ, Goldbohm RA, i wsp. Alcohol consumption, cigarette smoking and risk of subtypes of oesophageal and gastric cancer: a prospective cohort study. Gut 2010; 59: 39-48.
34. Bury P, Godlewski D, Wojtyś P. Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. Współczesna Onkologia 2000; 1: 13-15.
35. Pedersen A, Johansen C, Gronbaek M. Relations between amount and type of alcohol and colon and rectal cancer in Danish population based cohort study. Gut 2003; 52: 861-867.
36. Zgliczyński SW. Alkohol w Polsce. INFOS 2016: 11(215): 1-4.
37. EUROSTAT statistics explained. Dane statystyczne dotyczące przyczyn zgonu; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\_of\_death\_statistics/pl) (Dostęp: 24.01.2018)
38. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie. Raport: Monitorowanie problemów narkotykowych w województwie mazowieckim 2011. Warszawa, 2011.
39. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – raport   
    z badań ankietowych zrealizowanych w województwie mazowieckim w 2011, Badania ESPAD r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2011.
40. Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania”; nieopublikowany raport   
    z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 r.; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
41. Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów. „Studenci 2004” www.kbpn.gov.pl
42. Kidawa M, Malczewski A, Struzik M. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania - raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 r. w województwie mazowieckim, Warszawa, 2011.
43. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) Raport: Aktywność Fizyczna Polaków. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2013.

## Rozdział 4. Analiza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego

### 4.1. Długość życia ludności województwa mazowieckiego

Przedstawiona w rozdziale 4.1 oraz 4.2 analiza długości życia i umieralności ludności województwa mazowieckiego, była prowadzona na podstawie indywidualnych danych rejestru zgonów mieszkańców Polski, prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Rejestr ten z pewnymi ograniczeniami jest udostępniany Zakładowi – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH), w celu prowadzenia zgodnie ze statutem, analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski.

Analiza zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych dodatkowo została przeprowadzona w oparciu o dane Ministerstwa Zdrowia (MZ) za lata 2011-2013.

Według danych GUS i NIZP-PZH, przeciętna długość życia mieszkańców województwa mazowieckiego w 2016 roku wyniosła 78,1 lat (mediana wieku osób zmarłych). W porównaniu do Polski była ona dłuższa o 1,2 lata (mediana wieku osób zmarłych dla Polski wyniosła 76,9 lat). W pięciu województwach, w tym: lubelskim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim i świętokrzyskim, przeciętna długość życia mieszkańców była wyższa niż w województwie mazowieckim – odpowiednio o: 0,4; 0,5; 0,9; 1,4 i 0,2 lata – Wyk.1 [1-4].

**Wykres 1. Zgony według wieku i województw w 2016 roku.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3] i NIZP-PZH [4].

Według danych GUS i NIZP-PZH, przeciętne oczekiwane trwanie życia noworodków męskich urodzonych w latach 1990 – 2016 w województwie mazowieckim wyniesie odpowiednio od 66,6 do 74,1 lat. Z kolei przeciętne oczekiwane trwanie życia noworodków żeńskich urodzonych w latach 1990 – 2016 w województwie mazowieckim będzie dłuższe   
i wyniesie odpowiednio od 75,9 do 82,3 lat – Wyk. 2 i 3 [1-4].

Oczekiwana długość życia noworodków w województwie mazowieckim jest nieznacznie dłuższa, niż ogólna oczekiwana długość życia noworodków urodzonych   
w Polsce (o 0,2 i 0,4 lata odpowiednio dla noworodków męskich i żeńskich urodzonych w 2016 roku). Oczekiwana długość życia noworodków urodzonych w województwie mazowieckim w latach 1990 – 2016 systematycznie wzrasta – Wyk. 2 i 3[1-4].

Mężczyźni żyją znacznie krócej niż kobiety. W przypadku noworodków województwa mazowieckiego różnica w oczekiwanej długości życia noworodków męskich i żeńskich urodzonych w 2016 r. wyniosła 8,2 lata i była nieznacznie krótsza, niż w przypadku całej Polski (różnica wynosząca 8 lat) [1-4].

**Wykres 2. Przeciętne oczekiwane trwanie życia noworodków męskich urodzonych w województwie mazowieckim w latach 1990 – 2016 na tle Polski.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3] i NIZP-PZH [4].

**Wykres 3. Przeciętne oczekiwane trwanie życia noworodków żeńskich urodzonych w województwie mazowieckim w latach 1990 – 2016 na tle Polski.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3] i NIZP-PZH [4].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Analiza danych o długości życia pozwala na stwierdzenie, że stan zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego jest przeciętnie lepszy niż ogółu mieszkańców Polski. Może to oznaczać, że świadomość mieszkańców województwa mazowieckiego, dotycząca uwarunkowań zdrowia wzrasta, przy równoległej poprawie warunków ekonomiczno – społeczno – środowiskowych. Niemniej należy dążyć   
   do dalszej poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego, przejawiającej się w poprawie długości życia.
2. 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. Powinna być ona ukierunkowana na edukację zdrowotną od najmłodszych lat, a zwłaszcza na polepszenie czynników warunkujących stan zdrowia i wyniesienie ich do poziomu kobiet.

Wśród kierunków działań Województwa Mazowieckiego w polityce zdrowotnej znajduje się ochrona i promocja zdrowia, w tym promowanie zdrowia psychicznego wśród mieszkańców Mazowsza. Dodatkowo od 1999 roku Samorząd Województwa Mazowieckiego realizuje program „Szkoła Promocji Zdrowia". Tego typu działania niewątpliwie podnoszą świadomość mieszkańców województwa na temat przyczyn i potrzeby tworzenia odpowiednich warunków do utrzymania stanu zdrowia.

### 4.2. Umieralność ludności województwa mazowieckiego

Dla pogłębienia informacji dotyczącej kształtowania się średniego trwania życia mieszkańców województwa mazowieckiego oraz uwarunkowań zmian w tym zakresie zaprezentowane zostały wyniki analizy umieralności według ogółu przyczyn oraz według najczęstszych przyczyn zgonów (np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe), decydujących w największym stopniu o poziomie długowieczności. Oprócz współczynników rzeczywistych umieralności dla mieszkańców województwa mazowieckiego ogółem, dodatkowo przedstawiono współczynniki zgonów standaryzowane względem wieku metodą bezpośrednią.

#### 4.2.1. Umieralność ogólna

Według danych GUS w 2016 roku w Polsce zarejestrowano 388 009 zgonów z ogółu przyczyn, czyli na każde 100 tys. ludności zmarło 873 osób. W województwie mazowieckim w tym samym roku odnotowano 54 867 zgonów, a rzeczywisty współczynnik zgonów na 100 tys. ludności wyniósł 1017 (6. najwyższa wartość w Polsce) [1-3].

W 2016 r. najwyższą umieralność zanotowano w województwie łódzkim, gdzie na każde 100 tys. ludności zmarło 1 113 osób. Stosunkowo niskie natężenie zgonów –   
w porównaniu z innymi rejonami kraju – notowano w województwach małopolskim   
i podkarpackim (poniżej 940/100 tys.) [1-3].

**Wykres 4. Zgony z powodu ogółu przyczyn według województw w liczbach bezwzględnych, 2016 rok.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

#### 4.2.2. Umieralność według wybranych grup przyczyn zgonów

W poniższym rozdziale przedstawiono umieralność według przyczyn zgonów ludności województwa mazowieckiego, przy czym wyszczególniona została umieralność z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, zewnętrznych przyczyn urazów i zatruć, chorób układu oddechowego, chorób. układu trawiennego. Analiza umieralności według przyczyn zgonów jest wykorzystywana w ocenie poziomu dynamiki, uwarunkowań stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych ludności, szczególnie w odniesieniu do jednostek chorobowych odpowiedzialnych za największą liczbę zgonów, bądź najczęściej występujących, jak: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby układu oddechowego oraz trawiennego. Dodatkowo, ze względu na duży odsetek występowania, należy zwrócić uwagę na zewnętrzne przyczyny zgonów jak: urazy, zatrucia itd.

Najważniejszymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego, podobnie jak i Polski, większości jej miast a także pozostałych krajów Europy, są choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe. W 2015 roku były przyczynami ponad dwóch trzecich z ogółu przyczyn zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego. Pozostałe choroby stanowiły mniejsze zagrożenie życia dla mieszkańców (Wyk. 5) [1-3].

W dalszej części przedstawiono standaryzowane współczynniki zgonów   
w województwie mazowieckim według najczęstszych przyczyn, na tle innych województw,   
a także omówiono umieralność spowodowaną chorobami układu krążenia i chorobami nowotworowymi.

**Wykres 5. Główne przyczyny zgonów w województwie mazowieckim – 2015 rok (w liczbach bezwzględnych).**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

Według danych GUS za 2015 r. najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia odnotowano w województwie świętokrzyskim, gdzie na 100 tys. osób zanotowano 573 zgony z powodu tych chorób. Współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w województwie mazowieckim był znacznie niższy i wyniósł 436 zgony/100 tys. ludności – Tab. 14 [1-3].

Najbardziej zagrożonymi pod względem natężenia zgonów z powodu nowotworów były województwa warmińsko-mazurskie i pomorskie. W rejonach tych, na każde 100 tys. ludności zmarło ponad 290 osób. Najniższy poziom umieralności odnotowano w województwie podkarpackim (226 zgony/100 tys.). Współczynnik umieralności z powodu nowotworów w województwie mazowieckim wyniósł 268 zgony/100 tys. ludności – Tab. 14. We wszystkich województwach zgony, których przyczyną były choroby nowotworowe, częściej rejestrowano w miastach [1-3].

Śmiertelnym wypadkom najczęściej ulegali mieszkańcy województwa łódzkiego, mazowieckiego i podlaskiego. W województwach tych na 100 tys. ludności. zmarło 60-63 osoby [1-3].

Najniższy poziom umieralności z powodu chorób układu oddechowego występował   
w województwie świętokrzyskim – 38 zgonów na 100 tys. osób. Najwyższą umieralność odnotowano w województwie pomorskim, łódzkim i mazowieckim, gdzie na każde 100 tys. ludności zmarło powyżej 80 osób [1-3].

Największe natężenie zgonów z powodu chorób układu trawiennego zaobserwowano   
w województwie łódzkim i śląskim: odpowiednio 54 i 50 zgonów na 100 tys. osób. Współczynnik umieralności z powodu chorób układu trawiennego w województwie mazowieckim był znacznie niższy i wyniósł 42 zgony/100 tys. ludności [1-3].

**Tabela 14. Standaryzowany współczynnik zgonów według przyczyn i województw w 2015 roku na 100 tys. ludności.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Ogółem** | **Choroby układu krążenia** | **Choroby nowotworowe** | **Zewnętrzne przyczyny urazów  i zatruć** | **Choroby układu oddechowego** | **Choroby układu trawiennego** |
| **Ogółem** | 1027 | 469 | 274 | 51 | 63 | 38 |
| dolnośląskie | 1052 | 474 | 288 | 49 | 67 | 40 |
| kujawsko-Pomorskie | 1026 | 497 | 279 | 40 | 52 | 24 |
| lubelskie | 1013 | 474 | 247 | 50 | 55 | 31 |
| lubuskie | 1066 | 474 | 269 | 50 | 41 | 27 |
| łódzkie | 1139 | 468 | 288 | 63 | 83 | 54 |
| małopolskie | 956 | 477 | 271 | 45 | 44 | 35 |
| **MAZOWIECKIE** | 979 | 436 | 268 | 61 | 82 | 42 |
| opolskie | 1017 | 494 | 244 | 37 | 76 | 33 |
| podkarpackie | 949 | 505 | 226 | 39 | 39 | 19 |
| podlaskie | 962 | 405 | 251 | 60 | 62 | 42 |
| pomorskie | 989 | 412 | 291 | 59 | 84 | 45 |
| śląskie | 1085 | 510 | 290 | 54 | 50 | 50 |
| świętokrzyskie | 1043 | 573 | 258 | 45 | 38 | 20 |
| warmińsko-mazurskie | 1049 | 418 | 302 | 57 | 68 | 43 |
| wielkopolskie | 1054 | 429 | 283 | 44 | 70 | 34 |
| zachodniopomorskie | 1040 | 484 | 287 | 50 | 67 | 42 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3]**.**

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. 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.

##### 4.2.2.1. Zgony z powodu chorób kardiologicznych

Choroby serca są pierwszą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego, podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw.

Najczęstszą przyczynę zgonów w województwie mazowieckim stanowiła niewydolność serca i kardiomiopatie, które stanowiły łącznie przyczynę 45,3% ogółu zgonów z powodu chorób serca – wyk. 6. Wartość ta jest wyższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 36,9%. Wartość SMR (standaryzowany wskaźnik śmiertelności) niewydolności serca i kardiomiopatii jest wyższa o 38,8% w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Najwyższe wartości SMR w województwie mazowieckim, odnotowywano   
w powiecie radomskim, siedleckim, żyrardowskim oraz w Radomiu [5,6].

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów w województwie mazowieckim była choroba niedokrwienna serca, odpowiedzialna za 36,9% ogółu zgonów z powodu chorób serca – Wyk. 6. Wartość SMR choroby niedokrwiennej serca jest wyższa o 2,8% od poziomu ogólnopolskiego, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiecie mławskim, grójeckim, makowskim, kozienickim i szydłowieckim [5,6].

Zatorowość płucna stanowiła przyczynę ok. 2% ogółu zgonów z powodu chorób serca mieszkańców województwa mazowieckiego. Wartość ta jest niższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 2,2%. Wartość SMR dla zatorowości płucnej jest o 8,2% niższa w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Ze względu na stosunkowo niewielką liczbę zgonów w poszczególnych powiatach różnice między wartościami współczynników dla powiatów należy interpretować z dużą ostrożnością. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że w powiecie otwockim umieralność jest 2,5 razy większa niż przeciętna dla województwa mazowieckiego [5,6].

Migotanie i trzepotanie przedsionków stanowiły przyczynę ok. 1% ogółu zgonów   
z powodu chorób serca mieszkańców województwa mazowieckiego. Wartość ta jest nieznacznie niższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 1,5%. Natomiast wartość wskaźnika SMR jest o 12,6% niższa w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Mała liczebność zgonów z powodu migotania i trzepotania przedsionków nie pozwala   
na wiarygodną analizę zróżnicowania umieralności w powiatach województwa mazowieckiego [5,6].

**Wykres 6. Zgony z powodu chorób kardiologicznych w województwie mazowieckim.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5] i Um.st. Warszawa [6].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Główną przyczyną zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego, podobnie jak i Polski, większości jej miast a także pozostałych krajów Europy, są choroby układu krążenia. W 2013 r. w województwie mazowieckim zdiagnozowano 52,1 tys. nowych zachorowań na choroby kardiologiczne - była to najwyższa wartość wśród województw. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 981 - 4. najwyższa wartość w kraju. W województwie najczęstszymi rozpoznaniami były: choroba niedokrwienna oraz pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia. Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w najbliższych latach   
   w województwie mazowieckim zachorowalność na choroby układu krążenia wzrośnie. Oznacza, to, że prognozowany wzrost zachorowalności w ramach tej podgrupy chorób będzie wymagał przygotowania odpowiedniego zaplecza medycznego   
   w systemie ochrony zdrowia lub wprowadzenia programów profilaktycznych, które pozwolą na ograniczenie tego wzrostu.

##### 4.2.2.2. Zgony z powodu nowotworów

Nowotwory złośliwe były drugą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego (podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw).

Wśród nowotworów złośliwych w województwie mazowieckim najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory płuc (26,8%) – Wyk. 7. Wartość wskaźnika SMR dla nowotworu płuc była wyższa w województwie mazowieckim niż w kraju, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiecie sierpeckim, płockim oraz w Płocku, a najniższe w powiecie łosickim, w Ostrołęce i powiecie garwolińskim [5,6].

Nowotwór piersi był odpowiedzialny za 13,9% zgonów kobiet z województwa mazowieckiego spowodowanych nowotworem złośliwym. Był to odsetek zbliżony   
do ogólnopolskiego (13,5%). Również wartość SMR dla województwa była wysoce zbliżona do wartości dla kraju, a wartości SMR dla nowotworu piersi w poszczególnych powiatach wskazywały, ze zagrażały one szczególnie życiu mieszkanek powiatów: żyrardowskiego   
i łosickiego. Najniższe wartości współczynnika odnotowywane były w powiatach żuromińskim, lipskim i ostrołęckim [5,6].

Z kolei nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego stanowiły w latach 2011-2013 przyczynę 11,5% zgonów z powodu nowotworów złośliwych mieszkańców województwa mazowieckiego. Odsetek ten był wysoce zbliżony do ogólnopolskiego (11,8%). Wartość wskaźnika SMR dla nowotworów dolnego odcinka układu pokarmowego była niższa niż w Polsce. W przypadku nowotworów o tym umiejscowieniu najwyższe wartości SMR charakteryzowały powiaty płoński, żyrardowski i grodziski – wartość o około 25% wyższa niż wartość dla całego kraju [5,6].

Kolejnym nowotworem, będącym najczęstszą przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi, był nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (8,2% zgonów wśród mężczyzn) – Wyk. 7. Wartość SMR była zbliżona do wartości wskaźnika w Polsce (8%),   
a najwyższe wartości dla nowotworu gruczołu krokowego występowały w powiatach: białobrzeskim, zwoleńskim i garwolińskim (wartości o ponad 50% wyższe niż w kraju). Korzystna sytuacja występowała w powiatach nowodworskim, piaseczyńskim i miasto Siedlce, gdzie wskaźniki SMR były o około połowę mniejsze od przeciętnych dla całego kraju [5,6].

Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego odpowiadał w województwie mazowieckim za 3,4% zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi. Wartość SMR dla tego nowotworu była nieznacznie niższa dla województwa mazowieckiego niż wartość dla całego kraju. Najwyższe wartości współczynnika SMR występowały w powiecie gostyńskim, żuromińskim i przysuskim – o blisko 50% wyższe niż w Polsce. Z kolei najniższe wartości współczynnika dla nowotworu pęcherza występowały w powiecie warszawskim zachodnim, sokołowskim i siedleckim – wartości o ponad 50% niższe niż wartości dla Polski [5,6].

**Wykres 7. Zgony z powodu nowotworów w województwie mazowieckim.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5] i U m.st. Warszawa [6].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. W oparciu o analizę trendów umieralności na nowotwory złośliwe można przewidywać w populacji województwa mazowieckiego dalszy wzrost liczby umieralności z tej przyczyny zarówno u mężczyzn jak i kobiet**.** Możliwość wdrożenia efektywnych programów skriningowych i terapeutycznych dla najczęstszych nowotworów złośliwych: płuc, piersi, szyjki macicy, prostaty, dolnego odcinka układu pokarmowego oraz pęcherza moczowego, stwarza możliwości zmniejszenia liczby zgonów.

#### 4.2.3. Umieralność niemowląt

W województwie mazowieckim w 2016 roku zmarło łącznie 222 dzieci w wieku do 4 lat, w tym 195 dzieci poniżej pierwszego roku życia – Tab. 15. Biorąc pod uwagę liczby bezwzględne, należy stwierdzić, że ilość zgonów niemowląt z powodu ogółu przyczyn   
w województwie mazowieckim w porównaniu z innymi województwami jest najwyższa. (1-3)   
Z kolei poniżej przedstawiono wskaźnik zgonów niemowląt w przeliczeniu na 1 000 urodzeń żywych i tam sytuacja jest odwrotna.

**Tabela 15. Zgony niemowląt według województw z powodu ogółu przyczyn w 2016 roku (liczby bezwzględne).**

| **Województwo** | **Łącznie wiek 0-4 lat** | **0 lat** |
| --- | --- | --- |
| **Polska** | **1761** | **1522** |
| dolnośląskie | 131 | 105 |
| kujawsko-pomorskie | 103 | 88 |
| lubelskie | 85 | 69 |
| lubuskie | 63 | 57 |
| łódzkie | 99 | 86 |
| małopolskie | 137 | 122 |
| **MAZOWIECKIE** | **222** | **195** |
| opolskie | 42 | 40 |
| podkarpackie | 102 | 91 |
| podlaskie | 43 | 38 |
| pomorskie | 111 | 94 |
| śląskie | 217 | 190 |
| świętokrzyskie | 49 | 45 |
| warmińsko-mazurskie | 77 | 67 |
| wielkopolskie | 191 | 158 |
| zachodniopomorskie | 89 | 77 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

Niższy wskaźnik umieralności niemowląt lepiej świadczy o szeroko rozumianej sprawności systemu ochrony zdrowia w danym województwie. Wskaźnik umieralności niemowląt jest jednym ze wskaźników uznawanych za syntetyczny miernik stanu zdrowia społeczeństwa i poziomu świadczeń zdrowotnych. Uznaje się, że w największym stopniu jest on determinowany stanem zdrowia matki oraz jakością i bezpieczeństwem prowadzenia ciąży, w tym zachowaniami zdrowotnymi matki w czasie ciąży. Wpływ systemu ochrony zdrowia nie jest jedynym i dominującym czynnikiem wpływającym na ten wskaźnik w krajach wysoko uprzemysłowionych (wady wrodzone, malformacje genetyczne), co jednak nie znaczy, że w ogóle nie istnieje.

Według danych GUS za 2014 r. najwyższe wartości współczynnika umieralności niemowląt występowały w województwach warmińsko-mazurskim (5,9 zgonów/1000 żywych urodzeń) oraz lubuskim (5,6 zgonów/1000 żywych urodzeń), najniższe zaś w województwach małopolskim (3,8 zgonów/1000 żywych urodzeń) oraz mazowieckim (3,9 zgonów/1000 żywych urodzeń) – Tab. 16, Wyk. 8 [1-3].

**Tabela 16. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych.**

| **Miejsce** | **Województwo** | **Wartość** |
| --- | --- | --- |
| 1 | małopolskie | 3,8 |
| **2** | **MAZOWIECKIE** | **3,9** |
| 3 | opolskie | 4,3 |
| 3 | pomorskie | 4,3 |
| 5 | kujawsko-pomorskie | 4,4 |
| 6 | wielkopolskie | 4,5 |
| 6 | podkarpackie | 4,5 |
| 8 | lubelskie | 4,6 |
| 8 | podlaskie | 4,6 |
| 10 | łódzkie | 4,7 |
| 11 | świętokrzyskie | 4,9 |
| 12 | zachodniopomorskie | 5 |
| 13 | śląskie | 5,1 |
| 13 | dolnośląskie | 5,1 |
| 15 | lubuskie | 5,6 |
| 16 | warmińsko-mazurskie | 5,9 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

**Wykres 8. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Niska umieralność niemowląt w województwie mazowieckim (niższa niż przeciętna dla Polski, obok województwa małopolskiego druga najniższa wartość współczynnika umieralności niemowląt na 1000 żywych urodzeń), 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 zdrowa mieszkańców w tym aspekcie, wymagane są dalsze programy propagujące zdrowy styl życia matki w okresie około ciążowym oraz zapewnienie odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej.

### 4.3. Analiza stanu zdrowia na podstawie danych dotyczących hospitalizacji (chorobowość hospitalizowana)

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są, niezależnie od swojego znaczenia dla potrzeb administracyjnych, jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Ograniczenia tych danych, wynikają z faktu iż hospitalizacja jest uwarunkowana ciężkością przebiegu choroby, możliwością ustalenia rozpoznania oraz zapewnienia właściwego leczenia poza szpitalem, selekcją przyjęć związaną z dostępnością łóżek szpitalnych czy też różnymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Z kolei zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej, przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach, wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności.

Dane o hospitalizowanych przypadkach są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, a ich przetwarzanie i analiza prowadzone są   
w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH). Podstawą systemu zbiorczego jest karta statystyczna Mz/Szp-11. Do 1999 r. badaniem objęta była 10% losowa próba osób leczonych, wypisanych lub zmarłych   
we wszystkich szpitalach podległych Ministrowi Zdrowia oraz w szpitalach kolejowych,   
z wyjątkiem osób leczonych w szpitalach lub na oddziałach psychiatrycznych, którzy są objęci odrębnym badaniem. Od 2000 roku badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach. Jest to zmiana istotna z punktu widzenia monitorowania zdrowia ludności. Przedstawione poniżej ostatnie dostępne dane dotyczące hospitalizowanych w szpitalach województwa mazowieckiego pochodzą z 2014 roku.

#### 4.3.1. Chorobowość hospitalizowana ogólna

W 2014 roku w województwie mazowieckim hospitalizowano łącznie 616 tys. osób,   
w tym 603,5 tys. w szpitalach stacjonarnych. Była to najwyższa wartość w porównaniu   
do pozostałych województw – Tab. 17 [5].

**Tabela 17. Chorobowość hospitalizowana według ogółu przyczyn (liczby bezwzględne).**

| **Województwo** | ***Leczeni ogółem (w tysiącach)*** | **Leczeni w szpitalach stacjonarnych** |
| --- | --- | --- |
| **łącznie 2014 rok** | 2 615,4 | 1 811,3 |
| **łącznie 2015 rok** | 2 917,8 | 2 792,4 |
| dolnośląskie | 444,4 | 420,0 |
| kujawsko-pomorskie | 105,2 | 95,2 |
| lubelskie | 70,7 | 67,4 |
| lubuskie | 69,7 | 65,8 |
| łódzkie | 95,1 | 86,3 |
| małopolskie | 236,3 | 229,9 |
| **MAZOWIECKIE** | **616,0** | **603,5** |
| opolskie | 105,8 | 101,6 |
| podkarpackie | 138,1 | 132,8 |
| podlaskie | 22,7 | 22,6 |
| pomorskie | 305,5 | 298,0 |
| śląskie | 279,9 | 258,2 |
| świętokrzyskie | 29,7 | 25,4 |
| warmińsko-mazurskie | 100,7 | 94,6 |
| wielkopolskie | 176,1 | 170,4 |
| zachodniopomorskie | 122,0 | 120,8 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

W województwie mazowieckim współczynnik chorobowości szpitalnej wyniósł 12 983 osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności – Wyk. 9. Był to 4. najwyższy wynik w kraju.   
Po standaryzacji wartość współczynnika spadła i wynosiła 12 681 osób hospitalizowanych   
na 100 tys. ludności – Wyk. 10. Również pozycja województwa mazowieckiego uległa zmianie. Był to 2. najwyższy wynik w kraju. Różnica pomiędzy maksymalną i minimalną wartością współczynnika w województwach zmieniła się po standaryzacji (z 2 683 do 503). W związku z tym należy przypuszczać, ze struktura wieku i płci dobrze tłumaczy różnice   
w chorobowości i hospitalizacjach [5].

Dla 10 specjalności komórek organizacyjnych (oddziałów) występujących   
w województwie mazowieckim wartość standaryzowanego współczynnika chorobowości szpitalnej była najwyższa wśród oddziałów tych specjalności w całym kraju – Tab. 18. Dotyczyło to oddziałów:

* oddział hematologiczny dla dzieci,
* oddział medycyny nuklearnej,
* oddział dermatologiczny dla dzieci,
* oddział onkologiczny dla dzieci,
* oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci,
* oddział ginekologii onkologicznej,
* oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
* oddział chorób zakaźnych,
* oddział położniczo - ginekologiczny,
* oddział patologii ciąży,
* oddział audiologiczno-foniatryczny dla dzieci [5].

**Wykres 9. Surowy współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach (2014).**

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

**Wykres 10. Standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach (2014).**

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

**Tabela 18. Wartości współczynnika chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwie mazowieckim wg oddziałów oraz ranking oddziału w kraju pod względem współczynnika standaryzowanego.**

| **Specjalność komórki** | **Współczynnik chorobowości szpitalnej** | **Standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej** | **Ranking oddziału w kraju pod względem**  **współczynnika standaryzowanego** |
| --- | --- | --- | --- |
| Oddział chorób wewnętrznych | 1757 | 1930 | 8 |
| Oddział alergologiczny | 23 | 31 | 3 |
| Oddział alergologiczny dla dzieci | 77 | 53 | 4 |
| Oddział diabetologiczny | 20 | 55 | 5 |
| Oddział diabetologiczny dla dzieci | 32 | 29 | 2 |
| Oddział endokrynologiczny | 117 | 87 | 5 |
| Oddział endokrynologiczny dla dzieci | 37 | 46 | 5 |
| Oddział gastroenterologiczny | 400 | 168 | 7 |
| Oddział gastroenterologiczny dla dzieci | 66 | 63 | 4 |
| Oddział geriatryczny | 4 | 36 | 8 |
| Oddział hematologiczny | 52 | 34 | 8 |
| **Oddział hematologiczny dla dzieci** | **21** | **20** | **1** |
| Oddział immunologii klinicznej | 0 | 1 | 2 |
| Oddział immunologii klinicznej dla dzieci | 5 | 24 | 2 |
| Oddział kardiologiczny | 1137 | 904 | 8 |
| Oddział kardiologiczny dla dzieci | 40 | 38 | 6 |
| Oddział nefrologiczny | 84 | 85 | 8 |
| Oddział nefrologiczny dla dzieci | 41 | 41 | 4 |
| **Oddział medycyny nuklearnej** | **4** | **3** | **1** |
| Oddział toksykologiczny | 9 | 37 | 9 |
| Oddział dermatologiczny | 139 | 117 | 8 |
| **Oddział dermatologiczny dla dzieci** | **11** | **11** | **1** |
| Oddział neurologiczny | 594 | 656 | 8 |
| Oddział neurologiczny dla dzieci | 29 | 42 | 6 |
| Oddział onkologiczny | 52 | 48 | 6 |
| **Oddział onkologiczny dla dzieci** | **6** | **9** | **1** |
| Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii | 12 | 16 | 6 |
| **Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci** | **0** | **0** | **1** |
| Oddział radioterapii | 16 | 18 | 5 |
| **Oddział ginekologii onkologicznej** | **0** | **0** | **1** |
| Oddział onkologii i hematologii dziecięcej | 4 | 10 | 4 |
| Oddział anestezjologii i intensywnej terapii | 33 | 23 | 8 |
| Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci | 12 | 3 | 2 |
| Oddział intensywnej terapii | 0 | 0 | 2 |
| Oddział gruźlicy i chorób płuc | 72 | 161 | 8 |
| **Oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci** | **8** | **41** | **1** |
| Oddział chorób płuc | 217 | 199 | 8 |
| Oddział reumatologiczny | 138 | 132 | 9 |
| Oddział reumatologiczny dla dzieci | 21 | 17 | 3 |
| **Oddział chorób zakaźnych** | **170** | **120** | **1** |
| Oddział obserwacyjno-zakaźny | 87 | 136 | 2 |
| Oddział pediatryczny | 947 | 985 | 4 |
| Oddział niemowlęcy | 34 | 44 | 3 |
| Oddział neonatologiczny | 1037 | 942 | 2 |
| **Oddział położniczo - ginekologiczny** | **1795** | **1883** | **1** |
| Oddział ginekologiczny | 383 | 174 | 5 |
| Oddział położniczy | 73 | 131 | 2 |
| Oddział ginekologii onkologicznej | 24 | 48 | 4 |
| Oddział chirurgiczny ogólny | 1857 | 1736 | 9 |
| Oddział chirurgiczny dla dzieci | 304 | 301 | 6 |
| Oddział chirurgii klatki piersiowej | 86 | 61 | 10 |
| Oddział chirurgii naczyniowej | 140 | 106 | 9 |
| Oddział chirurgii onkologicznej | 181 | 154 | 6 |
| Oddział chirurgii plastycznej | 58 | 42 | 9 |
| Oddział kardiochirurgiczny | 55 | 39 | 9 |
| Oddział kardiochirurgiczny dla dzieci | 2 | 4 | 4 |
| Oddział neurochirurgiczny | 146 | 149 | 11 |
| Oddział neurochirurgiczny dla dzieci | 20 | 12 | 3 |
| Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej | 921 | 820 | 9 |
| Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci | 46 | 51 | 6 |
| Oddział okulistyczny | 523 | 573 | 7 |
| Oddział okulistyczny dla dzieci | 30 | 32 | 3 |
| Oddział otorynolaryngologiczny | 628 | 496 | 3 |
| Oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci | 98 | 114 | 2 |
| Oddział audiologiczno-foniatryczny | 52 | 51 | 2 |
| **Oddział audiologiczno-foniatryczny dla dzieci** | **57** | **57** | **1** |
| Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej | 89 | 50 | 2 |
| Oddział urologiczny | 428 | 402 | 9 |
| Oddział urologiczny dla dzieci | 24 | 24 | 2 |
| Oddział transplantologiczny | 27 | 26 | 6 |
| Oddział transplantacji szpiku | 0 | 4 | 3 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

Średnia długość pobytu w szpitalach województwa mazowieckiego w 2015 roku wyniosła 5,1 dnia. Najwięcej dni pacjenci sądzili na oddziałach osób przewlekle chorych – 67,5 dni. Natomiast najmniej na oddziałach okulistycznych 1,9 dnia – Wyk 11 [1-3].

**Wykres 11. Średni pobyt [w dniach] chorego na oddziałach szpitalnych województwa mazowieckiego.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [1-3].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Współczynnik ogólny (4. najwyższy wynik w kraju) oraz standaryzowany (2. najwyższy wynik w kraju) hospitalizacji dla województwa mazowieckiego są przeważnie wyższe   
   od obserwowanych dla większości województw. Dla żadnej ze specjalności komórek organizacyjnych (oddziałów) występujących w województwie mazowieckim, wartość standaryzowanego współczynnika chorobowości szpitalnej, nie była najniższa wśród oddziałów tych specjalności w całym kraju.

Jest to negatywny wskaźnik stanu zdrowia dla mieszkańców województwa mazowieckiego, ponieważ hospitalizacja stanowi podstawową formę leczenia przy schorzeniach o cięższym charakterze i wiąże się zwykle z uciążliwościami dla pacjenta, a niekiedy ze znacznymi dodatkowymi kosztami zarówno po stronie płatnika publicznego, jak i pacjenta.

#### 4.3.2. Chorobowość hospitalizowana według oddziałów kardiologicznych i onkologicznych

##### 4.3.2.1. Oddział kardiologiczny

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 501,93 tys. hospitalizacji z zakresu kardiologii. Najwięcej w województwie mazowieckim – 87,22 tys. hospitalizacji. Najmniej w województwie opolskim – 10,86 tys. hospitalizacji. Średnia liczba hospitalizacji na pacjenta   
w Polsce na omawianym typie oddziału wyniosła 1,20. Największą liczbą hospitalizacji   
na pacjenta cechowało się województwo lubelskie (1,31), a najmniejszą województwo opolskie (1,16). W województwie mazowieckim średnia liczba hospitalizacji na pacjenta wyniosła 1,22 Tab. 19 [5].

**Tabela 19. Chorobowość hospitalizowana według oddziałów kardiologicznych.**

| **Województwo** | **Liczba pacjentów (w tysiącach)** | **Liczba hospitalizacji**  **(w tysiącach)** | **Średnia liczba hospitalizacji**  **na pacjenta** |
| --- | --- | --- | --- |
| dolnośląskie | 26,66 | 33,69 | 1,23 |
| kujawsko-pomorskie | 21,48 | 27,19 | 1,21 |
| lubelskie | 24,1 | 33,99 | 1,31 |
| lubuskie | 9,56 | 12,09 | 1,22 |
| łódzkie | 31,35 | 39,95 | 1,18 |
| małopolskie | 31,48 | 39,15 | 1,16 |
| **MAZOWIECKIE** | **67,16** | **87,22** | **1,22** |
| opolskie | 9,09 | 10,86 | 1,16 |
| podkarpackie | 23 | 30,15 | 1,21 |
| podlaskie | 9,17 | 11,91 | 1,21 |
| pomorskie | 19,7 | 27,67 | 1,26 |
| śląskie | 47,7 | 60,69 | 1,17 |
| świętokrzyskie | 15,04 | 18,39 | 1,20 |
| warmińsko-mazurskie | 9,54 | 12,22 | 1,22 |
| wielkopolskie | 32,08 | 41,08 | 1,21 |
| zachodniopomorskie | 12,61 | 15,67 | 1,20 |
| **Polska** | **385,65** | **501,93** | **1,20** |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

Najwięcej pacjentów było hospitalizowanych z rozpoznaniem „Inne postacie choroby wieńcowej” 28,1 tys. hospitalizacji, co stanowi 31% wszystkich hospitalizacji kardiologicznych   
w województwie. Kolejne rozpoznanie to niewydolność serca (19,3 tys. hospitalizacji – 21%). Następnymi co do częstości jednostkami chorobowymi były: ostre zespoły wieńcowe (13,5 tys. hospitalizacji, – 13,5%), inne zaburzenia rytmu i przewodnictwa (9,6 tys. hospitalizacji – 10%), nabyte wady serca (7,3 tys. hospitalizacji – 8%), migotanie i trzepotanie przedsionków (9,3 tys. hospitalizacji – 10%), zatorowość płucna (1,5 tys. hospitalizacji – 2%) oraz wrodzone wady serca (1,4 tys. - 1% hospitalizacji) – Wyk. 12 [5].

**Wykres 12. Odsetek najczęstszych przyczyn hospitalizacji w oddziałach kardiologicznych województwa mazowieckiego w 2014 roku według głównych kategorii międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Wśród wszystkich przyczyn hospitalizacji kardiologicznych mieszkańców województwa mazowieckiego **dominowały choroby wieńcowe**.

W celu podniesienia świadomości mieszkańców w obszarze edukacji prozdrowotnej oraz prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych, Samorząd Województwa Mazowieckiego od 2013 roku realizuje "Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej   
u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych".

##### 4.3.2.1. Oddział onkologiczny

W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 278,23 tys. hospitalizacji z zakresu onkologii. Najwięcej w województwie mazowieckim – 42,9 tys. hospitalizacji. Najmniej w województwie opolskim – 4,63 tys. hospitalizacji. Średnia liczba hospitalizacji na pacjenta w Polsce   
na omawianym typie oddziału wyniosła 2,9. Największą liczbą hospitalizacji na pacjenta cechowało się województwo kujawsko-pomorskie (3,89), a najmniejszą województwo świętokrzyskie (1,65). W województwie mazowieckim średnia liczba hospitalizacji   
na pacjenta wyniosła 2,64 – Tab. 20 [5].

**Tabela 20. Chorobowość hospitalizowana według oddziałów onkologicznych.**

| **Województwo** | **Liczba pacjentów  (w tysiącach)** | **Liczba hospitalizacji**  **(w tysiącach)** | **Średnia liczba hospitalizacji**  **na pacjenta** |
| --- | --- | --- | --- |
| dolnośląskie | 8,1 | 29,28 | 3,55 |
| kujawsko-pomorskie | 3,29 | 12,94 | 3,89 |
| lubelskie | 4,17 | 13,56 | 3,17 |
| lubuskie | 2 | 6,15 | 3,04 |
| łódzkie | 6,46 | 20,06 | 3,09 |
| małopolskie | 5,92 | 16,59 | 2,76 |
| **MAZOWIECKIE** | **15,79** | **42,9** | **2,64** |
| opolskie | 1,44 | 4,63 | 3,21 |
| podkarpackie | 4,31 | 11,53 | 2,45 |
| podlaskie | 2,5 | 7,74 | 3,04 |
| pomorskie | 5,21 | 10,04 | 1,83 |
| śląskie | 14,28 | 41,99 | 2,87 |
| świętokrzyskie | 2,99 | 5,42 | 1,65 |
| warmińsko-mazurskie | 3,64 | 12,42 | 3,38 |
| wielkopolskie | 9,69 | 29,53 | 2,89 |
| zachodniopomorskie | 4,14 | 13,46 | 3,23 |
| **Polska** | **93,2** | **278,23** | **2,9** |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

W województwie mazowieckim największą liczbę pacjentów leczonych w trybie szpitalnym stanowili pacjenci z nowotworem złośliwym płuc (6,4 tys.) oraz nowotworem złośliwym piersi (4,2 tys.). Najmniej, wśród analizowanych grup nowotworów, odnotowano przypadków nowotworów złośliwych jadra (< 0,4 tys.) [5].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Wśród wszystkich przyczyn hospitalizacji onkologicznych mieszkańców województwa mazowieckiego **dominowały nowotwory złośliwe płuc oraz nowotwory złośliwe piersi**.

Powyższe wskazuje na konieczność działań na rzecz poprawy stanu zdrowia   
w zakresie profilaktyki oraz efektywnego leczenie nowotworów złośliwych,   
w szczególności płuc i piersi.

### 4.4. Analiza stanu zdrowia na podstawie danych dotyczących podstawowej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

Dane o osobach leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) podobnie jak w przypadku hospitalizacji, wykorzystywane są do oceny potrzeb zdrowotnych oraz w procesie zarządzania ochroną zdrowia. Stanowią dopełnienie informacji o stanie zdrowia danej społeczności – w tym mieszkańców województwa mazowieckiego. Dane dotyczące POZ i AOS zbierane są   
w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości, ich przetwarzaniem zajmuje się Instytut Zdrowia Publicznego. Dodatkowo Głównym dokumentem systemu zbiorczego jest karta statystyczna MZ–11 oraz MZ–12 (sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej   
i specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej).

W 2015 roku spośród wszystkich analizowanych województw, najwięcej porad   
w trybie ambulatoryjnym udzielono w województwie mazowieckim: 46 306,8 tys. porad. –   
Wyk. 13 [7].

**Wykres 13. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw (w tys.).**

Źródło: opracowanie na podstawie danych GUS [7].

Poniżej przedstawiono poradnie AOS na terenie województwa mazowieckiego,   
w których w 2014 roku zrealizowano 80% porad dla poszczególnych grup chorób wg ICD-10. W 2014 rokuna terenie województwa mazowieckiego zrealizowano 80% porad z zakresu: chorób układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego), chorób układu nerwowego (inne niż podeszłego), chorób aorty i naczyń obwodowych, nadciśnienia, chorób układu oddechowego (przewlekłe), chorób układu oddechowego (ostre), chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego, zaburzenia psychicznego – dorośli i dzieci, ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem, cukrzycy, nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego, chorób krwi i układu odpornościowego, nowotworów niezłośliwych oraz wad wrodzonych – Tab. 21 [5].

**Tabela 21. Poradnie, w których zrealizowano 80% porad dla danej grupy rozpoznań.**

| **Grupa chorób** | **Poradnie** |
| --- | --- |
| Choroby układu kostno-mięśniowego | chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologiczna, neurologiczna, chirurgii ogólnej |
| Choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego) | neurologiczna |
| Choroby układu nerwowego (inne niż podeszłego) | neurologiczna, chirurgii urazowo-ortopedycznej,  leczenia bólu |
| Choroby aorty i naczyń obwodowych | chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chorób naczyń, dermatologiczna |
| Nadciśnienie | kardiologiczna |
| Choroby układu oddechowego (przewlekłe) | gruźlicy i chorób płuc, alergologiczna, chorób płuc |
| Choroby układu oddechowego (ostre) | gruźlicy i chorób płuc, chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, alergologiczna |
| Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego | endokrynologiczna, endokrynologiczna dla dzieci |
| Zaburzenia psychiczne - dorośli | zdrowia psychicznego |
| Zaburzenia psychiczne - dzieci | logopedyczna, zdrowia psychicznego dla dzieci, dla osób  z autyzmem dziecięcym |
| Ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem | położniczo-ginekologiczna |
| Cukrzyca | diabetologiczna |
| Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego | hematologiczna, onkologiczna, chemioterapii |
| Choroby krwi i układu odpornościowego | hematologiczna, hematologiczna dla dzieci, immunologiczna |
| Nowotwory niezłośliwe | chirurgii ogólnej, endokrynologiczna, dermatologiczna, chirurgii onkologicznej, położniczo-ginekologiczna, onkologiczna |
| Wady wrodzone | chirurgii ogólnej, preluksacyjna, chirurgii ogólnej  dla dzieci, chirurgii urazowo-ortopedycznej,  chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci,  dermatologiczna |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

W 2014 roku na terenie województwa mazowieckiego najwięcej porad (co najmniej 100 tys.) udzielono kolejno w poradniach: położniczo-ginekologicznej, okulistycznej, otorynolaryngologicznej, neurologicznej, dermatologicznej, chirurgii ogólnej, zdrowia psychicznego, urologicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, diabetologicznej, endokrynologicznej, reumatologicznej, alergologicznej, onkologicznej, logopedycznej, gastroenterologicznej, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, gruźlicy i chorób płuc, leczenia uzależnień, chirurgii ogólnej dla dzieci, chorób płuc. Spośród poradni,   
w których liczba udzielonych porad wyniosła co najmniej 100 tys., najwięcej porad udzielono   
w poradniach położniczo-ginekologicznych (1 431,32 tys. porad). Natomiast największa liczba porad przypadających na poradnie dotyczyła poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej (8,1) – Tab. 22 [5].

**Tabela 22. Poradnie w województwie mazowieckim, w których udzielono co najmniej 100 tys. porad (2014).**

| **Poradnia** | **Liczba porad (tys.)** | **Liczba porad na poradnie (tys.)** |
| --- | --- | --- |
| położniczo-ginekologiczna | **1 431,32** | 5,0 |
| okulistyczna | 1 067,88 | 5,4 |
| otorynolaryngologiczna | 638,57 | 3,3 |
| neurologiczna | 622,16 | 3,4 |
| dermatologiczna | 693,54 | 4,6 |
| chirurgii ogólnej | 812,00 | 6,1 |
| zdrowia psychicznego | 628,17 | 5,1 |
| urologiczna | 415,98 | 3,5 |
| chirurgii urazowo-ortopedycznej | 899,83 | **8,1** |
| diabetologiczna | 270,37 | 2,6 |
| endokrynologiczna | 336,55 | 3,7 |
| reumatologiczna | 210,30 | 2,4 |
| alergologiczna | 271,94 | 3,3 |
| onkologiczna | 341,53 | 5,8 |
| logopedyczna | 133,47 | 2,3 |
| gastroenterologiczna | 122,56 | 2,2 |
| terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia | 262,81 | 4,7 |
| gruźlicy i chorób płuc | 168,60 | 3,7 |
| leczenia uzależnień | 249,07 | 6,6 |
| chirurgii ogólnej dla dzieci | 154,81 | 6,0 |
| chorób płuc | 109,04 | 3,0 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych MZ [5].

**Główne problemy do rozwiązania:**

Poza informacjami przedstawionymi powyżej, na podstawie danych dotyczących podstawowej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej należy wskazać następujące informacje:

1. W poradniach neurologicznych w województwie mazowieckim 11,2% wszystkich porad udzielanych jest pacjentom z rozpoznaniem **bóle głowy**.
2. Występuje wysoki odsetek porad udzielanych w AOS pacjentom z chorobami **zwyrodnieniowymi kręgosłupa**. Stanowią one około 10,8% wszystkich porad   
   w poradniach neurologicznych. Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są najczęstszym powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych stanowiąc 51,1% wszystkich porad.
3. Wysoki jest również odsetek udzielanych porad pacjentom z chorobami z grupy **mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii**, które stanowią około 22,6% wszystkich porad w poradniach neurologicznych.
4. Z analizy udziału pacjentów z różnymi rozpoznaniami w poradniach neurologicznych, można wnioskować, że niektóre poradnie specjalizują się w wybranych chorobach np. padaczce (w 3 poradniach neurologicznych ponad 1/3 porad stanowiły porady dla chorych na padaczkę), co wskazuje na **potrzebę stworzenia poradni specjalistycznych umożliwiających kompleksowe wizyty diagnostyczne**.
5. Na podstawie danych MZ można zaobserwować **duże różnice między liczbą udzielonych świadczeń lekarza POZ w poszczególnych powiatach województwa mazowieckiego**. Najwięcej świadczeń zostało udzielonych w powiecie m. Siedlce (55,0 tys./10 tys. ludności), a najmniej w powiecie radomskim (27,5 tys./10 tys. ludności).

### 4.5. Absencja chorobowa z powodu choroby własnej oraz renty z tytułu niezdolności do pracy na terenie województwa mazowieckiego

Informacje dotyczące przyczyn chorobowych czasowej i długotrwałej nieobecności   
w pracy ubezpieczonych pracowników, gromadzi w skali krajowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Obserwacja wielomilionowej grupy osób pracujących – w długich okresach czasu – umożliwia szacunkową ocenę stanu zdrowia populacji w wieku produkcyjnym. Przedstawione poniżej ostatnie dostępne dane dotyczące absencji chorobowej oraz przyznanych rent z tytułu niezdolności do pracy na terenie województwa mazowieckiego pochodzą z 2016 roku.

#### 4.5.1. Absencja chorobowa z powodu choroby własnej

Rozkład liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według miejsca zamieszkania wskazuje na najwyższy odsetek dni absencji w województwach: mazowieckim (13,1% ogólnej liczby dni absencji chorobowej), śląskim (12,6%), wielkopolskim (10,5%) oraz łódzkim (8,3%) – Tab. 23, Wyk. 14 [8].

**Tabela 23. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw.**

| **Województwa** | **Liczba dni absencji chorobowej w tys.** | **Liczba dni absencji chorobowej w %** | **Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego** |
| --- | --- | --- | --- |
| **OGÓŁEM** | **238 659,8** | **100,0** | **12,43** |
| dolnośląskie | 18 431,5 | 7,7 | 11,90 |
| kujawsko-pomorskie | 12 667,8 | 5,3 | 13,14 |
| lubelskie | 10 418,0 | 4,4 | 12,77 |
| lubuskie | 5 863,8 | 2,5 | 12,67 |
| łódzkie | 19 696,9 | 8,3 | 13,83 |
| małopolskie | 18 620,7 | 7,8 | 12,01 |
| **MAZOWIECKIE** | **31 198,3** | **13,1** | **12,52** |
| opolskie | 5 308,8 | 2,2 | 11,70 |
| podkarpackie | 12 305,2 | 5,2 | 12,73 |
| podlaskie | 5 205,2 | 2,2 | 12,08 |
| pomorskie | 14 211,8 | 6,0 | 12,62 |
| śląskie | 30 093,9 | 12,6 | 11,40 |
| świętokrzyskie | 7 907,4 | 3,3 | 12,94 |
| warmińsko-mazurskie | 7 890,5 | 3,3 | 13,33 |
| wielkopolskie | 24 962,3 | 10,5 | 12,28 |
| zachodniopomorskie | 9 362,6 | 3,9 | 12,64 |
| nieustalone województwo | 4 515,2 | 1,9 | 12,75 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [8].

**Wykres 14. Procent ogólnej liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według województw w 2016 roku.**

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [8].

Średnia długość zaświadczenia lekarskiego w województwie mazowieckim była nieznacznie dłuższa od ogólnopolskiej (12,43 dnia) i wyniosła 12,52 dnia – Wyk. 15 [8].

**Wykres 15. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego wystawionego z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS w poszczególnych województwach [w dniach].**

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [8].

**Tabela 24. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych w województwie mazowieckim.**

| **Grupy chorobowe** | **liczba dni absencji chorobowej  w tys.** |
| --- | --- |
| **Ogółem** | **31 198,3** |
| Ciąża, poród i połóg | 6 749,4 |
| Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej | 4 501,3 |
| Choroby układu oddechowego | 4 196,2 |
| Urazy, zatrucia | 3 845,6 |
| Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania | 2 837,7 |
| Choroby układu nerwowego | 2 179,0 |
| Choroby układu krążenia | 1 440,6 |
| Choroby układu trawiennego | 1 150,9 |
| Nowotwory | 1 112,9 |
| Choroby układu moczowo-płciowego | 884,6 |
| Objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane | 458,3 |
| Czynniki wpływające na stan zdrowia | 313,1 |
| Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze | 295,9 |
| Zaburzenia wydzielania wewnętrzne-go | 264,5 |
| Choroby skóry i tkanki podskórnej | 246,2 |
| Choroby oka i przydatków oka | 242,0 |
| Nieustalona grupa chorobowa | 221,5 |
| Choroby ucha i wyrostka sutkowatego | 138,9 |
| Choroby krwi i narządów krwiotwórczych | 76,4 |
| Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu | 22,7 |
| Wady rozwojowe wrodzone | 19,0 |
| Niektóre stany rozpoczynjące się w okresie okołoporodowym | 1,6 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [8].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Najczęściej dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej były związane z: **ciążą, porodem i połogiem** (6 749,4 tys.), **chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** (4 501,3 tys.), **chorobami układu oddechowego**   
   (4 196,2 tys.), **urazami, zatruciami** (3 845,6 tys.), **zaburzeniami psychicznymi   
   i zaburzeniami zachowania** (2 837,7 tys.), **chorobami układu nerwowego** (2 179,0 tys.), **chorobami układu krążenia** (1 440,6 tys.), **chorobami układu trawiennego**   
   (1 150,9 tys.) oraz **nowotworami** (1 112,9 tys.).

#### 4.5.2. Renty z tytułu niezdolności do pracy

W 2016 r., pod względem liczby przyznanych rent z tytułu niezdolności do pracy wypadkowych, dominowały województwa: śląskie – 18,2% ogółu rent z tytułu niezdolności   
do pracy wypadkowych, wielkopolskie (12,0%), mazowieckie (11,1%), i dolnośląskie (8,9%) – Tab. 25 [9]. Natomiast analizując liczbę przyznanych rent w przeliczeniu na 1000 pracujących (poza rolnictwem indywidualnym) należy zauważyć, że największe natężenie przyznawanych rent z tytułu niezdolności do pracy wypadkowych odnotowano w województwie lubelskim (0,198), śląskim (0,191) i lubuskim (0,183), najmniejsze zaś   
w województwie opolskim (0,028) i mazowieckim (0,085) – Tab. 25 [9].

**Tabela 25. Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe przyznane w 2016 roku według województw   
w przeliczeniu na 1000 pracujących.**

| **Województwa** | **Renty z tytułu niezdolności  do pracy wypadkowe ogółem** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe w odsetkach** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowe na 1000 pracujących** |
| --- | --- | --- | --- |
| **OGÓŁEM** | **1 678** | **100,0** | **0,133** |
| dolnośląskie | 149 | 8,9 | 0,146 |
| kujawsko-pomorskie | 73 | 4,4 | 0,118 |
| lubelskie | 104 | 6,2 | 0,198 |
| lubuskie | 57 | 3,4 | 0,183 |
| łódzkie | 78 | 4,6 | 0,098 |
| małopolskie | 138 | 8,2 | 0,126 |
| **MAZOWIECKIE** | **187** | **11,1** | **0,085** |
| opolskie | 8 | 0,5 | 0,028 |
| podkarpackie | 103 | 6,1 | 0,180 |
| podlaskie | 36 | 2,1 | 0,121 |
| pomorskie | 70 | 4,2 | 0,092 |
| śląskie | 306 | 18,2 | 0,191 |
| świętokrzyskie | 45 | 2,7 | 0,139 |
| warmińsko-mazurskie | 63 | 3,8 | 0,166 |
| wielkopolskie | 202 | 12,0 | 0,156 |
| zachodniopomorskie | 59 | 3,5 | 0,118 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [9].

Największą liczbę rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy przyznano w województwie – śląskim 15,9% ogółu rent z tego tytułu. W dalszej kolejności były to województwa: mazowieckie – 12,0%, wielkopolskie – 11,0%, dolnośląskie – 8,1% i małopolskie – 7,5%. Rozpatrując liczbę przyznanych rent w przeliczeniu na 1000 pracujących (poza rolnictwem indywidualnym) największe natężenie przyznawanych rent   
na skutek wypadków przy pracy odnotowano w województwie lubuskim (0,164), warmińsko-mazurskim (0,158) oraz podkarpackim (0,140); najmniejsze zaś w województwie opolskim (0,025) oraz mazowieckim (0,071) – Tab. 26 [9].

**Tabela 26. Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy przyznane w 2016 roku według województw w przeliczeniu na 1000 pracujących.**

| **Województwa** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy ogółem** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy w odsetkach** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy na 1000 pracujących** |
| --- | --- | --- | --- |
| **OGÓŁEM** | **1 296** | **100,0** | **0,103** |
| dolnośląskie | 105 | 8,1 | 0,103 |
| kujawsko-pomorskie | 65 | 5,0 | 0,105 |
| lubelskie | 70 | 5,4 | 0,133 |
| lubuskie | 51 | 3,9 | 0,164 |
| łódzkie | 70 | 5,4 | 0,088 |
| małopolskie | 97 | 7,5 | 0,089 |
| **MAZOWIECKIE** | **155** | **12,0** | **0,071** |
| opolskie | 7 | 0,5 | 0,025 |
| podkarpackie | 80 | 6,2 | 0,140 |
| podlaskie | 33 | 2,5 | 0,111 |
| pomorskie | 67 | 5,2 | 0,088 |
| śląskie | 206 | 15,9 | 0,128 |
| świętokrzyskie | 35 | 2,7 | 0,108 |
| warmińsko-mazurskie | 60 | 4,6 | 0,158 |
| wielkopolskie | 143 | 11,0 | 0,110 |
| zachodniopomorskie | 52 | 4,0 | 0,104 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [9].

Największą liczbę rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową przyznano w województwie śląskim – 26,2%. W dalszej kolejności były   
to województwa: wielkopolskie – 15,4%, dolnośląskie – 11,5%, małopolskie – 10,7%, lubelskie – 8,9% oraz mazowieckie – 8,4%. Rozpatrując liczbę przyznanych rent   
w przeliczeniu na 1000 pracujących największe natężenie przyznawanych rent spowodowanych chorobą zawodową odnotowano w województwie lubelskim (0,065), śląskim (0,062) oraz wielkopolskim (0,046). W województwie mazowieckim wskaźnik ten był na średnim poziomie (0,015) – Tab. 27 [9].

**Tabela 27. Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową przyznane w 2016 roku według województw w przeliczeniu na 1000 pracujących.**

| **Województwa** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową ogółem** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową w odsetkach** | **Renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową na 1000 pracujących** |
| --- | --- | --- | --- |
| **OGÓŁEM** | **382** | **100,0** | **0,030** |
| dolnośląskie | 44 | 11,5 | 0,043 |
| kujawsko-pomorskie | 8 | 2,1 | 0,013 |
| lubelskie | 34 | 8,9 | 0,065 |
| lubuskie | 6 | 1,6 | 0,019 |
| łódzkie | 8 | 2,1 | 0,010 |
| małopolskie | 41 | 10,7 | 0,038 |
| **MAZOWIECKIE** | **32** | **8,4** | **0,015** |
| opolskie | 1 | 0,3 | 0,004 |
| podkarpackie | 23 | 6,0 | 0,040 |
| podlaskie | 3 | 0,8 | 0,010 |
| pomorskie | 3 | 0,8 | 0,004 |
| śląskie | 100 | 26,2 | 0,062 |
| świętokrzyskie | 10 | 2,6 | 0,031 |
| warmińsko-mazurskie | 3 | 0,8 | 0,008 |
| wielkopolskie | 59 | 15,4 | 0,046 |
| zachodniopomorskie | 7 | 1,8 | 0,014 |

Źródło: opracowanie na podstawie danych ZUS [9].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Według danych ZUS w 2016 r. w przyczynach przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową dominowały takie schorzenia jak: **choroby narządu głosu** (29,8% ogółu rent z tytułu choroby zawodowej), **pylice płuc** (21,2%), **uszkodzenie słuchu** (14,7%) oraz **choroby układu ruchu** (5,5%).   
   W populacji kobiet podstawową przyczyną przyznania renty z tytułu choroby zawodowej były choroby narządu głosu – 59,2% ogółu przyznanych rent z tego tytułu, zaś w populacji mężczyzn były to: pylice płuc – 32,9%, uszkodzenia słuchu – 24,0% oraz choroby narządu głosu – 9,3%.

**Spis publikacji:**

1. Główny Urząd Statystyczny, Rozkrut D (red.). Rocznik demograficzny 2017. Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2017; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2017,3,11.html> (dostęp 21.11.2017).
2. Główny Urząd Statystyczny, Rozkrut D (red.). Rocznik Statystyczny 2016. Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2017; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2016,2,16.html> (dostęp 21.11.2017).
3. Longina R. Trwanie życia w 2016 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2017; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2016-r-,2,11.html> (dostęp 21.11.2017).
4. Wojtyniak B, Goryński P (red.). Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
5. Ministerstwo Zdrowia. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/> (dostęp 21.11.2017).
6. Urząd Miasta Stołecznego Warszawy Biuro Polityki Zdrowotnej, Osińska E (red.). Stan zdrowia mieszkańców m.st. warszawy w latach 2012–2014. Wydawnictwo Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa 2016.
7. Główny Urząd Statystyczny. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2016 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2017; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2016-r-,13,1.html> (dostęp 21.11.2017).
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. Absencja chorobowa w 2016 roku. Wydawnictwo Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017. <http://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka> (dostęp 21.11.2017).
9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych. Renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinne przyznane w 2016 roku z powodu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Wydawnictwo Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017. <http://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka> (dostęp 21.11.2017).

## Rozdział 5. Prognoza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego w perspektywie 2018-2035

Analizując informacje na temat prognozy stanu ludności można odnaleźć szereg opracowań dotyczących różnych horyzontów czasowych związanych z omawianym zagadnieniem. Dane publikowane przez Główny Urząd Statystyczny, dotyczące prognozy ludności czy starzenia się społeczeństwa swoją rozpiętością sięgają 2050 roku. W mapach potrzeb zdrowotnych, opracowywanych przez Ministerstwo Zdrowia, perspektywa czasowa jest znacznie węższa, gdyż kończy się na 2029 roku. Natomiast w publikacjach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP – PZH), szacunkowe dane prognozujące sytuację zdrowotną są przedstawione z horyzontem czasowym sięgającym 2060 roku. Przedstawione rozbieżności w zakresie stanu zdrowia ludności niosą za sobą wysokie ryzyko niepewności związanych z ww. prognozami.

Przedstawiona poniżej prognoza stanu zdrowia mieszkańców województwa mazowieckiego oparta jest na kilku dokumentach: mapach potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia (MZ), materiałach udostępnianych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz NIZP – PZH,   
a także opracowaniach Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.

### 5.1. Prognoza demograficzna

Zgodnie z wynikami długookresowej prognozy ludności, na terenie województwa mazowieckiego będzie dochodziło do wzrostu liczby mieszkańców do 2028 roku Od tego okresu przewiduje się spadek liczebności populacji. Ostatecznie przewiduje się, że   
na Mazowszu w 2050 roku liczba mieszkańców wyniesie 5318,7 tys. osób, tj. o 1,9 tys.   
(o 0,04%) więcej niż w 2013 roku. W całym prognozowanym okresie stany ludności będą wyższe niż w roku bazowym tj. w 2013 roku. Ostatecznie w 2050 roku tylko w województwie mazowieckim liczba ludności będzie większa niż w 2013 roku. Na poniższym wykresie przedstawiono sytuację, w której w pozostałych województwach nastąpi spadek liczby ludności w stosunku do roku bazowego[1].

Rycina przedstawia województwa według prognozowanej liczby ludności w 2050 r. przewiduje się, że 
na Mazowszu w 2050 roku liczba mieszkańców wyniesie 5318,7 tys. osób, tj. o 1,9 tys. 
(o 0,04%) więcej niż w 2013 roku. W całym prognozowanym okresie stany ludności będą wyższe niż w roku bazowym tj. w 2013 roku. Ostatecznie w 2050 roku tylko w województwie mazowieckim liczba ludności będzie większa niż w 2013 roku.

**Rycina 3. Województwa wg prognozowanej liczby ludności w 2050 r.**

Źródło: Prognoza ludności dla województwa mazowieckiego na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny.

Uwzględniając podział na obszary miejskie i wiejskie, można zaobserwować różnice   
w przebiegu procesów demograficznych na Mazowszu. Pomiędzy 2013, a 2024 rokiem nastąpi wzrost liczby mieszkańców miast. W 2024 roku w miastach województwa mazowieckiego zamieszkiwać będzie 3463,7 tys. mieszkańców. Od 2025 roku do końca okresu objętego prognozą spodziewany jest ubytek ludności miejskiej. Ostatecznie w 2050 roku populacja miast będzie wynosić 3369,0 tys. osób, co stanowi 98,7% populacji z 2013 roku. [1]. Na terenach wiejskich obserwowany będzie wzrost liczby ludności do roku 2035.   
W tym okresie liczebność populacji zwiększy się o 70,3 tys. w stosunku do 2013 roku   
i osiągnie poziom 1971,9 tys. Od 2036 roku będzie następował regres w stosunku   
do liczebności populacji, jednak w ostatnim roku prognozy liczba ludności zamieszkałej   
na obszarach wiejskich ukształtuje się na poziomie wyższym niż w roku bazowym. Ostatecznie w 2050 r. na wsi zamieszkiwać będzie 1949,7 tys. co stanowić ma 102,5% populacji z 2013 roku [1].

Województwo mazowieckie jest bardzo zróżnicowane pod względem rozwoju demograficznego. W przekroju podregionów tylko w trzech z nich przewiduje się wzrost liczby ludności. Największy wzrost w stosunku do danych z 2013 roku oczekiwany jest   
w podregionie warszawskim wschodnim (o 19,5%), nieco niższy w warszawskim zachodnim (o 17,9%). W m.st. Warszawie liczba ludności zwiększy się o 2,6%. W pozostałych pięciu podregionach przewiduje się ubytek liczby ludności, najwyższy w podregionie radomskim   
(o 19,0%). Sytuację obrazuje poniższa rycina [1].

Rycina przedstawia zmiany liczby ludności w 2050 r. w porównaniu do 2013 roku (w %). Województwo mazowieckie jest bardzo zróżnicowane pod względem rozwoju demograficznego. W przekroju podregionów tylko w trzech z nich przewiduje się wzrost liczby ludności. Największy wzrost w stosunku do danych z 2013 roku oczekiwany jest w podregionie warszawskim wschodnim (o 19,5%), nieco niższy w warszawskim zachodnim (o 17,9%). W m.st. Warszawie liczba ludności zwiększy się o 2,6%. W pozostałych pięciu podregionach przewiduje się ubytek liczby ludności, najwyższy w podregionie radomskim (o 19,0%). 

**Rycina 4. Zmiana liczby ludności w 2050 r. w porównaniu do 2013 roku (w %).**

Źródło: Prognoza ludności dla województwa mazowieckiego na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny [1].

Zgodnie z przyjętymi założeniami prognozy ludności, zmiany w natężeniu urodzeń   
i zgonów spowodują utrzymanie się na Mazowszu ujemnego przyrostu naturalnego, który   
z każdym kolejnym rokiem prognozy będzie się pogłębiał. Nadwyżka zgonów nad urodzeniami w 2050 roku wynosić będzie 16,7 tys. Oczekiwana długość życia będzie wzrastać i w 2050 roku będzie wynosiła: dla mężczyzn – 82,3 lata, dla kobiet – 87,8 lat. Obie wartości będą znajdowały się powyżej średniej ogólnopolskiej [2]. Przedstawiona sytuację obrazują zamieszczone poniżej tabele.

**Tabela 28. Oczekiwana długość życia dla mężczyzn; 2013-2050.**

Tabela przedstawia oczekiwaną długość życia dla mężczyzn; 2013-2050. Zgodnie z przyjętymi założeniami prognozy ludności, zmiany w natężeniu urodzeń 
i zgonów spowodują utrzymanie się na Mazowszu ujemnego przyrostu naturalnego, który 
z każdym kolejnym rokiem prognozy będzie się pogłębiał. Nadwyżka zgonów nad urodzeniami w 2050 roku wynosić będzie 16,7 tys. Oczekiwana długość życia będzie wzrastać i w 2050 roku będzie wynosiła: dla mężczyzn – 82,3 lata, dla kobiet – 87,8 lat. Obie wartości będą znajdowały się powyżej średniej ogólnopolskiej.

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny.

Tabela przedstawia oczekiwaną długość życia dla kobiet; 2013-2050. Zgodnie z przyjętymi założeniami prognozy ludności, zmiany w natężeniu urodzeń 
i zgonów spowodują utrzymanie się na Mazowszu ujemnego przyrostu naturalnego, który 
z każdym kolejnym rokiem prognozy będzie się pogłębiał. Nadwyżka zgonów nad urodzeniami w 2050 roku wynosić będzie 16,7 tys. Oczekiwana długość życia będzie wzrastać i w 2050 roku będzie wynosiła: dla mężczyzn – 82,3 lata, dla kobiet – 87,8 lat. Obie wartości będą znajdowały się powyżej średniej ogólnopolskiej.

**Tabela29. Oczekiwana długość życia dla kobiet; 2013-2050.**

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny.

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. W województwie mazowieckim, jako jedynym w Polsce, liczba ludności zwiększy się   
   do 2050 roku.
2. Poprzez nadwyżkę zgonów nad urodzeniami, w 2050 roku przyrost naturalny   
   w województwie mazowieckim będzie ujemny. Wynika to ze zmian w strukturze wieku oraz ze spadku liczby kobiet w wieku rozrodczym.
3. Oczekiwana długość życia, zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn będzie wzrastać. Ważna jest aktywizacja seniorów i zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej, aby zapewnić im jak najdłuższe życie w zdrowiu.

### 5.2 Starzenie się społeczeństwa

Rycina przedstawia prognozowaną strukturę ludności według płci i wieku w województwie (2029 rok). Z wyników prognozy 
na lata 2013-2029 wynika, że w województwie mazowieckim poważnym zmianom ulegnie struktura ludności według wieku. Nastąpi pogłębienie procesu starzenia się społeczeństwa.Starzenie populacji jest zjawiskiem powszechnym i nieodwracalnym. Stopień zaawansowania procesu zależy od fazy rozwoju społeczeństwa [1]. Z wyników prognozy   
na lata 2013-2029 wynika, że w województwie mazowieckim poważnym zmianom ulegnie struktura ludności według wieku. Nastąpi pogłębienie procesu starzenia się społeczeństwa. Zgodnie z definicją – starzenie się populacji oznacza zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. Istnieje wiele miar i klasyfikacji stopnia zaawansowania starzenia populacji takich, jak struktura ludności w podziale na biologiczne grupy wieku, udział ludności w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem, czy mediana wieku ludności [3].

**Rycina 5. Prognozowana struktura ludności według płci i wieku w województwie (2029 rok).**

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa mazowieckiego.

Wyniki prognozy potwierdzają, że do 2050 roku wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci (0- 14 lat) i osób w wieku 15-64 lat, zaś zwiększy się liczba osób starszych. Obrazuje   
to poniższa tabela. W stosunku do 2013 roku ubytek dzieci w wieku 0-14 lat szacowany jest na 127,2 tys. co stanowi 84,6% (88,4% w miastach, 78,7% na wsi) ich liczby w roku bazowym prognozy. Liczba osób w wieku 15-64 lat zmniejszy się w perspektywie do 2050 roku o 713,7 tys. z czego o 515,4 tys. w miastach. Pod względem liczebności zasoby w końcu prognozowanego okresu będą stanowiły w miastach 78,1% stanu z 2013 r., a na wsi 84,9%. Do końca horyzontu prognozy spodziewany jest wzrost liczby osób starszych o 842,8 tys.

W 2050 roku udział osób starszych w populacji ogółem wynosić będzie 31,3%, o 15,9 proc. więcej niż w 2013 r. W ostatnim roku prognozowanego okresu liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła 202,8% stanu z 2013 roku (w miastach 195,1% i odpowiednio 219,1% na terenach wiejskich) [1].

**Tabela 30**. **Prognozowana liczba ludności (w tys.) według biologicznych grup wieku.**

| **Wyszczególnienie** | **2013** | **2020** | **2035** | **2050** | **2013=100** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-14 | 825,2 | 852,2 | 708,5 | 698,0 | 84,6 |
| 15-64 | 3671,9 | 3514,7 | 3446,6 | 2958,1 | 80,6 |
| 65+ | 819,7 | 1021,4 | 1245,8 | 1662,6 | 202,8 |

Źródło: Prognoza ludności dla województwa mazowieckiego na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny.

W celu obliczenia liczby niezbędnych miejsc w hospicjach stacjonarnych, posłużono się wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej mówiącymi   
o konieczności zapewnienia co najmniej 100 łóżek w hospicjach stacjonarnych na milion populacji. Liczba miejsc w hospicjach domowych stanowi różnicę oszacowanej liczby miejsc paliatywno-hospicyjnych ogółem oraz liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych wg województw. Dla województwa mazowieckiego, prognoza liczby potrzebnych miejsc paliatywno-hospicyjnych w hospicjach w 2020 r. wynosi 14 693 (ogółem) w tym 539 miejsc stacjonarnych i 14 154 miejsc domowych [1,3].

Prognozowanym skutkiem obciążenia demograficznego dla systemu ochrony zdrowia z jednej strony spadek ilości środków, w tym przeznaczanych na ochronę zdrowia, niezależnie od przyjętej formuły: finansowanie budżetowe vs podatek zdrowotny vs składka ubezpieczeniowa. Z drugiej strony należy oczekiwać systematycznego wzrostu potrzeby finansowej sektora opieki zdrowotnej wynikającego ze starzenia się społeczeństwa (wielochorobowość, polipragmazja, dłuższe okresy rekonwalescencji), konieczności wprowadzania nowych leków i technologii, a także wzrastającej świadomości i oczekiwań   
(co przekłada się na konieczność podnoszenia standardu opieki) [1].

Należy rozważyć działania mające na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń   
w szpitalu i zapewnienie niektórym osobom hospitalizowany na oddziałach chorób wewnętrznych/geriatrycznych miejsc w placówkach zajmujących się opieką nad osobami starszymi, realizującymi w szczególności świadczenia opiekuńczo – lecznicze [4].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Wyniki prognozy wskazują na stały wzrost liczby osób starszych.
2. Spadek ilości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia i systematyczny wzrost potrzeby finansowej sektora opieki zdrowotnej będą stanowiły wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia.

### 5.3 Onkologia

Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z poziomu 25,1 tys. do 30 tys. (+4,9 tys.;+19,7%). W analizowanej perspektywie nowe przypadki nowotworów płuc (+0,78 tys.; +19%), piersi (+0,45 tys.; +16%), jelita grubego (+0,5 tys.; +24%) i gruczołu krokowego (+0,66 tys.,+29%) będą nadal dominującymi grupami nowotworów [4].

Prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna wzrośnie w latach 2016-2029 o 10 tys. przypadków (tj. z poziomu 68 tys. do 78 tys.; +14%) [3].

Przeprowadzone analizy (uwzględniając jedynie zmiany demograficzne, ceteris paribus) wskazują, że łączne zapotrzebowanie na hospitalizacje celem wykonania zabiegów chirurgicznych, zakwalifikowanych jako radykalne wzrośnie z poziomu ok. 11,4 tys. w roku 2016 do poziomu ok. 13,3 tys. w 2029 r. (+17%). W scenariuszu maksymalnym, w badanym horyzoncie czasowym, szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia   
w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 241,7 tys. osobodni w roku 2016 do 267,6 tys. osobodni w roku 2029 (+10,8%). W scenariuszu minimalnym,   
w badanym horyzoncie czasowym, szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania   
na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 104,7 tys. osobodni w roku 2016 do 118,4 tys. osobodni w roku 2029 (+13,1%).

W wariancie maksymalnym, do roku 2029 wzrost liczby osobodni świadczeń chemioterapii pozwoli na pojawienie się 21 nowych ośrodków realizujących takie świadczenia [5].

W 2014 roku liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń teleradioterapii wyniosła 8,7 tys., co oznacza że na 1 akcelerator przypadało średnio 583 pacjentów. Prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu teleterapii na 2025 rok wyniosło w województwie mazowieckim 12,5 tys. [3].

Do 2025 roku liczba akceleratorów w województwie mazowieckim powinna wzrosnąć z 18 do 28 (wzrost o 1 w Wieliszewie, o 2 w Płocku i Siedlcach, o 3 w Radomiu), a liczba pozytonowych tomografów emisyjnych (PET-CT) powinna wynosić od 2 do 4 [6].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. W 2029 roku wzrośnie liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych.
2. Nowotwory płuc, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego nadal będą dominującymi grupami nowotworów.
3. Należy prowadzić projekty zachęcające mieszkańców do zdrowego stylu życia oraz wskazujące na znaczenie wykonywania regularnych badań stanu zdrowia.

### 5.4. Rehabilitacja

Po 2017 roku dojdzie do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne   
w warunkach stacjonarnych, w szczególności dla pacjentów po urazach i po operacjach [9].

Ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz dominację chorób przewlekłych prowadzących często do niepełnosprawności, nakłady przeznaczane na rehabilitację leczniczą powinny zostać zwiększone trzykrotnie, żeby zagwarantować pacjentom dostęp   
do świadczeń rehabilitacyjnych w czasie poniżej 4 tygodni oczekiwania. Jest to uzasadnione medycznie – szybsza rehabilitacja jest bardziej skuteczna, a także ekonomicznie, gdyż szybka rehabilitacja osoby aktywnej zawodowo pozwala na szybki powrót do pracy, czyli redukcję kosztów pośrednich choroby (zasiłku chorobowego, spadku produktywności itd.) [8].

Ze świadczeń rehabilitacji leczniczej korzysta co roku blisko 10% ogółu ubezpieczonych. Należy oczekiwać, że zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń będzie   
w dalszym ciągu rosło, stawiając także wyzwania związane z właściwym adresowaniem świadczeń i podnoszeniem ich jakości i efektywności [8].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacji leczniczej.
2. Należy zwiększyć wydatki przeznaczone na rehabilitację leczniczą.

### 5.5. Kardiologia

Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2015-2025 w województwie mazowieckim zachorowalność wzrośnie z poziomu 53,4 tys.   
do poziomu 60,8 tys. (+7,4 tys.;+14%; najwyższa wartość w kraju). Pod względem dynamiki wzrostu zachorowalności województwo jest na miejscu 9. w Polsce.

W województwie mazowieckim na przestrzeni prognozowanych lat (2016-2029) same zmiany w strukturze ludności względem wieku, płci, miejsca zamieszkania spowodują zwiększenie zapotrzebowania na procedury realizowane w pracowniach hemodynamicznych o 21,6% [1].

Jednakże porównując obecne zasoby (32 stołów w województwie zgodnie   
z posiadanymi danymi będącymi w zasobach konsultanta krajowego i wojewódzkich)   
do pożądanych zasobów należy stwierdzić, że w okresie prognozy nie ma pilnej konieczności zwiększenia liczby stołów hemodynamicznych na terenie województwa.   
W województwie mazowieckim należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania   
na operacje kardiochirurgiczne i będzie ono największe pośród wszystkich województw [9].

Prognoza oparta na trendach demograficznych i optymalizacji obłożeń wykazała, że   
w latach 2016-2029 nastąpi wzrost liczby hospitalizacji o 22,6%. Liczba łóżek niezbędna   
do zaspokojenia tych potrzeb to 1140 w 2016 roku, 1430 w 2029 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016 w województwie było ich 1562). W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach. Powyższa prognoza nie zawiera łóżek związanych z pacjentami powyżej 85. roku życia, która została przeprowadzona dla starszych pacjentów z oddziałów chorób wewnętrznych, geriatrii, neurologicznych oraz kardiologicznych łącznie. Dodatkowa liczba łóżek niezbędna dla zaspokojenia potrzeb osób starszych do rozdysponowania pomiędzy tymi oddziałami to 900 w 2016 roku, 1080 w 2029 roku [1].

Ze względu na rozproszenie świadczeniodawców oraz na fakt, że w grupie chorób układu krwionośnego, zatruć i chorób zakaźnych widać prawie trzykrotną różnicę w ważonej ryzykiem śmiertelności pomiędzy szpitalami powyżej i poniżej progu 1000 zabiegów można wnioskować, że centralizacja świadczeń w województwie mazowieckim mogłaby poprawić osiągane wyniki leczenia. Analiza funkcjonowania oddziałów wykazała, że należy:

* rozważyć zasadność istnienia oddziałów kardiologicznych, gdzie nie wykonuje się procedur zabiegowych (7 w województwie), bowiem zachowawcze leczenie chorób kardiologicznych może odbywać się również na oddziałach chorób wewnętrznych,

dążyć do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych (1 oddział wykonał więcej niż zero i mniej niż 60 takich zabiegów) [4].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Zachorowalność na choroby kardiologicznie w województwie mazowieckim będzie wzrastać.
2. Należy liczyć ze wzrostem zapotrzebowania na operacje kardiochirurgiczne, które będzie najwyższe spośród wszystkich województw.
3. Nastąpi wzrost liczby hospitalizacji.

### 5.6. Zaburzenia psychiczne

Zasadniczą wadą funkcjonowania systemu jest brak organizacyjnej i finansowej zachęty do oferowania opieki kompleksowej, zintegrowanej, łatwo dostępnej oraz   
do podejmowania terytorialnie zdefiniowanej odpowiedzialności za tę opiekę - to podstawowe postulaty NPOZP, którego formąinstytucjonalną mają być lokalne centra zdrowia psychicznego. W województwie mazowieckim wydaje się możliwe natychmiastowe podjęcie działań przez 15-20 takich centrów, wg docelowych wskaźników NFOZP (1 centrum na 50-200 tys. mieszkańców) liczba takich centrów na Mazowszu powinna wynosić od 26 do 104. Brak prorozwojowych rozwiązań organizacyjno-finansowych prowadzi do pojawiania się epizodów kryzysowego braku miejsc w szpitalach, którego nie kompensują inne formy lecznictwa (niewydolne, lub nieistniejące) [3].

W celu pokazania, w których podgrupach chorobowych, należy się spodziewać największych wartości zapadalności rejestrowanej w poniższej tabeli zaprezentowano wartości jej prognoz w województwie mazowieckim w latach 2020 i 2029 (Tabela 31). Największa zapadalność rejestrowa w roku 2020 prognozowana jest dla podgrupy o nazwie „zaburzenia lękowe”, a najmniejsza dla schorzeń zakwalifikowanych jako „zaburzenia odżywiania”.

Zaburzenia psychiczne zostaną szczegółowo opisane w Mazowieckim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2018-2021.

**Tabela 31. Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie mazowieckim w latach 2020   
i 2029 [10].**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podgrupy** | **Prognoza 2020 (w tys.)** | **Prognoza 2029 (w tys.)** |
| Zaburzenia lękowe | 28,88 | 28,60 |
| Zaburzenia organiczne | 13,01 | 15,36 |
| Uzależnienia | 14,21 | 14,13 |
| Zaburzenia nastroju | 12,97 | 13,31 |
| Zaburzenia nastroju psychologicznego | 7,62 | 7,15 |
| Zab. zachowania i emocji rozp. się zwykle w dz. i wieku mł. | 5,94 | 5,57 |
| Zaburzenia osob. i zachowania dorosłych | 2,39 | 2,22 |
| Zespoły behaw. zw. z zab. fizjo. i czynnikami fiz. | 2,02 | 2,06 |
| Schizofrenia | 2,01 | 2,00 |
| Niepełnosprawność intelektualna | 1,72 | 1,65 |
| Psychozy inne niż schizofrenia | 1,38 | 1,39 |
| Zaburzenia odżywiania | 0,64 | 0,59 |

Źródło: opracowanie na podstawie dokumentu „Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego w zakresie 30 grup chorób, Ministerstwo Zdrowia”.

Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029   
w województwie mazowieckim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako ’uzależnienia’ i wynosi 3.99 p.p. (prognozowana zmiana procentowa   
w województwie mazowieckim wynosi -0.59% w stosunku do zmiany -4.58% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski. Najmniejsze odchylenie prognozowane jest dla zaburzenia organicznej wynosi 1.65 p.p [10].

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. W województwie mazowieckim jest niewystarczająca liczba centrów zdrowia psychicznego.
2. W kilkuletniej perspektywie istnieje zagrożenie braku miejsc w szpitalach, którego nie kompensują żadne inne formy lecznictwa.
3. W 2029 roku najwyższą zapadalność rejestrowaną prognozuje się dla zaburzeń lękowych.
4. Przewiduje się, że ze względu najwyższe odchylenie procentowej zmiany zapadalności dla podgrupy uzależnienia, będzie ona wymagała najintensywniejszych działań zapobiegawczych.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Prognoza ludności dla województwa mazowieckiego na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, http://warszawa.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/prognoza-ludnosci-dla-wojewodztwa-mazowieckiego-na-lata-20142050,6,1.html

2. Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny (http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html)

3. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa mazowieckiego

http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/07\_mazowieckie-1.pdf

4. Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia. http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\_public/o\_nfz/publikacje/prognoza\_korzystania\_ze\_swiadczen\_szpitalnych\_finansowanych\_przez\_nfz\_w\_kontekscie\_zmian\_demograficznych\_w\_polsce.pdf

5. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ\_onkologia\_mazowieckie.pdf.

6. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitali ustawowych, podsumowanie dla województwa mazowieckiego. http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/04/07\_podsumowanie\_mazowieckie-1.pdf

7. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej za 2016 rok. https://www.mazowieckie.pl/download/1/32146/REHABILITACJAMEDYCZNA.pdf

8. Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość. Narodowy Fundusz Zdrowia. http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/28/1/nfz.\_realizacja\_zadan\_na\_rzecz\_pacjentow.\_podsumowanie\_dzialan\_i\_wyzwania\_na\_przyszlosc.pdf

9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ\_kardiologia\_mazowieckie.pdf.

10. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego w zakresie 30 grup chorób, Ministerstwo Zdrowia (http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/03/podsumowanie\_mpz\_07.pdf)

## Rozdział 6. Dostępność usług zdrowotnych

Województwo mazowieckie charakteryzują duże nierówności w dostępie   
do świadczeń zdrowotnych. Wpływa na to między innymi wysoki stopień centralizacji regionu, co skutkuje nierównomiernie rozlokowanymi zasobami opieki medycznej, a co za tym idzie także świadczeń zdrowotnych. Z opinii 59 konsultantów wojewódzkich z różnych dziedzin medycyny przekazanych w 2016 roku wynika, że na Mazowszu jest jedynie dostateczny poziom dostępu do opieki szpitalnej i ambulatoryjnej (odpowiednio 29,8%   
i 39,3% przekazanych opinii). Generalnie w skali całego województwa dostęp do świadczeń szpitalnych był lepiej oceniony niż dostęp do poradni specjalistycznych [1]. Podobnie jak   
i w innych województwach, także na Mazowszu, ze względu na uwarunkowania systemowe związane z niedostatecznym finansowaniem świadczeń zdrowotnych, w niektórych zakresach dostęp do świadczeń jest ograniczony.

W opiniach Konsultantów Wojewódzkich dotyczących dostępności kadry medycznej (lekarze specjaliści oraz pielęgniarki) dominowała ocena dostateczna, przy czym wyraźnie gorsze wyniki dotyczyły zasobów pielęgniarskich [1]. W województwie mazowieckim, pomimo względnie wysokiej liczby specjalistów w porównaniu do innych województw, występują dziedziny z bardzo małą liczbą specjalistów lub dziedziny „zagrożone” z uwagi   
na wysoką medianę wieku. Wśród dziedzin z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym są dziedziny priorytetowe takie jak: geriatria, medycyna ratunkowa i radioterapia onkologiczna [2].

W województwie mazowieckim liczba pielęgniarek jest relatywnie wysoka   
w porównaniu do innych województw (7 miejsce w kraju w przeliczeniu na 100 tys. ludności), ale prawie połowa z nich to osoby powyżej 50 r.ż., co wskazuje na konieczność szybkiego „odmłodzenia” tej grupy zawodowej. Jednocześnie, obserwuje się zbyt małą liczbę pielęgniarek wyspecjalizowanych w poszczególnych dziedzinach, gdyż jest to zaledwie   
ok. 6,5% ogólnej liczby pielęgniarek [2].

W celu zniwelowania istniejących nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeciwdziałaniu ich pogłębianiu należy podjąć działania nakierowane na rozwój deficytowych, choć kluczowych dla regionu gałęzi opieki medycznej. Należą do nich m.in.   
**geriatria, onkologia, rehabilitacja medyczna, kardiologia i psychiatria.**

Przedstawiona poniżej ocena dostępności usług zdrowotnych na terenie województwa mazowieckiego (infrastruktura i kadry) w wybranych pięciu obszarach powstała w oparciu o kilka dokumentów: raporty z działalności Konsultantów Wojewódzkich za 2016 rok [1], mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii dla województwa mazowieckiego [2-4] oraz mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego   
w zakresie 30 grup chorób [5]. Dodatkowo wykorzystano także dane udostępnione przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) oraz Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) [6].

### 6.1. Dostęp do opieki geriatrycznej

W województwie mazowieckim w 2014 roku funkcjonowały 2 oddziały szpitalne, realizujące świadczenia z zakresu geriatrii w ramach umowy z NFZ, gdzie leczono 526 pacjentów przy 547 hospitalizacjach. (liczba hospitalizacji na pacjenta 1,04). W 2014 roku   
w mazowieckich oddziałach geriatrycznych najczęstszą przyczyna hospitalizacji były choroby układu krążenia [2]. Z danych RPWDL wynika, że w 2016 roku było zarejestrowanych 9 oddziałów geriatrycznych z ogólną liczbą łóżek 122 [6]. Kontrakt z Oddziałem Mazowieckim NFZ w 2016 roku miało 8 oddziałów na ogólną liczbę 108 łóżek. Osiągnięcie średniej europejskiej tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców oznaczałoby potrzebę funkcjonowania   
w województwie około 1000 łóżek. W zakresie lecznictwa ambulatoryjnego w skali całego województwa kontrakty z NFZ miało jedynie 8 poradni, co można uznać za dalece niewystarczające względem potrzeb regionu [7]. Istnieje bezwzględna konieczność rozwoju opieki geriatrycznej w województwie mazowieckim poprzez rozbudowę istniejącej bazy łóżkowej. Niezbędne jest uruchomienie oddziałów/pododdziałów geriatrycznych, łóżek   
w zakładach opiekuńczo-leczniczych, jak również rozwój opieki nad przewlekle chorymi.

Niedostateczna jest obecna liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii [7]. Zgodnie z zaleceniami WHO na 100-120 tys. ludności powinno być dostępnych około 20-25 łóżek w stacjonarnych oddziałach geriatrycznych (2 etaty lekarzy specjalistów), dodatkowo 15-25 miejsc na dziennych oddziałach geriatrycznych (1 etat) oraz jedna poradnia geriatryczna (2 etaty) [8]. Standardy geriatryczne opracowane przez Polskie Towarzystwa Gerontologiczne oparte na zaleceniach WHO podają, że należy dążyć do osiągniecia wskaźnika około 5 lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii na 100 tys. ludności, co daje dla województwa mazowieckiego około 265 specjalistów (obecnie jest ich zaledwie 37) [8, 9]. Mimo bardzo dużego zainteresowania młodych lekarzy podjęciem specjalizacji w dziedzinie geriatrii, w województwie mazowieckim w 2016 roku jedynie 23 lekarzy podjęło naukę specjalizacji w tym zakresie, w tym zaledwie 6 osób w trybie rezydenckim (dane NIL wskazują, że w 2014 r. zarejestrowanych na Mazowszu było 29 specjalistów z medianą wieku 56 lat) [2, 7].

Z analizy danych o zatrudnieniu pielęgniarek według podstawowego miejsca pracy wynika, że w 2011 roku pracowało 13 osób ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Brak jest pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie geriatrii i opieki paliatywnej. W 2011 roku zatrudnionych było 496 pielęgniarek ze średnim wykształceniem   
z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej i 140   
w dziedzinie opieki paliatywnej. Dane te wskazują na niewystarczający poziom zatrudnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej w zakresie geriatrii [10].

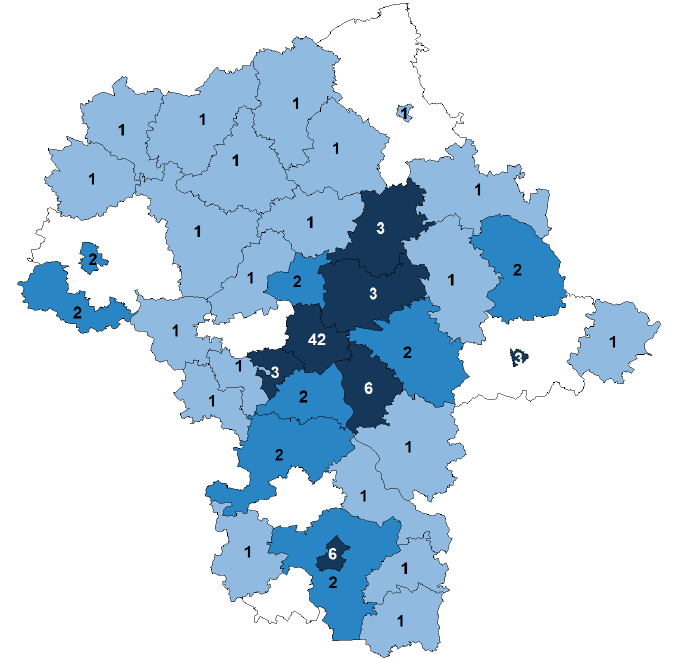
**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Zwiększenie liczby etatów oferowanych specjalistom geriatrii zarówno w lecznictwie szpitalnym jak i ambulatoryjnym.
2. Utworzenie dziennych oddziałów realizujących pełną diagnostykę i leczenie osób starszych   
   z wielochorobowością.
3. Konieczność jest wprowadzenie takich rozwiązań systemowych, które zapewnią odpowiednio wysokie finansowanie poradni geriatrycznych, co umożliwi realizację przez nie zadań zgodnie ze standardami geriatrycznymi.
4. Należy podjąć działania, które przyczynią się do skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej.
5. Pilnych działań wymaga zniwelowanie poważnych niedobórów lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii oraz braków kadrowych wśród pielęgniarek posiadających specjalizację geriatryczną.

### 6.2. Dostęp do opieki onkologicznej

W 2014 roku w województwie mazowieckim funkcjonowały 22 oddziały onkologiczne, z czego w przypadku 12 sprawozdano świadczenia do NFZ. Liczba łóżek na omawianych oddziałach w województwie wyniosła około 500, czyli 10 na 100 tys. ludności.   
W województwie mazowieckim w 2014 roku mediana liczby hospitalizacji wynosiła 3276   
i była to siódma najniższa wartość w Polsce [2]. Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego w 2016 roku 10 ośrodków posiadało umowy z zakresu onkologii klinicznej, w tym jedynie 3 były położone poza Warszawą (Radom, Siedlce, Ciechanów), co nie było optymalnym rozwiązaniem dla pacjentów (Rycina 6). Wszystkie te ośrodki posiadały umowy w zakresie pakietu onkologicznego oraz świadczeń chemioterapii jednodniowej [11].

Największa liczba ośrodków ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizujących świadczenia onkologiczne występowała w Warszawie (138), co stanowiło 29,5% wszystkich ośrodków zlokalizowanych w tym województwie. Stosunkowo duża liczba ośrodków znajdowała się w centralnych powiatach województwa. W 7 powiatach liczba AOS była mniejsza niż 3. Najwięcej pacjentów onkologicznych przyjęto w Centrum Onkologii Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie. Centrum: 49,6% wszystkich pacjentów leczonych   
w ramach AOS w województwie mazowieckim [3]. Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego na terenie województwa mazowieckiego w 2016 roku funkcjonowało 67 ośrodków AOS, które posiadały umowy w zakresie onkologii, w tym 57 także w zakresie pakietu onkologicznego, co wydaje się optymalne. Część poradni miało charakter poradni przyszpitalnych [11].

**Rycina 6. Liczba szpitali w poszczególnych powiatach województwa mazowieckiego, gdzie poddaje się leczeniu pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi (dane za 2012 r. [3]).**

W 2012 roku w województwie mazowieckim funkcjonowało 28 placówek realizujących świadczenia chemioterapii i posiadających umowę na realizację tych świadczeń z NFZ. Szesnaście z nich znajdowało się w Warszawie. Najwyższy odsetek chemioterapii udzielanej w trybie hospitalizacji realizowano dla pacjentów z powiatów szydłowieckiego (45%)   
i białobrzeskiego (43%) [3].

W województwie mazowieckim w 2012 roku 4 ośrodki udzielały świadczeń z zakresu radioterapii. W skali województwa na 100 pacjentów onkologicznych przypadało 12,5 świadczeń w zakresie teleradioterapii radykalnej. Najczęściej korzystali z nich pacjenci mieszkający w powiatach północno-zachodniej części województwa: sierpeckim, płońskim, mławskim, ciechanowskim, pułtuskim, nowodworskim, legionowskim i wołomińskim [3].

W bazie NIL w 2012 roku zarejestrowanych było 213 onkologów klinicznych zatrudnionych w województwie mazowieckim. Stanowili oni ok. 25% wszystkich onkologów klinicznych zatrudnionych w Polsce, co stawiało województwo mazowieckie na pierwszym miejscu w kraju pod względem stosunku liczby onkologów klinicznych na 100 tys. dorosłej ludności (wskaźnik 5,00) [3]. Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego z 2016 roku   
na Mazowszu było 199 lekarzy specjalistów onkologii klinicznej, ale 40% z nich było w wieku powyżej 49 r.ż. Ponadto, obserwowana jest nadmierna koncentracja specjalistów w dużych ośrodkach onkologicznych, głównie w Warszawie [11].

Mniej optymistyczne statystyki notowane są natomiast w zakresie dostępności kadry pielęgniarskiej. W 2015 roku w Polsce liczba pielęgniarek onkologicznych wynosiła 1251,   
z czego w województwie mazowieckim zarejestrowanych było 86 osób tej specjalizacji. Mazowsze było na 14. miejscu wśród wszystkich województw pod względem liczby pielęgniarek na 100 tys. dorosłej ludności [3].

Według opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej, rozwiązania oparte na pakiecie onkologicznym spowodowały regres w zakresie udzielania świadczeń w centrach onkologicznych, przy czym dominację w tym zakresie uzyskali prywatni świadczeniodawcy. Skutkiem tych działań było rozdrobnienie środków finansowych na małe ośrodki realizujące wycinkowo zakresy onkologiczne. Przyczyniło się to do pogorszenia sytuacji finansowej dużych wyspecjalizowanych podmiotów leczniczych [11].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. W świetle danych demograficzno-epidemiologicznych konieczna jest intensyfikacja działań nastawionych na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych (w tym edukację zdrowotną mieszkańców województwa) oraz ich coraz skuteczniejsze i szybsze leczenie.
2. W celu zapewnienia dostępu do świadczeń onkologicznych pacjentom spoza aglomeracji warszawskiej należy uruchomić komórki organizacyjne w szpitalach wielospecjalistycznych, które będą oferowały świadczenia z zakresu m.in. chemioterapii i radioterapii.

### 6.3. Dostęp do opieki rehabilitacyjnej

Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z 2016 roku wskazuje, że sieć oddziałów i poradni rehabilitacyjnych jest nierównomiernie rozłożona   
w skali całego województwa [12]. Ogólnie w 2013 roku w województwie mazowieckim było dostępnych 22 oddziały rehabilitacji z łączną liczbą 670 łóżek. Procent wykorzystania łóżek   
na oddziałach rehabilitacji wynosił blisko 100% ˗ rehabilitacja narządu ruchu 88,6%, neurologiczna 89,9%, kardiologiczna 82,0% i pulmonologiczna 87,9% [13]. W województwie funkcjonuje 546 poradni specjalistycznych o profilu rehabilitacyjnym, które podpisały kontrakt z NFZ, co według danych z 2013 roku stanowiło 16% wszystkich poradni w województwie. Najwięcej tego typu poradni zlokalizowanych było w Warszawie, Radomiu i Płocku oraz   
w powiatach: pruszkowskim, wołomińskim, otwockim i ciechanowskim. Na obszarze Mazowsza nie zanotowano powiatów bez poradni rehabilitacyjnej [13].

W dziedzinie rehabilitacji medycznej w 2013 roku we wszystkich powiatach województwa mazowieckiego występowały niedobory punktów przeznaczonych na porady   
z zakresu rehabilitacji medycznej – w powiecie żuromińskim wykonanych punktów było aż   
o 46,7% więcej niż przewidywał kontrakt. Duże przekroczenie kontraktów wystąpiło również   
w powiecie kozienickim, gdzie wykonano o 44,7% punktów więcej niż było zakontraktowanych, w powiecie szydłowieckim o 40,2% oraz w powiecie sochaczewskim   
o 36,9%. Podobnie jak rok wcześniej aż w 36 powiatach porady rehabilitacji medycznej były udzielane w niepublicznych podmiotach leczniczych. Udział punktów udzielonych poza publicznymi placówkami przyjął najwyższą wartość wśród wszystkich dziedzin medycznych   
i wyniósł 59,9%, w tym 3,79% w spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Pomimo tak dużego, w porównaniu do innych specjalności medycznych, finansowania opieki rehabilitacyjnej średni czas oczekiwania na świadczenie w województwie wynosił pod koniec 2013 r. aż 82 dni i był o ⅓ dłuższy niż w roku 2012 [13].

Zwraca uwagę wysoki odsetek pacjentów rehabilitowanych stacjonarnie w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w wieku 65+ i 80+ (w województwie mazowieckim odpowiednio 47,3% i 12,2%). Podobnie wysoki udział pacjentów 65+ i 80+ został zanotowany w zakresie rehabilitacji kardiologicznej (51,9% i 9,2%), neurologicznej (48,5% i 15,7%) i pulmonologicznej (61,2% i 9,7%). Świadczy to o szczególnych potrzebach zdrowotnych   
w zakresie rehabilitacji tej grupie wiekowej [5].

W województwie mazowieckim w latach 2011-2012 było blisko dwukrotnie więcej specjalistów wykonujących zawód w dziedzinie rehabilitacji medycznej, w przeliczeniu   
na 100 tys. ludności (4,67), niż w dolnośląskim (2,44), lubuskim (2,74) i wielkopolskim (2,80). Ministerstwo Zdrowia nie określiło jednak wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny (także w zakresie rehabilitacji) w odniesieniu do liczby ludności. Nie można więc ocenić, czy liczba lekarzy specjalistów jest odpowiednia w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców [14].

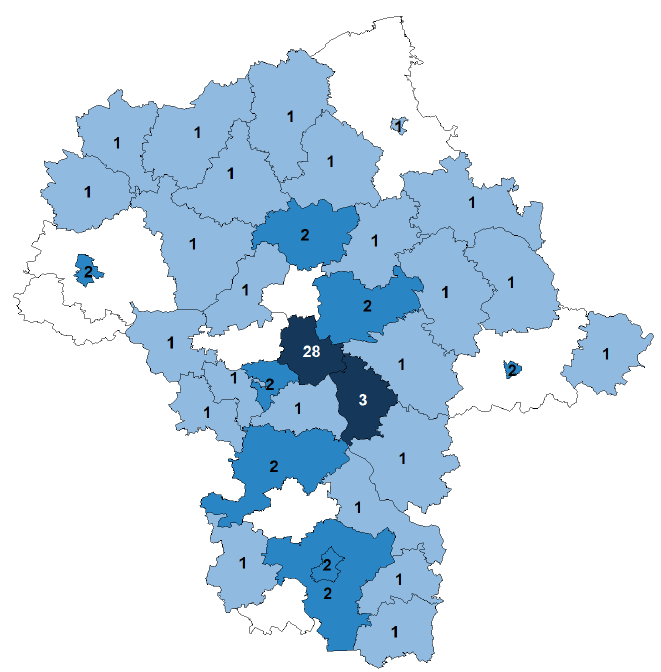
Według danych z raportu Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z 2016 roku na terenie Mazowsza była niedostateczna liczba lekarzy specjalistów, a w szczególności w oddziałach stacjonarnych szpitali publicznych. Istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby lekarzy specjalizujących się w zakresie rehabilitacji medycznej [12]. Wykorzystanie przyznanych miejsc rezydenckich, jak i pozarezydenckich   
w zakresie rehabilitacji medycznej kształtowało się na niskim poziomie [14]. Blisko połowa   
z przyznanych w 2016 roku miejsc specjalizacyjnych pozostała wolna (specjalizację podjęło 47 lekarzy na 105 dostępnych miejsc) [12]. Zdaniem Konsultanta Wojewódzkiego, małe zainteresowanie specjalizacją z rehabilitacji może mieć związek ze zbyt niską wyceną świadczeń z tego zakresu przez NFZ oraz z wprowadzeniem dodatkowych uprawnień dla fizjoterapeutów, których nowe kompetencje wchodzą w zakres uprawnień dotychczas zarezerwowanych tylko dla lekarzy [12].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Konieczne są inwestycje w stacjonarne oddziały rehabilitacji usytuowane   
   w szpitalach, które mogą zapewnić opiekę nad ciężej chorymi pacjentami.
2. Istotnym problemem kadrowym jest niedoszacowanie świadczeń rehabilitacyjnych przez dyrektorów jednostek, co odbija się niekorzystnie na płacach lekarzy specjalistów rehabilitacji. Przyczynia się to do rezygnacji z pracy specjalistów   
   w niektórych placówkach ochrony zdrowia.

### 6.4. Dostęp do opieki kardiologicznej

W 2013 roku na terenie województwa były 72 oddziały szpitalne zapewniające świadczenia dotyczące schorzeń kardiologicznych. Większość świadczeniodawców zlokalizowana była w miastach na prawach powiatu z czego 28 w Warszawie, 3 w powiecie otwockim i po 2 w Siedlcach, Radomiu, Pruszkowie i Płocku (Rycina 7) [4]. W województwie mazowieckim w 2014 roku były 32 oddziały, które sprawozdawały świadczenia do NFZ. Mediana liczby hospitalizacji wynosiła 2 170,5 i była to siódma najwyższa wartość w Polsce [2]. Największą jednostką kardiologiczną jest Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia   
w Warszawie który dysponował w 2013 roku 363 łózkami (w całym województwie wg RPWDL na dzień 31.03.2016 r. było 1 562 łóżek na oddziałach kardiologicznych, czyli 30   
na 100 tys. ludności) [4].



**Rycina 7. Liczba szpitali w poszczególnych powiatach województwa mazowieckiego, gdzie poddaje się leczeniu pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi (dane za 2013 r. [4]).**

Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii z 2016 roku   
na Mazowszu jest bardzo dobra dostępność do świadczeń z zakresu kardiologii interwencyjnej (koronarografia diagnostyczna, angioplastyka wieńcowa) oraz elektroterapii (stymulatory). Większe trudności natomiast istniały w dostępie do zabiegów ablacji (długi czas oczekiwania – 1,5 roku), w tym także zabiegów ablacji złożonej (oczekiwanie ponad 2 lata) [15].

W 2013 roku na terenie województwa znajdowały się 254 podmioty AOS, w których realizowano świadczenia kardiologiczne. Spośród powiatów województwa mazowieckiego najwięcej podmiotów AOS ulokowanych było w Warszawie (106) [4]. Nieco inne dane podaje Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla 2016 r.: liczba przychodni w całym województwie 186, w tym 84 w Warszawie. Raportuje się także długie kolejki oczekujących   
na pierwszą wizytę i zbyt krótkie godziny pracy poradni [15].

W województwie pracuje obecnie 424 specjalistów z zakresu kardiologii (dane Konsultanta Wojewódzkiego) [15], ale według statystyk NIL, na Mazowszu zarejestrowanych jest 638 kardiologów (siódma najwyższa wartość w kraju) [2]. Wysoka mediana wieku (52 lata) świadczy o pilnej potrzebie odmłodzenia kadry [2]. Mimo dużego zainteresowania specjalizacją kardiologiczną wśród młodych lekarzy, w 2016 roku nie wykorzystano wszystkich miejsc specjalizacyjnych (120 wolnych miejsc w województwie). Obecnie   
w trakcie specjalizacji jest 266 lekarzy w tym 168 rezydentów [15]. Notuje się dobry stosunek kardiologów do liczby zatrudnionych lekarzy w oddziałach kardiologicznych,   
a liczba kardiologów na 100 tys. dorosłej ludności wynosi 14,98 (czwarty wynik w kraju) [4]. Niekorzystnym trendem jest odchodzenie specjalistów z oddziałów szpitalnych na rzecz opieki ambulatoryjnej. Ponadto, w niektórych oddziałach szpitalnych występują braki personelu pielęgniarskiego w niektórych bardzo poważne. W województwie mazowieckim   
w 2015 roku zarejestrowanych było 283 pielęgniarek kardiologicznych. Województwo było   
na czwartym miejscu w Polsce pod względem liczby pielęgniarek na 100 tys. ludności [4]. Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego z 2016 r., w 10 spośród 32 ośrodków kardiologicznych zgłaszane były braki kadrowe w zakresie pielęgniarstwa [15].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Podjęcie działań zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania pacjentów   
   na wizytę do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Zwiększenie dostępności rehabilitacji kardiologicznej poprzez tworzenie oddziałów stacjonarnych, ambulatoryjnych i telerehabilitacji.
3. Prowadzenie programów edukacji pacjentów dotyczących zmian w zakresie stylu życia, rozpoznawania objawów, profilaktyki wtórnej oraz stosowania się do zaleceń lekarskich.
4. Zwiększenie liczby specjalistów kardiologii zajmujących się wykonywaniem zabiegów ablacji w tym ablacji złożonej.
5. Oszacowanie skutków wprowadzanych zmian wyceny procedur kardiologii interwencyjnej na zadłużenie niektórych oddziałów w szpitalach specjalistycznych.

### 6.5. Dostęp do opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych powinna wynosić 4 łóżka na 10 tys. mieszkańców równomiernie rozłożona jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta,   
w miastach lub dzielnicach powyżej 80 tys. mieszkańców z optymalną lokalizacją w szpitalach ogólnych [16]. Mając na uwadze liczebność populacji Mazowsza wynika, że wymagana jest liczba 2 140 łóżek w psychiatrycznych oddziałach szpitalnych. Według danych przekazanych w 2016 r. przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii   
w województwie mazowieckim jest 11 szpitali psychiatrycznych. Uwzględniając wszystkie oddziały psychiatryczne (w tym w szpitalach ogólnych) w województwie mazowieckim jest 1758 łóżek psychiatrycznych. Oznacza to brak ok 300 łóżek, tj. 20% [17]. Oddziały psychiatryczne zgodnie z zaleceniami NPOZP powinny funkcjonować w mieście powyżej 80 tys. mieszkańców tj. w Radomiu, Płocku i Warszawie. Dostępność świadczeń psychiatrycznych nie jest równomierna na Mazowszu. Na terenie 30 powiatów ziemskich nie znajdują się żadne placówki udzielające świadczeń na ogólnych oddziałach psychiatrycznych [16].

Zgodnie z założeniami NPOZP liczba poradni powinna wynosić 1 poradnia na 50 tys. mieszkańców czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta. Aktualny wskaźnik liczby poradni na 50 tys. mieszkańców wynosi 1,4. Poradnie świadczeń zdrowia psychicznego zostały zakontraktowane w każdym powiecie województwa mazowieckiego,   
a na terenie m. st. Warszawy w każdej dzielnicy [16]. Według danych przekazanych w 2016 r. przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii na terenie województwa zarejestrowanych jest 481 poradni (placówki publiczne, niepubliczne i spółki) z czego większość jest niepublicznych. Średni czas oczekiwania na wizytę wynosi 2 miesiące. Notuje się gorszą dostępność do diagnostyki poza terenem dużych miast [17].

W 2016 roku na terenie województwa mazowieckiego zatrudnionych było 489 lekarzy specjalistów psychiatrii w tym 36 z I stopniem specjalizacji, 244 z II stopniem, 209   
ze specjalizacją w nowym trybie (dane NIL podają, że w 2014 r. zarejestrowanych na Mazowszu było 703 specjalistów, przy medianie wieku 49 lat) [2, 17]. Obserwuje się odpływ lekarzy specjalistów z lecznictwa państwowego do prywatnego. Analiza SWOT przeprowadzona na potrzeby opracowania „Mazowieckiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” wykazała, że w województwie występują braki w zakresie specjalistycznej kadry (wg szacunkowych wyliczeń brakuje ok. 130 lekarzy psychiatrów dla dorosłych, 20 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży i 340 psychologów klinicznych) [16]. Według danych Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, pod koniec 2016 roku szkolenia specjalizacyjne odbywało 176 lekarzy, w tym 136 osób w trybie rezydenckim, przy czym   
w województwie pozostaje 321 wolnych miejsc szkoleniowych (łącznie na Mazowszu jest dostępnych 495 akredytowanych placówek) [17]. W związku z umiarkowanym zainteresowaniem młodych lekarzy specjalizacją w dziedzinie psychiatrii, konieczne jest podjęcie działań na rzecz utworzenia systemu motywującego do podejmowania specjalizacji w dziedzinach deficytowych.

Widoczny jest deficyt w zakresie zatrudnienia pielęgniarek w placówkach lecznictwa stacjonarnego. Na Mazowszu dostępna jest niewielka liczba pielęgniarek ze specjalizacją   
w dziedzinie psychiatrii (41 osób). Ponadto 229 pielęgniarek ze średnim wykształceniem medycznym ma ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego,   
a 85 ma ukończoną specjalizację z tego zakresu. W województwie pracuje ponadto 263 terapeutów zajęciowych. Konsultant Wojewódzki zwraca uwagę na ogromne braki w zakresie dostępu do kadry pielęgniarskiej dobrze przygotowanej do pracy z pacjentem psychiatrycznym [17].

**Główne problemy do rozwiązania**:

1. Podjęcie działań w kierunku zwiększenia dostępności dla pacjentów oddziałów dziennych, rehabilitacyjnych i ambulatoryjnych, co powinno skrócić czas oczekiwania na wizytę w tych placówkach.
2. Poprawa bardzo trudnych warunków lokalowych w szpitalach, szczególnie   
   w Warszawie.
3. Zwiększenie dostępności do miejsc w Domach Pomocy Społecznej, co powinno skrócić czas przebywania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych.
4. 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.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Raporty z działalności konsultantów wojewódzkich za 2016 rok. <https://www.mazowieckie.pl/pl/dla-klienta/zdrowie/konsultanci/10706,Raporty-za-2016-rok.html> .

2. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa mazowieckiego. <http://bip.mazowieckie.pl/attachments/download/4168> .

3. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_mazowieckie.pdf> .

4. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_mazowieckie.pdf> .

5. Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego w zakresie 30 grup chorób. <http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/03/podsumowanie_mpz_07.pdf> .

6. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/Search> .

7. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii za 2016 rok. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/32095/GERIATRIA.pdf> .

8. Derejczyk, J., et al., Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatria. Gerontologia Polska, 2005. 13(2): 67-83.

9. Bień, B., et al., Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontologia Polska, 2013. 21(2): 33-47.

10. Raport „Opieka nad osobami starszymi na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009 - 2011”. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/23704/RaportOpiekanadosobamistarszyminatereniewojewodztwamazowieckiegowlatach2009-2011.pdf> .

11. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej za 2016 rok. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/32119/ONKOLOGIAKLINICZNA.pdf> .

12. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej za 2016 rok. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/32146/REHABILITACJAMEDYCZNA.pdf> .

13. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim w 2013 r. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/37888/Ocenazabezpieczeniaopiekizdrowotnejwwojewodztwiemazowieckimw2013roku.pdf> .

14. Raport Najwyższej Izby Kontroli: Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf> .

15. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii za 2016 rok. https://www.mazowieckie.pl/download/1/32102/KARDIOLOGIA.pdf.

16. Mazowiecki program ochrony zdrowia psychicznego 2011-2015. <http://www.mcps.com.pl/images/docs/wojewodzkie-programy/mazowiecki_program_ochrony_zdrowia_psychicznego__2011-2015_.pdf> .

17. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychatrii za 2016 rok. <https://www.mazowieckie.pl/download/1/32141/PSYCHIATRIA.pdf> .

## Rozdział 7. Analiza opinii AOTMiT wydanych do PZ/PPZ z terenu województwa mazowieckiego w latach 2012-2017

W poniższym rozdziale zostały przedstawione dane na temat projektów programów polityki zdrowotnej ocenianych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w latach 2012-2017. Na podstawie opinii Prezesa AOTMiT, zawartych na stronie internetowej AOTMiT, opracowano dane na temat charakterystyki projektów programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej (PZ/PPZ) oraz rekomendacji w zakresie dalszego planowania działań prowadzonych w ramach PPZ. Łącznie Agencja wydała 212 opinii dotyczących województwa mazowieckiego (dane na dzień 16.10.2017 r.). Poniższy wykres przedstawia rozkład liczby opinii wydanych do PZ/PPZ w latach 2012-2017 dotyczących województwa mazowieckiego. Rozkład na przestrzeni lat układał się dość jednostajnie. Nie zaobserwowano dużych różnic pomiędzy poszczególnymi latami. Najwięcej opinii zostało wydanych w 2012 r. (42 opinie), najmniej w 2017 r. (27 opinii). Należy jednak pamiętać, że wykres uwzględnia opinie wydane do 16.10.2017 r.

**Wykres 16. Liczba opinii PZ/PPZ wydanych przez AOTMiT w latach 2012-2017 dla jst z terenu woj. mazowieckiego.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych ze strony internetowej AOTMiT [1].

Zakres tematyczny został przedstawiony w tabeli poniżej. W latach 2012-2017 dominowały projekty PPZ związane ze szczepieniami przeciwko grypie (32 projekty), wirusowi brodawczaka ludzkiego oraz profilaktyki nowotworów (21), a także działaniami profilaktycznymi w zakresie opieki rehabilitacyjnej (18) oraz związane z innymi problemami zdrowotnymi (33 opinie). Najmniej wydano opinii w zakresie projektów dotyczących naprotechnologii (1 opinia), pulmonologii (1 opinia) oraz zapłodnienia pozaustrojowego metoda in vitro (2 opinie). Jako inne problemy zdrowotne zostały włączone projekty z zakresu m.in. krwiodawstwa, okulistyki, słuchu, wzroku, urologii. Jeden z projektów dotyczył zarówno rehabilitacji jak i dietetyki. Dane zostały przyporządkowane do kolumny związanej   
z rehabilitacją. W przypadku projektu, w którym połączono działania związane ze szczepieniami odnośnie grypy i meningokoków – dane zostały zawarte w wierszu dotyczącym szczepień p/ grypie. Najwięcej opinii pozytywnych otrzymały projekty z zakresu promocji zdrowia, szczepień przeciwko grypie oraz szczepień p/ HPV. Najwięcej negatywnych opinii zostało wydanych do projektów programów odnoszących się do promocji zdrowia, profilaktyki nowotworów, czy tez rehabilitacji [1].

**Tabela 32. Podział dziedzin PZ/PPZ ze względu na rodzaj otrzymanej opinii.**

| **Dziedzina** | **Liczba opinii AOTMiT** | **Liczba opinii pozytywnych/ pozytywnych warunkowo** | **Liczba opinii negatywnych** |
| --- | --- | --- | --- |
| cukrzyca | 6 | 3 | 3 |
| dietetyka | 5 | 2 | 3 |
| choroby zakaźne-HCV | 3 | 3 | - |
| pulmonologia | 1 | - | 1 |
| kardiologia | 7 | 3 | 4 |
| geriatria | 6 | 2 | 4 |
| naprotechnologia | 1 | - | 1 |
| onkologia | 21 | 4 | 17 |
| promocja zdrowia | 33 | 12 | 21 |
| psychiatria | 5 | 5 | - |
| pulmonologia | 1 | - | 1 |
| ratownictwo medyczne | 5 | 3 | 2 |
| rehabilitacja | 19 | 8 | 11 |
| stomatologia | 12 | 7 | 5 |
| szczepienia-grypa | 33 | 28 | 5 |
| szczepienia-meningokoki | 6 | 5 | 1 |
| szczepienia-pneumokoki | 14 | 12 | 2 |
| szczepienia-HPV | 21 | 17 | 4 |
| szkoły rodzenia | 11 | 9 | 2 |
| zapłodnienie metodą in vitro | 2 | 2 | - |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych ze strony internetowej AOTMiT [1].

Analizując liczbę wszystkich negatywnych opinii Prezesa AOTMiT, wydaje się zasadnym przygotowanie szkoleń z zakresu poprawności tworzenia projektów programów PPZ zgodnych ze schematem proponowanym przez Prezesa AOTMiT.

Jednostkami samorządów terytorialnych (jst), które otrzymały najwięcej opinii do swoich programów były miasto Legionowo (30 opinii), miasto Otwock (14 opinii) oraz powiat legionowski (13 opinii). Pojedyncze PZ/PPZ były opiniowane z m.in. Gminy Celestynów, Gminy Cegłów, Gminy Brochów.

Warto również nadmienić, że Samorząd Województwa Mazowieckiego otrzymał od Agencji   
w latach 2012-2017 12 pozytywnych/pozytywnych warunkowo opinii oraz jedną negatywną. Zakres tematyczny dotyczył przede wszystkim działań rehabilitacyjnych, szeroko pojętej promocji zdrowia oraz psychiatrii.

**Tabela 33. Programy Samorządu Województwa Mazowieckiego ocenione przez AOTMiT w latach 2012-2017.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tytuł | Zakres tematyczny | Opinia Prezesa AOTMiT |
| Terapia dzieci i młodzieży uzależnionej od alkoholu i osób współuzależnionych | uzależnienia | pozytywna |
| "Rozpoznawawnie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej - Program edukacyjno - konsultacyjny" | psychiatria | pozytywna warunkowo |
| "Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych" | choroby układu krążenia | pozytywna warunkowo |
| "Psycho-kreacje" program aktywizujący dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi | psychiatria | pozytywna warunkowo |
| Program diagnostyczno-edukacyjny "Opracowanie wskazówek i zaleceń do pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w środowisku domowym" | psychiatria | pozytywna warunkowo |
| Zwiększenie efektywności rehabilitacji narządu ruchu u dzieci z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym przy użyciu zrobotyzowanej ortezy do rehabilitacji chodu Lokomat | rehabilitacja | pozytywna warunkowo |
| Warsztaty Rozwoju Rodzicielskiego - zaburzenia ze spektrum autyzmu | psychiatria | pozytywna warunkowo |
| Program wsparcia leczenia niepłodności mieszkańców Województwa Mazowieckiego metodą naprotechnologii na lata 2016-2018 | promocja zdrowia | negatywna |
| Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych województwa mazowieckiego na lata 2017-2018 | promocja zdrowia | pozytywna warunkowa |
| Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2017-2019 | diabetologia | pozytywna warunkowa |
| Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie Województwa Mazowieckiego | rehabilitacja | pozytywna |
| Program badań przesiewowych w kierunku wykrycia wirusem zapalenia wątroby typu C | WZW C | pozytywna warunkowo |
| Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego | rehabilitacja/dietetyka | pozytywna warunkowo |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych ze strony internetowej AOTMiT [1].

Należy zaznaczyć, że analizując wszystkie opinie wydane przez AOTMiT, nie jest jasne czy pozostałe jst z terenu województwa mazowieckiego nie prowadziły żadnych programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej, czy też nie przesyłały ich do oceny AOTMiT. Zgodnie   
z nowelizacją ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 poz. 1938), wszystkie projekty PPZ powinny być oceniane przez AOTMiT.   
W przypadku otrzymania pozytywnej lub pozytywnej warunkowo opinii Prezesa Agencji, wnioskodawca danego projektu programu będzie mieć możliwość kontynuowania prac związanych z wdrożeniem programu. W przypadku otrzymania negatywnej opinii, projekt nie będzie realizowany. Mając na uwadze powyższe wydaje się zasadnym uświadomienie wszystkich samorządowców zajmujących się szeroko rozumianą ochroną zdrowia z terenu województwa mazowieckiego o konieczności (np. w formie szkoleń) składania projektów   
do AOTMiT celem ich zaopiniowania. Otrzymanie pozytywnej lub pozytywnej warunkowo opinii Prezesa AOTMiT będzie w przyszłości warunkować możliwość wcielenia w życie PPZ.

Poniżej przedstawiono dane dotyczące głównych uwag zawartych w opiniach Prezesa Agencji z lat 2012-2017. Zostały one podzielone na kilka kategorii m.in. zgodność ze schematem prawidłowo zaprojektowanego programu, cele, mierniki efektywności, populacja, interwencje, budżet oraz monitorowanie i ewaluacja.

W opiniach Prezesa Agencji najwięcej uwag dotyczyło elementów projektów związanych z:

* kosztami całkowitymi,
* ewaluacją,
* monitorowaniem,
* proponowaną interwencją,
* oszacowaną populacją.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy zaznaczyć, że są to części PPZ, na które Agencja   
w szczególny sposób zwraca uwagę. W przypadku gdy oszacowanie populacji lub zaplanowane interwencja nie są prawidłowo przygotowane, to pozostałe elementy projektu nie będą wtedy odgrywać istotnej roli. Brak kosztów całkowitych uniemożliwia weryfikacje poprawności przyjętych założeń, co w konsekwencji może przyczynić się do otrzymania przez projekt opinii negatywnej.

Najmniej uwag związanych było z elementami projektów odnoszącymi się do:

* źródeł finansowania,
* opisu problemu zdrowotnego ,
* zgodności ze schematem zaproponowanym przez AOTMiT .

**Tabela 34. Liczba i odsetek elementów PPZ, do których stwierdzono uwagi w ramach opinii Prezesa AOTMiT.**

| **Wybrane elementy PPZ (w oparciu o schemat AOTMiT)** | **Liczba PPZ, w których stwierdzono uwagi** |
| --- | --- |
| Zgodność ze schematem programu proponowanego przez AOTMiT | 11 |
| Opis problemu zdrowotnego | 9 |
| Opis epidemiologii | 20 |
| Cel główny | 29 |
| Cele szczegółowe | 46 |
| Mierniki efektywności odpowiadające celom programu | 53 |
| Oszacowanie populacji biorącej udział w programie | 128 |
| Zaplanowane interwencje (w tym podwójne finansowanie świadczeń) | 73 |
| Koszty jednostkowe | 70 |
| Koszty całkowite | 143 |
| Źródła finansowania | 5 |
| Monitorowanie | 86 |
| Ewaluacja | 91 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zaczerpniętych ze strony internetowej AOTMiT [1].

Powyższe wyniki przeprowadzone w ramach analizy PPZ opiniowanych przez AOTMiT pozwalają stwierdzić, że należałoby wprowadzić lub ewentualnie poprawić sprawozdawczość PPZ. Dodatkowo wydaje się zasadnym określenie, w jakim stopniu uwagi zawarte w opiniach Prezesa AOTMiT, są faktycznie wykorzystywane w obecnie realizowanym programie. Wartym rozważenia byłoby również sprawdzenie, czy i w jakim stopniu uwagi zawarte   
w opiniach AOTMiT stanowią narzędzie wykorzystywane w ramach tworzenia kolejnych edycji programów polityki zdrowotnej. Województwo mazowieckie mogłoby zaproponować pewnego rodzaju pilotaż w zakresie prowadzenie tego typu sprawozdawczości. Z pewnością powyższe elementy stałyby się fundamentem do dyskusji na temat zasadności tworzenia poszczególnych programów. Dodatkowo w celu uniknięcia tworzenia programów, które nie mają pokrycia w dowodach naukowych (badania wtórne/rekomendacje naukowe), należałoby rozważyć możliwość przeprowadzania konsultacji w sprawie treści i założeń programów z ekspertami klinicznymi (np. konsultanci krajowi, wojewódzcy, eksperci w danej dziedzinie medycyny). Zapewne przyczyniłoby się to, do wzrostu rzetelności poszczególnych projektów przesyłanych w celu zaopiniowania.

**Spis piśmiennictwa:**

**Główne problemy do rozwiązania:**

1. Wydaje się zasadnym przygotowanie szkoleń z zakresu poprawności tworzenia projektów programów PPZ zgodnych ze schematem proponowanym przez Prezesa AOTMiT.
2. Sugeruje się ustawiczne uświadamianie wszystkich samorządowców zajmujących się szeroko rozumianą ochroną zdrowia z terenu województwa mazowieckiego   
   o konieczności uzyskania opinii Prezesa AOTMiT w zakresie PPZ. Otrzymanie pozytywnej lub warunkowo pozytywnej opinii decydować będzie o dalszych pracach nad projektem w celu jego wdrożenia.
3. Należałoby wprowadzić lub ewentualnie poprawić sprawozdawczość PPZ.
4. Wartym rozważenia byłoby również sprawdzenie, czy i w jakim stopniu uwagi zawarte   
   w opiniach AOTMiT stanowią narzędzie wykorzystywane w ramach tworzenia kolejnych edycji programów polityki zdrowotnej.
5. Należałoby rozważyć możliwość ustawicznego przeprowadzania konsultacji w sprawie treści i założeń programów z ekspertami klinicznymi (np. konsultanci krajowi, wojewódzcy, eksperci w danej dziedzinie medycyny) w celu wykluczenia projektów niezgodnych z dowodami naukowymi w postaci np. rekomendacji.
6. Strona internetowa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Opinie o projektach programów zdrowotnych realizowanych przez jst: http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst ( dostęp 16.10.2017).

## Rozdział 8. Fundusze Europejskie dla jednostek samorządu terytorialnego w latach 2014-2020

### 8.1. Zdrowie we Wszystkich Politykach

W prezentowanym rozdziale zostały przedstawione możliwości pozyskania środków   
z Funduszy Europejskich na lata 2014-2020 dla jednostek samorządu terytorialnego.

Analiza ta jednak nie będzie dotyczyła jedynie możliwości pozyskania środków wyłącznie na projekty bezpośrednio związane ze zdrowiem, lecz zgodnie z koncepcją *Zdrowia we Wszystkich Politykach (Health in All Policies - HiAP)* [1-4], przedstawione zostaną szeroko pojęte możliwości pozyskania środków z Funduszy Europejskich,   
na wszelkie działania,   
w których czynnik prozdrowotny, być może nie zawsze oczywisty, może być bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na skuteczność pozyskania środków z określonego Programu Operacyjnego i Osi Priorytetowej [5-10].

Głównym założeniem koncepcji **Zdrowia we Wszystkich Politykach** jest postulat przyporządkowania odpowiedzialności za zdrowotne konsekwencje ich działań wszystkim podmiotom, których aktywności mogą do takich konsekwencji prowadzić.

Szeroka dystrybucja odpowiedzialności za zdrowie społeczności jest traktowana jako niezbędny warunek pozytywnych oddziaływań na zdrowie i przyczyniania się do zmniejszania nierówności w zdrowiu. Podejście typu HiAP może być postrzegane jako pewien wariant polityki zdrowotnej [1-4].

Teza o znaczącym wpływie różnych sektorów na zdrowie jest wyprowadzana   
z modeli przyjmujących twierdzenia o wielości czynników wpływających na zdrowie, ale szczególna odpowiedzialność powinna być przypisywana podmiotom publicznym, aktywnym   
w formułowaniu i realizowaniu wszystkich polityk publicznych. Zachowania każdej jednostki kształtują stan jej zdrowia, ale nie ulega wątpliwości, że wpływające na zdrowie warunki wielowymiarowego otoczenia, w których żyją i pracują ludzie, są kształtowane przez ogrom aktywności – zamierzonych i niezamierzonych – podejmowanych w procesach gospodarczych i symbolicznych. Akcent położony na działania władz publicznych, przede wszystkim rządu lub samorządu, może być traktowany jako cecha wyróżniająca HiAP spośród innych idei, w których dostrzega się wielość czynników wpływających na zdrowie [1]. Niezależnie od formalnego wyznaczenia obszaru kompetencji ministrów, centralnych urzędów, czy też organów samorządowych i ich eksperckiego zaplecza, świadomość możliwości wywołania skutku zdrowotnego powinna być zawsze obecna w rozważanych   
i podejmowanych decyzjach. Jak przyjęto w jednej z „zasad HiAP”, do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia konieczne jest uznanie w praktyce decyzyjnej, że jest ono wynikiem oddziaływania bardzo wielu czynników, takich jak zmiany w naturalnym środowisku   
i otoczeniu kształtowanym ludzkimi wysiłkami, a większość spośród nich znajduje się poza wpływami sektora zdrowotnego [1-4].

### 8.2. Fundusze Europejskie

W latach 2014-2020 w Polsce Fundusze Europejskie realizowane będą na dwóch poziomach - centralnym i regionalnym [5-10].

W latach 2014-2020 z Funduszy Europejskich **82,5 mld EURO** przeznaczonych jest na:  
 innowacje, przedsiębiorczość, autostrady i drogi ekspresowe, badania i rozwój, zieloną energię, transport przyjazny środowisku, społeczeństwo informacyjne, włączenie społeczne.

Na szczeblu centralnym przewidziano programy Europejskiej Współpracy Terytorialnej oraz 8 programów krajowych finansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Funduszu Spójności (FS), a także Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego (EFMR) [5-10].

Na poziomie regionalnym z kolei planuje się realizację 16 dwufunduszowych regionalnych programów operacyjnych, finansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego EFRR i Europejskiego Funduszu Społecznego EFS – 1 dla Mazowsza i 15 dla pozostałych województw.

Po roku 2013, czyli w **bieżącej perspektywie finansowej 2014-2020**, **województwo mazowieckie** będzie pierwszym polskim regionem, który w unijnej klasyfikacji opuści kategorię regionów najsłabiej rozwiniętych, czyli regionów, w których PKB nie przekracza 75% średniej UE.   
**Oznacza to, że będą w nim obowiązywać inne zasady wsparcia.**

Pierwsza różnica dotyczy maksymalnego poziomu współfinansowania projektów   
ze środków Unii Europejskiej. W regionach słabiej rozwiniętych wynosi on 85%, natomiast dla Mazowsza zostanie zmniejszony do 80%.

Kolejną różnicą jest swoboda w dysponowaniu środkamiz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego.

W programach realizowanych na poziomie krajowym wyodrębnione zostały **osobne budżety poszczególnych osi priorytetowych finansowane z alokacji na Mazowsze** i osobne finansowane z alokacji na regiony słabiej rozwinięte.

Założenia polityki spójności na lata 2014-2020 wskazują na konieczność skoncentrowania środków z Funduszy Europejskich na ściśle określonych dziedzinach.   
W tym celu ustanowiono tzw. *ring fencing* – pułapy finansowe dla konkretnych obszarów tematycznych.

Minimum 60% środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR)   
na Mazowszu (w regionie najlepiej rozwiniętym gospodarczo w Polsce) oraz minimum 50% tych środków w pozostałych województwach będzie skoncentrowanych w obszarach innowacji, badań naukowych, technologii informacyjno-komunikacyjnych, konkurencyjności przedsiębiorstw oraz w zakresie gospodarki niskoemisyjnej. Ten ostatni sektor ma być szczególne wspierany – należy na niego przeznaczyć min. 15% środków.

W ramach Europejskiego Funduszu Społecznego minimum 20% środków musi zostać przeznaczonych na działania związane z włączeniem społecznym i ograniczaniem ubóstwa.   
W przypadku EFS, koncentracja tematyczna przejawia się również w obowiązku przeznaczenia min. 60% środków na maksymalnie 4 priorytety inwestycyjne w ramach każdego programu w części współfinansowanej z tego funduszu (obowiązek ten dotyczy 15 regionów).

Należy także pamiętać o wzmocnieniu polityki miejskiej. Komisja Europejska zaproponowała, aby na rozwój miast każde państwo członkowskie obowiązkowo przeznaczało 5% środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

**Programy regionalne w latach 2014-2020** będą dwufunduszowe – finansowane będą zarówno   
z **Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, jak i Europejskiego Funduszu Społecznego**.   
**W związku z tym kompleksowo będą odpowiadać na potrzeby danego województwa.**

### 8.3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020przewiduje realizację następujących osi priorytetowych:

* 1. Wykorzystanie działalności badawczo-rozwojowej w gospodarce
  2. Wzrost e-potencjału Mazowsza
  3. Rozwój potencjału innowacyjnego i przedsiębiorczości
  4. Przejście na gospodarkę niskoemisyjną
  5. Gospodarka przyjazna środowisku
  6. Jakość życia
  7. Rozwój regionalnego systemu transportowego
  8. Rozwój rynku pracy
  9. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
  10. Edukacja dla rozwoju regionu
  11. Pomoc Techniczna.

W OSI IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem wskazane zostało, że najważniejszymi problemami zdrowotnymi zarówno w skali kraju, jak i województwa mazowieckiego są między innymi: choroby psychiczne, choroby układu krążenia i choroby układu kostno – stawowo – mięśniowego.

Problemem ochrony zdrowia w województwie mazowieckim jest dostępność   
do nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej, finansowanej przez płatnika publicznego, niezbędnej do właściwego diagnozowania i leczenia pacjentów oraz konieczności modernizacji podmiotów leczniczych.

W celu ograniczania ryzyka wykluczenia społecznego konieczne jest ułatwienie dostępu   
do usług zdrowotnych, w ramach realizacji celu szczegółowego: Zwiększenie dostępności usług opieki zdrowotnej przewiedziony zostało wiele działa.

Rezultatem działań realizowanych w ramach Osi IX jest poprawa jakości i dostępności do programów polityki zdrowotnej oraz do usług w zakresie opieki nad osobami zależnymi. Realizacja programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i programów rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami, pozwoli wyrównać szanse na osiągnięcie sprawności i uczestniczenie w społeczeństwie. Działania wspierające dzieci z niepełnosprawnościami umożliwią zwiększenie aktywności zawodowej rodziców. Wczesne wykrycie wad słuchu, pozwoli obniżyć koszty leczenia w porównaniu z kosztami opóźnionej terapii. Działania ukierunkowane na wczesne wykrycie wad rozwojowych oraz rehabilitację dzieci i młodzieży zapobiegną ich wykluczeniu, jak również wykluczeniu opiekunów. Temu celowi będą służyły również programy dla pacjentów z autyzmem.

Rezultatem działań realizowanych w ramach wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, będzie wzrost jakości i dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych   
i opiekuńczych.

Na dofinansowanie projektów dotyczących zwiększenia dostępności usług opieki zdrowotnej ze środków EFS, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020 przeznaczone zostało ponad 53 mln euro. Znaczna część tych środków będzie wydatkowana na wykonanie poniżej przedstawionych regionalnych programów zdrowotnych (RPZ), opracowywanych przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. Działania te realizowane w ramach Osi Priorytetowej IX „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem”, Działania 9.2. „Usługi społeczne   
i usługi opieki zdrowotnej”, w tym:

* + - 1. Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego;
      2. Program diagnostyczno-terapeutyczny dla dzieci z autyzmem;
      3. Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy;
      4. Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki   
         i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego;
      5. Regionalny program zdrowotny dotyczący chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci   
         z województwa mazowieckiego;
      6. Deinstytucjonalizację usług medycznych obejmujących zdrowie psychiczne dla osób niesamodzielnych z województwa mazowieckiego;
      7. Dzienne Domy Opieki Medycznej.

Założeniem programu wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców Mazowsza jest przeprowadzenie działań edukacyjnych   
z diabetologii oraz badań przesiewowych w kierunku wykrywania cukrzycy. Z programu mogą skorzystać mieszkańcy województwa mazowieckiego w wieku powyżej 60 r.ż. dotychczas niediagnozowani w kierunku cukrzycy. Uczestnicy będą mogli skorzystać z: oznaczenia glikemii przygodnej, oznaczenia hemoglobiny glikowanej HbA1c (u uczestników programu z wynikiem glikemii przygodnej ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), pomiaru wskaźnika BMI – Body Mass Index oraz wskaźnika talia-biodro, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, oceny wykrytych powikłań cukrzycy oraz konsultacji lekarskiej. Działania edukacyjne dotyczyć będą   
w szczególności diety i aktywności fizycznej. W programie zostały także przewidziane szkolenia prowadzone wśród personelu medycznego mające służące przekazaniu kompleksowej i aktualnej wiedzy w temacie diabetologii.

Program Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego zakłada wdrożenie nowoczesnych metod diagnostyki   
i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W programie przewidziano następujące interwencje: instrumentalna diagnoza funkcji chodu i rehabilitacja   
z zastosowaniem nowych technologii takich jak zrobotyzowane ortozy do rehabilitacji chodu, zrobotyzowane systemy rehabilitacji w wirtualnej rzeczywistości, egzoszkielety. Powyższe świadczenia medyczne nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z rehabilitacji będą mogły skorzystać dzieci od 5 do 18 r.ż. mieszkające na Mazowszu.

Regionalny program zdrowotny dotyczący chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci   
z województwa mazowieckiego odnosi się do dwóch problemów zdrowotnych: nadwagi   
i otyłości oraz wad postawy, występujących wśród dzieci i młodzieży. Program został podzielony na dwie części. W ramach działań terapeutycznych dotyczących otyłości, dla każdego uczestnika programu przewidziano następujące interwencje: ćwiczenia fizyczne, porady dietetyczne, badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne. Natomiast w ramach działań terapeutycznych obejmujących choroby kręgosłupa uczestnicy będą mogli skorzystać z zajęć w formie: gimnastyki korekcyjnej, zabiegów fizykalnych, masaży, kinezyterapii, terapii manualnych oraz badań lekarskich lub fizjoterapeutycznych. W programie będą mogły wziąć udział dzieci uczęszczające do klas I-VI szkół podstawowych województwa mazowieckiego. Podstawą zakwalifikowania się do programu jest stwierdzenie u dziecka, podczas badania lekarskiego, nadwagi/otyłości lub chorób kręgosłupa.

W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego   
na lata 2014–2020 dofinansowane będą również projekty dotyczące deinstytucjonalizacji usług medycznych w zakresie zdrowia psychicznego dla osób niesamodzielnych. Będą one polegać na podjęciu działań służących do stworzenia mechanizmu i narzędzi wsparcia oraz odpowiednich warunków, które będą realizowane na rzecz osób niesamodzielnych   
z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin oraz opiekunów. Działania te powinny zapobiec   
w przyszłości narastaniu zaburzeń psychicznych i umieszczaniu osób chorych w zakładach stacjonarnych. Powinny przyczynić się również do wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych przez te osoby.

Dodatkowo wpierając deinstytucjonalizację usług medycznych wdrożone zostaną Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM). Standard DDOM został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia. Głównym celem DDOM jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki   
nad osobami zależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych. Zaplanowane działanie ma na celu poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, poprzez przygotowanie i wdrożenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających rozwój form świadczeń zdrowotnych.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Włodarczyk WC. Zdrowie we wszystkich politykach. Nowy wymiar polityki zdrowotnej. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13 (1): 1-16.

2. Bauman AE, King L, Nutbeam D. Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies, „Health Promotion Internationalˮ 2014; 1(29): 143-151.

3. WHO Health in All Policies – Framework for Country Action,09 May 2013, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509\_hiap\_framework\_for\_country\_action\_draft.pdf; dostęp: 10.05.2015.

4. Leppo K., Ollila E., Peña, S., Wismar M., Cook S. (red.), Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2013: 6.

5. Program Operacyjny Inteligentny Rozwój 2014-2020 (wersja z dnia: 08.01.2014 r.) http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze\_Europejskie\_2014\_2020/Documents/POIR\_do\_KE\_10012014.pdf.

6. Program Operacyjny Polska Cyfrowa 2014-2020 (wersja z dnia: 08.01.2014 r.) http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze\_Europejskie\_2014\_2020/Documents/POPC\_4\_0\_8\_01\_14\_ost\_10012014.pdf.

7. Program Operacyjny Polska Wschodnia 2014-2020 (wersja z dnia: 08.01.2014 r.) http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze\_Europejskie\_2014\_2020/Documents/POPW\_po\_RM\_8\_01\_14.pdf.

8. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (wersja z dnia: 08.01.2014 r.) http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze\_Europejskie\_2014\_2020/Documents/PO\_WER\_08012014.pdf .

9. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (wersja z dnia: 08.01.2014 r.) http://www.pois.gov.pl/2014\_2020/Documents/POIS\_2014-2020\_08012014.pdf .

7. Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2014-2020 (wersja z dnia: 20.02.2015 r.) <https://www.funduszedlamazowsza.eu/wp-content/uploads/2017/12/regionalny-program-operacyjny-wojewodztwa-mazowieckiego-2014-2020.pdf>

10. Zasady realizacji Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w Polsce http://www.mir.gov.pl/rozwoj\_regionalny/Polityka\_regionalna/rozwoj\_miast/Documents/ZIT\_na\_WWW\_26\_07\_2013.pdf.

## Rozdział 9. Mapa drogowa wdrożenia, monitorowania i ewaluacji działań w zakresie polityki zdrowotnej – cele oraz kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021

W poniższym rozdziale zostały przedstawione propozycje dotyczące celu nadrzędnego, celów strategicznych oraz celów operacyjnych. Do każdego z celów operacyjnych zostały dobrane działania oraz mierniki. Wszystkie zaproponowane cele zostały oparte o wnioski przedstawione w poprzednich rozdziałach kierunków działań. Cele zawarte w Programie przeciwdziałania wybranym problemom zdrowotnym w województwie mazowieckim na lata 2012-2017 zostały zaktualizowane i uzupełnione o nowe zagadnienia. Ocena efektu końcowego: monitoring i ewaluacja będzie prowadzona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

**Cel strategiczny**

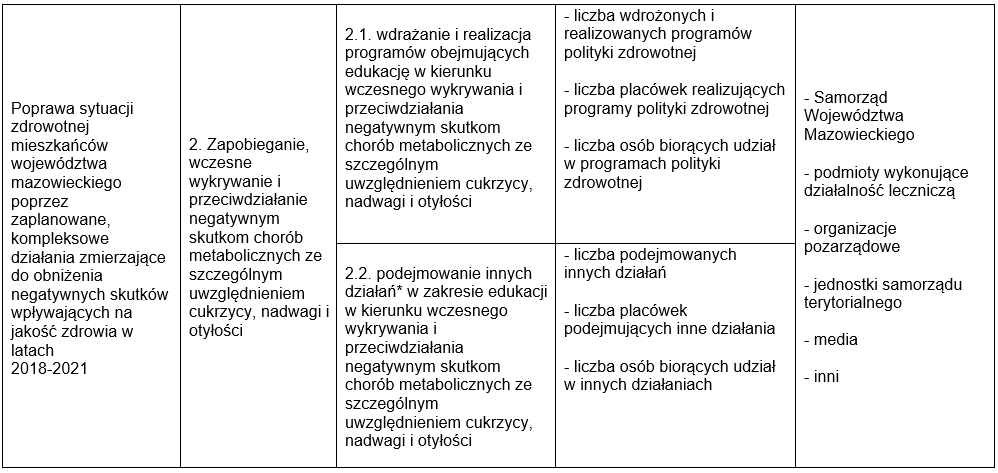
Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa mazowieckiego poprzez zaplanowane, kompleksowe działania zmierzające do obniżenia negatywnych skutków wpływających na jakość zdrowia w latach 2018-2021.

**Cele operacyjne:**

1. Profilaktyka chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych,
2. Zapobieganie, wczesne wykrywanie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom chorób metabolicznych ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy, nadwagi i otyłości;
3. Ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu poprzez upowszechnienie wiedzy nt. jego następstw dla zdrowia;
4. Profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego;
5. Wspieranie działań na rzecz osób niesamodzielnych;
6. Profilaktyka chorób zakaźnych;
7. Zapobieganie zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży;
8. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych;
9. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych;
10. Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie województwa mazowieckiego.

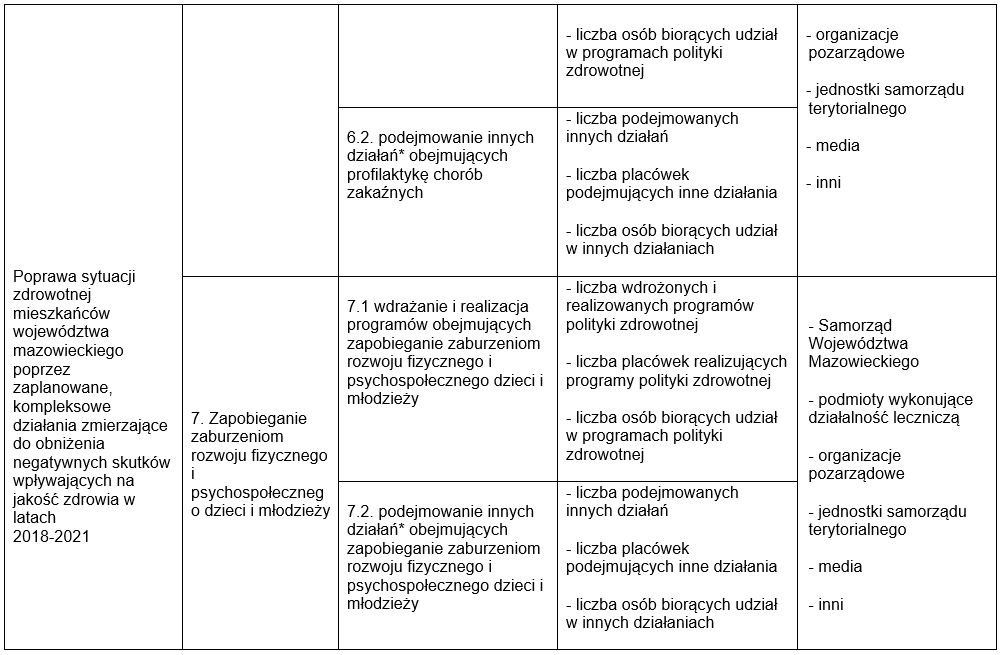
**Tabela 35. Zestawienie celów oraz kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021**

Obraz przedstawia zestawienie celów oraz kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021. Celem strategicznym jest poprawa sytuacji mieszkańców województwa mazowieckiego poprzez zaplanowane, kompleksowe działania zmierzające do obniżenia negatywnych skutków wpływających na jakość zdrowia w latach 2018-2021. Pierwszym celem operacyjnym jest Profilaktyka chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych. Działania w ramach celu operacyjnego to wdrażanie i realizacja programów obejmujących profilaktykę chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych oraz podejmowanie innych działań* w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych. Wskaźniki monitorowania/ewaluacji działań to - liczba wdrożonych i realizowanych programów polityki zdrowotnej
- liczba placówek realizujących programy polityki zdrowotnej 
- liczba osób biorących udział w programach polityki zdrowotnej oraz - liczba podejmowanych innych działań
- liczba placówek podejmujących inne działania
- liczba osób biorących udział w innych działaniach. Realizatorzy to 
- Samorząd Województwa Mazowieckiego
- podmioty wykonujące działalność leczniczą
- organizacje pozarządowe
- jednostki samorządu terytorialnego
- media
- inni

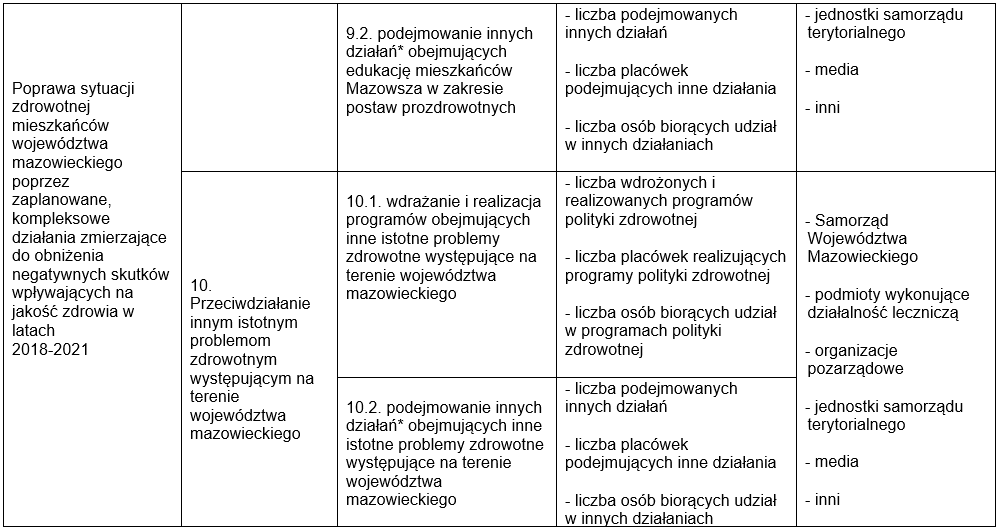













*\*Poprzez inne działania należy rozumieć między innymi: konferencje, seminaria, festyny, kampanie społeczne oraz inne zadania zlecone na podstawie ustawy o działalności leczniczej*.

Źródło: opracowanie własne.

**Spis piśmiennictwa:**

1. Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku, Załącznik do uchwały nr 158/13 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 28 października 2013 r.;
2. Program przeciwdziałania wybranym problemom zdrowotnym w województwie mazowieckim na lata 2012-2017, Warszawa 2012;
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020.

1. Indeks starości określa relację międzypokoleniowe populacji, czyli liczbę dziadków przypadającą na tysiąc wnuków, obliczany jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w wieku 0-14 lat. [↑](#footnote-ref-1)
2. Według definicji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest to praca wykonywana przez pracowników niebędących właścicielami przedsiębiorstw, w których pracują, w zamian za płacę (źródło: http://www.zus.pl/slownik/-/letter/P/praca-najemna/22522). [↑](#footnote-ref-2)
3. Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego pomoc społeczna w formie świadczeń pieniężnych   
   i niepieniężnych (źródło: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/1930,pojecie.html). [↑](#footnote-ref-3)
4. Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego jest to suma bieżących dochodów gospodarstw domowych z poszczególnych źródeł, pomniejszona o zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych płacone przez płatnika w imieniu podatnika, o podatki od dochodów z własności, podatki płacone przez osoby pracujące   
   na własny rachunek, w tym przedstawicieli wolnych zawodów i osób użytkujących gospodarstwo indywidualne w rolnictwie oraz o składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (źródło: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/63,pojecie.html). [↑](#footnote-ref-4)
5. Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego jest to udział zarejestrowanych bezrobotnych w cywilnej ludności aktywnej zawodowo, tj. bez pracowników jednostek budżetowych prowadzących działalność w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego (źródło: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2390,pojecie.html). [↑](#footnote-ref-5)
6. Główny Urząd Statystyczny od 1992 r. co kwartał przeprowadza BAEL. Badanie realizowane jest metodą reprezentacyjną co oznacza, że uczestniczą w nim gospodarstwa domowe zamieszkałe w wylosowanych mieszkaniach, a uzyskane od nich informacje są uogólniane dla ludności całego kraju. [↑](#footnote-ref-6)
7. Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego są to osoby pracujące w jednostkach sektora publicznego i prywatnego, jak również osoby bezrobotne (źródło: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2392,pojecie.html). [↑](#footnote-ref-7)
8. Według definicji Głównego Urzędu statystycznego są to osoby w wieku 15 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne (źródło: https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/183,pojecie.html). [↑](#footnote-ref-8)
9. Zgodnie z definicją stosowaną przez urzędy pracy jest to zawód, na który na rynku pracy jest wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w danym zawodzie; na potrzeby monitoringu przyjęto, iż są to profesje, dla których wartość wskaźnika intensywności deficytu wynosi powyżej 1,1 (źródło: http://muptorun.praca.gov.pl/documents/1790459/3073533/Objasnienia\_MZDIN.pdf/20ab3631-be87-4f95-99df-cc5b4250bf0d?t=1467021666984) [↑](#footnote-ref-9)
10. Zgodnie z definicją stosowaną przez urzędy pracy jest to zawód, na który na rynku pracy jest mniejsze zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w danym zawodzie; na potrzeby monitoringu przyjęto, iż są to profesje, dla których wartość wskaźnika intensywności nadwyżki wynosi poniżej 0,9 (źródło: http://muptorun.praca.gov.pl/documents/1790459/3073533/Objasnienia\_MZDIN.pdf/20ab3631-be87-4f95-99df-cc5b4250bf0d?t=1467021666984) [↑](#footnote-ref-10)