



OPRACOWANIE:

Morison Finansista Consulting sp. z o.o. w Poznaniu



Program Ochrony Zdrowia Powiatu Zielonogórskiego na lata 2007-2013

załącznik do Uchwały Nr VII/48/2007 Rady Powiatu
Zielonogórskiego z dnia 24 maja 2007r.

Zielona Góra maj 2007 r.



Sporządził:	Morison Finansista Consulting sp. z o.o. z Poznania
Kierownik projektu:	Monika Mądra - Pawlak
Podstawa prawna opracowania	Umowa nr 30/2006 z dnia 9 listopada 2006 r. zawarta między Morion Finansista Consulting sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu a Powiatem Zielonogórskim w Zielonej Górze.
Struktura opracowania:	<p>Program Zdrowotny Powiatu Zielonogórskiego podzielony jest na dwie części: ogólną, za którą odpowiedzialny był Morison Finansista Consulting sp. z o.o. oraz część szczegółową, którą opracował zespół przedstawicieli powiatu w składzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Izabella Staszak - przewodniczący Zespołu, Sekretarz Powiatu Zielonogórskiego, § Beata Kucuń - członek, dyrektor SP ZOZ w Sulechowie, § Joanna Maciąg - członek, dyrektor Szpitala Rehabilitacyjno - Leczniczego dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie, § Irena Podsiadły - Kierownik Wydziału Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego, § Małgorzata Mach - sekretarz Komisji, specjalista Wydziału Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
Materiały źródłowe:	<p>W projekcie wykorzystane zostały głównie dane dostępne z lat 1998-2005, ale pojawiają się również porównania do lat 50-tych oraz dane za 2006 r. Niektóre rozdziały nie zawierają w całości aktualnych danych, co związane jest z brakami w systemie zbierania przedmiotowych danych.</p> <p>Program Ochrony Zdrowia Powiatu Zielonogórskiego został opracowany przy wykorzystaniu m. in. następujących źródeł informacji przedłożonych przez przedstawicieli następujących podmiotów:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze, § SP ZOZ Sulechów, § Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie,



	<p>§ Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego,</p> <p>§ Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Zielonej Górze,</p> <p>§ Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.,</p> <p>§ Oddział Terenowy Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii w Gorzowie Wlkp.,</p> <p>§ KMP w Zielonej Górze (Sekcja Ruchu Drogowego),</p> <p>§ Zakład Gospodarki Komunalnej w Trzebiechowie,</p> <p>§ Urząd Miejski w Babimoście,</p> <p>§ Urząd Miejski w Kargowej,</p> <p>§ Urząd Gminy Bojadła,</p> <p>§ Urząd Gminy i Miasta Czerwieńsk,</p> <p>§ Urząd Miejski w Nowogrodzie Bobrzańskim,</p> <p>§ Zakład Usług Komunalnych w Zaborze,</p> <p>§ Komunalny Zakład Gospodarczy Gminy Zielona Góra,</p> <p>§ Sulechowskie Przedsiębiorstwo Komunalne „SuPeKom” sp. z o.o.,</p> <p>§ Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Zielonej Górze,</p> <p>§ Powiatowy Urząd Pracy w Zielonej Górze.</p> <p>Autorzy projektu korzystali przede wszystkim z następujących źródeł wtórnych:</p> <p>§ Główny Urząd Statystyczny, wersja elektroniczna <www.stat.gov.pl>,</p> <p>§ Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego, wersja elektroniczna <www.lczp-gorzow.home.pl>,</p> <p>§ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wersja elektroniczna <www.csioz.gov.pl>,</p> <p>§ Serwis Informacyjny Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Ratownictwa Medycznego, wersja elektroniczna <www.rejestrzoz.gov.pl></p> <p>§ Biuletyn Informacji Publicznej Wojewódzkiej Stacji</p>
--	--



	<p>Sanitarно Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim,</p> <p>§ Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ, wersja elektroniczna, <www.nfz-zielonagora.pl>,</p> <p>§ <i>Raport Najwyższej Izby Kontroli z kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia w 2005 r.</i>,</p> <p>§ Ministerstwo Gospodarki, wersja elektroniczna <www.mgip.gov.pl>,</p> <p>§ <i>Bardzo różni? Kraje Europy Wschodniej a reforma służby zdrowia</i>, The Stockholm Network, Londyn 2005 r.,</p> <p>§ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zakład Analiz Socjologicznych: <i>Dostępność Świadczeń Zdrowotnych w Opinii Polaków, Raport z badań</i>,</p> <p>§ <i>Raport: Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce</i>, CASE - Doradcy we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,</p> <p>§ Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia: Informacja o wynikach kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
<p>Podziękowania:</p>	<p>Morison Finansista Consulting sp. z o.o. z Poznania składa podziękowania wszystkim osobom i instytucjom, przy pomocy których powstało niniejsze opracowanie.</p>



SPIS TREŚCI

1	WPROWADZENIE	10
1.1	Zdrowie i czynniki je warunkujące	10
1.2	Krótką charakterystyka powiatu zielonogórskiego	12
2	DIAGNOZA STANU ZDROWIA POPULACJI POWIATU ZIELONOGÓRSKIEGO I WOJ.LUBUSKIEGO.	15
2.1	Urodzenia	15
2.2	Zgony	15
2.2.1	Przyczyny zgonów	16
2.2.2	Umieralność okołoporodowa	28
2.2.3	Zgony przedwczesne	32
2.2.4	Podsumowanie	33
2.3	Chorobowość i zapadalność	33
2.3.1	Statystyczna analiza zagrożeń w powiecie zielonogórskim	35
2.3.1.1	Przypadki chorobowe powodujące zagrożenia dla życia	39
2.3.2	Główne przyczyny hospitalizacji na terenie woj. lubuskiego w 2005 r. (na 1 tys. mieszkańców)	42
2.3.3	Leczeni w zakładach opieki stacjonarnej	43
2.3.3.1	Główne przyczyny hospitalizacji dzieci i młodzieży w woj. lubuskim w 2005 r.	45
2.3.3.2	Hospitalizacja mieszkańców powiatu zielonogórskiego	50
2.4	Porady udzielone w poradniach leczenia specjalistycznego na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.	51
2.5	Niepełnosprawność	53
2.6	Choroby układu krążenia	56
2.6.1	Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia	56
2.6.2	Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia	59
2.6.3	Lecznictwo ambulatoryjne	61
2.6.4	Działalność poradni kardiologicznych na terenie województwa lubuskiego	63
2.6.5	Podsumowanie	63
2.7	Zachorowania i zgony na nowotwory na terenie woj. lubuskiego	65
2.7.1	Chorobowość i zachorowalność na nowotwory	65
2.7.2	Hospitalizacje z powodu chorób nowotworowych	67
2.7.3	Umieralność z powodu nowotworów	68
2.8	Zaburzenia psychiczne	72
2.9	Uzależnienia od alkoholu oraz środków psychoaktywnych	73
2.10	Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych w 2005 r.	76
2.10.1	Choroby szerzące się drogą pokarmową	78
2.10.2	Zakażenia krwiopochodne	79
2.10.3	Choroby, przeciw którym prowadzone są szczepienia ochronne	80
2.10.4	Grypa	80



2.10.5	Gruźlica	80
2.10.6	Choroby przenoszone drogą płciową	81
2.11	Zagrożenia spowodowane wypadkami drogowymi	82
3	CZYNNIKI SPOŁECZNO-KULTUROWE	86
3.1.1	Sytuacja demograficzna	86
3.1.1.1	Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej w Polsce	86
3.1.1.2	Analiza sytuacji demograficznej w województwie lubuskim i w powiecie zielonogórskim	93
3.1.1.3	Struktura wiekowa populacji powiatu zielonogórskiego	96
3.1.1.4	Ruch naturalny ludności	102
3.1.2	Prognozy demograficzne i struktura ludności do 2030 roku	104
3.1.3	Wskaźnik feminizacji	106
3.1.3.1	Przeciętna długość trwania życia	107
3.1.3.2	Migracje	109
3.1.4	Wnioski z analizy sytuacji demograficznej	111
3.1.5	Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków	112
3.2	Czynniki ekonomiczne	116
3.2.1	Sytuacja gospodarcza w Polsce	116
3.2.1.1	PKB i wzrost gospodarczy	116
3.2.1.2	Inflacja	117
3.2.1.3	Sytuacja na rynku pracy	118
3.2.1.4	Wynagrodzenia oraz świadczenia społeczne	119
3.2.1.5	Finanse publiczne	120
3.2.1.6	Handel zagraniczny	121
3.2.1.7	Bilans płatniczy	122
3.2.2	Podsumowanie	123
3.2.3	Sytuacja gospodarcza w województwie lubuskim i w powiecie zielonogórskim	123
3.2.3.1	Rynek pracy	126
3.3	Kontekst polityczno-prawny	128
3.3.1	System opieki zdrowotnej w Polsce	128
3.3.2	Zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia	130
3.3.2.1	Reforma 1999 r. - decentralizacja systemu	130
3.3.2.2	Reforma 2002 – 2003	132
3.3.2.3	Zmiany w 2004 roku	133
3.3.2.4	Zasady i ocena funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia	134
3.3.2.5	Zmiany finansowania systemu ochrony zdrowia	136
3.3.3	Obecny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce	137
3.3.4	Finansowanie ochrony zdrowia	137
3.3.4.1	Struktura kosztów	138
3.3.4.2	Problem niedofinansowania systemu	139
3.3.5	Społeczne skutki reformy systemu ochrony zdrowia	141
4	ŚRODOWISKO FIZYCZNE	144
4.1	Czystość wód	144
4.2	Zaopatrzenie ludności w wodę przeznaczoną do spożycia	145
4.3	Czystość powietrza	146
4.4	Infrastruktura komunalna	147
4.4.1	Oczyszczalnie ścieków	147



4.4.2	Wodociągi i kanalizacja	148
4.4.3	Infrastruktura techniczna związana z zaopatrzeniem w wodę oraz oczyszczaniem ścieków w gminach powiatu zielonogórskiego	149
5	ZASOBY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	155
5.1	Zakłady Opieki Zdrowotnej podległe Samorządowi Powiatu	155
5.1.1	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	155
5.1.2	Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie	167
5.2	Personel medyczny	174
5.2.1	Zatrudnienie lekarzy	175
5.2.2	Zatrudnienie lekarzy dentyistów	175
5.2.3	Zatrudnienie pielęgniarek	176
5.2.4	Zatrudnienie położnych	177
5.2.5	Zatrudnienie personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej	179
5.2.6	Zatrudnienie personelu medycznego w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej	180
5.2.7	Personel szpitali ogólnych w 2005 r.	181
5.3	Infrastruktura opieki medycznej	182
5.4	Stacjonarna opieka zdrowotna	184
5.5	Zabezpieczenie działań ratunkowych	195
5.6	Zasoby ochrony zdrowia w powiecie zielonogórskim – podsumowanie	197
5.6.1	Gmina Sulechów	197
5.6.2	Gmina Czerwieńsk	197
5.6.3	Gmina Bojadła	198
5.6.4	Gmina Kargowa	198
5.6.5	Gmina Nowogród Bobrzański	199
5.6.6	Gmina Zielona Góra	199
5.6.7	Gmina Trzebiechów	199
5.6.8	Gmina Zabór	200
5.6.9	Gmina Babimost	200
5.6.10	Gmina Świdnica	200
6	PROFILAKTYKA	201
6.1	Narodowy Program Zdrowia – sprawozdanie z realizacji na terenie powiatu zielonogórskiego w 2005 r.	201
6.2	Wojewódzki Program Promocji Zdrowia na lata 2004 - 2008	206
6.3	Programy profilaktyczne realizowane przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	208
6.4	Działania profilaktyczne realizowane przez Wojewódzką Stację Sanitarno Epidemiologiczną	214
7	PROGRAMY PROFILAKTYCZNO-LECZNICZE W POWIECIE ZIELONOGÓRSKIM	217
7.1	Podstawowe założenia koncepcji i konstrukcji powiatowych programów promocji zdrowia i programów profilaktyczno-leczniczych	217



7.1.1	Zdrowie i czynniki je warunkujące	217
7.1.2	Promocja zdrowia	218
7.1.3	Profilaktyka chorób	219
7.1.4	Rachunek ekonomiczny	219

8 KONCEPCJA CELÓW I KONSTRUKCJA POWIATOWEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO -----221

8.1 Cel strategiczny Powiatowego Programu Zdrowia ----- 222

8.2 Cele operacyjne ----- 223

8.2.1	Cel operacyjny 1 - Profilaktyka chorób układu krążenia	223
8.2.2	Cel operacyjny 2 – Profilaktyka chorób nowotworowych	224
8.2.3	Cel operacyjny 3 – Profilaktyka uzależnień – przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki) i ograniczenie związanych z tym szkód zdrowotnych	228
8.2.4	Cel operacyjny 4 – Propagowanie stylu życia zmniejszającego ryzyko chorób cywilizacyjnych oraz profilaktyka i wczesne wykrywanie tych chorób	231
8.2.5	Cel operacyjny 5 – Rozwój i usprawnienie systemu ratownictwa medycznego	233
8.2.6	Cel operacyjny 6 – Poprawa sposobu żywienia ludności	235



CZĘŚĆ I

OGÓLNA



1 Wprowadzenie

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 ze zm.), do **zadań własnych powiatu** w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- § opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu,
- § przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych,
- § inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, prowadzonych na terenie powiatu,
- § pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Głównymi odbiorcami Powiatowego Programu Zdrowotnego, z założenia będą mieszkańcy powiatu zielonogórskiego, a jego głównym celem jest promocja zdrowia jako proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowanie innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników zdrowotnych.

Celem części pierwszej niniejszego opracowania jest analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu zielonogórskiego i czynników ją determinujących oraz przedstawienie ogółu zasobów ludzkich i materialnych, struktur organizacyjnych i administracyjnych, strategii oraz przepisów niezbędnych do prowadzenia systematycznych, długofalowych i wielosektorowych działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób na terenie powiatu zielonogórskiego.

Część druga opracowania ma natomiast za zadanie przedstawienie celu strategicznego oraz celów operacyjnych *Powiatowego Programu Zdrowotnego*, sposobów i instrumentów realizacji tych celów, beneficjentów, realizatorów oraz źródeł finansowania.

1.1 Zdrowie i czynniki je warunkujące

Zdrowie to, według Światowej Organizacji Zdrowia WHO, stan pełnej fizycznej, psychicznej i społecznej pomyślności, a nie tylko brak choroby czy ułomności.



Zdrowie publiczne to zadanie lub wysiłek organizowany przez społeczeństwo, skierowany na utrzymanie i poprawę stanu zdrowia ogółu poprzez wspólne, społeczne działanie wszystkich.

Pierwszą definicję zdrowia publicznego zaproponował już w 1923 roku C. E. A. Winslow. Według niego zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesne ustalanie diagnozy, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia. Natomiast według Międzynarodowego Stowarzyszenia Epidemiologów zdrowie publiczne jest instytucją społeczną i oznacza po prostu zdrowie ludności. Obejmuje ono szeroki zakres działań wielodyscyplinarnych wiążących się z różnymi aspektami zdrowia ludzi, jego ochroną, umocnieniem i poprawą, oceną potrzeb zdrowotnych populacji oraz sposobami ich zaspakajania. Zajmuje się nie tylko zdrowiem jednostki, ale także zdrowiem wszystkich ludzi oraz jego uwarunkowaniami zarówno negatywnymi, jak i pozytywnymi, czyli działaniami prozdrowotnymi umacniającymi zdrowie.

W końcu lat 70-tych Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła **czynniki warunkujące zdrowie**. Należą do nich:

- § pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich,
- § możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach,
- § dobre warunki mieszkaniowe,
- § utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci,
- § uzyskanie odpowiedniego wykształcenia,
- § odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia,
- § poczucie bezpieczeństwa,
- § komunikacja i łączność z innymi ludźmi,
- § możliwość gromadzenia oszczędności,
- § możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki oraz dostępność odpowiedniej odzieży.

Determinanty zdrowia to dane opisujące warunki zdrowotne, w jakich żyje dana populacja. Determinanty zdrowia, poza uwarunkowaniami genetycznymi, stanowią bezpośrednie lub pośrednie przyczyny występowania chorób, urazów, dolegliwości czy zgonów. Bezpośrednie determinanty zdrowia to: żywienie, palenie tytoniu, zaopatrzenie w zdrową wodę, ekspozycja na zakażenie. Determinanty pośrednie to: warunki makroekonomiczne i społeczno – demograficzne, wykształcenie, czy środowisko w najszerszym tego słowa znaczeniu. Można wyróżnić pięć zasadniczych grup środowisk wspierających zdrowie:



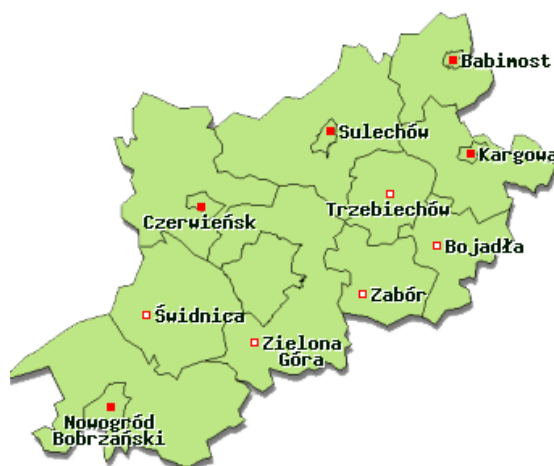
- § środowisko fizyczne – to powietrze i woda, odpady i inne substancje, promieniowanie, mieszkanie i inne miejsca przebywania człowieka, przyroda oraz struktury globalne (warstwa ozonowa, obieg węgla w przyrodzie),
- § środowisko społeczne – to jego normy, wartości, obyczaje, a także moda, uprzedzenia, zwyczaje i postrzeganie korzyści,
- § środowisko polityk – to kierunki działań i strategie reprezentowane przez rolnictwo, energetykę, transport, przemysł, rynek, ochronę środowiska, kulturę, ochronę zdrowia, naukę, edukację, pomoc i opiekę społeczną,
- § środowisko zasobów – istniejące lub pożądane źródła finansowania, które mogą pochodzić od społeczeństwa, handlu lub osób fizycznych, źródła infrastrukturalne, informacyjne oraz źródła jakie stanowią umiejętności i zdolności osobnicze jednostek,
- § środowisko polityczne – to warunki, w których żyje społeczeństwo, a także prawa człowieka, struktury konstytucyjne, partie polityczne, wolność informacji i wolny do nich dostęp.

1.2 Krótka charakterystyka powiatu zielonogórskiego

Powiat zielonogórski jest jednym z jedenastu powiatów ziemskich województwa lubuskiego. Położony jest w południowo-wschodniej części województwa. Zajmuje powierzchnię 1 571 km², co lokuje go na 35. miejscu w kraju, w rankingu powiatów stworzonym według wielkości powierzchni. W województwie lubuskim jest powiatem o największej powierzchni - zajmuje 11,23% powierzchni województwa. 97,5 % powierzchni powiatu (1 532 km²) zajmuje obszar wiejski.

Rysunek 1

Mapa Powiatu Zielonogórskiego

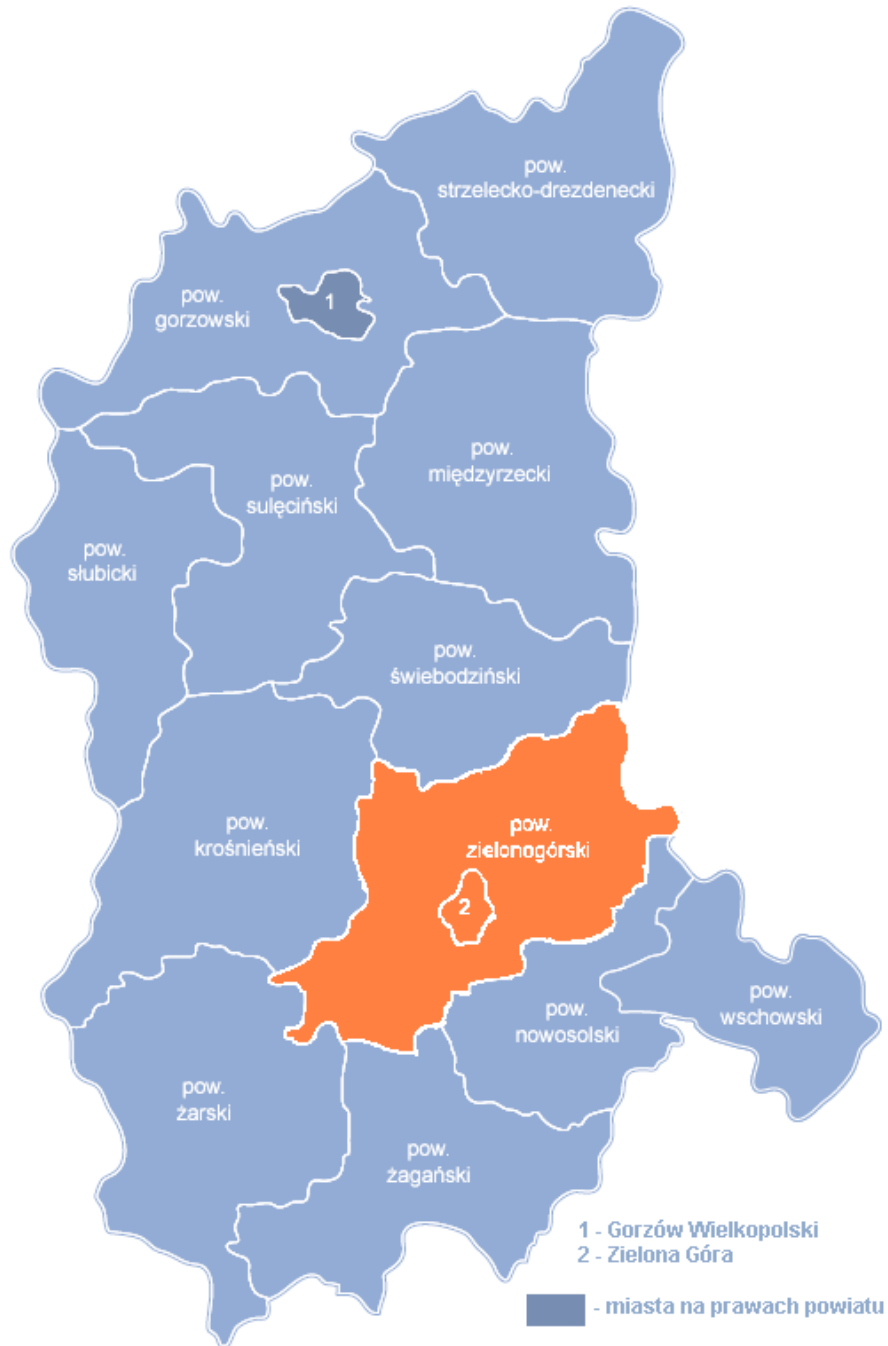


Źródło: wersja elektroniczna <www.ziemia-lubuska.pl>.



Rysunek 2

Podział administracyjny województwa lubuskiego



Źródło: wersja elektroniczna <woj-lubuskie.webpark.pl/>.



Powiat zielonogórski graniczy z pięcioma powiatami województwa lubuskiego i jednym powiatem województwa wielkopolskiego: od północy z powiatami świebodzińskim i krośnieńskim, od zachodu - z powiatem żarskim, od południa z powiatami żagańskim i nowosolskim oraz od wschodu z powiatem wolsztyńskim należącym do województwa wielkopolskiego. Siedziba powiatu mieści się w mieście Zielona Góra.

Cechą charakterystyczną powiatu jest jego położenie - wokół miasta Zielona Góra, które zostało wyodrębnione w samodzielny powiat grodzki.

Powiat zielonogórski obejmuje 10 gmin: 5 miejsko - wiejskich i 5 wiejskich. Gminy wchodzące w skład powiatu zielonogórskiego to:

- § Babimost - gmina miejsko-wiejska
- § Bojadła - gmina wiejska
- § Czerwieńsk - gmina miejsko-wiejska
- § Kargowa - gmina miejsko-wiejska
- § Nowogród Bobrzański - gmina miejsko-wiejska
- § Sulechów - gmina miejsko-wiejska
- § Świdnica - gmina wiejska
- § Trzebiechów - gmina wiejska
- § Zabór - gmina wiejska
- § Zielona Góra - gmina wiejska

W skład powiatu wchodzi 5 miast i 181 miejscowości wiejskich. Miasta leżące na terenie powiatu to: Babimost, Czerwieńsk, Kargowa, Nowogród Bobrzański i Sulechów (największe – mieszka w nim ponad 50% wszystkich mieszkańców miast). Powiat zielonogórski według liczby mieszkańców mieszkających w miastach zajmuje 9 miejsce w województwie lubuskim.



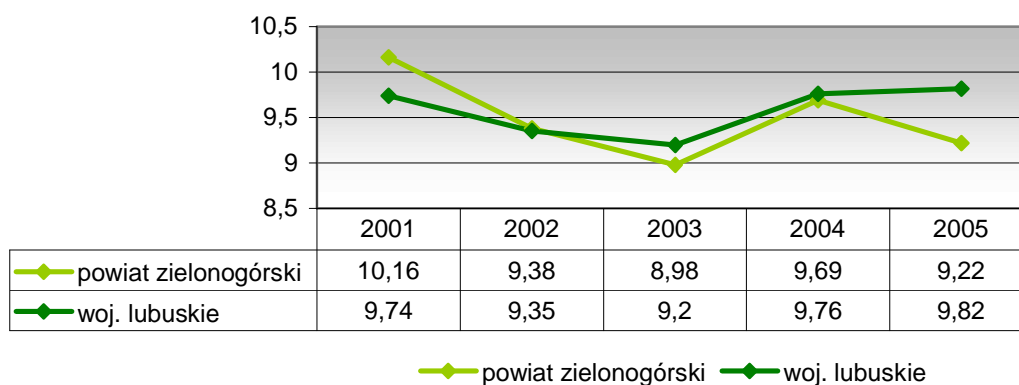
2 Diagnoza stanu zdrowia populacji powiatu zielonogórskiego i woj.lubuskiego.

2.1 Urodzenia

Współczynnik urodzeń żywych na 1000 ludności w powiecie zielonogórskim w 2005 r. wyniósł **9,22** i był nieco niższy niż analogiczny wskaźnik dla województwa (9,82). W porównaniu z rokiem poprzednim zanotowano spadek z 9,69 urodzeń na 1000 ludności.

Wykres 1

Współczynnik urodzeń żywych na 1000 ludności w latach 2001 – 2005



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

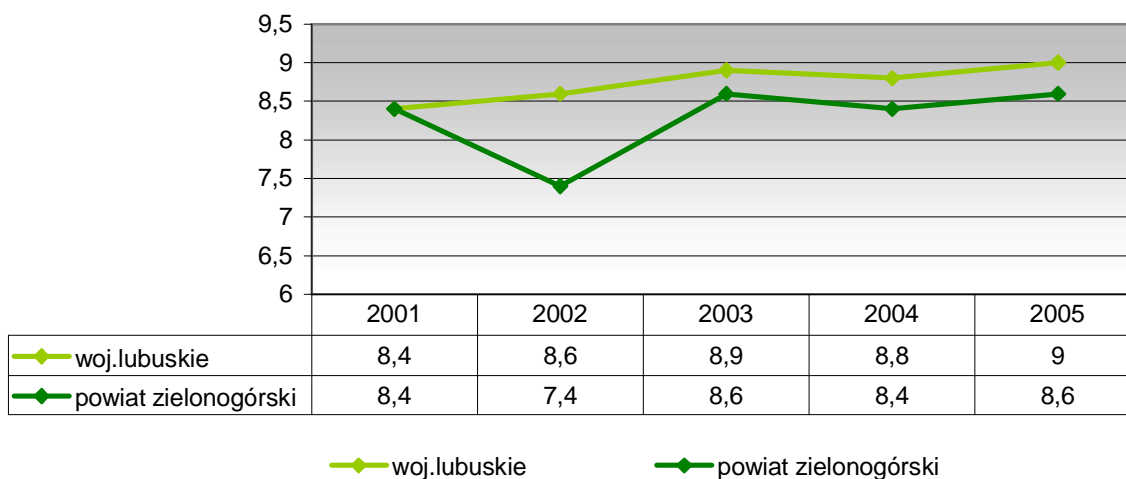
2.2 Zgony

Współczynnik zgonów w powiecie zielonogórskim kształtował się w ostatnich latach na dość stabilnym poziomie. Wartość wskaźnika w 2005 wynosiła **8,6** i była nieco niższa niż analogiczna dla całego województwa.



Wykres 2

Współczynnik zgonów w latach 2001 – 2005



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

2.2.1 Przyczyny zgonów

Najczęstszymi przyczynami zgonów na terenie województwa lubuskiego (podobnie jak w całym kraju) są **choroby układu krążenia** (prawie 40% ogólnej liczby zgonów) oraz **nowotwory złośliwe** (23,8%).

Tabela 1

Zgony w woj. lubuskim według przyczyn

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
Ogółem	9026	4982	4044	5545	3481
Choroby zakaźne i pasożytnicze	105	77	28	67	38
w tym gruźlica układu oddechowego	22	17	5	12	10
Nowotwory	2274	1305	969	1449	825
w tym złośliwe	2150	1244	906	1366	784
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	18	4	14	9	9
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	237	97	140	153	84
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	40	28	12	27	13
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	112	50	62	70	42
Choroby układu krążenia	3561	1836	1725	2097	1464

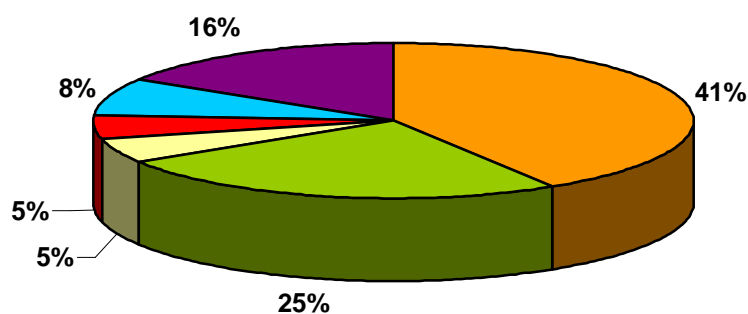


w tym:					
choroba nadciśnieniowa	126	49	77	75	51
choroba niedokrwienna serca	811	514	297	544	267
choroby naczyń mózgowych	1175	518	657	655	520

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Wykres 3

Struktura zgonów w woj. lubuskim według przyczyn w 2005 r.



- choroby układu krążenia
- nowotwory
- choroby układu trawiennego
- choroby układu oddechowego
- zewnętrzne przyczyny zgonów
- pozostałe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

W 2005 r., w porównaniu z rokiem 2004, o 1% zwiększył się odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia.

Najczęstsze przyczyny zgonów w woj. lubuskim w 2005 r. :

(współczynnik zgonów na 1 tys. mieszkańców)

§ choroby układu krążenia – 3,8, w tym głównie:

- ú miażdżycy,
- ú ostrego zawału serca,
- ú udaru nie określonego jako krwotoczny lub zawałowy,
- ú zawału mózgu,
- ú przewlekłej niedokrwiennej choroby serca,



- ú niewydolności serca,

§ nowotwory – 2,3, głównie nowotwory złośliwe:

- ú oskrzela i płuca,
- ú bez określenia jego umiejscowienia,
- ú jelita grubego,
- ú żołądka,
- ú sutka,

§ zewnętrzne przyczyny zgonu – 0,7, w tym głównie:

- ú wypadki komunikacyjne,
- ú samobójstwa,
- ú nieokreślone zdarzenia,
- ú upadki,

§ choroby układu oddechowego – 0,5, w tym głównie:

- ú inne przewlekłe zaporowe choroby płuc,
- ú zapalenia płuc wywołane nieokreślonym drobnoustrojem,
- ú obrzęk płuc,
- ú niewydolność oddechowa,

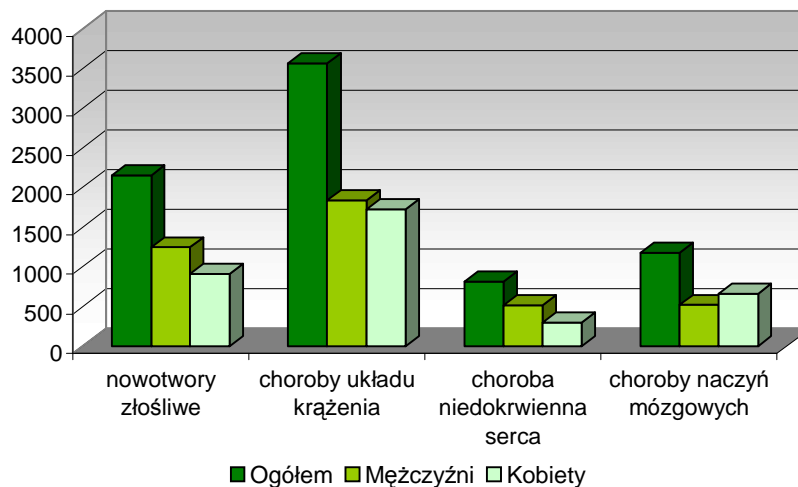
§ choroby układu trawiennego – 0,4, w tym głównie:

- ú zwłóknienie i marskość wątroby,
- ú inne choroby układu pokarmowego,
- ú naczyniowe zaburzenia jelit,
- ú ostre zapalenie trzustki,
- ú alkoholowe choroby wątroby,
- ú zapalenie otrzewnej.



Wykres 4

Najczęstsze przyczyny zgonów w woj. lubuskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie CSIOZ.

Najczęstsze przyczyny zgonów w powiecie zielonogórskim w 2004 r.:

(współczynnik zgonów na 1 tys. mieszkańców)

- § **choroby układu krążenia – 3,61** (w tym kobiety – 3,34; mężczyźni – 3,89),
- § **nowotwory – 1,94** (w tym kobiety – 1,20; mężczyźni – 2,70),
- § **objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane – 0,88** (w tym kobiety – 1,16; mężczyźni – 0,60),
- § **zewnętrzne przyczyny zgonu – 0,46** (w tym kobiety – 0,18; mężczyźni – 0,76),
- § **choroby układu trawiennego – 0,35** (w tym kobiety – 0,27; mężczyźni – 0,43),
- § **choroby układu oddechowego – 0,34** (w tym kobiety – 0,27; mężczyźni – 0,41).

W 2004 r. w stosunku do 1999 r. współczynnik zgonów ogółem (na 1 tys. mieszkańców) w powiecie zielonogórskim zmniejszył się o 3%. Współczynnik zgonów zmniejszył się również: z powodu chorób układu krążenia o 11%, nowotworów o 4%, zewnętrznych przyczyn zgonu o 34%. **Wzrost** współczynnika zgonów nastąpił natomiast z powodu: **objawów, cech chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowanych o 26%, chorób układu trawiennego o 3% i chorób układu oddechowego o 54%.**

Poniższe tabele przedstawiają zgony mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn, płci i wieku w 1999 r. 2004 r. w wartościach bezwzględnych oraz jako współczynnik na 1 tys. mieszkańców.



Tabela 2

Zgony mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn, płci i wieku w 1999 r. (liczby bezwzględne)

Wyszczególnienie		ogółem	grupy wiekowe										
			0 lat	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
ogółem	razem	743	7	3	1	2	5	8	19	55	64	146	433
	mężczyźni	410	7	3	1	2	4	7	11	29	46	97	203
	kobiety	333	-	-	-	-	1	1	8	26	18	49	230
brak przyczyny zgonu strajk lekarzy	razem	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00.0 – B99)	razem	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
	mężczyźni	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
nowotwory (C00.0 – D48.9)	razem	173	-	1	-	-	-	-	4	16	21	54	77
	mężczyźni	88	-	1	-	-	-	-	1	4	13	35	34
	kobiety	85	-	-	-	-	-	-	3	12	8	19	43
choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre inne choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50.0 – D89.9)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00.0 – E90)	razem	13	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	9
	mężczyźni	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
	kobiety	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00.0 – F99)	razem	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1
	mężczyźni	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-
	kobiety	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
choroby układu nerwowego (G00.9 – G99.8)	razem	10	-	-	1	-	1	-	-	-	-	4	4
	mężczyźni	6	-	-	1	-	1	-	-	-	-	3	1
	kobiety	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	3
choroby układu krążenia	razem	350	-	-	-	-	-	-	2	16	18	57	257



(I00 – I99)	mężczyźni	181	-	-	-	-	-	-	2	9	11	36	123
	kobiety	169	-	-	-	-	-	-	-	7	7	21	134
choroby układu oddechowego (J00 – J99.8)	razem	19	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	16
	mężczyźni	10	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	7
	kobiety	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
choroby układu trawiennego	razem	29	-	-	-	-	-	-	2	6	5	7	9
	mężczyźni	23	-	-	-	-	-	-	1	5	5	5	7
	kobiety	6	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	2
choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 – L99.8)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00.0 – M99.9)	razem	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1
	mężczyźni	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	kobiety	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
choroby układu moczowo – pęciowego (N00.0 – N99.9)	razem	12	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	8
	mężczyźni	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
	kobiety	7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5
stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00.0 – P96.9)	razem	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
wady wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00.0 – Q99.9)	razem	6	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	6	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane (R00.0 – R99)	razem	60	-	-	-	-	-	1	2	7	6	8	36
	mężczyźni	36	-	-	-	-	-	1	2	4	6	6	17
	kobiety	24	-	-	-	-	-	-	-	3	-	2	19
zewnętrzne przyczyny zgonów (V01.0 – Y98)	razem	60	-	1	-	2	4	7	7	10	8	7	14
	mężczyźni	42	-	1	-	2	3	6	5	7	6	4	8
	kobiety	18	-	-	-	-	1	1	2	3	2	3	6

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.



Tabela 3

Zgony mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn, płci i wieku w 1999 r. (współczynnik na 1 tys. mieszkańców)

Wyszczególnienie		ogółem	grupy wiekowe									
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
ogółem	razem	8,62	1,91	0,16	0,26	0,62	0,58	1,65	3,79	8,26	24,41	79,20
	mężczyźni	9,56	3,64	0,31	0,51	0,98	0,99	1,86	3,92	11,71	36,70	104,59
	kobiety	7,58	-	-	-	0,25	0,15	1,43	3,65	4,72	14,68	65,23
brak przyczyny zgonu strajk lekarzy	razem	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,18
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,28
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00.0 – B99)	razem	0,01	-	-	-	-	1	-	-	0,13	-	-
	mężczyźni	0,02	-	-	-	-	1	-	-	0,25	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
nowotwory (C00.0 – D48.9)	razem	2,01	0,19	-	-	-	-	0,35	1,10	2,71	9,03	14,08
	mężczyźni	2,05	0,36	-	-	-	-	0,17	0,54	3,31	13,24	17,52
	kobiety	1,96	-	-	-	-	-	0,54	1,68	2,10	5,69	12,20
choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre inne choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50.0 – D89.9)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00.0 – E90)	razem	0,15	-	-	-	-	-	-	-	0,13	0,50	1,65
	mężczyźni	0,12	-	-	-	-	-	-	-	-	1,14	1,03
	kobiety	0,18	-	-	-	-	-	-	-	0,26	-	1,99
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00.0 – F99)	razem	0,05	-	-	-	-	-	-	-	0,13	0,33	0,18
	mężczyźni	0,07	-	-	-	-	-	-	-	0,25	0,76	-
	kobiety	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,28
choroby układu nerwowego (G00.9 – G99.8)	razem	0,12	-	0,16	-	0,12	-	-	-	-	0,67	0,73
	mężczyźni	0,14	-	0,31	-	0,24	-	-	-	-	1,14	0,52
	kobiety	0,09	-	-	-	-	-	-	-	-	0,30	0,85
choroby układu krążenia (I00 – I99)	razem	4,06	-	-	-	-	-	0,17	1,10	2,32	9,53	47,01
	mężczyźni	4,22	-	-	-	-	-	0,34	1,22	2,80	13,62	63,37
	kobiety	3,90	-	-	-	-	-	-	0,98	1,83	6,29	38,00
choroby układu oddechowego	razem	0,22	-	-	-	-	-	-	-	0,39	-	2,93



(J00 – J99.8)	mężczyźni	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-	0,76	-	3,61
	kobiety	0,21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,55
choroby układu trawiennego	razem	0,34	-	-	-	-	-	0,17	0,41	0,65	1,17	1,65	
	mężczyźni	0,54	-	-	-	-	-	0,17	0,68	1,27	1,89	3,61	
	kobiety	0,14	-	-	-	-	-	0,18	0,14	-	0,60	0,57	
choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 – L99.8)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00.0 – M99.9)	razem	0,03	-	-	-	-	-	0,09	-	-	0,17	0,18	
	mężczyźni	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	0,38	0,52	
	kobiety	0,02	-	-	-	-	-	0,18	-	-	-	-	
choroby układu moczowo – płciowego (N00.0 – N99.9)	razem	0,14	-	-	-	-	-	0,09	-	-	0,50	1,46	
	mężczyźni	0,12	-	-	-	-	-	-	-	-	0,76	1,55	
	kobiety	0,16	-	-	-	-	-	0,18	-	-	0,30	1,42	
stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00.0 – P96.9)	razem	0,02	0,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	mężczyźni	0,05	0,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
wady wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00.0 – Q99.9)	razem	0,07	1,14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	mężczyźni	0,14	2,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane (R00.0 – R99)	razem	0,70	-	-	-	-	0,07	0,17	0,48	0,77	1,34	6,58	
	mężczyźni	0,84	-	-	-	-	0,14	0,34	0,54	1,53	2,27	8,76	
	kobiety	0,55	-	-	-	-	-	-	0,42	-	0,60	5,39	
zewnętrzne przyczyny zgonów (V01.0 – Y98)	razem	0,70	0,19	-	0,26	0,50	0,51	0,61	0,69	1,03	1,17	2,56	
	mężczyźni	0,98	0,36	-	0,51	0,73	0,85	0,85	0,95	1,53	1,51	4,12	
	kobiety	0,42	-	-	-	0,25	0,15	0,36	0,42	0,52	0,90	1,70	

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.



Tabela 4

Zgony mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn, płci i wieku w 2004 r. (liczby bezwzględne)

Wyszczególnienie		ogółem	grupy wiekowe										
			0 lat	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
ogółem	razem	741	10	1	1	-	4	8	18	51	106	110	432
	mężczyźni	422	5	-	-	-	2	8	16	40	83	76	192
	kobiety	319	5	1	1	-	2	-	2	11	23	34	240
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00.0 – B99)	razem	13	1	-	-	-	-	1	1	1	2	1	6
	mężczyźni	10	1	-	-	-	-	1	1	1	2	1	3
	kobiety	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
nowotwory (C00.0 – D48.9)	razem	172	-	-	-	-	-	-	1	15	36	42	78
	mężczyźni	118	-	-	-	-	-	-	1	9	23	34	51
	kobiety	54	-	-	-	-	-	-	-	6	13	8	27
choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre inne choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50.0 – D89.9)	razem	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	mężczyźni	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00.0 – E90)	razem	18	-	1	-	-	-	-	2	-	1	6	8
	mężczyźni	6	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	1
	kobiety	12	-	1	-	-	-	-	1	-	-	3	7
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00.0 – F99)	razem	5	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2
	mężczyźni	5	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby układu nerwowego (G00.9 – G99.8)	razem	11	-	-	-	-	2	-	-	1	3	1	4
	mężczyźni	7	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	3
	kobiety	4	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1
choroby układu krążenia (I00 – I99)	razem	320	-	-	-	-	-	-	3	15	41	40	221
	mężczyźni	170	-	-	-	-	-	-	2	14	34	26	94
	kobiety	150	-	-	-	-	-	-	1	1	7	14	127



choroby układu oddechowego (J00 – J99.8)	razem	30	1	-	-	-	-	-	-	1	-	3	25
	mężczyźni	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	15
	kobiety	12	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10
choroby układu trawiennego	razem	31	-	-	-	-	-	-	1	6	10	3	11
	mężczyźni	19	-	-	-	-	-	-	1	5	8	1	4
	kobiety	12	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	7
choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 – L99.8)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00.0 – M99.9)	razem	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
choroby układu moczowo – płciowego (N00.0 – N99.9)	razem	9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	6
	mężczyźni	5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3
	kobiety	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00.0 – P96.9)	razem	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
wady wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00.0 – Q99.9)	razem	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane (R00.0 – R99)	razem	78	-	-	-	-	-	-	-	2	6	8	62
	mężczyźni	26	-	-	-	-	-	-	-	2	6	5	13
	kobiety	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	49
zewnętrzne przyczyny zgonów (V01.0 – Y98)	razem	41	-	-	1	-	2	7	9	8	5	3	6
	mężczyźni	33	-	-	-	-	1	7	9	7	5	1	3
	kobiety	8	-	-	1	-	1	-	-	1	-	2	3

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze.



Tabela 5

Zgony mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn, płci i wieku w 2004 r. (współczynnik na 1 tys. mieszkańców)

Wyszczególnienie		ogółem	grupy wiekowe									
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
ogółem	razem	8,37	2,53	0,19	-	0,51	0,53	1,58	3,65	9,03	20,01	68,46
	mężczyźni	9,66	2,25	-	-	0,49	1,02	2,77	5,68	13,95	30,69	87,79
	kobiety	7,11	2,83	0,38	-	0,52	-	0,35	1,58	3,97	11,25	58,21
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00.0 – B99)	razem	0,15	0,23	-	-	-	0,07	0,09	0,07	0,17	0,18	0,95
	mężczyźni	0,23	0,45	-	-	-	0,13	0,17	0,14	0,34	0,40	1,37
	kobiety	0,07	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0,73
nowotwory (C00.0 – D48.9)	razem	1,94	-	-	-	-	-	0,09	1,07	3,07	7,64	12,36
	mężczyźni	2,70	-	-	-	-	-	0,17	1,28	3,87	13,73	23,32
	kobiety	1,20	-	-	-	-	-	-	0,86	2,25	2,65	6,55
choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre inne choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50.0 – D89.9)	razem	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	0,18	-
	mężczyźni	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	0,40	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00.0 – E90)	razem	0,20	0,23	-	-	-	-	0,18	-	0,09	1,09	1,27
	mężczyźni	0,14	-	-	-	-	-	0,17	-	0,17	1,21	0,46
	kobiety	0,27	0,47	-	-	-	-	0,18	-	-	0,99	1,70
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00.0 – F99)	razem	0,06	-	-	-	-	-	0,09	0,14	-	-	0,32
	mężczyźni	0,11	-	-	-	-	-	0,17	0,28	-	-	0,91
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby układu nerwowego (G00.9 – G99.8)	razem	0,12	-	-	-	0,25	-	-	0,07	0,26	0,18	0,63
	mężczyźni	0,16	-	-	-	0,25	-	-	-	0,50	-	1,37
	kobiety	0,09	-	-	-	0,26	-	-	0,14	-	0,33	0,24
choroby układu krążenia (I00 – I99)	razem	3,61	-	-	-	-	-	0,26	1,07	3,49	7,28	35,02
	mężczyźni	3,89	-	-	-	-	-	0,35	1,99	5,72	10,50	42,98
	kobiety	3,34	-	-	-	-	-	0,18	0,14	1,21	4,63	30,80
choroby układu oddechowego (J00 – J99.8)	razem	0,34	0,23	-	-	-	-	-	0,07	-	0,55	3,96
	mężczyźni	0,41	-	-	-	-	-	-	1	-	1,21	6,86
	kobiety	0,27	0,47	-	-	-	-	-	0,14	-	-	2,43



choroby układu trawiennego	razem	0,35	-	-	-	-	-	-	0,09	0,43	0,85	0,55	1,74
	mężczyźni	0,43	-	-	-	-	-	-	0,17	0,71	1,34	0,40	1,83
	kobiety	0,27	-	-	-	-	-	-	-	0,14	0,35	0,66	1,70
choroby skóry i tkanki podskórnej (L00 – L99.8)	razem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroby układu kostno – stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00.0 – M99.9)	razem	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	0,09	-	0,48
	mężczyźni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	0,09	-	-	-	-	-	-	-	-	0,17	-	0,73
choroby układu moczowo – pęciowego (N00.0 – N99.9)	razem	0,10	-	-	-	-	-	-	-	-	0,09	0,36	0,95
	mężczyźni	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	0,17	0,40	1,37
	kobiety	0,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,33	0,73
stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00.0 – P96.9)	razem	0,06	1,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	0,05	0,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	0,07	1,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
wady wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00.0 – Q99.9)	razem	0,03	0,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	mężczyźni	0,05	0,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	kobiety	0,02	0,47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
objawy, cechy chorobowe gdzie indziej niesklasyfikowane (R00.0 – R99)	razem	0,88	-	-	-	-	-	-	-	0,14	0,51	1,46	9,83
	mężczyźni	0,60	-	-	-	-	-	-	-	0,28	1,01	2,02	5,94
	kobiety	1,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,99	11,88
zewewnętrzne przyczyny zgonów (V01.0 – Y98)	razem	0,46	-	-	-	0,25	0,46	0,79	0,57	0,43	0,55	0,95	
	mężczyźni	0,76	-	0,19	-	0,25	0,90	1,56	0,99	0,84	0,40	1,37	
	kobiety	0,18	-	-	-	0,26	-	-	0,14	-	0,66	0,73	

Źródło: Opracowanie na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Zielonej Górze



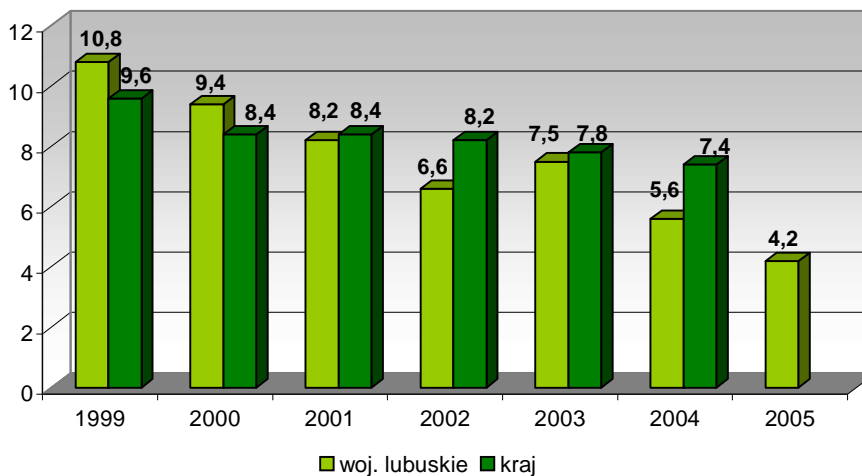
2.2.2 Umieralność okołoporodowa

W 2005 r. na terenie woj. lubuskiego przyjęto ogółem 9 685 porodów (o 81 więcej niż w roku 2004). Urodziło się 9 775 dzieci (o 82 więcej niż w 2004 r.), z tej liczby 569 to noworodki o niskiej masie ciała (poniżej 2500 g), co stanowiło 5,8% ogółu urodzeń (w 2004 r. - 6,2%). Umieralność okołoporodową stanowiło 41 przypadków (martwych urodzeń i zgonów), tj. o 13 mniej niż w roku 2004. W 2005 r. w porównaniu do roku poprzedniego nastąpiło zmniejszenie współczynnika umieralności okołoporodowej o 1,4 promila.

Systematycznie zmniejsza się ilość martwych urodzeń - w 2005 r. zmniejszyła się o 0,3 promila w porównaniu do roku poprzedniego.

Wykres 5

Umieralność okołoporodowa w woj. lubuskim w latach 1999 – 2005 (na 1 tys. urodzeń)

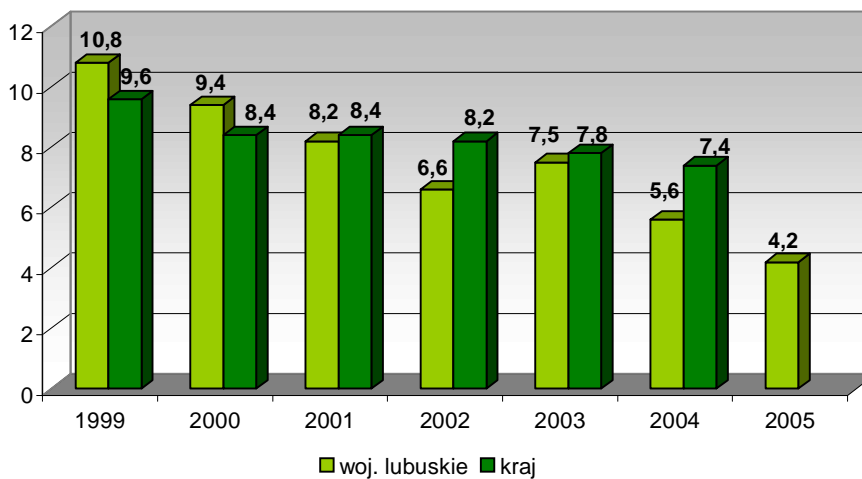


Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Wykres 6

Martwe urodzenia w woj. lubuskim na tle kraju w latach 1999 – 2005 współczynnik na 1 tys. urodzeń



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

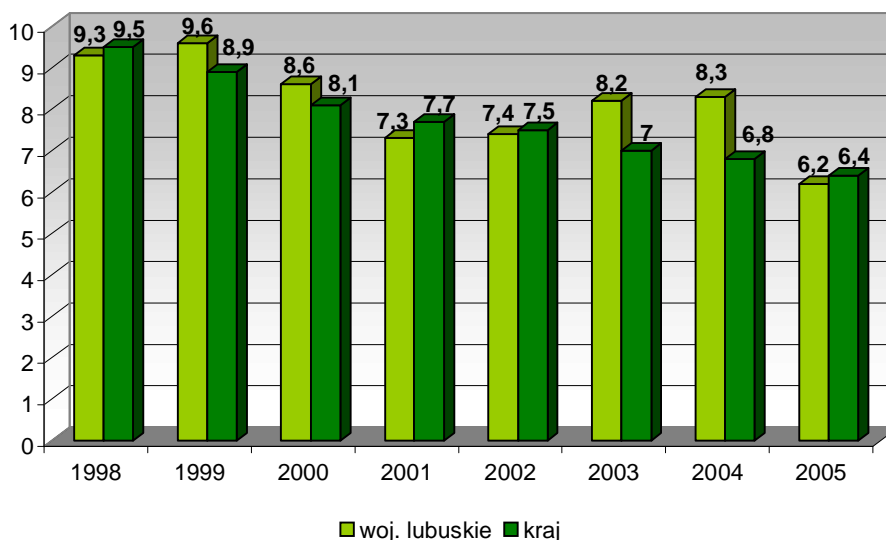
W 2005 r. w woj. lubuskim nastąpiło również zmniejszenie ilości urodzeń dzieci o niskiej masie ciała, z 597 (6,2% wszystkich urodzeń) w 2004 r. do 569 (5,8%) w roku 2005.

W 2005 r. zgony niemowląt stanowiły 0,67% ogólnej liczby zgonów (w 2004 r. - 0,92%). Współczynnik umieralności niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w 2005 r. był niższy niż w 2004 r. i osiągnął wartość równą 6,2 - co ulokowało woj. lubuskie na VIII miejscu w kraju pod względem wielkości współczynnika (kraj - 6,4).



Wykres 7

Współczynnik zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w woj. lubuskim na tle kraju w latach 1998 – 2005



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Zaznaczyć należy, że współczynnik umieralności niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych w woj. lubuskim był nieco wyższy w mieście aniżeli na wsi.

Główną przyczynę umieralności niemowląt w 2004 r. stanowiły:

§ stany okresu okołoporodowego - 4,06 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych, w tym:

- ú zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwoju płodu - 1,12 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,
- ú zaburzenia krwotoczne i choroby krwi płodu i noworodka - 0,81 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,
- ú pozostałe stany okołoporodowe - 0,71 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,
- ú stan płodu i noworodka spowodowany czynnikami matczynymi, powikłaniami ciąży, czynności porodowej i porodu - 0,61 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,

§ wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe - 3,04 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych, w tym:

- ú wrodzone wady serca - 1,22 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,
- ú inne wady wrodzone - 0,91 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,
- ú inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego - 0,61 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych,



§ objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane - 0,51 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych, w tym:

- ü zespół nagłej śmierci dziecka - 0,41 zgonów na 1 tys. urodzeń żywych.

W 2005 r. najwyższe współczynniki zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych zanotowano w powiatach: międzyrzeckim (10,43), gorzowskim (10,32) i nowosolskim (10,02), natomiast najniższe w powiatach: grodzkim m. Zielona Góra (1,89) i wschowskim (2,34).

W powiecie zielonogórskim zanotowano w 2005 r. 3 przypadki zgonów niemowląt. Dla porównania w rok wcześniej zmarło w regionie 10 niemowląt.

Tabela 6

Zgony niemowląt w latach 2001 – 2005

Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005
woj. lubuskie	73	70	76	82	61
powiat zielonogórski	8	5	2	10	3
miasta razem	3	1	2	3	1
Babimost	-	-	-	-	-
Czerwieńsk	-	-	-	-	-
Kargowa	-	-	-	-	1
Nowogród Bobrzański	-	1	-	1	-
Sulechów	3	-	2	2	-
gminy razem	5	4	-	7	-
g. Babimost	-	1	-	-	-
g. Bojadła	-	-	-	2	1
g. Czerwieńsk	-	-	-	2	-
g. Kargowa	-	-	-	-	-
g. Nowogród Bobrzański	1	-	-	1	-
g. Sulechów	2	-	-	-	-
g. Świdnica	-	-	-	1	1
g. Trzebiechów	2	-	-	-	-
g. Zabór	-	1	-	-	-
g. Zielona Góra	-	2	-	1	-

Źródło: Dane GUS.



Tabela 7

Współczynnik noworodków z niską masą urodzeniową (poniżej 2500 g) na 1000 urodzeń

Wyszczególnienie	2001		2002	
	woj. lubuskie	powiat zielonogórski	woj. lubuskie	powiat zielonogórski
Liczba urodzeń żywych	9 899	2 053	9 325	2 148
Noworodki z masa urodzeniową <2500 g				
l. bezwzględne	643	128	568	147
w ‰	65,0	62,3	60,9	68,4
Noworodki z masą <1000 g				
l. bezwzględne	43	12	35	19
w ‰	4,3	5,8	3,8	8,8

Źródło: Wojewódzki Plan Zdrowotny dla Województwa Lubuskiego na rok 2005.

2.2.3 Zgony przedwczesne

Na terenie województwa lubuskiego w 2004 r. na ogólną liczbę 8 924 zgonów, zarejestrowano 2 842 zgony osób poniżej 65 roku życia, co stanowiło 31,8% wszystkich zgonów.

Zgony osób w wieku 0 - 64 lata w 2004 r. **spowodowane były** w dominującym stopniu przez:

- § nowotwory - 29,7%,
- § choroby układu krążenia - 28,7%,
- § zewnętrzne przyczyny zgonów - 18,2%.

Wśród głównych przyczyn zewnętrznych przedwczesnych zgonów zarejestrowanych na terenie woj. lubuskiego znajdują się wypadki komunikacyjne i samobójstwa (ogółem 11,3% zgonów poniżej 65 roku życia), które można zaliczyć do zgonów możliwych do uniknięcia.

Zaznaczyć należy, że w zależności od płci kolejność oraz proporcje najczęstszych przyczyn zgonów osób do 64 roku życia były nieco inne. Dla **kobiet** w tym wieku najczęstszymi przyczynami zgonów były:

- § nowotwory 44,5%,
- § choroby układu krążenia 23,0%,
- § zewnętrzne przyczyny zgonów 10,3%.

Natomiast w przypadku mężczyzn były to:

- § choroby układu krążenia 31,0%,
- § nowotwory 23,9%,



§ zewnętrzne przyczyny zgonów 21,4%.

2.2.4 Podsumowanie

§ Od 1995 r. na terenie woj. lubuskiego nastąpił spadek ilości zgonów z powodu chorób układu krążenia o 13,0%.

Umieralność z powodu chorób układu krążenia w woj. lubuskim:

ú 1995 r. – 4 408 zgonów (4,35 / 1 tys. ludności),

ú 2003 r. – 3 561 zgonów (3,53 / 1 tys. ludności),

ú 2005 r. – 3 836 zgonów (3,80 / 1 tys. ludności).

§ Od 1995 r. na terenie woj. lubuskiego nastąpił wzrost zgonów z powodu nowotworów złośliwych.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych w woj. lubuskim:

ú 1995 r. – 1 971 zgonów (1,95/1 tys. ludności),

ú 2003 r. – 2 150 zgony (2,13/ 1 tys. ludności),

ú 2005 r. – 2 323 zgony (2,30/ 1 tys. ludności).

§ Umieralność z powodu urazów i zatruc w woj. lubuskim w porównaniu do roku 1995 zwiększyła się, jednak jest niższa niż w roku 2003:

ú 1995 r. – 672 zgony (0,66/1 tys. ludności),

ú 2003 r. – 709 zgonów (0,70/1 tys. ludności),

ú 2005 r. – 692 zgony (0,69/1 tys. ludności).

2.3 Chorobowość i zapadalność

Najczęstszymi przyczynami kwalifikowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej **dzieci i młodzieży w wieku 0 - 18 lat** do opieki czynnej w 2005 r. na terenie województwa lubuskiego były:

§ zniekształcenia kręgosłupa - 18,1%,

§ zaburzenia refrakcji i akomodacji oka - 14,0%,

§ niedokrwistość - 10,2%,

§ otyłość - 8,6%,

§ alergie skórne - 6,2%,

§ dychawice oskrzelowe - 5,8%,



§ alergię pokarmowe - 5,5%,

§ zaburzenia rozwoju - 5,4%.

Najczęstszymi przyczynami kwalifikowania przez lekarzy POZ w 2005 r. pacjentów **w wieku 19 lat i więcej** do opieki czynnej były:

§ choroby układu krążenia - 38,3%,

§ choroby układu mięśniowo kostnego i tkanki łącznej - 1,7%,

§ przewlekłe choroby układu trawiennego - 10,4%,

§ choroby obwodowego układu nerwowego - 10,3%,

§ cukrzyca - 9,4%,

§ przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa - 8,9%,

§ choroby tarczycy - 6,0%.

W 2005 r. w **ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej** najwięcej porad udzielono w poradniach:

§ stomatologicznych - 29,7%,

§ ginekologiczno –położniczych - 16,2%,

§ okulistycznych - 9,1%,

§ chirurgii ogólnej - 7,2%,

§ otolaryngologicznych - 5,8%,

§ dermatologicznych - 5,0%,

§ urazowo ortopedycznych - 4,7%,

§ neurologicznych - 3,6%.



2.3.1 Statystyczna analiza zagrożeń w powiecie zielonogórskim

Tabela 8

Sytuacja epidemiologiczna (chorobowość, zapadalność, hospitalizacja) w powiecie zielonogórskim w latach 1999 oraz 2003- 2005 (lata 2003-2005 – dane dla powiatu ziemskiego, 1999 r. – dane dla powiatu ziemskiego i powiatu grodzkiego)

Kod wg ICD-10	Jednostka chorobowa		Wyszczególnienie	rok 1999*	rok 2003	rok 2004	rok 2005	
A02.0	Salmonellozy	zatrucia pokarmowe ^{UE}	l. zach.	prawdop.				
				potwierdzone				20
				razem	127	21	32	20
			hospital.	68		28	16	
			zapadalność razem	62,11	23,87	36,11	22,49	
A02.1- A02.9		zakażenia pozajelitowe		l. zach		1		
				hosp.			1	
				zapad.			1,13	
A04	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe	ogółem		l. zach.	1	11	1	
				hosp.	1		1	
				zapad.	0,49	12,5	1,13	
		w tym dzieci do lat 2		liczba zach.	1	7		
				hosp.	1			
				zapadalność	1,14	410,56		
A05.9	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe	nie określone		l. zach			17	
				hosp.				
				zapad.			19,18	
A07.1	Lamblioza (giardioza) ^{UE}		l. zach.	prawdop.				
				potwierdzone				1
				razem				1
			hospital.				1	
			zapadalność razem				1,12	
A08.0	Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe (ogółem)	nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy		l. zach.			1	
				hospital.			1	
				zapadalność razem				1,12
A37	Krzusiec ^{UE}		l. zach.	możliwe				
				prawdop.				
				potwierdzone				2
				razem		2	7	2
			hospital.			2	2	
			zapadalność razem		2,27	7,90	2,25	
A38	Płonica (szkarlatyna) ^{PL}		l. zach.	możliwe			25	
				prawdop.				
				potwierdzone				
				razem	39	4	3	25
			hospital.		4,55	1		
			zapadalność razem	19,07		3,38	28,11	
A39	Choroba	ogółem ^{UE}	l. zach.	prawdop.				

* zapadalność/100 tys.



	meningokokowa /10			potwierdzone				1
				razem				1
				hospital.				1
				zapadalność razem				1,12
A39.1-4		posocznica ^{UE}	l. zach.	prawdop.				
				potwierdzone				1
				razem				1
				hospital.				1
				zapadalność razem				1,12
Kod wg ICD-10	Jednostka chorobowa				1999*	2003	2004	2005
A40.0,1,8-9 (...)		pacjorkowcowa /12	l. zach.					1
			hospital.					1
			zapadalność razem					1,12
A41.0-2 (...)	Posocznica /11	gronkowcowa	l. zach.					3
			hospital.					3
			zapadalność razem					3,37
A41.4,8,9 (...)		inna określona i nieokreślona	l. zach.					4
			hospital.					4
			zapadalność razem					4,50
A46; O86.8	Róża	ogółem	l. zach.	17	8	14	11	11
			hospital.	15		11	11	11
			zapadalność razem	8,31	9,09	15,80	12,37	12,37
69.2	Borelioza z Lyme ^{PL}		l. zach.					15
			potwierdzone					15
			razem	1	21	5	15	15
			hospital.	1		1		
			zapadalność razem	0,49	23,87	5,64	16,87	16,87
Z20.3/Z24.2	Styczność i narażenie na wściekliznę / potrzeba szczepień /16		l. zach.					7
			hospital.					11
			zapadalność razem					7,87
B01	Ospa wietrzna		l. zach.	539	296	439	445	445
			hospital.	5		4		4
			zapadalność razem	261,66	336,39	495,32	500,37	500,37
B06	Różyczka ^{UE}		l. zach.					15
			możliwe					15
			prawdop.					
			potwierdzone					
			razem	269	4	9	15	15
			hospital.					
			zapadalność razem	131,56	4,55	10,15	16,87	16,87
B15	WZW	typu A	liczba zach.	9				
			w tym hosp.	9				
			zap./100 tys.	4,40				
B18.0-1		typu B – przewlekłe /20	l. zach.	16	3	3	3	3
			hospital.	16		3	3	3
			zapadalność razem	7,83	3,41	3,38	3,37	3,37
B17.1; B18.2		typu C – ^{UE /20}	l. zach.					8
			potwierdzone					8
			razem	9	3	6	8	8

* zapadalność/100 tys.



			hospital.	7	3,41	6	7	
			zapadalność razem	4,40		6,67	9	
odpowiednio		typu B+C (zakażenie mieszane) ^{/21}	l. zach.	6			2	
			hospital.	6			2	
			zapadalność razem	2,93			2,25	
Kod wg ICD-10	Jednostka chorobowa			1999*	2003	2004	2005	
B26	Świnka (nagminne zapalenie przyusznic) ^{UE /PL}		l. zach.	możliwe			45	
				prawdop.				
				potwierdzone				
				razem	405	745	562	45
			hospital.	20		21		
			zapadalność razem	198,08	846,65	634,10	50,60	
B27	Mononukleozą zakaźną ^{PL}		l. zach.	prawdop.			1	
				potwierdzone			4	
				razem	2	3		5
			hospital.	2			5	
zapadalność razem	0,98	3,41		5,62				
B58	Toksoplamoza ^{UE /PL}		l. zach.	możliwe				
				potwierdzone				2
				razem	3	5	7	2
			hospital.			1		
zapadalność razem	1,47	5,68	5	2,25				
G00.9;G04.2	Bakt. zap. opon mózgu. i/lub mózgu	inne, nie określone	l. zach.				3	
			hospital.				3	
			zapadalność razem				3,37	
J12; J14-18	Zapalenie płuc o etiologii zakaźnej ^{/26}		l. zach.				73	
			hospital.				70	
			zapadalność razem				82,08	
P36	Posocznica bakteryjna noworodka ^{/27}		l. zach.				2	
			hospital.				2	
			zapadalność razem				233,92	
T36-T50		lekami, prep. farmakologicznymi, substancjami biolog.	l. zach.	5	21	18	16	
			hospital.	5		18	15	
			zapadalność razem	2,45	23,87	20,31	17,99	
T51		alkoholem	l. zach.	6	12	3	10	
			hospital.	4		3	7	
			zapadalność razem	2,93	13,64	3,38	11,24	
T52-T59	Inne zatrucia	in. subst., zazwyczaj nie stosowanymi w celach lecznicz.	l. zach.	4	10	3	7	
			hospital.	1		2	6	
			zapadalność razem	1,96	11,36	3,38	7,87	
T65		substancjami innymi i nieokreślonymi	l. zach.	1	1		1	
			hospital.	1			1	
			zapadalność razem	0,49	1,14		1,12	
A09	biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu u dzieci do lat 2		l. zach.	14	20	2	2	
			hospital.	13	22,73	2	123,08	
			zapadalność	226,32		123,08	1	

* zapadalność/100 tys.



G00.0		wywołane przez Haemophilus influenzae	l. zach.	1		1	
			hospital.	1		1	
			zapadalność	0,19		1,13	
G00.1- G00.9	Zapalenie opon mózgowych	inne bakterie określone i nieokreślone	l. zach.	7		1	
			hospital.	7		1	
A87,B00.3 , B02.1		wirusowe określone i nie określone	l. zach.	6	2		
			hosp.	6			
			zapadalność	2,93	2,27		
G04.2		inne bakterie określone i nieokreślone	l. zach.	3			
			hospital.	3			
			zapadalność razem	1,47			

Kod wg ICD-10	Jednostka chorobowa			1999*	2003	2004	2005
A86		wirusowe nie określone	l. zach.			1	
			hospital.			1	
			zapadalność			1,13	
G04.8- G04.9	Zapalenie mózgu	inne i nie określone	l. zach.			1	
			hospital.			1	
			zapadalność			1,13	
G04.2		inne bakteryjne, określone i nieokreślone	liczba zach.		1		
			zapadalność		1,14		
-	Pokąsanie osób przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę lub zanieczyszczenie śliną tych zwierząt, po których podjęto szczepienia przeciw wściekliznie		l. zach.	17	4	9	
			hospital.				
			zapadalność	8,31	4,55	10,15	
B68.1	Tasiemczyca	Taenia saginata	l. zach.	1		1	
			hospital.	1			
			zapadalność	0,49		1,13	
B 68.0, B68.9, B70, B71		inna i nie określona	liczba zach.		1		
			zapadalność		1,14		
B86	Świerzb		l. zach.	28	4	7	
			hospital.		4,55	1	
			zapadalność	13,69		7,90	
J02.0, J03.0	Paciorkowcowe zapalenie gardła i/lub migdałków		l. zach.	4	1	5	
			hospital.	4		5	
			zapadalność	1,96	1,14	5,64	
J10, J11	Grypa	ogółem	l. zach.	9046	522	240	
			hospital.	6			
			zapadalność	4424,23	593,22	270,79	
		w tym dzieci (0-14 lat)	l. zach.	3137	156	93	
			hospital.				
			zapadalność	7868,27	895,37	554,23	
A01.1- A01.3	Dury rzekome A.B.C.		l. zach.	1			
			hospital.	1			
			zapadalność	0,49			
A03	Czerwonka bakteryjna (szigelozja)		l. zach.	1			
			hospital.	1			
			zapadalność	0,49			

* zapadalność/100 tys.



A23	Brucelozą	l. zach.	7			
		hospital.				
		zapadalnoŹ	3,42			
A33-A35	Tężec	l. zach.	1			
		hospital.	1			
		zapadalnoŹ	0,49			
-	Ostre porażenie wiotkie u dzieci (0-14 lat)	l. zach.	1			
		hospital.	1			
		zapadalnoŹ	2,51			
B05	Odra	l. zach.	3			
		hospital.				
		zapadalnoŹ	1,47			
B20-B22	Choroba wywołana przez ludzki wirus upoŹledz., której skutkiem sĄ okresloe choroby	l. zach.	1			
		hospital.	1			
		zapadalnoŹ	0,49			
B35	Grzybice skóry (dermatofitozy)	l. zach.	3			
		hospital.				
		zapadalnoŹ	1,47			
B75	Włośnica	l. zach.	1			
		hospital.	1			
		zapadalnoŹ	0,49			

Źródło: Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.

2.3.1.1 Przypadki chorobowe powodujące zagrożenia dla życia

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze

Tabela 9

Zagrożenia dla życia – pacjenci z podziałem na wiek w 2005 r.

Wiek	Ilość zdarzeń
0-14 lat	1 720
powyżej 14 lat	13 590
Ogółem	15 310

Źródło: WSPR w Zielonej Górze.

Szpital Wojewódzki
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze

Tabela 10

Zagrożenia dla życia – pacjenci z podziałem na wiek w 2005 r.

Wiek	Ilość zdarzeń
0-14 lat	1 500
powyżej 14 lat	8 662
Ogółem	10 162

Źródło: Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie
Oddział Przyjęć i Pomocy Doraźnej

Tabela 11

Zagrożenia dla życia – pacjenci z podziałem na wiek w 2005 r.

Wiek	Ilość zdarzeń
0-14 lat	158
powyżej 14 lat	3 656
Ogółem	3 814

Źródło: SP ZOZ w Sulechowie.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze

Tabela 12

Interwencje zespołów ratownictwa medycznego wg przyczyn i grup wiekowych pacjentów w 2005 r.

Wiek	Wypadki	Zachorowania zagrażające życiu
0-14 lat	329	1 391
powyżej 14 lat	1 345	12 245
Ogółem	1 674	13 636

Źródło: WSPR w Zielonej Górze.

Szpital Wojewódzki
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie
Oddział Przyjęć i Pomocy Doraźnej

Tabela 13

Interwencje zespołów ratownictwa medycznego wg przyczyn i grup wiekowych pacjentów w 2005 r.

Wiek	Wypadki	Zachorowania zagrażające życiu
0-14 lat	23	135
powyżej 14 lat	391	3 265
Ogółem	414	3 400

Źródło: SP ZOZ w Sulechowie.



Szpital Wojewódzki
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze

Tabela 14

Hospitalizacja pacjentów w stanach nagłych, zagrażających życiu pacjenta w 2005 r.

Wiek	Zachorowania zagrażające życiu
0-14 lat	200
powyżej 14 lat	3 080
Ogółem	3 280

Źródło: Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze

Tabela 15

Pacjenci przewiezieni do zakładów opieki zdrowotnej w stanie zagrożenia życia przez zespoły „R” i „W” w 2005 r.

Wiek	Ilość zdarzeń
0-14 lat	884
powyżej 14 lat	6 759
Ogółem	7 642

Źródło: WSPR w Zielonej Górze.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie
Oddział Przyjęć i Pomocy Doraźnej

Tabela 16

Hospitalizacja pacjentów w stanach zagrożenia życia wykonywanych przez zespoły „R” i „W” w 2005 r.

Wiek	Zachorowania zagrażające życiu
0-14 lat	94
powyżej 14 lat	906
Ogółem	1 000

Źródło: SP ZOZ w Sulechowie.



Tabela 17

Interwencje zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na ich przyczyny i grupy wiekowe w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

Wiek	Wypadki	Zachorowania zagrażające życiu
powiat Zielona Góra - grodzki		
0-14 lat	329	1 391
powyżej 14 lat	1 345	12 245
Ogółem	1 674	13 636
powiat zielonogórski - ziemski		
0-14 lat	23	135
powyżej 14 lat	391	3 265
Ogółem	414	3 400

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

Tabela 18

Hospitalizacje pacjentów w stanach powodujących zagrożenie dla życia z podziałem na ich przyczyny i grupy wiekowe w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

Wiek	Zachorowania zagrażające życiu
powiat Zielona Góra - grodzki	
0-14 lat	200
powyżej 14 lat	3 080
Ogółem	3 280
powiat zielonogórski - ziemski	
0-14 lat	94
powyżej 14 lat	906
Ogółem	1 000

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

2.3.2 Główne przyczyny hospitalizacji na terenie woj. lubuskiego w 2005 r. (na 1 tys. mieszkańców)

§ Choroby układu krążenia – 34,1, w tym głównie:

- ú przewlekła choroba niedokrwienna serca,
- ú niewydolność serca,
- ú dusznica bolesna,
- ú ostry zawał serca,
- ú zawał mózgu.



§ **Urazy, zatrucia oraz inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 19,1**, w tym głównie:

- ú urazy głowy,
- ú złamania kości udowej,
- ú urazy śródczaszkowe,
- ú złamania przedramienia,
- ú złamania podudzia.

§ **Choroby układu trawiennego –18,9**, w tym głównie:

- ú kamica żółciowa,
- ú zapalenie żołądka i dwunastnicy,
- ú przepuklina pachwinowa.

Jak wynika z poniższej tabeli, do najważniejszych problemów zdrowotnych populacji **powiatu zielonogórskiego** zaliczyć należy: choroby układu krążenia, choroby obwodowego układu nerwowego, cukrzycę, choroby układu mięśniowo – kostnego i tkanki łącznej oraz choroby układu oddechowego.

Wskaźnik chorobowości na 10 tys. ludności w zakresie chorób układu krążenia był w 2005 r. niższy niż dla całego województwa, jednak na terenie powiatu zielonogórskiego zanotowano w minionym roku więcej zachorowań na 10 tys. ludności.

W 2005 r. w powiecie zielonogórskim zachorowalność na choroby obwodowego układu nerwowego wyniosła niemal 60 na 10 tys. osób i była istotnie większa niż dla całego województwa (analogiczny wskaźnik dla województwa: 34,8). Ogółem, według stanu na koniec 2005 r., w powiecie zielonogórskim żyje nieco ponad 528 na 10 tys. osób, u których stwierdzono choroby obwodowego układu nerwowego (wskaźnik dla całego województwa jest niższy i wynosi: 258,6).

W powiecie zielonogórskim notuje się ponadto wyższe wskaźniki chorobowości i zachorowalności na nowotwory (93,9 chorych na 10 tys. ludności w powiecie i 69,8/10 tys. ludności w województwie; wskaźnik zachorowalności dla powiatu: 19,5/10 tys. ludności i dla woj. lubuskiego: 15,0) oraz niedokrwistość (wskaźnik chorobowości na 10 tys. ludności dla powiatu: 88,9 i 66,9 dla województwa; zachorowalność – odpowiednio: 24,9 i 15,4).

2.3.3 Leczeni w zakładach opieki stacjonarnej

W 2005 r. na terenie województwa lubuskiego w opiece stacjonarnej leczono ogółem 175 282 pacjentów, z tego:

- § 162 402 osoby w szpitalach ogólnych,



- § 9 788 osób w szpitalach i ośrodkach psychiatrycznych,
- § 2 500 osób w zakładach opiekuńczo-leczniczych (łącznie w ogólnych i psychiatrycznych),
- § 133 osoby w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych,
- § 459 osób w hospicjach.

W szpitalach ogólnych z powodu **zakażeń wewnątrzszpitalnych** leczono 624 osoby, z czego 24 osoby zmarły.

Przeciętny pobyt chorego na oddziałach szpitalnych (bez ruchu międzyoddziałowego) na terenie woj. lubuskiego wyniósł w 2005 r. **11,0 dni** (w 2004 r. - 11,2), a **przelotowość - 25,4 pacjenta na 1 łóżko w roku** (bez zmian w stosunku do roku 2004).

W 2005 r. w szpitalach ogólnych na terenie woj. lubuskiego odnotowano **10 526 odmów przyjęcia** do szpitala, w tym 431 z powodu braku miejsc. Do planowego przyjęcia na leczenie szpitalne zakwalifikowano 42 999 osób. Udzielono 170 261 porad pacjentom nie hospitalizowanym (ambulatoryjnie).

W 2005 r. 6,75 na 100 hospitalizacji na terenie województwa lubuskiego dotyczyła mieszkańców powiatu zielonogórskiego. **Wskaźniki hospitalizacji** na 10 tys. ludności w 2005 roku wynosiły: 1,8 tys. dla województwa oraz **1,4 tys. dla powiatu zielonogórskiego**.

Tabela 19

Hospitalizacje na oddziałach ogólnych zakładów opieki zdrowotnej wg miejsca zamieszkania na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.

Wyszczególnienie	Ilość hospitalizacji	Ilość hospitalizacji/ 10 tys. ludności	Średni czas hospitalizacji
woj. lubuskie	184 510	1 828,29	6,6
powiat zielonogórski	12 461	1 398,56	7,1

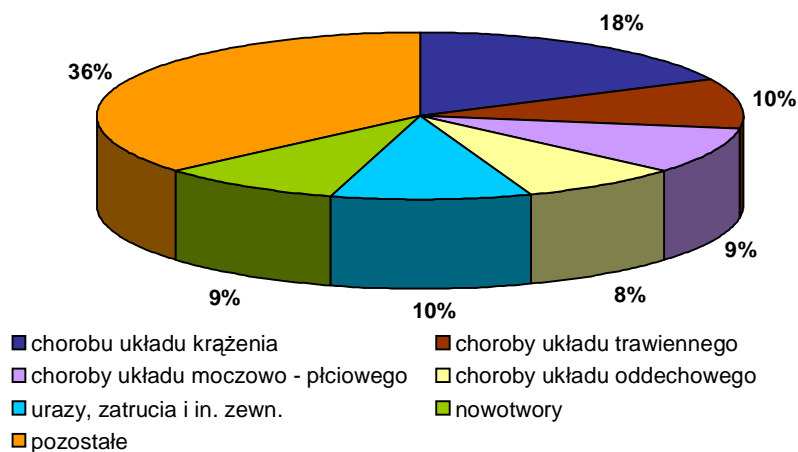
Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Do najczęstszych przyczyn hospitalizacji na terenie województwa lubuskiego w 2005 r. zaliczyć można: choroby układu krążenia, choroby układu trawiennego, przyczyny zewnętrzne, tj. urazy, zatrucia i in., choroby układu moczowo – pęciowego, nowotwory oraz choroby układu oddechowego.



Wykres 8

Struktura hospitalizacji według przyczyn na oddziałach ogólnych w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.3.3.1 Główne przyczyny hospitalizacji dzieci i młodzieży w woj. lubuskim w 2005 r.

1) Główne przyczyny hospitalizacji dzieci i młodzieży (w przedziale wiekowym 0-19 lat).

W 2005 r. w woj. lubuskim hospitalizowano ogółem 38 238 dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 19 lat.

§ **Choroby układu oddechowego - 6 602 osób**, w tym głównie:

- ú zapalenie płuc,
- ú ostre zapalenie oskrzeli,
- ú ostre zakażenie górnych dróg oddechowych.

§ **Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych - 4 792 osób**, w tym głównie:

- ú powierzchowny uraz głowy,
- ú złamania przedramienia,
- ú uraz śródczaszkowy.

§ **Choroby układu trawiennego - 3 333 osób**, w tym głównie:

- ú niezakaźne zapalenie żołądkowo jelitowe,
- ú zapalenie żołądka i dwunastnicy,
- ú ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.



§ **Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym - 2 358 osób**, w tym głównie:

- ú zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży,
- ú żółtaczką noworodków.

§ **Choroby układu moczowo – płciowego - 2 062 osób**, głównie:

- ú zaburzenia układu moczowego,
- ú nadmiar napletka,
- ú stulejka i załupek,
- ú ostre cewkowo - śródmiąższowe zapalenie nerek.

2) Główne przyczyny hospitalizacji niemowląt w 2005 roku.

Ogółem hospitalizowano 13 400 niemowląt

§ **Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym – 2 353 niemowlęta**, w tym głównie:

- ú wcześniactwo,
- ú żółtaczką noworodków,
- ú inne zakażenia swoiste dla okresu okołoporodowego.

§ **Choroby układu oddechowego - 1490 niemowląt**, w tym głównie:

- ú zapalenie płuc i oskrzeli,
- ú ostre zapalenie górnych dróg oddechowych.

§ **Choroby układu trawiennego - 383 niemowlęta**, w tym głównie:

- ú zakaźne zapalenia żołądkowo - jelitowe,
- ú przepuklina pachwinowa,
- ú niestrawność.

§ **Choroby układu moczowo – płciowego - 309 niemowląt**, w tym głównie:

- ú zaburzenia układu moczowego,
- ú ostre zespoły zapalenia nerek.

3) Główne przyczyny hospitalizacji dzieci w wieku 1 – 4 lata w 2005 roku.

Ogółem hospitalizowano 6 213 dzieci w wieku 1 - 4 lata

§ **Choroby układu oddechowego - 2 084 dzieci**, w tym głównie:

- ú zapalenie płuc, oskrzeli, krtani i tchawicy.



§ **Choroby układu trawiennego - 927 dzieci**, w tym głównie:

- ú zakaźne zapalenia żołądkowo jelitowe,
- ú przepuklina pachwinowa,
- ú zapalenie dwunastnicy.

§ **Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze - 789 dzieci**, w tym głównie:

- ú wirusowe zakażenia jelitowe,
- ú biegunki i zapalenie żołądkowo – jelitowe i inne zakażenia wywołane pałeczkami Salmonella.

§ **Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych - 630 dzieci**, w tym głównie:

- ú urazy głowy,
- ú oparzenia.

§ **Choroby układu moczowo – płciowego - 444 dzieci**, w tym głównie:

- ú zaburzenia układu moczowego,
- ú wodniak jądra i powrózka nasiennego,
- ú uropatia.

4) Główne przyczyny hospitalizacji młodzieży w wieku 15 – 19 lat w 2005 roku.

Ogółem hospitalizowano 7 511 osób w wieku 15 - 19 lat

§ **Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 1 779 osób**, w tym głównie:

- ú urazy głowy,
- ú zwichnięcia, skręcenia, naderwania stawów.

§ **Ciąża, poród i połóg – 1 414 osób**, w tym głównie:

- ú porody samoistne (531), porody przedwczesne (115), cesarskie cięcia (108).

§ **Choroby układu trawiennego - 675 osób**, w tym głównie:

- ú ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, żołądka i dwunastnicy.

§ **Choroby układu moczowo - płciowego - 581 osób**, w tym głównie:

- ú zaburzenia układu moczowego,
- ú zapalenia i schorzenia jajników i jajowodów.

§ **Objawy, cechy chorobowe gdzie indziej nie sklasyfikowane - 568 osób**, w tym głównie:



- ú bóle głowy,
- ú bóle w okolicy brzucha i miednicy.

Tabela 20

Chorobowość i zachorowalność osób w wieku 19 lat i więcej (wybrane jednostki chorobowe) na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

Wyszczególnienie	Osoby, u których stwierdzono schorzenia (stan na 31.12.2005 r.)		Osoby zakwalifikowane w 2005 r.	Zachorowalność na 10 tys. ludności
	Ogółem	Chorobowość na 10 tys. ludności		
Choroby układu krążenia				
woj. lubuskie	104 635	1 340,9	10 028	129,2
powiat zielonogórski	7 631	1 126,9	919	136,9
Choroby układu mięśniowo - kostnego i tkanki łącznej				
woj. lubuskie	33 749	432,5	3 332	42,9
powiat zielonogórski	1 613	238,2	195	29,1
Cukrzyca				
woj. lubuskie	24 161	309,6	2 473	31,9
powiat zielonogórski	1 840	271,7	204	30,4
Przewlekłe choroby układu trawiennego				
woj. lubuskie	22 774	291,9	2 726	35,1
powiat zielonogórski	1 341	198,0	184	27,4
Choroby obwodowego układu nerwowego				
woj. lubuskie	20 175	258,6	2 705	34,8
powiat zielonogórski	3 576	528,1	401	59,8
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa				
woj. lubuskie	18 721	239,9	2 339	30,1
powiat zielonogórski	1 590	234,8	197	29,4
Choroby tarczycy				



woj. lubuskie	9 177	117,6	1 561	20,1
powiat zielonogórski	667	98,5	123	18,3
Nowotwory				
woj. lubuskie	5 450	69,8	1 164	15,0
powiat zielonogórski	636	93,9	131	19,5
Niedokrwistość				
woj. lubuskie	5 217	66,9	1 193	15,4
powiat zielonogórski	602	88,9	167	24,9
Gruźlica				
woj. lubuskie	573	7,3	103	1,3
powiat zielonogórski	37	5,5	8	1,2

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Wskaźnik chorobowości dzieci i młodzieży do 18. roku życia na 10 tys. osób dla powiatu zielonogórskiego był w minionym roku niższy niż analogiczny dla województwa lubuskiego. Jednakże wskaźniki zachorowalności dla tej grupy były w 2005 r. zbliżone (*tabela poniżej*).

Tabela 21

Chorobowość i zachorowalność dzieci i młodzieży do 18 roku życia, będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnego na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

Wyszczególnienie	Osoby, u których stwierdzono schorzenia (stan na 31.12.2005r.)		Osoby zakwalifikowane w 2005 r.	Zachorowalność na 10 tys. ludności
	Ogółem	Chorobowość na 10 tys. ludności		
woj. lubuskie	44 092	1 926,4	7 374	316,8
powiat zielonogórski	3 419	1 573,7	691	314,2

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



2.3.3.2 Hospitalizacja mieszkańców powiatu zielonogórskiego

W 2005 r. hospitalizowanych było 12 462 mieszkańców powiatu zielonogórskiego, podobnie jak w latach poprzednich (2004 r. – 12 435, 2003 r. – 12 455). Największy wzrost hospitalizacji w 2005 r. w stosunku do 2003 r. nastąpił w zakresie następujących przyczyn:

- § objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowanych – o 58%,
- § zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej – o 41%,
- § choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych – o 23%,
- § niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym – o 23%.

Natomiast największy spadek liczby hospitalizowanych mieszkańców powiatu w 2005 r. w stosunku do 2003 r. zarejestrowano w zakresie takich przyczyn, jak:

- § choroby oka i przydatków oka – o 35%,
- § zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – o 31%,
- § wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe – o 28%,
- § choroby układu nerwowego – o 21%.

Tabela 22

Ilość hospitalizacji mieszkańców powiatu zielonogórskiego według przyczyn na oddziałach ogólnych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego w latach 2003-2005 (z ruchem międzyoddziałowym, bez resortowej służby zdrowia)

Przyczyna hospitalizacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10	Ilość hospitalizacji w latach:			
	2003	2004	2005	2005/2003
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	209	219	172	-18%
Nowotwory (C00-D48)	1 196	1 446	1 252	5%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych (D50-D89)	111	127	137	23%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00-E90)	239	283	338	41%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	32	20	22	-31%
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	414	405	329	-21%
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	250	202	163	-35%
Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60-H95)	37	35	40	8%
Choroby układu krążenia (I00-I99)	2 293	2 098	2 368	3%
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	943	998	827	-12%
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	1 173	1 122	1 164	-1%
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	122	138	140	15%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)	495	414	441	-11%
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	1 272	1 166	1 175	-8%
Ciąża, poród i połóg (O00-O99)	1 338	1 462	1 286	-4%
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	168	162	207	23%



(P00-P96)				
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00-Q99)	92	65	66	-28%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowanych (R00-R99)	298	293	470	58%
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	1 016	945	1 090	7%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y98)	16	10	13	-19%
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00-Z99)	741	825	762	3%
Ogółem	12 455	12 435	12 462	-0,1%

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim.

2.4 Porady udzielone w poradniach leczenia specjalistycznego na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

§ Liczba porad udzielonych w **poradniach zabiegowych**, w tym w poradniach: chirurgii ogólnej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej, kardiochirurgicznej, neurochirurgicznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, okulistycznej, otolaryngologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, urologicznej oraz transplantologicznej:

Tabela 23

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	1 009 192	824 851	8 173,40
powiat zielonogórski	89 099	20 439	2 294,00

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

§ Liczba porad udzielonych w **poradniach opieki nad matką i dzieckiem**, w tym w poradniach: pediatrycznej, neonatologicznej, ginekologiczno - położniczej oraz planowania rodziny i rozrodczości:

Tabela 24

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności (kobiety ogółem i mężczyźni w wieku 0-18 lat)		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	638 453	458 967	7 188,70
powiat zielonogórski	56 396	19 552	3 466,90

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



- § Liczba porad udzielonych w innych **przychodniach zachowawczych**, w tym w poradniach: dermatologicznej, genetycznej, neurologicznej, stwardnienia rozsianego, onkologicznej, gruźlicy i chorób płuc, reumatologicznej, rehabilitacyjnej, pracowni fizjoterapii, pracowni masażu leczniczego, pracowni balneoterapii, chorób zakaźnych oraz medycyny sportowej:

Tabela 25

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	1 009 192	368 926	3 655,70
powiat zielonogórski	89 099	14 645	1 643,70

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

- § Liczba porad udzielonych w **poradniach chorób wewnętrznych**, w tym w poradniach: chorób wewnętrznych, alergologicznej, diabetologicznej, endokrynologicznej, endokrynologicznej osteoporozy, gastroenterologicznej, geriatrycznej, hematologicznej, immunologicznej, kardiologicznej, chorób naczyń, nefrologicznej, medycyny nuklearnej, toksykologicznej i medycyny paliatywnej:

Tabela 26

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	1 009 192	270 238	2 677,80
powiat zielonogórski	89 099	-	-

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

- § Liczba porad udzielonych w **poradniach stomatologicznych**:

Tabela 27

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	1 009 192	813 485	8 060,80
powiat zielonogórski	89 099	49 857	5 595,70

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

- § Opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą szkolną:



Tabela 28

Liczba udzielonych porad w 2005 r.

Liczba ludności w wieku 0-19		Ogółem	Porady na 10 tys. ludności
woj. lubuskie	250 563	36 165	1 443,30
powiat zielonogórski	23 593	865	366,6

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.5 Niepełnosprawność

Według danych z 2002 r. na terenie województwa lubuskiego żyje 176,4 tys. osób niepełnosprawnych (17,5% ludności województwa; w skali kraju osoby niepełnosprawne stanowią 14,3% populacji.), z czego 151,7 tys. ma uregulowany status prawny osoby niepełnosprawnej (legitymuje się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub uprawnieniem do zasiłku pielęgnacyjnego). W omawianej grupie orzeczenie o: znacznym stopniu niepełnosprawności posiada 32 tys. osób, co stanowi 18,1% ogółu niepełnosprawnych, o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - 50,3 tys. (35%). Pozostałe 46,9% stanowią osoby legitymujące się lekkim stopniem niepełnosprawności oraz dzieci do 15 lat z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego.

Tabela 29

Osoby niepełnosprawne wg kategorii i stopnia niepełnosprawności na terenie woj. lubuskiego w 2002 r.

Wyszczególnienie	W liczbach bezwzględnych	Na 1 tys. ludności
Ogółem	176 373	175
Niepełnosprawni prawnie, w tym: dorośli*	151 727	150
o stopniu niepełnosprawności:	147 778	184
znacznym	32 024	40
umiarkowanym	50 308	63
lekkim	56 678	70
nieustalonym	8 768	11
dzieci	3 949	19
Niepełnosprawni tylko biologicznie odczuwający ograniczenie sprawności:	24 646	24
całkowite	3 175	3
poważne	21 471	21

*w wieku 16 lat i więcej

Źródło: Wojewódzki Plan Zdrowotny dla województwa lubuskiego na rok 2005.



Według danych z roku 2002, **powiat zielonogórski zamieszkiwało 15,3 tys. osób niepełnosprawnych**. Szczegółową strukturę tej grupy w województwie lubuskim i powiecie zielonogórskim przedstawiają poniższa tabela oraz wykres.

Tabela 30

Niepełnosprawni wg wieku w powiecie zielonogórskim i w woj. lubuskim w 2002 r.

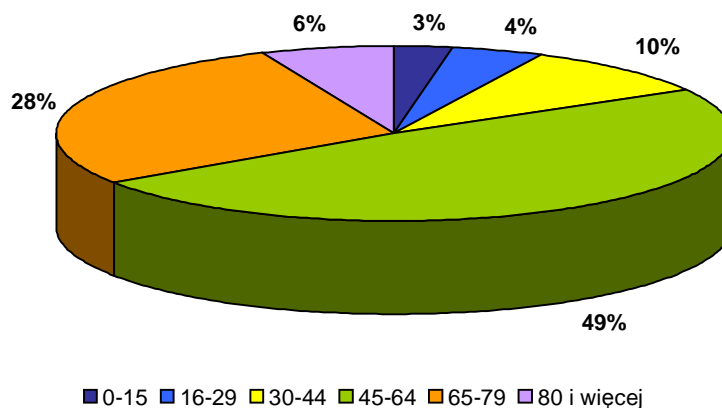
Wyszczególnienie	Ogółem	w tym w wieku:					
		0-15	16-29	30-44	45-64	65-79	80 i więcej
woj. lubuskie	176 373	6 102	9 235	17 273	82 634	50 610	10 496
powiat zielonogórski	15 272	425	686	1 452	7 463	4 280	964

Źródło: Wojewódzki Plan Zdrowotny dla województwa lubuskiego na rok 2005.

Prawie połowa niepełnosprawnych zamieszkujących powiat zielonogórski to osoby w wieku 45 – 64 lat. Drugą, pod względem liczebności grupą są osoby starsze – w wieku 65 – 79 lat. Dzieci (do 16 roku życia) stanowią jedynie 3% ogółu osób niepełnosprawnych (*patrz wykres poniżej*).

Wykres 9

Niepełnosprawni według wieku w powiecie zielonogórskim w 2002 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wojewódzkiego Planu Zdrowotnego Województwa Lubuskiego na rok 2005.

Zadania powiatu zielonogórskiego z zakresu pomocy społecznej, w tym z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych realizuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. Do zadań tych należą:

- § opracowywanie i realizacja, zgodnych ze strategią rozwoju województwa, powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych,
- § podejmowanie działań zmierzających do ograniczenia skutków niepełnosprawności,



- § współpraca z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej tych osób;
- § zwrot kosztów poniesionych przez pracodawcę w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych,
- § udzielenie osobom niepełnosprawnym pożyczek na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej,
- § dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego przez osoby niepełnosprawne na kontynuowanie prowadzenia działalności gospodarczej albo własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego.

Środki pozyskane przez Powiat Zielonogórski z PFRON w latach 2003-2006:

- § na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Belczu w kwocie 79 239 zł (w ramach wyrównywania różnic między regionami),
- § na wyposażenie nowych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych – ZPU „LAMO” Wiesław Laszczyk Wilkanowo w kwocie 207 000 zł (w ramach wyrównywania różnic między regionami),
- § na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Trzebiechowie w kwocie 92 000 zł (w ramach wyrównywania różnic między regionami), wykorzystano 70 739 zł,
- § na zakup autobusu do przewozu osób niepełnosprawnych dla uczniów Zespołu Szkół w Sulechowie w kwocie 150 000 zł (w ramach wyrównywania różnic między regionami), wykorzystano 139 466 zł,
- § na zakup autobusu do przewozu osób niepełnosprawnych - uczniów klas integracyjnych szkół w Gminie Zielona Góra w kwocie 250 000 zł (w ramach wyrównywania różnic między regionami),
- § na dofinansowanie zadania „Montaż windy i likwidacja barier architektonicznych w Szpitalu Rehabilitacyjno – Lecznicy SP ZOZ w Wojnowie” w kwocie 136 863 zł,
- § na dofinansowanie programu „Edukacja – program pomocy w dostępie do nauki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych” na ogólną kwotę 327 486 zł (w tym zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych i pomoce dydaktyczne dla Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Górzycowie – 126 400 zł oraz na zakup samochodu do przewozu osób niepełnosprawnych i pomoce dydaktyczne dla Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Sulechowie – 201 086 zł).



2.6 Choroby układu krążenia

2.6.1 Umieralność spowodowana chorobami układu krążenia

Choroby układu krążenia od wielu lat stanowią, zarówno w woj. lubuskim jak i w kraju, **główną grupę przyczyn zgonów**.

W porównaniu do roku 1999 zauważalny jest **tendencja spadkowa odsetka zgonów** spowodowanych chorobami układu krążenia w woj. lubuskim:

§ 1999 r. - 3 560 zgonów, co stanowiło 47,5% ogółu zgonów, (kraj - 47,6%),

§ 2000 r. - 3 872 - 43,5% (kraj - 47,7%),

§ 2001 r. - 3 563 - 41,8% (kraj - 47,9%),

§ 2002 r. - 3 426 - 39,6% (kraj - 47,1%),

§ 2003 r. - 3 561 - 39,5%, (kraj - 47,2%),

§ 2004 r. - 3 631 - 40,7% (kraj - 46,4%),

§ 2005 r. - 3 836 - 41,7%.

Jak wynika z powyższych danych, w woj. lubuskim odsetek zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia jest wyraźnie niższy niż w kraju.

Według danych z kart statystycznych do kart zgonów w 2005 r. zarejestrowano na terenie województwa **3 836 zgonów z powodu chorób układu krążenia**, wśród których dominowały zgony z powodu:

§ **miażdżycy** - 773 zgony (19,1% ogółu zgonów z powodu chorób układu krążenia)

W porównaniu do roku 2004 nastąpił wzrost ilości zgonów (o 63) z powodu miażdżycy. Zmarło więcej kobiet (405) aniżeli mężczyzn (328). Zgony wystąpiły głównie u osób po 70 roku życia. Prawie 60% zgonów z powodu miażdżycy nastąpiło w domach.

§ **ostrego zawału serca** - 488 zgonów (12,7%)

W porównaniu do roku 2004 nastąpił niewielki wzrost ilości zgonów (o 12) z powodu ostrego zawału serca. Zmarło więcej mężczyzn (282) niż kobiet (206). Spośród osób zmarłych z powodu ostrego zawału serca prawie 1/3 to osoby przed ukończeniem 65 roku życia.

§ **udarów nie określonego jako krwotoczny lub zawałowy** - 422 zgony (11,0%)

W porównaniu do roku 2004 liczba zgonów z powodu udarów zmniejszyła się (o 81). Zmarło więcej kobiet (242) aniżeli mężczyzn (180). Spośród osób zmarłych z powodu udarów 10% stanowiły osoby przed ukończeniem 65 roku życia.

§ **zawału mózgu** - 373 zgony (9,7%)



W porównaniu do roku 2004 liczba zgonów z powodu zawału mózgu zwiększyła się (o 26). Zmarło więcej kobiet (213) aniżeli mężczyzn (160). Spośród osób zmarłych z powodu zawału mózgu 10,2% stanowiły osoby przed ukończeniem 65 roku życia.

§ **przewlekłej niedokrwiennej choroby serca** - 366 zgonów (9,5%),

W porównaniu do roku 2004 liczba zgonów z powodu przewlekłej niedokrwiennej choroby serca zwiększyła się (o 111). Zmarło więcej mężczyzn (210) aniżeli kobiet (156). Spośród osób zmarłych z powodu przewlekłej niedokrwiennej choroby serca 17,2% stanowiły osoby przed ukończeniem 65 roku życia.

§ **niewydolności serca** - 298 zgonów (7,8%),

W porównaniu do roku 2004 liczba zgonów z powodu niewydolności serca zwiększyła się (o 53). Zmarło więcej kobiet (166) aniżeli mężczyzn (132). Spośród osób zmarłych z powodu niewydolności serca 17,5% stanowiły osoby przed ukończeniem 65 roku życia.

W powiecie zielonogórskim zanotowano w 2004 r. bardzo zbliżony do wartości dla województwa wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia. Analiza struktury wiekowej osób zmarłych z powodu chorób układu krążenia w 2004 r. wskazuje na zdecydowanie najwyższy wskaźnik zgonów na 1 tys. ludności wśród osób w wieku powyżej 70 lat.

W 2005 r. wśród 3 836 zgonów zarejestrowanych na terenie woj. lubuskiego z powodu chorób układu krążenia - 793, tj. **20,7% dotyczyło osób poniżej 65 roku życia**, w tym 200 kobiet i 593 mężczyzn, co stanowiło u kobiet 10,6% zgonów, natomiast **u mężczyzn aż 30,6%**. Wśród tych 793 zgonów tzw. przedwczesnych dominowały dwie przyczyny:

§ ostry zawał serca -154 zgonów (19,4%),

§ zatrzymanie krążenia –141 (17,8%).

Zgony z powodu chorób układu krążenia **częściej dotyczą mężczyzn** niż kobiet i w porównaniu do 1999 r. wykazują tendencje malejącą.

kobiety	mężczyźni
§ 1999 r. - 4,19/ 1 tys. kobiet	4,33 /1 tys. mężczyzn
§ 2000 r. - 3,64	3,93
§ 2001 r. - 3,36	3,60
§ 2002 r. - 3,31	3,48
§ 2003 r. - 3,32	3,75
§ 2004 r. - 3,33	3,88

Na terenie woj. lubuskiego zgony z powodu chorób układu krążenia **częściej dotyczą mieszkańców wsi**, aniżeli miast. W porównaniu do roku 1999 obserwuje się tendencję



spadkową współczynnika zgonów – współczynnik zgonów wśród mieszkańców miast obniżył się do 2004 r. o 10,8%, a wśród mieszkańców wsi o 22,4%.

	miasto	wieś
§ 1999 r. -	3,81/1 tys. ludności miast	5,09/1 tys. ludności wsi
§ 2000 r. -	3,40	4,46
§ 2001 r. -	3,21	3,96
§ 2002 r. -	3,18	3,78
§ 2003 r. -	3,23	4,06
§ 2004 r. -	3,40	3,95

W województwie lubuskim w 2004 r. największy współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia występował w powiatach: świebodzińskim - 4,87/1 tys. mieszkańców, żarskim - 4,55/1 tys. mieszkańców oraz żagańskim - 4,42/1 tys. mieszkańców. Szczególnie wysoki współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia utrzymuje się od kilku lat w powiecie żarskim.

Tabela 31

Zgony z powodu chorób układu krążenia (współczynnik na 1 tys. mieszkańców)

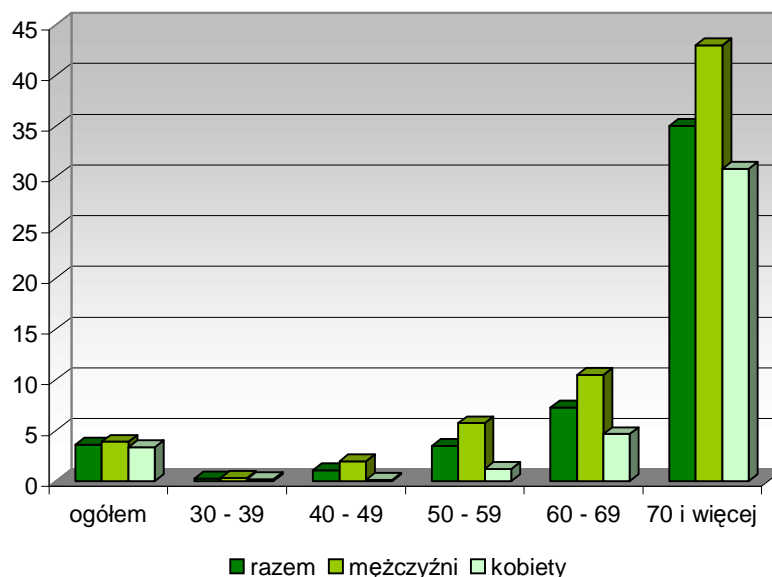
Wyszczególnienie		Ogółem	w tym w wieku:							
			0 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 i więcej
woj. lubuskie	razem	3,60	-	0,04	0,02	0,29	1,09	3,03	7,19	31,34
	mężczyźni	3,88	-	0,02	0,05	0,48	1,84	4,78	11,51	38,07
	kobiety	3,33	-	0,05	-	0,09	0,34	1,37	3,96	27,77
powiat zielonogórski	razem	3,61	-	-	-	0,26	1,07	3,49	7,28	35,02
	mężczyźni	3,89	-	-	-	0,35	1,99	5,72	10,50	42,98
	kobiety	3,34	-	-	-	0,18	0,14	1,21	4,63	30,80

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Wykres 10

Wskaźnik zgonów na tys. ludności z powodu chorób układu krążenia w powiecie zielonogórskim według wieku, w 2004 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.6.2 Hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia

Z danych o chorobowości szpitalnej ogólnej na terenie woj. lubuskiego w 2005 r. wynika, że choroby układu krążenia były **główną przyczyną hospitalizacji na oddziałach ogólnych** woj. lubuskiego i stanowiły ok. **18% wszystkich hospitalizacji** (z ruchem międzyoddziałowym). Ilość hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia od 2003 r. wzrosła z 32 810 hospitalizacji do 34 462 w 2005 r., tj. o 5 %.

§ 2003 r. – 32 810 hospitalizacji (co stanowiło 17,58 % ogółu hospitalizacji).

§ 2004 r. – 31 114 hospitalizacji – (16,90 % ogółu hospitalizacji).

§ 2005 r. – 34 462 hospitalizacji – (17,71 % ogółu hospitalizacji).

W 2005 r. w woj. lubuskim wśród chorób układu krążenia najczęściej hospitalizacji (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) odnotowano z powodu



Tabela 32

Struktura hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w woj. lubuskim w latach 2003-2005

Wyszczególnienie	Ilość hospitalizacji w latach		
	2003	2004	2005
przewlekłej niedokrwiennej choroby serca	5 339	4 355	4 466
duszniczy bolesnej	3 155	3 185	3 707
niewydolności serca	3 055	3 628	3 843
ostrego zawału serca	2 305	2 325	3 111
zawału mózgu	2 240	2 505	2 657
samoistnego pierwotnego nadciśnienia	1 993	1 860	2 344

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Analizując wskaźniki działalności oddziałów, na których dominują hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia zauważyć można, że na oddziałach kardiologicznych z roku na rok następuje wzrost ilości leczonych. Ponadto odnotowuje się wysokie wykorzystanie łóżek, mimo zwiększenia ilości łóżek na oddziałach o 29 sztuk względem roku 1998, oraz zmniejszenie średniego czasu pobytu pacjenta na oddziałach z 8,9 dnia w 1998 r. do 4,0 dnia w roku 2005.

Tabela 33

**Wybrane wskaźniki dla oddziałów kardiologicznych
w województwie lubuskim w latach 1998 - 2005**

Rok	Ilość łóżek wg stanu na 31.XII	Ilość leczonych	Wskaźnik wykorzystania łóżek (w %)	Przeciętny pobyt chorego na oddziale
1998	99	3 352	85,3	8,9
1999	95	4 549	95,1	7,7
2000	107	6 492	98,5	5,9
2001	120	6 456	89,7	5,9
2002	120	7 186	91,1	5,5
2003	128	8 731	88,5	4,7
2004	128	9 224	85,8	4,3
2005	128	9 765	84,5	4,0

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Tabela 34

**Wybrane wskaźniki dla oddziałów rehabilitacji kardiologicznej
w województwie lubuskim w latach 1998 - 2005**

Rok	Ilość łóżek wg stanu na 31.XII	Ilość leczonych	Wskaźnik wykorzystania łóżek (w %)	Przeciętny pobyt chorego na oddziale
1998	48	923	97,4	14,3
1999	57	1 175	87,7	13,1
2000	45	1 372	92,4	11,1
2001	45	1 263	87,7	11,4
2002	45	1 302	88,5	11,2
2003	45	1 139	87,4	12,6
2004	45	778	96,1	20,3
2005	45	657	89,1	22,3

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W powiecie zielonogórskim zanotowano w 2005 r. **265,7 hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia na 10 tys. ludności**. Średni czas hospitalizacji wynosił 8,4 dni i był nieco wyższy niż średnio w woj. lubuskim.

Tabela 35

Hospitalizacja z powodu chorób układu krążenia, według miejsca zamieszkania na oddziałach ogólnych zakładów opieki zdrowotnej w 2005 r.

Wyszczególnienie	Ilość hospitalizacji	Ilość hospitalizacji/ 10 tys. ludności	Średni czas hospitalizacji
woj. lubuskie	33 140	328 38	7,6
powiat zielonogórski	2 367	265,66	8,4

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.6.3 Lecznictwo ambulatoryjne

Choroby układu krążenia były główną przyczyną kwalifikowania do opieki czynnej po raz pierwszy osób powyżej 18 roku życia przez lekarzy w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Od 2002 r. obserwuje się zmniejszanie liczby osób kwalifikowanych do opieki czynnej z powodu chorób układu krążenia.

- § 2001 r. – 16 722 osoby, tj. 36,5 % osób zakwalifikowanych w danym roku do opieki czynnej,
- § 2002 r. – 20 193 osoby, tj. 44,5%,
- § 2003 r. – 15 737 osób, tj. 46,7%,



§ 2004 r. – 11 301 osób, tj. 35,2 %,

§ 2005 r. – 10 028 osób, tj. 38,3 %.

Największy współczynnik kwalifikowania po raz pierwszy do opieki czynnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r. odnotowano w powiatach: międzyrzeckim - 302,5 chorych na 10 tys. ludności, żarskim - 191,0 chorych na 10 tys. ludności, **przy średniej wojewódzkiej 129,2**. Natomiast najmniejszy współczynnik występował w powiatach: sulęcińskim - 41,1 chorych na 10 tys. ludności, żagańskim - 61,2 oraz gorzowskim - 61,6.

Współczynnik zakwalifikowania po raz pierwszy do opieki ambulatoryjnej w powiecie zielonogórskim w 2005 r. był wyższy niż średnio w województwie i ukształtował się na poziomie 136,9.

Tabela 36

Choroby układu krążenia w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

Wyszczególnienie	Osoby, u których stwierdzono schorzenia (stan na 31.12.2005)		Osoby zakwalifikowane w 2005 r.	Zachorowalność/ 10 tys. ludności
	Ogółem	Chorobowość na 10 tys. ludności		
woj. lubuskie	104 635	1 340,9	10 028	129,2
powiat zielonogórski	7 631	1 126,9	919	136,9

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Największą grupę osób zakwalifikowanych do opieki czynnej z powodu chorób układu krążenia w woj. lubuskim stanowiły w 2005 r. osoby z **rozpoznaniami**:

§ choroby nadciśnieniowej – 6 313 (63% osób zakwalifikowanych z powodu chorób układu krążenia),

§ niedokrwiennej choroby serca – 3.575 osób (35,7%),

 ú w tym przebytego zawału serca – 1 030 osób (10,3%),

§ chorób naczyń mózgowych – 1 363 osoby (13,6%),

§ przewlekłej choroby reumatycznej – 382 osoby (3,8%).

Wśród **dzieci i młodzieży** zakwalifikowanej w 2005 r. po raz pierwszy do opieki czynnej u 196 osób (2,7% osób zakwalifikowanych) rozpoznano wady rozwojowe układu krążenia (w 2004 r. – 118 osób) oraz u 106 osób (1,5%) chorobę nadciśnieniową (w 2004 r. – 89 osób).



2.6.4 Działalność poradni kardiologicznych na terenie województwa lubuskiego

W 2005 r. na terenie województwa lubuskiego funkcjonowały 33 poradnie kardiologiczne, w których świadczeń udzielało 61 lekarzy. W latach 2001-2005 **ilość porad udzielonych w poradniach kardiologicznych wzrosła o 141%**. Zwiększyła się również ilość poradni kardiologicznych oraz ilość lekarzy udzielających porad w tych poradniach.

Mimo tego, **czas oczekiwania na porady kardiologiczne jest bardzo długi i wynosi średnio ponad 3 miesiące**, a powyżej 180 dni do 190 dni oczekuje 1 414 osób. **Mieszkańcy powiatu zielonogórskiego**, oraz 3 innych powiatów (gorzowskiego, strzelecko – drezdeneckiego i żagańskiego) **nie mogli skorzystać z usług poradni kardiologicznych na terenie swoich powiatów**. Aktualnie w woj. lubuskim jest 31 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie kardiologii, a w trakcie specjalizacji jest 10 lekarzy.

Tabela 37

Poradnie kardiologiczne w woj. lubuskim w latach 2001 -2005

Rok	Ilość poradni kardiologicznych	Ilość porad udzielonych	Ilość lekarzy udzielających świadczeń
2001	13	35 184	28
2002	17	46 217	37
2003	21	63 921	40
2004	25	76 250	48
2005	33	84 763	61

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.6.5 Podsumowanie

- § Choroby układu krążenia stanowią w województwie lubuskim główną przyczynę:
 - ú zgonów
 - ú hospitalizacji na oddziałach ogólnych,
 - ú kwalifikowania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej osób powyżej 18 roku życia do opieki czynnej.
- § Umieralność mężczyzn z powodu chorób układu krążenia jest większa niż umieralność kobiet.
- § Mieszkańcy wsi umierają częściej z powodu chorób układu krążenia niż mieszkańcy miast.
- § Wśród przyczyn zgonów z powodu chorób układu krążenia dominują:



- ú miażdżyca,
- ú ostry zawał serca,
- ú udar, nie określony jako krwotoczny lub zawałowy,
- ú zawał mózgu,
- ú przewlekła niedokrwienna choroba serca,
- ú niewydolność serca.

§ Wśród hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia dominują:

- ú przewlekła niedokrwienna choroba serca,
- ú dusznica bolesna,
- ú niewydolność serca,
- ú ostry zawał serca,
- ú zawał mózgu,
- ú samoistne pierwotne nadciśnienie.

§ Wśród chorób układu krążenia obserwuje się następujące tendencje:

- ú od 1999 r. zmniejszenie odsetka zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia (z 47,5% w roku 1999 do 41,7% w roku 2005),
- ú w porównaniu do 2004 r. wśród zgonów z powodu chorób układu krążenia spadła ilość zgonów z powodu udaru nie określonego jako krwotoczny lub zawałowy (o 16,1%), przy równoczesnym wzroście ilości zgonów z powodu: przewlekłej niedokrwiennej choroby serca (o 43,5%), niewydolności serca (o 21,6%), miażdżycy (o 9,4%), zawału mózgu (o 7,5%), ostrego zawału serca (o 2,5%),
- ú od 1999 r. nastąpił spadek współczynnika zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia - z 4,26/1 tys. ludności w 1999 r. do 3,8/1 tys. ludności w roku 2005,
- ú wzrost ilości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia na oddziałach ogólnych (z 32 810 w 2003 r. do 34.462 w 2005r. – tj. o 5%), w tym głównie hospitalizowanych z powodu:
 - ostrego zawału serca (o 35%),
 - niewydolności serca (o 25,8%),
 - zawału mózgu (o 18,6%).

§ Od 1998 r. następuje wzrost ilości hospitalizowanych na oddziałach kardiologicznych, przy równoczesnym zmniejszaniu średniego pobytu pacjenta na tych oddziałach.



- § Wzrost ilości porad udzielanych w poradniach kardiologicznych - (wzrost z 35 184 porad w roku 2001 do 84 763 w roku 2005, tj. o 241%).

2.7 Zachorowania i zgony na nowotwory na terenie woj. lubuskiego

2.7.1 Chorobowość i zachorowalność na nowotwory

W zakresie **chorobowości dzieci młodzieży do 18 roku życia** w ramach podstawowej opieki zdrowotnej najwyższy wskaźnik na 10 tys. ludności w 2005 r. wystąpił w powiatach: żagańskim – 9,5 chorych w wieku 0-18 lat, m. Gorzów Wlkp. – 8,4, międzyrzeckim – 7,5. Dla woj. lubuskiego wyniósł on 6,0 chorych na nowotwór na 10 tys. ludności.

Najwyższy poziom wskaźnika nowowykrytych zachorowań wśród dzieci i młodzieży na 10 tys. ludności w wielu 0-18 lat odnotowano w powiatach:

- § m. Gorzów Wlkp. – 3,6,
- § **zielonogórskim – 2,7,**
- § nowosolskim – 2,0.

W woj. lubuskim współczynnik nowych zachorowań na nowotwory dzieci i młodzieży wyniósł 1,2/10 tys. ludności.

Najwyższy wskaźnik chorobowości z powodu nowotworów na 10 tys. ludności w poszczególnych przedziałach wiekowych kształtował się następująco:

- § dzieci w wieku 3-4 lat - 7,3,
- § młodzież w wieku 15-18 lat - 6,9,
- § dzieci w wieku 10-14 lat - 6,3,
- § dzieci w wieku 5-9 lat - 6,0,
- § dzieci do 2 roku życia - 2,4.

Z danych o **zachorowaniach na nowotwory u osób w wieku 19 lat i więcej** będących pod opieką lekarza rodzinnego (POZ) na terenie woj. lubuskiego wynika, że w ostatnich latach z roku na rok wzrasta liczba osób, u których stwierdzono nowotwór.



Tabela 38

Zachorowania na nowotwór w woj. lubuskim w latach 2001-2005

Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005
Ilość osób ogółem, u których stwierdzono nowotwór, w tym w wieku:	3 940	4 092	3 840	4 504	5 450
19 – 34 lat	209	156	143	197	205
35 – 54 lat	1 296	1 267	1 200	1 385	1 625
55 – 65 lat	1 790	2 082	1 944	2 312	2 450
Ilość osób zakwalifikowanych w roku sprawozdawczym do opieki czynnej z powodu nowotworów	950	1 173	1 037	1 185	1 164

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W 2005 r. **najwyższy współczynnik nowowykrytych zachorowań na nowotwory na 10 tys. ludności u osób w wieku 19 lat i więcej**, będących pod opieką lekarza rodzinnego odnotowano w powiatach:

§ m. Zielona Góra – 22,3,

§ słubickim – 21,4,

§ zielonogórskim – 19,5.

Dla woj. lubuskiego współczynnik ten wyniósł 15,0 wykrytych zachorowań/10 tys. ludności.

Tabela 39

Chorobowość i zachorowania na nowotwory osób w wieku 19 lat i więcej, będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

Porady udzielone przez lekarzy		woj. lubuskie	powiat zielonogórski
Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31.12.2005)	I. bezwzględna	5 450	636
	wsp. na 10 tys. ludności	69,84	93,92
w tym wieku:	19-34	I. bezwzględna	205
		wsp. na 10 tys. ludności	7,70
	35-54	I. bezwzględna	1 625
		wsp. na 10 tys. ludności	55,52
	55-64	I. bezwzględna	2 450
		wsp. na 10 tys. ludności	236,38
Osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy	I. bezwzględna	1 164	131
	wsp. na 10 tys. ludności	14,99	19,52

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Tabela 40

Chorobowość i zachorowania na nowotwory dzieci i młodzieży do 18. roku życia, będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

Wyszczególnienie		woj. lubuskie	powiat zielonogórski		
Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31.12.2005)		I. bezwzględna	137	15	
		wsp. na 10 tys. ludności	5,99	6,90	
w tym w wieku:	0-2 lat	I. bezwzględna	7	2	
		wsp. na 10 tys. ludności	2,42	7,93	
	3-4 lat	I. bezwzględna	14	1	
		wsp. na 10 tys. ludności	7,33	5,72	
	5-9 lat	I. bezwzględna	32	5	
		wsp. na 10 tys. ludności	6,00	9,74	
	10-14 lat	I. bezwzględna	41	4	
		wsp. na 10 tys. ludności	6,25	6,14	
	15-18 lat	I. bezwzględna	43	3	
		wsp. na 10 tys. ludności	6,94	5,17	
	osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy		I. bezwzględna	28	6
			wsp. na 10 tys. ludności	1,20	2,73

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W 2005 r. w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w 14 poradniach onkologicznych udzielono 28 221 porad, a w 5 poradniach chirurgii onkologicznej udzielono 6 550 porad.

2.7.2 Hospitalizacje z powodu chorób nowotworowych

Na oddziałach ogólnych szpitali na terenie woj. lubuskiego (bez resortowej służby zdrowia) z powodu chorób nowotworowych hospitalizowano w 2005 r. **17 891 osób**, w tym głównie z powodu nowotworów złośliwych (*patrz poniższa tabela*).



Tabela 41

Hospitalizacje z powodu chorób nowotworowych w woj. lubuskim w 2005 r.

Nowotwór	liczba hospitalizacji	% ogółu hospitalizacji nowotworowych
sutka	2 120	11,8%
oskrzela i płuca	1 725	9,6%
jelita grubego	1 567	8,8%
odbytnicy	1 211	6,8%

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Najliczniejszą grupę hospitalizowanych stanowiły osoby w wieku:

- § 55-59 lat – 14,6% ogółu hospitalizacji z powodu nowotworów,
- § 50-54 lat – 14,1%,
- § 65-69 lat – 11,9%.

Najczęściej leczono mieszkańców powiatów: m. Gorzów Wlkp. – 246,0 hospitalizacji /10 tys. ludności, **m. Zielona Góra – 194,8**, ślubickiego – 193,9, gorzowskiego – 191,4, przy czym współczynnik hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców dla woj. lubuskiego wyniósł 172,1.

Tabela 42

Hospitalizacje z powodu nowotworów na oddziałach ogólnych zakładów opieki zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego i powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

Wyszczególnienie	Ilość hospitalizacji	Ilość hospitalizacji/ 10 tys. ludności	Średni czas hospitalizacji (w dniach)
woj. lubuskie	17 366	172,08	6,3
powiat zielonogórski	1 252	140,52	7,0

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego .

2.7.3 Umieralność z powodu nowotworów

Nowotwory stanowią **drugą przyczynę umieralności** w woj. lubuskim, ich udział w ogólnej liczbie zgonów utrzymuje się na podobnym poziomie na przestrzeni ostatnich kilku lat:



Tabela 43

Umieralność z powodu nowotworów w woj. lubuskim w latach 2001-2004

Rok	liczba zgonów z powodu nowotworów	% ogólnej liczby zgonów
2001	2 161	25,2%
2002	2 300	26,6%
2003	2 274	25,2%
2004	2 313	25,9%

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Współczynnik umieralności na nowotwory na 1 tys. ludności wyniósł w woj. lubuskim w ostatnich latach:

§ w 2001 r. - 2,1 (kraj 2,3),

§ w 2002 r. - 2,3 (kraj 2,3),

§ w 2003 r. - 2,3 (kraj 2,4),

§ **w 2004 r. - 2,3 (kraj 2,4).**

Jak wynika z powyższych danych, współczynnik umieralności na nowotwory w woj. lubuskim jest nieco niższy niż w kraju i od kilku lat utrzymuje się na tym samym poziomie.

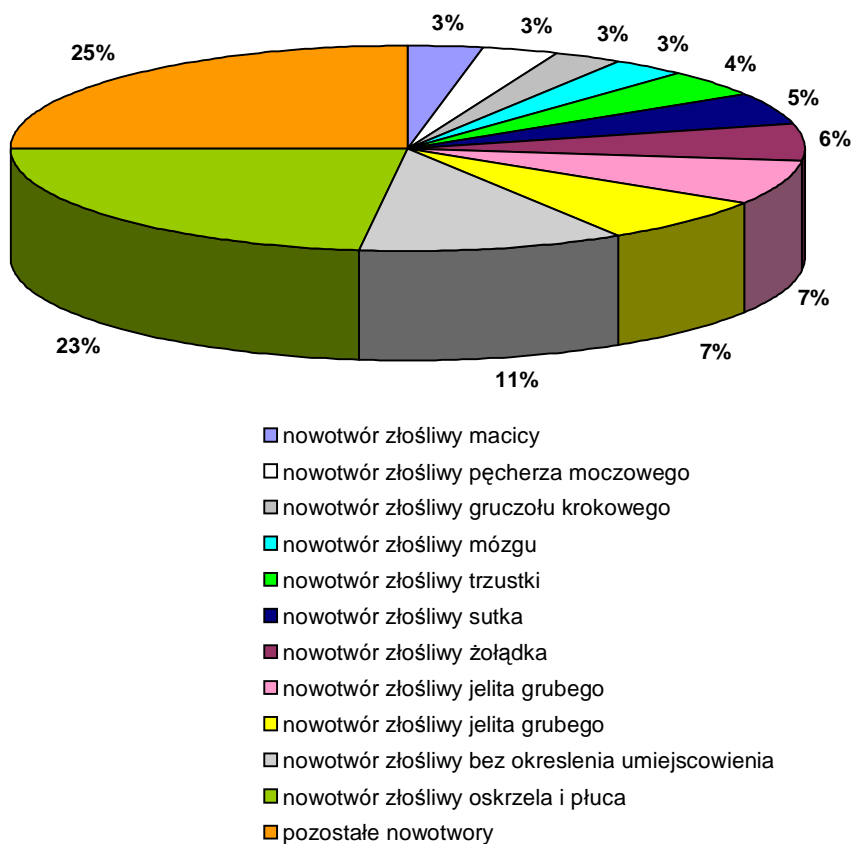
Głównymi **przyczynami zgonów na nowotwory** w roku 2004 były nowotwory złośliwe: oskrzela i płuca, nowotwór bez określenia jego umiejscowienia, jelita grubego, żołądka, sutka, trzustki.

Głównymi **przyczynami zgonów mężczyzn na nowotwory** w roku 2004 były nowotwory złośliwe: oskrzela i płuca, nowotwór bez określenia jego umiejscowienia, jelita grubego, żołądka, gruczołu krokowego.



Wykres 11

Struktura zgonów na nowotwory na terenie woj. lubuskiego w 2004 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Głównymi przyczynami zgonów kobiet na nowotwory w roku 2004 były nowotwory złośliwe: bez określenia umiejscowienia, sutka, oskrzela i płuca, szyjki macicy, jelita grubego, żołądka. Na nowotwory umierali częściej mężczyźni niż kobiety:

Tabela 44

Wskaźnik umieralności na nowotwory wg płci w woj. lubuskim w latach 2001-2004

Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004
mężczyźni (wskaźnik na 1 tys. mężczyzn)	2,55	2,70	2,66	2,71
kobiety (wskaźnik na 1 tys. kobiet)	1,69	1,88	1,87	1,89

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Porównawczo, w stosunku do danych krajowych wśród zgonów mężczyzn na nowotwory złośliwe w woj. lubuskim w 2003 r. najczęściej występowały:

- § nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – współczynnik standaryzowany 70,7 (kraj 66,0),
- § nowotwór złośliwy żołądka - wsp. stand. 16,8 (kraj 14,7),
- § nowotwór złośliwy gruczołu krokowego - wsp. stand. 16,0 (kraj 12,9),
- § nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia - wsp. stand. 14,2 (kraj 13,2),
- § nowotwór złośliwy jelita grubego - wsp. stand. 10,2 (kraj 11,7).

Wśród zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych w woj. lubuskim w 2003 r. dominowały:

- § nowotwór złośliwy sutka - wsp. stand. 15,0 (kraj 15,0),
- § nowotwór złośliwy oskrzela i płuca - wsp. stand. 12,8 (kraj 13,9),
- § bez określenia jego umiejscowienia - wsp. stand. 9,3 (kraj 7,9),
- § nowotwór złośliwy jelita grubego - wsp. stand. 7,9 (kraj 7,3).

Pod względem wielkości standaryzowanych współczynników zgonów w 2003 r. na nowotwory złośliwe mężczyzn woj. lubuskie znajdowało się na:

§ I miejscu w kraju (najwyższy współczynnik) w przypadku nowotworów złośliwych:

- ú gruczołu krokowego - 16,0 (kraj 12,9),
- ú trzustki - 9,8 (kraj 8,2),
- ú białaczka limfatyczna - 4,1 (kraj 2,5),
- ú migdałka - 1,3 (kraj 0,6),
- ú jądra - 1,1 (kraj 0,6),
- ú ślinianki przyusznej - 0,6 (kraj 0,3),
- ú międzybłoniak - 0,6 (kraj 0,2),

§ II miejscu w kraju w przypadku nowotworów złośliwych:

- ú żołądka - 16,8 (kraj 14,7),
- ú odbyticy - 6,2 (kraj - 5,0),
- ú białaczka szpikowa - 3,4 (kraj -2,5),
- ú w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła -1,4 (kraj - 0,9),
- ú serca, śródpiersia i opłucnej - 1,4 (kraj - 1,0),
- ú pęcherzyka żółciowego -1,4 (kraj - 1,0),



§ III miejscu w kraju w przypadku nowotworów złośliwych:

- ú oskrzela i płuca -70,7 (kraj - 66,0),
- ú białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju - 0,7 (kraj - 0,4),
- ú podniebienia - 0,5 (kraj - 0,2).

Biorąc pod uwagę wielkość standaryzowanych współczynników zgonów na nowotwory złośliwe kobiet, województwo lubuskie wg danych za 2003 r. znajdowało się na:

§ I miejscu w kraju (najwyższy współczynnik) w przypadku nowotworów złośliwych:

- ú sromu - 1,2 (kraj -0,5),
- ú tarczycy - 0,7 (kraj -0,5),

§ II miejscu w kraju w przypadku nowotworów złośliwych

- ú wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych - 3,3 (kraj - 2,5),
- ú białaczka limfatyczna - 1,8 (kraj -1,3),

§ III miejscu w kraju w przypadku nowotworów złośliwych:

- ú szyjki macicy - 7,1 (kraj - 6,0),
- ú odbytu i kanału odbytu - 1,2 (kraj - 0,9),
- ú innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych - 0,8 (kraj - 0,7),
- ú umiejscowień innych i niedokładnie określonych - 1,4 (kraj -1,0).

2.8 Zaburzenia psychiczne

W 2005 r. na terenie woj. lubuskiego z powodu zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) leczono 35 021 osób (o 1,6% więcej niż w roku poprzednim), wśród których mężczyźni stanowili 40,6%. Największy odsetek pacjentów stanowiły osoby:

- § z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi (39,6% leczonych ogółem),
- § z organicznymi zaburzeniami psychotycznymi (13,0%),
- § ze schizofrenią (9,5%),
- § z organicznymi zaburzeniami niepsychotycznymi (8,5%).

Pacjentów leczonych po raz pierwszy było 9 044 (o 8% więcej niż w roku 2004) i stanowili oni 5,8% ogółu leczonych.

W 2005 roku leczono 1 946 osób w wieku 0-18 lat z zaburzeniami psychicznymi (w tym po raz pierwszy 696 osób).



2.9 Uzależnienia od alkoholu oraz środków psychoaktywnych

W 2005 r. liczba pacjentów leczonych w województwie lubuskim z powodu zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu wynosiła 5 263 (o 5,3% więcej niż w 2004 r.), spośród których 3 541 (67,3 %) leczono z powodu zespołu uzależnienia. Mężczyźni stanowili aż 76,4% ogółu leczonych.

Liczba osób zarejestrowanych po raz pierwszy wynosiła 2 085 osób (o 7,6% mniej niż w roku poprzednim), co stanowiło 39,6% ogółu leczonych. Wśród osób leczonych po raz pierwszy, osoby w wieku 19 - 29 lat stanowiły 16,6 %.

Obowiązkiem leczenia odwykowego objęto 695 osób, w tym 579 z zespołem uzależnienia.

Ogółem leczono 34 osoby w wieku 0 - 18 lat z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu (w tym po raz pierwszy 27 osób).

Liczba pacjentów leczonych w województwie lubuskim z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych wynosiła 1 410 osób (o 13,2% więcej niż w 2004 roku), wśród których najczęściej występowały zaburzenia spowodowane używaniem:

- § kilku substancji psychoaktywnych - 671 osób (47,6% ogółu uzależnień od środków psychoaktywnych),
- § opiatów - 322 osoby (22,8%),
- § leków uspokajających i nasennych - 136 osób (9,6%),
- § innych substancji pobudzających, w tym kofeiny - 117 osób (8,3%),
- § kanabinolów - 113 osób (8,0%).

Spośród ogółu leczonych z powodu uzależnień od środków psychoaktywnych **17,9%** stanowiły **dzieci i młodzież do 19 roku życia**, a **50,1% osoby w wieku 20 - 29 lat**.

Liczba osób zarejestrowanych po raz pierwszy wynosiła 574, co stanowiło 40,7% ogółu leczonych. Wśród osób nowo zarejestrowanych 23,2% stanowiły dzieci i młodzież do 19 roku życia, a 46,0% osoby w wieku 20 -29 lat.



Tabela 45

Wykaz placówek pomocy osobom z problemami uzależnień na terenie pow. zielonogórskiego

Nazwa placówki	Adres	Godziny pracy	Zakres działalności	Kadra
Punkt konsultacyjny	SP ZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Babimoście ul. Gagarina 18 tel. 068 351 20 24	Wtorek 15 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰	Poradnictwo w zakresie uzależnień i przemocy w rodzinie. Pierwszy kontakt, skierowanie do poradni, na komisję itp.	1 os. - psycholog
		Ostatni poniedziałek miesiąca 14 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰		1 os. – terapeuta od uzależnień
Punkt konsultacyjny	Świetlica środowiskowa ul. Długa 22 66-008 Świdnica	Środa 18 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	Wsparcie psychologiczne osobom uzależnionym i z problemem alkoholowym	1 os. – specjalista psychoterapii uzależnień
Punkt konsultacyjny	Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Lipowa 15 66-003 Żabór tel. 068 321 83 05	Środa 16 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	Poradnictwo, terapia oraz wsparcie	4 os. – psycholog, pedagog - terapeuta, kurator sądowy, pracownik socialny
Punkt konsultacyjny	Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Ogrodowa 66-010 Nowogród Bobrzański tel. 068 327 68 43	Środa 15 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	Punkt pomocy rodzinie: - przemoc - alkohol - narkotyki	1 os. – pracownik socialny
Punkt konsultacyjny	Budynek Izby Wyrzeźwień – Racula ul. Rodła 6	Czwartek 16 ⁰⁰ - 21 ⁰⁰ Sobota 8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	Pomoc osobom uzależnionym i współuzależnionym od alkoholu i narkotyków	2 os. – pedagog terapeuta oraz pedagog pracy socialnej
Centrum profilaktyki uzależnień	66-100 Sulechów ul. Licealna 18a	Centrum działa od poniedziałku do piątku w godz. 8 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰		
		Punkt konsultacyjny – Wt. 16 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰ oraz Pt. 16 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰	Dyżury Członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	
		Pn. 16 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰ , Czw. 16 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	Grupy wsparcia dla osób uzależnionych, AA – terapia indywidualna i grupowa	
		Pn. 15 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰ , Wt. 16 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰ , Śr. 10 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ ,	Punkt konsultacyjno – interwencyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin	1 os. – instruktor terapii uzależnień
		1 i 3 czwartek miesiąca 16 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	Indywidualne i grupowe zajęcia terapeutyczne dla osób uzależnionych i współuzależnionych	2 os. – specjaliści terapii uzależnień
Wt. 8 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰	Konsultacje dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin	1 os. – specjalista terapii uzależnień		
Poradnia terapeutyczna	Czerwieńsk ul. B. Chrobrego 2	Czwartek 16 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	Terapia odwykowa indywidualna i grupowa, porady i konsultacje w zakresie uzależnień	1 os. – specjalista terapii uzależnień
Punkt konsultacyjny	Urząd Gminy Bojadła ul. Sulechowska 35 66-130 Bojadła	1 czwartek miesiąca 15 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	Punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków	1 os. – starsza pielęgniarka dyplomowana – instruktor terapii uzależnień

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.



Oddział Terenowy polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii w Gorzowie Wlkp. od 2004 roku przeprowadza co roku badanie stanu zagrożenia młodych mieszkańców Miasta i Gminy Sulechów środkami uzależniającymi (alkohol, narkotyki, tytoń i sterydy). Badanie można traktować jako reprezentatywne dla powiatu zielonogórskiego, zwłaszcza że znaczna część młodych mieszkańców powiatu uczęszcza do szkół w Sulechowie.

§ narkotyki

W 2006 r. badanie przeprowadzono w 7 szkołach podstawowych, 3 gimnazjach i 2 szkołach ponadgimnazjalnych działających na terenie Miasta i Gminy Sulechów. Ogółem sondażem objęto 2480 uczniów na 3413, co stanowi 72,7% zapisanych w roku szkolnym 2005/2006 (w tym 533 ze szkół podstawowych z klas V-VI, 837 ze szkół gimnazjalnych i 1110 ze szkół ponadgimnazjalnych).

Kontakt z narkotykami miało 687 uczniów, co stanowi **27,7%** ogółu badanych oraz 100% podstawy do dalszej analizy (6,4% ze szkoły podstawowej, 24,9% ze szkoły gimnazjalnej i 40,1% ze szkoły ponadgimnazjalnej). Ogółem kontakt z narkotykami w roku 2006 deklarowało 32,5% badanych chłopców i 23,6% dziewczynek. Dla porównania w 2005 r. kontakt taki miało 33% badanych uczniów i 23,7% uczennic. Z pośród uczestników sondażu, którzy przyznali się do jednorazowej próby, aż 167 (6,7% badanych) wskazało kontakt z marihuaną, 19 (0,8%) z amfetaminą, 8 z ekstazą, 30 wachało klej, 9 próbowało inne środki m.in. grzybki halucynogenne, 2 próbowało LSD, 4 kokainę i 3 heroinę. Na 687 mających kontakt z narkotykami 35,2% badanych miało kontakt jednorazowy, 46% - okazjonalny, a 18,8% przyznało się do kontaktu regularnego.

§ alkohol

Kontakt z alkoholem niskoprocentowym (w praktyce dotyczy to tylko piwa) zadeklarowało 63,6% badanych chłopców i 60,4% dziewcząt ze szkół podstawowych, 66,5% chłopców i 74% dziewcząt szkół gimnazjalnych oraz 77,2% uczniów i 83,1% uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Ogółem 73,1% uczniów piło piwo przynajmniej raz a tylko 26,(% nigdy nie próbowało tego alkoholu.

Kontakt z alkoholami mocnymi (tj. wino, nalewka, wódka, koniak, likier itp.) zadeklarowało: 13,2% badanych – kontakt jednorazowy, 39,5% - kontakt okazjonalny oraz 9,5% - regularny. Tylko 37,8% badanych nie próbowało alkoholu mocnego.

§ palenie tytoniu

Z przeprowadzonego sondażu wynika, iż tytoń próbowała prawie połowa badanych. Spośród wszystkich zagrożeń uzależnieniami, uwzględnionych w sondażu w 2006 r., palenie tytoniu jest najmniej ekspansywne. W klasach V i VI szkoły podstawowej największy zasięg ma palenie jednorazowe (ok. 24%), ale wraz z wiekiem badanych skala tego zjawiska zmienia się i osiąga w ostatnich klasach szkół ponadgimnazjalnych ponad 24% uczniów regularnie palących papierosy.



§ sterydy

Niektórzy uczestnicy sondażu, zarówno w gimnazjach jak i szkołach ponadgimnazjalnych potwierdzili stosowanie sterydów. Kontakt jednorazowy zadeklarowało 4% badanych chłopców i 0,3% dziewcząt, okazjonalny – 2% chłopców i 0,1% dziewcząt, regularny – 1,9% chłopców.

§ podsumowanie

Wyniki badań potwierdzają konieczność pilnego zbadania okoliczności, w jakich dochodzi do alkoholowo – narkotykowo - tytoniowej inicjacji w życiu młodych mieszkańców.

Na podstawie wyników badań, a także doświadczeń zebranych zwłaszcza przez terapeutów uzależnień i pedagogów, celowe jest przygotowanie i zrealizowanie programu działań profilaktyczno-terapeutycznych adresowanych do grupy młodych mieszkańców zagrożonych uzależnieniami.

Efektywne przeciwdziałanie zagrożeniom związanym z uzależnieniami młodych mieszkańców wymaga skuteczniejszej popularyzacji wiedzy o uzależnieniach wśród rodziców i wychowawców.

Dla skuteczniejszego oddziaływania profilaktycznego na dzieci i młodzież konieczne jest zwiększenie dostępności obiektów, w których młodzi mieszkańcy mogą samodzielnie realizować swoje zainteresowania (skate-parki, boiska, kawiarenki internetowe itp.), a w których jednocześnie można kontrolować ich zachowania i reagować na ewentualne zagrożenia dotyczące uzależnień od środków psychoaktywnych.

2.10 Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych w 2005 r.

Na terenie województwa lubuskiego w 2005 r. **nie zanotowano szczególnie niebezpiecznych chorób zakaźnych**, zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu A, dur brzuszny i dury rzekome, błonicę, tężec, odrę i poliomyelitis.

Znacząco obniżyła się liczba zarejestrowanych zachorowań na różyczkę, krztusiec oraz świnkę.

W porównaniu do roku 2004 zanotowano nieznaczny wzrost ilości rejestrowanych zachorowań na ospę wietrzną i salmonellozy. Zwiększył się współczynnik zapadalności zachorowań na WZW typu B, a także zachorowań na WZW typu C. Znacząco wzrosła liczba zachorowań na grypę oraz liczba zatruc grzybami.

W 2005 r. na terenie powiatu zielonogórskiego zarejestrowano łącznie 6188 zachorowań na choroby zakaźne. Liczbę zachorowań na choroby zakaźne i wskaźniki zapadalności notowane w 2005 roku w powiecie zielonogórskim przedstawia poniższa tabela z rozbiem na powiat grodzki i powiat ziemski.



Tabela 46

Zachorowania na choroby zakaźne w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

Jednostka chorobowa	Liczba przyp. ogółem	Zapadalność	powiat grodzki		powiat ziemski		
			I. przyp.	zapid.	I. przyp.	zapid.	
Salmonellozy - zatrucia pokarmowe	74	35,66	54	45,6	20	22,4	
Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe nie określone	1	0,48	1	0,84	-	-	
Inne bakterie zakaż. jelit. - wywołane przez E. coli	1	0,48	1	0,84			
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe	1	0,48	-	-	1	1,12	
Grzybice	1	0,48	1	0,84	-	-	
Krztusiec	11	5,3	9	7,6	2	2,24	
Szkarlatyna	90	43,37	65	54,89	25	2 8,05	
Zapalenie opon	Inne bakteryjne określone i nieokreślone	8	3,85	5	4,22	3	3,36
	wywołane przez Haemophilus influenzae	1	0,48	1	0,84	-	-
	wywołane przez Streptococcus pneumoniae	1	0,48	1	0,84	-	-
Róża ogółem	25	12,04	14	11,82	11	12,34	
Choroba z Lyme (krętkownica kleszczowa)	39	18,79	24	20,26	15	16,83	
Pokąsanie osób przez zwierzęta, po których podjęto szczepienia p/wścieklicznie	17	8,19	10	8,44	7	7,85	
Ospa wietrzna	751	361,91	306	258,4	446	500,5	
Różyczka ogółem	28	13,49	13	10,97	15	16,83	
WZW	A	-	-	-	-	-	
	B	9	4,33	6	5,06	3	3,36
	C	31	14,93	23	19,42	8	8,97
	B+C	2	0,96	-	-	2	2,24
Świnka	57	27,46	12	10,13	45	50,5	
Mononukleozą zakaźną	8	3,85	3	2,53	5	5,61	
Toksoplazmoza ogółem	4	1,92	2	1,68	2	2,24	
Świerzb	2	0,96	2	1,68	-	-	
Zatrucie grzybami	2	0,96	2	1,68	-	-	
Grypa ogółem	4713	2271,21	3687	3113,7	1026	1151,5	



Inne zatrucia	lekami i preparatami farmakologicznymi	30	14,45	14	11,82	16	17,95
	alkoholem	15	7,22	5	4,22	10	11,22
	innymi substancjami nie stosowanymi w lecznictwie	9	4,33	2	1,68	7	7,85
	substancjami innymi i nieokreślonymi	3	1,44	2	1,68	1	1,12
Posocznica bakteryjna noworodka		3	1,44	1	0,84	2	2,24
Posocznica meningokokowa		1	0,48	-	-	1	1,12
Posocznica inne		17	8,19	13	10,97	4	4,48
Posocznica gronkowca		11	5,3	8	6,75	3	3,36
Posocznica wywołana przez bakterie G(-)		7	3,37	7	5,91	-	-
Posocznica paciorkowca		1	0,48	-	-	1	1,12
Choroba Creutzfelda Jakoba		1	0,48	1	0,84	-	-
Lamblioza		1	0,38	-	-	1	1,12
Cytomegalia		3	1,44	3	2,53	-	-
Glistnica		3	1,44	3	2,53	-	-

Źródło: Dane otrzymane od Starostwa Powiatowego w Zielonej Górze

2.10.1 Choroby szerzące się drogą pokarmową

W 2005 r. w grupie zatruc pokarmowych wywołanych pałeczkami Salmonella poziom zachorowań osiągnął w woj. lubuskim nieco wyższy współczynnik zapadalności niż w roku 2004. Zgłoszono 462 przypadki (współczynnik zapadalności na 10 tys. ludności: 45,78) przy 438 w roku 2004 (współczynnik zapadalności: 43,40). 272 osoby wymagały hospitalizacji, co stanowi 58,9% ogólnej liczby zachorowań. Zapadalność w województwie była nieznacznie wyższa od zapadalności w Polsce, która wyniosła 41,42 (15 821 zachorowań). W 2005 r. wystąpiły 32 ogniska zbiorowych zatruc pokarmowych, w których zachorowaniu uległo 231 osób (współczynnik zapadalności: 22,9), w tym 79 dzieci do lat 14. Hospitalizowano 89 osób, w tym 41 dzieci do lat 14. W 2004 r. na terenie woj. lubuskiego wystąpiło 19 ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych, w wyniku których zachorowaniu uległy 122 osoby, w tym 40 dzieci do lat 14. Hospitalizowano 56 osób, w tym 24 dzieci do lat 14.

W 2005 r. na terenie województwa zarejestrowano 2 zachorowania na bąblowicę (współczynnik zapadalności: 0,20). Zachorowania dotyczyły kobiet: 49-letniej i 16-letniej. Oba zachorowania potwierdzono badaniami. Porównawczo w roku 2004 odnotowano jedno zachorowanie na bąblowicę (współczynnik zapadalności: 0,10). W roku 2005 w Polsce rozpoznano 35 przypadków tej choroby (współczynnik zapadalności: 0,09).

Na terenie woj. lubuskiego nie rejestrowano zachorowań na WZW typ A, czerwonkę bakteryjną, dury brzuszne i paradury. Nie notowano również zatruc jadem kiełbasianym.



2.10.2 Zakażenia krwiopochodne

W 2005 r. w woj. lubuskim zarejestrowano łącznie 37 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B, w tym 15 zachorowań na WZW typu B ostre (współczynnik zapadalności: 1,49) oraz 22 zachorowania na WZW typu B przewlekłe (współczynnik zapadalności: 2,18). Dla porównania, w 2004 r. zarejestrowano ogółem 30 zachorowań na WZW typu B (współczynnik zapadalności: 2,97), co wskazuje na wzrost wykrywanych przypadków. Również w Polsce notuje się wzrost ilości wykrywanych przypadków – z 1 473 (współczynnik zapadalności: 3,86) do 1 724 (współczynnik zapadalności: 4,51).

Obserwowana od kilku lat tendencja spadkowa związana jest z prowadzeniem szczepień przeciwko WZW typu B personelu służby zdrowia oraz pacjentów zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych. Ma to także związek ze szczepieniami noworodków, które prowadzone są od 1996 roku.

Dużym problemem na terenie województwa są zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C, przeciwko którym wciąż brakuje skutecznych środków zapobiegawczych. W działaniach przeciwepidemicznych istotne jest podnoszenie skuteczności sterylizacji, dezynfekcji, coraz szerszego stosowania sprzętu jednorazowego użytku w placówkach służby zdrowia oraz w gabinetach fryzjerskich i kosmetycznych, a ponadto bezpieczeństwo epidemiologiczne krwi i preparatów krwiopochodnych oraz działania oświatowe.

W 2005 r. nastąpił dalszy wzrost zachorowań na WZW typu C. Zachorowaniu uległo 112 osób (współczynnik zapadalności: 11,10) przy 98 zachorowaniach w 2004 r. (współczynnik zapadalności: 9,71). Również w Polsce znacząco wzrosła liczba wykrywanych przypadków – z 2 059 (współczynnik zapadalności: 5,39) do 2 993 (współczynnik zapadalności: 7,84).

W grupie zakażeń, szerzących się drogą krwi (oraz przez kontakty seksualne) zarejestrowano w woj. lubuskim 11 przypadków zakażenia wirusem HIV (dotyczy nowowykrytych wyników dodatnich). W 2005 roku zarejestrowano 2 osoby chore na AIDS. W analizowanym okresie zmarły 2 osoby chore na AIDS. Dla porównania w 2004 r. zarejestrowano 11 osób zakażonych HIV i 4 zachorowania na AIDS. Od roku 1985, czyli od momentu rozpoczęcia wykonywania badań w kierunku zakażeń HIV do końca 2005 r. na terenie województwa lubuskiego zarejestrowano 364 osoby zakażone HIV, 62 osoby chore na AIDS i 35 zgonów osób chorych na AIDS.

W 2005 roku w punkcie konsultacyjno – diagnostycznym, działającym przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. przebadano się 308 osób (55% kobiet i 45% mężczyzn). Najczęstszym powodem badania były ryzykowne kontakty heteroseksualne (94%). Więcej niż jednego partnera seksualnego posiadało 51% pacjentów. Wśród przebadanych najwięcej osób było w wieku 18-29 lat (52%) i w wieku 30-39 lat (24%). Do punktu często kierowane były pacjentki ciężarne, które w 2005 roku stanowiły 10% wszystkich przebadanych. Gorzowski Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny poza bezpłatnymi



i anonimowymi badaniami w kierunku HIV, zapewnia równieŹ porady psychologiczne i medyczne w powyŹszym zakresie. Podobnych punktów działa w Polsce siedemnaście.

2.10.3 Choroby, przeciw którym prowadzone są szczepienia ochronne

Wśród chorób objętych Programem Szczepień Ochronnych nie rejestrowano zachorowań na błonicę, tężec, odrę i poliomyelitis. Znacząco obniżyła się liczba zarejestrowanych zachorowań na różyczkę, krztusiec oraz świnkę. Zanotowano natomiast nieznaczny wzrost ilości zachorowań na ospę wietrzną w porównaniu do roku 2004.

2.10.4 Grypa

W 2005 r. w woj. lubuskim zarejestrowano znaczący wzrost ilości zachorowań na grypę – 17 661 (współczynnik zapadalności: 1 750,04) przy 4 283 zachorowaniach zarejestrowanych w 2004 r. (współczynnik zapadalności: 424,41). Natomiast w roku 2003 zanotowano aż 33 743 zachorowania na grypę. Większość, bo aż ok. 92% z ogólnej liczby zachorowań, które zarejestrowano w 2005 roku to przypadki zgłoszone w I półroczu 2005 r.

W związku z pojawieniem się na świecie zachorowań na ptasią grypę u ludzi, podjęto działania mające na celu przygotowanie służb do pandemii ptasiej grypy. W tym celu opracowano plan postępowania w przypadku wystąpienia zachorowań, nawiązano ścisłą współpracę z Inspekcją Weterynaryjną, rozpoczęto szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej, doposażono laboratorium Wojewódzkiej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Gorzowie Wielkopolskim w sprzęt niezbędny do wykonywania badań w kierunku grypy.

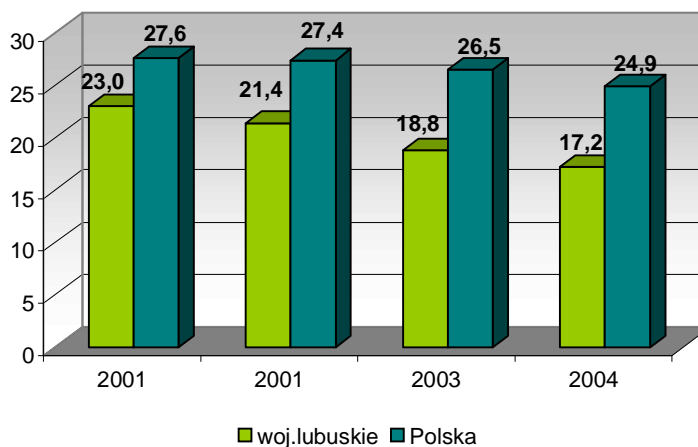
2.10.5 Gruźlica

Współczynnik zapadalności na gruźlicę w woj. lubuskim w ostatnich latach przejawia tendencję spadkową (w 2004 r. - 17,2 na 100 tys. ludności) i był niższy niż średnio w kraju (24,9).



Wykres 12

Zapadalność na gruźlicę w woj. lubuskim w latach 2001 – 2003 – współczynnik na 100 tys. ludności

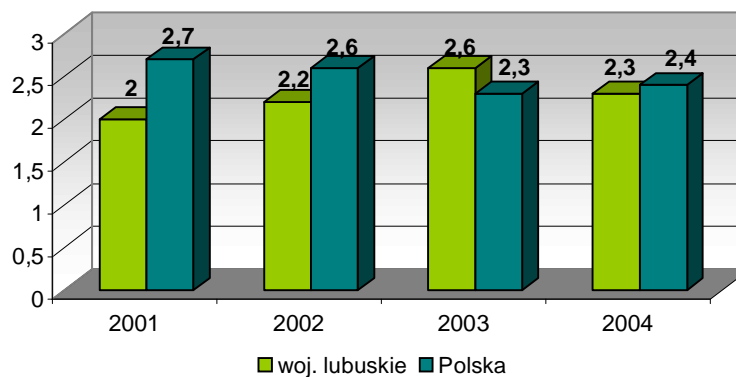


Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W 2004 r. współczynnik umieralności z powodu gruźlicy wynosił 2,3/100 tys. ludności i był niższy niż rok wcześniej.

Wykres 13

Współczynnik umieralności z powodu gruźlicy na 100 tys. ludności w latach 2001 – 2004



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

2.10.6 Choroby przenoszone drogą płciową

W 2005 r. na terenie woj. lubuskiego wykazano ogółem 167 leczonych w poradniach skórno - wenerologicznych, w tym z powodu:

- § nierzęczkowych nieżyłtów - 45 osób,



- § kłykcin kończystych - 37 osób,
- § kiły - 32 osoby,
- § rzeżączki - 30 osób,
- § opryszczki narządów płciowych - 22 osoby.

W 2004 r. w woj. lubuskim wystąpiła najwyższa w kraju zapadalność na rzeżączkę i kiłę późną oraz druga pod względem ilości zapadalność na kłykciny kończyste.

2.11 Zagrożenia spowodowane wypadkami drogowymi

2005 roku na polskich drogach było bezpieczniej niż w latach ubiegłych. Odnotowano mniej o prawie 6% niż w roku 2004 wypadków drogowych. Mniej o 4,7% było także ofiar śmiertelnych. Liczba rannych w wypadkach drogowych spadła o ponad 4%. Największą liczbę wypadków odnotowano w województwie śląskim i łódzkim, **najmniej w województwie lubuskim** i opolskim.

Tabela 47

Liczba wypadków drogowych oraz ich skutki w 2005 r.

Wyszczególnienie	Wypadki		Zabici		Ranni	
	Ogółem	2004=100	Ogółem	2004=100	Ogółem	2004=100
Polska	48 100	94,2	5 444	95,3	61 191	94,8
woj. lubuskie	860	101,5	174	103,6	1 169	96,7

Źródło: wersja elektroniczna <<http://www.policja.pl/portal/pol/1/1541/>>.

W 2005 roku większość wypadków spowodowali kierujący pojazdami, byli oni sprawcami 39 730 wypadków (co stanowi 82,6% ogółu wypadków), w wyniku tych zdarzeń śmierć poniosło 4 239 osób, a 53 429 zostało rannych.

Głównymi przyczynami wypadków było: niedostosowanie prędkości do warunków ruchu (11 419 wypadków), nieprzestrzeganie pierwszeństwa przejazdu (9 511 wypadków) oraz nieprawidłowe wykonywanie takich manewrów jak: wyprzedzanie, omijanie, wymijanie (4 487 wypadków).

W 2005 r. najwięcej wypadków miało miejsce **w czerwcu, lipcu i sierpniu**. W lipcu liczba wypadków drogowych stanowiła 9,9%, a w czerwcu i sierpniu 9,5% ogółu wypadków. Duża liczba wypadków w miesiącach letnich jest zjawiskiem obserwowanym od kilku lat. W tym bowiem okresie zwiększa się natężenie ruchu w związku z okresem wakacyjnym. Natomiast najmniejszą liczbę wypadków zarejestrowano w lutym i marcu. Dokonując podziału wypadków drogowych na poszczególne dni tygodnia, najwięcej zdarzeń odnotowano **w piątki** (16,5%) i **soboty** (14,8%) oraz w poniedziałki i czwartki (14,4%). Natomiast



w niedzielę miało miejsce najmniej wypadków drogowych (12,7%) przy, niestety, największej liczbie zabitych (17% ogółu zabitych w wypadkach drogowych). Zarówno w 2005 r. jak i w latach poprzednich, największe nasilenie wypadków wystąpiło w godzinach 16–19, a szczególnie między godziną 16 a 18, czyli w okresie bardzo dużego natężenia ruchu, w związku z powrotami z pracy. W godzinach 16 – 19 najwięcej osób zostało rannych, natomiast najwięcej osób zginęło w przedziale czasowym między godzinami 17– 19 i 20 – 21. Najmniej wypadków odnotowano w godzinach 24 – 5, w tym czasie również najmniej osób zostało rannych oraz poniosło śmierć.

Na prostym odcinku drogi miało miejsce 27 585 wypadków (57,3% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 3 697 osób, czyli 67,9% wszystkich zabitych, a rannych zostało 33 523 uczestników ruchu (54,8%). Kolejnym szczególnie niebezpiecznym miejscem są skrzyżowania z drogą z pierwszeństwem przejazdu, na ich obszarze miały miejsce 10 164 wypadki (21,1%), śmierć poniosło 600 osób (11%), a obrażenia ciała odniosło 13 550 osób (22,1%).

Analizując wiek i płeć kierowców, stwierdzić należy, iż najczęściej sprawcami wypadków w 2005 roku byli **mężczyźni** kierujący pojazdami, którzy **spowodowali 84,1%** wypadków, podczas gdy kobiety odpowiadają za 15,9%. Największa liczba sprawców wśród kierujących występuje w przedziale wiekowym 25 – 39 lat. W 2005 roku wśród ogółu sprawców kierujących pojazdami najliczniejszą grupę (74,8%) stanowili kierujący samochodami osobowymi.

Kolejną grupą sprawców wypadków drogowych są piesi. W 2005 roku spowodowali oni 7 119 zdarzeń (14,8% ogółu wypadków). Najczęstszą przyczyną było: nieostrożne wejście na jezdnię – 3 883 wypadki, (tj. 54,6% wszystkich zdarzeń spowodowanych przez pieszych), nieprawidłowe przekraczanie jezdni - 900 wypadków, przekraczanie jezdni w miejscu niedozwolonym – 627 wypadków. Badając wypadki w miejscach udostępnionych dla ruchu pieszych, zauważyć należy, że zdecydowanie najwięcej zdarzeń drogowych występuje na przejściach dla pieszych, liczba potrąceń w tych miejscach systematycznie rośnie z 28,9% w 2000 roku do 30,4% w roku 2005.

Najczęściej uczestnicy ruchu drogowego ponosili śmierć w wypadkach drogowych, które wydarzyły się poza obszarem zabudowanym. **Prawie w co piątym takim zdarzeniu ginął człowiek**, podczas gdy na obszarze zabudowanym w co czternastym. Wynika to m.in. z tego, że pojazdy uczestniczące w zdarzeniu poruszają się z większymi prędkościami (stad tragiczniejsze skutki), ginie w jednym wypadku większa liczba osób oraz z tego, że na tych obszarach pomoc lekarska jest trudniej dostępna.

W 2005 roku **nietrzeźwi** uczestniczyli w 6 798 wypadkach drogowych (14,1% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 825 osób (15,1% ogółu zabitych), a 8 487 odniosło obrażenia ciała (13,9% ogółu rannych). Nietrzeźwi najczęściej uczestniczą w zdarzeniach drogowych w ostatnich dniach tygodnia: piątek (15,5%), sobota (19,1%) i niedziela (19,2%). Niewątpliwie wpływ na takie rozłożenie wypadków ma fakt, że koniec tygodnia, dni wolne od



pracy, sprzyjają spotkaniom towarzyskim i imprezom, podczas których spożywany jest alkohol. Generalnie w te dni zwiększa się liczba uczestników ruchu pod wpływem alkoholu. Natomiast w trakcie doby kulminacyjny jest przedział pomiędzy 18.00 a 21.00. W 2005 roku w godzinach tych nietrzeźwi uczestniczyli w 1 799 wypadkach, co stanowi 26,5% wszystkich wypadków z ich udziałem. Rozkład godzinowy wypadków z udziałem nietrzeźwych pokrywa się z ogólną tendencją ich występowania.

Wypadki drogowe z udziałem dzieci i młodzieży

W 2004 r. w wypadkach drogowych zginęło ponad 220 dzieci, a niemal 6 900 odniosło obrażenia. Najwięcej ofiar wśród dzieci odnotowano w przedziale wiekowym 7-14 lat.

Liczba ofiar śmiertelnych wśród dzieci (0-17 lat) w ostatnich latach charakteryzowała się tendencją spadkową i stanowiła w latach 2002-2004 odpowiednio: 8,2%, 7,2% i 7% wszystkich zabitych w wypadkach drogowych. Podobnie kształtowały się dane dotyczące liczby rannych w wyniku wypadków drogowych – ranni w przedziale 0-17 lat stanowili w latach 2002-2004 odpowiednio 17,4%, 16,9% i 16,2% wszystkich rannych w wypadkach drogowych.

W **powiecie zielonogórskim** w 2005 r. roku odnotowano 106 wypadków, w których śmierć poniosły 24 osoby a 167 zostało rannych. Poniższa tabela prezentuje skutki wypadków drogowych w powiecie w roku 1999 oraz za lata 2003 – 2005.

Tabela 48

Informacja o wypadkach drogowych i ich skutkach na terenie powiatu zielonogórskiego za rok 1999 oraz za lata 2003 - 2005

Wypadki / Skutki	1999	2003	2004	2005
Ilość	109	75	88	106
Ranni	183	101	127	167
Zabici	14	21	20	24

Źródło: KMP w Zielonej Górze – Sekcja Ruchu Drogowego.

W 2005 r. w stosunku do 2004 r. liczba wypadków drogowych wzrosła o 20%, liczba rannych o 31%, a liczba zabitych w wypadkach wzrosła o 20%.

Tabela 49

Ewidencja wypadków drogowych na terenie powiatu zielonogórskiego ziemskiego w 2005 r.

Razem wypadków - 106	Wyszczególnienie	
54	zderzenie pojazdów	Rodzaj
19	potrącenie pieszego	
33	najechanie na przeszkodę	
2	rowerzyści	Sprawcy
4	motocykliści	
76	kierowcy samochodów osobowych	
0	kierowcy autobusów	
11	kierowcy samochodów ciężarowych	



1	woźnica	
3	inni	
9	piesi	
0	nietrzeźwy rowerzysta	Trzeźwość
2	nietrzeźwy motocyklista	
9	nietrzeźwy kierujący samochodem osobowym	
0	nietrzeźwy kierujący autobusem	
0	nietrzeźwy kierujący samochodem ciężarowym	
1	nietrzeźwy pieszy	
1	nietrzeźwy inny	
37	nadmierna prędkość	
13	nieustąpienie pierwszeństwa	
29	nieprawidłowe wyprzedzanie, wymijanie, omijanie	
2	nieprawidłowe przejeżdżanie przejść dla pieszych	
3	poślizg	
5	nieuwaga, roztargnienie	
0	brak opieki nad dziećmi do lat 7	
1	braki techniczne pojazdu	
8	inne okoliczności	
8	błędy pieszych	
12	Poniedziałek	Dni
19	Wtorek	
13	Środa	
14	Czwartek	
13	Piątek	
21	Sobota	
14	Niedziela	
10	6.00-8.00	Godziny
12	8.00-10.00	
11	10.00-12.00	
10	12.00-14.00	
11	14.00-16.00	
18	16.00-18.00	
17	18.00-20.00	
6	20.00-22.00	
3	22.00-24.00	
1	0.00-2.00	
3	2.00-4.00	
4	4.00-6.00	
24	zabici	
0	zabici do lat 14	
167	ranni	
10	ranni do lat 14	

Źródło: KMP w Zielonej Górze – Sekcja Ruchu Drogowego.

Najwięcej wypadków drogowych w 2005 r. spowodowanych było przez kierowców samochodów osobowych (72% ogółu wypadków) oraz w wyniku zderzenia pojazdów (51%). W 35% wypadków przyczyną była nadmierna prędkość, a 8% wypadków spowodowali nietrzeźwi kierowcy samochodów osobowych. Najczęściej do wypadków dochodziło w soboty (20%) oraz wtorki (19%) w godzinach 16.00-18.00 (17%) oraz 18.00-20.00 (16%).



3 Czynniki społeczno-kulturowe

Otoczenie społeczno – kulturowe obejmuje takie czynniki, jak: demografia, kultura, styl życia, mobilność społeczeństwa, edukacja.

Z punktu widzenia ochrony zdrowia i kształtowania się potrzeb społecznych w tym zakresie, największe znaczenie mają czynniki demograficzne – struktura populacji oraz zmiany demograficzne.

Warunki życia ludności, będące pochodną jej dochodów oraz zasobów na danym obszarze stanowią również ważny czynnik dla stanu zdrowia populacji.

Nie tylko poziom zamożności, lecz także poziom wykształcenia stanowi jest czynnik wpływający na stopień korzystania z usług medycznych i kształtujący w znacznej mierze postawy i zachowania związane ze zdrowiem (świadomość konieczności działań profilaktycznych, odpowiedni tryb życia – dieta, uprawianie sportu itp.).

Przemiany socjokulturowe ostatnich lat związane ze zmieniającym się modelem rodziny, zwiększeniem zainteresowania zdobywaniem wykształcenia, wydłużeniem czasu pracy oraz brakiem poczucia stabilności ekonomicznej, przekładają się na spadek przyrostu naturalnego, co w dłuższej perspektywie i w korelacji z innymi czynnikami demograficznymi, wpływa na zmiany struktury demograficznej populacji.

Zwiększenie dostępności do informacji i wzrost świadomości społecznej w zakresie ochrony zdrowia oraz postęp naukowy i przeciętny wzrost dochodów przyczyniają się do poprawy ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Z drugiej jednak strony, zwiększają się różnice społeczne (np. w zakresie sytuacji ekonomicznej) i pogłębia tendencja do starzenia się społeczeństwa, co prowadzi do zwiększenia obciążenia mniejszej części społeczeństwa kosztami relatywnie większych potrzeb większości. Ponadto niekorzystne zmiany środowiska przyczyniają się do zwiększenia zachorowalności na choroby cywilizacyjne. Te czynniki w dłuższej perspektywie będą oddziaływać na wzrost zapotrzebowania w dziedzinie ochrony zdrowia. Dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oznacza to przede wszystkim konieczność restrukturyzacji i przygotowanie na wzrost liczby usług medycznych i hospitalizacji ludzi starszych oraz wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową.

3.1.1 Sytuacja demograficzna

3.1.1.1 Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej w Polsce

Rozwój demograficzny Polski w 2005 r. nie uległ istotnym zmianom w stosunku do trendów obserwowanych w latach 90-tych ubiegłego stulecia. Był to już szósty z kolei rok, w którym odnotowano **ubytek rzeczywisty ludności**, a jednocześnie czwarty, w którym wystąpił **ujemny przyrost naturalny**. W latach 1999-2005, w wyniku niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych, liczba ludności Polski zmniejszyła się o 120 tys.



osób. Tempo przyrostu ludności było ujemne i wynosiło: od -0,03% w 1999 r. poprzez -0,07% w 2003 r. do -0,04% w 2005 r. **W końcu 2005 roku liczba ludności Polski wynosiła 38 157 tys. osób**, tj. o 17 tys. mniej niż w końcu 2004 r.

Bezpośrednią **przyczyną zmniejszania się liczby ludności** jest – obserwowany od 1984 r. – **spadek liczby urodzeń**; z kolei **umieralność nie ulegała istotnym zmianom**. Od 1993 r. urodzenia kształtowały się na poziomie poniżej 500 tys., a od 1998 r. – poniżej 400 tys. Jako pozytywne zjawisko należy odnotować, że już drugi z kolei rok **liczba urodzeń wzrasta**.

W 2005 roku – pomimo stwierdzenia korzystnych zmian w zakresie urodzeń i zgonów w stosunku do roku poprzedniego – ponownie odnotowano **ujemny przyrost naturalny**, tj. zmarło o 3,9 tys. więcej osób niż urodziło się (w 2004 r. ujemny przyrost naturalny wynosił minus 7,4 tys.). Saldo długookresowych migracji zagranicznych na pobyt stały (ujemne dla Polski w całym okresie powojennym) w 2005 r. osiągnęło poziom minus 9,3 tys. osób.

Pod względem liczby ludności Polska znajduje się na 30 miejscu wśród krajów świata i na 9 w Europie. W przypadku gęstości zaludnienia plasujemy się w grupie średnio zaludnionych państw europejskich. Na 1 km² powierzchni mieszkają 122 osoby; w miastach około 1100, na terenach wiejskich 51. Ludność miejska stanowi 61,4% ogółu populacji i jej udział stopniowo się zmniejsza.

Liczba urodzeń w Polsce malała nieprzerwanie od 1984 roku aż do 2003 r. W minionych dwóch latach odnotowano bowiem jej wzrost. W 2005 r. urodziło się 364,4 tys. dzieci, tj. o ponad 8 tys. więcej w stosunku do 2004 r., ale jednocześnie jest to o ok. 1/3 mniej niż w 1990 r. i prawie o połowę mniej niż w 1983 r., który był szczytowym rokiem ostatniego wyżu demograficznego (urodziło się wówczas 724 tys. dzieci). W 2005 r. współczynnik urodzeń wyniósł 9,6‰ i był o prawie 5 punktów niższy niż w 1990 r. (w 2004 r. wynosił 9,3‰). Zmniejszanie się liczby urodzeń dotyczyło zarówno rodzin zamieszkałych w miastach, jak i rodzin wiejskich, ale natężenie urodzeń na wsi jest w dalszym ciągu wyższe niż w mieście. W 2005 r. współczynnik urodzeń na wsi wynosił 10,3‰, a w mieście 9,0‰ (w 2004 r. – odpowiednio 10,2‰ i 8,8‰).

Obserwowana w latach 90-tych depresja urodzeniowa w dalszym ciągu pogłębia się. Od 1989 r. **poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (na poziomie 2,1)**.

Najniższy od ponad 50 lat współczynnik dzietności odnotowano w 2003 r. – wyniósł on wówczas 1,22; w 2004 r. nastąpił minimalny wzrost – do poziomu 1,23, a w 2005 r. – kolejny wzrost do 1,24 (w miastach współczynnik dzietności kształtuje się na poziomie 1,15 a wśród ludności wiejskiej 1,40). Najbardziej korzystną sytuację demograficzną określa współczynnik kształtujący się na poziomie 2,1-2,15, tj. kiedy w danym roku na jedną kobietę w wieku 15-49 lat przypada średnio 2 dzieci.

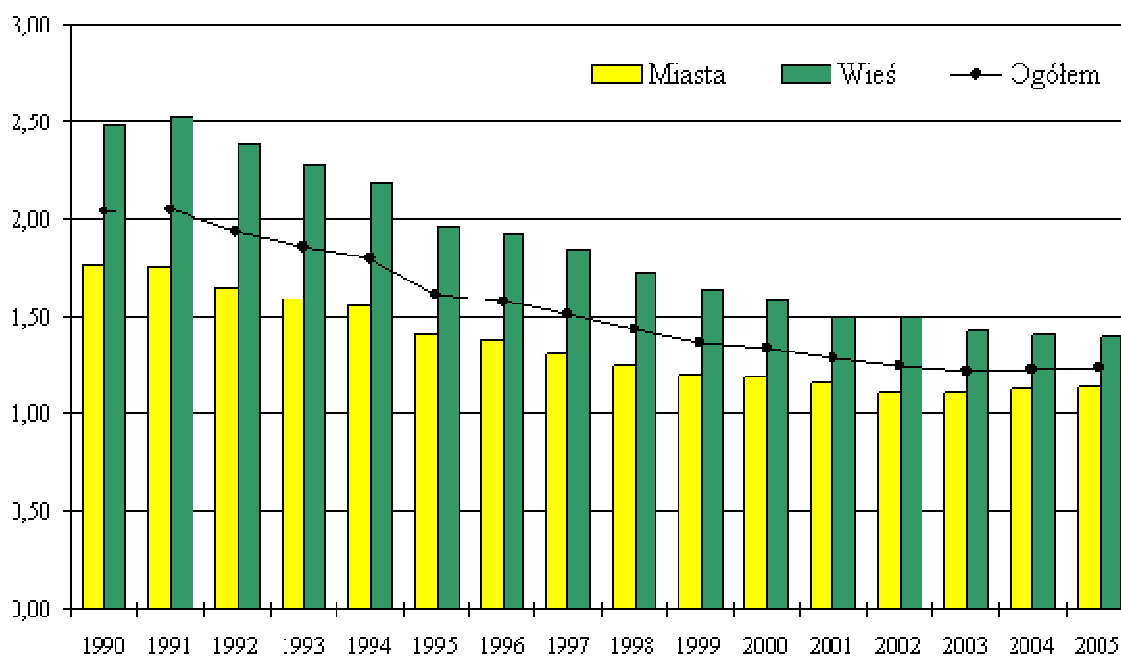
W dalszym ciągu **na dzietność kobiet największy wpływ ma liczba zawieranych związków małżeńskich**. Zdecydowana większość dzieci (82%) rodzi się w rodzinach



tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie – w początkowych latach trwania małżeństwa (37% spośród nich to małżeństwa o niespełna dwuletnim stażu). Jednakże, z badań ankietowych rodzin wynika, że model rodziny polskiej upodabnia się do wzorców zachodnioeuropejskich, nie należy więc oczekiwać powrotu do wysokiej dzietności.

Wykres 14

Współczynniki dzietności w latach 1990-2005



Źródło: wersja elektroniczna <www.stat.gov.pl>.

W latach 90-tych nastąpiło **przesunięcie najwyższej płodności kobiet** z grupy w wieku 20-24 lata **do grupy 25-29 lat**. Jest to wynikiem wyboru, jakiego coraz częściej dokonują ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny oraz jej powiększenie. Jeśli za kryterium analizy przyjąć wykształcenie matek to zauważa się, że od początku lat 90-tych ponad czterokrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym (z 6% do ok. 26%), natomiast istotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia (z 19% do 11%).

Mediana wieku kobiet, które w 2005 r. urodziły dziecko to prawie 27,5 roku, tj. o ponad 1 rok więcej niż obserwowano w latach 90-tych, natomiast mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko wzrosła o 2 lata – do 25 lat (wartość mediany wyznacza wiek, którego połowa populacji – w tym przypadku populacja kobiet, które urodziły dziecko – jeszcze nie osiągnęła, a druga połowa już przekroczyła).



Od kilkunastu lat **wzrasta odsetek urodzeń pozamałżeńskich**. Na początku lat 90-tych ze związków pozamałżeńskich rodziło się ok. 6-7% dzieci, zaś w ostatnich latach 15-18% – oznacza to prawie trzykrotny wzrost. Spośród urodzeń pozamałżeńskich odsetek dzieci urodzonych przez wdowy i kobiety rozwiedzione nie zmienia się i wynosi około 2%; natomiast dwukrotnie wzrósł udział matek o stanie cywilnym panna. Należy zaznaczyć, że współczynnik dzietności pozamałżeńskiej wzrasta, przy czym – jak zostało wcześniej wspomniane – zmniejsza się systematycznie ogólny współczynnik dzietności dla Polski. Zatem może to oznaczać, że zwiększa się liczba rodzin tworzonych przez związki partnerskie lub liczba samotnych matek tworzących rodziny niepełne.

q Umieralność

W 2005 r. zmarło 368,3 tys. osób (o 4,8 tys. więcej niż w 2004 r.). **Współczynnik zgonów** kształtował się na poziomie **9,7‰** (w 2004 r. – 9,56‰). W ogólnej liczbie osób zmarłych prawie **47%** stanowiły **kobiety**. Od 1991 r. obserwowany jest systematyczny **spadek liczby zgonów** – z wyjątkiem pewnego załamania tendencji w 1999 r. oraz w 2003 r.

W dalszym ciągu w Polsce prawie 80% zgonów spowodowanych jest chorobami określanymi mianem cywilizacyjnych (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz wypadki, urazy i zatrucia). Głównymi są choroby układu krążenia, w przypadku których – w okresie ostatnich lat – stwierdzono istotną poprawę. W 2004 r. choroby układu krążenia stanowiły niewiele ponad 46% zgonów, podczas gdy na początku lat 90-tych były przyczyną ponad 52% ogółu zgonów. Obserwowany jest także systematyczny spadek zgonów spowodowanych urazami i zatruciami, które stanowią obecnie niespełna 7% wszystkich zgonów, wobec prawie 8% na początku lat 90-tych. Tendencja ta silniej występuje w populacji mężczyzn niż kobiet. Niekorzystnym zjawiskiem jest wzrost liczby zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi. W 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19% zgonów; obecnie stanowią ¼ wszystkich zgonów. Jednocześnie notuje się wzrost liczby nowych zachorowań, co być może jest związane z lepszą wykrywalnością tych schorzeń.

Nadal zmniejsza się liczba zgonów niemowląt, w 2005 r. zmarło ok. 2,3 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku, czyli o około 0,1 tys. mniej niż w 2004 r. i ponad 4-krotnie mniej niż w 1990 r. Współczynnik zgonów niemowląt ukształtował się na poziomie 6,4‰ (w 2004 r. – 6,8‰, a w 1990 r. wynosił 19,3‰).

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt ponad połowa dzieci (53%) umiera w okresie pierwszego tygodnia, a kolejne 17% – przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia. W dalszym ciągu najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt (prawie 54%) są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. W 2005 r. współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) wynosił 8,0‰. Podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt wykazuje on tendencję spadkową; w 2000 r. wynosił 9,7‰, a od początku lat 90-tych, kiedy



kształtował się na poziomie 19,5‰, zmniejszył się ponad dwukrotnie. Kolejną przyczyną zgonów (prawie 34% przypadków) są wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

q Trwanie życia

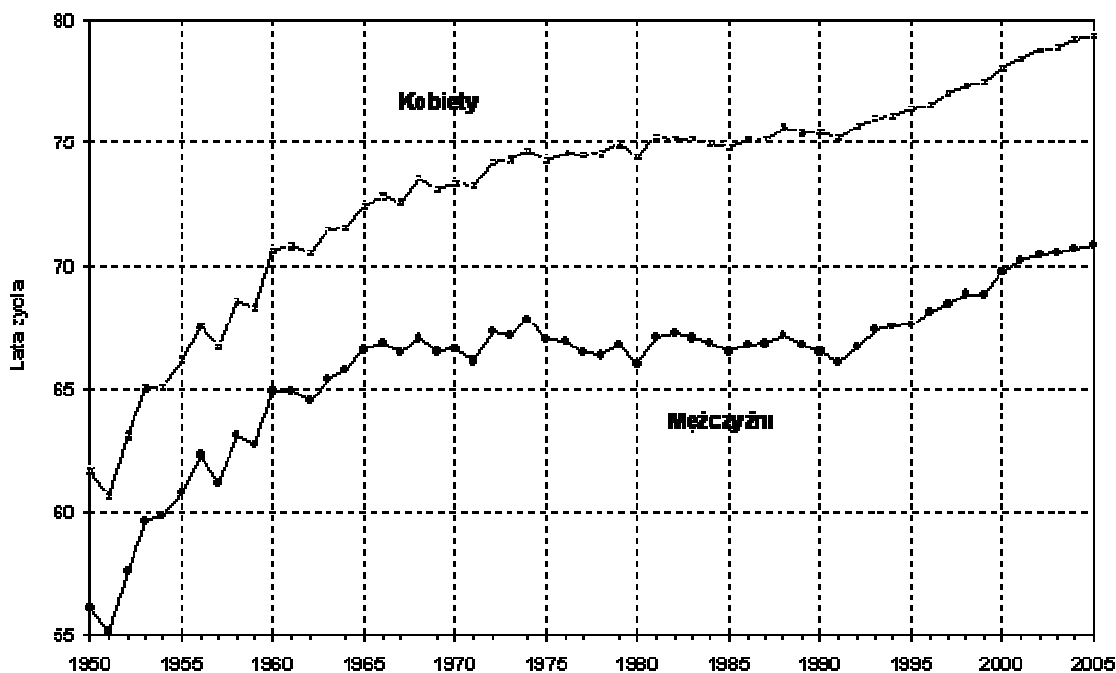
Obserwowana w latach 90-tych stała poprawa sytuacji w zakresie umieralności w pozytywny sposób wpływa na długość trwania życia Polaków. Przewiduje się, że przy niezmiennych warunkach wymierania populacji – zgodnych z obserwowanymi w 2005 r. – urodzeni w 2005 r. chłopcy osiągną średnio wiek 70,8 roku, dziewczynki zaś 79,4 roku.

W stosunku do 1990 r. trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 4,3 roku, zaś kobiet o 3,9 roku. W porównaniu z czołówką krajów europejskich wiek dożywania Polaków jest jednak niższy o 4-5 lat dla kobiet i o ok. 6-7 lat dla mężczyzn.

Nadal również utrzymuje się duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – prawie 9 lat, podczas gdy średnia europejska wynosi 4-5 lat.

Wykres 15

Przeciętne trwanie życia w latach 1950-2005



Źródło: wersja elektroniczna <www.stat.gov.pl>.

Zmiany w liczbie ludności w poszczególnych **regionach kraju** w latach 2001-2005 przedstawia tabela.



Tabela 50

Ludność według województw

Województwa	Ludność w tysiącach (stan na dzień 31.12)				Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności (w %)			
	2001	2002	2004	2005	2001	2002	2004	2005
Polska	38242,2	38218,5	38173,8	38157,1	-0,03	-0,06	-0,04	-0,04
dolnośląskie	2909,6	2904,7	2893,1	2888,2	-0,09	-0,17	-0,18	-0,17
kujawsko-pomorskie	2069,7	2069,2	2068,3	2068,3	+0,09	-0,03	+0,01	-0,00
lubelskie	2201,7	2197,0	2185,2	2179,6	-0,20	-0,21	-0,27	-0,25
lubuskie	1009,0	1008,2	1009,2	1009,2	+0,05	-0,08	+0,04	+0,00
łódzkie	2617,3	2607,4	2587,7	2577,5	-0,40	-0,38	-0,36	-0,40
małopolskie	3229,6	3237,2	3260,2	3266,2	+0,22	+0,24	+0,22	+0,18
mazowieckie	5121,7	5128,6	5146,0	5157,7	+0,13	+0,14	+0,20	+0,23
opolskie	1066,5	1061,0	1051,5	1047,4	-0,38	-0,51	-0,39	-0,39
podkarpackie	2104,2	2105,1	2098,0	2098,3	+0,13	+0,04	+0,03	+0,01
podlaskie	1209,4	1207,7	1202,4	1199,7	-0,10	-0,14	-0,22	-0,23
pomorskie	2178,3	2183,6	2194,0	2199,0	+0,28	+0,24	+0,23	+0,23
śląskie	4748,5	4731,5	4700,8	4685,8	-0,35	-0,36	-0,30	-0,32
świętokrzyskie	1299,4	1295,9	1288,7	1285,0	-0,25	-0,27	-0,22	-0,29
warmińsko-mazurskie	1428,5	1428,4	1428,7	1428,6	+0,07	+0,00	-0,01	-0,01
wielkopolskie	3350,4	3355,3	3365,3	3372,4	+0,15	+0,14	+0,16	+0,21
zachodniopomorskie	1698,4	1697,7	1694,9	1694,2	+0,03	-0,04	-0,07	-0,04

Źródło: Dane GUS.

Rezultatem przemian demograficznych w Polsce jest **gwałtowne zmniejszanie się liczby dzieci i młodzieży (0-17 lat)**. Ich udział w ogólnej liczbie ludności obniżył się do niespełna 21% (z prawie 30% w 1990 r.). Dzieci w wieku poniżej 15 lat stanowią obecnie niewiele ponad 16% ogólnej populacji wobec prawie 25% w 1990 r. Szczególnie du że zmiany można zaobserwować w grupie osób w wieku produkcyjnym (kobiety w wieku 18-59 lat, mężczyźni – 18-65 lat); od 1990r. odsetek osób w wieku zdolności do pracy wzrósł o ponad 6 punktów procentowych, tj. z poziomu 57,5% do 64%. Obserwowany jest także dalszy **wzrost liczby osób w wieku nabywania praw emerytalnych i starszych** (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej); odsetek tej grupy ludności w ogólnej populacji wynosi ponad 15% (w 1990 r. niespełna 13%). Udział osób w wieku 65 lat i więcej (razem mężczyzn i kobiet) przekroczył 13% wobec niewiele ponad 10% w 1990 r. Obecnie **na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 56 osób w wieku nieprodukcyjnym**, tj. 32 osoby w wieku do 17 lat oraz 24 osoby w wieku poprodukcyjnym (w 1990 r. 74 osoby – odpowiednio: 52 i 22). Wśród **ludności miejskiej** notuje się **niższe wskaźniki obciążenia ekonomicznego**, wynoszą one 52, 28 i 24 (na wsi odpowiednio: 64, 39 i 25).



W porównaniu z innymi krajami europejskimi ludność Polski jest w sensie demograficznym, nadal młoda, jednakże mediana wieku zwiększa się z każdym rokiem. W połowie lat 90-tych statystyczny mieszkaniec Polski miał 34 lata, mężczyzna niewiele ponad 32 lata, a kobieta niespełna 37. W 2005 r. byliśmy już starsi średnio o prawie 3 lata; mediana wieku kobiet wyniosła prawie 39 lat, a dla mężczyzn zbliżyła się do 35 lat. Statystyczny mieszkaniec miast jest w wieku 38 roku i jest starszy od mieszkańca wsi o ponad 3 lata.

q Prognoza ludności do 2030 roku

Prowadzone przez demografów badania i analizy wskazują, że trwający od kilkunastu lat w Polsce spadek dzietności jeszcze nie jest procesem zakończonym i dotyczy w coraz większym stopniu kolejnych roczników młodzieży. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienia się: zwiększone zainteresowanie zdobywaniem wykształcenia, trudności na rynku pracy, zmniejszenie świadczeń socjalnych na rzecz rodziny i generalnie trudne warunki społeczno-ekonomiczne, w jakich znalazło się pokolenie w wieku prokreacyjnym. Jak już wspomniano, rejestrowany poziom dzietności nie zapewnia prostej zastępowalności pokoleń.

Tabela 51

Prognoza dzietność i trwania życia do 2030 r.

Wyszczególnienie		2002	2010	2020	2030
Dzietność		1,25	1,10	1,20	1,20
Trwanie życia	ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
	mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
	kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

Źródło: Dane GUS.

Zgodnie z opiniami ekspertów, w najbliższych latach należy liczyć się z dalszym **spadkiem współczynnika dzietności** z obecnej średniej 1,24 dziecka na kobietę do około 1,1 w 2010 r., po czym w latach 2011-2020 można oczekiwać niewielkiego wzrostu dzietności do poziomu około 1,2.

W dalszym ciągu będzie następował **spadek umieralności** i systematyczny **wzrost przeciętnej długości trwania życia** do poziomu ok. 77,6 roku dla mężczyzn oraz do 80 lat dla kobiet w 2030 r., jednak odrabianie zaległości w tej dziedzinie w stosunku do krajów najbardziej rozwiniętych będzie następowało wolniej niż w ostatniej dekadzie.

Liczba urodzeń będzie ulegać niewielkim wahaniom aż do około 2020 r. (przewiduje się ok. 340 tys. urodzeń średnio-rocznie), po czym nastąpi systematyczny spadek (od ok. 316 tys. w 2020 r. do 233 tys. urodzeń w 2030 r.), gdyż w wiek największej rozrodczości wejdą mało liczebne roczniki kobiet urodzonych na przełomie stuleci. W całym okresie prognostycznym, w wyniku małej liczby urodzeń i przy niewielkim wzroście liczby zgonów, **przyrost naturalny będzie ujemny**, a po roku 2020 zjawisko to będzie się jeszcze pogłębiać. W najbliższych



latach wzrośnie nieco skala migracji zagranicznych, stąd zwiększy się nieznacznie ujemne saldo migracji, z obecnych kilkunastu tysięcy osób rocznie do 24 tysięcy osób około 2010 r.

Do 2020 r. liczba ludności zmniejszy się o milion osób, a w następnej dekadzie (lata 2020-2030) o kolejne półtora miliona; w 2030 r. ludność Polski może osiągnąć liczbę 35693 tys. Ubytek ludności dotknie przede wszystkim miasta, głównie z powodu mniejszej dzietności w miastach niż na wsi, ale też na skutek nowego zjawiska, jakim jest przemieszczanie się części ludności miejskiej na tereny wiejskie na obrzeżach miast. W stosunku do stanu obecnego przewiduje się, że do 2030 r. liczba ludności w miastach zmniejszy się w sumie o 3 miliony osób, a na wsi wzrośnie o ok. pół miliona.

Malejąca dzietność i wzrastająca długość życia powodują **starzenie się społeczeństwa**. Do 2030 roku – średni wiek mieszkańca Polski (obecnie wynosi on około 37 lat) wzrośnie do ponad 45 lat, z tendencją do dalszego wzrostu.

Systematycznie będzie **maleła liczba młodzieży w wieku 16-24 lata**, z obecnych prawie 6 mln do 4 mln w 2015 r. oraz 3 mln w 2030 r. Istotne przesunięcie nastąpi w proporcjach między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. W okresie do 2010 liczba ludności w wieku produkcyjnym z obecnych 24 mln wzrośnie o prawie milion, zaś w wieku poprodukcyjnym z 5,8 wzrośnie do 6,4 mln osób. W okresie kolejnych 20 lat liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie systematycznie maleć aż do poziomu 20,8 mln w 2030 r., a w wieku poprodukcyjnym – rosnąć aż do 9,6 mln. Wskaźnik obciążenia ekonomicznego, tj. liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym, zwiększy się z obecnych 60 do 72; odwrócą się jednocześnie proporcje - na 26 osób w wieku przedprodukcyjnym (obecnie 36) i 46 osób w wieku poprodukcyjnym (obecnie 24).

Okres po 2020 roku będzie charakteryzował się **gwałtownym starzeniem się ludności**. Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wieku. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzrośnie do 2010 r. o 50 % i osiągnie pół miliona, a w 2030 r. do prawie 800 tys. (obecnie liczba osób w tym wieku wynosi niespełna 320 tys.).

3.1.1.2 Analiza sytuacji demograficznej w województwie lubuskim i w powiecie zielonogórskim

Województwo lubuskie jest najmniejszym województwem w kraju pod względem liczby ludności. (zajmując jednocześnie trzynastą lokatę pod względem powierzchni, ze średnią gęstością 72 os./km²). Na koniec grudnia 2004 r. zamieszkiwało tam 1 009 168 osób (2,6% ludności Polski) z przewagą mieszkańców miast (64,2%) oraz kobiet (51,5%).

Podział terytorialny województwa tworzą:

§ 83 gminy,

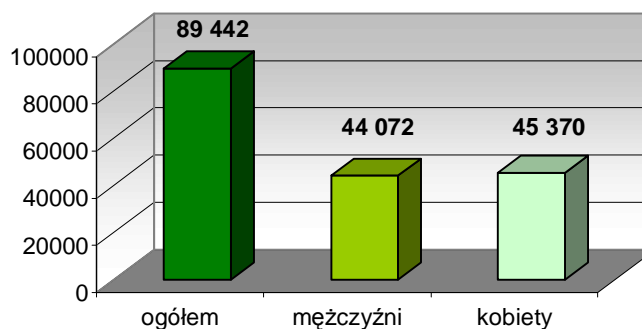


§ 12 powiatów ziemskich oraz 2 powiaty grodzkie (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski).

Powiat zielonogórski w 2005 r. zamieszkiwało 89 442 osób. Struktura ludności wg płci jest względnie wyrównana – **kobiety** stanowią **50,7%** populacji powiatu. Gęstość zaludnienia wynosi 57 os./km² i jest niższa niż dla województwa.

Wykres 16

Ludność powiatu zielonogórskiego w 2005 r.



Źródło: Dane GUS.

Powiat zielonogórski charakteryzuje się mniejszą gęstością zaludnienia niż średnia gęstość w woj. lubuskim – **57 os. na km²** (województwo – 72 os./km²). Na stu mężczyzn w tym regionie przypadają 103 kobiety (o 3 mniej niż średnio w województwie).

Nieco **ponad 60% populacji powiatu zielonogórskiego mieszka na wsi.**

Tabela 52

Powierzchnia i ludność województwa lubuskiego, powiatu zielonogórskiego oraz gmin powiatu w 2005 r.

Wyszczególnienie	Powierzchnia w km ²	Ludność			Na 1 km ²	Kobiety na 100 mężczyzn
		ogółem	mężczyźni	kobiety		
województwo lubuskie	13989	1009198	489688	519510	72	106
powiat zielonogórski	1571	89442	44072	45370	57	103
gminy miejsko-wiejskie:						
Babimost	93	6525	3236	3289	70	102
w tym miasto	4	4177	2068	2109	1154	102
Czerwieńsk	196	9480	4668	4812	48	103
w tym miasto	9	4152	2034	2118	450	104
Kargowa	128	5769	2822	2947	45	104
w tym miasto	4	3643	1765	1878	878	106
Nowogród Bobrzański	260	9236	4572	4664	36	102
w tym miasto	15	5042	2479	2563	345	103



Sulechów	236	26432	12827	13605	112	106
w tym miasto	7	17929	8588	9341	2637	109
gminy wiejskie:						
Bojadła	103	3387	1696	1691	33	100
Świdnica	161	5721	2857	2864	36	100
Trzebiechów	81	3241	1629	1612	40	99
Zabór	93	3523	1776	1747	38	98
Zielona Góra	220	16128	7989	8139	73	102

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 53

Gminy powiatu zielonogórskiego według liczby mieszkańców

Wyszczególnienie	Powierzchnia	Liczba ludności	Liczba ludności na km ²
województwo lubuskie	13 989	1 009 198	72
powiat zielonogórski, w tym gminy:	1 571	89 442	57
1. Sulechów	236	26 432	112
2. Zielona Góra	220	16 128	73
3. Czerwieńsk	196	9 480	48
4. Nowogród Bobrzański	260	9 236	36
5. Babimost	93	6 525	70
6. Kargowa	128	5 769	45
7. Świdnica	161	5 721	36
8. Zabór	93	3 523	38
9. Bojadła	103	3 387	33
10. Trzebiechów	81	3 241	40

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

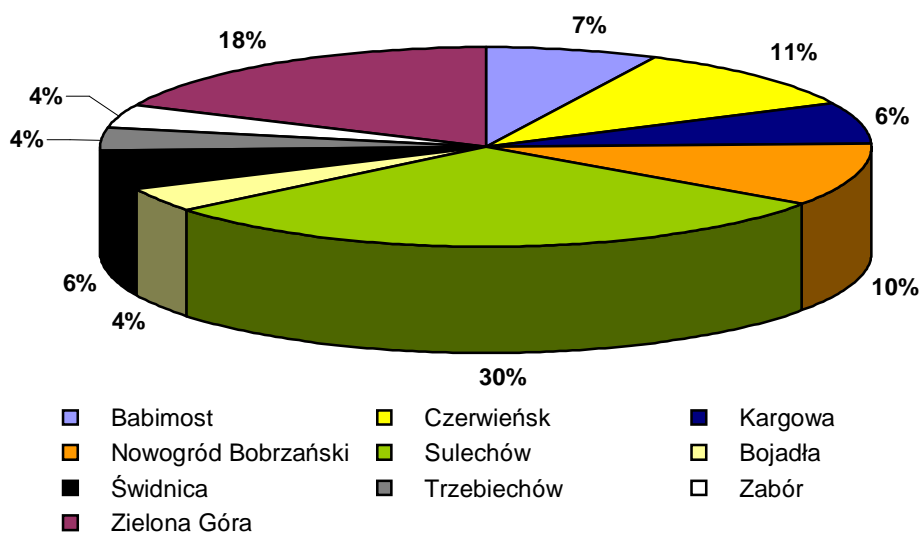
Największą gęstością zaludnienia, spośród gmin powiatu zielonogórskiego, charakteryzuje się **Sulechów** (ze średnią gęstością 112 os./km²) a najmniej osób na km² przypada w gminie Bojadła (jedynie 33 os./km²). Z miast, największa gęstość zaludnienia cechuje Sulechów, gdzie przeciętnie na 1 km² przypada 2 637 osób, tj. ponad 7,5 razy więcej niż w najsłabiej zaludnionym mieście powiatu Nowogrodzie Bobrzańskim i niemal 80 razy więcej niż w gminie Bojadła.

Poniższy wykres przedstawia udział poszczególnych miast i gmin w całkowitej liczbie ludności powiatu zielonogórskiego.



Wykres 17

Udział liczby ludności miast i gmin powiatu zielonogórskiego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Jak wynika z powyższego wykresu, najwięcej mieszkańców mają gminy: Sulechów, Zielona Góra, Świdnica i Czerwieńsk oraz Nowogród Bobrzański. Na wymienionym obszarze mieszka niemal 70% całkowitej populacji powiatu.

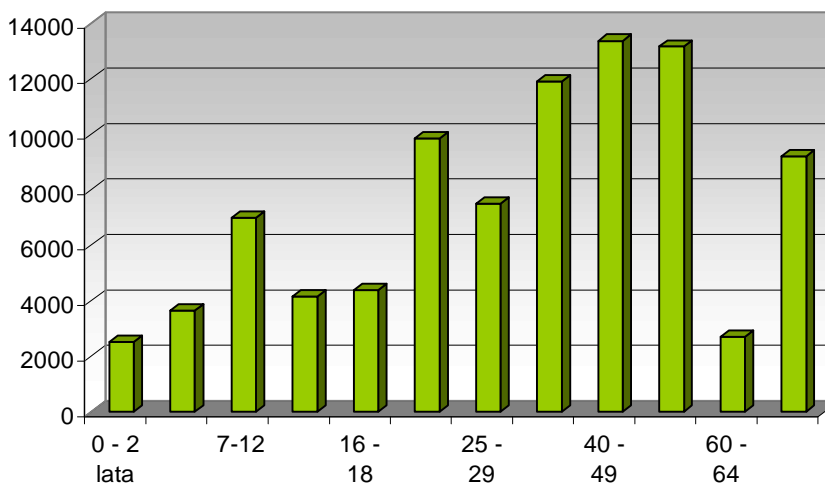
3.1.1.3 Struktura wiekowa populacji powiatu zielonogórskiego

Najliczniejszą grupę wiekową w powiecie zielonogórskim stanowią 30-, 40- i 50-ciolatkowie, co z punktu widzenia lokalnych potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, oznacza konieczność zwiększenia wydatków w tym zakresie w najbliższych kilkunastu latach oraz dostosowania zasobów w regionie do zwiększających się potrzeb najliczniejszych obecnie grup wiekowych w okresie starości.



Wykres 18

Ludność powiatu zielonogórskiego według grup wiekowych w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

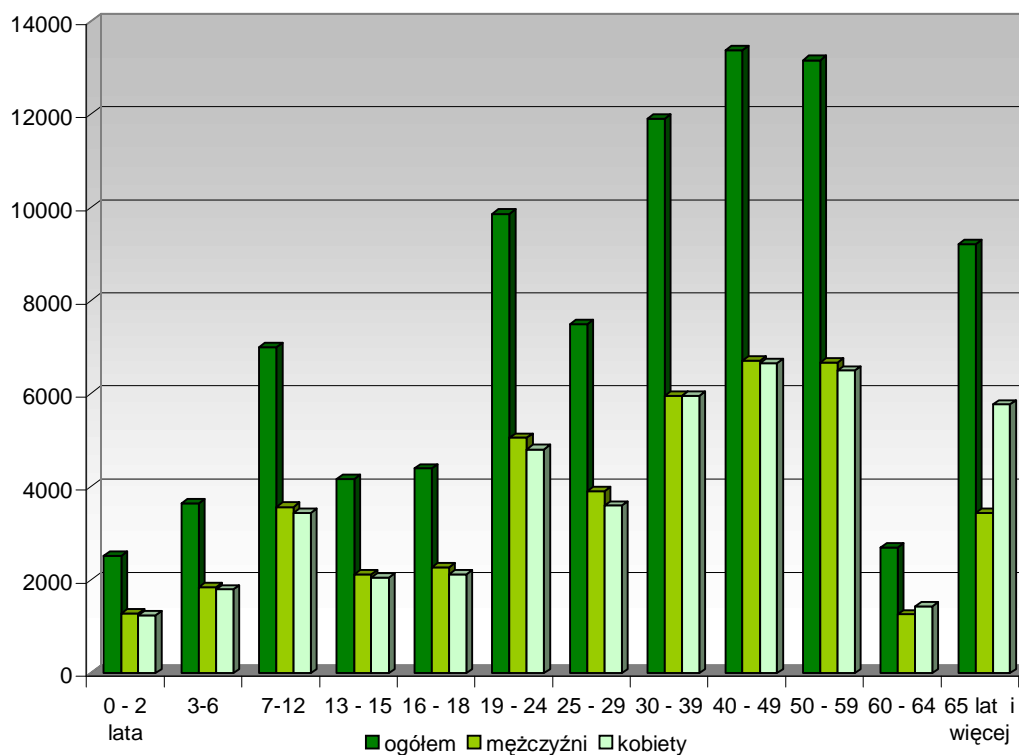
Grupa osób w wieku 19 – 59 lat stanowi obecnie ok. 62,4% ogółu ludności powiatu.

Wskazuje to na pozytywną sytuację demograficzną, wynikającą z faktu, że najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku produkcyjnym. Drugą pod względem wielkości grupą są **dzieci – 24,3%** ogółu populacji. Pozostałe **13,3%** to **osoby powyżej 60 roku życia**. Ta, niezwykle ważna z punktu widzenia potrzeb mieszkańców powiatu w zakresie ochrony zdrowia, grupa jest w porównaniu z całym województwem lubuskim nieco mniejsza (osoby w wieku 60 lat i więcej stanowią w woj. lubuskim 15% ogółu ludności).



Wykres 19

Struktura wiekowa ludności powiatu zielonogórskiego wg płci w 2005 r.



Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Szczegółową strukturę ludności powiatu zielonogórskiego według wieku, w poszczególnych gminach przedstawia poniższa tabela.

Tabela 54

Ludność wg wieku i płci w 2005 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	W wieku				
		0 – 2 lata	0-18	19-59	60 - 64	65 lat i więcej
Ogółem						
województwo lubuskie	1 009 198	28 948	228 886	628 478	34 019	117 815
powiat zielonogórski	89 442	2 523	21 726	55 805	2 698	9 213
gminy miejsko-wiejskie:						
Babimost	6525	182	1620	3932	218	755
w tym miasto	4177	109	1034	2557	148	438
Czerwieńsk	9480	293	2287	6032	242	919
w tym miasto	4152	114	923	2778	88	363
Kargowa	5769	163	1452	3495	158	664



w tym miasto	3643	98	894	2249	93	407
Nowogród Bobrzański	9236	224	2304	5725	261	946
w tym miasto	5042	124	1163	3336	142	401
Sulechów	26432	727	6197	16602	816	2817
w tym miasto	17929	468	4089	11462	548	1830
gminy wiejskie:						
Bojadła	3387	101	827	1990	130	440
Świdnica	5721	144	1359	3564	191	607
Trzebiechów	3241	90	785	1940	94	422
Zabór	3523	92	940	2125	107	351
Zielona Góra	16128	507	3955	10400	481	1292
Mężczyźni						
województwo lubuskie	489688	14823	117018	314234	15246	43190
powiat zielonogórski	44072	1287	11087	28283	1261	3441
gminy miejsko-wiejskie:						
Babimost	3236	93	812	2019	97	308
w tym miasto	2068	55	513	1306	65	184
Czerwieńsk	4668	149	1155	3074	111	328
w tym miasto	2034	58	465	1399	43	127
Kargowa	2822	81	739	1765	62	256
w tym miasto	1765	49	439	1125	41	160
Nowogród Bobrzański	4572	113	1158	2905	137	372
w tym miasto	2479	63	587	1651	81	160
Sulechów	12827	363	3181	8238	380	1028
w tym miasto	8588	236	2096	5580	248	664
gminy wiejskie:						
Bojadła	1696	59	446	1034	61	155
Świdnica	2857	83	693	1850	89	225
Trzebiechów	1629	44	374	1051	44	160
Zabór	1776	42	500	1096	48	132
Zielona Góra	7989	260	2029	5251	232	477
Kobiety						
województwo lubuskie	519510	14125	111868	314244	18773	74625
powiat zielonogórski	45370	1236	10639	27522	1437	5772
gminy miejsko-wiejskie:						
Babimost	3289	89	808	1913	121	447
w tym miasto	2109	54	521	1251	83	254
Czerwieńsk	4812	144	1132	2958	131	591
w tym miasto	2118	56	458	1379	45	236



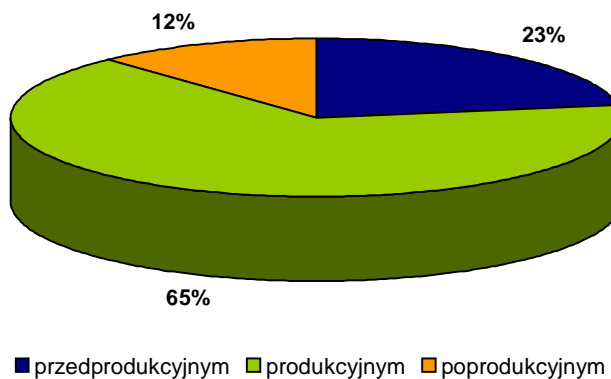
Kargowa	2947	82	713	1730	96	408
w tym miasto	1878	49	455	1124	52	247
Nowogród Bobrzański	4664	111	1146	2820	124	574
w tym miasto	2563	61	576	1685	61	241
Sulechów	13605	364	3016	8364	436	1789
w tym miasto	9341	232	1993	5882	300	1166
gminy wiejskie:						
Bojadła	1691	42	381	956	69	285
Świdnica	2864	61	666	1714	102	382
Trzebiechów	1612	46	411	889	50	262
Zabór	1747	50	440	1029	59	219
Zielona Góra	8139	247	1926	5149	249	815

źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego

Udział ludności w wieku produkcyjnym w populacji powiatu wynosi 65%. 23% dopiero wejdzie na rynek pracy a pozostałe 12% jest już w wieku poprodukcyjnym.

Wykres 20

Procentowy udział ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym w powiecie zielonogórskim w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Strukturę populacji powiatu w poszczególnych miastach i gminach w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

Analizując dynamikę struktury populacji powiatu zielonogórskiego według wieku można zauważyć, że w latach 1998 – 2005 udział ludności w wieku produkcyjnym systematycznie wzrastał (średnio o 0,8 punktu procentowego rocznie). Podobna dynamika charakteryzowała zmiany struktury wiekowej populacji w całym województwie (wzrost średnio o 0,7 punktu procentowego).



W latach 1998 – 2004 procentowy udział osób w wieku przedprodukcyjnym w powiecie zielonogórskim zmniejszał się średnio o jeden punkt procentowy rocznie, a udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrastał średnio o 0,3 punktu procentowego rocznie.

Tabela 55

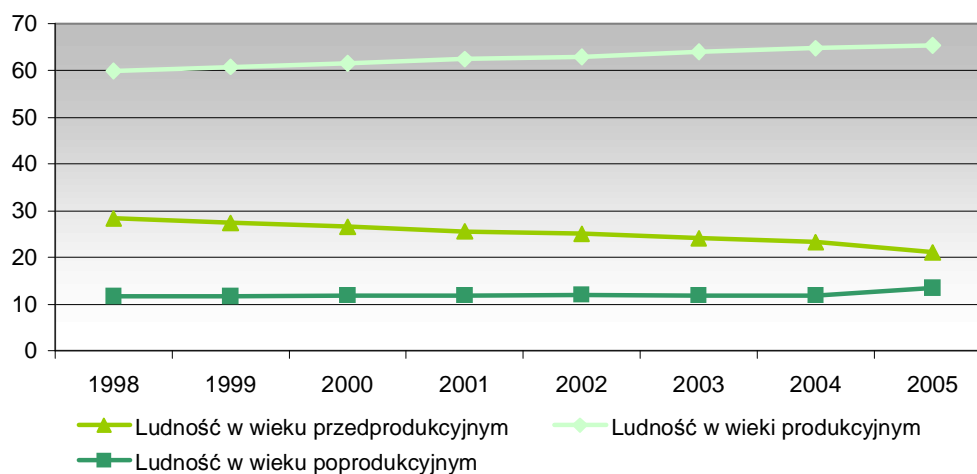
Struktura i dynamika populacji wg ekonomicznych grup wiekowych w powiecie zielonogórskim w latach 1998-2005

Rok	Ludność ogółem	Ludność w wieku przedprodukcyjnym	Ludność w wieku produkcyjnym	Ludność w wieku poprodukcyjnym
		(w %)		
1998	86 024	28,4	59,9	11,7
1999	86 370	27,4	60,8	11,7
2000	86 891	26,6	61,6	11,9
2001	87 224	25,6	62,5	11,9
2002	87 994	25,1	62,9	12,0
2003	88 935	24,1	64,0	11,9
2004	88 377	23,3	64,8	11,9
2005	89 442	21,1	65,4	13,5

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 21

Dynamika liczby ludności powiatu zielonogórskiego według grup ekonomicznych w latach 1998 - 2005



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.



3.1.1.4 Ruch naturalny ludności

W ubiegłym roku w powiecie zielonogórskim **przyszło na świat 822 dzieci** (w województwie lubuskim: 9 915). **Zmarło** w tym czasie **765 osób**, co wskazuje na **przyrost naturalny** w liczbach bezwzględnych na poziomie **57 osób**. Na terenie powiatu, w gminach: Babimost, Czerwieńsk, Sulechów, Zabór oraz Zielona Góra zanotowano w ub. roku dodatni przyrost naturalny. Mniejszy wskaźnik urodzeń niż zgonów zanotowano natomiast w gminach: Nowogród Bobrzański, Bojadła, Świdnica i Trzebiechów.

W 2005 r. w powiecie zielonogórskim **zawarto 427 małżeństw** (niecałe 9% wszystkich małżeństw zawartych w ub. roku na terenie województwa lubuskiego).

Tabela 56

Przyrost naturalny w powiecie zielonogórskim w latach 1999 – 2005

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
woj. lubuskie	2 386	2 236	2 834	1 588	253	932	780
powiat zielonogórski	142	246	151	175	35	117	57

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

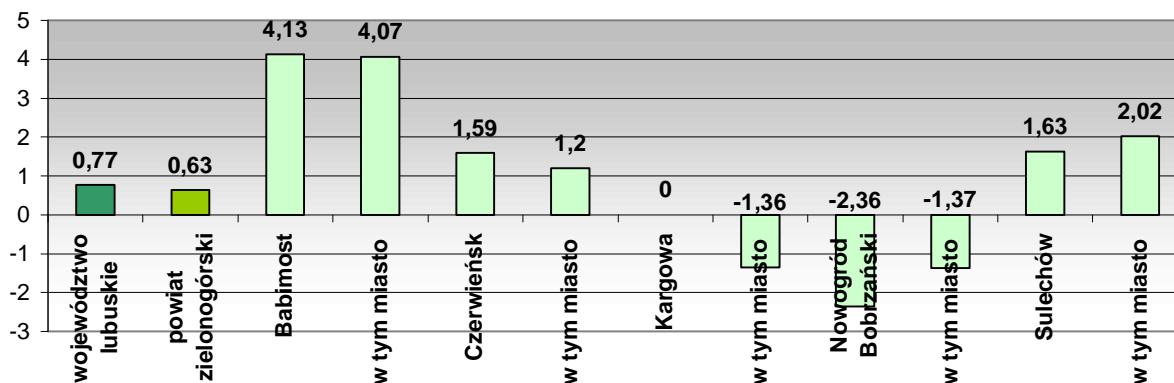
Analizując dynamikę wskaźnika przyrostu naturalnego w ostatnich 6 latach nie da się wskazać żadnej stałej tendencji. Porównanie danych za lata 1999 oraz 2004 w stosunku do 2005 roku wskazuje na znaczący spadek wartości tego wskaźnika, zarówno dla powiatu jak i dla całego województwa.

Spośród wszystkich miast i gmin należących do powiatu zielonogórskiego, najwyższy wskaźnik przyrostu naturalnego na 1000 ludności zanotowano w Babimoście, gminie Zielona Góra oraz w Sulechowie. Ujemny przyrost naturalny na 1000 ludności charakteryzował w 2005 r. gminy: Nowogród Bobrzański, Bojadła, Świdnica oraz Trzebiechów, przy czym najniższy wskaźnik zanotowano w gminach: Bojadła (-5,63) i Trzebiechów (- 5,43).



Wykres 22

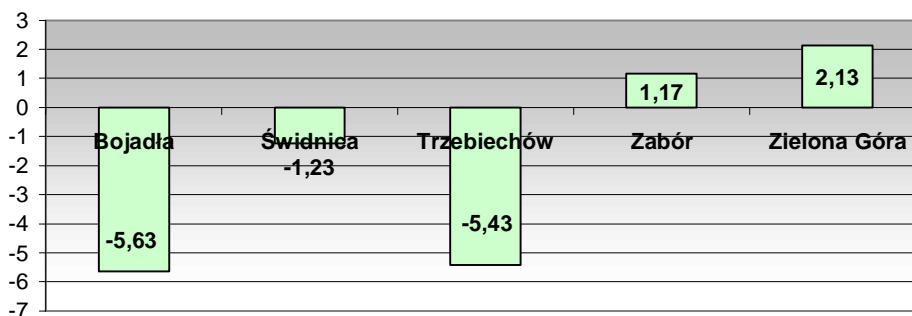
Przyrost naturalny na 1000 ludności w gminach miejsko – wiejskich powiatu zielonogórskiego w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres 23

Przyrost naturalny na 1000 ludności w gminach wiejskich powiatu zielonogórskiego w 2005 r.



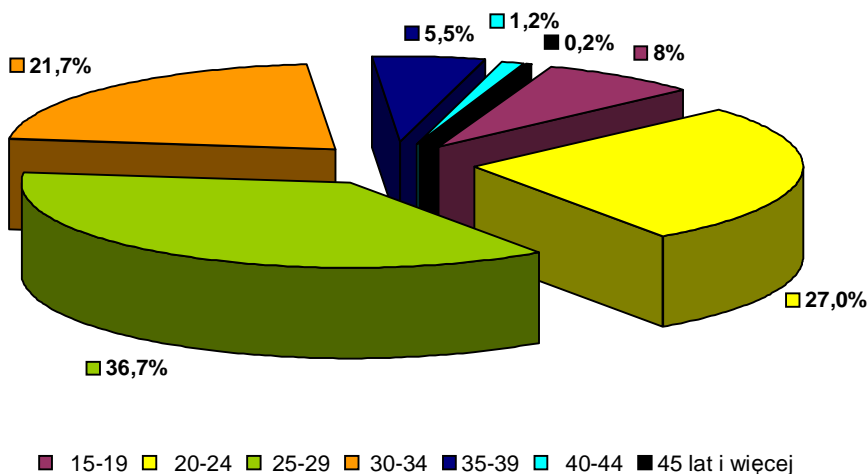
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Spośród 822 dzieci, które przysły na świat w minionym roku, najliczniejszą grupę (302 dzieci, tj. ok. 37%) stanowią **dzieci urodzone przez kobiety w wieku 25-29 lat**, 27% dzieci (tj. 222) urodziły kobiety w wieku 20 –24 lat, a 22% (tj. 179 dzieci) trzydziestolatki do 35. roku życia.



Wykres 24

Liczba urodzeń według wieku matki w 2005 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

3.1.2 Prognozy demograficzne i struktura ludności do 2030 roku

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczące liczby ludności powiatu, odzwierciedlające obecną strukturę wiekową oraz tendencje demograficzne, wskazują na stopniowy wzrost liczby ludności do ok. 94,3 tys. w 2025 roku (patrz poniższa tabela oraz wykres), a następnie powolny spadek do ok. 94 tys. w 2030.

Dynamika wzrostu liczby ludności powiatu zielonogórskiego w latach 2010 – 2025 będzie malejąca.

Prognozy dla całego województwa lubuskiego na lata 2010 – 2030 pokazują, że liczba ludności będzie się zmniejszać z ok. 1 mln w 2010 roku do 950,3 tys. w roku 2030. Dynamika spadku wielkości populacji województwa będzie rosnąca (w latach 2025 – 2030 ilość mieszkańców zmniejszy się o 2,4%).

Tabela 57

Prognoza ludności roku 2030

Wyszczególnienie	2010	2015	2020	2025	2030
woj. lubuskie	1 004 687	998 870	989 243	973 626	950 313
powiat zielonogórski	90 564	92 146	93 544	94 266	93 995

Źródło: Główny Urząd Statystyczny.



Tabela 58

**Prognoza populacji woj. lubuskiego oraz powiatu zielonogórskiego
według grup wiekowych i ekonomicznych**

Wyszczególnienie	2010	2015	2020	2025	2030
woj. lubuskie	1004687	998870	989243	973626	950313
0 - 2 lata	27112	27222	25360	21836	18698
3 – 6	36855	36082	35897	32574	27882
7 – 12	59173	55235	54168	53771	48860
13 – 15	34427	28820	27427	26955	26841
16 – 18	39445	31912	28047	27231	27358
19 – 24 lata	91964	75970	61708	55257	53537
wiek przedprodukcyjny	183283	168252	161543	153176	140552
wiek produkcyjny	667611	642005	604096	574745	555766
mobilny	409729	404787	379076	340717	295460
niemobilny	257882	237218	225020	234028	260306
wiek poprodukcyjny	153793	188613	223604	245705	253995
powiat zielonogórski	90564	92146	93544	94266	93995
0 - 2 lata	2561	2642	2543	2242	1931
3 – 6	3451	3469	3614	3336	2936
7 – 12	5570	5272	5343	5497	5097
13 – 15	3259	2741	2659	2698	2756
16 – 18	3765	2982	2593	2604	2693
19 – 24 lata	8845	7529	6100	5418	5383
wiek przedprodukcyjny	17319	16051	15892	15494	14515
wiek produkcyjny	60958	60305	58102	56417	55723
mobilny	37849	38539	37029	34074	30370
niemobilny	23109	21766	21073	22343	25353
wiek poprodukcyjny	12287	15790	19550	22355	23757

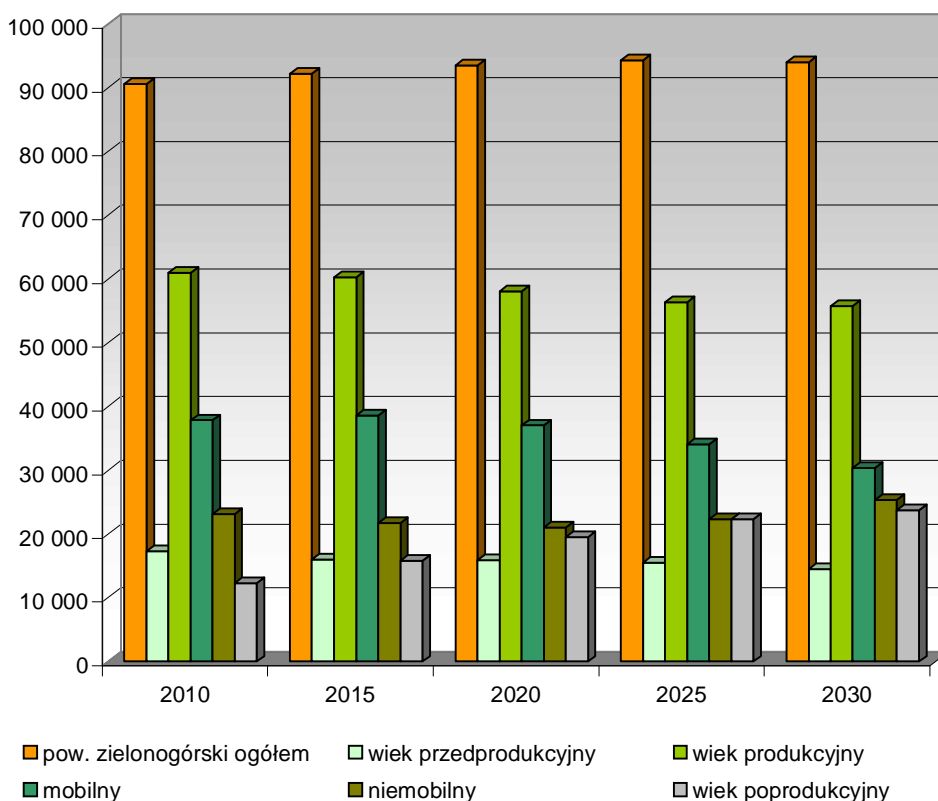
Źródło: Dane GUS.

Analizując zmiany liczebności poszczególnych grup ekonomicznych można zauważyć podobne tendencje w powiecie zielonogórskim i na terenie całego województwa – spadek liczebności grupy osób w wieku produkcyjnym (silniejszy w województwie), p owolny spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.



Wykres 25

Prognoza ludności powiatu zielonogórskiego do roku 2030 według grup ekonomicznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

3.1.3 Wskaźnik feminizacji

W latach 2003 – 2005 na stu mężczyzn przypadało niezmiennie **106 kobiet** w województwie lubuskim i **103** w powiecie zielonogórskim. Zróżnicowanie wskaźnika feminizacji wewnątrz powiatu zielonogórskiego przedstawia poniższa tabela. Najwięcej kobiet na stu mężczyzn przypada w miastach: Sulechów (109) i Kargowa (106). W gminach: Trzebiechów i Zabór liczba mężczyzn przewyższa nieznacznie liczbę kobiet (odpowiednio 99 i 98 kobiet na stu mężczyzn w 2005 r.).



Tabela 59

Wskaźnik feminizacji w latach 2003 –2005

Wyszczególnienie	2003	2004	2005
woj. lubuskie	106	106	106
powiat zielonogórski	103	103	103
gminy miejsko-wiejskie:			
Babimost	102	101	102
w tym miasto	103	102	102
Czerwieńsk	103	103	103
w tym miasto	104	104	104
Kargowa	103	105	104
w tym miasto	106	107	106
Nowogród Bobrzański	102	102	102
w tym miasto	102	103	103
Sulechów	106	106	106
w tym miasto	108	109	109
gminy wiejskie:			
Bojadła	101	101	100
Świdnica	101	100	100
Trzebiechów	98	98	99
Zabór	99	98	98
Zielona Góra	102	102	102

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

3.1.3.1 Przeciętna długość trwania życia

Od lat 90-tych zauważalna jest w Polsce tendencja wydłużania się średniej przeciętnej długości trwania życia. W 2003 r. kobiety żyły w Polsce przeciętnie 78,90 lat a mężczyźni – 70,52 lat. W ubiegłym roku przeciętna długość trwania życia kobiety wynosiła w Polsce 79,4 lat, natomiast mężczyźni żyli przeciętnie o ponad 8 lat krócej (70,8 lat).

Analogiczne wartości dla woj. lubuskiego były nieznacznie niższe (patrz tabela poniżej).

Warto zwrócić uwagę na różnicę pomiędzy przeciętnym trwaniem życia na terenach wiejskich i w miastach – na korzyść miast, na co niewątpliwie ma wpływ większa dostępność jednostek służby zdrowia.

Analiza trendów demograficznych pozwala przewidzieć, że dziewczynki narodzone w woj. lubuskim w 2005 r. będą żyły przeciętnie 78,98 lat a chłopcy 70,19 lat. Przewidywana



przeciętna długość trwania życia w województwie lubuskim jest nieco mniejsza niż analogiczne wskaźniki dla kraju (tj. 70,19 chłopcy i 79,40 dziewczynki).

Tabela 60

Przeciętne trwanie życia w 2005 r.

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety
Polska ogółem	70,8	79,4
woj. lubuskie	70,2	79
Polska – miasta	71,2	79,3
woj. lubuskie – miasta	70,6	79,2
Polska – wieś	70,3	79,6
woj. lubuskie – wieś	69,5	78,7

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 61

Przeciętne dalsze trwanie życia w 2005 r.

Wyszczególnienie	Mężczyźni					Kobiety				
	w wieku									
	0	15	30	45	60	0	15	30	45	60
ogółem										
Polska	70,81	56,49	42,23	28,71	17,51	79,40	65,04	50,27	35,84	22,65
lubuskie	70,19	55,96	41,77	28,21	16,85	78,98	64,55	49,78	35,32	22,16
miasta										
razem	71,15	56,82	42,49	28,92	17,71	79,32	64,95	50,17	35,78	22,66
lubuskie	70,58	56,37	42,09	28,54	17,11	79,15	64,71	49,88	35,42	22,24
wieś										
razem	70,30	56,02	41,85	28,39	17,26	79,62	65,29	50,52	36,03	22,69
lubuskie	69,54	55,28	41,22	27,64	16,43	78,70	64,29	49,63	35,15	22,04

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Analiza obecnej struktury wiekowej populacji woj. lubuskiego, z uwzględnieniem tendencji w zakresie długości życia, wskazuje na zjawisko starzenia się społeczeństwa, obserwowalne w całej Polsce oraz w Unii Europejskiej.

Wydłużanie się przeciętnego trwania życia jest zjawiskiem pozytywnym, jednak ta tendencja pośrednio przekłada się na wzrost kosztów ochrony zdrowia grupy osób starszych, których potrzeby w tym zakresie są relatywnie największe.



Konsekwencją starzenia się społeczeństwa są również problemy związane z systemem zabezpieczenia społecznego i konieczność jego dostosowania do zmieniającej się struktury społeczeństwa w Polsce.

3.1.3.2 Migracje

Zwiększenie mobilności polskiego społeczeństwa w ostatnich latach (zwłaszcza ludzi młodych) oraz otwarcie rynków pracy w niektórych krajach Unii Europejskiej, dające nowe możliwości licznym rocznikom ludzi wchodzących w wiek produkcyjny decyduje o rosnącym znaczeniu migracji (w tym przede wszystkim zagranicznych) z punktu widzenia sytuacji społeczno – ekonomicznej regionu.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że migracje wielu, przede wszystkim młodych, ludzi mają w większości charakter tymczasowy i nie są odnotowywane w oficjalnych statystykach GUS (które dotyczą migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały).

Saldo migracji w powiecie zielonogórskim w 2004 r. wyniosło **543 osoby**. Wskaźnik dla województwa lubuskiego był w tym samym okresie ujemny i wyniósł –370. W całym województwie lubuskim w 2004 r. przeważała migracja do miast, jednak różnica ta była niewielka (283 osoby). W woj. lubuskim znacznie więcej osób emigrowało z miast niż ze wsi (różnica wyniosła ok. 3,5 tys. osób). Tendencje w powiecie zielonogórskim były w 2004 r. odmienne. **Przeważał napływ na wieś** (i to znacznie – na wsi liczba mieszkańców zwiększyła się o 1 417 osób, a w miastach – tylko o 481) oraz **emigracja ze wsi**. Należy jednak pamiętać, że aż 97,5% powierzchni powiatu (1 532 km²) zajmuje obszar wiejski.

Podobne tendencje, dotyczące migracji wewnętrznej w województwie lubuskim i w powiecie zielonogórskim utrzymały się w 2005 r. Saldo migracji dla województwa wyniosło: – 435 a dla powiatu 340. Saldo migracji w miastach było w obu przypadkach (dla woj. lubuskiego i powiatu zielonogórskiego) ujemne, przy czym z miast województwa lubuskiego wyemigrowało aż o 1408 więcej osób niż napłynęło, natomiast saldo migracji w miastach powiatu wyniosło: –49.



Tabela 62

Migracje wewnętrzne w 2004 i w 2005 r.

2004	Napływ			Odpływ			Saldo migracji		
	ogółem	do miast	na wieś	ogółem	z miast	ze wsi	ogółem	w miastach	na wsi
województwo	13313	6798	6515	13683	8584	5099	-370	-1786	1416
powiat zielonogórski	1898	481	1417	1355	574	781	543	-93	636
2005	Napływ			Odpływ			Saldo migracji		
	ogółem	do miast	na wieś	ogółem	z miast	ze wsi	ogółem	w miastach	na wsi
Ogółem									
województwo	12937	6814	6123	13372	8222	5150	-435	-1408	973
powiat zielonogórski	1626	443	1183	1286	492	794	340	-49	389
Mężczyźni									
województwo	6220	3218	3002	6332	3941	2391	-112	-723	611
powiat zielonogórski	792	216	576	601	235	366	191	-19	210
Kobiety									
województwo	6717	3596	3121	7040	4281	2759	-323	-685	362
powiat zielonogórski	834	227	607	685	257	428	149	-30	179

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych ogółem w województwie lubuskim wyniosło w 2005 r.: - 646, a w 2004 r.: -393. Ten sam wskaźnik dla powiatu zielonogórskiego miał wartości dodatnie i wyniósł: 323 w 2005 r. i 549 rok wcześniej. Zatem w ostatnich latach więcej osób zamieszkało na terenie powiatu zielonogórskiego niż na stałe opuściło ten obszar.



Tabela 63

Migracje wewnętrzne i zagraniczne 2004- 2005

2004	Napływ			Odływ			Saldo migracji	
	ogółem	w tym		ogółem	w tym		ogółem	na 1000 ludności
		z miast	z zagranicy		z miast	z zagranicy		
województwo	13 716	8 249	403	14 109	7 220	426	-393	-0,39
powiat zielonogórski	1 930	1 385	32	1 381	770	26	549	6,20
2005	Napływ			Odływ			Saldo migracji	
	ogółem	w tym		ogółem	w tym		ogółem	na 1000 ludności
		z miast	z zagranicy		z miast	z zagranicy		
województwo	13 328	7 821	391	13 974	7 406	602	-646	-0,6
powiat zielonogórski	1 654	1 148	28	1 331	802	45	323	3,6

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

3.1.4 Wnioski z analizy sytuacji demograficznej

- § Powiat zielonogórski zamieszkuje 89 442 osób, z czego nieco ponad połowę (50,7%) stanowią kobiety.
- § Przeważająca część populacji powiatu (60%) zamieszkuje tereny wiejskie (które stanowią 97,5 % powierzchni powiatu).
- § Największą gęstością zaludnienia spośród gmin powiatu zielonogórskiego charakteryzuje się gmina Sulechów (ze średnią gęstością 112 os./km²).
- § Obecna struktura wiekowa populacji jest korzystna – najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku produkcyjnym.
- § Biorąc pod uwagę powyższe, w przyszłości należy przewidywać, że grupa ta będzie jednak generować istotnie wyższe koszty opieki zdrowotnej, a jej potrzeby w tym zakresie będą wymagać wzmocnienia zasobów powiatu.
- § Tendencja do starzenia się populacji i rosnący wskaźnik obciążenia ekonomicznego ludności - obserwowany jest wzrost liczby osób w wieku nabywania praw emerytalnych i starszych (mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej);
- § Stała tendencja wzrostowa liczby ludności do 2025 r., a następnie odwrócenie tendencji wzrostowej. W 2030 r. ludność powiatu zielonogórskiego może osiągnąć liczbę 93,99 tysięcy.
- § Ubytek ludności dotknie przede wszystkim miasta, głównie z powodu mniejszej dzietności w miastach niż na wsi, ale też na skutek nowego zjawiska, jakim jest przemieszczanie się części ludności miejskiej na tereny wiejskie na obrzeżach miast.



3.1.5 Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków

W roku 2005, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w Zakładzie Analiz Socjologicznych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, przeprowadzono kolejne ogólnopolskie badanie opinii publicznej na temat dostępności świadczeń zdrowotnych.

Samoocena stanu zdrowia może mieć wpływ na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz na ocenę ich dostępności. Podobnie jak w poprzednich latach, w roku 2004 blisko połowa respondentów pozytywnie oceniła swój stan zdrowia, określając go jako dobry lub bardzo dobry, natomiast $\frac{1}{5}$ ocenia swoje zdrowie negatywnie, czyli jako złe i bardzo złe.

Ocena stanu zdrowia podlega bardzo wyraźnemu zróżnicowaniu ze względu na niektóre demograficzne i społeczne cechy respondentów. Oczywiste i bardzo silne różnice ocen w zależności od wieku (im starszy wiek, tym gorsza ocena) nie stanowią zaskoczenia – najczęściej osób oceniających dobrze swoje zdrowie i najmniej oceniających je źle jest w przedziale wieku 18-34 lata; z odwrotną sytuacją mamy do czynienia w najstarszej grupie wiekowej (65 i więcej lat). Fakt, że mężczyźni nieco lepiej oceniają swoje zdrowie niż kobiety może być związany z większym udziałem kobiet w starszych grupach wieku. Osoby z wyższym wykształceniem zdecydowanie lepiej oceniają swoje zdrowie aniżeli respondenci z wykształceniem podstawowym – w pierwszej z wymienionych grup jest ponad dwukrotnie więcej ocen pozytywnych i pięciokrotnie mniej ocen negatywnych niż w drugiej. Równie silne zróżnicowanie występuje w zależności od oceny własnej sytuacji materialnej – niemal $\frac{3}{4}$ respondentów z grupy o najwyższym statusie materialnym korzystnie ocenia swoje zdrowie, w grupie osób źle oceniających swoje warunki materialne takich opinii jest dwukrotnie mniej. Różnice między wymienionymi grupami są jeszcze większe wśród oceniających swoje zdrowie źle – wśród respondentów określających swoje warunki materialne jako złe stwierdzono sześciokrotnie więcej negatywnych ocen stanu zdrowia aniżeli wśród osób oceniających te warunki dobrze (w roku 2003 takich ocen było trzykrotnie więcej, różnica znacznie się więc nasiliła).

Zróżnicowanie samooceny zdrowia można zaobserwować także w układzie wojewódzkim. Najlepiej oceniają swoje zdrowie mieszkańcy województwa śląskiego, mazowieckiego oraz pomorskiego – występuje tam stosunkowo najwyższy odsetek ocen pozytywnych (odpowiednio 57 i po 55), a w dwu pierwszych także najniższy odsetek ocen negatywnych (odpowiednio 16 i 14). Najmniej korzystnie przedstawia się sytuacja w województwie świętokrzyskim, kujawsko-pomorskim oraz wielkopolskim, gdzie oceny pozytywne stanowią odpowiednio 37,40 i 41%. Biorąc z kolei pod uwagę wyłącznie odsetek **ocen negatywnych**, jest on najwyższy w **województwie lubuskim – 33%**, podkarpackim oraz świętokrzyskim (odpowiednio 29 i 26).

Dostępność usług lekarza pierwszego kontaktu została ogólnie oceniona bardzo wysoko – w roku 2004 ponad 90% respondentów uważało, że łatwo mogli uzyskać wizytę w dniu zgłoszenia (w kilku województwach odpowiedzi takiej udzielili niemal wszyscy ankietowani);



90% podobnie oceniło możliwość uzyskania wizyty domowej w ciągu dnia; nieco gorzej wypadła ocena możliwości uzyskania wizyty nocnej, $\frac{3}{4}$ ankietowanych określiło to bowiem jako łatwe (dostępność wizyty domowej, zwłaszcza nocnej była relatywnie najgorzej oceniana również w poprzednich latach). Warto dodać, że oceny dostępności omawianych usług osiągnęły lub nieznacznie przekroczyły poziom zanotowany w 1998 roku, czyli przed wprowadzeniem kas chorych, a zmiany stwierdzone w latach 1998 – 2004 były niewielkie.

Stosunkowo najwięcej niezadowolonych z dostępności usług lekarza pierwszego kontaktu można spotkać wśród reprezentantów wielkich miast (liczących powyżej 500 tys. mieszkańców), następnie wśród respondentów z wyższym wykształceniem, przedstawiciele kadry kierowniczej i pracowników umysłowych, zaś najmniej - wśród mieszkańców wsi, osób z wykształceniem podstawowym oraz rolników. Istotną informację stanowi fakt, że wymienione różnice utrzymują się na przestrzeni ostatnich lat, na przykład w roku 2003 i 2004 odsetek negatywnych ocen dotyczących zarówno dostępności wizyty w przychodni, jak i wizyty domowej jest najwyższy w wielkich miastach, kilkakrotnie przewyższając analogiczny odsetek dla mieszkańców wsi (w 2004 r. 28% mieszkańców największych miast i zaledwie 4% mieszkańców wsi uznało, że uzyskanie domowej wizyty lekarza nie było łatwe). Biorąc pod uwagę, że wielkie aglomeracje charakteryzują się dobrze rozwiniętą infrastrukturą opieki zdrowotnej, przytoczone wyniki mogą się wydawać zaskakujące; trzeba jednak pamiętać, że poziom korzystania z różnego typu usług medycznych jest tam również wysoki, i ten właśnie fakt może powodować większe trudności w dostępie do nich.

W roku 2004 najczęściej zasięgano porady ginekologa, okulisty i stomatologa, najrzadziej – onkologa, reumatologa i ortopedy. W porównaniu z poprzednim rokiem tak że ocena dostępności porady lekarzy specjalistów uległa tylko nieznacznym zmianom. W odniesieniu do każdego typu porady większość respondentów pozytywnie oceniła możliwość jej uzyskania, chociaż znacznie gorzej niż dostępność lekarza pierwszego kontaktu. Przewaga opinii pozytywnych jest jednak zróżnicowana w zależności od specjalności. Podobnie jak w poprzednich latach, najgorzej oceniono możliwość uzyskania wizyty u lekarza okulisty, ortopedy, stomatologa, kardiologa, a także neurologa (wymienione specjalności uzyskały największy odsetek odpowiedzi negatywnych, w tym skrajnie negatywnych). Stosunkowo najlepiej wypadła ocena dostępności porad ginekologa, chirurga, laryngologa. W stosunku do roku 2003 największa zmiana in minus dotyczy porady ginekologa, gdzie odsetek ocen negatywnych wzrósł niemal o $\frac{1}{3}$, pozostając nadal na najniższym poziomie, oraz porady neurologa (wzrost analogicznego odsetka o 7 punktów procentowych). Relatywnie największa, chociaż znacznie mniejsza niż wyżej wymienione, zmiana na korzyść odnosi się natomiast do porady dermatologa, gdzie analogiczny odsetek zmniejszył się o 4 punkty procentowe.

Uzupełnienie wyżej przedstawionych informacji stanowią dane na temat czasu oczekiwania na poradę specjalisty. W odniesieniu do każdej rozpatrywanej specjalności największy odsetek respondentów udzielił wprawdzie odpowiedzi „nie czekałem”, różnice pomiędzy



wysokością tego odsetka dla poszczególnych specjalności są jednak znaczne (rozpiętość od 63 przy poradzie chirurga do 36 przy poradzie neurologa).

Stosunkowo najniższe wartości odsetka osób czekających do dwóch tygodni na uzyskanie porady występują w odniesieniu do porady kardiologa, reumatologa, chirurga i onkologa (odpowiednio 15, 16 i 19). Zsumowanie odsetków osób nie czekających i krótko (do 2 tygodni) czekających na poradę pokazuje, że tak w roku 2003, jak i w 2004 stosunkowo najszybciej można było uzyskać wizytę u lekarza ginekologa, chirurga, laryngologa i dermatologa – łączne odsetki w/w kategorii osób wynoszą ponad 80 lub ponad 70, zaś procent czekających dłużej niż miesiąc jest niewielki (od 8 do 10).

Biorąc z kolei pod uwagę czas oczekiwania powyżej 2 tygodni, a także powyżej miesiąca można stwierdzić, że w porównywanych latach najdłuższy i najkrótszy czas oczekiwania dotyczy tych samych porad. W roku 2004 najdłużej oczekiwano zatem na poradę kardiologa, onkologa oraz neurologa (dla ponad $\frac{1}{4}$ ankietowanych czas oczekiwania wynosił powyżej miesiąca), następnie zaś na poradę ortopedy i okulisty (dla $\frac{1}{4}$ czas oczekiwania j.w.), przy czym w przypadku każdej z wymienionych specjalności odsetek czekających dłużej niż miesiąc zwiększył się w porównaniu z rokiem 2003. Wzrost ten najsilniej zaznaczył się w odniesieniu do porady neurologa – w roku 2004 odsetek czekających ponad miesiąc na jej uzyskanie zwiększył się w stosunku do poprzedniego roku o połowę (z 17 do 26%). Uwzględniając fakt, że jednocześnie znacznie zmniejszył się w tym przypadku procent pacjentów nie czekających na poradę, można powiedzieć, że największa niekorzystna zmiana w dostępności dotyczy właśnie porady neurologa. Kardiolog i okulista stanowią natomiast te specjalności, dla których zanotowano najwyższe odsetki oczekujących dłużej niż 3 miesiące (odpowiednio 13 i 8).

Respondenci napotykający trudności w korzystaniu z publicznej opieki zdrowotnej w znacznej mierze korzystali z usług świadczonych przez sektor prywatny, przede wszystkim z porad lekarzy specjalistów (55%, z czego większość korzystała kilkakrotnie), w mniejszym stopniu - z badań diagnostycznych (19%). Poziom korzystania z tego typu świadczeń na przestrzeni dwóch ostatnich lat nie uległ zmianie. Znikoma część ankietowanych korzystała wyłącznie z prywatnej opieki medycznej (2,3% w 2004, 1,4% w 2003 roku) oraz wyłącznie z usług wykupionych przez zakład pracy (odpowiednio 1,3 i 1,8%). Jak można przypuszczać, korzystanie z prywatnych usług medycznych związane jest nie tylko z trudnościami uzyskania tych usług w sektorze publicznym, np. długim oczekiwaniem na poradę specjalistyczną, lecz również z niezadowoleniem z ich jakości (chodzi nie tylko lub nie tyle o jakość medyczną czy skuteczność samych świadczeń, lecz również o jakość obsługi związanej z ich udzielaniem).

W porównaniu z poprzednim rokiem odsetek osób przebywających w 2004 roku w szpitalu nieznacznie wzrósł (z 35% do 37%), wyłączając jednak pobyty związane z porodem, które nie uległy zmianie.

Najczęściej wymienianym sposobem dostania się do szpitala w 2004 r. był: *według kolejności przyjęć* (55%), na drugim miejscu, ze znacznie niższym odsetkiem wskazań wymieniono



przyjęcia w trybie nagłym (32%). W roku 2003 analogiczne odsetki wynosiły odpowiednio 40 i 39%, a w 2000 r. – 40% i 42%).

Przeważająca, choć nieco mniejsza niż w roku 2003, część respondentów w ogóle nie czekała na przyjęcie do szpitala, dla około 10% czas oczekiwania wynosił do 2 tygodni, oczekiwanie dłuższe niż 2 tygodnie dotyczy 17% badanych. Zsumowanie odsetków osób czekających ponad 2 tygodnie do 1 miesiąca oraz do 3 miesięcy wykazuje jednak, że w porównaniu z rokiem 2003 w tym przedziale czasu odsetek czekających znacznie, bo dwukrotnie wzrósł. Niewielki odsetek osób czekających na hospitalizację dłużej niż 3 miesiące nie oznacza bynajmniej, że nie istnieją kolejki pacjentów oczekujących na niektóre operacje, ani że problem ten jest marginalny. Dotyczy on jednak tylko deficytowych świadczeń zdrowotnych i tylko niektórych szpitali.

Niemal $\frac{1}{4}$ ankietowanych stwierdziła, że w ciągu ostatniego roku (lub kilku ostatnich lat) w ogóle nie podjęła leczenia lub z niego zrezygnowała z powodów finansowych (pytanie nie precyzowało rodzaju terapii), zaś około $\frac{1}{3}$ często brakowało pieniędzy na wykupienie przepisanych przez lekarza leków.

Cechą najsilniej różnicującą występowanie trudności finansowych związanych z wykupywaniem leków jest sytuacja materialna respondenta, zarówno mierzona dochodem na osobę w rodzinie, jak i samooceną warunków materialnych. Stosunkowo najczęściej nie wykupują leków osoby oceniające swoją sytuację materialną jako złą oraz renciści, w każdej z tych grup odsetek nie wykupujących stanowi ponad połowę, następnie zaś osoby z wykształceniem podstawowym, bezrobotni, ankietowani w wieku 65 i więcej lat. Te same kategorie respondentów pojawiają się również jako najczęściej nie podejmujący lub rezygnujący z leczenia z powodów finansowych.

Ankieta z roku 2004 zawierała również pytanie odnoszące się do odmowy wykonania bezpłatnie jakiejś usługi medycznej z powodu wyczerpania limitu świadczeń (pytanie nie precyzowało rodzaju usługi). Okazuje się, że ogółem 13% respondentów spotkało się z taką odmową.

W badaniu uwzględniono również problem subiektywnego postrzegania nierówności w dostępie do świadczeń. Ponad $\frac{1}{3}$ respondentów uważa, że możliwości leczenia w ramach publicznej opieki zdrowotnej nie dla wszystkich ubezpieczonych są takie same (45% wyraziło przeciwny pogląd, zaś 20% respondentów nie ma zdania w tej sprawie). Wśród osób przekonanych o takich samych możliwościach leczenia przeważają jednak odpowiedzi umiarkowane („raczej tak” – 36%), wśród opinii negatywnych proporcje pomiędzy odpowiedziami umiarkowanymi i skrajnymi są bardziej wyrównane.

W opinii respondentów dyskryminacja ma przede wszystkim charakter ekonomiczny, polega bowiem na ograniczonym dostępie do droższych świadczeń zdrowotnych oraz braku możliwości wnoszenia opłat nieformalnych. Trzy czwarte ankietowanych za przejaw



dyskryminacji uważa również fakt niewystarczającego informowania na temat możliwości i sposobów leczenia.

3.2 Czynniki ekonomiczne

3.2.1 Sytuacja gospodarcza w Polsce

3.2.1.1 PKB i wzrost gospodarczy

W 2005 r. ożywienie gospodarcze nie było tak silne jak w 2004 r., jednak tempo wzrostu Produktu Krajowego Brutto z kwartału na kwartał było coraz wyższe. Wzrost PKB w całym 2005 roku wyniósł 3,4%. W pierwszych miesiącach 2006 r. umocniły się tendencje wzrostowe w gospodarce, co skutkowało wzrostem PKB w I kwartale o 5,2%.

Pierwsze oznaki ożywienia gospodarczego zaobserwowane w 2002 roku były kontynuowane kolejnych latach, na co wskazuje wzrost PKB w 2003 roku o 3,8% i w 2004 roku o 5,3%.

Tabela 64

Stopa wzrostu PKB w latach 2002 - 2006

Stopa wzrostu PKB	2002	2003	2004	2005	2006
	1,4	3,8	5,3	3,4	-
kwartalnie					
I-III	0,6	2,4	6,8	2,2	5,2
IV-VI	0,9	4,0	5,9	2,9	5,2*
VII-IX	1,8	4,2	4,8	3,9	-
X-XII	2,2	4,7	3,9	4,3	-

* szacunek

Źródło: Departament Analiz i Prognoz Ministerstwa Gospodarki.

Według szacunków Departamentu Analiz i Prognoz Ministerstwa Gospodarki i Pracy, w I połowie 2006 roku PKB wzrósł o 5,2%. Czynnikiem, który ze strony popytowej miał najistotniejsze znaczenie dla wzrostu gospodarczego, było spożycie ogółem. Jednocześnie zauważalne jest zmniejszenie wpływu eksportu netto na wzrost PKB. Wg szacunków DAP MG w okresie styczeń - czerwiec 2006 roku wzrost spożycia ogółem wyniósł 4,6%, w tym spożycia indywidualnego 5,1%, a spożycia zbiorowego 3,2%. Na wyższe niż przed rokiem tempo wzrostu konsumpcji prywatnej wpłynęły: wyższa dynamika nominalnych dochodów do dyspozycji, przy niskiej inflacji, oraz wysokie tempo wzrostu kredytów konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych.



Tabela 65

Wzrost wartości dodanej brutto wg sekcji w latach 2000-2002

Sekcja	2000	2001	2002	2003	2004	2005	I-III 2006	I-VI 2006*
Przemysł	106,5	99,7	99,8	107,8	110,5	104,0	108,2	109,0
Budownictwo	100,3	92,1	93,2	97,1	101,8	106,7	104,2	106,9
Usługi rynkowe	104,1	102,8	103,7	102,4	104,2	103,2	104,8	104,6

*szacunek

Źródło: Departament Analiz i Prognoz Ministerstwa Gospodarki.

Według szacunków Departamentu Analiz i Prognoz Ministerstwa Gospodarki w I połowie 2006 roku wartość dodana brutto w gospodarce wzrosła o ok. 5%, głównie w wyniku stabilnego wzrostu wartości dodanej brutto w sektorze usług rynkowych (ok. 4,6%), którego udział w tworzeniu wartości dodanej brutto stanowi obecnie ok. 50%. Na podkreślenie zasługuje wzrastająca, od początku 2005 roku, dynamika wartości dodanej w przemyśle. W I półroczu 2006 r. trend ten został podtrzymany i wzrost wyniósł 9,0%. W analizowanym okresie wzrosła też wartość dodana w budownictwie (o 6,9%). O skali wzrostu zdecydowała produkcja budowlano-montażowa (w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 9 osób). W dwóch pierwszych miesiącach roku sektor ten notował spadki wynikające m.in. z porównania z korzystnymi wynikami sprzed roku (wówczas wzrosty były dwucyfrowe) oraz niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi.

3.2.1.2 Inflacja

Wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w 2005 r. ukształtował się na poziomie 2,1%. Należy podkreślić, iż znacznie szybszy wzrost cen obserwowany był w pierwszym kwartale (3,6%). W drugim kwartale wzrost wyniósł 2,3%, w trzecim 1,6%, natomiast w IV osiągnął poziom 1,1%, w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego.

W I półroczu br. średnie miesięczne tempo wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych było niższe niż przed rokiem. W stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego ceny towarów i usług konsumpcyjnych wzrosły o 0,7% (wobec 2,9% przed rokiem). Wyższe były ceny za użytkowanie mieszkania (o 4,6%), w szczególności za nośniki energii. Ceny gazu były wyższe o 20,4%, przy czym w II kwartale wzrost wyniósł ponad 26%. Wzrosły również ceny napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych (o 1,9%). Znaczny wzrost odnotowano w cenach paliw (o 5,3%). Obniżyły się natomiast m.in. ceny odzieży i obuwia (o 6,8%), rekreacji i kultury (o 2,1%), oraz łączności (o 1,7%). Niewielki spadek cen żywności i napojów bezalkoholowych (0,5%) był wynikiem znacznego spadku głównie cen cukru (5,4%) i drobiu (16,0%), przy jednoczesnym wzroście cen owoców i warzyw odpowiednio o 5,5% i 11,3%, oraz cen ryb (2,0%). Niekwestionowany wpływ na spadek cen drobiu miała obawa związana z zagrożeniem chorobą ptasiej grypy, odkrytą również w naszym kraju, co dodatkowo zostało



pogłębione przez zakaz przewozu polskiej żywności przez granice wschodnie. Od listopada 2005 roku inflacja bazowa (po wyłączeniu cen kontrolowanych) kształtuje się na poziomie ujemnym. W okresie sześciu pierwszych miesięcy tego roku ceny towarów i usług po wyłączeniu cen kontrolowanych spadły średnio o 0,5% w stosunku do I półrocza roku poprzedniego. Najmniejszy spadek wskaźnika nastąpił w lutym. Można zatem sądzić, że gdyby nie podwyższenie na początku roku cen energii elektrycznej oraz podwyżki abonamentu RTV i cen za usługi pocztowe oraz dynamicznie wzrastające od początku roku ceny gazu notowalibyśmy deflację. Wskaźnik inflacji „netto”, po wyłączeniu cen żywności i cen paliw nieznacznie, zmalał w okresie pierwszych trzech miesięcy, po czym zaczął wzrastać osiągając w czerwcu 1,0%. Również inflacja bazowa, po wyłączeniu cen o największej zmienności, malała systematycznie do marca. W kolejnych miesiącach wzrastała osiągając w czerwcu poziom 0,5%. Po wyłączeniu cen o największej zmienności i cen paliw wskaźnik inflacji bazowej utrzymywał się na niemal stałym poziomie od początku roku osiągając w czerwcu poziom 0,2%. Można stwierdzić, że to głównie spadek cen żywności oraz spowolnienie tempa wzrostu cen paliw były przyczyną znacznie wolniejszego wzrostu inflacji, a ceny żywności wywierały ujemny wpływ na wskaźnik CPI.

3.2.1.3 Sytuacja na rynku pracy

Wysoka stopa bezrobocia i niski wskaźnik zatrudnienia są nadal jednymi z największych problemów polskiej gospodarki. Uwzględniając specyfikę polskiego rynku pracy – strukturalny charakter bezrobocia oraz istniejące niedopasowanie popytu i podaży pracy, problemy na rynku pracy może pogłębić emigracja wykwalifikowanych pracowników z Polski. Od II kwartału 2003 roku obserwuje się jednak stopniową, aczkolwiek powolną, poprawę sytuacji na rynku pracy, polegającą m.in. na wzroście liczby pracujących w gospodarce. Złożył się na to wzrost liczby pracujących poza rolnictwem indywidualnym, w tym w przemyśle i usługach. Według danych BAEL w I kwartale 2006 roku liczba osób pracujących wzrosła w stosunku do stanu sprzed roku (o 412 tys. osób), a liczba osób biernych zawodowo (o 421 tys. osób). Odnotowano ponadto spadek liczby bezrobotnych (o 491 tys. osób) oraz stopy bezrobocia (o 2,9 pkt. proc.). Charakterystyczne dla polskiej gospodarki jest niski poziom zatrudnienia wśród najmłodszych oraz najstarszych osób aktywnych zawodowo. W I kwartale roku 2006 stopa bezrobocia wśród osób w wieku do 24 lat ukształtowała się na poziomie 34,4%, wobec 34,6% w IV kwartale 2005 roku. W porównaniu z I kwartałem roku 2005 wskaźnik ten był niższy o 6,8 pkt. proc.

Do głównych czynników koniunkturalnych, kształtujących sytuację na rynku pracy w Polsce można zaliczyć:

- § wysoki wzrost wydajności pracy,
- § wycofanie się z rynku pracy (dezaktywizacja) spowodowane obawą przed utratą pracy i bezrobociem (świadczenia przedemerytalne, renty).



Wśród czynników strukturalnych należy wymienić :

- § niski poziom kapitału ludzkiego, zwłaszcza wśród ludzi po 35 roku życia,
- § wysokie koszty pracy, związane z istnieniem tzw. klina podatkowego,
- § niedopasowanie popytu i podaży na rynku pracy (niskie kwalifikacje bezrobotnych),
- § małą mobilność zawodową i terytorialną .

W pierwszym półroczu 2006 r. zanotowano stopniową poprawę sytuacji na rynku pracy. Podobnie jak w roku 2005. Od początku 2006 r. obserwowany był systematyczny wzrost, tak w ujęciu rocznym, jak i miesięcznym, przeciętnego zatrudnienia w sektorze przedsiębiorstw. Od początku 2005 r. do czerwca 2006 r. liczba zatrudnionych w przedsiębiorstwach zwiększyła się o 3,8%. W dalszym ciągu obniżała się liczba zarejestrowanych bezrobotnych oraz stopa bezrobocia. Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw w okresie styczeń - czerwiec 2006 r. było wyższe niż w analogicznym okresie roku poprzedniego o 2,6%. Wzrost obserwowany był niemal we wszystkich sekcjach: handel i naprawy (5,1%), obsługa nieruchomości i firm (4,1%), hotele i restauracje (3,9%), przetwórstwo przemysłowe (2,5%). Ponadto odnotowano wzrosty w budownictwie (2,3%) oraz w transporcie i łączności (1,6%), które w ubiegłym roku odnotowały spadek. Zatrudnienie niższe niż przed rokiem zanotowano w energetyce i górnictwie. Spadek wyniósł odpowiednio: 3,1% i 2,3%.

Liczba zarejestrowanych bezrobotnych na koniec czerwca 2006 r. ukształtowała się na poziomie 2,49 mln osób, tj. o 12,0% niższym niż w czerwcu poprzedniego roku. Stopa bezrobocia, od stycznia 2005, kiedy wyniosła 19,4%, sukcesywnie się obniżała i na koniec grudnia ukształtowała się na poziomie 17,6% (w październiku i listopadzie wyniosła 17,3%). Następnie na początku 2006 roku wzrosła do 18,0% (w styczniu i lutym), a już od marca obniżała się i w czerwcu wyniosła 16,0%. Wzrost stopy bezrobocia w ostatnim miesiącu roku i na początku roku, jak również spadek w okresie wakacyjnym, jest zjawiskiem sezonowym. Obserwowany w pozostałych miesiącach spadek tej stopy świadczy o długookresowej poprawie sytuacji na rynku pracy. Na poprawę na rynku pracy wpływa również wzrastająca produkcja głównie w sektorze usług oraz wzrost gospodarczy, które pociągają za sobą zwiększenie popytu na pracę jako efekt wyższej pracochłonności usług niż chociażby przemysłu.

3.2.1.4 Wynagrodzenia oraz świadczenia społeczne

W roku 2005 przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw wzrosło o 3,2% w stosunku do roku 2004 i ukształtowało się na poziomie 2 516 zł . Wzrost realny wyniósł 1,2% i był wyższy o 0,4 pkt. proc. niż w roku ubiegłym, lecz niższy niż w latach poprzednich (1,5% w 2002 roku i 2,0% w 2003 roku). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w okresie styczeń -czerwiec 2006 r. wyniosło 2 561 zł i było o 4,6% (o 4,1% w ujęciu realnym) wyższe niż w pierwszym półroczu 2005 roku. Najwyższy, w porównaniu z analogicznym okresem



2005 r., wzrost płac w pierwszych sześciu miesiącach 2006 roku odnotowano w budownictwie (o 8,1%), obsłudze nieruchomości i firm (o 6,6%) oraz w przetwórstwie przemysłowym (o 5,5%). Spośród działów przetwórstwa przemysłowego najwyższy wzrost płac wystąpił w produkcji metali (o 9,6%), produkcji maszyn i urządzeń (o 7,2%), produkcji mebli i pozostałej działalności produkcyjnej (o 7,0%), działalności poligraficznej (o 6,0%) oraz produkcji wyrobów z metalu (o 6,4%). W żadnym z obserwowanych działów przemysłu nie doszło do spadku przeciętnych wynagrodzeń, zaś najmniejsza skala wzrostu miała miejsce w produkcji wyrobów tytoniowych (wzrost o 0,9%) oraz produkcji sprzętu i urządzeń radiowych, telewizyjnych i telekomunikacyjnych (o 0,7%). Jednocześnie należy podkreślić, że działy o relatywnie najniższym wzroście wynagrodzeń w I półroczu 2006 r. charakteryzują się jednymi z najwyższych przeciętnych zarobków w przemyśle.

Zwiększenie siły nabywczej przeciętnych wynagrodzeń w sektorze przedsiębiorstw w okresie styczeń -czerwiec 2006 r. (o 4,1%, wobec spadku 0,2% w analogicznym okresie ub. roku) było efektem przede wszystkim dynamicznego wzrostu płac w ujęciu nominalnym w warunkach niskiej dynamiki cen konsumpcyjnych. Wzrostowi sprzyja też ożywienie gospodarcze, stopniowa poprawa sytuacji na rynku pracy oraz obserwowany niedobór wykwalifikowanych pracowników w niektórych sektorach gospodarki (np. budownictwie). Systematyczny wzrost płac w ujęciu realnym trwa nieprzerwanie od drugiego kwartału 2005 r. W okresie kwiecień – czerwiec 2005 r. wyniósł on 0,8%, a w kolejnych kwartałach odpowiednio 1,1% i 3,8%. Wzrost płac był kontynuowany w kolejnych kwartałach tego roku, w I kwartale wyniósł 4,3%, a w drugim 3,9%.

W I półroczu 2006 r. wyższe niż rok wcześniej były też świadczenia społeczne, co było związane głównie z przeprowadzoną 1 marca br. ich waloryzacją. Przeciętna miesięczna renta i emerytura z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych w okresie styczeń – czerwiec 2006 roku ukształtowała się na poziomie 1 242 zł i była wyższa o 6,7% w zestawieniu z analogicznym okresem roku poprzedniego (realny wzrost o 5,5%). Natomiast przeciętna miesięczna emerytura i renta rolników indywidualnych wzrosła w tym okresie o 4,8% (w ujęciu realnym 3,7%) i wyniosła 793 zł.

3.2.1.5 Finanse publiczne

W 2005 roku dochody budżetu państwa zostały zrealizowane w 102,9%, wydatki w 99,3%, natomiast deficyt budżetowy został zrealizowany w 81,0%. Deficyt budżetowy wyniósł 28,4 mld zł (wobec 35,0 mld zł zakładanych w ustawie budżetowej na 2005 r.), tj. ok. 2,9% PKB. W pierwszym półroczu 2006 roku w ujęciu nominalnym dochody budżetu państwa wyniosły 92,3 mld zł. Wydatki kształtowały się na poziomie 110,0 mld zł. W porównaniu z rokiem poprzednim niższa była zarówno realizacja dochodów (o 2,2 pkt. proc.), jak i wydatków budżetowych (48,7% wobec 50,0% w 2005 r.). Deficyt budżetowy był w pierwszych dwóch kwartałach zdecydowanie niższy w ujęciu nominalnym niż przed rokiem,



jednak biorąc pod uwagę realizację założeń ustawy budżetowej, jego wykonanie było znacznie większe. W okresie styczeń - czerwiec 2006 roku deficyt wyniósł 17,7 mld zł wobec 18,5 mld zł w analogicznym okresie roku 2005 (wykonanie ustawy budżetowej odpowiednio: 57,8% wobec 52,9%).

Po stronie dochodowej największe znaczenie miały wpływy z podatków pośrednich oraz podatku dochodowego od osób fizycznych. Stanowiły one odpowiednio 66,4% i 13,2% całości dochodów zrealizowanych w tym okresie i były odpowiednio o 9,8% i 57,2% wyższe w ujęciu nominalnym od wpływów z tego tytułu w pierwszym półroczu 2005 roku. Tak znaczny wzrost wpływów z podatków pośrednich był wynikiem zwiększenia dochodów z podatku akcyzowego, szczególnie w pierwszym miesiącu roku.

Po stronie wydatków w okresie pierwszych sześciu miesięcy 2006 r. największe znaczenie miały subwencje ogólne dla jednostek samorządu terytorialnego oraz dotacje dla FUS (ich udział w całości wydatków wyniósł odpowiednio 18,3% i 11,9%), przy czym w ujęciu nominalnym pierwsze z nich wzrosły o 5,8%, natomiast drugie o 3,3%. Wyższe niż przed rokiem były koszty obsługi długu krajowego (o 9,1%), natomiast znacznie wzrosły koszty obsługi długu zagranicznego (o 28,5%). Najmniejszy wzrost nastąpił w przypadku dotacji dla Funduszu Emerytalno-Rentowego (o 0,7%).

3.2.1.6 Handel zagraniczny

Według wstępnych danych NBP w ujęciu transakcyjnym (w euro) w okresie styczeń - maj 2006 roku wartość eksportu wyniosła 36,5 mld euro i była o 22,3% wyższa w odniesieniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Wydatki na import wyniosły 37,3 mld euro, co było wielkością o 21,5% większą niż zanotowana przed rokiem. W konsekwencji saldo obrotów towarowych było ujemne i wyniosło 731 mln euro, wobec 810 mln euro deficytu w analogicznym okresie roku poprzedniego.

W okresie pięciu pierwszych miesięcy 2006 roku dynamika miesięczna eksportu kształtowała się na stosunkowo wysokim poziomie. W przypadku eksportu w lutym i kwietniu 2006 roku dynamika wyniosła poniżej 20% (18,8% i 12,0%), natomiast w maju wzrosła do 32,9%. Dynamika importu kształtowała się na podobnie wysokim poziomie, jednak w kwietniu można było zaobserwować znacznie niższą dynamikę odbiegającą od dynamiki eksportu (w marcu, kwietniu i maju na korzyść eksportu).

Według wstępnych danych GUS, w okresie styczeń - maj 2006 roku wartość eksportu liczonego według cen bieżących wyniosła 34,1 mld euro i była o 23,3% wyższa w porównaniu z analogicznym okresem roku 2005. Wartość importu wyniosła 38,0 mld euro i była o 21,0% wyższa w relacji do roku poprzedniego. Ujemne saldo obrotów handlu zagranicznego wyniosło więc 3,9 mld euro, a jego pogorszenie był o wynikiem spadku nadwyżki eksportu nad importem w obrotach z krajami Unii Europejskiej. Jednocześnie pogłębiał się deficyt w wymianie z krajami trzecimi, głównie w rezultacie wzrostu wartości importu ropy naftowej,



a także spadku eksportu żywności, spowodowanego nałożonymi restrykcjami, co pogłębiło nierównowagę w handlu z Rosją .

Na kształtowanie się wielkości importu oraz eksportu w znacznym stopniu wpływ miała sytuacja na rynku walutowym. Stopniowe umacnianie się polskiej waluty obserwowane w 2004 i 2005 roku utrzymało się w I połowie roku, co wpływało stymulująco na wzrost zarówno eksportu, jak również importu. Znaczny wpływ na wielkość importu w okresie styczeń - maj 2006 r., miał także wzrost cen ropy naftowej i gazu ziemnego. Równocześnie duży wpływ miała poprawa klimatu inwestycyjnego oraz ożywienie popytu wewnętrznego w Polsce.

Dynamiczny wzrost eksportu to efekt m.in. stopniowego ożywienia gospodarczego w UE, a także postępującej obniżki jednostkowych kosztów pracy w przemyśle.

3.2.1.7 Bilans płatniczy

W 2005 roku ujemne saldo obrotów bieżących ukształtowało się na poziomie 3,5 mld euro, wobec 8,5 mld euro w roku 2004. Wynik został zdeterminowany przede wszystkim przez zdecydowanie niższy niż w 2004 roku deficyt na rachunku obrotów towarowych, który wyniósł blisko 2,2 mld euro (wobec 4,6 mld w roku 2004). Saldo dochodów wyniosło minus 8,5 mld euro (był to wynik o 0,8 mld euro lepszy niż w roku poprzednim). Ponadto zanotowano wyższą nadwyżkę na rachunku usług, która ukształtowała się na poziomie 1 576 mln euro wobec 784 mln euro w 2004 r., a także wyższe o 1,1 mld euro dodatnie saldo transferów bieżących. Ujemne saldo na rachunku obrotów bieżących finansowane było dodatnim saldem na rachunku finansowym (11,8 mld euro) oraz na rachunku kapitałowym (0,8 mld euro). Głównym źródłem finansowania deficytu był napływ kapitału portfelowego w wysokości 11,8 mld euro (dla porównania w roku 2004 napływ tego kapitału wyniósł 8,6 mld euro). Napływ kapitału w postaci bezpośrednich inwestycji zagranicznych (6,6 mld euro) był niższy niż rok wcześniej o 3,7 mld euro. Równocześnie obserwowany był mniejszy odpływ kapitału z tytułu pozostałych inwestycji, który zmniejszył się z 9,5 mld euro w 2004 roku do 2,0 mld euro w roku 2005.

Wstępne dane bilansu płatniczego za okres styczeń - maj 2006 roku wskazują na nieznaczne pogorszenie sytuacji w stosunku do analogicznego okresu 2005 roku. Odnotowano niewielkie zwiększenie ujemnego salda na rachunku bieżącym – do 1,74 mld euro wobec 1,72 mld euro w okresie styczeń - maj 2005 roku. Wynik ten był zdeterminowany przede wszystkim zmniejszeniem się nadwyżki na rachunku transferów bieżących (1 933 mln euro wobec 2048 mln euro w okresie pięciu pierwszych miesięcy 2005 roku) oraz nieznacznym pogorszeniem ujemnego salda dochodów (3 607 mln euro wobec 3 561 mln euro). Wielkość deficytu ograniczało zmniejszenie się ujemnego salda obrotów towarowych. Saldo na rachunku kapitałowym było dodatnie i wyższe niż przed rokiem, natomiast na rachunku finansowym było dodatnie lecz niższe niż przed rokiem (odpowiednio 612 mln euro wobec



461 mln euro oraz 5,0 mld euro wobec 6,3 mld euro). Niższy był napływ kapitału z tytułu zagranicznych inwestycji portfelowych (2,5 mld euro wobec 10,3 mld euro przed rokiem). Wzrósł natomiast napływ kapitału z tytułu bezpośrednich inwestycji zagranicznych w Polsce. W okresie styczeń – maj wzrost wyniósł 39,0%, a w wielkościach nominalnych – 1 237 mln euro (do 4,4 mld euro z 3,2 mld euro w analogicznym okresie 2005 r.).

3.2.2 Podsumowanie

- § Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową szacuje, iż w roku 2006 nastąpiło nieznaczne przyspieszenie wzrostu gospodarczego. Wzrost PKB może wynieść 5,4 proc. Utrzymanie ponad 5-procentowego tempa wzrostu będzie możliwe dzięki rosnącej dynamice popytu krajowego, przy utrzymującej się względnie wysokiej dynamice wzrostu eksportu.
- § W roku 2006 nadal najszybciej rosła wartość dodana w przemyśle – prognozowany wzrost wynosi 8,5 proc. Budownictwo coraz szybciej nadrabia zaległości z lat 2001–2004 – wartość dodana w roku 2006 powinna wzrosnąć o 7,0%. Szybciej niż w latach poprzednich rozwijają się usługi rynkowe, gdzie prognozowany wzrost wartości dodanej wynosi 5,7 proc.
- § W latach 2005–2006 powinno utrzymać się dwucyfrowe tempo wzrostu produkcji sprzedanej przemysłu, choć będzie ono nieco niższe niż w roku 2004. Prognoza zakłada wzrost o 10,0% w roku 2005 i o 10,5% w roku 2006. Równie stabilnie powinna rosnąć w tym okresie sprzedaż produkcji budowlano-montażowej, której dynamika będzie wynosić odpowiednio 7,0 oraz 7,9%.
- § W roku 2006 popyt krajowy rósł nieco szybciej niż w roku 2005 – jego tempo wzrostu powinno wynieść 5,0%. Tempo wzrostu spożycia ogółem powinno przekroczyć nieco 4%, natomiast dynamika wzrostu nakładów inwestycyjnych zbliży się do poziomu 10%.
- § Prognozowana przez IBnGR wielkość bezrobocia na koniec 2006 roku wynosi 17,2%. Spadek poziomu bezrobocia w latach 2005-2006 będzie wynikał przede wszystkim z utrwalenia wysokiego tempa wzrostu gospodarczego i związanego z tym wzrostu dynamiki nakładów inwestycyjnych – w tym na tworzenie nowych miejsc pracy. Nie bez znaczenia jest ponadto fakt, że w kolejnych latach członkostwa w Unii Europejskiej wzrasta skłonność Polaków do poszukiwania pracy w innych krajach europejskich.

3.2.3 Sytuacja gospodarcza w województwie lubuskim i w powiecie zielonogórskim

Województwo lubuskie lokuje się w grupie 7 województw o średnim poziomie PKB per capita (10 miejsce w kraju) - z poziomem 86,1% w stosunku do średniej krajowej (dane za 2003 r.).

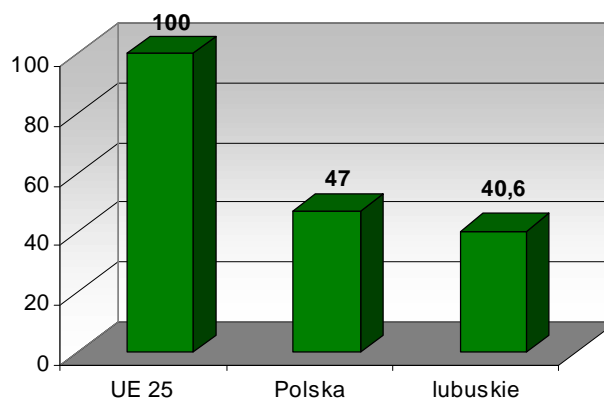
Województwo lubuskie charakteryzuje się – na tle innych regionów naszego kraju – niskim stopniem zróżnicowania wewnętrznego. Lubuskie uznawane jest za region o najniższym w skali kraju zróżnicowaniu na poziomie podregionów kategorii NUTS 3.



Do negatywnych zjawisk zaliczyć należy niższe niż średnie w kraju tempo wzrostu gospodarczego województwa lubuskiego w latach 2000-2002. W roku 2001, w stosunku do roku poprzedzającego, PKB per capita dla lubuskiego wyniósł 103,3% (dla Polski – 105,1%). W 2002 roku wskaźnik PKB dla Lubuskiego wynosił 99,9% wartości krajowej (dla Polski – 102,7%), natomiast w 2003 r. odnotowano wzrost – wskaźnik PKB dla lubuskiego wyniósł 102,9% (dla Polski – 104,5%). We wszystkich regionach otaczających województwo w okresie tym zanotowano wartości dodatnie, choć przy tempie wzrostu niższym niż średnie dla kraju.

Wykres 26

PKB na mieszkańca w województwie lubuskim w odniesieniu do krajów UE



Źródło: Eurostat

W ujęciu nominalnym PKB w województwie lubuskim stanowił w 2003 r. jedynie niecałe 2,3% PKB dla Polski. W przeliczeniu na jednego mieszkańca, PKB dla województwa wynosił ponad 86% wartości PKB per capita dla kraju (o ponad 1 punkt proc. mniej niż rok wcześniej).

Dochody budżetów powiatów w województwie lubuskim wyniosły w ubiegłym roku 479 537,1 tys. złotych. Natomiast wydatki w zakresie ochrony zdrowia stanowiły w minionym roku 4,2% ogółu wydatków (nominalnie powiaty ogółem wydały ze swoich budżetów na ochronę zdrowia niecałe 14 mln zł).



Tabela 66

Wydatki jednostek samorządu terytorialnego w 2005 r.

Wyszczególnienie	Gminy		Powiaty		Miasta na prawach powiatu		Województwo	
	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %
Ogółem	1 517 697,6	100	477 611,9	100	619 948,3	100	240 113,6	100
Ochrona zdrowia	13 956	0,9	20 044,8	4,2	8 736,7	1,4	15 009,6	6,3

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego

Wydatki na ochronę zdrowia z budżetu powiatu zielonogórskiego stanowiły w 2004 r. 9,3% wydatków ogółem i wzrosły o niemal 5 punktów procentowych w porównaniu z rokiem wcześniejszym (4,1% w 2003r.).

Tabela 67

Wydatki budżetów powiatu zielonogórskiego na ochronę zdrowia w % wydatków ogółem

Wyszczególnienie	2003	2004
woj. lubuskie	2,0	3,9
powiat zielonogórski	9,3	4,1

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego

Przeciętny **dochód rozporządzalny** mieszkańców województwa lubuskiego wyniósł w 2004 r. 654,37 zł i był o 24,38 zł niższy niż rok wcześniej. Spośród wszystkich źródeł dochodów, największy udział miały dochody ze świadczeń społecznych oraz pomocy społecznej, co świadczy o niekorzystnej sytuacji ekonomicznej gospodarstw domowych w województwie lubuskim. Dochody z pracy najemnej stanowiły 41% dochodów rozporządzalnych ogółem (i były o 3,5 punktu procentowego niższe niż dochody ze źródeł socjalnych). Działalność rolnicza w gospodarstwach indywidualnych przyniosła w 2004 r. straty w wysokości średnio 9,30 zł miesięcznie.

Wysokość **dochodu do dyspozycji** w województwie lubuskim w 2004 r. wynosiła 625,12 zł i była mniejsza o niecałe 25 zł (tj. o 4%) niż rok wcześniej.



Tabela 68

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwach domowych w woj. lubuskim (w zł)

Wyszczególnienie	2000	2003	2004
Dochód rozporządzalny	609,66	678,75	654,37
<i>w tym:</i>			
z pracy najemnej	287,65	302,56	267,73
z gosp. indywidualnego w rolnictwie	25,52	12,49	-9,30
z pracy na własny rachunek	61,52	52,68	53,83
ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych	198,91	263,02	290,91
dochód do dyspozycji	586,84	650,10	625,12

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych województwa lubuskiego wyniosły w 2004 r. 687,18 zł i były wyższe o 23,54 zł (tj. o 3,5%) niż rok wcześniej.

Na zdrowie mieszkańców woj. lubuskiego wydał w 2004 roku średnio 30,86 zł miesięcznie, co stanowiło 4,5% wydatków ogółem. Udział tej kategorii wydatków był stały w latach 2003-2004.

Tabela 69

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych w woj. lubuskim

Wyszczególnienie	2000		2003		2004	
	w zł	w % wyd. ogółem	w zł	w % wyd. ogółem	w zł	w % wyd. ogółem
Ogółem	604,07	100	663,64	100	687,18	100
Żywność	186,56	30,9	188,98	28,5	192,50	28,0
Zdrowie	23,29	3,9	30,09	4,5	30,86	4,5

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

3.2.3.1 Rynek pracy

W 2005 r. w powiecie zielonogórskim zarejestrowanych było 6 372 bezrobotnych, w tym 59% kobiet oraz 88% bezrobotnych bez prawa do zasiłku. Stopa bezrobocia rejestrowanego wyniosła 22,8%, i była o 1,8 punktu proc. wyższa niż ogółem w województwie lubuskim.



Tabela 70

Wybrane wskaźniki charakteryzujące rynek pracy w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

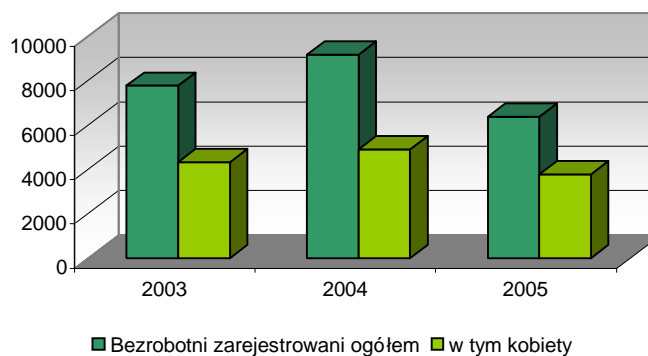
Wyszczególnienie	Bezrobotni zarejestrowani			stopa bezrobocia rejestrowanego (w %)	Oferty pracy w ciągu miesiąca
	ogółem	kobiety	bez prawa do zasiłku		
województwo lubuskie	79 162	42 869	66 369	21,0	4 644
w %	100	54	84		
powiat zielonogórski	6 372	3 776	5 619	22,8	170
w %	100	59	88		

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego.

W 2004 r. liczba bezrobotnych wzrosła o 1 407 osób, w porównaniu do roku 2003, a stopa bezrobocia osiągnęła wartość 31,1. Porównując lata 2004 i 2005 zauważamy spadek liczby bezrobotnych o 2 810 osób i stopy bezrobocia o 8,3 punkty procentowe.

Wykres 27

Bezrobotni zarejestrowani w latach 2003 - 2005



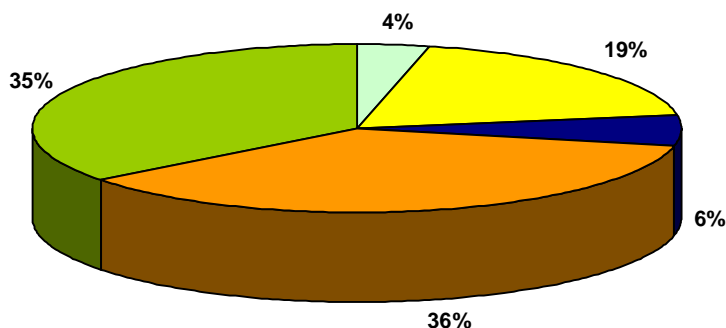
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Spośród osób bezrobotnych w powiecie zielonogórskim na koniec pierwszego półrocza bieżącego roku 36% miało wykształcenie gimnazjalne lub niższe, a kolejne 35% zasadnicze zawodowe. Czterech na stu bezrobotnych zarejestrowanych miało wykształcenie wyższe.



Wykres 28

**Bezrobotni zarejestrowani według wykształcenia w powiecie zielonogórskim
(stan na dzień 30.VI.2006)**



wyższym
 średnim zawodowym
 średnim ogólnokształcącym
 zasadniczym zawodowym
 gimnazjalnym i niższym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W 2006 r. (stan na koniec czerwca br.) w powiecie zielonogórskim istniały 7 362 podmioty gospodarki narodowej, co stanowi nieco ponad 7% ogółu podmiotów w województwie.

Tabela 71

Podmioty gospodarki narodowej (stan na 30.VI.2006 r.)

Wyszczególnienie	Ogółem	Analogiczny okres roku poprzedniego = 100
województwo lubuskie	103 468	103,4
powiat zielonogórski	7 362	104,1

Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego

3.3 Kontekst polityczno-prawny

Główne wskaźniki otoczenia polityczno-prawnego to: stabilność polityczna, przepisy walutowe, ustawodawstwo, biurokracja. W kontekście zdrowia publicznego, najważniejszym elementem otoczenia polityczno-prawnego, jest ustawodawstwo regulujące funkcjonowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

3.3.1 System opieki zdrowotnej w Polsce

Obecnie system opieki zdrowotnej w Polsce regulują następujące ustawy:



§ **Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej** z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)

Zgodnie z Art. 1. § 1. zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ustawa określa również inne cele tworzenia ZOZ, a mianowicie;

- ú prowadzenie badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
- ú realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

§ **Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia** z dnia 23 stycznia 2003 r. (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.)

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest w Polsce oparte na zasadach **solidarności społecznej** oraz **równego dostępu** do świadczeń.

Ubezpieczone są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu wydanej im w związku z udzieleniem statusu uchodźcy, jeżeli:

- ú podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
- ú ubezpieczają się dobrowolnie,
- ú są członkami rodziny osób, o których mowa w pkt 1 i 2.

Osoby **podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu** to osoby, za które opłacana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadza:

- ú osoba prowadząca działalność gospodarczą,
- ú za osobę pozostającą w stosunku pracy - pracodawca,
- ú za osobę pracującą na podstawie umowy zlecenia – zleceniodawca,
- ú za bezrobotnego - właściwy urząd pracy,
- ú za emerytów i rencistów - instytucja emerytalno-rentowa.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, a następnie przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych gromadzi środki finansowe, zarządza nimi oraz w ich ramach zawiera umowy ze świadczeniodawcami usług medycznych.



§ **Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm), która określa:

- ú warunki udzielania, zakres oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ú zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do tych świadczeń,
- ú zasady powszechnego, obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego ,
- ú podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społeczniego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r.

Istotne znaczenie dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej ma również **Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej** z dnia 15 kwietnia 2005 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 684 z późn. zm.).

3.3.2 Zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia

W ostatnich latach system opieki zdrowotnej w Polsce był przedmiotem istotnych zmian, wprowadzających nowe instytucje oraz gruntownie zmieniających zarządzanie i finansowanie opieki zdrowotnej. Najważniejsze reformy miały miejsce w 1999, 2003 i 2004 r. (w rezultacie wyroku Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności obowiązujących norm - ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia).

3.3.2.1 Reforma 1999 r. - decentralizacja systemu

W latach 90-tych publiczny system ochrony zdrowia był zorganizowany według zasad centralizacji, integracji opieki podstawowej i specjalistycznej oraz rejonizacji dostępu. Istotną funkcję w systemie pełnili niepubliczni dostawcy usług medycznych, w tym spółdzielnie lekarskie, świadczące usługi na rzecz tzw. grup ludności nieubezpieczonej. Utworzony w ten sposób sektor prywatny początkowo związany był z potrzebą udostępnienia świadczeń dla rolników i rzemieślników, a więc grup mających ograniczony dostęp do publicznej służby zdrowia. Z czasem jednak stał się alternatywą dla zrejonizowanego systemu publicznego.

Do 1999 roku funkcje planowania zadań, określenia sposobów ich realizacji oraz zapewnienia środków finansowych wypełniane były przez Ministerstwo Zdrowia, podczas gdy



władzę wykonawczą sprawowała administracja wojewódzka, ściśle podporządkowana ministerstwu. Pierwsze kroki w kierunku decentralizacji systemu podjęto w 1991 r., kiedy to samorządom przekazano kompetencje w zakresie zdrowia publicznego i – z czasem – organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Jednakże przełomowym momentem dla organizacji systemu opieki zdrowotnej była reforma 1999 r., która obejmowała:

- § zmianę systemu finansowania opieki zdrowotnej i wprowadzenie ubezpieczeniowego prawa do świadczeń,
- § wprowadzenie mechanizmu rynku wewnętrznego i funkcji płatnika w postaci kas chorych (głównie wojewódzkich),
- § przekazanie funkcji właścicielskich samorządom terytorialnym,
- § wydzielenie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wprowadzenie funkcji tzw. gate keeper („wpuszczającego do systemu” , ang.).

Decentralizacja systemu opieki zdrowotnej przebiegała dwutorowo: wprowadzono nową instytucję płatnika w postaci regionalnych (i 1 branżowej) kas chorych oraz rozszerzono kompetencje organów samorządowych w zakresie opieki zdrowotnej. Decentralizacja zarządzania finansowego i próba wprowadzenia mechanizmu rynku wewnętrznego rodziły nadzieje na poprawę efektywności i jakości, jak również wzrost swobody decyzyjnej świadczeniodawców. Jednakże w rezultacie reformy mechanizm rynkowy nie zaczął działać ze względu na brak dostatecznego przygotowania, w tym zwłaszcza sterowania na szczeblu centralnym oraz zbyt silną pozycję płatnika, często prowadzącą do narzucania świadczeniodawcom warunków kontraktu. Problemem była również nieodpowiednia wysokość środków przekazywanych kasom chorych w stosunku do potrzeb zdrowotnych populacji oraz niedostateczne rozpoznanie tych potrzeb, często spowodowane brakiem narzędzi do analizy epidemiologicznej populacji oraz świadomości potrzeby takich badań

Istotnym elementem reformy było przejęcie przez samorzady znacznej części odpowiedzialności za funkcjonowanie opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym (gminy) i regionalnym. Na mocy reformy samorzady przejęły funkcje właścicielskie wobec większości zakładów opieki ambulatoryjnej oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. W efekcie samorzady stały się odpowiedzialne za organizację opieki zdrowotnej na ich terenie. Będąc organami założycielskimi dla zakładów opieki zdrowotnej przejęły prawo tworzenia i likwidacji zakładów, nadzór i finansowanie inwestycji oraz przekształceń infrastrukturalnych. Delegacja zobowiązań nie pociągała jednak za sobą przekazania samorządom środków niezbędnych do realizacji opisanych zadań. W rezultacie, samorzady obarczone odpowiedzialnością za gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie były w stanie pokryć we własnym zakresie strat finansowych. Jest to, obok nadprodukcji świadczeń medycznych, główne źródło rosnącego zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej. Równie istotną konsekwencją delegacji odpowiedzialności finansowej bez zapewnienia niezbędnych środków jest praktyczne zaprzestanie realizacji inwestycji w opiece zdrowotnej.



W kompetencji samorządów znajduje się również odpowiedzialność za zadania z zakresu polityki zdrowotnej, obejmującej sferę promocji zdrowia oraz profilaktyki. W istocie, właśnie te zadania – w szczególności przeciwdziałanie alkoholizmowi – stanowią największą pozycję w wydatkach samorządów na opiekę zdrowotną (70-77% ogółu środków na opiekę zdrowotną przeznaczają się na ten cel).

W wyniku reformy 1999 r. utworzona została również instytucja podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarzowi pierwszego kontaktu przypisano funkcję kontrolowania popytu na usługi zdrowotne poprzez decyzję o kierowaniu (lub nie) pacjenta na dalsze leczenie u specjalisty lub w szpitalu. Lekarze zostali również obciążeni dodatkowymi obowiązkami organizowania procesu produkcji świadczeń ambulatoryjnych, zarządzania budżetem prowadzonej praktyki, a w niektórych kasach chorych wprowadzono metodę zarządzania środkami przeznaczonymi na leczenie każdego pacjenta (ang. fund holding).

3.3.2.2 Reforma 2002 – 2003

W kwietniu 2003 roku weszła w życie Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na jej mocy w miejsce kas chorych powołano Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jako centralną instytucję płatnika.

Pozostałe elementy systemu pozostawiono w formie określonej w 1999 roku. Fundusz został utworzony jako pozabudżetowa jednostka centralna, z podległymi mu oddziałami regionalnymi. Centralizacja systemu nie była jednak odpowiednio przygotowana – brak było podstaw informacyjnych i analitycznych do szybkiego i skutecznego zarządzania systemem.

W proces recentralizacji wpisany był konflikt NFZ z placówkami opieki zdrowotnej, które w latach 1999 – 2002 uzyskały znaczną samodzielność. Silna pozycja NFZ prowadziła do arbitralności decyzji, konflikt pogłębiało również rozproszenie świadczeniodawców, oddalenie od ośrodka sterowania i związana z tym nieznamość sytuacji lokalnej oraz trudności negocjacyjne. Na szczeblu centralnym natomiast nasilał się konflikt pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Ministerstwem Zdrowia. Konflikt ten był efektem niewłaściwej regulacji ustawowej, która nie rozdzielała zakresów odpowiedzialności tych instytucji. W efekcie minister zdrowia miał prawo do decyzji o wykazie, zakresie i trybie udzielania świadczeń zdrowotnych, podczas gdy odpowiedzialność finansową za realizację zadań ponosił prezes funduszu.

Wymienione wyżej wady ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz skrajna centralizacja systemu stały się podstawą do skierowania przez opozycję parlamentarną wniosku do Trybunału Konstytucyjnego. Wyrok Trybunału, ogłoszony 7 stycznia 2004 roku, stwierdzał niezgodność przepisów ustawy z Konstytucją RP. Zarzuty w szczególności dotyczyły:



- § braku precyzji, wieloznaczności i niedookreśloności przepisów ustawy, które zwiększały dyskrecjonalność urzędników w podejmowaniu decyzji w zakresie zarządzania systemem;
- § braku gwarancji dostępu do świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych; zdaniem Trybunału dostęp do świadczeń powinien być równy, a koszyk dostępnych w ramach ubezpieczenia świadczeń jasno i precyzyjnie określony;
- § braku kontroli nad środkami finansowymi i wydatkami Funduszu przez skarb państwa, parlament i ubezpieczonych;
- § braku określenia relacji między Funduszem a budżetem państwa, prowadzący do sytuacji, w której ewentualne zadłużenie funduszu stałoby się państwowym długiem publicznym;
- § stworzenia pola konfliktu między Funduszem a Ministrem Zdrowia, wynikające z pokrywających się kompetencji i niejasno określonych uprawnień nadzorczych ministra.

3.3.2.3 Zmiany w 2004 roku

W rezultacie prac prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Gospodarki i Pracy, w sierpniu 2004 roku uchwalono Ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa ta uwzględniała jedynie częściowo zalecenia Trybunału Konstytucyjnego, zakładając kontynuację procesu niezbędnych zmian w roku 2005. Jedną z ważniejszych zmian jest reorganizacja systemu i powrót do decentralizacji funkcji płatnika. Wprawdzie pozostał Narodowy Fundusz Zdrowia, ale wzrosła odpowiedzialność jego wojewódzkich oddziałów. Oddziały te przejęły, wcześniej podejmowane na szczeblu centralnym, decyzje dotyczące zawierania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oddziały wojewódzkie Funduszu zostały wyposażone również w kompetencje w zakresie tworzenia planów finansowych, stanowiących podstawę dla planu budżetu NFZ, monitorowania i kontroli realizacji kontraktów.

Odpowiadając na zarzuty Trybunału ustawa wprowadza mechanizmy kontroli działań i środków będących w dyspozycji funduszu. Narzędziem monitoringu są sprawozdania finansowe podlegające kontroli ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz komisji do spraw finansów publicznych i komisji do spraw zdrowia sejmiku RP.

Uregulowane zostały również kwestie równego dostępu do świadczeń i opłacania składki za osoby nieubezpieczone. Za te ostatnie odpowiedzialność przejął budżet państwa i odpowiednie fundusze (Fundusz Pracy za zarejestrowanych bezrobotnych, ZUS i KRUS za emerytów i rolników).

Mimo dyskusji na temat potrzeby racjonowania świadczeń dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ta kwestia została uregulowana jedynie



doraźnie. Do ustawy dołączono ogólną listę świadczeń, które nie podlegają refundowaniu. Natomiast problem konieczności stworzenia listy świadczeń refundowanych nadal wymaga rozwiązania i dalszych prac nad klasyfikacją usług i procedur medycznych oraz wytycznymi postępowania medycznego, w celu wskazania sposobów efektywnego i skutecznego wykorzystania środków dostępnych w systemie publicznym oraz zapewnienia równości i dostępności usług.

3.3.2.4 Zasady i ocena funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia

Wprowadzony w 1999 r. system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oparty na zróżnicowanych kasach chorych, został w 2003 r. zastąpiony zunifikowanym organizacyjnie systemem finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W skład NFZ wchodzi Centrala Funduszu oraz 16 oddziałów wojewódzkich, utworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Do zakresu działań funduszu należą w szczególności:

- § zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia,
- § przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- § określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w okresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów.

Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest umowa zawarta pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą. Zaznaczyć jednak należy, że suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie mogła przekroczyć wysokości kosztów przeznaczonych na ten cel w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Umowy o udzielania świadczeń są jawne. Minister ds. zdrowia określił w formie rozporządzenia ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, tryb wyboru przez ubezpieczonego lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Umowa określa rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki udzielania świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń. Minister określił ponadto w formie rozporządzenia sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając również traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, jakości i dostępności świadczeń, stosowania procedur medycznych pod względem jakości oraz zgodności z przyjętymi standardami, zasad korzystania ze świadczeń specjalistycznych



stosowania technologii medycznych, zasadności wyboru leków i preparatów medycznych, oraz środków ortopedycznych i innych, stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji oraz zasad wystawiania recept.

Narodowy Fundusz Zdrowia ustala co roku plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. NFZ jest podmiotem zaliczanym do sektora finansów publicznych, stąd jego nominalne zadłużenie, po wyeliminowaniu zobowiązań wobec innych podmiotów sektora finansów publicznych, zaliczane jest do państwowego długu publicznego.

Z dniem 1 kwietnia 2003 roku – z dniem wejścia w życie Ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowotnym, Fundusz stał się podmiotem wszelkich praw i obowiązków Kas Chorych, przejmując tym samym ich zobowiązania i należności. Wynik finansowy Kas Chorych na dzień 31 marca 2003 r. był ujemny i wyniósł 133 167 tys. zł.

Zgodnie z założeniem reformy, wprowadzenie NFZ miało na celu poprawę opieki zdrowotnej, m. in. poprzez stosowanie jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz zlikwidowanie różnic w dostępności do świadczeń pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. System miał być przejrzysty zarówno dla pacjentów jak i dla środowiska medycznego, umożliwiając porównanie i ocenę jakości usług w skali całego kraju.

Najwyższa Izba Kontroli, po przeprowadzeniu w 2005 r. kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazała na liczne nieprawidłowości i negatywnie oceniła dotychczasowe rezultaty reformy. W ocenie NIK reforma była nieprzygotowana zarówno w warstwie koncepcyjnej jak i organizacyjnej. Ostatecznie nie wpłynęła pozytywnie ani na dostępność pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej ani na sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej. Wprowadzona zasada swobodnego dostępu do świadczeń oraz wolnego wyboru placówki leczniczej okazała się w praktyce możliwa jedynie do momentu wyczerpania limitu świadczeń ustalonego w kontrakcie z Funduszem.

Wprowadzony system finansowania, stworzył podstawy do działania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w oparciu o prawa rynku w opiece zdrowotnej, co prowadziło do przyspieszenia zmian restrukturyzacyjnych poszczególnych zakładów. Zmiany te miały przeciwdziałać stosowaniu intensywnego, drogiego leczenia we wszystkich szpitalach oraz tworzeniu i utrzymywaniu wysoko specjalistycznych oddziałów w małych ośrodkach.

W wyniku reformy służby zdrowia zawierane we wszystkich województwach kontrakty samodzielnych szpitali (samodzielnych zakładów) z NFZ, powinny w naturalny sposób prowadzić do znacznie lepszego niż dotąd wykorzystania posiadanych zasobów, w tym w szczególności w opiece stacjonarnej. Występuje tu jednak szereg barier i ograniczeń, wśród których można wymienić m.in.: brak odpowiedniej liczby wyszkolonych menedżerów opieki zdrowotnej (w tym szczególnie ekonomistów), i stnienie nadal tradycyjnych struktur integrujących szpitale ze wszystkimi pozostałymi formami opieki zdrowotnej (w tym również z podstawową opieką zdrowotną), zaledwie kilkuletnie doświadczenie samodzielnych szpitali,



dotyczące problematyki opracowywania właściwych biznes planów, stanowiących podstawę do negocjacji przygotowanych kontraktów z NFZ.

Jednym z trzech priorytetów reformy był wzrost efektywności funkcjonowania szpitali. Stopniowo usamodzielniały się wszystkie publiczne zakłady ochrony zdrowia. Samorząd terytorialny, jako nowy właściciel, przejął odpowiedzialność za szpitale (również finansową). Do samorządu należy więc dbanie o wysoki poziom leczenia i czuwanie nad gospodarnością danego zakładu. Każdy ZOZ proponować ma świadczenia medyczne jako usługę do sprzedania. Im lepsze i wyższej jakości świadczenia, tym więcej pacjentów zgłosi się do danej placówki, a wraz z nimi trafi do niej więcej pieniędzy. Środkami z kontraktów zakład będzie sam zarządzał.

Każdy szpital po reformie ma określony poziom referencyjny. Poziom referencyjny określa, jak specjalistyczne i złożone zabiegi przeprowadza się w danym szpitalu. Wprowadzone zostały trzy poziomy referencyjne - im wyższy poziom szpitala, tym bardziej skomplikowane, specjalistyczne i droższe zabiegi przeprowadza. Skierowanie na leczenie do szpitala na danym poziomie referencyjnym zależy od rodzaju choroby. Pierwszy poziom referencyjny odpowiada szpitalowi powiatowemu, drugi - szpitalowi wojewódzkiemu, trzeci - klinice.

Po sześciu latach od wprowadzenia reformy w życie, zauważalny jest ciągły, wręcz niekontrolowany, wzrost zadłużenia ZOZ-ów na terenie całego kraju. W niektórych regionach sytuacja wydaje się być krytyczna. Wiele ZOZ-ów zagrożonych jest upadłością. W takich warunkach wprowadzenie w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest istotnym przedsięwzięciem, zmierzającym do opanowania niekorzystnych tendencji w funkcjonowaniu tych jednostek.

3.3.2.5 Zmiany finansowania systemu ochrony zdrowia

Reforma ochrony zdrowia wprowadzona w życie w 1999 r., na mocy ustawy uchwalonej dwa lata wcześniej, zasadniczo zmieniła źródła i zasady finansowania usług zdrowotnych. Z zaopatrzeniowego (czy inaczej budżetowego) systemu, tradycyjnego dla krajów centralnego planowania, została przekształcona w tzw. system ubezpieczeniowy. Z systemem ubezpieczeniowym wiązano nadzieje, z jednej strony na poprawę zasilania systemu, a z drugiej – na większe możliwości oddziaływania na popyt ludności. Odpowiednio skalkulowana składka ubezpieczenia zdrowotnego wydawała się trwale rozwiązywać problem tzw. *krótkiego finansowania* ochrony zdrowia w procesie corocznych decyzji budżetowych. Zakładano, że składka, jednoznacznie identyfikująca ubezpieczonych i wiążąca ich uprawnienia do korzystania z usług na podstawie jej opłacania, wprowadzi więcej dyscypliny i płynności do procesu zasilania systemu w środki. Jednocześnie wprowadzono instytucję płatnika (kasy chorych), odpowiedzialnego za zarządzanie środkami ubezpieczeniowymi i zapewnienie ludności usług adekwatnych do potrzeb zdrowotnych.



Kolejna istotna zmiana w systemie finansowania systemu miała miejsce w 2003 r. Nastąpiła centralizacja kas chorych i utworzono jeden fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia, z podporządkowanymi mu oddziałami regionalnymi.

3.3.3 Obecny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Sytuacja zdrowotna ludności Polski po roku 1990 uległa niewątpliwie poprawie, jednak na tle przeciętnych wskaźników krajów Unii Europejskiej i OECD nadal przedstawia się niekorzystnie. Według powszechnie używanych wskaźników zdrowotności społeczeństwa (np. oczekiwana długość życia, HALE, wskaźnik umieralności) Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów Unii Europejskiej. Poprawę stanu zdrowia w dużej mierze zawdzięcza się większemu zróżnicowaniu produktów żywieniowych i zmianie stylu życia, w tym większej aktywności fizycznej. Niezbędne są jednak działania na rzecz dalszej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego, w tym również działania systemu ochrony zdrowia nakierowane na promocję i profilaktykę zdrowia oraz zwiększenie dostępności do usług medycznych.

Dla zapewnienia realizacji tych celów, polski system ochrony zdrowia podlegał w ciągu ostatniej dekady wielu modyfikacjom, spośród których najważniejsze to omówione wyżej reformy 1999, 2003 oraz 2004 roku. Sześcioletni okres przygotowywania i wdrażania reform zdrowotnych nie zakończył się powodzeniem. Nieskuteczność procesu reformatorskiego wynikała nie tyle z błędnej koncepcji pierwszej reformy, co z niespójności kolejnych kroków reformatorskich. W rezultacie wprowadzenie następnych zmian systemowych, wiąże się z dodatkowymi trudnościami, wynikającymi z rozczarowania społecznego dotychczasowymi wynikami reform, żądań podwyżek płacowych, niechęci publicznych zakładów opieki zdrowotnej do wzrostu ich odpowiedzialności finansowej, czy wysokiego obciążenia pacjentów kosztami leczenia.

3.3.4 Finansowanie ochrony zdrowia

Drugim - obok niewydolności organizacyjnej - czynnikiem niesprawności systemu ochrony zdrowia w Polsce jest stan permanentnego niedo finansowania. Całkowite wydatki na służbę zdrowia w Polsce należą do najniższych wśród krajów OECD i Unii Europejskiej zarówno w ujęciu nominalnym jak i według parytetu siły nabywczej. Są one blisko dwukrotnie niższe niż w innych krajach transformacji ustrojowej: w Czechach czy na Węgrzech.

Przy ogólnie niskim poziomie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w ostatnich latach dynamicznie zmniejszał się udział środków publicznych w całkowitych nakładach na służbę zdrowia (jedynie 65% w 2004 r.). Równocześnie w Polsce systematycznie maleje wielkość publicznych wydatków na służbę zdrowia w relacji do PKB, osiągając najniższy poziom wśród krajów Unii Europejskiej (3,87% w 2005 r.).



Poziom finansowania ochrony zdrowia z wydatków prywatnych gospodarstw domowych wzrasta dynamicznie, będąc jednym z najwyższych w krajach europejskich (w 2003 r. wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia przekroczyły 17 mld złotych). Pacjenci dopłacają do systemu opieki zdrowotnej w formie różnych (formalnych i nieformalnych) opłat za usługi medyczne. Istotną część budżetu domowego stanowią wydatki na leki (60% prywatnych wydatków na ochronę zdrowia stanowią koszty zakupu leków). Dodatkowym obciążeniem dla budżetów domowych jest brak możliwości odliczania od podatków pełnej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Tendencja w strukturze pozyskiwania dochodów na ochronę zdrowia jaka się ujawniła w ciągu ostatnich lat, polega na wzroście finansowania ze składki oraz z dochodów indywidualnych ludności. Jednocześnie zmniejsza się finansowanie z podatków ogólnych, realizowane przez budżet państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego. Szczególnie niskie jest finansowanie ochrony zdrowia przez JST, które mają przecież wiele zadań do spełnienia w systemie. Są one organami założycielskimi największej liczby placówek zdrowotnych, odpowiadając za ich inwestycje i remonty, a ich udział w finansowaniu jest bardzo skromny (nie sięga nawet 1 mld zł) i dotyczy przede wszystkim programów przeciwdziałania alkoholizmowi i innym uzależnieniom.

W sumie - analiza przychodów wskazuje jednak na kurczenie się finansowania ochrony zdrowia ze źródeł budżetowych (budżetu państwa i JST) i przesuwanie zadań o charakterze ogólnopublicznym do NFZ. Dynamicznie wzrasta także finansowanie z dochodów indywidualnych ludności – pod tym względem zajmujemy czołową pozycję w Europie.

Planowane podwyżki obowiązkowej składki zdrowotnej o 0,25% rocznie odpowiadają kwocie poniżej 1 miliarda złotych (3% całkowitych środków NFZ) i są niewystarczające do osiągnięcia zauważalnej różnicy w poziomie finansowania i w efekcie funkcjonowania służby zdrowia. Taka kwota nie wystarcza nawet na pełne oddłużenie polskiej służby zdrowia.

3.3.4.1 Struktura kosztów

Analiza struktury podmiotowej kosztów wskazuje na znaczny wzrost przychodów świadczeniodawców niepublicznych, które w 56% są pokrywane środkami publicznymi. Patrząc z kolei z perspektywy płatnika widać, że ponad 20% wartości kontraktów stanowią kontrakty z placówkami niepublicznymi.

W strukturze rodzajowej kosztów obserwuje się zmiany o bardzo poważnych konsekwencjach dla równowagi finansowej systemu. Największą pozycję kosztową w kosztach całkowitych (publicznych i prywatnych) stanowią obecnie leki.

Jednocześnie, w porównaniach międzynarodowych, pod względem wielkości publicznych wydatków na leki, zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie, ze średnią wydatków na osobę o blisko połowę niższą niż na Węgrzech czy 2-3 krotnie niższą niż w krajach EU-15. Polska charakteryzuje się także najwyższym (ponad 50%) - wśród krajów Unii Europejskiej –



poziomem współpłacenia za leki, unikalnie wysokim udziałem w rynku leków generycznych (ok. 60% wartości i 80% ilości) oraz jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym od 1999 roku nie wprowadzono do systemu refundacji ani jednego leku innowacyjnego. Bardzo istotną niesprawnością polskiego rynku farmaceutycznego jest też brak powszechnego monitoringu przepisywanych leków, co utrudnia zwalczanie nieprawidłowości oraz nadużyć.

Wydatki na leki obciążają zasadniczo finanse NFZ (około 20% wydatków na świadczenia). Wprowadzono ustabilizowano wysokość refundacji leków ze środków publicznych, ale rosną koszty leków pokrywane z dochodów ludności. Aż 60% wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną przez gospodarstwa domowe jest przeznaczane na zaopatrzenie w leki. Jest to najwyższy poziom przymusowego współpłacenia za leki wśród krajów Unii Europejskiej. Tak wysoki udział ogólnych wydatków na leki jest jednak spowodowany niedoszacowaniem niektórych kosztów (zwłaszcza amortyzacji) oraz niskimi płacami lekarzy i personelu medycznego. Natomiast udział (ok. 60%) kosztów leków w wydatkach gospodarstw domowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, wskazuje na to, że środki na refundację leków są już nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb.

Drugą, co do wartości, pozycją kosztową w ochronie zdrowia są wynagrodzenia personelu medycznego. W 2003 r. na ten cel przeznaczono około 15 mld zł (28% kosztów całkowitych).

Jednym z trudniejszych problemów funkcjonowania placówek zdrowotnych są koszty utrzymania i wymiany w dziedzinie infrastruktury, która obejmuje budynki, urządzenia techniczne oraz sprzęt medyczny. Istotne jest, że rzeczywiste koszty ekonomiczne są w tej dziedzinie znacznie wyższe od kosztów amortyzacji księgowej, uwzględnianych w sprawozdaniach płatnika.

3.3.4.2 Problem niedofinansowania systemu

W wyniku niedofinansowania oraz braku sprawnego zarządzania systemem obserwujemy narastający stan nierównowagi między stroną przychodową, a kosztową. Stan ten przyczynia się do narastania zadłużenia placówek, dekapitalizacji infrastruktury, oraz zaniżania wynagrodzeń personelu medycznego.

Zadłużanie się placówek jest w ochronie zdrowia zjawiskiem nagminnym – 65% placówek ochrony zdrowia jest zadłużonych, a według stanu na koniec marca 2006 roku zobowiązania wymagalne wynosiły 4,4 mld zł i wzrosły o 61,7% w porównaniu do roku 2001. Poziom zadłużenia dynamicznie narastał aż do 2005 r., kiedy tempo wzrostu zostało zahamowane, a ostatnie kwartały przyniosły spadek wartości zadłużenia.

Poziom zadłużenia jest określany wielkością zobowiązań wymagalnych, tj. takich, dla których upłynął termin płatności. Ich wartość w latach 2001- 2006 przedstawia tabela.



Tabela 72

**Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
w latach 2001 – 2006 (w mln zł)**

Wyszczególnienie	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
SPZOZ utworzone przez JST	2 279,20	2 714,30	4 021,20	4 760,30	800 226	825 934
SPZOZ utworzone przez jednostki centralne	465,2	531,1	708,5	923,8	4 039 789	3 610 874
Razem	2 744,40	3 245,40	4 729,70	5 684,10	4 840,01	4 436,81

*stan na dzień 31.III.2006 r.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

Tabela 73

**Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
w woj. lubuskim (w mln zł)**

Zobowiązania ogółem				
31.XII.04	31.XII.05	30.VI.2006	Dynamika 2005/2004	Dynamika 2006/2005
535,8	599,0	620,5	111,8	103,6
Zobowiązania wymagalne				
31.XII.04	31.XII.05	30.VI.2006	Dynamika 2005/2004	Dynamika 2006/2005
439,0	424,1	407,6	96,6	96,1

Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

Przyczyny zadłużania placówek są złożone i obejmują zarówno wady systemowe (nieokreślenie realnych źródeł finansowania inwestycji w ochronie zdrowia), jak i wady zarządzania (brak informacji po stronie scentralizowanego płatnika o funkcjonowaniu placówek, w tym o rzeczywistych stawkach, cenach i kosztach).

Należy także odnotować pojawiające się coraz częściej trudności w naborze pielęgniarek czy zatrudnianiu lekarzy - specjalistów oraz gwałtownie rosnące zainteresowanie możliwościami zatrudniania w Unii Europejskiej wśród nowo kształcących się kadr medycznych.

Jednym z celów reformy 1999 roku było wprowadzenie instytucji podstawowej opieki zdrowotnej, pełniącej funkcje ograniczania dostępu do bardziej kosztownych usług specjalistycznych i szpitalnych. Jednak badania pokazują, że cel skoncentrowania opieki na tańszych usługach podstawowej opieki zdrowotnej i silniejszej kontroli nad usługami specjalistycznymi i szpitalnymi nie został osiągnięty (częstość korzystania z usług szpitalnych i specjalistycznych w okresie 1999 – 2003 zwiększyła się) W efekcie obserwujemy koncentrację środków finansowych w segmencie specjalistycznego leczenia szpitalnego,



kosztem dalszego ograniczenia możliwości diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy pierwszego kontaktu.

Decyzją Trybunału Konstytucyjnego (wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r.) nieokreślenie listy świadczeń zapewnianych ubezpieczonym zostało uznane za podstawową wadę systemu opieki zdrowotnej. Wprawdzie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza listę świadczeń, które *nie mogą* być opłacane ze środków funduszu zdrowia (tzw. koszyk negatywny), jednak rozwiązanie to nie jest wystarczające. Utrzymywanie zasady bezwzględnej dostępności do świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, a jednocześnie ich limitowania i nieopłacania tzw. nadwykonań prowadzi do zadłużenia placówek ochrony zdrowia. Bez ustalenia listy świadczeń dostępnych w ramach ubezpieczenia publicznego jest również niemożliwe wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednym z ważniejszych postulatów zmian jest wprowadzenie do praktyki funkcjonowania służby zdrowia koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (tzw. koszyk pozytywny).

Przesunięcie usług opieki zdrowotnej z lecznictwa zamkniętego do lecznictwa podstawowego było jednym z celów reformy 1999 r. Mimo wprowadzenia instytucji podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), mającej pełnić funkcję tzw. *gate keeper*, poziom korzystania z kosztownej opieki specjalistycznej, a zwłaszcza szpitalnej, jest wciąż wysoki. Zjawisko to prowadzi do nieefektywności i rosnących kosztów systemu.

Niezwykle istotny jest również aspekt prognostyczny niedofinansowania systemu opieki zdrowotnej. Niskie finansowanie ochrony zdrowia w Polsce nie będzie możliwe do utrzymania w najbliższej przyszłości, ze względu na dynamiczny proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Grupa osób najstarszych generuje wysokie koszty opieki zdrowotnej. Przyczynia się do tego większa niż w innych grupach wiekowych częstość zachorowań i korzystania z opieki zdrowotnej. Zmianom demograficznym towarzyszyć będą zmiany epidemiologiczne, szczególnie występowanie kosztownych w leczeniu chorób cywilizacyjnych (szczególnie chorób układu krążenia) w starszych kohortach wiekowych.

Uwzględniając planowany wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia oraz czynniki zewnętrzne, istotne z punktu widzenia kształtowania się kosztów w tym zakresie (proces starzenia się społeczeństwa, czynniki demograficzne, charakteryzująca się dużą zmiennością w zakresie aktywności zawodowej i zatrudnienia, sytuacja na rynku pracy i in.) jasne staje się, że mimo wzrostu przychodów ze składek ubezpieczeniowych deficyt będzie się powiększać.

3.3.5 Społeczne skutki reformy systemu ochrony zdrowia

Reforma systemu ochrony zdrowia dotyczy wszystkich obywateli kraju – jej zasięg jest porównywalny tylko z reformą systemu prawnego. Nieskuteczność wprowadzanych reform polskiego systemu ochrony zdrowia i związane z tą sytuacją wysokie koszty społeczne znajdują odzwierciedlenie w postrzeganiu służby zdrowia przez społeczeństwo oraz poziomie



niezadowolenia społecznego. Jak wskazują wyniki badania *Bardzo różni? Kraje Europy Wschodniej a reforma służby zdrowia*, przeprowadzonego w 2005 r. w Londynie na zlecenie Stockholm Network, Polacy ocenili swój system służby zdrowia jako najgorszy z jedenastu badanych krajów Unii Europejskiej (wystawili mu najniższą ocenę ogólną - 3.8 na 10 możliwych punktów). Te dane są zaskakująco zbieżne z najniższymi w Europie wydatkami na system ochrony zdrowia w Polsce, liczonymi jako procentowy udział środków publicznych w PKB (3.87%PKB). Według kryterium tzw. *deficytu świadczeń* (różnica między tym, czego ludzie oczekują od służby zdrowia, a tym, co otrzymują), Polska także znalazła się na końcu rankingu (patrz tabela poniżej).

Według badania 75% badanych Polaków ocenia, że system ochrony zdrowia otrzymuje na swoje funkcjonowanie za mało pieniędzy. To obok Słowacji (76%) najgorszy wynik wśród badanych krajów UE. Ponadto według badania prawie dziewięciu na dziesięciu Polaków (88%) uważa, że inne kraje UE mają więcej pieniędzy na opiekę zdrowotną niż Polska (jest to ponownie najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów). Jeśli chodzi o wydajność systemu w porównaniu z systemami innych krajów, dziewięciu na dziesięciu Polaków (90%) uważa, że systemy opieki zdrowotnej w innych krajach są wydajniejsze niż ich własny.

Więcej niż czterech na pięciu Polaków (86%) wierzy, że reforma służby zdrowia jest sprawą pilną w ich kraju – jest to kolejny najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów. W tym badaniu zapytano Polaków również o to, jak będzie wyglądał system ochrony zdrowia za 10 lat, jeżeli nie zostanie zreformowany. Trzy czwarte Polaków (74%) uważa, że poziom opieki zdrowotnej będzie się pogarszał, jeśli w tym czasie nie będzie reformy.

Wyniki badań wskazują na poważny problem społeczny, którego przyczyną jest zła sytuacja systemu ochrony zdrowia w Polsce. Opinia publiczna nie akceptuje istniejącego stanu rzeczy, odczuwa poważny deficyt oferowanych przez system opieki zdrowotnej świadczeń, oczekuje pilnych zmian, chociaż jest pełna pesymizmu co do możliwości przeprowadzenia skutecznych reform.



Tabela 74

Ocena stopnia zaspokojenia potrzeb przez system ochrony zdrowia (tzw. deficyt świadczeń)

Polska	73
Słowacja	67
"Nowa Czwórka"	63
Wielka Brytania	63
Węgry	58
Włochy	57
Szwecja	56
Średnia	55
Czechy	54
Hiszpania	51
"Stara Siódemka"	50
Holandia	50
Francja	39
Niemcy	37

Źródło: Raport *Kraje Europy Wschodniej a reforma służby zdrowia*, The Stockholm Network, Londyn 2005.



4 Środowisko fizyczne

4.1 Czystość wód

Pomimo odnotowanej w ostatnich latach znacznej poprawy jakości wód w województwie lubuskim, **stan czystości większości wód powierzchniowych jest niewystarczający** dla zapewnienia odpowiedniej jakości użytkowej wód (zaopatrzenie ludności w wodę do picia, cele rekreacyjne, hodowla ryb itd.).

W wielu rzekach lubuskich stwierdza się zwiększoną ilość substancji biogennych (głównie związków azotu i fosforu). Wody jezior charakteryzują się również wysokimi stężeniami substancji biogennych, zwłaszcza fosforu, czego konsekwencją jest pojawienie się zakwitów fitoplanktonu, odtlenienie warstw przydennych, zmniejszenie przezroczystości wody i szereg innych zjawisk wskazujących na przyspieszoną eutrofizację.

Stan czystości głównych rzek przepływających przez województwo (Odra, Nysa Łużycka, Bóbr z dopływami i Warta z dopływami) uzależniony jest od źródeł zanieczyszczeń położonych poza granicami województwa, a w przypadku rzek granicznych – poza granicami kraju. Na stan czystości wód posiadających zlewnie wyłącznie na terenie województwa zasadniczy wpływ wywierają podmioty gospodarcze posiadające obiekty zlokalizowane nad poszczególnymi ciekami. Znaczący wpływ na jakość wód odbiorników wywierają nie zawsze dobrze oczyszczone ścieki komunalne odprowadzane z terenu miast i wsi oraz ścieki przemysłowe. Na jakość wód wpływ wywierają również zanieczyszczone wody opadowe i roztopowe, a także zanieczyszczenia pochodzące z rolnictwa.

Badania wykazują, że jakość rzek na terenie województwa lubuskiego na przeważającej ich długości jest niezadowalająca (odpowiadająca IV klasie czystości) – przede wszystkim z powodu zanieczyszczenia bakteriologicznego, a niekiedy nadmiernego zanieczyszczenia substancjami organicznymi oraz biogennymi. Zła jakość wód rzek województwa jest wynikiem presji związanej z odprowadzaniem do wód ścieków komunalnych i przemysłowych oraz z dopływem zanieczyszczeń ze źródeł przestrzennych, tj. spływów powierzchniowych z pól, pastwisk i łąk oraz zanieczyszczonych opadów atmosferycznych (wprowadzających do wód zanieczyszczenia z powietrza). Ograniczenie presji związanej z odprowadzaniem do wód ścieków wiąże się z budową wysokosprawnych oczyszczalni ścieków. Aktualnie w skali województwa 62,7% ogółu ludności obsługiwanych jest przez oczyszczalnie ścieków. Z kolei – tylko 52,5% ścieków oczyszczanych jest w wysokosprawnych procesach, z podwyższonym usuwaniem miogenów. Ograniczenie wpływu przestrzennych źródeł zanieczyszczeń może nastąpić poprzez upowszechnianie stosowania „Kodeksu dobrych praktyk rolniczych” (m.in. racjonalizacja nawożenia) oraz – poprzez działania na rzecz poprawy jakości powietrza, związane głównie z ograniczeniem emisji.

W województwie lubuskim w 2004 roku odprowadzono do wód powierzchniowych ogółem 38,2 mln m³ ścieków (w 2003 roku 38,5 mln m³). Bezpośrednio z zakładów przemysłowych



odprowadzono 6,6 mln m³ ścieków (w tym wody chłodnicze stanowiły 0,5 mln m³), z sieci kanalizacyjnej odprowadzono 31,6 mln m³ ścieków. Ścieki wymagające oczyszczenia stanowiły 37,7 mln m³, z czego oczyszczano 90,1%.

4.2 Zaopatrzenie ludności w wodę przeznaczoną do spożycia

W 2005 r. w porównaniu do lat ubiegłych (2003, 2004) poprawie uległo ilościowe i jakościowe zaopatrzenie ludności województwa lubuskiego w wodę przeznaczoną do spożycia. Poprawa była głównie wynikiem oddania do użytku nowych wodociągów, poprawy technologii uzdatniania wody, rozbudowy sieci wodociągów już istniejących i sukcesywnego wyłączenia z użytku „małych” wodociągów lokalnych, dostarczających niejednokrotnie wodę niepewnej jakości.

W 2005 r. z wody wodociągowej odpowiadającej wymaganiom korzystało w miastach 95,6% mieszkańców województwa, a pozostałe 4,4%, tj. 30 054 osób - z wody nie odpowiadającej wymaganiom sanitarnym.

W porównaniu z 2004 r. liczba ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym w miastach województwa lubuskiego zwiększyła się o 5,7% (tj. o 30 619 osób). Miało to związek przede wszystkim z podłączeniem „małych”, lokalnych wodociągów do istniejących, i rozbudowujących się sieci wodociągowych, spełniających wymagania sanitarne zarówno pod względem sanitarno – technicznym, jak i jakości dostarczanej przez nie wody.

Ze skontrolowanych 594 wodociągów na terenach wiejskich, 474 dostarczało wodę odpowiadającą wymogom, z których korzystało 238 463 osób, czyli 83,5% mieszkańców. W porównaniu do 2004 r. liczba ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom sanitarnym na terenach wiejskich woj. lubuskiego zwiększyła się o 6 134 osoby (0,8%).

Najczęstszą przyczyną kwestionowania jakości wody na terenach wiejskich były parametry fizykochemiczne (zawartość manganu, żelaza, barwa i mętność, azotany), a w kilku przypadkach parametry bakteriologiczne.

We wszystkich przypadkach nieznacznego pogorszenia się jakości wody wodociągowej pod względem fizyko – chemicznym wodę warunkowo dopuszczano do użytkowania i egzekwowano jej poprawę, a w przypadkach mikrobiologicznego pogorszenia się jakości wody w zależności od rodzaju i skali stwierdzonej przekroczonej wartości wskaźnika wprowadzono obowiązek okresowej lub ciągłej dezynfekcji lub zakaz korzystania z wody.

W **powiecie zielonogórskim** w 2005 r. 97,60% mieszkańców, korzystających ze zbiorowego zaopatrzenia w wodę, korzystało z wody odpowiadającej wymaganiom sanitarnym.

W 2005 r. na skontrolowanych 41 studni publicznych w miastach, żadna nie dostarczała wody odpowiadającej wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 19 listopada



2002 r., natomiast na terenach wiejskich, na skontrolowanych 11 studni publicznych, tylko 3 dostarczały wodę odpowiadającą wymaganiom. Ze względu na niewystarczającą ilość studni publicznych oraz złą jakość dostarczanej przez większość z nich wody – awaryjne zaopatrzenie w wodę miejscowości zwodociągowanych należy ocenić podobnie jak w latach 2003 i 2004 jako niezadowolające.

4.3 Czystość powietrza

W 2005 r. w województwie lubuskim nie odnotowano przekroczenia dopuszczalnego poziomu średniodobowego stężenia dwutlenku siarki w powietrzu atmosferycznym, który wynosi 125 ng/m^3 . Stan zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego dwutlenkiem siarki w woj. lubuskim należy uznać za niski. Obserwuje się wyższe stężenie tego zanieczyszczenia w sezonie grzewczym, co wiąże się z dużym udziałem spalania paliw stałych w emisji dwutlenku siarki.

W 2005 nie stwierdzono również przekroczenia dopuszczalnego poziomu średniorocznego stężenia dwutlenku azotu (który wynosi 40 ng/m^3) oraz pyłu zawieszonego BS (40 ng/m^3). Stwierdzono przekroczenia stężenia średniodobowego pyłu zawieszonego BS (50 ng/m^3) w stanowiskach pomiarowych w: Świebodzinie (17 razy), Nowej Soli (15 razy), Drezdenku (10 razy) i Żarach (9 razy), przy dopuszczalnej częstotliwości przekroczenia dopuszczalnego poziomu tego stężenia w roku kalendarzowym – 35 razy.

W 2005 r., w porównaniu do roku 2004, uległo wzrostowi średnioroczne stężenie pyłu zawieszonego PM 10, jednak nie przekraczało ono dopuszczalnego poziomu stężenia (40 ng/m^3). Najniższe średnioroczne stężenie tego zanieczyszczenia, podobnie jak w roku 2004, odnotowano na stanowisku pomiarowym w Zielonej Górze, gdzie wyniosło $22,3 \text{ ng/m}^3$. W 2005 r. na wszystkich stanowiskach pomiarowych stężenia pyłu zawieszonego PM 10 w woj. lubuskim stwierdzono przekroczenia stężenia średniodobowego, które wynosi 50 ng/m^3 , przy dopuszczalnej częstotliwości przekroczenia dopuszczalnego poziomu tego stężenia w roku kalendarzowym – 35 razy.

Województwo lubuskie zajmuje 14-te miejsce w kraju pod względem emisji zanieczyszczeń pyłowych i również 14-te pod względem emisji zanieczyszczeń gazowych, szczególnie uciążliwych dla czystości powietrza. W 2004 roku emisja zanieczyszczeń gazowych z zakładów szczególnie uciążliwych z terenu województwa lubuskiego wyniosła 2 110,6 tys. ton (w 2003 roku: 1 785 tys. ton), co stanowi ok. 1% ogólnej masy emitowanych zanieczyszczeń gazowych z terenu Polski. Wielkość emisji pyłów w województwie lubuskim osiągnęła poziom 3,1 tys. ton (w 2003 roku – 3,2 tys. ton), co w odniesieniu do całkowitej ilości i emitowanych pyłów w Polsce stanowi 2,51 %.

W świetle oceny stężeń zanieczyszczeń w powietrzu na obszarze województwa lubuskiego i przeprowadzonej na tej podstawie ocenie stref (odpowiadających powiatom) według kryteriów istotnych dla ochrony zdrowia populacji, powiat zielonogórski zaliczono do klasy A.



Tabela 75

Emisja i redukcja przemysłowych zanieczyszczeń powietrza w 2004 r.

Wyszczególnienie	Województwo lubuskie	Powiat zielonogórski
Emisja zanieczyszczeń pyłowych	3147	163
w tym ze spalania paliw	2947	86
Emisja zanieczyszczeń gazowych	33486	22665
w tym dwutlenek siarki	5207	229
Zanieczyszczenia zatrzymane w urządzeniach do redukcji zanieczyszczeń - w % zanieczyszczeń pyłowych	97,7	96,1

Źródło: Dane GUS.

Tabela 76

Emisja przemysłowych zanieczyszczeń powietrza z zakładów szczególnie uciążliwych w powiecie zielonogórskim w mg/rok, w latach 2001 – 2002

Zanieczyszczenia pyłowe	Zanieczyszczenia gazowe
131	71382

Źródło: Dane GUS.

W świetle oceny stężeń zanieczyszczeń w powietrzu występujących w 2005 r. na obszarze województwa lubuskiego i przeprowadzonej na tej podstawie klasyfikacji, powiat **zielonogórski**, według **kryteriów określonych dla ochrony zdrowia** oraz w celu ochrony roślin, **zaliczono do klasy A** (co oznacza poziom stężeń zanieczyszczeń nie przekraczający wartości dopuszczalnej).

4.4 Infrastruktura komunalna

4.4.1 Oczyszczalnie ścieków

W województwie lubuskim w 2004 r. funkcjonowało 89 komunalnych oczyszczalni ścieków o łącznej przepustowości 229,5 tys. m³ na dobę. W większości były to oczyszczalnie biologiczne (59 obiektów) i z podwyższonym usuwaniem biogenów (25 obiektów). Znikomą część stanowiły oczyszczalnie mechaniczne (5 obiektów). W 2004 roku komunalne oczyszczalnie ścieków obsługiwały 62,7% ludności województwa, w tym 89,3% ludności miast i 14,8% ludności obszarów wiejskich.



Tabela 77

Ścieki przemysłowe i komunalne oraz ludność korzystająca z oczyszczalni ścieków w 2004 r.

Wyszczególnienie	Województwo lubuskie	Powiat zielonogórski
Ścieki (dm ³)	37 665	2 094
Ścieki oczyszczane (dm ³)	33 923	1 871
mechanicznie (%)	4,7	3,6
chemicznie i biologicznie (%)	32,8	71,6
z podwyższonym usuwaniem biogenów (%)	52,5	14,1
Ścieki nieczyszczone (dm ³)	3742	223
w tym odprowadzone siecią kanalizacyjną (dm ³)	3510	131
Ludność korzystająca z oczyszczalni ścieków w % ludności ogółem	62,7	38,0

Źródło: Dane GUS.

4.4.2 Wodociągi i kanalizacja

Sytuacja w zaopatrzeniu ludności w wodę na terenie całego województwa lubuskiego jest dobra i wciąż ulega dalszej poprawie. Zdecydowana większość mieszkańców korzysta z wody z ujęć przeznaczonych do zbiorowego zaopatrzenia w wodę. Wodociągi przeznaczone do zbiorowego zaopatrzenia w wodę oparte są o wody głębinowe (za wyjątkiem zaopatrzenia Zielonej Góry – tam istotną rolę odgrywa ujęcie na rzece Obrzycy w Zawadzie), charakteryzujące się dużą stabilnością składu fizyczno – chemicznego i bakteriologicznego).

Dane liczbowe dotyczące infrastruktury kanalizacyjnej w województwie lubuskim wskazują na brak sieci kanalizacyjnej na części terenu województwa, co powoduje niekorzystne dla środowiska niedostosowanie systemów: wodociągowego i kanalizacyjnego.

Tabela 78

Sieci wodociągowe i kanalizacyjne w woj. lubuskim i w powiecie zielonogórskim

Wyszczególnienie	Sieć (km)		Połączenia prowadzące do budynków mieszkalnych		Stopień skanalizowania w %
	wodociągowa	kanalizacyjna	wodociągowe	kanalizacyjne	
województwo lubuskie	5333,5	1786,8	109585	49950	62,1
powiat zielonogórski	646,8	141,7	13510	2416	43

Źródło: Dane GUS.

Dane dotyczące udziału ludności korzystającej z sieci wodociągowej i kanalizacyjnej na terenie województwa wskazują na potrzeby inwestycyjne w tym zakresie zwłaszcza na



terenach wiejskich, gdzie koszty z racji większych odległości oraz mniejszej ilości odbiorców są relatywnie wyższe.

Tabela 79

**Ludność korzystająca z sieci wodociągowej i kanalizacyjnej w województwie lubuskim
(w% ludności ogółem)**

Wyszczególnienie	2003	2004		
		ogółem	miasta	wieś
Sieć wodociągowa	87,5	87,9	95,4	74,6
Sieć kanalizacyjna	59,6	60,4	85,4	15,4

Źródło: Dane GUS.

4.4.3 Infrastruktura techniczna związana z zaopatrzeniem w wodę oraz oczyszczaniem ścieków w gminach powiatu zielonogórskiego

⇒ **Gmina Trzebiechów**

Mechaniczno-biologiczna oczyszczalnia ścieków w Trzebiechowie została uruchomiona w 1999 r. W latach 2003-2004 długość sieci kanalizacyjnej wynosiła 2,0 km a maksymalna wydajność oczyszczalni 240m³/d. W 2005 roku, po modernizacji, wydajność oczyszczalni wzrosła do max. 340m³/d.

Tabela 80

Stan infrastruktury technicznej związanej z zaopatrzeniem w wodę, pobór wody oraz roczne zużycie wody

Wyszczególnienie	Długość sieci		Roczny pobór (dm ³)		Sprzedaż wody	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
SUW Trzebiechów	6,2	6,2	131,4	148,1	124,7	122,3
sieć Mieszkowo	1,2	1,2	-	-	-	-
sieć Swarzynice	-	6,4	-	-	-	-
SUW Podlegórz	5,2	5,2	11,9	27,4	11,0	14,3
sieć Radowice	2,9	2,9	-	-	-	-
SUW Swarzynice	1,3	-	8,2	-	8,0	-
sieć Ostrzyce	-	4,2	-	-	-	-
SUW Głuchów	4,1	4,1	13,5	28,2	12,0	15,5
sieć Borek	4,0	4,0	-	-	-	-
sieć Gębice	-	2,1	-	-	-	-
SUW Głębowa	-	3,0	-	3,5	-	1,5
SUW Ledno	-	2,0	-	4,0	-	3,2

Źródło: Zakład Gospodarki Komunalnej w Trzebiechowie.

⇒ **Gmina Babimost**

Gmina posiada oddaną do użytku w 1994 r. mechaniczno-biologiczną oczyszczalnię ścieków w Babimoście, która obsługuje skanalizowane miasto, do której podłączono jednostkę wojskową (wyłączając zdekapitalizowaną wojskową oczyszczalnię ścieków). W kolejnych latach oddawano do użytku poszczególne odcinki sieci kanalizacji sanitarnej na terenie



Babimostu. Łączna długość sieci sanitarnej w Babimoście wynosi 14.198 mb. W latach 2003-2005 rozpoczęto budowę kanalizacji sanitarnej we wsi Nowe Kramsko, której długość wynosi 1.330 mb oraz Podmoklach Wielkich o długości 960 mb - inwestycja nie została jeszcze skończona.

Po skanalizowaniu całej gminy ścieki będą odprowadzane kolektorem tłocznym do oczyszczalni w Babimoście. W 2005 r. nastąpił spadek ilości przyjętych ścieków z 217.000 m³ w 2004 r. do 153.110 m³ (spadek ten spowodowany był likwidacją jednostki wojskowej w Babimoście).

W 2002 r. wybudowano w Babimoście Automatyczną Stację Uzdatniania Wody.

W latach 2002-2005 wybudowano sieć wodociągową o łącznej długości 23,86 km. Cała gmina jest zwodociągowana. Ogólna długość sieci wodociągowej wynosi 69,36 km.

W 2003 r. do Gminnej Sieci Wodociągowej zostały włączone wsie Podmokle Wielkie, Zdzisław oraz Nowe Kramsko. W 2004 r. włączono Podmokle Małe i Laski.

W ww. miejscowościach automatycznie wyłączono z użytkowania stare hydrofornie. Planowane jest: podłączenie wsi Kolesin-Janowiec do stacji wodociągowej w Starym Kramsku (wymiana około 2000 mb sieci wodociągowej azbestowej).

⇒ **Gmina Kargowa**

System zaopatrzenia w wodę w gminie Kargowa oparty jest o 3 stacje uzdatniania wody (średni wiek stacji - 30 lat) oraz sieć wodociągową o łącznej długości 30,7 km wyposażonych w 687 przyłączy.

Stopień zwodociągowania gminy wynosi 73%, stopień opomiarowania - 93%, a średnie zużycie wody na jednego mieszkańca 170 l/d.

Mieszkańcy miejscowości: Kargowa, Chwalim, Smolno Wielkie, Dąbrówka (łącznie 4 241 osób) korzystają z sieci wodociągowej będącej własnością Gminy Kargowa (operatorem jest ZGKiM). natomiast mieszkańcy miejscowości: Obra Dolna, Nowy Jaromierz, Stary Jaromierz, Karszyn, Wojnowo, Smolno Małe, przysiółki Przeszkola i Kaliska (łącznie 1540 osób) korzystają z ujęć własnych.

Na terenie gminy działają 3 wodociągi komunalne:

§ ujęcie Kargowa (długość czynnej sieci rozdzielczej - 23 km, liczba przyłączy- 518),

§ ujęcie Smolno Wielkie (odpowiednio: 6,2 km; 148),

§ ujęcie Dąbrówka (odpowiednio: 1,5 km; 21).

Pobór wody w gminie wyniósł w 2005 r. 258,4 dam³ (1999 r. – 138,8 dam³). Natomiast roczne zużycie wody w 2005 r. wyniosło 212,8 tys. m³ (1999 r. – 132,8 tys. m³).

W 1995 r. została oddana do eksploatacji oczyszczalnia roślinno-stawowa typu „Lemna” w Kargowej o przepustowości maksymalnej 1008 m³/d. Z oczyszczalni ścieków korzysta



Kargowa, posiadająca jedną przepompownię, 1,67 km sieci tłocznej, 11,43 km sieci grawitacyjnej, 2,8 km połączeń sieci kanalizacyjnej do 362 budynków. W pozostałych miejscowościach ścieki są gromadzone w zbiornikach bezodpadowych, a następnie dowożone na oczyszczalnię.

⇒ **Gmina Bojadła**

Na terenie gminy Bojadła funkcjonują 4 wodociągi:

- § wodociąg grupowy Bojadła-Klenica-Kartno-Przewóz (ujęcie wody i stacja uzdatniania usytuowana jest w Bojadłach; ujęcie składa się z dwóch studni o głębokości 42 m i 47 m i posiada zatwierdzone zasoby eksploatacyjne 89m³/h; sieci wodociągowe magistralne i rozdzielcze mają dł. 29,7 km);
- § wodociąg grupowy Pyrnik-Młynkowo (ujęcie w Pyrniku składające się z dwóch studni o głębokości 30 m i zatwierdzonych zasobach eksploatacyjnych 22m³/h; długość sieci magistralnej i rozdzielczej wynosi 3,7 km);
- § wodociąg Belcze (2 studnie o głębokości 20 m każda oraz zatwierdzonych zasobach 28 m³/h; długość sieci - 1,65 km);
- § wodociąg Wirówek (2 studnie o głębokości 21 m i zatwierdzonych zasobach 6 m³/h; długość sieci wodociągowej - 0,5 km).

⇒ **Gmina Czerwieńsk**

Woda pobierana jest z podziemnych ujęć wody. Miasto Czerwieńsk posiada 3 ujęcia wody pitnej. Inne ujęcia to: ujęcie w Płotach, Nietkowie, Sudole, w Nietkowicach. Woda z ujęcia Czerwieńsk i Płoty spełnia wymagania i nadaje się do spożycia przez ludzi bez jej uzdatniania. Sieć wodociągowa jest wykonana głównie z PCV.

W Czerwieńsku znajduje się oczyszczalnia mechaniczno-biologiczna ścieków o przepustowości 1100 m³/d. W 2003-2005 roku oczyszczalnia obsługiwała 97% liczby mieszkańców objętych siecią kanalizacyjną. Najstarsza część kanalizacji wykonana była w przeważającej części z kamionki a nowsza z PCV.

W 2005 r. ogólne zużycie wody wyniosło 329 dam = 901 m³/d (w 1999 r. - 862 m³/d). Ogółem długość sieci wodociągowej w 2005 r. wynosiła 73,7 km, a kanalizacyjnej 8 km.

Do oczyszczalni ścieków w Czerwieńsku dopłynęło i zostało oczyszczonych: 140 dam w 1999 r., 134 dam w 2005 r.

⇒ **Gmina Nowogród Bobrzański**

Na terenie miasta i gminy gospodarką wodościekową zajmuje się:

- § Zakład Gospodarki Komunalnej w Nowogrodzie Bobrzańskim obsługujący miasto Nowogród Bobrzański i wsie: Kępina, Cieszów, Białolice, a w przyszłości Dobroszów Mały;



§ Spółka wodno-ściekowa zarządzająca wodociągami w Bogaczowie, Pierzwinie i Doroszowie Wielkim i dostarczająca wodę do pozostałych miejscowości.

Wszystkie stacje ujęć są w dobrym stanie. W 2005 r. produkcja wody wyniosła: 163.800 m³ (Spółka wodno-ściekowa) oraz 223.100 m³ (MGZGKiM), przy odpowiednio: 91.700 m³ i 285.600 m³ w 1999 r.

W Nowogrodzie Bobrzańskim jest miejska oczyszczalnia ścieków obsługująca 80% mieszkańców. Oczyszczalnie ścieków znajdują się również w Pierzwinie i Bogaczowie (do modernizacji). W 2005 r. przyjęcie ścieków wyniosło: 34.152 m³ (Spółka wodno-ściekowa) oraz 123.900 m³ (MGZGKiM), przy odpowiednio: 8.363 m³ i 162.100 m³ w 1999 r.

⇒ **Gmina Zabór**

Wodociągi znajdują się w miejscowościach: Zabór-Tarnawa-Łaz, Droszków-Przytok, Milsko, Dąbrowa, Czarna, Wielobłota, Proczki. W 2005 r. długość sieci wodociągowej wynosiła 37,7 km (1999 r. – 34,2 km). Natomiast zużycie wody w 2005 r. wyniosło 109,6 tys. m³ (1999 r. – 118,5 m³).

Oczyszczalnia ścieków znajduje się w miejscowości Zabór. W 2005 r. długość sieci rozdzielczej oczyszczalni wynosiła 3,9 km (1999 r. – 1,7 km). Odprowadzone ścieki w 2005 r. wyniosły 30,8 m³ (1999 r. – 25,3 m³).

⇒ **Gmina Zielona Góra**

Tabela 81

Informacja o gospodarce wodno-ściekowej na terenie Gminy Zielona Góra w latach 1999 i 2005

Wyszczególnienie	1999	2005
Ilość ujęć wody	10	8
Długość sieci wodne (km)	79,6	140,4
Pobór wody (dam ³ /rok)	603,8	605,5
	w tym 172,2 zakup	w tym 102,7 zakup
Sprzedaż wody (dam ³ /rok)	332	453,2
Ilość oczyszczalni	3	2
Długość sieci kanalizacyjnej (km)	5,8	13,3
Ilość ścieków przyjętych do kanalizacji (dam ³ /rok)	34,5	52,8

Źródło: Komunalny Zakład Gospodarczy gminy Zielona Góra.

⇒ **Gmina Świdnica****Tabela 82****Informacja o gospodarce wodno-ściekowej na terenie Gminy Świdnica w latach 1999 i 2005**

Wyszczególnienie	1999	2005
Sieć wodociągowa (km)	42,2	44
Sieć kanalizacyjna (km)	12,4	17,7
Pobór wody (m ³)	86.663	97.108
Roczne zużycie wody (m ³)	86.542	97.023

Źródło: Zakład Usług Komunalnych w Świdnicy.

⇒ **Gmina Sulechów**

Na terenie gminy Sulechów znajduje się 6 ujęć wody:

- § Sulechów (SUW - 6 studni; bardzo nowoczesna SUW, zmodernizowana w 2005 r.; zapewnia dostawę wody dla całego miasta Sulechów, wsi Mozów, Kruszyna, Obłotne, Krężyły, Brzezie, Nowy Świat),
- § Kije – Góry „B” (SUW – 3 studnie; instalacja technologiczna w bardzo dobrym stanie; zapewnia dostawę wody dla wsi Kije, Głogusz i Góry „B”),
- § Klępsk (SUW – 2 studnie; zmodernizowana w 2005 r.; zapewnia dostawę wody dla wsi Klępsk, Łęgowo i Kunin),
- § Karczyn (Hydrofornia – 2 studnie; brak urządzeń dodatkowo uzdatniających wodę; zapewnia dostawę wody dla wsi Karczyn i Buków),
- § Cigacice – Górki małe (SUW – 2 studnie; zmodernizowana w 2003 r.; zapewnia dostawę wody dla wsi Cigacice, Górzynkowo, Leśna Góra, Górki Małe, Górki Zagórze),
- § Brzezie Pomorskie (SUW – 2 studnie; instalacja technologiczna, jak i cały obiekt w bardzo dobrym stanie; zapewnia dostawę wody dla wsi Brzezie Pomorskie, Brody i Pomorsko).

Na koniec 2006 r. Sulechowskie Przedsiębiorstwo Komunalne „SuPeKom” miało na stanie 119,8 km długości czynnej sieci rozdzielczej, bez przyłączy.

Tabela 83**Pobór wody, roczne i dobowe zużycie wody**

Rok	1999	2003	2004	2005
Pobór wody	1.666.500 m ³	1.635.800 m ³	1.455.500 m ³	1.472.500 m ³
Roczne zużycie wody	1.334.000 m ³	1.194.900 m ³	1.204.300 m ³	1.162.100 m ³
Dobowe zużycie wody	3.654,79 m ³	3.273,70 m ³	3.299,45 m ³	3183,84 m ³

Źródło: Sulechowskie Przedsiębiorstwo Komunalne „SuPeKom”.

Woda na terenie gminy Sulechów dostarczana przez Sulechowskie Przedsiębiorstwo Komunalne spełnia wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.



Sulechowskie Przedsiębiorstwo Komunalnemu w eksploatacji dwie oczyszczalnie ścieków na terenie gminy Sulechów. Oczyszczalnia we wsi Klępsk – bardzo prosta technologicznie mechaniczno-biologiczna – zapewnia oczyszczanie ścieków z „bloków” w Krępsku. W przyszłości przewiduje się wyłączenie tej oczyszczalni, a ścieki zostaną przepompowane rurociągiem tłocznym do drugiej oczyszczalni ścieków w Sulechowie, (bardzo nowoczesna mechaniczno-biologiczna z 1997 r.).

na koniec 2006 r. „SuPeKom” miał na stanie 29,7 km długości czynnej sieci sanitarnej ogólnospławnej i 17,4 km długości czynnej sieci sanitarnej na ścieki bytowo-gospodarcze.



5 Zasoby systemu ochrony zdrowia

Dla jak najpełniejszego zobrazowania sytuacji w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu zielonogórskiego informacje nt. zasobów systemu ochrony zdrowia obejmują dane dla całego województwa lubuskiego oraz na tym tle - szczególne dane dla powiatu.

5.1 Zakłady Opieki Zdrowotnej podległe Samorządowi Powiatu

5.1.1 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie

Tabela 84

Charakterystyka SP ZOZ w Sulechowie

Nazwa	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ulica, numer	Zwycięstwa 1
Kod pocztowy, miejscowość	66-100 Sulechów
Województwo:	lubuskie
Tel:	0-68-385-22-19
Fax:	0-68-385-22-19
Adres poczty elektronicznej zakładu	spzoz@spzozsulechow.med.pl spzoz@free.med.pl
Dyrektor	Beata Kucuń
Data rejestracji zakładu	28.12.1998 r.
Organ założycielski	powiat zielonogórski
Obszar działania	Obwód zapobiegawczo – leczniczy obejmujący teren powiatu zielonogórskiego, w tym przede wszystkim gminy: § Babimost, § Czerwieńsk (część), § Kargowa, § Sulechów, § Bojadła, § Trzebiechów.
Poziom referencyjny	I poziom
Krótką historia	
28.12.1998	Rejestracja SP ZOZ Sulechów.
31.12.1999	Restrukturyzacja zatrudnienia (41 osób).
1999	Likwidacja pralni szpitalnej.
2000	Likwidacja kuchni i bloku żywieniowego.
31.12.2000	Dalsza restrukturyzacja zatrudnienia (49 osób).



01.04.2000	Przeniesienie oddziału rehabilitacji do nowego budynku.
01.04.2000	Przeniesienie zakładu fizjoterapii do nowego budynku.
01.06.2000	Utworzenie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2000	I miejsce w kraju w konkursie „rodzić po ludzku”.
2001	Likwidacja Oddziału Dziecięcego i utworzenie p/oddz. Rehabilitacji Dziecięcej.
19.03.2001	Zmiana na stanowisku dyrektora.
31.12.2001	Dalsza restrukturyzacja zatrudnienia (40 osób).
2002	Zakup nowoczesnego sprzętu med.: laparoskop, kolonoskop, bronchofiberoskop, aparat do znieczuleń.
2002	Modernizacja kotłowni z węglowej na olejową i gazową.
2002	Zmiana systemu łączności telefonicznej
2003	Przekazanie dużego budynku przychodni dla starostwa powiatowego.
2003	Modernizacja bloku operacyjnego.
2003	Przeniesienie pogotowia ratunkowego – połączenie z izbą przyjęć.
2003	Restrukturyzacja zatrudnienia (11 osób).
2003	Wprowadzenie budżetowania komórek organizacyjnych SP ZOZ.
2003	Wprowadzenie standardów leczenia.
01.01.2004	Zmiana na stanowisku dyrektora.
2004	Wymiana taboru samochodowego w pogotowiu na własne karetki.
2004	Zysk na poziomie 1300 000 zł.
2004	Zakup nowej karetki.
2004	Remont i wyposażenie bloku operacyjnego.
2005	Zysk na poziomie 1 527 000 zł
2005	Wyposażenie Poradni Gastroenterologicznej.
2005	Rozpoczęcie procesu restrukturyzacji zakładu.
VI. 2006	Zysk na poziomie 800 000 zł.
VI. 2006	Modernizacja ujęcia wody.
VI. 2006	Połączenie rehabilitacji ogólnej z oddziałem rehabilitacji dziecięcej.
VI> 2006	Splata zobowiązań pracowniczych oraz cywilnoprawnych.
Struktura organizacyjna w zakresie działalności podstawowej	
I. Jednostki organizacyjne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Szpital w Sulechowie 2. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej 3. Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej 4. Zakład Fizjoterapii 5. Pogotowie Ratunkowe (Pomoc Doraźna)
II. Wewnętrzne komórki organizacyjny działalności podstawowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Izba Przyjęć Szpitala 2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej 3. Oddział Wewnętrzny 4. Oddział Położniczo – Ginekologiczny 5. Oddział Neonatologii 6. Oddział Rehabilitacyjny (z Pododdziałem Rehabilitacji Dziecięcej) 7. Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii



	<ol style="list-style-type: none"> 8. Blok Operacyjny - Zabiegowy 9. Apteka Zakładowa 10. Poradnia Chirurgii Ogólnej 11. Poradnia Chirurgii Onkologicznej 12. Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej 13. Poradnia Gastroenterologiczna 14. Poradnia Ginekologiczno – Położnicza (w Sulechowie, Kargowej, Babimoście) 15. Szkoła Rodzenia 16. Poradnia Neonatologiczna 17. Poradnia Laktacyjna 18. Poradnia Rehabilitacyjna 19. Poradnia Leczenia Bólu (Neurologiczna) 20. Poradnia Medycyny Paliatywnej 21. Poradnia Medycyny Pracy 22. Pracownia Analityki Ogólnej 23. Pracownia Biochemii 24. Pracownia Hematologii 25. Pracownia Serologii 26. Pracownia Cytologii 27. Pracownia RTG 28. Pracownia USG 29. Pracownia EKG 30. Pracownia Fizykoterapii 31. Pracownia Kinezyterapii 32. Pracownia Hydroterapii 33. Sterylizatornia 34. Zespół Wyjazdowy Wypadkowy „W” 35. Zespół Wyjazdowy Reanimacyjny „R” 36. Poradnia Patologii Ciąży 37. Ambulatorium Ogólne 38. Poradnia Lekarza POZ w Sulechowie
Lokalizacja zakładu i udzielane świadczenia zdrowotne	
Lokalizacja zakładu	Zakład umiejscowiony jest w 3 budynkach położonych przy ulicy o dużym natężeniu ruchu. Jeden z budynków (Rehabilitacja) znajduje się w odległości 300 m od pozostałych.

Rodzaje i zakres świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> § badania i porady lekarskie § leczenie § badania i terapia psychologiczna § rehabilitacja lecznicza § opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, pobytem oraz nad noworodkiem § badania diagnostyczne i opieka nad niepełnosprawnymi § opieka paliatywna § stacjonarne usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze § orzekanie o stanie zdrowia § czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
Charakterystyka oddziałów	



Oddział Wewnętrzny	32 łóżka, których wykorzystanie wynosi 68%, średni pobyt pacjenta – 5,4 dnia (I-VI.2006 r.); wyposażony w sprzęt standardowy: kardiomonitory, defibrylator, aparat Holtera (konieczność zakupu nowego), sprzęt do prób wysiłkowych; w latach 2002-2004, przy pomocy sponsorów i pracowników interwencyjnych, wyremontowano salę intensywnego nadzoru, 4 sale chorych, łazienki, kuchenkę oddziałową, dyżurkę pielęgniarską i korytarze, wymieniono 80% okien;
Oddział Chirurgii ogólnej i onkologicznej	25 łóżek, wskaźnik wykorzystania łóżek – 82%, średni pobyt pacjenta – 4,7 dnia (I-VI.2006 r.); wyposażony w sprzęt standardowy (konieczność zakupu przenośnego aparatu RTG); w 2004 r. po gruntownym remoncie przeniesiono do pomieszczeń piwnicznych pomieszczenia administracyjne, dyżurki pielęgniarki oddziałowej i lekarskie – poprawa warunków lokalowych pacjentów; konieczność wymiany okien oraz stolarki drzwiowej w celu dostosowania do wymogów sanitarno-epidemiologicznych;
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	32 łóżka (13 położniczych, 13 ginekologicznych, 6 patologii ciąży), wskaźnik wykorzystania łóżek – 63%, średni pobyt pacjenta – 3,8 dnia (I-VI.2006 r.); wyposażony w sprzęt standardowy i ponadstandardowy; Oddział posiada 3 pojedyncze sale porodowe, w tym 1 sala do porodów w immersji wodnej oraz odrębną salę operacyjną do cięć cesarskich; dokonano częściowej wymiany okien; SP ZOZ Sulechów zdobył I nagrodę w akcji „Rodzić po ludzku 2000”, obejmującej zasięgiem cały kraj (wraz ze szpitalem w Pucku i Sokółce). Jest to bardzo ważne i znaczące wyróżnienie, gdyż oceniającymi były same kobiety, pacjentki szpitali. Kryteria oceny były bardzo ostre: żeby wygrać, trzeba było zdobyć maksymalne oceny, czyli 5 gwiazdek i 5 serc. Przy wyborze zastosowano konsekwentnie regułę: oceny kobiet są najważniejsze! SP ZOZ Sulechów otrzymał w nagrodę pieluszki i środki czystości o wartości 15 tys. zł. Ponadto tytuł najżyczliwszej lekarki zdobyła dr Irena Magdziorz, zatrudniona w SP ZOZ Sulechów. Kobiety doceniły serce, poświęcenie, otwartość i życzliwość wybranych pielęgniarek i położnych, a w listach nazywały: "skarabami", "prawdziwymi przyjaciółmi" i "aniołami". W 2006 roku, w akcji „Rodzić po ludzku” Oddział zdobył II miejsce w kraju.
Oddział Neonatologiczny	16 łóżek, wskaźnik wykorzystania łóżek – 51%, średni pobyt pacjenta – 3,4 dnia (I-VI.2006 r.), Oddział prowadzony jest w systemie rooming-in; wyposażony nowoczesnie; posiada 3 inkubatory dla noworodków, aparat CPAP – do prowadzenia wspomaganego oddechu noworodka, aparaty do przesiewowego badania słuchu. W 2006 roku, w akcji „Rodzić po ludzku” Oddział zdobył II miejsce w kraju.
Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii	5 łóżek, wskaźnik wykorzystania łóżek – 58%, średni pobyt pacjenta – 4,7 dnia (I-VI.2006 r.); wyposażony w aparaturę standardową do leczenia chorych w bardzo ciężkich stanach; posiada 4 respiratory, 4 kardiomonitory; konieczność kolejnych zakupów sprzętu specjalistycznego monitorującego stan pacjentów;
Oddział Rehabilitacji	58 łóżek, wskaźnik wykorzystania łóżek – 102%, średni pobyt pacjenta – 19,9 dnia (I-VI.2006 r.); Oddział Rehabilitacji oddany do użytku w 2000 r., nowoczesnie urządzony; wyposażony w sprzęt standardowy i ponadstandardowy wielofunkcyjny aparat do elektroterapii, aparat ze zmiennym polem magnetycznym, diadynamiki, wanny do masażu, atlas Atlanta, materace do masażu, lasery, lampy Solux oraz inny sprzęt rehabilitacyjny; posiada basen i dwie nowe windy; na p/o Rehabilitacji Dziecięcej bardzo dobre warunki do wspólnego przebywania chorych dzieci wraz z rodzicami, przyjazny dla dzieci; przystosowany dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich; po remoncie i wymianie okien (znaczną oszczędność ciepła), wyposażony w nowy sprzęt rehabilitacyjny. W 2006 roku przeniesiono p/o Rehabilitacji Dziecięcej do budynku Oddziału Rehabilitacji.
Personel wg stopnia powiązania z procesem (VI. 2006 r.)	
§	personel medyczny – 191 osób
§	personel obsługi – 39 osób
§	personel administracyjny – 17 osób



Sale operacyjne (2006 r.)	<ul style="list-style-type: none">§ sale operacyjne (2 stoły operacyjne)§ 1 062 zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym (w tym 956 planowanych)§ 370 zabiegów operacyjnych w znieczuleniu dokanałowym (w tym 288 planowanych)
---------------------------	---



Tabela 85

Ilość łóżek, wskaźnik wykorzystania łóżek oraz średni czas pobytu pacjenta na oddziałach SP ZOZ Sulechów w latach 1999-2006

Oddziały	Ilość łóżek						Wskaźnik wykorzystania łóżek (%)						Średni pobyt pacjenta (dni)					
	1999	2002	2003	2004	2005	VI.2006	1999	2002	2003	2004	2005	VI.2006	1999	2002	2003	2004	2005	VI.2006
Wewnętrzny	60	40	32	32	32	32	60	70	76	63	63	68	6,6	6,7	6,7	5,6	5,4	5,4
Chirurgia	72	25	25	25	25	25	72	61	62	74	74	82	5,7	3,5	3,3	4,2	4,4	4,7
Położniczo - Ginekologiczny	-	32	32	32	32	32	-	68	68	64	54	63	-	4,7	4,5	4,4	4,0	3,8
Neonatologia	-	18	16	16	16	16	-	44	44	46	43	51	-	3,7	3,5	3,5	3,4	3,4
Rehabilitacyjny	74	55	52	52	59	58	74	97	78	98	98	102	6,5	18,4	17,0	23,1	22,4	19,9
Anestezjologia i Intensywna Terapia	43	5	5	5	5	5	43	54	66	54	55	58	5,4	3,2	3,4	3,1	4	4,7
Średnia	65	175	162	162	163	168	65	71	68	76	75	79	7,3	6,7	6,4	7,3	7,3	7,0

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Analiza powyższej tabeli prowadzi do następujących wniosków, dotyczących funkcjonowania oddziałów SP ZOZ w Sulechowie w latach 1999-2006:

- § liczba łóżek w zakładzie w latach 2002-VI.2006 zmalała ze 175 do 168 (o 4%); w 2003 r. przeprowadzona została restrukturyzacja łóżek: na Oddz. Neonatologicznym (z 18 łóżek do 16), na Oddz. Wewnętrznym (z 40 do 32) oraz na Oddz. Rehabilitacyjnym (z 55 do 52), w wyniku opisanej restrukturyzacji w 2004 r. wzrósł wskaźnik wykorzystania łóżek na Oddz. Neonatologicznym (o 2%) i na Oddz. Rehabilitacyjnym (o 20%),
- § wskaźnik wykorzystanie łóżek w 2006 (I-VI) roku w stosunku do roku 2002 i 1999 r. wzrósł odpowiednio na: Chirurgii (o 21 p.p., 10p.p.), Oddz. Neonatologicznym (o 7 p.p.), AilT (4 p.p., 15 p.p.), Oddz. Rehabilitacyjnym (o 5 p.p., 28 p.p.), natomiast zmniejszył się na: Oddz. Położniczo-Ginekologicznym (o 5 p.p. w stosunku do 2002 r.) i na Oddz. Wewnętrznym (o 2 p.p. w stosunku do 2002 r.),
- § średni pobyt chorego w okresie I-VI.2006 r. w porównaniu z rokiem 2002 wydłużył się o 4%, a w stosunku do roku 2004 i 2005 skrócił się o 4%.



Tabela 86

Hospitalizacje na oddziałach SP ZOZ Sulechów w latach 2002-2006

Wyszczególnienie	Udział w hospitalizacjach szpitala (%)					Ilość hospitalizacji ¹					Ilość osób hospitalizowanych				
	2002	2003	2004	2005	VI.2006	2002	2003	2004	2005	VI.2006	2002	2003	2004	2005	VI.2006
Oddział Chirurgii Ogólnej	23,2	25,2	17,7	20,8	18,9	1549	1679	1141	1113	553	1349	1429	1040	1043	516
Oddział Chirurgii Onkologicznej	-	-	6,8	7,0	6,5	-	-	435	376	189	-	-	365	304	169
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	24,6	25,6	26,4	28,6	31,7	1643	1711	1696	1530	928	1288	1294	1322	1233	793
Oddział Neonatologii	11,1	10,7	11,9	13,7	14,5	744	711	766	736	423	742	707	763	735	423
Anestezjologia i Intensywna Terapia	4,5	5,2	5,0	4,4	3,8	302	347	319	237	110	273	305	272	214	100
Oddział Wewnętrzny	22,3	19,6	19,3	24,7	24,6	1494	1307	1241	1326	720	1236	1067	1000	1065	631
Oddział Rehabilitacji	14,3	13,8	13,0	15,8	15,5	957	918	837	847	452	797	744	740	752	441
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6689	6673	6435	5359	2923	5197	5093	5066	4337	2509

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

W latach 2002-2005 ilość hospitalizacji w SP ZOZ Sulechów charakteryzowała się tendencją malejącą (spadek o 20% w 2005 r. w stosunku do 2002 r.). Podobnie było z liczbą osób hospitalizowanych (spadek o 17%).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji w 2005 r. były: na chirurgii ogólnej – zachorowania, chirurgii onkologicznej – nowotwory, na oddziale wewnętrznym – zachorowania, na oddziale położniczo – ginekologicznym – porody, na rehabilitacji oraz oddziale anestezjologii i intensywnej terapii – zachorowania.

¹ ilość hospitalizacji ogólnej jest mniejsza od hospitalizacji w oddziałach szpitalnych z powodu ruchu międzyoddziałowego.



W okresie I-VI.2006 r. hospitalizowanych było więcej kobiet niż mężczyzn na oddziałach: wewnętrznym (55%), chirurgii ogólnej (62%), chirurgii onkologicznej (75%), rehabilitacji (52%).

W okresie I-VI.2006 r. największy odsetek hospitalizowanych stanowiły osoby w wieku powyżej 65 roku życia: na oddziale wewnętrznym (65,5% kobiet i 45,9% mężczyzn), na oddziale chirurgii ogólnej powyżej (26,2% kobiet i 22,5% mężczyzn), na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (60,5% kobiet i 41,5% mężczyzn) oraz oddziale rehabilitacyjnym (34,6% kobiet i 25,9% mężczyzn). Na oddziale chirurgii onkologicznej największy odsetek hospitalizowanych stanowiły osoby w wieku 56-65 lat (33,3% kobiet i 42,5% mężczyzn). Natomiast na oddziale położniczo – ginekologicznym największy odsetek stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26-35 lat.



Tabela 87

Przyczyny hospitalizacji w oddziałach szpitalnych w latach 2003 - 2005

Wyszczególnienie	2003					
	oddział chirurgiczny		oddział wewnętrzny	oddział poł. - gin.	oddział rehabilitacji	OAIT
porody	0		0	698	0	0
zachorowania	992		1277	933	791	320
urazy, zatrucia	261		5	0	62	26
nowotwory	426		24	80	65	1
	ogólny	onkologiczny	2004			
porody	0	0	0	761	0	0
zachorowania	905	134	1219	855	734	288
urazy, zatrucia	210	0	4	0	81	25
nowotwory	24	302	16	81	22	6
	ogólny	onkologiczny	2005			
porody	0	0	0	729	0	0
zachorowania	888	60	1297	724	761	209
urazy, zatrucia	182	0	14	0	76	24
nowotwory	43	315	14	77	10	4
	ogólny	onkologiczny	VI.2006			
porody	0	0	0	429	0	0
zachorowania	441	41	682	645	51	91
urazy, zatrucia	80	0	5	0	22	7
nowotwory	18	153	13	51	5	0

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Najczęściej występującymi jednostkami chorobowymi na terenie działania SP ZOZ Sulechów w latach 2002-2005 były choroby nowotworowe, które charakteryzowała tendencja wzrostowa (wzrost o 19% w 2005 r. w stosunku do 2004 r.).



Tabela 88

Liczba i podział pacjentów wg wieku i płci oraz struktura hospitalizacji w oddziałach szpitalnych w okresie I-X 2006 r.

Wiek / Płeć	oddział wewnętrzny		chirurgia ogólna		OIOM		chirurgia onkol.		oddział poł. - gin.		rehabilitacja	
	K	M	K	M	K	M	K	M	poł.	gin.	K	M
0-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,0%	8,1%
15-25	2,5%	3,2%	6,5%	10,8%	2,5%	3,7%	2,1%	6,3%	34,0%	25,3%	2,1%	3,6%
26-35	3,0%	3,0%	9,0%	10,8%	3,7%	3,7%	5,3%	3,8%	60,1%	44,0%	4,5%	5,0%
36-45	3,8%	6,8%	14,4%	12,0%	3,7%	6,1%	8,2%	2,5%	5,9%	12,7%	11,0%	8,1%
46-55	13,3%	18,2%	23,3%	22,2%	14,8%	18,3%	30,5%	11,3%	-	11,7%	27,2%	24,8%
56-65	7,4%	22,9%	20,6%	21,6%	14,8%	26,8%	33,3%	42,5%	-	4,3%	14,7%	24,5%
powyżej 65	65,5%	45,9%	26,2%	22,5%	60,5%	41,5%	20,6%	37,5%	-	2,0%	34,6%	25,9%
	637	532	557	342	81	82	243	80	680	1058	382	359

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Tabela 89

Chorobowość i zapadalność na terenie działania SPZOZ w Sulechowie w latach 2002 - 2005

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005
Najczęściej występujące jedn. chorobowe (grupa)	S00-T98	S00-T98	S00-T98	S00-T98
choroby nowotworowe	1000	1095	1077	1192
zatrucia pokarmowe	29	8	13	12
inne choroby zakaźne	76	73	57	17
zatrucia chemiczne	27	10	21	17

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

W 2005 r. w stosunku do 2002 r. w SP ZOZ Sulechów nastąpił spadek urodzeń żywych o 3% oraz w stosunku do 2004 r. o 4%.



Tabela 90

Urodzenia w SP ZOZ Sulechów w latach 2002 – VI 2006

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	VI.2006
Żywo urodzone	756	710	762	731	429
Noworodki z niską wagą	20	27	13	25	12
Zgony niemowląt	3	0	0	1	0

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Tabela 91

Zgony, współczynnik zgonów oraz przyczyny zgonów w latach 2002 – VI 2006

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	VI.2006
Współczynnik zgonów	1,33	1,66	1,67	1,68	1,71
Zgony	90	101	106	104	61
Przyczyny zgonów	2002	2003	2004	2005	VI.2006
Choroby układu krążenia i naczyń krwionośnych	65	72	62	60	35
Choroby układu trawiennego	9	8	9	11	12
Choroby nowotworowe	10	8	13	13	6
Choroby układu oddechowego	-	9	-	5	5

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Współczynnik zgonów w SP ZOZ Sulechów w okresie 2002 – VI.2006 wykazywał tendencję rosnącą (wzrost o 25% w okresie I-VI.2006 w stosunku do 2002 r.) Najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia i naczyń krwionośnych oraz choroby nowotworowe.

Liczba porad specjalistycznych w SP ZOZ Sulechów w okresie 2002-2005 wykazywała tendencję malejącą (spadek o 23% w 2005 r. w stosunku do 2002 r.).

W latach 1999-2005 tendencją wzrostową charakteryzowała się liczba interwencji zespołów ratownictwa medycznego (wzrost o 38% w 2005 r. w stosunku do 1999 r., w tym interwencji zespołów „R” o 52% oraz zespołów „W” o 24%).



Tabela 92

Liczba porad specjalistycznych udzielonych w SP ZOZ Sulechów w latach 2002 – VI 2006

2002	2003	2004	2005	I - X. 2006
41 194	41 597	32 788	31 681	25 440

Źródło: SP ZOZ Sulechów.

Tabela 93

Statystyczna analiza zagrożeń w latach 1999 – VI 2006

Statystyczna analiza zagrożeń		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	do VI 2006
Interwencje zespołów ratownictwa medycznego	Ogółem	2769	2983	3033	3525	3610	3860	3814	1794
	w tym wypadki drogowe	218	200	193	189	175	199	207	90
	"R"	1344	1580	1663	1983	2026	1911	2045	876
	"W"	1425	1403	1370	1542	1584	1949	1769	810
Hospitalizacja (ogółem)		939	1119	1046	1032	1032	1157	1000	432
Zabici i ranni w wypadkach drogowych	zabici	2	3	1	3	7	3	9	2
	ranni	211	192	182	180	159	178	187	79
Analiza wypadków drogowych w powiecie zielonogórskim w 2005 roku w tym: wypadki z udziałem dzieci i młodzieży (0-18 lat) - przyczyny - rodzaje pojazdów sprawców		29	38	31	35	32	37	szkoła 8 inne 3 dom 3 ruch dr. 4 razem: 18	20
Ambulatorium - pomoc doraźna		4926	5147	5972	5832	5831	6026	6461	3207

Źródło: SP ZOZ Sulechów.



5.1.2 Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie

Choroby układu oddechowego stanowią główne schorzenie występujące u dzieci i młodzieży, a nie leczone i nie rehabilitowane sprawiają, że rośnie „chore społeczeństwo”.

Z danych statystycznych za rok 2003 wynika, że w 4 oddziałach dziecięcych województwa lubuskiego (Nowa Sól, Żagań, Zielona Góra, Gorzów Wlkp.) co 3 dziecko było hospitalizowane z powodu schorzeń dróg oddechowych, co stanowi 30% leczonych dzieci. W Wojewódzkim Programie Promocji Zdrowia na lata 2004-2008 stwierdza się, że do czynnej opieki medycznej zakwalifikowano z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego 13,6% dzieci i młodzieży. Natomiast z badań bilansowych za rok 2003 przeprowadzonych w województwie lubuskim wynika, że ilość zachorowań na przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci wzrasta sukcesywnie między 4, a 14 rokiem życia.

Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie jest jednostką nie zadłużoną i prowadzi racjonalną gospodarkę finansową. **Jest to jedyna w województwie wielkopolskim placówka, która realizuje świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego w trybie stacjonarnym, a w województwach ościennych występuje nisza rynkowa na tego typu świadczenia.**

§ Historia placówki

Placówka leczniczo-wychowawcza dla dzieci w Wojnowie szczyty się już ponad 50-cio letnią tradycją. Początki jej działalności sięgają stycznia 1953 roku, kiedy to zarządzeniem wojewody zielonogórskiego powołany został Państwowy Dom Zdrowia w Wojnowie. Nowopowstała instytucja posiadała charakter placówki zapobiegawczo-leczniczej o specjalności klimatyczno - zdrojowej i przeznaczona była dla dzieci przedszkolnych. Kierowano tu pacjentów z upośledzeniem fizycznym, niedożywionych, anemicznych, pochodzących z terenu całej Polski.

Po okresie pięcioletniej działalności, w 1958 roku Państwowy Dom Zdrowia został przemianowany na Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedyczne i podporządkowany organizacyjnie Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedycznemu dla Dzieci w Świebodzinie. Placówka obejmowała opieką i leczeniem rehabilitacyjnym dzieci w wieku od 3 do 10 lat. Dla małych pacjentów zorganizowano w 1958 roku dwuoddziałową szkołę podstawową. Był to załączek szkoły dla dzieci przewlekłe chorych w Wojnowie, która samodzielną jednostką organizacyjną stała się w 1961 roku.

1962 rok przyniósł kolejną zmianę profilu leczenia. Od 10 maja 1962 r. placówka pełniła zadania Sanatorium Rehabilitacyjnego dla Dzieci z Chorobą Reumatyczną. W roku szkolnym 1962/63 zwiększono liczbę pacjentów, a funkcjonująca przy sanatorium szkoła poszerzyła ofertę nauczania. Odtąd procesem dydaktyczno-wychowawczym objęte zostały dzieci przedszkolne oraz uczniowie wszystkich klas szkoły podstawowej.



W latach 1970-1980 sanatorium rozwinęło działalność przede wszystkim w dwóch specjalnościach: rehabilitacja po schorzeniach gorączki reumatycznej i infekcjach paciorkowcowych. Od roku 1980 opieką objęto również dzieci z chorobami serca i nerek oraz z zaburzeniami somatycznymi (np. niedoborem wagi i wzrostu). W konsekwencji zmieniono nazwę placówki na Sanatorium Rehabilitacyjne dla Dzieci. Od stycznia 1987 r. sanatorium poszerzyło działalność diagnostyczną o schorzenia na tle alergicznym. Rok 1998 przyniósł kolejne zmiany. W lipcu sanatorium nadano osobowość prawną jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Natomiast 1 grudnia zakład przemianowano na Ośrodek Leczenia Chorób Układu Oddechowego u Dzieci SPZOZ. **Natomiast decyzją Rady Powiatu Zielonogórskiego z dniem 01.01.2005 r. Ośrodek został przekształcony w Szpital Rehabilitacyjno – Leczniczy SP ZOZ w Wojnowie.**

Zmiany w nazewnictwie nie ominęły także szkoły. Decyzją Kuratora Oświaty z dnia 13 października 1992 roku szkoła w Wojnowie otrzymała miano Ośrodka Szkolno-Wychowawczego. Kolejne przemianowanie placówki wiązało się z reformą szkolnictwa w Polsce. Od 1 września 1999 roku placówka funkcjonuje jako Zespół Szkół w Wojnowie, w skład którego wchodzi: Szkoła Podstawowa i Gimnazjum.

§ Zasady przyjęć

Szpital Rehabilitacyjno – Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie jest kontynuatorem działalności Ośrodka Leczenia Chorób Układu Oddechowego u Dzieci oraz Sanatorium Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Wojnowie. Zmiana nastąpiła 01.01.2005 r.

Szpital podpisał umowę na udzielanie świadczeń medycznych dla dzieci z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Koszty rehabilitacji, leczenia i pobytu dziecka w placówce pokrywa NFZ.

Do Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej dzieci w wieku od 3 do 15 lat mogą kierować:

Lekarze z oddziałów szpitalnych w ramach kontynuacji leczenia:

- O/ Pulmonologii, O/ Alergologii, O/ Torakochirurgii, O/ Laryngologii, O/ Onkologii, O/ Dziecięcych,
- w uzasadnionych przypadkach - lekarz poradni chorób płuc, poradni alergologicznej i innej,
- lekarz rodzinny może kierować dzieci z nawracającymi schorzeniami dróg oddechowych po pobytach szpitalnych oraz po konsultacjach lekarzy specjalistów/ do konsultacji w Poradni Pulmonologicznej działającej przy Szpitalu, celem ostatecznej kwalifikacji do leczenia stacjonarnego w Oddziale Rehabilitacji.

Na rehabilitację i leczenie przyjmowane są dzieci z terenu całej Polski ze schorzeniami układu oddechowego i chorobami o podłożu alergicznym: nawracające zapalenie oskrzeli, zespoły zatokowo-oskrzelowe, astma oskrzelowa, stany po zapaleniu płuc (do 3 tygodni po zakończeniu leczenia), stany po przebyciu RDS, wrodzone wady układu oddechowego,



stany po zabiegach torakochirurgicznych, stan po aspiracji ciała obcego, rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem, wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom, takim jak: zespoły złego wchłaniania, EPI i inne schorzenia neurologiczne, zespół nerczycowy, wrodzone wady serca, wady postawy, itp. schorzenia.

§ Oferta placówki

Szpital posiada bardzo dobrą bazę lokalową, pozwalającą na wszechstronność terapii w postaci gabinetów kinezyterapii, psychoterapii indywidualnej i grupowej, terapii zajęciowej, pełnego zakresu fizykoterapii (elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, hydroterapia). Wykonuje także diagnostykę w zakresie chorób alergicznych (testy skórne, spirometrię, PEF, konsultacje lekarza alergologa, laryngologa, pulmonologa, pediatry, lekarza rehabilitacji medycznej, lekarza balneologii, klimatologii i rehabilitacji układu oddechowego, lekarza stomatologa, psychologa klinicznego). Wykonuje następujące rodzaje zabiegów: inhalacje, nebulizacje leków, magnetostymulację, naświetlanie lampą sollux, naświetlanie lampą lambda, lampą biotron, laseroterapia, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia korekcyjne, ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, ćwiczenia ogólnousprawniające, gimnastyka odchudzająca, drenaż złożeniowy, drenaż limfatyczny, nauka kaszlu, oklepywanie, masaż – aquavibron, masaż leczniczy, nauka czynności samoobsługi, muzykoterapia, terapia zajęciowa, terapia rekreacyjna, kąpiel perełkowa, kąpiel solankowa, EEG komplet oprogramowania do diagnozy i terapii zaburzeń u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zajęcia w pracowni logopedycznej i inne.

Przy przyjęciu do Szpitala obowiązuje skierowanie na kuponie książeczki RUM.

Rehabilitacja i leczenie dzieci zorganizowane jest systemem turnusowym – trwa od 4 do 6 tygodni, w zależności od kwalifikacji lekarza rehabilitacji i lekarza pulmonologii.

Przy Szpitalu działa Oddział Przedszkolny, 6 - klasowa Szkoła Podstawowa i I oraz II klasa Gimnazjum. Szkoła zapewnia również terapię zajęciową, całodzienną opiekę wychowawczą wraz z organizacją wolnego czasu.

W Szpitalu funkcjonuje Szkoła dla Dzieci Chorych na Astmę i Choroby Alergiczne. Edukacją chorych dzieci zajmuje się Zespół Terapeutyczny.

Rejestracja na przyjęcie planowe jest możliwa telefonicznie, za pomocą osoby trzeciej lub drogą e-mail.

Szpital Rehabilitacyjno – Leczniczy w Wojnowie zatrudnia 40 pracowników (37 etatów).

W ramach renegotjacji z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawarty został kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego na poziomie finansowania roku 2005.



§ Działalność szpitala w 2005 r.

Zrealizowany został w 100% kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, poddano rehabilitacji i leczeniu 500 pacjentów podczas turnusów trwających od 4 do 6 tygodni.

Wykonany został projekt architektoniczny pomieszczeń w pałacu w Wojnowie uwzględniający dostosowanie pomieszczeń i urządzeń zakładu do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Projekt został zatwierdzony przez konserwatora zabytków, uzyskał inne wymagane prawem pozwolenia i zezwolenia (w tym pozwolenie na budowę) oraz wydana została pozytywna opinia Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego dla programu dostosowawczego opracowanego na podstawie niniejszego projektu.

Wykonany został projekt architektoniczny i uzyskane zostały wszelkie wymagane prawem pozwolenia i zezwolenia dla zadania: "Modernizacja przepompowni ścieków przy pałacu w Wojnowie".

Wykonany został projekt architektoniczny i uzyskane zostało pozwolenie na budowę dla zadania „Renowacja pałacu w Wojnowie” (restauracja zewnętrzna oraz restauracja wnętrza pałacu z wymianą dachu, pozostałych do wymiany okien, remontem schodów i inne).

Wykonana została mapa geodezyjna dla celów projektowych terenów wokół pałacu z uwzględnieniem drzewostanu (przygotowanie do projektu na aranżację terenów zielonych wokół pałacu).

Wyremontowana została we własnym zakresie i wyposażona sala fizykoterapii. Remont pochłonął koszty materiałów o wartości ponad 20 tys. zł. Zakupiony sprzęt medyczny i rehabilitacyjny (materac do magnetostymulacji viofor, lampa do światłolecznictwa solux, lampa do światłolecznictwa lambda, aquavibron do hydromasażu suchego, lampa bakteriobójcza, mata do hydroterapii, 4 kozetki rehabilitacyjne) pochłonął koszt w wysokości ponad 22 tys. zł.

Wyremontowana została we własnym zakresie kuchnia szpitalna. Zakupiono do kuchni przystawkę do maszyny gastronomicznej.

Wzbogacono bazę informatyczną o dwa komputery.

Wdrożono system informatycznej obsługi bankowej.

Przeprowadzona została renowacja placu zabaw dla dzieci przy pomocy żołnierzy z jednostki wojskowej w Sulechowie.

Zrealizowano kilka zadań w ramach zaistniałych awarii (remont i wymiana kotła w hydroforni, remont dachu, remont przepompowni i inne).



Wykonany został projekt architektoniczny na budowę dźwigu w pałacu w Wojnowie oraz uzyskane zostały wszelkie wymagane prawem pozwolenia i zezwolenia.

Zakończony został I etap realizacji zadania: „Budowa i montaż dźwigu dla osób niepełnosprawnych i remont pomieszczeń higieniczno- sanitarnych. Wybudowany został szymblik i wyremontowane pomieszczenia higieniczno – sanitarne.

§ Działalność szpitala w 2006 r.

Zrealizowano projekt „Motylkowe szpitale”. Pozyskano środki finansowe z fundacji Pani Prezydentowej J. Kwaśniewskiej „Porozumienie bez barier” i wyremontowano sale maluchów, ozdobiono malowidłami postaci z bajek, zakupiono nowe szafy, pomalowano wszystkie łóżka dziecięce oraz zakupiono nową dziecięcą pościel.

Zrealizowano II etap zadania: „Budowa i montaż dźwigu dla osób niepełnosprawnych i remont pomieszczeń higieniczno - sanitarnych”. Zamontowano i oddano do użytku windę, którą wykonano ze środków powiatu zielonogórskiego oraz ze środków PFRON-u, będących w dyspozycji samorządu województwa.

Zakupiony został sprzęt rehabilitacyjnego do fizjoterapii za około 15 tys. zł ze środków PEFRON-u.

Wdrożony został system zarządzania jakością PN-EN ISO 9001:2001 oraz system HACCP.

Zakupiony został kardiomonitor i defibrylator ze środków przekazanych przez Fundację TVN „Nie jesteś sam” i Fundację Polsat za ponad 20 tys. zł.

Zarządzający placówką czynią starania w kierunku pozyskania środków finansowych z UE na realizację zakończonych projektów, celem podniesienia standardu świadczeń zdrowotnych dla małych pacjentów.

W okresie latach 2004-2005 oraz I połowie 2006 r. w placówce hospitalizowanych było 1 636 osób oraz udzielono 1 591 porad w Poradni Pulmonologicznej.

Tabela 94

Hospitalizacja w Szpitalu Rehabilitacyjno – Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie w okresie 01.01.2004 – 30.06.2006 (rozpoznanie według skutku)

Rozpoznanie wg skutku (w dniu przyjęcia na oddział)		Liczba hospitalizowanych
F95.1	Przewlekłe tiki ruchowe lub głosowe (wokalne)	1
J18.0	Nieokreślone odoskrzelowe zapalenie płuc	2
J18.9	Nieokreślone zapalenie płuc	3
J20.9	Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli	1
J30.0	Inne uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa	4
J30.1	Uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa spowodowane pyłkami kwiatowymi	75
J30.2	Inne sezonowe uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa	2
J30.3	Inne uczuleniowe zapalenie błony śluzowej nosa	5
J31.1	Przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i gardła	1
J32.0	Przewlekłe zapalenie zatok szczękowych	18
J32.1	Przewlekłe zapalenie zatok czołowych	1
J32.2	Przewlekłe zapalenie komórek sitowych	1



J35.0	Przewlekłe zapalenie migdałków	14
J35.1	Przerost migdałków podniebiennych	1
J37.0	Przewlekłe zapalenie krtani	47
J37.1	Przewlekłe zapalenie krtani i tchawicy	7
J40	Zapalenie oskrzeli nie określone jako ostre albo przewlekłe	132
J41.0	Przewlekłe proste zapalenie oskrzeli	321
J44.0	Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych	5
J45.0	Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych	397
J45.1	Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa	47
J45.8	Dychawica oskrzelowa mieszana	1
J47	Rozstrzenie oskrzeli	1
J98.9	Nieokreślona choroba układu oddechowego	529
K92.0	Wymioty krwawe	1
L20.0	Świerzbiczka skazowa Besniera	2
L20.9	Atopowe zapalenie skóry, nie określone	3
M41.0	Idiopatyczna skolioza dziecięca	1
M41.1	Idiopatyczna skolioza młodzieńcza	1
R05	Kaszel	11
R098	Inne określone objawy i oznaki chorobowe dotyczące układu krążenia i układu oddechowego	1
Razem		1 636

Źródło: Szpital Rehabilitacyjno – Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie.

§ Edukacja prozdrowotna – realizowane programy profilaktyczne

Szpital Rehabilitacyjno Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie realizuje Program Edukacyjno – Lecznicy Profilaktyki Chorób Układu Oddechowego Dzieci. Cele Programu są następujące:

- Ø **cel główny:** zmniejszenie częstotliwości nawrotów schorzeń dróg oddechowych u dzieci w wieku 5 – 15;
- Ø **cele pośrednie:**
 - ú upowszechnienie wiedzy o alergii i astmie,
 - ú realizowanie edukacji antynikotynowej,
 - ú diagnozowanie i leczenie chorób układu oddechowego,
 - ú zwiększenie skuteczności wykrywania wczesnych objawów astmy oraz kwalifikacja do leczenia specjalistycznego,
 - ú zmniejszenie hospitalizacji,
 - ú uzyskanie prawidłowej aktywności fizycznej dziecka,
 - ú obniżenie kosztów leczenia,
 - ú zmniejszenia absencji dzieci w szkole,
 - ú zmniejszenie absencji rodziców w pracy,
 - ú zmniejszenie wydatków zasiłków chorobowych,



- ú zmniejszenie kosztów związanych z transportem chorych do szpitali i na wizyty lekarskie.

Program adresowany jest do dzieci w wieku 5-15 lat (populacja województwa lubuskiego dzieci w wieku 5-15 lat wynosi 144,841 tys. dzieci). Uczestnikami programu są dzieci kierowane na turnusy przez ordynatorów oddziałów dziecięcych, lekarzy rodzinnych po uprzedniej konsultacji pulmonologicznej, specjalistów pulmonologów oraz lekarzy alergologów. Program realizowany jest w ramach 28-dniowych turnusów. Częstotliwość pobytu to maksymalnie 2 razy w roku.

§ Czerwcowe spotkania w Wojnowie – impreza cykliczna o charakterze gminnym

Uczestnicy programu: dzieci będące na turnusie rehabilitacyjnym, dzieci z pobliskich szkół podstawowych i gimnazjów z Kargowej, Sulechowa, Babimostu.

Cel programu: zaszczepienie wśród dzieci idei zdrowego stylu życia i zdrowego odżywiania się.

Budżet: sponsorzy.

Realizowane zadania: zabawy, gry, konkursy, przedstawienia, przygotowywanie posiłków, przekąsek, propagowanie zdrowego stylu życia, przedstawienia, koncerty, ognisko, spacer po zabytkowym parku i nad jeziorem, gimnastyka oddechowa, zapoznanie z świadczeniami udzielanymi przez Szpital Rehabilitacyjno – Leczniczy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie.

Planowane jest rozszerzenie zasięgu terytorialnego oddziaływania czerwcowych „zdrowych” spotkań w Wojnowie

§ Plany rozwoju szpitala

- ú Renowacja pałacu w Wojnowie: termomodernizacja dachu, wymiana okien, remont schodów, renowacja elewacji, remont wewnątrz budynku, podjazdy dla osób niepełnosprawnych, podłogi antypoślizgowe, okna pomiędzy salami chorych a korytarzami, malowanie ścian, renowacja podłóg, pozostałe prace konserwatorskie. Celem realizacji projektu jest odtworzenie zabytkowego charakteru pałacu w Wojnowie, którego w przeszłości właścicielem był **Bernard von Lippe** ojciec obecnie panującej królowej holenderskiej Beatrix z dynastii Orange Nassau. Wojnowo jest miejscem bardzo często odwiedzanym przez turystów polskich oraz niemieckich, jednak najchętniej przez holenderskich. **Książę Bernard przekazał pałac w Wojnowie oficjalnie władzom polskim z zastrzeżeniem, iż ma on służyć chorym dzieciom.**
- ú Modernizacja przepompowni ścieków – względy ochrony środowiska wymuszają modernizację istniejącej przepompowni.



- Renowacja zabytkowego parku i terenów wokół pałacu. Głównym celem jest podniesienie atrakcyjności turystyczno – kulturalnej pałacu w Wojnowie, renowacja obiektu, podniesienie standardów warunków pobytu chorych dzieci, poprawa infrastruktury ochrony zdrowia.

5.2 Personel medyczny

Informacje nt. personelu medycznego służby zdrowia w 2005 r. dotyczą wszystkich publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, pielęgniarskich i położniczych. Dane nie obejmują aptek ogólnodostępnych. Zatrudnienie wykazano w osobach, wg podstawowego miejsca pracy.

W 2005 r. w woj. lubuskim ogółem zatrudnionych było 9 255 osób z kwalifikacjami medycznymi. Najliczniejszą grupę zawodową stanowią:

- § pielęgniarki – 4 674,
- § położne – 605,
- § lekarze – 1 763,
- § dentyści – 419,
- § technicy analityki medycznej – 365,
- § technicy fizjoterapii – 255,
- § technicy elektroradiologii – 225.

W porównaniu do roku 2004 nastąpiło **zmniejszenie** ilości personelu medycznego, w tym głównie:

- § lekarzy – o 172 (w 12 powiatach),
- § pielęgniarek ze średnim wykształceniem – o 87 (w 7 powiatach),
- § techników analityki medycznej – o 14 (w 9 powiatach),
- § opiekunek dziecięcych – o 12 (w 6 powiatach),
- § psychologów – o 10 (w 7 powiatach).

W porównaniu do roku 2004 nastąpiło **zwiększenie** ilości personelu medycznego, w tym głównie:

- § ratowników medycznych – o 30 (w 8 powiatach),
- § lekarzy dentyistów – o 22 (w 8 powiatach),
- § personelu med. obsługującego aparaturę medyczną – o 17 (w 4 powiatach),
- § asystentek stomatologicznych – o 10 (w 5 powiatach).

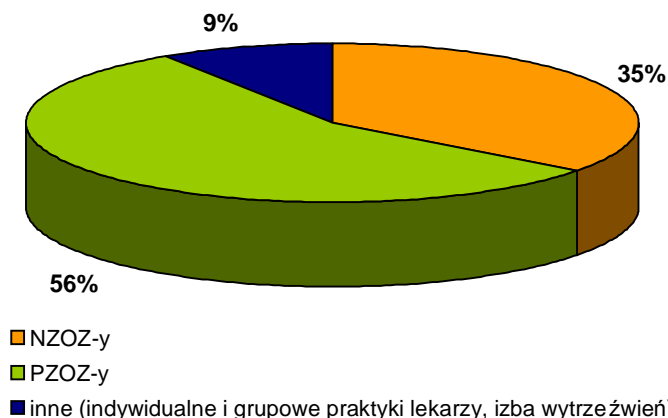


5.2.1 Zatrudnienie lekarzy

W 2005 r. zatrudnionych było 1 763 lekarzy. Specjalizację posiadało 1 530 lekarzy, co stanowiło 86,8% ogółu lekarzy (22,9% z I stopniem specjalizacji, 63,5% z II stopniem specjalizacji i 0,4% nowym trybem).

Wykres 29

Struktura zatrudnienia lekarzy na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

W 2005 r. na 10 tys. ludności w woj. lubuskim przypadało średnio 17,47 zatrudnionych lekarzy (w 2004 r. - 19,17, a w 2003 r. - 18,71). Najwyższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy podobnie jak w latach ubiegłych wystąpiły w powiatach: grodzkim Gorzów Wlkp. - 31,89 (2004 r. - 32,57), **grodzkim Zielona Góra** - 31,38 (2004 r. - 32,23), świebodzińskim - 21,07 (2004 r. - 24,19), nowosolskim - 20,27 (2004 r. - 21,20).

W powiecie zielonogórskim w 2005 r. zanotowano najniższy wskaźnik zatrudnienia lekarzy - 8,39 (2004 r. - 10,79).

Najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy wystąpiły ponadto w powiatach: wschowskim - 8,72 (2004r. - 15,92), gorzowskim - 9,04 (2004r. - 11,44), słubickim - 9,19 (2004r. - 10,44).

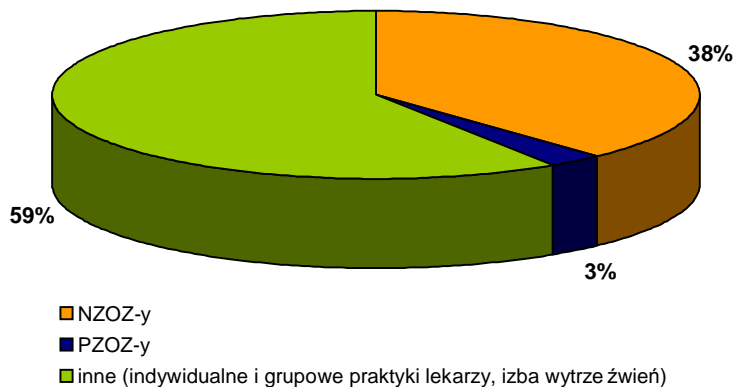
5.2.2 Zatrudnienie lekarzy dentystów

W 2005 r. na ogólną ilość 419 pracujących lekarzy dentystów 262 posiadało specjalizację (203 – I stopień i 59 – II st.), co stanowiło 62,5% ogółu lekarzy dentystów.

Wykres 30



Struktura zatrudnienia lekarzy dentystów na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Wskaźnik zatrudnienia **lekarzy dentystów** na terenie woj. lubuskiego w 2005 r. wynosił 4,15 na 10 tys. ludności (2004 r. - 3,93, a w 2003 r. - 4,28). Najwyższy wystąpił w powiatach: **grodzkim Zielona Góra** - 7,87 (2004 r. - 7,00), grodzkim Gorzów Wlkp. - 6,62 (2004r. - 5,97).

Najmniej lekarzy dentystów przypadło na 10 tys. ludności w powiatach:

- § sulęcińskim - 2,26 (2004 r. - 1,98),
- § żagańskim - 2,55 (2004 r. - 2,42),
- § słubickim - 2,78 (2004 r. - 3,41),
- § krośnieńskim - 2,82 (2004 r. - 2,64),
- § **zielonogórskim - 2,91 (2004 r. - 3,04).**

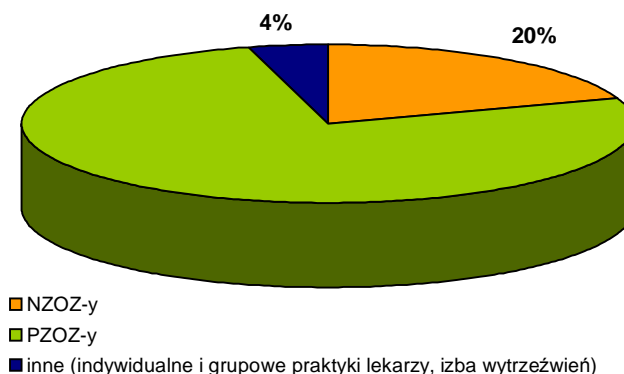
5.2.3 Zatrudnienie pielęgniarek

W 2005 r. na terenie woj. lubuskiego zatrudnionych było 4 674 pielęgniarki, z czego 2,6% stanowiły pielęgniarki z wyższym wykształceniem. Spośród 121 mgr pielęgniarstwa - 23,1% posiadało specjalizację (19,0% - I stopnia, 1,7% - II stopnia i 2,5% nowym trybem).



Wykres 31

Struktura zatrudnienia pielęgniarek na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

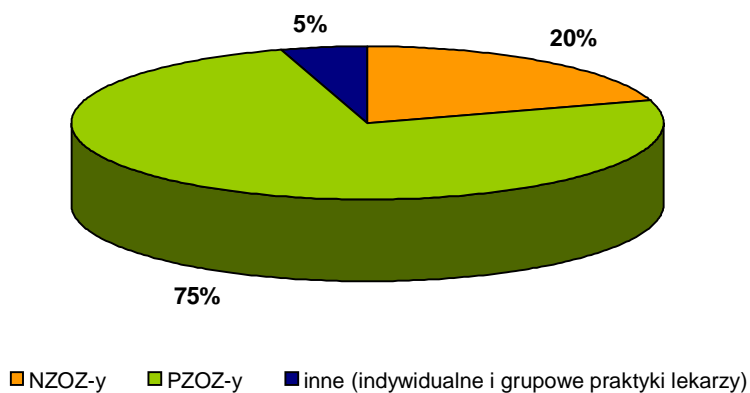
Na 10 tys. ludności woj. lubuskiego zatrudnionych było 46,31 pielęgniarek (w 2004 r. - 47,14, a w 2003 r. - 47,05). Najwyższy wskaźnik, podobnie jak w latach ubiegłych odnotowano w powiatach: grodzkim Gorzów Wlkp. - 81,01 (2004r. - 83,77), międzyrzeckim - 72,60 (2004r. - 76,11), **grodzkim Zielona Góra** - 66,06 (2004r. - 64,46), a **najniższe wskaźniki** wystąpiły w powiatach: **zielonogórskim - 19,57 (2004 r. - 22,15)** i żarskim - 22,62 (2004 r. - 23,82).

5.2.4 Zatrudnienie położnych

Na terenie woj. lubuskiego w 2005 r. zatrudnionych było 605 położnych (o 4 mniej w porównaniu do roku 2004).

Wykres 32

Struktura zatrudnienia położnych na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.



Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



Wskaźnik liczby zatrudnionych położnych na 10 tys. ludności wyniósł 5,99 (w 2004 r. - 6,03, a w 2003r. - 6,18) i najwyższy był w powiatach: grodzkim Gorzów Wlkp. - 11,08 (2004r. - 11,47), **grodzkiem Zielona Góra** - 9,90 (2004r. - 9,20), natomiast **najniższy w powiecie zielonogórskim** - 2,57 położnych na 10 tys. ludności (2004 r. - 2,92).

Tabela 95

Zatrudnienie kadr medycznych na terenie powiatu zielonogórskiego

Wyszczególnienie		Zatrudnieni wg stanu na 31.12.2005 r.	Wskaźnik na 10 tys. ludności
Kadra medyczna ogółem		382	42,71
Lekarze		75	8,39
Lekarze dentyści		26	2,91
Farmaceuci		1	0,11
Analitycy medyczni		4	0,45
Pracownicy zatrudnieni w pracowniach diagnostycznych (nie wymienieni w poz. 1-4; personel z wyższym wykształceniem zatrudniony w pracowniach diagnostycznych np. chemicy, biolodzy, lekarze weterynarii)		3	0,34
Mgr rehabilitacji		5	0,56
Mgr fizjoterapii		-	-
Technolodzy żywności i żywienia (dietetycy)		1	0,11
Psycholodzy		6	0,67
Logopedzi		-	-
Personel techniczny obsługujący aparaturę medyczną		-	-
Pielęgniarki ogółem		175	19,57
w tym:	mgr pielęgniarstwa	6	0,67
	pielęgniarki ze średnim wykształceniem	169	18,89
Położne		23	2,57
Technicy farmaceutyczni		1	0,11
Technicy (laboranci) analityki medycznej		11	1,23
Technicy (laboranci) elektroradiologii		5	0,56
Technicy fizjoterapii		22	2,46
Technicy masażyści		1	0,11
Instruktorzy terapii zajęciowej		4	0,45
Dietetycy (tylko z wykształceniem średnim)		1	0,11
Higienistki szkolne		2	0,22
Asystentki stomatologiczne		2	0,22
Opiekunki dziecięce		14	1,57

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.



5.2.5 Zatrudnienie personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej

W 2005 r. świadczeń w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej udzielało:

§ 522 lekarzy, o 52 więcej niż w roku 2004, w tym:

ú 234 lekarzy rodzinnych,

ú 126 pediatrów,

ú 141 innych specjalistów,

§ 757 pielęgniarek, o 63 więcej niż w roku 2004,

§ 125 położnych, o 8 więcej niż w roku 2004.

Najwięcej lekarzy POZ zatrudnionych było w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej – 474 osoby (tj. 90,8%), podczas gdy w indywidualnych praktykach lekarskich zatrudnionych było – 27 osób (tj. 5,2%), a w publicznych ZOZ - 21 (4%).

Średnio w województwie przypadało 5,17 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności. Największy wskaźnik lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności odnotowano w powiatach: **grodzkim m. Zielona Góra** - 6,26 (2004r. - 5,82), krośnieńskim - 6,0 (2004r. - 5,10), grodzkim m. Gorzów Wlkp. - 5,82 (2004r. - 4,38), natomiast najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wystąpiły w powiatach:

§ słubickim - 3,42 (2004 r. - 3,41),

§ **zielonogórskim - 4,47 (2004 r. - 3,94),**

§ strzelecko - drezdeneckim - 4,58 (2004 r. - 3,77).

W woj. lubuskim w 2005 r. jeden lekarz podstawowej opieki zdrowotnej obejmował opieką średnio 1 933 mieszkańców. Najlepszy dostęp do lekarzy POZ mieli mieszkańcy powiatów: **miasta Zielona Góra** (1 598 mieszkańców/lekarza podstawowej opieki zdrowotnej), krośnieńskiego (1 666), miasta Gorzów Wlkp. (1 718). Natomiast **najtrudniejszy dostęp do lekarzy POZ** mają mieszkańcy powiatu słubickiego (gdzie jeden lekarz obejmuje opieką średnio 2 926 osób) oraz **zielonogórskiego** (wskaźnik liczby mieszkańców przypadającej na jednego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r. – **2 236**).

W 2005 r. w podstawowej opiece zdrowotnej zatrudnionych było ogółem 757 pielęgniarek. Najliczniejsza grupa pielęgniarek POZ zatrudniona była w NZOZ – 652 osoby, natomiast w indywidualnych praktykach zatrudnionych było 81 pielęgniarek, a w PZOZ - 24.

W 2005 r. na 10 tys. ludności przypadało średnio 7,50 pielęgniarek udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, najwięcej było ich w powiatach: wschowskim - 9,75 (2004 r. - 8,99), **grodzkim m. Zielona Góra** - 9,64 (2004 r. - 8,35), żagańskim - 8,98 (2004 r. - 8,35), a najmniej w powiatach: ziemskim gorzowskim - 5,82 (2004 r. - 5,57), słubickim - 6,20 (2004 r. - 5,54), żarskim - 6,26 (2004 r. - 5,85).



W **powiecie zielonogórskim** wskaźnik liczby zatrudnionych pielęgniarek POZ na 10 tys. ludności w 2005 r. wyniósł **6,60**.

W woj. lubuskim w 2005 r. jedna **pielęgniarka środowiskowo-rodzinna** obejmowała opieką średnio 1 333 mieszkańców. Najlepszy dostęp do opieki pielęgniarskiej mieli mieszkańcy powiatów: wschowskiego (1 026 mieszkańców / 1 pielęgniarkę środowiskowo-rodziną), **miasto Zielona Góra** (1 037). **Powiat zielonogórski** znalazł się w 2005 wśród powiatów o największej liczbie ludności, pozostającej pod opieką jednej pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej – **1 516** osób.

Ogółem w 2005 r. w POZ świadczeń udzielało 125 **położnych środowiskowo – rodzinnych**, z tego 91 w NZOZ, 30 w praktykach indywidualnych oraz 4 w PZOZ.

Na 10 tys. ludności przypadało średnio 1,24 położnej. Największy wskaźnik odnotowano w powiatach: ziemskim gorzowskim - 2,45 (2004 r. - 2,47), sulęcińskim - 2,26 (2004 r. - 2,26), grodzkim m. Gorzów Wlkp. - 2,07 (2004 r. - 1,75), najmniejszy natomiast w powiatach: krośnieńskim - 0,53 (2004 r. - 0,53), żarskim - 0,61 (2004 r. - 0,40) oraz żagańskim - 0,61 (2004 r. - 0,73). Wskaźnik dla **powiatu zielonogórskiego** wyniósł w 2005 r. - **0,78**.

W woj. lubuskim w 2005 r. jedna położna środowiskowo-rodzinna obejmowała opieką średnio 4 156 kobiet. Najlepszy dostęp do opieki położnej miały kobiety w powiatach: gorzowskim (2 066 kobiet / 1 położną środowiskowo-rodziną), sulęcińskim (2 234). Utrudniony dostęp do opieki położnej środowiskowo-rodzinnej miały kobiety mieszkające w powiatach: krośnieńskim (9 614 kobiet/ 1 położną środowiskowo-rodziną), żarskim (8 522), żagańskim (8 491), wschowskim (6 581) oraz **zielonogórskim (6 481)**.

5.2.6 Zatrudnienie personelu medycznego w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej

W 2005 r. świadczeń w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej na terenie województwa lubuskiego udzielało:

- § 1 032 lekarzy, w tym:
- ú 194 lekarzy w poradniach chorób wewnętrznych,
- ú 253 lekarzy w poradniach innych specjalności zachowawczych,
- ú 182 lekarzy w poradniach opieki nad matką i dzieckiem,
- ú 403 lekarzy w poradniach zabiegowych.

Najwięcej lekarzy zatrudnionych było w NZOZ – 459 osób (tj. 44,5%), podczas gdy w PZOZ – 361 osób (35%) oraz 212 (20,5%) w praktykach indywidualnych.

Średnio w województwie przypadało 10,23 lekarzy ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności. Największy wskaźnik lekarzy w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności odnotowano w powiatach: **grodzkim m.**



Zielona Góra - 28,25 (2004 r. - 24,89), grodzkim m. Gorzów Wlkp. - 16,03 (2004 r. - 11,07), sulęcińskim - 11,57 (2004 r. - 11,02), natomiast **najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy w specjalistycznej opiece zdrowotnej** wystąpiły w powiatach:

- § **zielonogórskim - 2,01** (2004 r. - 1,24),
- § strzelecko - drezdeneckim - 3,38 (2004 r. - 1,39),
- § słubickim - 5,13 (2004 r. - 3,62).

W 2005 r. świadczeń zdrowotnych w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej na terenie woj. lubuskiego udzielało **512 lekarzy dentyków**, w tym: 252 w indywidualnych praktykach lekarskich, 243 w NZOZ i 17 w PZOZ.

Średnio w województwie przypadało 5,07 lekarzy dentyków w ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności. Największy wskaźnik lekarzy dentyków na 10 tys. ludności odnotowano w powiatach: **grodzkim m. Zielona Góra** - 10,40 (2004 r. - 7,09), grodzkim m. Gorzów Wlkp. - 9,17 (2004 r. - 8,52), świebodzińskim - 5,36 (2004 r. - 3,74), natomiast najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy dentyków w specjalistycznej opiece zdrowotnej wystąpiły w powiatach: sulęcińskim - 2,26 (2004 r. - 2,26), gorzowskim - 2,91 (2004 r. - 2,78), strzelecko-drezdeneckim - 2,98 (2004 r. - 2,78). W **powiecie zielonogórskim** na 10 tys. ludności przypadała w 2005 r. **3,35 stomatologów**.

W ramach kontraktu z NFZ świadczeń stomatologicznych udzielało 345 lekarzy dentyków, w tym: 173 w NZOZ, 155 w IPL oraz 17 w PZOZ.

W woj. lubuskim w 2005 r. jeden lekarz dentyk pracujący w gabinecie udzielającym świadczeń w ramach kontraktu z NFZ przypadał średnio na 2 925 osób. Najlepszy dostęp do opieki stomatologicznej w ramach kontraktu z NFZ mieli mieszkańcy w powiatach grodzkich: miasta Gorzów Wlkp. (1 672 osoby / 1 lekarza dentyk) i **miasta Zielona Góra** (1 739). Utrudniony dostęp do lekarza dentyki, mającego podpisany kontrakt z NFZ miały osoby mieszkające w powiatach: słubickim (6 687), sulęcińskim (5 905), krośnieńskim (5 666), strzelecko-drezdeneckim (4 569), gorzowskim (4 081), żarskim (3 809), żagańskim (3 747), **zielonogórskim (3 727)**, międzyrzeckim (3 435), nowosolskim (3 339).

5.2.7 Personel szpitali ogólnych w 2005 r.

W szpitalach ogólnych na terenie woj. lubuskiego wg stanu na dzień 31.12.2005 r. zatrudnionych było:

- § 763 lekarzy na umowę o pracę (w tym 539 specjalistów) oraz 450 lekarzy w ramach umów cywilnoprawnych (w tym 334 specjalistów),
- § 9 lekarzy stomatologów na umowę o pracę,
- § 11 psychologów na umowę o pracę oraz 6 psychologów w ramach umów cywilnoprawnych,



- § 2 839 pielęgniarek na umowę o pracę (w tym 71 mgr pielęgniarstwa) oraz 22 pielęgniarki w formie umów cywilnoprawnych,
- § 452 położne na umowę o pracę oraz 2 w formie umów cywilnoprawnych,
- § 30 mgr farmacji na umowę o pracę oraz 3 w formie umów cywilnoprawnych,
- § 171 techników elektroradiologii na umowę o pracę oraz 2 w formie umów cywilnoprawnych,
- § 34 fizykoterapeutów na umowę o pracę oraz 2 w formie umowy cywilnoprawnej,
- § 37 analityków medycznych na umowę o pracę.

W woj. lubuskim jeden lekarz średnio opiekował się 5,6 łózkami. Lekarze byli obciążeni pracą najbardziej w powiecie wschowskim (9,7 łóżka /1 lekarza) i sulęcińskim (9,1). Najniższy wskaźnik łóżek na 1 lekarza odnotowano w powiecie strzelecko - drezdeneckim (3,7) oraz **m. Zielona Góra** (3,9). Na koniec 2005r. jedna pielęgniarka przypadała średnio na 1,8 łóżka w oddziałach szpitali ogólnych woj. lubuskiego. Najwyższy wskaźnik wystąpił w powiecie wschowskim (3,7 łóżka/1 pielęgniarkę i położną), a najniższy w powiecie słubickim (1,4).

W zakładach opiekuńczo leczniczych, pielęgnacyjno – opiekuńczych przy szpitalach ogólnych i psychiatrycznych oraz w hospicjach wg stanu na 31.XII.2005 r. pracowa ło:

- § 33 lekarzy,
- § 412 pielęgniarek,
- § 2 psychologów,
- § 3 pedagogów,
- § 18 rehabilitantów,
- § 15 opiekunów,
- § 24 pracowników socjalnych,
- § 180 salowych,
- § 41 osób pracujących na zasadach wolontariatu.

5.3 Infrastruktura opieki medycznej

Na infrastrukturę opieki medycznej województwa składają się ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej oraz zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Dla zapewnienia właściwego, bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej niezbędne jest stworzenie odpowiedniej bazy technicznej i diagnostycznej, która stworzy mieszkańcom lepszy dostęp do usług medycznych. Warunki takie można osiągnąć tylko poprzez wyposażenie jednostek ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną nowej



generacji. Jak wskazuje diagnoza stanu infrastruktury zdrowia, opracowana na potrzeby projektu Lubuskiego Programu Operacyjnego na lata 2007 – 2013, oddziały noworodkowe, internistyczne i kardiologiczne, laboratoria diagnostyki endoskopowej i laboratoryjnej na terenie województwa lubuskiego są dość dobrze wyposażone, braki występują natomiast w diagnostyce RTG oraz w onkologii. W większości jednak baza sprzętowa szpitali jest przestarzała, wyeksploatowana i ulega częstym awariom. Dla utrzymania właściwego poziomu usług medycznych powinna być jak najszybciej wymieniona.

Tabela 96

Liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 13.10.2006 w woj. lubuskim

Rodzaj jednostki	woj. lubuskie	Polska
Publiczne		
1 Szpitalnictwo	24	1047
1.1 Szpitale wielospecjalistyczne	18	751
1.2 Szpitale psychiatryczne i odwykowe	4	115
1.2.1 Całodobowe ośrodki leczenia odwykowego i psychiatrycznego	1	31
1.3 Szpitale (jedno-)specjalistyczne (inne niż psychiatryczne i odwykowe)	2	153
1.4 Sanatoria i uzdrowiska (inne niż szpitale uzdrowiskowe)	0	24
2 Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	6	214
2.1 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze inne niż psychiatryczne	3	172
2.2 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	0	24
2.3 Ośrodki opiekuńcze dla osób starszych	0	0
2.4 Hospicja stacjonarne	1	19
2.9 Pozostałe zakłady opiekuńcze	2	5
3 Dostawcy świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego	83	4912
3.1 Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	25	1911
3.2 Przychodnia stomatologiczna	1	603
3.3 Pozostałe przychodnie (jedno-)specjalistyczne	2	561
3.4 Przychodnia, centrum (wielo-) specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	29	1486
3.4.1 Centrum planowania rodziny	0	8
3.4.2 Ośrodek zdrowia psychicznego i odwykowego	1	91
3.4.3 Ambulatoryjny ośrodek zabiegowy	0	54
3.4.4 Stacja dializ	0	34
3.4.5 Pozostałe ośrodki wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej	5	125
3.5 Ośrodek diagnostyki	5	707
3.6 Świadczeniodawca w zakresie opieki domowej	0	192
3.7 Zakład Rehabilitacji Leczniczej	4	421
3.9 Pozostali świadczeniodawcy w zakresie opieki ambulatoryjnej	17	925
3.9.1 Stacja (podstacja) pogotowia ratunkowego, jednostka opieki doraźnej	9	410
3.9.2 Bank krwi i organów, centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa	1	81
3.9.3 Złobek	5	233
3.9.4 Ośrodek opieki nad niepełnosprawnymi	0	11
3.9.9 Pozostali świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej	2	132



5 Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego	12	371
5.1 Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne	12	366
Niepubliczne		
1 Szpitalnictwo	12	580
1.1 Szpitale wielospecjalistyczne	4	186
1.2 Szpitale psychiatryczne i odwykowe	3	70
1.2.1 Całodobowe ośrodki leczenia odwykowego i psychiatrycznego	2	53
1.3 Szpitale (jedno-)specjalistyczne (inne niż psychiatryczne i odwykowe)	5	166
1.4 Sanatoria i uzdrowiska (inne niż szpitale uzdrowiskowe)	0	183
2 Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	6	273
2.1 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze inne niż psychiatryczne	4	199
2.2 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	0	12
2.3 Ośrodki opiekuńcze dla osób starszych	0	22
2.4 Hospicja stacjonarne	2	42
2.9 Pozostałe zakłady opiekuńcze	1	26
3 Dostawcy świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego	474	14934
3.1 Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej	182	5161
3.2 Przychodnia stomatologiczna	69	3599
3.3 Pozostałe przychodnie (jedno-)specjalistyczne	66	2425
3.4 Przychodnia, centrum (wielo-) specjalistycznej opieki ambulatoryjnej	82	4585
3.4.1 Centrum planowania rodziny	0	11
3.4.2 Ośrodek zdrowia psychicznego i odwykowego	4	236
3.4.3 Ambulatoryjny ośrodek zabiegowy	3	188
3.4.4 Stacja dializ	5	77
3.4.5 Pozostałe ośrodki wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej	19	422
3.5 Ośrodek diagnostyki	24	1116
3.6 Świadczeniodawca w zakresie opieki domowej	14	789
3.7 Zakład Rehabilitacji Leczniczej	21	909
3.9 Pozostali świadczeniodawcy w zakresie opieki ambulatoryjnej	32	861
3.9.1 Stacja (podstacja) pogotowia ratunkowego, jednostka opieki doraźnej	1	83
3.9.2 Bank krwi i organów, centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa	0	3
3.9.3 Żłobek	0	13
3.9.4 Ośrodek opieki nad niepełnosprawnymi	3	86
3.9.9 Pozostali świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej	18	409
5 Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego	0	3
5.1 Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne	0	0

Źródło: CSIOZ.

5.4 Stacjonarna opieka zdrowotna

Według stanu na dzień 31.12.2005 r. w województwie lubuskim funkcjonowały 22 publiczne i 8 niepublicznych zakładów opieki stacjonarnej (bez resortowej służby zdrowia), w skład których wchodziły:



- § 22 szpitale ogólne,
- § 5 szpitali i ośrodków psychiatrycznych,
- § 2 zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze,
- § 16 zakładów opiekuńczo - leczniczych,
- § 3 hospicja.

Samorząd województwa jest organem założycielskim dla 4 szpitali ogólnych oraz 4 szpitali i ośrodków psychiatrycznych, **samorządy powiatowe** są organem założycielskim dla 12 zakładów opieki stacjonarnej, **samorządy gminne** dla dwóch zakładów lecznictwa zamkniętego, a dla 8 zakładów niepublicznych organem założycielskim są inne instytucje i osoby. Ponadto na terenie woj. lubuskiego funkcjonują 2 szpitale resortowe, które nie są objęte sprawozdawczością prowadzoną przez Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego i przez to nie zostały uwzględnione w niniejszym opracowaniu.

§ Zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest samorząd województwa:

- ú Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim,
- ú Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- ú Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno – Kardiologiczny SP ZOZ w Torzymiu,
- ú Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno – Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży SP ZOZ w Świebodzinie,
- ú Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Międzyrzeczu,
- ú Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu,
- ú Ośrodek dla Osób Uzależnionych w Nowym Dworcu,
- ú SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze.

§ Zakłady opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest samorząd szczebla powiatowego:

- ú SP ZOZ Drezdenko,
- ú SP ZOZ Kostrzyn,
- ú SP ZOZ Szpital Powiatu Krośnieńskiego:
 - Szpital Gubin,
 - Szpital Krosno Odrzańskie,
- ú SP ZOZ Międzyrzecz,



- ú Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ Nowa Sól,
- ú SP ZOZ Słubice,
- ú **SP ZOZ Sulechów – powiat zielonogórski,**
- ú SP ZOZ Sulęcín,
- ú SP ZOZ Świebodzin,
- ú SP ZOZ Wschowa,
- ú SP ZOZ Żagań,
- ú **Szpital Rehabilitacyjno – Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ Wojnowo – powiat zielonogórski.**
- § ZOZ - y, dla których organem założycielskim są samorządy gminne:
 - ú Miejski SP ZOZ Szprotawa,
 - ú Publiczny ZOZ Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze.
- § ZOZ - y, dla których organami założycielskimi są inne instytucje lub osoby:
 - ú NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigielskiego sp. z o.o. w Skwierzynie,
 - ú NZOZ „Szpital na Wyspie” w Żarach,
 - ú Europejska Klinika Rehabilitacji „Victoria” sp. z o.o. Radzyń, Sława,
 - ú Zakład Opiekuńczo – Lecznicy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica,
 - ú Hospicjum Św. Kamila Gorzów Wielkopolski,
 - ú NZOZ Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno – Readaptacyjny dla Młodzieży „Anastasis” Goraj,
 - ú NZOZ „Video – Med” w Żarach,
 - ú NZOZ Chirurgia Plastyczna w Słubicach.

Wśród szpitali, funkcjonujących w 2005 r. wyróżnić można:

§ **5 szpitali II poziomu referencyjnego:**

- ú Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim,
- ú Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze,
- ú Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno - Kardiologiczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Torzymiu,



ú Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno - Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świebodzinie,

ú Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli.

§ 13 szpitali I poziomu referencyjnego :

ú SP ZOZ Drezdenko,

ú SP ZOZ Kostrzyn,

ú SP ZOZ Szpital Powiatu Krośnieńskiego (szpital w Gubinie i Krośnie Odrzańskim),

ú SP ZOZ Międzyrzecz,

ú SP ZOZ Słubice,

ú SP ZOZ Sulechów,

ú SP ZOZ Sulęcín,

ú Miejski SP ZOZ Szprotawa,

ú SP ZOZ Świebodzin,

ú SP ZOZ Wschowa,

ú SP ZOZ Żagań,

ú NZOZ Szpital na Wyspie w Żarach,

ú NZOZ Szpital Spółka z o.o. im. dr n. med. Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie.

§ 5 szpitali i ośrodków psychiatrycznych:

ú Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu,

ú Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SP ZOZ w Ciborzu,

ú Ośrodek dla Osób Uzależnionych w Nowym Dworcu,

ú SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze,

ú Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny dla Młodzieży „Anastasis” Goraj.

§ 7 innych szpitali i ośrodków leczenia stacjonarnego:

ú Szpital Rehabilitacyjno – Lecznicy dla Dzieci SP ZOZ w Wojnowie,

ú Europejska Klinika Rehabilitacji „Victoria” sp. z o.o. Radzyń, Sława,

ú NZOZ „Video-Med” w Żarach,

ú NZOZ Chirurgia Plastyczna w Słubicach,



- ú Zakład Opiekuńczo – Lecznicy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica,
- ú Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wlkp,
- ú Publiczny ZOZ Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw w Zielonej Górze.

Wg stanu na 31.12.2005 r. zakłady opieki stacjonarnej posiadały ogółem **6 746 łóżek** (o 283 mniej niż w roku 2004), z tego:

- § 4 467 łóżek w szpitalach ogólnych (2 545 w szpitalach II poziomu referencji, 1 736 w szpitalach I poziomu referencji, 186 w innych szpitalach ogólnych) - ogółem o 196 mniej niż w roku 2004,
- § 1 027 łóżek w szpitalach i ośrodkach psychiatrycznych (o 287 mniej niż w roku 2004),
- § 557 łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych przy szpitalach ogólnych (o 103 mniej niż w roku 2004),
- § 625 łóżek w zakładach opiekuńczo - leczniczych przy szpitalach psychiatrycznych (o 287 więcej niż w roku 2004),
- § 35 łóżek w zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych przy szpitalach ogólnych (o 2 mniej niż w roku 2004),
- § 35 łóżek w hospicjum (o 18 więcej niż w roku 2004).

W 2005 r. funkcjonowały następujące **oddziały dzienne**:

- § psychiatryczny - 68 miejsc (o 24 więcej niż w roku 2004),
- § terapii uzależnień od alkoholu, środków psychoaktywnych - 23 miejsca (o 4 mniej niż w roku 2004),
- § chemioterapii - 8 miejsc (jak w roku ubiegłym),
- § urologiczne - 8 miejsc,
- § okulistyczny - 4 miejsca,
- § radioterapii - 3 miejsca,
- § chirurgiczny - 3 miejsca.

Ponadto w 8 szpitalach funkcjonowały szpitalne oddziały ratunkowe z 33 miejscami (dodatkowo w 2 szpitalach oddziały SOR w trybie stacjonarnym z 11 łózkami).

Funkcjonowało również 7 stacji dializ o łącznej liczbie 75 stanowisk dializacyjnych

Wg stanu na 31.12.2005 r. **hospicja domowe** udzielały świadczeń dla 226 chorych. Zespołem domowego leczenia tlenem obejmowano 53 chorych (o 8 więcej niż w roku ubiegłym).



Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności w 2005 r. wynosił dla województwa lubuskiego 66,8/10 tys. ludności, w tym:

- § 34,8/10 tys. ludności dla łóżek krótkoterminowych (3 510 łóżek - o 167 mniej niż w 2004 r.),
- § 13,2/10 tys. ludności dla łóżek długoterminowych (1 329 łóżek - o 21 mniej niż w 2004 r.),
- § 18,9/10 tys. ludności dla łóżek psychiatrycznych (1 907 łóżek - o 95 mniej niż w 2004 r.).

W tym 815 w zakładach opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym.

Średnie wykorzystanie łóżek w zakładach opieki stacjonarnej (szpitalach, ZOL, ZPO, ogólnych i psychiatrycznych) na terenie województwa lubuskiego w 2005 r. wynosiło – 76,8% (w 2004 r. – 78,1%), przy czym:

- § w zakładach, dla których organem założycielskim jest samorząd województwa - 82,1%,
- § w zakładach, dla których organem założycielskim są powiaty ziemskie - 73,0%,
- § w zakładach, dla których organem założycielskim są gminy - 62,1%,
- § w zakładach, dla których organem założycielskim są inne instytucje lub osoby - 55,3%,

Największy wskaźnik wykorzystania łóżek występował w:

- § oddziale psychiatrycznym dla młodzieży (4703) - 118,6%,
- § oddziale terapii uzależnień od narkotyków, substancji psychoaktywnych (4746) - 104,1%,
- § oddziale chemioterapii (pulmonologii z pododdziału chorób nowotworowych - 4242) - 103,7%,
- § pododdziale obserwacyjnym (9001) - 103,2%,
- § szpitalnych oddziałach ratunkowych (3300) - 102,3%,
- § oddziałach rehabilitacyjnych (4300) - 101,7%,
- § oddziałach psychiatrycznych ogólnych (4700) - 101,6%,
- § zakładach pielęgniacyjno – opiekuńczych (5160) - 95,8%,
- § zakładach opiekuńczo - leczniczych (5170) - 95,1%,
- § hostelu dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (2726) - 94,4%,
- § zakładzie opiekuńczo - leczniczym dla dzieci (5171) - 93,8%,
- § zakładach opiekuńczo - leczniczych psychiatrycznych - 93,3%,
- § oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci - 90,4%.

Najniższe wskaźniki wykorzystania łóżek stwierdzono natomiast w oddziałach:



- § rehabilitacji narządu ruchu (4 302) - 34,4%, przy czym w niepublicznych ZOZ – 12,2%, w publicznych ZOZ – 88,9%),
- § detoksykacji od substancji psychoaktywnych - 42,8%,
- § obserwacyjno - zakaźnych (4 348) - 45,1%,
- § okulistycznych (4 600) - 48,8%,
- § chirurgicznych dla dzieci (4 501) - 49,6%,
- § chirurgii plastycznej i oparzeń (4 550) - 51,7%,
- § pediatrycznych (4 401) - 52,2%,
- § anestezjologii i intensywnej terapii (4 260, 4 264) - 53,3%,
- § neurologicznym dziecięcym (4 221) - 56,6%,
- § położniczo-ginekologicznych (4 450, 4 458) - 56,7%,
- § chorób zakaźnych (4 340) - 57,0%,
- § laryngologicznych (4 610) - 59,2%.

W 2005 r. w woj. lubuskim w zakładach opieki stacjonarnej funkcjonowało 80 sal operacyjnych z 82 stołami operacyjnymi. Przeprowadzono 26 079 zabiegów operacyjnych w znieczuleniu ogólnym, w tym 19 702 zabiegów planowych. Ponadto wykonano 13 015 zabiegów operacyjnych w znieczuleniu dokanałowym, w tym 10 115 planowych.

Spośród aparatów i sprzętu medycznego ewidencjonowanego przez Ministerstwo Zdrowia w szpitalach ogólnych na terenie woj. lubuskiego w roku 2005 działało:

- § 13 aparatów echokardiografii, na których wykonano 8 786 badań dla pacjentów szpitalnych oraz 6 133 badań dla pacjentów ambulatoryjnych,
- § 3 aparaty elektroencefalografii, na których wykonano 1 828 badań dla pacjentów szpitalnych oraz 4 044 badania dla pacjentów ambulatoryjnych,
- § 18 analizatorów biochemicznych,
- § 2 gammakamery,
- § 26 aparatów RTG z torem wizyjnym,
- § 6 tomografów komputerowych,
- § 1 rezonans magnetyczny.

W 2005 r. na terenie woj. lubuskiego funkcjonowało ogółem 75 stanowisk dializacyjnych, z tego 43 w szpitalach oraz 32 w zakładach opieki ambulatoryjnej. Wykonano 49 771 dializ, z tego 30 229 w szpitalach oraz 19 542 w zakładach ambulatoryjnych. Dializom poddano 386 osób, z tego 334 w szpitalach oraz 52 osoby w zakładach opieki ambulatoryjnej.



Tabela 97

Łóżka, stanowiska i miejsca w oddziałach opieki dziennej na 10 tys. ludności na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.

Oddziały dzienne	Ilość łóżek (miejsc, stanowisk) w oddziałach dziennych wg stanu na 31. XII	Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności
zespół długoterminowej opieki domowej	4	0,04
zespół domowego leczenia tlenem	53	0,53
hospicja domowe	226	2,24
ośrodki rehabilitacji dziennej	568	5,63
ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	20	0,87
psychiatryczne dzienne	68	0,67
terapii uzależnienia od alkoholu, środków psychoaktywnych	23	0,23
szpitalne oddziały ratunkowe	33	0,33
chemioterapii	8	0,08
radioterapii	3	0,03
chirurgiczny	3	0,03
okulistyczny	4	0,04
urologiczny	8	0,08
stacja dializ	75	0,74
razem	1 096	x

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Tabela 98

Działalność oddziałów szpitalnych na terenie woj. lubuskiego w 2005 r.

Oddziały	Średnia liczba łóżek rzeczywistych	Ilość leczonych	Ilość osobodni	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Średni pobyt pacjenta	Przelotowość
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	25,0	74	8 612	94,4	116,4	3,0
Szpitalne oddziały ratunkowe	11,0	4 106	4 106	102,3	1,0	373,3
Chorób wewnętrznych	731,8	32 093	197 730	74,0	6,2	43,9



Hematologiczny	26,3	1 103	7 403	77,0	6,7	41,9
Kardiologiczne	128,0	9 765	39 477	84,5	4,0	76,3
Nefrologiczne	26,0	862	8 050	84,8	9,3	33,2
Dermatologiczne	35,8	704	9 382	71,9	13,3	19,7
Neurologiczne	222,0	6 294	67 181	82,9	10,7	28,4
Neurologiczny dla dzieci	30,0	648	6 198	56,6	9,6	21,6
Onkologiczny	34,0	1 166	10 825	87,2	9,3	34,3
Chemioterapii	15,0	828	5 676	103,7	6,9	55,2
Onkologii ginekologicznej	24,0	504	6 794	77,6	13,5	21,0
Anestezjologii i intensywnej terapii	89,0	3 149	17 324	53,3	5,5	35,4
Pulmonologii	231,0	5 761	60 439	71,7	10,5	24,9
Gruźlicy i chorób płuc	35,0	294	8 335	65,2	28,4	8,4
Reumatologiczny	16,0	310	4 442	76,1	14,3	19,4
Rehabilitacyjne	216,3	3 675	80 323	101,7	21,9	17,0
Rehabilitacyjny dla dzieci	50,0	495	16 489	90,4	33,3	9,9
Rehabilitacji narządu ruchu	189,5	1 419	23 815	34,4	16,8	7,5
Rehabilitacji neurologicznej	22,0	346	6 523	81,2	18,9	15,7
Rehabilitacji kardiologicznej	45,0	657	14 640	89,1	22,3	14,6
Chorób zakaźnych	34,0	825	7 068	57,0	8,6	24,3
Obserwacyjno - zakaźny	30,8	985	5 061	45,1	5,1	32,0
Pediatryczne	342,2	14 128	65 161	52,2	4,6	41,3
Położniczo - ginekologiczne	610,2	29 211	126 217	56,7	4,3	47,9
Chirurgiczne ogólne	616,2	28 908	142 108	63,2	4,9	46,9
Chirurgiczne dla dzieci	62,0	3 722	11 220	49,6	3,0	60,0
Chirurgii klatki piersiowej	24,0	470	6 006	68,6	12,8	19,6
Chirurgii plastycznej	19,0	697	3 587	51,7	5,1	36,7
Neurochirurgiczne	47,0	1 288	12 097	70,5	9,4	27,4
Chirurgii urazowo - ortopedycznej	192,4	6 790	51 063	72,7	7,5	35,3
Okulistyczne	92,0	3 838	16 391	48,8	4,3	41,7
Laryngologiczne	86,2	3 449	18 612	59,2	5,4	40,0
Urologiczne	89,0	4 116	23 197	71,4	5,6	46,3
Psychiatryczne ogólne	364,0	5 254	135 038	101,6	25,7	14,4
Psychiatryczny dla dzieci	40,0	306	12 509	85,7	40,9	7,7
Rehabilitacji psychiatrycznej	20,0	183	6 540	89,6	35,7	9,2
Psychiatryczny dla młodzieży	45,0	483	19 477	118,6	40,3	10,7
Leczenia zaburzeń nerwicowych	30,0	170	9 835	89,8	57,9	5,7



Pychiatryczne dla chorych somatycznie	53,0	823	17 309	89,5	21,0	15,5
Psychogeriatryczny	30,0	290	9 827	89,7	33,9	9,7
Psychiatryczny dla chorych na gruźlicę	20,0	75	5 619	77,0	74,9	3,8
Psychiatrii sądowej o wzmożonym zabezpieczeniu dla kobiet i mężczyzn	52,0	85	16 548	87,2	194,7	1,6
Detoksykacji (alkoholowy)	71,0	2 325	19 033	73,4	8,2	32,7
Terapii uzależnienia od alkoholu	87,0	675	25 934	81,7	38,4	7,8
Terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	277,0	723	105 274	104,1	145,6	2,6
Detoksykacji od substancji psychoaktywnych	20,0	411	3 126	42,8	7,6	20,6
Ośrodek terapii uzależnień dla młodzieży	30,0	64	7 761	70,9	121,3	2,1
Zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze	35,0	133	12 233	95,8	92,0	3,8
Zakłady opiekuńczo - lecznicze (w tym poudarowy rehabilitacyjny)	334,0	1 455	115 932	95,1	79,7	4,4
Zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	33,0	36	11 293	93,8	313,7	1,1
Zakłady opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne	867,1	1 009	295 237	93,3	292,6	1,2
Hospicja stacjonarne	34,5	459	10 495	83,3	22,9	13,3
Pododział obserwacyjny	15,0	177	5 650	103,2	31,9	11,8
Razem	6 905,2	175 282	1 936 222	76,8	11,0	25,4

Źródło: Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Tabela 99

Szpitala ogólne w województwie lubuskim w 2004 r.

Wyszczególnienie	Polska	woj. lubuskie
Szpitala ogólne	790	27
w tym niepubliczne	147	9
Łóżka ogółem	183 280	4 663
na 10 tys. ludności	48,0	46,2
lokata w kraju	-	8

Źródło: Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.



Tabela 100

Działalność szpitali ogólnych w 2004 r.

Wyszczególnienie	Polska	woj. lubuskie
Leczeni w ciągu roku	7 000 983	173 514
na 1 łóżko	38,2	37,2 (11 lokata w kraju)
Przeciętny pobyt chorego	6,9	6,8
Wykorzystanie łóżka		
<i>wskaźnik w dniach</i>	262	253,7
<i>wskaźnik w %</i>	71,8	69,5

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Tabela 101

Szpitala, ambulatoryjna opieka zdrowotna i apteki w powiecie zielonogórskim i w woj. lubuskim w latach 2003 – 2004

Wyszczególnienie	woj. lubuskie		powiat zielonogórski	
	2003	2004	2003	2004
Szpitala	21	21	2	2
Łóżka w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności	46,9	46,2	23,9	23,7
Ambulatoryjna opieka zdrowotna				
zakłady opieki zdrowotnej	279	266	18	17
praktyki lekarskie	279	280	25	23
Apteki	240	251	14	15
Liczba ludności na jedną aptekę	4 203	3 867	6 313	5 929

Źródło: Dane GUS.

Porównanie wskaźników liczby łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności dla województwa lubuskiego oraz powiatu zielonogórskiego wskazuje na mniejsze od średnich dla województwa zasoby powiatu zielonogórskiego. Również liczba ludności na jedną aptekę w powiecie zielonogórskim była w 2004 r. o 2 062 osoby wyższa niż średnia dla województwa.

Tabela 102

Łóżka w poszczególnych oddziałach w województwie lubuskim (2004 r.)

Oddział	Polska		woj. lubuskie	
	ogółem	wskaźnik na 10 tys. ludności	ogółem	wskaźnik na 10 tys. ludności
wewnętrzny	28 417	7,4	679	6,7
kardiologiczny	7 488	2,0	128	1,3
reumatologiczny	2 739	0,7	16	0,2
gastrologiczny	1 484	0,4	0	-
onkologiczny	3 753	1,0	58	0,6
nefrologiczny	1 960	0,5	26	0,3
hematologiczny	1 067	0,3	32	0,3



neurologiczny	7 477	2,0	157	1,6
gruźlicy i chorób płuc	9 122	2,4	281	1,6
pediatryczny	11 035	2,9	340	3,4
dermatologiczny	2 353	0,6	45	0,4
rehabilitacyjny	9 862	2,6	401	4,0
przewlekłe chorych	3 399	0,9	0	-
geriatryczny	348	0,1	0	-
obserwacyjno-zakaźny	2 631	0,7	40	0,4
chirurgii urazowo-ortopedycznej	10 165	2,7	191	1,9
neurochirurgiczny	1 713	0,4	47	0,5
urologiczny	3 607	0,9	91	0,9
okulistyczny	3 751	1,0	97	1,0
otolaryngologiczny	4 521	1,2	88	0,9
intensywnej terapii	2 611	0,7	84	0,8
chirurgiczny	23 184	6,1	600	5,9
położniczo – ginekologiczny	19 330	5,1	540	5,4

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

5.5 Zabezpieczenie działań ratunkowych

W województwie lubuskim funkcjonuje 7 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych oraz 23 Zespoły – Wypadkowe i 19 Zespołów Ratownictwa Medycznego – Reanimacyjnych. Na terenie powiatu zielonogórskiego istnieje jeden Zespół Ratownictwa Medycznego Wypadkowy i jeden Zespół Ratownictwa Medycznego Reanimacyjny. Wskazuje to na niewystarczające zasoby ratownictwa medycznego dla 87 760 mieszkańców powiatu zielonogórskiego. Sytuację w zakresie zabezpieczenia działań ratunkowych w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego przedstawia poniższa tabela. W tym zestawieniu powiat zielonogórski należy do powiatów o najniższym nasyceniu zespołów reanimacyjnych i wypadkowych (ilość zespołów na 100 tys. mieszkańców).

Tabela 103

Zabezpieczenie działań ratunkowych w powiatach województwa lubuskiego

Powiat	Liczba mieszkańców	Liczba zespołów reanimacyjnych	Nasycenie zespołów reanimacyjnych	Liczba zespołów wyjazdowych wypadkowych	Nasycenie zespołów wypadkowych*
razem powiaty	1 008 954	19	1,88	23	2,28
m. Gorzów Wielkopolski	125 914	2	1,59	2	1,59
m. Zielona Góra	118 293	2	1,69	3	2,54
żarski	100 011	1	1,0	1	1,0



zielonogórski	87 760	1	1,14	1	1,14
nowosolski	86 999	1	1,15	2	2,30
żagański	83 264	1	1,20	2	2,40
gorzowski	62 881	1	1,59	1	1,59
międzyrzecki	58 773	1	1,70	2	3,40
krośnieński	57 523	3	5,22	3	5,22
świebodziński	56 204	1	1,78	1	1,78
strzelecko-drezdenecki	50 525	1	1,98	1	1,98
słubicki	46 684	1	2,14	1	2,14
wschowski	38 624	2	5,18	2	5,18
sulęciński	35 499	1	2,82	1	2,82

* Nasylenie – ilość zespołów na 100 tys. mieszkańców

Źródło: CSIOZ.

Tabela 104

Liczba, rodzaj i rozmieszczenie w terenie zespołów ratownictwa medycznego wraz z ich rejonami operacyjnymi w powiecie zielonogórskim w 2005 r.

Powiat	Liczba „R”	Rejon operacyjny	Liczba „W”	Rejon operacyjny
Zielonogórski - grodzki	2 SPWSPR Zielona Góra ul. Chrobrego 2	m. Zielona Góra, gminy: Zielona Góra, Czerwieńsk, Świdnica, Zabór, Nowogród Bobrzański	3 SPWSPR Zielona Góra ul. Chrobrego 2	m. Zielona Góra, gminy: Zielona Góra, Czerwieńsk, Świdnica, Zabór, Nowogród Bobrzański
Zielonogórski - ziemski	1 OPD Sulechów ul. Zwycięstwa 1	Sulechów, Bojadła, Babimost, Kargowa, Trzebiechów, część gm. Czerwieńsk (wsie- Bródki, Nietkowice, Sycowice, Będów)	1 OPD Sulechów ul. Zwycięstwa 1	Sulechów, Bojadła, Babimost, Kargowa, Trzebiechów, część gm. Czerwieńsk (wsie- Bródki, Nietkowice, Sycowice, Będów)

Źródło: Dane otrzymane ze Starostwa Powiatowego w Zielonej Górze.



5.6 Zasoby ochrony zdrowia w powiecie zielonogórskim – podsumowanie

5.6.1 Gmina Sulechów

Tabela 105

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Sulechów

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	Sulechów, ul. Zwycięstwa 1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska	Sulechów, ul. Niepodległości 15
Ambulatorium z izbą chorych PZOZ JW4408 w Sulechowie	Sulechów, ul. Wojska Polskiego 1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IUVO s.c.	Sulechów, ul. Niepodległości 15
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne PDP Medicus Piotrowscy s.c. Dorota Piotrowska, Paweł Piotrowski	Sulechów, ul. Krańcowa A
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „STE – MED.”	Brody, ul. Wojskowa 71
Stomatolodzy	
Modrzyk Aneta Indywidualna Praktyka Lekarska	Sulechów, ul. Słoneczna 11
Zdarta – Mazurek Zofia Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska	Sulechów, ul. Walki Młodych 10
Kontowicz – Mróz Irena Indywidualna Praktyka Lekarska	Sulechów, ul. Morelowa 13
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Stomatologiczna s.c.	Sulechów, ul. 31 Stycznia 38
Pielęgniarki	
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Elżbieta Włodarczyk	Sulechów, ul. Klonowa 6A/1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej FLORENCJA	Sulechów, ul. 1 Maja 7
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowie Zespół Praktyk Pielęgniarskich s.c.	Sulechów, Al. Niepodległości 15
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Anna Beška	Pomorsko, ul. Piaskowa 132
Specjaliści	
Specjalistyczna Praktyka dermatologiczna Iwona Miśkiewicz – Szymczak	Sulechów, Al. Niepodległości 15
Praktyka Specjalistyczna w Zakresie Okulistyki Andrzej Mazurek	Sulechów, Al. Niepodległości 15
Specjalistyczna Praktyka Lekarska Neurolog Zofia Zaczekiewicz	Sulechów, Al. Niepodległości 15

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.2 Gmina Czerwieńsk

Tabela 106

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Czerwieńsk

Ambulatorium z Izbą Chorych PZOZ przy Jednostce Wojskowej 1517	Czerwieńsk, ul. Składowa 10
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Ulmem:	Czerwieńsk, ul. Zielonogórska 2
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „EKOMED”	Nietków, ul. Tadeusza Kościuszki 67
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia	Nietkowice



Lekarska „Juvo” z Sulechowa	
Pielęgniarki	
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Barbara Michałek	Czerwieńsk, ul. Graniczna 13/4
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Halina Kwaśniewska	Czerwieńsk, ul. Graniczna 15/7
Specjaliści	
Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Poradnia Ginekologiczno – Położnicza	Czerwieńsk, ul. Zielonogórska 2
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Stomatologiczna DENTICO	Czerwieńsk, ul. Zielonogórska 2

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.3 Gmina Bojadła

Tabela 107

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Bojadła

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DREMED	Bojadła, ul. Słoneczna 1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Andrzej Świerczewski, Grażyna Świerczewska s.c.	Klenica, ul. B. Chrobrego 71
Stomatolodzy	
Konarzewska – Jankowska Wiesława Indywidualna Praktyka Lekarska	Bojadła, ul. Słoneczna 1/2

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.4 Gmina Kargowa

Tabela 108

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Bojadła

Praktyka Lekarza Rodzinnego Maria Szalewska – Kot	Kargowa, ul. Marchlewskiego 4
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka	Kargowa, ul. Marchlewskiego 4
Szpital Rehabilitacyjno – Leczniczy dla Dzieci w Wojnowie	Wojnowo 7A, 66-120 Kargowa
Stomatolodzy	
Bosak Anna Indywidualna Praktyka Lekarska	Kargowa, ul. Marchlewskiego
Kochańska Elżbieta Indywidualna Praktyka Lekarska	Kargowa, ul. Marchlewskiego 4/19
Specjaliści	
Indywidualna Praktyka Położnicza Bożena German	Kargowa, ul. Wolsztyńska 24C/11

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.



5.6.5 Gmina Nowogród Bobrzański

Tabela 109

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Nowogród Bobrzański

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „Medicus” s.c.	Nowogród Bobrzański, ul. Zdrowa 1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVOMED	Nowogród Bobrzański, ul. Nadbrzeżna 1
Ambulatorium - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jednostki Wojskowej Nr 3036	Nowogród Bobrzański, ul. Poczтова
Michałowska-Kremens Dorota - Usługi lekarskie wizyty domowe	Nowogród Bobrzański ul. Winiary 14/14
Ośrodek Zdrowia	Niwiska, Zielonogórska 6
Stomatolodzy	
Pogrebna - Baran Zofia Indywidualna Praktyka Lekarska	Nowogród Bobrzański, ul. Witosa 6/12
Wudarczyk Małgorzata Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska	Niwiska, Zielonogórska 6
Ambulatorium - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jednostki Wojskowej Nr 3036 –por. stomatologiczna	Nowogród Bobrzański, ul. Poczтова
Gabinet Stomatologiczny Aneta Wojas	Brzeźnica ul. Zielonogórska 24
Pielęgniarki	
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Danuta Gawłowicz	Nowogród Bobrzański, ul. Drzewna 5
Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Środowiskowo – Rodzinna Jolanta Dobrzyńska	Nowogród Bobrzański, ul. Winiary 12A/2

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.6 Gmina Zielona Góra

Tabela 110

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Zielona Góra

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Magdalena Dubicka – Kluj	Przylep, ul. 9 Maja 6
Praktyka Lekarza Rodzinnego Zofia Bramek – Sikora	Stary Kisielin, ul. pionierów Lubuskich 75
Praktyka Lekarza Rodzinnego Bożena Tatarynowicz	Zawada, ul. Szkolna 22
Stomatolodzy	
Jaśkiewicz Bogna Indywidualna Praktyka Lekarska	Zawada, ul. Agrestowa 7

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.7 Gmina Trzebiechów

Tabela 111

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Trzebiechów

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c	Trzebiechów, Al. Lipowa 8
Stomatolodzy	
Sobolewska Ewa Indywidualna Praktyka Lekarska	Trzebiechów, Al. Lipowa 8

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.



5.6.8 Gmina Zabór

Tabela 112

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Zabór

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka”	Zabór, ul. Polna 5
Stomatolodzy	
Maciejewska – Wojtyśiak Ilona Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska	Zabór, ul. Polna 5

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.9 Gmina Babimost

Tabela 113

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Babimost

Praktyka Lekarza Rodzinnego Zofia Mikołajewska – Badura	Babimost, ul. Skoczków 1
Gminny Ośrodek Zdrowia SPZOZ	Babimost, ul. Gagarina 18
Stomatolodzy	
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Stomatologiczna Alicja Materna	Babimost, ul. Zawiszy Czarnego 2

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.

5.6.10 Gmina Świdnica

Tabela 114

Zasoby ochrony zdrowia w gminie Świdnica

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Szymon Tyliśczak	Świdnica, ul. Długa 85
---	------------------------

Źródło: Starostwo Powiatowe w Zielonej Górze.



6 Profilaktyka

6.1 Narodowy Program Zdrowia – sprawozdanie z realizacji na terenie powiatu zielonogórskiego w 2005 r.

1. Cel 1: Zwiększenie aktywności fizycznej ludności (cel zgodny z celem: Stworzenie warunków upowszechniania zdrowego stylu życia w ramach Wojewódzkiego Programu promocji Zdrowia)

a. Stworzenie warunków do aktywności fizycznej i organizowanie miejsc rekreacyjno-sportowych:

ú oddano do użytku 1 salę gimnastyczną, 2 ścieżki rowerowe oraz 2 skateparki,

ú zmodernizowano 1 salę gimnastyczną.

b. Organizowanie / dofinansowywanie imprez sportowo rekreacyjnych:

ú zorganizowano 603 imprezy sportowe, 19 imprez prozdrowotnych i 61 wypoczynków zima/lato.

c. Organizowanie e/ dofinansowywanie konferencji, szkoleń popularyzujących działania na rzecz zdrowia:

ú zorganizowano 170 konferencji, 132 szkolenia i 452 imprezy inne.

d. Programy promocji zdrowia oparte na siedliskowym podejściu do promocji zdrowia:

ú Gmina Promująca Zdrowie,

ú Szkoła Promująca Zdrowie.

e. Organizacje pozarządowe działające w zakresie promocji zdrowia na terenie powiatu:

ú Sulechowskie i Zielonogórskie Stowarzyszenie Amazonek,

ú Polskie towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Terenowy,

ú PCK Zarząd Rejonowy,

ú „Kreator”,

ú PZC Caritas,

ú Czerwieńskie i Sulechowskie,

ú Stowarzyszenie Klub Abstynentów,

ú Stowarzyszenie Ludzi chorych onkologicznie- niepełnosprawnych i ich rodzin,

ú Stowarzyszenie na rzecz integracji niepełnosprawnych przy oddziale rehabilitacji w SP ZOZ w Sulechowie,

ú Stowarzyszenie Kobiet KOB-VITA,

ú Zielonogórskie towarzystwo hipoterapeutyczne,



- ú Stowarzyszenie dzieci niepełnosprawnych z terenów wiejskich.

2. Cel 2: Poprawa stanu żywienia ludności i jakości zdrowej żywności

a. Organizowanie edukacji żywieniowej społeczności lokalnej:

- ú Program profilaktyczny „Zmiana przyzwyczajeń żywieniowych wśród dzieci i dorosłych – 100 odbiorców,
- ú Program profilaktyczny „profilaktyka cukrzycy” – 60 odbiorców,
- ú program profilaktyczny „Pierwotna Profilaktyka Wad Cewy Nerwowej” – 2160 odbiorców,
- ú wykłady i dyskusje: „Prawidłowe żywienie na bazie równowagi składników pokarmowych, promujące spożywanie warzyw i owoców” – 900 odbiorców, „Prawidłowe odżywianie a choroby” – 20 odbiorców,
- ú konkursy: „Zdrowy styl odżywiania i zdrowy styl życia” – 120 odbiorców, „Odżywiam się zdrowo – przyrządzanie surówek i sałatek owocowych” – 67 odbiorców”.

b. Dotacje na dożywianie:

- ú osoby objęte pomocą: dzieci - 3295, osoby dorosłe – 1321.

3. Cel 3: Zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu oraz Cel 5: ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych (WPPZ, cel: Ograniczanie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych)

a. Organizowanie edukacji antynikotynowej:

- ú programy profilaktyczne: Programy szkolne, Edukacja zdrowotna pod hasłem „niebezpieczne nałogi”, POCHP – choroba wywołana przez palenie tytoniu, Zapobieganie uzależnieniom „Nie pal”, programy profilaktyki uzależnień, „Alkohol i papierosy kradną wolność i zdrowie” – łącznie 6840 odbiorców (dzieci i młodzież),
- ú szkolenia: Wczesne rozpoznawanie zażywania substancji wziewnych – 21 odbiorców (dorośli),
- ú poradnictwo antynikotynowe – indywidualne rozmowy w zależności od potrzeb,
- ú kampanie antynikotynowe: „Światowy Dzień bez Tytoniu” – 290 dzieci i młodzieży oraz 1996 dorosłych „Światowy dzień Rzucania Palenia” – 500 dzieci i młodzieży oraz 3250 dorosłych,
- ú materiały edukacyjne: „Wybór należy do ciebie”, „Stop nałogi”, „Nie palę” – 300 odbiorców,
- ú pogadanka „Światowy Dzień Rzucania Palenia” – 29 dzieci i młodzieży,
- ú konkurs „Alkohol, nikotyna, narkotyki, droga do nikąd” – 30 dzieci i młodzieży.



- b. Organizowanie działalności edukacyjnej w zakresie problematyki alkoholowej i przeciwdziałania przemocy:
- ú programy profilaktyczne: programy szkolne, Program stop przemocy. Walcz z agresją. Zaczynaj od siebie. Zachowaj trzeźwy umysł., Programy profilaktyki w zakresie uzależnień i przemocy, „Zachowaj trzeźwy umysł”, „Uzależnienia” – łącznie 8524 dzieci i młodzieży oraz 250 rodziców i nauczycieli,
 - ú kampanie antyalkoholowe: Zachowaj trzeźwy umysł, Wycieczki do Ciciborza na oddział uzależnionych, spotkania z terapeutą i pacjentami uzależnionymi, „Bezwietrzne wakacje – trzeźwe wakacje” – 3370 dzieci i młodzieży,
 - ú kolonie: z programem profilaktycznym oraz z programem profilaktyki uzależnień – 174 dzieci i młodzieży,
 - ú półkolonie organizowane przez gminę na bazie szkół i domów kultury z programem profilaktyki w zakresie uzależnień – 450 dzieci i młodzieży,
 - ú konkurs „Żyj zdrowo antyalkoholowo” – 45 dzieci i młodzieży,
 - ú warsztaty z udziałem osób uzależnionych: „Warsztaty terapeutyczne”, Konkurs o tematyce uzależnień – 47 dzieci i młodzieży oraz 3 dorosłych; spektakle profilaktyczne – 1800 dzieci i młodzieży.

4. Cel 7: Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych (WPPZ, cel 6: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym)

- a. Organizowanie działań z zakresu zapobiegania zaburzeniom psychicznym :
- ú programy: Zapobieganie i leczenie bezsenności, „Stres pod kontrolą”, „Cukierki” – łącznie 2810 dzieci i młodzieży oraz 66 dorosłych,
 - ú szkolenia „Stres pod kontrolą” – 4 dorosłych,
 - ú wykłady i pogadanki „Zdrowie psychiczne od dzieciństwa do starości” – 124 dzieci i młodzieży oraz 40 dorosłych.
- b. Instytucje/ ośrodki wsparcia działające na terenie powiatu :
- ú punkty konsultacyjne – 7,
 - ú świetlice socjoterapeutyczne – 8,
 - ú kluby środowiskowe – Grupa samopomocowa AA – 1,
 - ú pedagodzy szkolni – 3.

5. Cel 9: Poprawa stanu sanitarnego

- a. Neutralizacja nieczystości:



- ú kanalizacja: oddano do użytku (liczba/km) – 4/7,769 km; zmodernizowano – 1/0,2 km,
- ú oddano do użytku 1 oczyszczalnię ścieków oraz 1 zmodernizowano,
- ú rekultywacja składowiska odpadów: oddano do użytku – pow. 0,93.

b. Likwidacja dzikich wysypisk: liczba – 5.

6. Cel 10: Zmniejszenie liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych (WPPZ, cel. Zmniejszenie liczby wypadków drogowych oraz ich negatywnych następstw)

a. Organizowanie edukacji w zakresie bezpieczeństwa:

- ú programy profilaktyczne: Stop – uważaj na drodze, „Bezpieczna szkoła z PZU” – łącznie 340 odbiorców (dzieci i młodzież),
- ú szkolenia: Kierowcy MZK, Szkolenia kierowców naruszających przepisy – łącznie 590 odbiorców (dzieci i młodzież),
- ú turniej bezpieczeństwa w ruchu drogowym „Zebra” – 126 dzieci i młodzieży,
- ú spotkania dzieci szkolnych z Policją – 3587 dzieci i młodzieży,
- ú „Bezpieczna jazda rowerem – w ruchu drogowym” – 160 dzieci i młodzieży,
- ú Bezpieczna Droga do Szkoły – 2128 dzieci i młodzieży,
- ú Miasteczko Ruchu Drogowego – 800 dzieci i młodzieży,
- ú Innowacje pedagogiczne „Mały ratowniczek” – 30 dzieci i młodzieży,
- ú Pogadanki z policjantami w szkołach – 600 dzieci i młodzieży.

b. Inwestycje mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa:

- ú 4 nowe strefy ograniczenia prędkości,
- ú 122 nowe znaki drogowe,
- ú 209 nowych oświetleń,
- ú 12 nowych progów zwalniających.

7. Cel 13: Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała oraz Cel 18: Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia, młodzieży oraz kobiet ciężarnych (WPPZ, cel 2: Poprawa opieki nad matką i dzieckiem)

a. Organizowanie /dofinansowanie/ działań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem:

- ú rozprowadzanie poradników dot. opieki nad niemowlęciem – 20 uczestników.

b. Stwarzanie warunków do prowadzenia profilaktyki próchnicy:

- ú dofinansowanie profilaktyki fluorkowej – 5 gabinetów, 492 uczestników,



- ú fluoryzacja „Program profilaktyki próchnicy zębów” Radosny uśmiech, radosna przyszłość – 2 gabinety, 2178 uczniów, 2667 odbiorców.

8. Cel 17: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym (WPPZ, cel 7: Zapobieganie chorobom zakaźnym)

a. Organizowanie działań z zakresu przeciwdziałania chorobom zakaźnym na terenie powiatu:

- ú programy profilaktyczne problematyka AIDS/HIV: Olimpiada wiedzy o AIDS/HIV – 300 odbiorców (dzieci i młodzież), Kampania medialna w zakresie HIV/AIDS – 3500 odbiorców (dzieci i młodzież) i 5050 dorosłych, konkurs AIDS/HIV i plakaty – 450 odbiorców (dzieci i młodzież),
- ú programy profilaktyczne dotyczące innych chorób zakaźnych: Zapobieganie Odrze, Świnie i Różyczce – 250 dorosłych, Przedszkolny Program Profilaktyki WZW A – 1520 dzieci i młodzieży oraz 1230 dorosłych, Program Profilaktyki WZW A w zakładach produkujących żywność do obrotu – 220 dzieci i młodzieży,
- ú szkolenia: Zapobieganie Odrze, Świnie i Różyczce – 8 dorosłych, Program Profilaktyki WZW A w zakładach produkujących żywność do obrotu – 17 dorosłych,
- ú akcje informacyjno-edukacyjne: plakaty, ulotki, filmy, „Żółty tydzień. Zapobieganie Odrze, Świnie i Różyczce” – 365 dzieci i młodzieży oraz 80 tys. dorosłych,
- ú Konkursy: „Żółty tydzień” – 4 dorosłych, „Wiedza o AIDS i uzależnieniach” – 21 dzieci i młodzieży.

9. Cel 14: Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej (WPPZ, cel 3: Zapobieganie chorobom układu krążenia oraz objęcie czynną opieką osób z ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca)

a. Organizowanie działań z zakresu zapobiegania chorobom układu krążenia na terenie powiatu:

- ú 3 programy profilaktyczne – 450 odbiorców (dorośli),
- ú poziom cholesterolu – 7 działań – 563 odbiorców dorosłych i 4 dzieci i młodzieży,
- ú poziom trójglicerydów – 2 działania – 10 dzieci i młodzieży oraz 293 dorosłych,
- ú poziom cukru – 6 działań – 15 dzieci i młodzieży oraz 542 dorosłych,
- ú 8 pomiarów ciśnienia tętniczego - 24 dzieci i młodzieży oraz 585 dorosłych,
- ú badanie EKG – 70 dorosłych.



10. Cel 15: Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka (WPPZ, cel: Zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe i zwiększenie skuteczności ich leczenia oraz cel: Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom chorób przewlekłych)

a. Organizowanie badań profilaktycznych dla społeczności lokalnej:

- ú mammografia – 68 działań dla 333 kobiet,
- ú cytologia – 3 działania – 27 kobiet,
- ú badanie USG piersi – 40 kobiet,
- ú badanie prostaty – 44 mężczyzn,
- ú badanie słuchu – 30dzieci i młodzieży oraz 236 dorosłych,
- ú program edukacyjny „Różowa wstążeczka” (szkolenie, realizacja programu w szkołach ponadgimnazjalnych) – 2750 dzieci i młodzieży oraz 371 dorosłych,
- ú ulotki dotyczące potrzeby badań cytologicznych i mammograficznych – 2600 dorosłych,
- ú zakup modelu do badania piersi dla Stowarzyszenia Amazonek – 45 dorosłych.

11. Cel 16: Stworzenie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia (WPPZ, cel: Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych)

a. Stworzenie warunków umożliwiających funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym:

- ú dofinansowanie likwidacji barier – 37 działań – 714 odbiorców (oraz 120 pośrednich),
- ú dofinansowanie zakupu sprzętu ortopedycznego – rehabilitacyjnego – 875 odbiorców,
- ú dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych – 868 działań – 911 odbiorców,
- ú imprezy sportowe dla osób niepełnosprawnych – 8 działań – 350 odbiorców,
- ú konkursy plastyczne dla osób niepełnosprawnych, zajęcia sportowe, integracja osób niepełnosprawnych – 344 odbiorców.

6.2 Wojewódzki Program Promocji Zdrowia na lata 2004 - 2008

W 2003 r., zarządzeniem Wojewody Lubuskiego, powołana została Wojewódzka Rada ds. Promocji Zdrowia, której podstawowym zadaniem jest inicjowanie i koordynacja na szczeblu wojewódzkim działań na rzecz promocji zdrowia. Główną inicjatywą Wojewódzkiej Rady ds. Promocji Zdrowia było opracowanie Wojewódzkiego Programu Promocji Zdrowia, który poprzez wskazanie listy problemów oraz kierunków działania, ułatwić ma w najbliższych latach realizację zadań w zakresie promocji zdrowia na terenie województwa. Zgodnie



z założeniami Narodowego Programu Zdrowia zadania określone w Programie koncentrują się przede wszystkim na edukacji zdrowotnej oraz profilaktyce pierwotnej. Ważne miejsce zajmują również zadania dotyczące rozwijania i tworzenia siedliskowych projektów promocji zdrowia tak, aby promocja zdrowia obecna była w różnych organizacjach i grupach społecznych takich jak: szkoła, szpital, zakład pracy czy środowisko zamieszkania. Wiele z zadań skierowanych jest do samorządów lokalnych, które powinny być organizatorem działań zdrowotnych na swoim terenie, jak również powinny wspierać społeczne inicjatywy prozdrowotne.

Na podstawie diagnozy stanu zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego określone zostały główne problemy zdrowotne mieszkańców. Pozwoliło to na sformułowanie celu strategicznego oraz 11 celów operacyjnych. W części szczegółowej Programu zaprezentowane zostały zadania konieczne do realizacji poszczególnych celów oraz ich realizatorzy. Określone zostały również oczekiwane efekty oraz wskaźniki do monitorowania i oceny stopnia realizacji zadań. Zaplanowano, iż Program będzie monitorowany na zakończenie każdego roku, a jednostką koordynującą będzie Lubuskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wielkopolskim.

CEL STRATEGICZNY: Poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego.

CELE OPERACYJNE:

1. Stworzenie warunków do upowszechniania zdrowego stylu życia i rozwijania zdrowia wśród społeczności woj. lubuskiego.
2. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem.
3. Zapobieganie chorobom układu krążenia oraz objęcie czynną opieką osób z ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca.
4. Zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe i zwiększenie skuteczności ich leczenia.
5. Zmniejszenie liczby wypadków drogowych oraz ich negatywnych następstw.
6. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
7. Zapobieganie chorobom zakaźnym w szczególności gruźlicy i chorobom przenoszonym drogą płciową.
8. Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom chorób przewlekłych (cukrzyca, choroby układu oddechowego i trawiennego, chorobom reumatycznym, i in.).
9. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
10. Poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych.
11. Poprawa kondycji zdrowotnej ludności pracującej województwa lubuskiego.



6.3 Programy profilaktyczne realizowane przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2006 roku Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ finansował 6 programów profilaktycznych:

§ program profilaktyki raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości występowania, nowotworem u kobiet w Polsce. Stanowi 10,7% wszystkich nowotworów u kobiet. Rocznie u ok. 4000 kobiet stwierdza się raka szyjki macicy a ok. 2000 kobiet umiera z tego powodu. Zmiany przedrakowe wcześniej wykryte umożliwiają całkowite wyleczenie, natomiast zmiany chorobowe, które nie są leczone mogą doprowadzić do zgonu. Przesiewowe badania cytologiczne są najpopularniejszą metodą badań w kierunku raka szyjki macicy przy jednoczesnym zapewnieniu wysokiej skuteczności wykrywania.

Celem programu jest zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy - obniżenie wskaźnika umieralności do poziomu osiąganego w przodujących krajach Unii Europejskiej w tym zakresie. Planowane jest również zwiększenie wskaźnika wczesnego wykrywania nowotworów szyjki macicy, podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju określonego standardu postępowania diagnostycznego. Program adresowany jest do kobiet w wieku 25 -59 lat, które nie miały wykonywanej cytologii w ramach programu profilaktycznego w ci ągu ostatnich 3 lat.

W ramach programu kobiety mieszkające na terenie **powiatu zielonogórskiego** mogą wykonać bezpłatne badanie w SP ZOZ w Sulechowie.

Tabela 115

Lista placówek, w których można wykonać bezpłatne badanie w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy

Nazwa placówki	Miejscowość
Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ w Gorzowie	Gorzów Wielkopolski
Gorzowska Lecznica Specjalistyczna	Gorzów Wielkopolski
SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	Gorzów Wielkopolski
Powiatowe Centrum Usługowe Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Na Wyspie"	Lubsko
SP ZOZ Międzyrzecz	Międzyrzecz
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach	Słubice
SP ZOZ Sulechów	Sulechów
Indywidualna Praktyka Lekarska Mariola Wielgus-Szary	Wschowa
NZOZ ARS-MEDICA	Nowa Sól
	Byto Odrzański
	Kolsko
	Koźuchów



	Nowe Miasteczko
	Siedlisko
	Sława
Indywidualna Praktyka Ginekologiczna J. Zaidlewicz	Świebodzin
Niepubliczny Ginekologiczno-Położniczy Zakład Opieki Zdrowotnej "FEMINA"s.c	Zielona Góra
Aldemed Centrum Medyczne	Zielona Góra
Centrum Medycyny Kobiecej i Onkologii	Zielona Góra
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żaganiu	Żagań
105 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Żarach	Żary
Prywatny Gabinet Ginekologiczno-Położniczy Lek. Med. Robert Wasiński	Zielona Góra
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.T.P. Spółka z o.o.,	Zielona Góra
SP ZOZ Kostrzyn	Kostrzyn
	Witnica
	Górzycza
	Słońsk
Powiatowe Centrum Usługowe Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Na Wyspie"	Żary

Źródło:< www.nfz-zielonagora.pl>

§ program profilaktyki raka piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi 20% wszystkich nowotworów złośliwych w populacji kobiet a zachorowalność oraz umieralność z powodu raka piersi stale rośnie.

Celem programu jest zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi oraz obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka sutka do poziomu osiąganego w krajach Unii Europejskiej przodujących w tym zakresie. Planowane jest również osiągnięcie zwiększonego odsetka nowotworów wykrywanych w najwcześniejszym stadium zaawansowania klinicznego, zwiększenia odsetka wyleczeń i podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Program adresowany jest do kobiet w wieku 50 -69 lat, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały wykonywanej mammografii, nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi lub otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi w 2005 r. pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach.

SP ZOZ Sulechów zamierza intensywnie uczestniczyć w programie profilaktyki raka piersi. Zakład posiada wyspecjalizowaną kadrę medyczną i diagnostyczną, jednakże odczuwa braki w odniesieniu do sprzętu medycznego. W związku z tym SP ZOZ Sulechów planuje zakupić mammograf, który będzie służył profilaktyce raka piersi oraz kontynuować monitorowanie pacjentek po masektonii i zabiegach oszczędzających (guzki, torbiele).



Tabela 116

Lista placówek, w których można wykonać bezpłatne badanie mammograficzne

Nazwa placówki	Miejscowość
SP Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.	Gorzów Wielkopolski
Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Nowa Sól
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Sulęcín
Aldemed Centrum Medyczne	Zielona Góra
Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Diagnostyk"L. Szyński, W. Kwiecień s.c.	Zielona Góra
105 Szpital Wosjkowy z Przychodnią w Żarach	Żary
SP ZOZ	Świebodzin
Powiatowe Centrum Usługowe Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Na Wyspie"	Żary

Źródło: < www.nfz-zielonagora.pl >

§ program profilaktyki chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Umieralność z tego powodu w Polsce należy do najwyższych w Europie. Czynniki sprzyjającymi chorobom układu krążenia są m.in. niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu i stres. Oddziaływując na organizm przez dłuższy czas doprowadzają do zaburzeń biochemicznych i fizjologicznych oraz w konsekwencji do dyslipidemii, otyłości, cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego krwi. Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia można uzyskać minimalizując czynniki ryzyka.

Celem programu jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji objętej programem, dzięki wczesnemu wykryciu oraz redukcji występowania i natężenia czynników ryzyka. Planowane jest również osiągnięcie zwiększenia wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia. Program adresowany jest do osób w wieku 35-55 lat, które w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miały wykonywanych badań objętych programem profilaktycznym oraz nie miały wcześniej rozpoznanej choroby układu krążenia.

W ramach programu mieszkańcy **powiatu zielonogórskiego** mogą wykonać bezpłatne badanie profilaktyczne w NZOZ Przychodnia Lekarska Sulechów oraz w NZOZ Centrum Medyczne PDP Medicus Piotrowscy s.c. w Sulechowie. Pozostałe placówki z województwa lubuskiego, w których można wykonać badania prezentuje poniższa tabela.



Tabela 117

Lista placówek, w których można wykonać bezpłatne badanie w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia

Nazwa placówki	Miejscowość
Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ w Gorzowie	Gorzów Wielkopolski
Miejski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OSIEDLE STASZICA" Zespołowa Praktyka Lekarska S.C.	Gorzów Wielkopolski
Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji "Nasze Zdrowie"	Gorzów Wielkopolski
Gorzowska Lecznica Specjalistyczna	Gorzów Wielkopolski
NZOZ Zespół Lekarza Rodzinnego Jasień	Jasień
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALMED"	Kostrzyn n/O
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED" s.c.	Koźuchów
NZOZ MEDICUS	Lipinki Łużyckie
NZOZ "OMNIBUS" S.C. Janusz Kołodziejczyk , Iwona Kołodziejczyk	Lubsko
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"S.C.	Łęknica
SP ZOZ Międzyrzecz	Międzyrzecz
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolmed" Zespół Lekarza Rodzinnego	Międzyrzecz
Przychodnia Rodzinna, Medycyny Pracy i Medycyny Sportowej "DOZA-MED"	Nowa Sól
Przychodnia Lekarska "Zdrowie" s.c. W.J. Dubaniowscy A. Moryson	Nowa Sól
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Miasteczku Praktyka Lekarza POZ - lek Romuald Betiuk	Nowe Miasteczko
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO S.C. Elżbieta Tomiak, Jolanta Pietraszkiewicz	Otyń
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna"	Siedlisko
NZOZ Przychodnia Lekarska Sulechów	Sulechów
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne PDP Medicus Piotrowscy s.c.	Sulechów
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDKOL	Zielona Góra
Aldemed Centrum Medyczne	Zielona Góra
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PRIMUS s. c.	Żary

Źródło:< www.nfz-zielonagora.pl>

§ program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Według danych epidemiologicznych w Polsce na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc choruje 5% populacji tj. ponad 2 mln osób. Co dziesiąta osoba po 30-tym roku życia ma objawy tej choroby. Przewlekła obturacyjna choroba płuc w wielu wypadkach prowadzi do przedwczesnej śmierci. Głównym czynnikiem wywołującym to niebezpieczne schorzenie jest najprawdopodobniej palenie tytoniu (czynne i bierne). Ponieważ w Polsce pali ok. 10 mln. osób, jednym z działań programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest



ograniczenie tego zjawiska - zmniejszenie zachorowalności i umieralności można uzyskać jedynie dzięki konsekwentnej kampanii antynikotynowej oraz wczesnemu rozpoznaniu choroby za pomocą badania spirometrycznego.

Celem programu jest ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Planowane jest również osiągnięcie zwiększenia skuteczności wykrywania wczesnych stadiów choroby, upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka, skutkach choroby obturacyjnej płuc, wdrożenie taniej i skutecznej metody badań przesiewowych grup ryzyka, edukacja antynikotynowa i leczenie nałogu palenia u zagrożonych i chorych oraz diagnozowanie i leczenie chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc wg przyjętego algorytmu postępowania. Program adresowany jest do osób w wieku 40-65 lat, które są lub były palaczami papierosów lub mają objawy typu kaszel i duszność w czasie wysiłku, nie miały wykonywanych badań przesiewowych w ramach programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w ciągu ostatnich 36 miesięcy oraz nie miały wcześniej stwierdzonej przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy).

Mieszkańcy **powiatu zielonogórskiego** mogą w ramach programu zgłosić się na bezpłatne badania profilaktyczne do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne PDP Medicus Piotrowscy s.c. w Sulechowie. Pozostałe placówki objęte programem prezentuje tabela.

Tabela 118

Lista placówek, w których można wykonać bezpłatne badanie w ramach programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Nazwa placówki	Miejscowość
Miejski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OSIEDLE STASZICA" Zespołowa Praktyka Lekarska S.C.	Gorzów Wielkopolski
Gorzowska Lecznica Specjalistyczna	Gorzów Wielkopolski
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALMED"	Kostrzyn
SP ZOZ Międzyrzecz	Międzyrzecz
Przychodnia Rodzinna, Medycyny Pracy i Medycyny Sportowej "DOZA-MED"	Nowa Sól
Przychodnia Lekarska "Zdrowie" s.c. W.J. Dubaniowscy A. Moryson	Nowa Sól
SP ZOZ DOROTA HADADA	Stargard Gubiński
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne PDP Medicus Piotrowscy s.c.	Sulechów
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDKOL	Zielona Góra
NZOZ MEDICUS	Żary
NZOZ " VITAMED"	Żary

Źródło: <www.nfz-zielonagora.pl>



§ program badań prenatalnych

Kobiety powyżej 35 roku życia stanowią ok. 10% ogółu rodzących w Polsce. U kobiet z tej grupy wiekowej wzrasta ryzyko wystąpienia patologii płodu, uwarunkowanych aberracją chromosomalną. Określenie ryzyka ich wystąpienia i wykrycie wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwala na bezpieczne prowadzenie ciąży, umożliwia podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego i przygotowanie się rodziców do wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po urodzeniu dziecka. Stąd celem programu jest umożliwienie identyfikacji ryzyka wad i wczesnego rozpoznawania wad płodu, profilaktyka chorób dziedzicznych w rodzinach wysokiego ryzyka genetycznego oraz zwiększenie dostępności badań prenatalnych w Polsce. Program adresowany jest do kobiet w ciąży, które spełniają przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

- ú wiek powyżej 35 roku życia,
- ú w poprzedniej ciąży wystąpiły aberracje chromosomowe u płodu,
- ú w rodzinie występują strukturalne aberracje chromosomowe, nieprawidłowy kariotyp, np.: translokacja,
- ú stwierdzony w czasie ciąży nieprawidłowy wynik badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

W ramach programu kobiety mogą wykonać bezpłatne badanie prenatalne w Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli

§ program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie

Celem programu jest m.in. zapobieganie występowaniu lub pogłębianiu się nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym dziecka, pomoc w wykorzystaniu potencjału rozwojowego, pomoc w osiąganiu coraz większej autonomii i dążenie do poprawy jakości życia dziecka. Planowane jest również osiągnięcie dostatecznego przygotowania dziecka z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną/psychiczną do korzystania z edukacji i współżycia w grupie, do samodzielnego korzystania z zajęć organizowanych w placówkach wychowawczych i edukacyjnych przeznaczonych dla wszystkich dzieci. Program adresowany jest do dzieci (i rodziców tych dzieci), w wieku do 7 lat zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych, m.in. z grupy wysokiego ryzyka ciążyowo - porodowego, opóźnionych w rozwoju psychoruchowym lub upośledzonych umysłowo, z niepełnosprawnością sprzężoną z różnymi jednostkami chorobowymi (m.in.: z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego, małogłowie, wrodzonym wodogłowie, zespołem Downa, dziecięcym porażeniem mózgowym, miopatią, zanikami nerwowo-mięśniowymi, zespołami padaczkowymi), z całościowymi zaburzeniami rozwoju (autyzm, Zespół Aspergera, Zespół Retta), dzieci niewidomych, słabo widzących, głuchych lub słabo słyszających. Opieka ciągła



w ramach programu może być prowadzona do 10 roku życia, w odniesieniu do dzieci, którym odroczone realizację obowiązku szkolnego.

Dzieci mogą uzyskać pomoc i opiekę zespołów złożonych z różnych specjalistów, m. in.: logopedy, fizjoterapeuty, psychologa. Na pomoc i wsparcie w ramach programu mogą również liczyć rodzice, dla nich przewidziano m. in. poradnictwo, w tym rodzinne i prawne, wsparcie psychiczne, krótkotrwałe zastępstwo w opiece, a w szczególnych przypadkach specjalistyczną pomoc psychoterapeutyczną. Świadczenia w ramach programu udzielane są na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty (z poradni specjalistycznej lub z oddziału szpitalnego).

Programy realizowane w 2007 r. w ramach kontraktu z NFZ w gminach: Sulechów, Trzebiechów, Bojadła, Kargowa, Babimost, Zabór, Czerwieńsk, Świdnica, Nowogród Bobrzański, Zielona Góra:

- 1. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,**
- 2. Program profilaktyki raka szyjki macicy,**
- 3. Program profilaktyki chorób układu krążenia.**

6.4 Działania profilaktyczne realizowane przez Wojewódzką Stację Sanitarno Epidemiologiczną

W 2005 r. zadania realizowane przez pion promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej dotyczyły:

- § profilaktyki chorób zakaźnych,
- § zapobiegania nowotworom,
- § profilaktyki uzależnień, szczególnie ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu,
- § promocji zdrowia kobiet i dzieci,
- § profilaktyki chorób przewlekłych, m.in. cukrzycy i osteoporozy,
- § promocji zdrowia psychicznego,
- § higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy.

Edukacją zdrowotną objęto przede wszystkim dzieci i młodzież szkół różnego typu, nauczycieli, wychowawców i rodziców, personel zakładów opieki zdrowotnej oraz pracowników zakładów pracy.

Zadania oświatowo – zdrowotne prowadzone były we współpracy z: agendami Ministerstwa Zdrowia i instytucjami naukowymi: Krajowym Centrum ds. AIDS, Instytutem Matki i Dziecka, Centrum Onkologii, konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach medycyny związanych z realizowanymi programami, Lubuskim Urzędem Wojewódzkim, administracją zespólną



i jednostkami podległymi Wojewodzie, jednostkami samorządowymi, placówkami nauczania i wychowania i zakładami opieki zdrowotnej, wojewódzkimi, miejskimi i gminnymi placówkami kulturalno – oświatowymi, instytucjami i organizacjami społecznymi i pozarządowymi, lokalnymi i regionalnymi środkami masowego przekazu.

Program profilaktyki HIV/AIDS

Celem programu jest zapobieganie zakażeniom wirusem HIV oraz dostarczenie wiedzy i kształtowanie właściwych postaw wobec osób żyjących z HIV. Działania profilaktyczne koncentrowały się przede wszystkim na szkoleniach personelu medycznego, edukacji młodzieży, organizacji akcji informacyjnych.

Przeprowadzono społeczną kampanię medialną „ABC Zapobiegania HIV/AIDS” skierowaną do kobiet i mężczyzn w wieku 18–29 lat, w ramach której na terenie województwa lubuskiego m.in. zorganizowano wojewódzką konferencję prasową, utworzono punkty informacyjno-edukacyjne w szkołach ponadgimnazjalnych, powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.



CZĘŚĆ II

SZCZEGÓŁOWA



7 Programy profilaktyczno-lecznicze w powiecie zielonogórskim

Promocja i ochrona zdrowia zgodnie z art.4 pkt.1 ust.2 ustawy o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r., Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.) jest zadaniem własnym powiatu. Opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców nakłada na samorząd powiatowy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135).

7.1 Podstawowe założenia koncepcji i konstrukcji powiatowych programów promocji zdrowia i programów profilaktyczno-leczniczych

7.1.1 Zdrowie i czynniki je warunkujące

Według Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niedomagania”. W strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” przyjętej także w Polsce podkreśla się, że zdrowie jest:

- § **wartością**, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie z nim;
- § **zasobem** dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny;
- § **środkiem** do osiągnięcia lepszej jakości życia; jakość życia należy rozumieć jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy i lepsze zarobki, a także satysfakcję z życia.

Zdrowie nie jest zatem stanem statycznym. We wszystkich okresach życia należy je:

- § chronić, czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka),
- § doskonalić, czyli pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia),
- § przywracać, gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja).

Według prof. Johna Aggletona zdrowie można definiować na różne sposoby, a mianowicie:

- § zdrowie jako brak choroby,
- § zdrowie jako stan idealny,
- § zdrowie jako dobrą formę fizyczną i psychiczną,
- § zdrowie jako wartość rynkową,
- § zdrowie jako siłę osobistą lub zdolności,



§ zdrowie jako podstawę ludzkich możliwości.

Zaproponowanej w 1920 roku przez C. E. A. Winslowa definicja zdrowia publicznego g łośi, iż jest to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa skierowaną na zapobieganie chorobom i wczesne ustalanie diagnozy, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności, warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia.

Wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się cztery grupy:

- § styl życia – jego udział jest największy (50-60%) i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego mieszkańca;
- § środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%);
- § czynniki genetyczne (ok. 20%);
- § służba zdrowia, która może rozwiązać 10-15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

7.1.2 Promocja zdrowia

Fundamentem i głównym przesłaniem Powiatowego Programu Zdrowotnego będzie promocja zdrowia i profilaktyka chorób.

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym mieszkańcom:

- § zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem,
- § poprawę zdrowia poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu.

Promocja zdrowia jest więc sztuką interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk. Stąd też promocję zdrowia wbudowuje się w różne systemy społeczne (np. edukację, kulturę fizyczną, rodzinę) i istniejące w nich organizacje poprzez zintegrowanie zdrowia z podstawowymi celami danego systemu czy organizacji.

Pojęcie „promocja zdrowia” ukształtowało się pod koniec lat 1970-tych, a ściślej w czasie obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1978 roku. Po wydaniu przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego „Dokumentu dyskusyjnego” na temat promocji zdrowia w 1984 r., wraz z zaproponowaniem jej definicji I Międzynarodowa Konferencja na temat promocji zdrowia w Ottawie (1986) dopełniła formę i treścią jej ideę i przysporzyła potencjalnej energii na tyle, że już w ciągu kilku następnych lat z dynamicznego ruchu społecznego rozwinęła się nowa dziedzina nauki o nazwie promocja zdrowia.

Promocja zdrowia stała się pierwszym z czterech głównych kierunków działania w ramach Europejskiej Strategii Zdrowia.

Przyjęto, że promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz



sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia.

Do podstawowych zadań promocji zdrowia należą:

- § publiczny udział w określaniu problemów zdrowotnych,
- § podejmowanie decyzji dotyczących poprawy lub zmiany czynników warunkujących zdrowie,
- § dostarczanie właściwych informacji celem dokonania wyboru,
- § umożliwienie oceny wyboru,
- § rozwijanie zdolności analizowania i odnajdywania alternatywnych wyborów.

7.1.3 Profilaktyka chorób

Profilaktyka, to najogólniej działania i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom. Profilaktyka chorób wpływa pozytywnie na zdrowie publiczne poprzez wydłużenie średniej długości życia i zmniejszanie ilości przedwczesnych zgonów oraz poprawę jakości życia. Można wyróżnić 3 stopnie profilaktyki chorób:

- § I stopnia - to oddalanie niebezpieczeństwa wystąpienia choroby lub dolegliwości. Przykłady: szczepienia ochronne, doradztwo genetyczne dla przyszłych rodziców, działania edukacyjne prowadzące np. do kontroli wagi ciała, sposobu odżywiania, programy „rzuc palenie”, działania polityczne m.in. poprzez ustawodawstwo (np. dla zapewnienia bezpieczeństwa na drogach w celu zapobiegania wypadkom);
- § II stopnia - to wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie chorób, obserwacja osób z grupy ryzyka, np. w celu wykrycia raka piersi, regularna ocena rozwoju dziecka;
- § III stopnia - to zapobieganie powikłaniom w momencie wystąpienia choroby, promowanie rehabilitacji i niedopuszczenie do nawrotu choroby.

Właściwie realizowana polityka promocji zdrowia i profilaktyki chorób musi opierać się na rozwoju i zachowaniu równowagi pomiędzy stylem życia społeczeństwa, środowiskiem naturalnym i charakterem prowadzonej w państwie opieki zdrowotnej. Wprowadzenie zasad rynkowych w opiece zdrowotnej, z wyraźnym rozdziałem pomiędzy dostawcami świadczeń zdrowotnych a płatnikami, klientami i organami nadzorującymi, którzy planują i oceniają dostarczane usługi w imieniu pacjentów powoduje, że organ nadzorujący nie musi być odpowiedzialny za dostarczane świadczenia zdrowotne, co ułatwia ocenę rzeczywistych potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności. Bardzo dużą rolę odgrywają w tym kontekście władze samorządów terytorialnych.

7.1.4 Rachunek ekonomiczny

Realizacja programów zdrowotnych musi opierać się również na rachunku ekonomicznym. Na podstawie przeprowadzonych analiz ekonomicznych w promocji zdrowia wzrasta rola poziomu



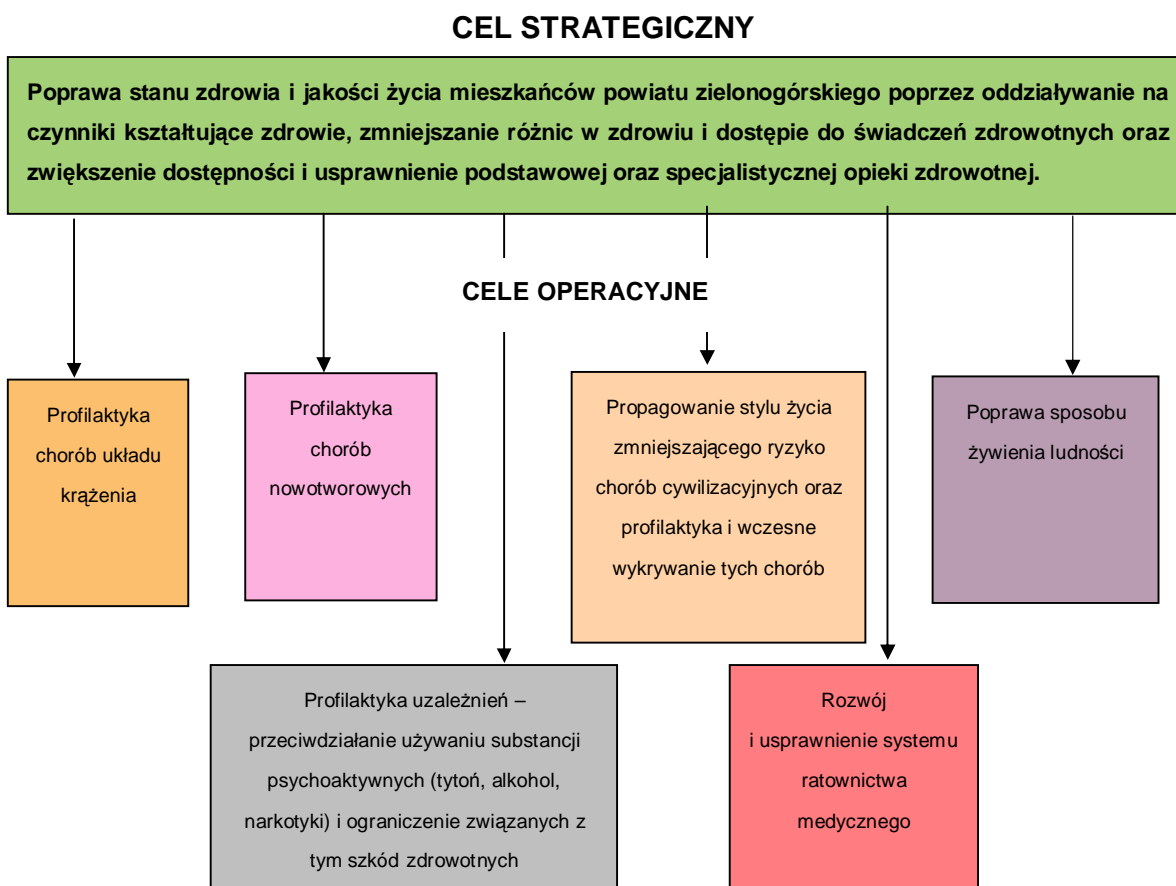
społecznego wobec poziomu indywidualnego. Wynika to z dodatkowych, zewnętrznych korzyści alternatywnych, jakie można odnieść dzięki działaniom na poziomie społecznym, przy zachowaniu suwerenności indywidualnej. Dlatego w promocji zdrowia w ostatnim okresie wzrasta rola działań podejmowanych przez społeczności lokalne. Dodatkowym problemem przy podejmowaniu indywidualnej decyzji jest pytanie, czy utrata „korzyści” z ulubionego zwyczaju będzie zrekompensowana wartością pozyskanego zdrowia. W Stany Zjednoczonych, czyli państwie o bardzo liberalnej gospodarce, suwerenność konsumenta w promocji zdrowia została w niektórych zagadnieniach znacznie ograniczona. Za przykład może posłużyć znaczny spadek liczby palaczy tytoniu. Osiągnięto to m.in. poprzez ograniczenia reklamy, zakaz palenia w miejscach publicznych, wprowadzenie przez część pracodawców palenia lub niepalenia tytoniu jako kryterium oceny pracownika (zwłaszcza przy przyjęciu do pracy), znaczny wzrost akcyzy, a tym samym cen papierosów (jak wykazały badania, odnosi to szczególnie korzystny rezultat wśród nieletnich palaczy). Wymienione działania mogły przynieść tak znaczne efekty dzięki olbrzymiemu wsparciu wprowadzonych równoległe przez samorządy programów zwalczania palenia tytoniu wśród społeczności lokalnych.

W Polsce przy wyborze celów i zadań programów zdrowotnych przez samorządy terytorialne metodą korzystną może być analiza kosztów i korzyści (cost-benefit analysis), ze względu na szacunkową ocenę wielu zjawisk lub wręcz brak pewnych danych. Poniesione np. na promocję zdrowia koszty przyniosą efekt dopiero po wielu latach, dlatego metoda analizy, zwłaszcza w początkowym okresie, pozwoli na dokonanie wypadkowej oceny po określeniu wszystkich kosztów i korzyści bez potrzeby dokonywania wyliczania ceny w kategoriach pieniędzy.



8 Koncepcja celów i konstrukcja Powiatowego Programu Zdrowotnego

Podstawowym założeniem opracowywanego PPZ jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców powiatu oraz zmiana ich świadomości zdrowotnej. Przy konstruowaniu Powiatowego Programu Zdrowotnego przyjęto jeden cel strategiczny oraz siedem celów operacyjnych:



Wszystkie cele operacyjne wynikają z rozpoznanych zagrożeń zdrowotnych mieszkańców powiatu, w szczególności w wyniku analizy sytuacji epidemiologicznej, demograficznej i dynamiki zachorowalności, a jednocześnie uwzględniają realne możliwości finansowe jego budżetu. Ponadto cele te korespondują z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Dla właściwego przebiegu realizacji opisanych poniżej celów operacyjnych koniecznym jest przeprowadzenie przedsięwzięcia inwestycyjnego takiego jak: **wyposażenie w nowoczesny sprzęt oraz rozbudowa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulechowie.**



8.1 Cel strategiczny Powiatowego Programu Zdrowia

Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców powiatu zielonogórskiego poprzez oddziaływanie na czynniki kształtujące zdrowie, zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej.



8.2 Cele operacyjne

8.2.1 Cel operacyjny 1 - Profilaktyka chorób układu krążenia

Głównym zagrożeniem życia mieszkańców powiatu zielonogórskiego i powiatu lubuskiego, podobnie jak i pozostałego obszaru Polski, są choroby układu krążenia. Umieralność z powodu tych chorób jest najwyższa i choć od początku lat 90-tych obserwuje się spadek zgonów to jednak ciągle wskaźnik ten jest u mężczyzn o 60%, a u kobiet o 46%, wyższy od przeciętnego w Europie. Polsce potrzeba 17 lat, aby osiągnąć poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia, jaki jest obecnie w krajach Unii Europejskiej.

Głównymi negatywnymi skutkami tego rodzaju chorób są: zwiększona absencja chorobowa, hospitalizacja, trwała niesprawność psychofizyczna oraz przedwczesna umieralność.

Zadania

1. Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia.
2. Ograniczenie częstości hospitalizacji i kosztów leczenia.

Proponowane działania

1. Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku chorób układu krążenia.
2. Ogłoszenie konkursów wśród uczniów szkół powiatu zielonogórskiego o tematyce promującej zdrowy tryb życia, w tym profilaktyka chorób układu krążenia.
3. Udoskonalenie i poszerzenie metody diagnostycznej chorób układu krążenia.
4. Zmodernizowanie oddziałów szpitala i wprowadzenie w nich procedury diagnostycznej oraz leczniczej.

Realizatorzy zadań

1. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
2. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
3. Szkoły i placówki oświatowe z terenu powiatu zielonogórskiego.
4. Samorządy gminne.
5. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna.

Oczekiwane efekty i korzyści

- § zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia
- § zwiększenie wykrywalności chorób układu krążenia
- § zwiększenie ilości badań diagnostycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu krążenia



Wskaźniki

- § **ilość spotkań edukacyjnych z mieszkańcami**
- § **wskaźnik uczestnictwa mieszkańców =**
$$\frac{\text{liczba mieszkańców uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba mieszkańców powiatu}}$$
- § **ilość wydanych materiałów edukacyjnych**
- § **ilość przeprowadzonych badań profilaktycznych – dotyczy badań przesiewowych**

8.2.2 Cel operacyjny 2 – Profilaktyka chorób nowotworowych

W Polsce, co roku z powodu choroby nowotworowej umiera 166 osób na każde 100 tys. mieszkańców. Nowotwory stanowią drugą w kolejności przyczynę zgonów. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej Polska należy do krajów o wyższym niż przeciętna ryzyku zagrożenia nowotworami złośliwymi. Ekspertki szacują, że jeżeli w Polsce nic się nie zmieni w zakresie profilaktyki i terapii nowotworowej poziom umieralności z powodu chorób nowotworowych taki, jaki jest obecnie w krajach Unii Europejskiej osiągniemy dopiero za 29 lat. Dane epidemiologiczne dotyczące regionu Wielkopolski wskazują na ciągle rosnące współczynniki zachorowań i zgonów będące wynikiem chorób nowotworowych. Spadek zachorowalności i umieralności przewidywany jest jedynie dla nowotworów złośliwych żołądka oraz szyjki macicy. Nowotwory złośliwe dotyczą przedstawicieli wszystkich populacji. Etiologia poszczególnych typów nowotworów jest złożona i aktualnie tylko częściowo poznana. Niemniej wiadomo, że ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego jest zależne od czynników genetycznych i uwarunkowań środowiskowych. Szacuje się, że w 5 – 10% przypadków nowotworów złośliwych, główną przyczyną zachorowania są mutacje genetyczne o charakterze dziedzicznym.

Rodzinne występowanie nowotworów złośliwych stwierdza się, gdy wśród najbliższych krewnych w kolejnych pokoleniach wystąpiły przynajmniej trzy zachorowania na nowotwory złośliwe lub, gdy choruje co najmniej 50% danego pokolenia w rodzinie. Identyfikacja osób do grupy podwyższonego ryzyka odbywa się za pomocą badania przesiewowego, w którym wykorzystywane są kryteria rodowodowo – kliniczne. Metoda ta pozwala na wykrycie nie zaawansowanej postaci choroby lub predyspozycji do jej wystąpienia. Wcześniejszemu wykrywaniu choroby nowotworowej, często w fazie, gdy nie daje ona jeszcze objawów klinicznych, służą badania przesiewowe. W odniesieniu do najpowszechniejszego nowotworu u kobiet, raka piersi, taką rolę pełni mammografia profilaktyczna a w odniesieniu do raka gruczołu krokowego u mężczyzn badanie antygenu nowotworowego prostaty (PSA).

Choroby nowotworowe, po chorobach układu krążenia, są najpoważniejszym i narastającym problemem zdrowotnym Polaków. Stanowią drugą z kolei przyczynę zgonów



w powiecie zielonogórskim i województwie lubuskim. Choroby nowotworowe rozwijają się długo i często w początkowym stadium są bezobjawowe. Wczesne ich wykrycie daje bardzo duże szanse wyleczenia. Dlatego niezmiernie ważną rolę pełnią badania przesiewowe w tym kierunku.

Obecnie co piąty Polak umiera z powodu nowotworu złośliwego, z kolei niemal co drugi chory na nowotwór złośliwy zgłasza się z tak zaawansowaną chorobą, że nie można zastosować leczenia radykalnego.

Zadania

1. Zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych poprzez ich wczesne wykrywanie oraz edukację zdrowotną w tym zakresie.
2. Podniesienie wskaźnika zdrowotności społeczności lokalnej.

Proponowane działania

1. Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych.
2. Zidentyfikowanie grupy podwyższonego ryzyka rodzinnej postaci nowotworów złośliwych w powiecie zielonogórskim oraz objęcie badaniami kontrolnymi osoby zakwalifikowane do tej grupy.
3. Opracowanie i wprowadzenie stałego schematu postępowania przy identyfikacji i prowadzeniu osób z rodzinną predyspozycją nowotworu w oparciu o współpracę z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarkami środowiskowymi.
4. Edukacja zdrowotna mieszkańców, wspieranie stowarzyszeń działających w zakresie profilaktyki zdrowotnej.
5. Kształtowanie potrzeby dokonywania badań diagnostycznych oraz samokontroli.
6. Podnoszenie świadomości dotyczącej zagrożeń chorobami nowotworowymi i możliwości ich leczenia.
7. Zakup mammografu dla SP ZOZ w Sulechowie.
8. Objęcie mammografią profilaktyczną kobiety powyżej 40 roku życia i badaniem PSA mężczyzn powyżej 40 roku życia.
9. Zakup USG do Poradni „K”.
10. Zakup gastrooskopów i kolonoskopów nowej generacji.

Realizatorzy zadań

1. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
2. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
3. Samorządy gminne.
4. Sulechowskie Stowarzyszenie Amazonek.



Oczekiwane efekty i korzyści

- § zwiększenie dostępności do badań mammograficznych
- § zwiększenie wskaźnika wczesnego wykrywania nowotworów
- § wyrobienie nawyku systematycznych kontroli kobiet w poradni „K”
- § zmniejszenie skutków nieleczonych lub zaniedbanych przypadków schorzeń nowotworowych
- § samokontrola gruczołu piersiowego - normalnym zjawiskiem wśród populacji żeńskiej
- § podniesienie wskaźnika zdrowotności społeczności lokalnej
- § zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych

Wskaźniki

- § **wskaźnik predyspozycji do nowotworów** – stosunek liczby osób zakwalifikowanych do grupy podwyższonego ryzyka do liczby osób bez cech rodzinnej predyspozycji do nowotworów złośliwych:

liczba osób zaliczonych do grupy podwyższonego ryzyka
wielkość populacji (kobiety + mężczyźni) w danym powiecie

- § **wskaźnik uczestnictwa podstawowego** – procent osób, u których przeprowadzono ankietę w powiecie:

liczba osób (gospodarstw domowych), u których przeprowadzono ankietę
wielkość populacji (liczba gospodarstw domowych)

- § **wskaźnik uczestnictwa szczegółowego** – liczba osób (rodzin) zakwalifikowanych do grupy podwyższonego ryzyka na podstawie ankiety podstawowej, zgłaszająca się na konsultacje szczegółową do Onkologicznej Poradni Genetycznej:

liczba osób zgłaszających się na konsultację szczegółową do OPG
liczba osób (rodzin) zakwalifikowanych do grupy podwyższonego ryzyka na podstawie ankiety podstawowej

- § **wskaźnik rodzin z diagnozą z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia nowotworu złośliwego:**

liczba rodzin z diagnozą z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia nowotworu złośliwego

liczba rodzin zaliczonych do grupy podwyższonego ryzyka

- § **wskaźnik rodzin z diagnozą definitywną dziedzicznej predyspozycji do nowotworu złośliwego:**

liczba rodzin z definitywną diagnozą dziedzicznej predyspozycji do wystąpienia nowotworu złośliwego
liczba rodzin zaliczonych do grupy podwyższonego ryzyka



§ **proporcja rodzin z definitywną diagnozą do liczby rodzin z diagnozą z wysokim prawdopodobieństwem:**

$$\frac{\text{liczba rodzin z definitywną diagnozą dziedzicznej predyspozycji do wystąpienia nowotworu złośliwego}}{\text{liczba rodzin z diagnozą z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia nowotworu złośliwego}}$$

§ **współczynnik dziedzicznej predyspozycji:**

$$\frac{\text{liczba osób, z wykrytym zespołem dziedzicznej predyspozycji do nowotworów złośliwych}}{\text{liczba osób, u których przeprowadzono ankietę podstawową}}$$

§ **wskaźnik uczestnictwa kobiet w mammografii profilaktycznej:**

$$\frac{\text{liczba kobiet powyżej 40 roku życia, u których wykonano mammografię profilaktyczną}}{\text{liczba kobiet w powiecie powyżej 40 roku życia}}$$

§ **wskaźnik wykonania badań PSA:**

$$\frac{\text{liczba mężczyzn powyżej 40 roku życia u których wykonano PSA}}{\text{liczba mężczyzn w powiecie powyżej 40 roku życia}}$$

§ **ilość spotkań edukacyjnych z mieszkańcami**

§ **ilość wydanych materiałów edukacyjnych**



8.2.3 Cel operacyjny 3 – Profilaktyka uzależnień – przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki) i ograniczenie związanych z tym szkód zdrowotnych

Według szacunkowych danych około 4 mln polskich dzieci narażonych jest na mimowolne wdychanie dymu tytoniowego (palenie bierne). Przypuszczalnie codziennie w Polsce oko 500 dzieci sięga po swojego pierwszego papierosa wchodząc na drogę ku regularnemu paleniu tytoniu w przyszłym dorosłym życiu. Z szacunków epidemiologicznych wynika, iż 125 osób z tej grupy umrze przedwcześnie z powodu chorób tytoniozależnych. Faktem bezspornym jest to, że blisko 90 000 Polek i Polaków umiera corocznie przedwcześnie na skutek chorób nowotworowych i chorób układu krążenia spowodowanych paleniem papierosów. 95% pierwotnych raków płuc spowodowanych jest paleniem papierosów. Z danych Państwowego Zakładu Higieny wynika, że:

- § wśród uczniów klas 5-6 szkół podstawowych pojawiają się pierwsze próby palenia, a nawet codziennego palenia papierosów ; regularnie pali oko 7% dzieci w szkołach gimnazjalnych,
- § regularne palenie wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych jest już poważnym problemem, zwłaszcza wśród chłopców w liceach i technicach,
- § w zasadniczych szkołach zawodowych zaś regularne palenie jest bardzo rozpowszechnione tak u chłopców, jak i dziewcząt – codziennie pali co 3 uczeń szkoły zawodowej.

Działania sektora zdrowia publicznego w Polsce od lat koncentrowały się raczej na problematyce zwalczania palenia tytoniu i na tym polu odnotowano zauważalne, pozytywne rezultaty. W świetle światowych i polskich doświadczeń w działalności antynikotynowej wiadomo, że dziś należy, z co najmniej podobnym zaangażowaniem zająć się zapobieganiem paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży. Kluczowe znaczenie mają szkolne programy edukacyjne. Z kolei problem narkomanii stanowi obecnie wyzwanie o zasięgu ogólnoswiatowym. Jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego, szczególnie w zakresie chorób infekcyjnych, kilkakrotnie większej liczby zgonów wśród narkomanów w porównywalnej wiekowo populacji oraz całej gamy zagrożeń społecznych (prostytcja, przestępczość, bezdomność, przemoc w rodzinie, itp.).W oparciu o dane z leczenia stacjonarnego i szacunkowe dane policji przy ocenia się, że w Polsce jest obecnie 32 – 60 tys. narkomanów. Są to osoby regularnie używające narkotyki. Choć nowe wzory używania narkotyków są mniej destrukcyjne, co powoduje ograniczenie konsekwencji zdrowotnych, to z drugiej strony nowe środki takie jak amfetamina, heroina czy przetwory konopi nie są w świadomości młodych ludzi zagrożeniem. Zagrożenie identyfikowane jest, bowiem z opatiami domowego wyrobu.

W połowie lat 80-tych paliło 50% Polaków (60% mężczyzn i ponad 30% kobiet). Szacuje się, że 40% zgonów mężczyzn w wieku 39-69 lat jest przyczynowo związanych z paleniem tytoniu. Palenie tytoniu jest powodem 20-30% schorzeń układu krążenia, 80% przewlekłych chorób układu



oddechowego oraz 40% nowotworów złośliwych u mężczyzn, a 10% u kobiet. Głęboko niepokojącym zjawiskiem jest wzrost spożycia substancji psychoaktywnych przez coraz młodsze osoby. Nałogowe przyjmowanie substancji narkotycznych powoduje nieodwracalne zmiany w ludzkim organizmie, wpływając w oczywiste negatywny sposób na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne narkomana. Ponieważ na całym świecie efektywność leczenia osób uzależnionych jest mała, a ryzyko występowania poważnych szkód zdrowotnych wzrasta należy prowadzić programy profilaktyczne.

Skutki: Palenie tytoniu prowadzi nie tylko do powstania nowotworów w narządach mających bezpośredni kontakt z dymem tytoniowym (płuca, oskrzela, krtani, tchawica), częściej też rozwijają się nowotwory złośliwe układu pokarmowego (przełyk, żołądek, wątroba, trzustka, okrężnica) i nerek. Palenie tytoniu, jest obok nadciśnienia tętniczego najważniejszym czynnikiem ryzyka udaru mózgu.

Używanie narkotyków i spożywanie alkoholu powoduje, iż zostaje uszkodzony w bezpośredni sposób mózg i cały układ nerwowy (zostają zniszczone nieodwracalnie komórki nerwowe - neurony), wpływa degradacyjnie na układy oddechowy (nowotwory płuc, krtani, wzmożoną podatność na infekcje nosa i gardła) oraz serce (migotanie przedsionków, nadciśnienie), wątrobę (uszkodzenie miąższu, nowotwory, marskość), szpik kostny oraz układ rozrodczy. Zarówno u mężczyzn, jak i kobiet zażywanie narkotyków powoduje zmiany w systemie hormonalnym.

Zadanie

1. Podniesienie świadomości społeczeństwa na temat szkodliwości palenia tytoniu, używania narkotyków i spożywania alkoholu oraz ukazanie korzyści wynikających z nieużywania tych substancji psychoaktywnych.

Proponowane działania

1. Ogłoszenie konkursów wśród uczniów szkół powiatu zielonogórskiego o tematyce promującej zdrowy tryb życia, w tym ukazanie negatywnych skutków palenia tytoniu, nadużywania alkoholu oraz zażywania narkotyków.
2. Informowanie pacjentów o szkodliwości stosowania używek, o powikłaniach wynikających z nadużywania alkoholu, palenia tytoniu, nadmiernego stosowania leków.
3. Organizowanie imprez o charakterze profilaktycznym – festynów rekreacyjno – sportowych promujących zdrowy styl życia.
4. Opracowanie statystyczne problemów używania i dostępności środków psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży.

Realizatorzy zadań

1. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
2. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
3. Szkoły i placówki oświatowe z terenu powiatu zielonogórskiego.
4. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Sulechowie.
5. Samorządy gminne.



6. Stowarzyszenia propagujące zasady zdrowego żywienia.

Oczekiwane efekty i korzyści

- § ograniczenie spożycia alkoholu i używek wśród młodzieży
- § podniesienie świadomości społecznej w zakresie zagrożeń związanych z paleniem papierosów, używaniem narkotyków
- § zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych przyjmowaniem substancji uzależniających
- § podniesienie wskaźnika zdrowotności ogółu społeczeństwa
- § spadek wskaźnika zachorowań patologicznych powodowanych nadużywaniem alkoholu (przemoc w rodzinie, w szkole, w grupie społecznej, konflikty z prawem)

Wskaźniki

§ **ilość spotkań dzieci i młodzieży z pedagogiem, psychologiem:**

wskaźnik uczestnictwa = $\frac{\text{liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba dzieci w powiecie w wieku 7 – 18 lat}}$

§ **ilość akcji promujących życie bez papierosa, alkoholu i narkotyków**

§ **ilość konkursów o tematyce przeciwytoniowej, alkoholowej i narkotykowej:**

wskaźnik uczestnictwa = $\frac{\text{liczba dzieci uczestniczących w konkursach}}{\text{liczba dzieci w powiecie w wieku 7 – 18 lat}}$

§ **ilość wydanych materiałów edukacyjnych**



8.2.4 Cel operacyjny 4 – Propagowanie stylu życia zmniejszającego ryzyko chorób cywilizacyjnych oraz profilaktyka i wczesne wykrywanie tych chorób

Chorobami cywilizacyjnymi określa się te choroby, które związane są z rozwojem cywilizacji. Zalicza się do nich między innymi: cukrzycę, choroby sercowo – naczyniowe, nowotwory, otyłość, próchnicę, choroby narządu ruchu, depresje, nerwice. Głównymi przyczynami tych chorób są: szybki, stresujący tryb życia, palenie tytoniu, zły sposób odżywiania się i brak ruchu. Szczególnie istotne jest poszerzenie wiedzy na ten temat wśród dzieci i młodzieży, aby zapobiegać powstawaniu chorobom jak najwcześniej.

Skutki: Choroby cywilizacyjne w zasadniczy sposób wpływają na wielkość wskaźnika śmiertelności.

Zadania

1. Podniesienie świadomości społeczeństwa na temat przyczyn chorób cywilizacyjnych (w szczególności: otyłość, wady postawy i próchnica wśród dzieci i młodzieży).
2. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych.

Proponowane działania

1. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania wad postawy wśród dzieci i młodzieży oraz edukacja zdrowotna w tym zakresie.
2. Badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości - edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki otyłości.
3. Badania przesiewowe w kierunku próchnicy wśród dzieci i młodzieży - profilaktyka próchnicy oraz edukacja zdrowotna w tym zakresie.
4. Ogłoszenie konkursu wśród uczniów szkół powiatu zielonogórskiego o tematyce promującej zdrowy tryb życia, w tym zapobieganie chorobom cywilizacyjnym.
5. Dofinansowanie zajęć pozalekcyjnych z zakresu kultury fizycznej.
6. Wspieranie stowarzyszeń propagujących zdrowy styl życia.

Realizatorzy zadań

1. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
2. Szkoły i placówki oświatowe z terenu powiatu zielonogórskiego.
3. Samorządy gminne.
4. Stowarzyszenia propagujący zdrowy tryb życia.

Oczekiwane efekty i korzyści

- § poprawa populacyjnych mierników zdrowia



- § ogólna poprawa kondycji psychofizycznej mieszkańców powiatu
- § wyrobienie nawyku aktywnego spędzania wolnego czasu
- § poprawa zdrowotności mieszkańców powiatu

Wskaźniki

§ ilość badań profilaktycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych

wskaźnik uczestnictwa = $\frac{\text{liczba przebadanych pacjentów}}{\text{liczba osób w powiecie}}$

§ ilość wydanych materiałów edukacyjnych

§ ilość spotkań edukacyjnych

wskaźnik uczestnictwa = $\frac{\text{liczba osób uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba osób w powiecie}}$

§ ilość konkursów o tematyce dotyczącej chorób cywilizacyjnych

wskaźnik uczestnictwa = $\frac{\text{liczba osób uczestniczących w konkursach}}{\text{liczba osób w powiecie}}$



8.2.5 Cel operacyjny 5 – Rozwój i usprawnienie systemu ratownictwa medycznego

Sprawność i skuteczność regionalnego systemu ratownictwa medycznego w znacznej mierze warunkuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu. Podstawowym parametrem charakteryzującym każdego systemu ratownictwa medycznego jest jego zdolność do reakcji w każdym przypadku jednostkowego i masowego zagrożenia życia i zdrowia. Dlatego w perspektywie kolejnych lat niezbędne jest podjęcie działań zmierzających do dalszego rozwoju oraz integracji regionalnego systemu ratownictwa medycznego.

Zadania

1. Wzmocnienie współpracy oraz koordynacja podmiotów biorących udział w akcjach ratunkowych.
2. Wdrożenie oraz doskonalenie systemu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych.
3. Zwiększenie dostępu opinii publicznej do informacji na temat funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego oraz podniesienie poziomu wiedzy mieszkańców regionu w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej.

Proponowane działania

1. Podjęcie inicjatywy w celu nawiązania współpracy z jednostkami realizującymi zadania związane z ratownictwem medycznym, organizacja spotkań służących wypracowaniu wspólnej strategii.
2. Kontynuacja prac związanych z tworzeniem planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na wypadek zdarzeń masowych.
3. Dostosowanie sposobu kontraktowania do rzeczywistych potrzeb.
4. Organizowanie kampanii informacyjnych, edukacja dzieci i młodzieży w ramach systemu szkolnego, szkolenia zasobów kadrowych systemu ratownictwa medycznego oraz wolontariuszy, pracowników służb drogowych i innych służb publicznych.
5. Budowa nowego pawilonu szpitalnego: (nowa Izba Przyjęć, poprawa dostępności, kompleksowe działania diagnostyczne oraz poprawa warunków pracy Pogotowia Ratunkowego).

Realizatorzy zadań

1. SP ZOZ w Sulechowie.
2. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
3. Straż Pożarna.
4. Policja.



Oczekiwane efekty i korzyści

- § zmniejszenie ilości zgonów przedszpitalnych
- § zwiększenie poczucia bezpieczeństwa mieszkańców

Wskaźniki

§ ilość spotkań edukacyjnych z mieszkańcami

wskaźnik uczestnictwa mieszkańców =

$$\frac{\text{liczba mieszkańców uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba mieszkańców powiatu}}$$

§ ilość zorganizowanych akcji w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

wskaźnik uczestnictwa uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych =

$$\frac{\text{liczba uczniów uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba uczniów uczęszczających do gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych}}$$

§ ilość wydanych materiałów edukacyjnych

§ ilość spotkań z jednostkami realizującymi zadania związane z ratownictwem medycznym

wskaźnik uczestnictwa jednostek realizujących zadania związane z ratownictwem medycznym =

$$\frac{\text{liczba jednostek uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczby jednostek w powiecie zielonogórskim}}$$



8.2.6 Cel operacyjny 6 – Poprawa sposobu żywienia ludności

Istnieje ścisły związek między sposobem żywienia i jakością zdrowotną żywności, a prawidłowym rozwojem fizycznym, psychicznym, stanem odżywienia, zdrowiem, samopoczuciem oraz długością życia człowieka. Wyniki badań, zarówno doświadczalnych jak i epidemiologicznych, w pełni potwierdzają występowanie ścisłych związków pomiędzy jakością zdrowotną żywności i sposobem żywienia a prawidłowym rozwojem oraz ogólnym stanem zdrowia człowieka.

Skutki: żywienie oraz niepełnowartościowa pod względem jakości zdrowotnej żywność to jedna z głównych przyczyn wielu zaburzeń i chorób. Należą do nich m.in: choroba niedokrwienności serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, niektóre nowotwory, cukrzyca II typu, osteoporoza, wole endemiczne, otyłość, niektóre choroby przewodu pokarmowego, niedokrwistość spowodowana niedoborem żelaza itd. Choroby te wpływają na obniżenie potencjału biologicznego oraz efektywności ekonomicznej i intelektualnej ludności.

Zadania

1. Poprawa kondycji psychofizycznej, dyspozycji do nauki dzieci i młodzieży oraz do pracy osób dorosłych.
2. Zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na choroby alergiczne, infekcyjne, związane ze sztucznym żywieniem niemowląt.
3. Zmniejszenie ryzyka rozwoju i częstości występowania chorób i zaburzeń, w których powstawaniu główną lub istotną rolę odgrywa wadliwe żywienie.

Proponowane działania

1. Zintensyfikować edukację żywieniową społeczeństwa, zwłaszcza w szkole, w ramach programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej.
2. Upowszechnienie karmienia piersią niemowląt.
3. Organizacja w szkołach spotkań z pielęgniarkami oraz innymi specjalistami na temat: (zdrowego i racjonalnego żywienia, pielęgnacji ciała i urody, dbałości o utrzymanie odpowiedniej masy ciała, sylwetki, dobrej sprawności i wydolności fizycznej).
4. Propagowanie idei Olimpiady Wiedzy o Żywieniu wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Realizatorzy zadań

1. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.
2. Wydział Infrastruktury Społecznej Starostwa Powiatowego.
3. Szkoły i placówki oświatowe z terenu powiatu zielonogórskiego.
4. Samorządy gminne.
5. Stowarzyszenia propagujące zdrowy tryb życia.



Oczekiwane efekty i korzyści

- § poprawa kondycji psychofizycznej osób dorosłych i młodzieży
- § zmiana preferencji żywieniowych mieszkańców
- § zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na choroby alergiczne i infekcyjne związane ze sztucznym żywieniem

Wskaźniki

§ ilość spotkań edukacyjnych z mieszkańcami

wskaźnik uczestnictwa mieszkańców =

$$\frac{\text{liczba mieszkańców uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba mieszkańców powiatu}}$$

§ ilość zorganizowanych akcji w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych

wskaźnik uczestnictwa uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych =

$$\frac{\text{liczba uczniów uczestniczących w spotkaniach}}{\text{liczba uczniów uczęszczających do gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych}}$$

§ ilość wydanych materiałów edukacyjnych

§ ilość wykonanych badań screeningowych