

Sytuacja zdrowotna ludności Polski i Narodowy Program Zdrowia 2006–2015

Health Status of the Polish Population and the National Health Program 2006–2015

Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak

Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Słowa kluczowe: stan zdrowia ludności, Polska, polityka zdrowotna, Narodowy Program Zdrowia.

Key words: Population health status, Health policy, National Health Programme.

Streszczenie

W pracy przedstawiono ocenę stanu zdrowia ludności Polski na podstawie dostępnych danych rutynowych o umieralności i zachorowaniach, a także niektórych determinantach zdrowia związanych ze stylem życia ludności. Ponadto przedstawiono cele nowego narodowego programu zdrowia na lata 2006–2015, które zostały sformułowane w oparciu o znajomość aktualnych niedostatków stanu zdrowia i niekorzystnych zachowań zdrowotnych ludności. Najważniejsze problemy zdrowotne ludności Polski są zbliżone w swojej strukturze do obserwowanych we wszystkich krajach UE, z tym, że obserwujemy niekorzystny dystans w stosunku do średnich unijnych, zwłaszcza w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Przeciętne dalsze trwanie życia ludności Polski uległo wydłużeniu po 1991 r. o ponad 4 lata, podczas gdy w latach poprzedzających transformację ustrojową obserwowano wieloletnią niekorzystną stagnację. Jednak obecna sytuacja jest w dalszym ciągu niezadowolająca i zmniejszenie dystansu dzielącego nas od przeciętnego poziomu większości parametrów zdrowotnych w UE wymaga zmian jakościowych w polityce zdrowotnej. Narodowy Program Zdrowia 2006–2015 powinien być dobrym narzędziem służącym do tego celu.

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej ludności oraz o czynnikach na nią wpływających. Niezbędne jest ustalenie rozmiaru problemów zdrowotnych i ich trendów na tle sytuacji w innych krajach, w celu identyfikacji obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego i opty-

Summary

The paper presents an assessment of the health status of the Polish population using routinely collected data on mortality and morbidity as well as prevalence of some health determinants associated with health behaviour. Additionally, the targets of the new National Health Programme for the years 2006–2015 are presented. These targets were formulated with the knowledge of deficiency in the health status and health behaviour of the Polish population. The main health problems in Poland are similar to those in other EU countries, but their level is often much higher, especially in cardiovascular diseases and malignant neoplasms. Life expectancy has increased by more than four years since 1991, while before the political and economic transformation the stagnation of this crucial health parameter prevailed. In spite of the positive changes in population health during the last 15 years the situation is not satisfactory because the discrepancy with the average EU level of many health parameters is still considerable and qualitative changes in Polish health policy are required. The presented National Health Programme 2006–2015 may be the appropriate tool for this purpose.

malizacji działań, zmierzających do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Niezbędnymi narzędziami polityki zdrowotnej są programy stawiające przed decydentami odpowiednie, możliwe do osiągnięcia cele zdrowotne, przygotowane w oparciu o znajomość wymienionych powyżej problemów. Większość krajów Europy ma takie programy

Adres do korespondencji:

dr n. przyr. Paweł Goryński, Zakład Statystyki Medycznej, Państwowy Zakład Higieny, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

przyjmowane przez rząd lub parlament i realizowane w ustalonej perspektywie czasowej zwykle 5–10-letniej.

Celem niniejszej pracy jest pokazanie najważniejszych problemów związanych ze stanem zdrowia mieszkańców Polski i przedstawienie w tej perspektywie zarysu Narodowego Programu Zdrowia 2006–2015.

Materiał i metody

W poniższym opracowaniu do analizy sytuacji zdrowotnej ludności Polski posłużono się danymi pochodzącymi z oficjalnych źródeł, takich jak Główny Urząd Statystyczny, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia czy OECD i Eurostat. Cały materiał ilustracyjny został przygotowany w Zakładzie Statystyki Medycznej Państwowego Zakładu Higieny.

Dane dotyczące zgonów z GUS były przetwarzane w Zakładzie Statystyki Medycznej PZH; wyliczone zostały standaryzowane współczynniki umieralności, przy czym jako standard posłużyla populacja europejska stosowana także przez WHO w swych obliczeniach do celów bazy danych HFA (*European Health for all Database – HFA-DB*).

Ludność i prognozy demograficzne

W końcu 2004 r. ludność Polski liczyła 38 mln 174 tys. i była o ok. 0,5 mln mniejsza niż w 1997 r., w którym osiągnęła najwyższy poziom w powojennej historii Polski. Według prognozy GUS w kolejnych latach liczba mieszkańców Polski będzie powoli zmniejszała się, o ile nie zajdą jakieś zasadnicze zmiany w dotychczasowych tendencjach procesu reprodukcji ludności (ryc. 1).

Jak widać, ludność miast wskutek migracji w latach powojennych uległa zwiększeniu, lecz prognoza wskazuje na zmniejszanie się tej populacji przy względnej stabilizacji populacji wiejskiej.

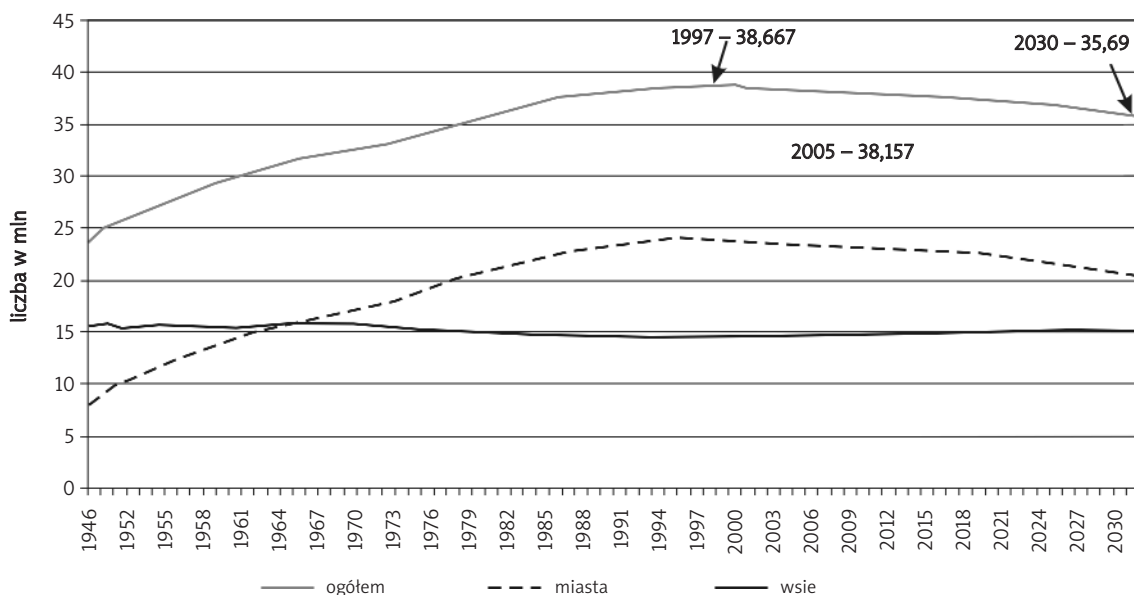
Okres powojenny w rozwoju demograficznym Polski charakteryzował się kompensującym straty wojenne, znacznym przyrostem naturalnym. Natomiast w ostatnich kilku latach mieliśmy ujemny przyrost naturalny, tzn. liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów (ryc. 2.). W przypadku ogółu krajów Unii Europejskiej przyrost naturalny jest dodatni.

Konsekwencją obserwowanych procesów demograficznych jest starzenie się ludności, co musi znaleźć odbicie w zmianach struktury potrzeb zdrowotnych i konieczności adekwatnej do zachodzących procesów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia.

Przeciętne dalsze trwanie życia

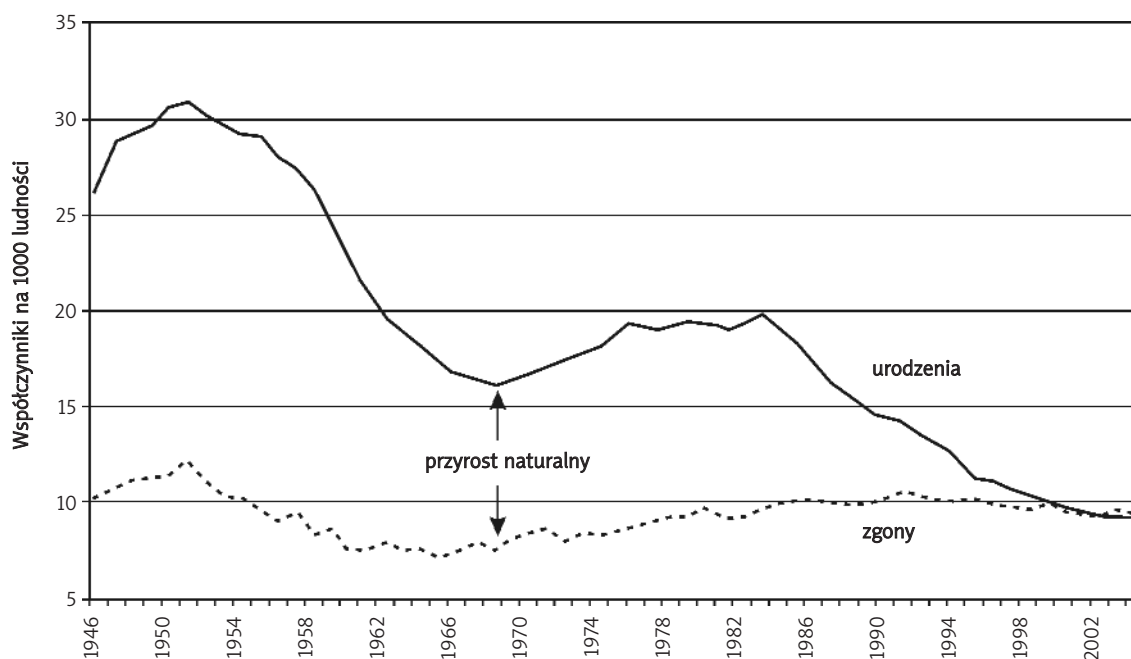
Przeciętne dalsze trwanie życia jest jednym z najważniejszych syntetycznych mierników stanu zdrowia populacji. W 2004 r. w Polsce średnia długość życia mężczyzn wynosiła 70,7 lat, a kobiet 79,2 lat, przy czym mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie trochę dłużej niż mieszkańcy wsi, natomiast w przypadku kobiet mieszkanki miast żyją krócej niż mieszkanki wsi (ryc. 3.).

Krótsza długość życia mężczyzn niż kobiet jest zjawiskiem obserwowanym we wszystkich krajach UE, jednak różnica ta jest u nas większa, wzrosła w porównaniu z latami 60. i nie wykazuje wyraźnej tendencji



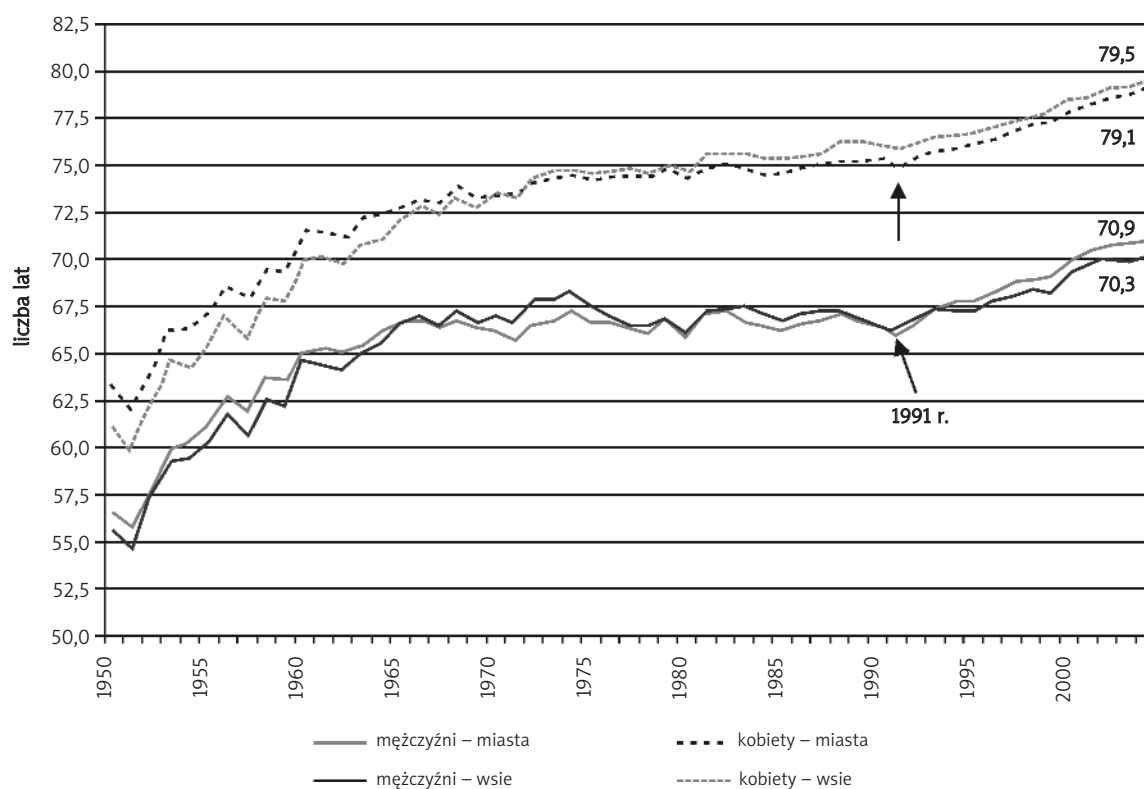
Ryc. 1. Liczba ludności Polski w latach 1946–2003 i jej prognoza na lata 2004–2030 (dane GUS).

Fig. 1. Population of Poland during 1946–2003 and its projection for 2004–2030 (data CSO).



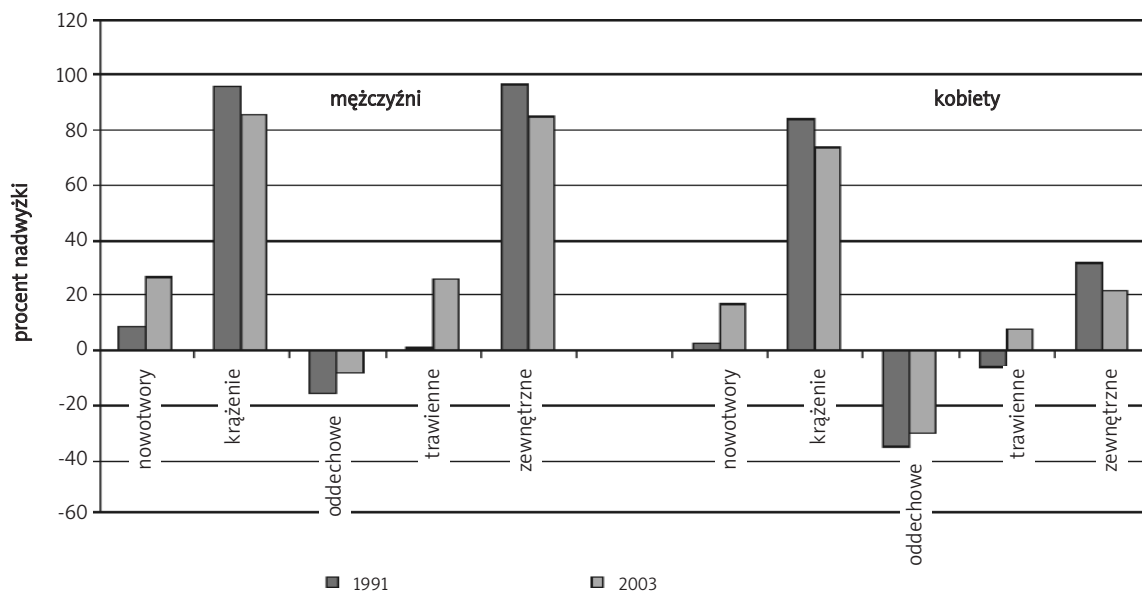
Ryc. 2. Urodzenia, zgony i przyrost naturalny ludności w Polsce w latach 1946–2004.

Fig. 2. Births, deaths and natural increase of population in Poland, 1946–2004.



Ryc. 3. Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w miastach i na wsi, Polska 1950–2004 r.

Fig. 3. Life expectancy of males and females in urban and rural areas, Poland 1950–2004.



Ryc. 4. Nadwyżka (%) umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 15 krajach UE wg przyczyn zgonu w 1991 i 2003 r.

Fig. 4. Excess (%) mortality of Polish men and women in comparison with average mortality in EU15 countries by cause of deaths in 1991 and 2003.

spadkowej. Obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o ponad 8 lat krócej niż kobiety.

Lata 70. i 80. nie przyczyniały się do zwiększania długości trwania życia Polaków i dopiero okres transformacji po 1990 r. charakteryzuje się nadrabianiem zaległości w tym zakresie. Obserwujemy wolno zmniejszający się dystans do krajów dawnej Piętnastki unijnej, obecnie mieszkańcy Polski żyją krócej niż mieszkańcy UE (15) – przeciętnie o 4,4 lat, a w najgorszym roku 1991 o 5,9 lat. Długość życia, jaką obserwujemy obecnie w Polsce w krajach UE (15) obserwowano już 20 lat temu.

Przyczyny zgonów

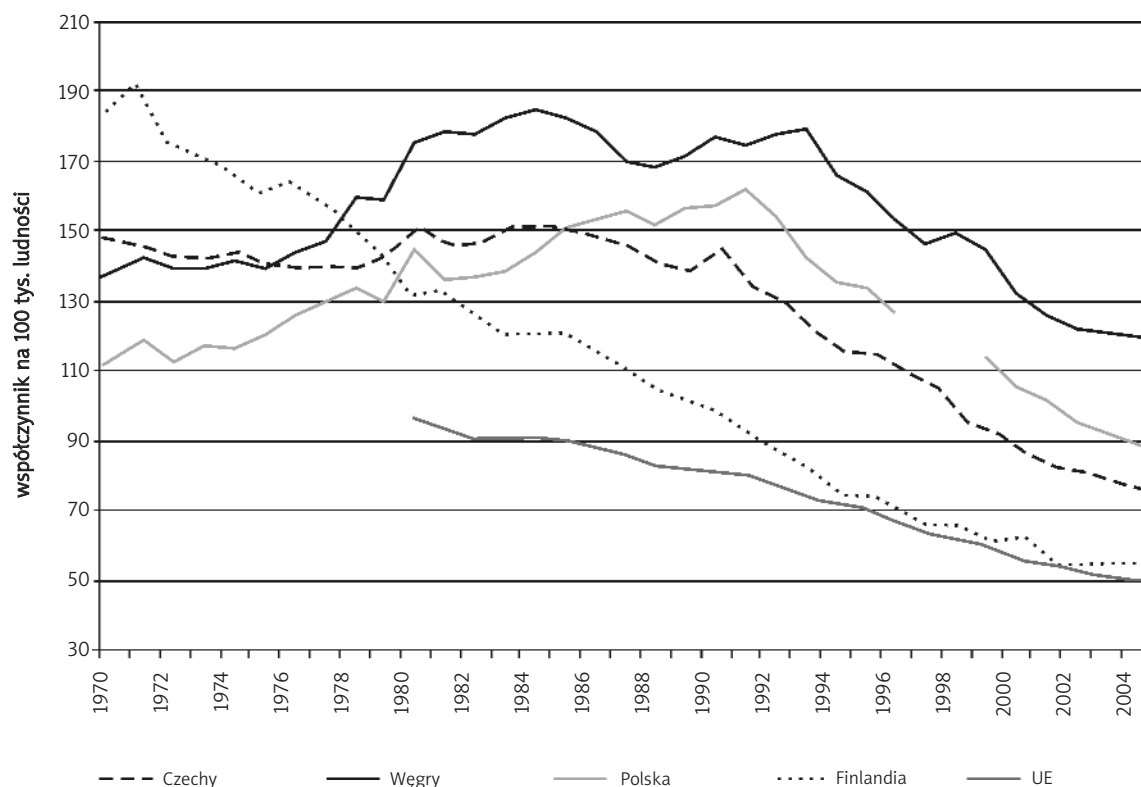
Struktura głównych przyczyn zgonów w Polsce i innych krajach dawnej UE jest podobna, jednak w Polsce w większym stopniu jako przyczyna umieralności dominują choroby układu krążenia odpowiedzialne za 46% zgonów, podczas gdy w UE (15) odpowiadają one za ok. 36% zgonów. Zagrożenie życia z powodu chorób układu krążenia jest w Polsce o ok. 80% większe niż w UE (15), przy czym w stosunku do 1991 r. nastąpiła pewna, niestety zbyt mała poprawa (ryc. 4.). W przypadku mężczyzn podobnie niekorzystna sytuacja występuje w odniesieniu do zagrożenia życia z powodu urazów i zatruc. Pogorszenie sytuacji w stosunku do krajów UE (15) po 1990 r., a więc zwiększenie dy-

stansu, nastąpiło w zakresie nowotworów tak u mężczyzn, jak i u kobiet. Umieralność w Polsce jest o ok. 20% wyższa niż w krajach dawnej Piętnastki. Ta niekorzystna sytuacja w zakresie walki z chorobami nowotworowymi była jednym z powodów przyjęcia przez Sejm jako ustawy Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Lepsza sytuacja niż w krajach UE ma miejsce w zakresie umieralności z powodu chorób układu oddechowego.

Problemem o charakterze organizacyjnym jest znaczny odsetek niedokładnie określonych przyczyn zgonu (7%) 2-krotnie większy niż UE (15) (3,4%). Wiąże się to m.in. z niską pozycją statystyki wśród obowiązków personelu medycznego i niedocenianiem znaczenia statystyki zgonów jako niezwykle ważnego źródła informacji o stanie zdrowia społeczeństwa.

Przedwczesna umieralność

Długość trwania życia ludności zależy przede wszystkim od umieralności wywołanej najważniejszymi czynnikami. Głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz zewnętrzne przyczyny urazów i zatruc; ważną rolę odgrywa też umieralność niemowląt. Umieralność przed 65. rokiem życia uznawana jest za przedwczesną. Według szacunków WHO długość trwania życia mieszkańców Polski ulega skróceniu o ponad 6 lat (ok. 8,5 lat w przypadku



Ryc. 5. Przedwczesna umieralność, przed 65. rokiem życia, z powodu chorób układu krążenia w Polsce i wybranych krajach – współczynniki standaryzowane względem wieku.

Fig. 5. *Premature mortality below 65 years from cardiovascular diseases in selected countries – age-adjusted death rates.*

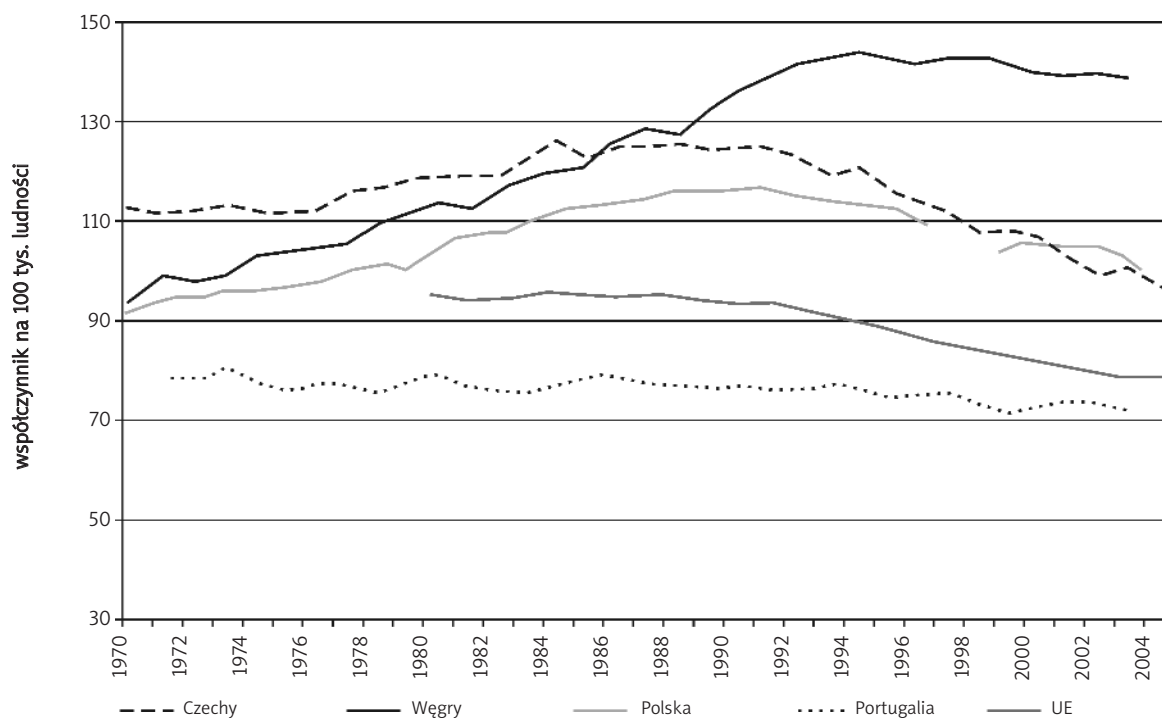
mężczyzn i ok. 4 lata w przypadku kobiet) na skutek zgonów przed 65. rokiem życia.

Okres przed transformacją ustrojową był niekorzystny z punktu widzenia zagrożenia życia przedwczesną umieralnością i to zarówno dla Polski, jak i pozostałych państw obozu socjalistycznego, w tym dla Czech oraz Węgier. Umieralność z powodu chorób układu krążenia wzrastała w Polsce do 1991 r. i dopiero po tym roku występuje systematyczny spadek współczynników zgonów (ryc. 5.). Natomiast w krajach UE sytuacja ulegała systematycznej poprawie od lat 70. Zagrożenie życia mieszkańców Polski przedwczesnymi zgonami z powodu chorób układu krążenia jest o ponad 80% większe niż przeciętne dla mieszkańców całej UE. W pierwszej połowie lat 70. umieralność w Finlandii była na jeszcze wyższym poziomie niż w Polsce. Poprawę Finowie zawdzięczają dobrze wdrażanym intensywnym programom prewencji. Obserwowane po 1991 r. zmniejszenie zagrożenia życia chorobami układu krążenia w Polsce jest wynikiem pozytywnych zmian w zakresie zachowań zdrowotnych ludności (zmiana diety, ograniczenie pale-

nia), jednak pewien wkład miała tu też zapewne poprawa leczenia, tak dzięki lekom nowej generacji, jak i coraz szerszemu stosowaniu nowoczesnych technologii medycznych ratujących życie. Nie należy także zapominać o realizowanych programach polityki zdrowotnej – obecnie POLKARD.

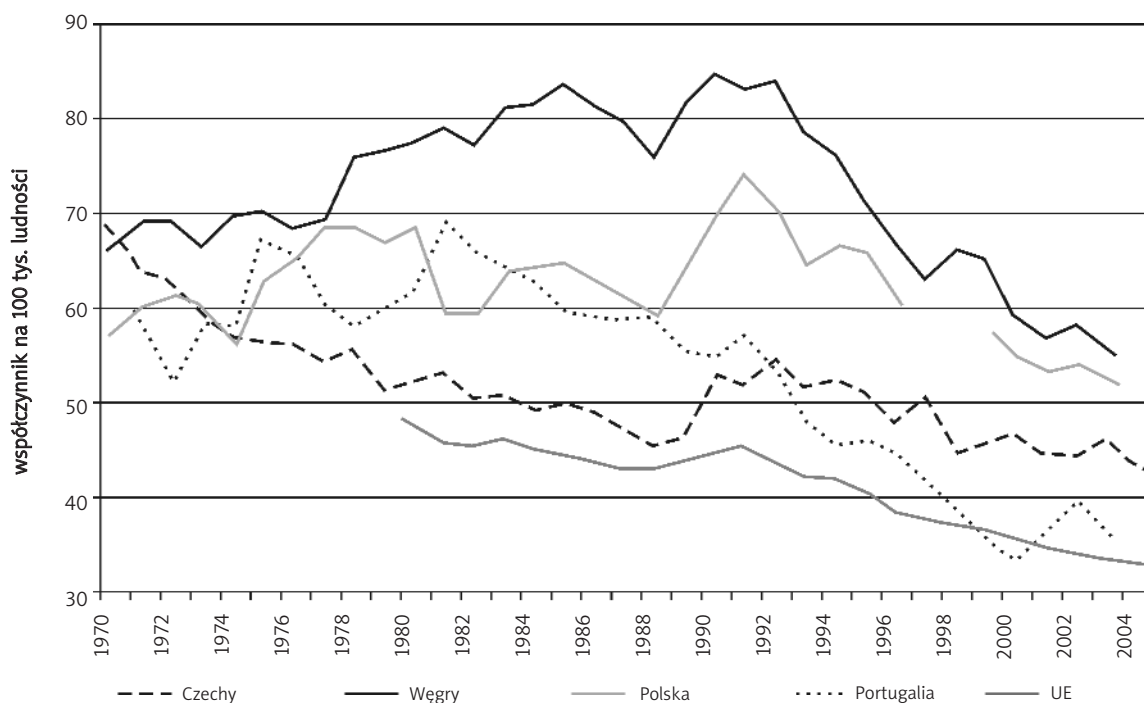
Pewnej poprawie po 1991 r. ulega także sytuacja w zakresie umieralności z powodu chorób nowotworowych, jednak dotyczy to tylko osób młodszych, poniżej 65 lat (ryc. 6.). Dystans dzielący nas od innych krajów UE jest jeszcze znaczny (w 2004 r. umieralność w Polsce osób poniżej 65 lat w porównaniu z rówieśnikami w całej Unii Europejskiej była wyższa o 30%) a poprawa sytuacji jest wolniejsza niż w Czechach. Realizacja Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych wprowadzonego w roku ubiegłym jako ustawa sejmowa przyczyni się zapewne do wyraźniejszego zmniejszenia zagrożenia życia mieszkańców Polski, spowodowanego chorobami nowotworowymi.

Trzecią, najważniejszą grupą przyczyn przedwczesnej umieralności Polaków są zewnętrzne przyczyny



Ryc. 6. Przedwczesna umieralność, przed 65. rokiem życia, z powodu nowotworów złośliwych w Polsce i wybranych krajach – współczynniki standaryzowane względem wieku.

Fig. 6. *Premature mortality below 65 years from malignant neoplasms in selected countries – age-adjusted death rates.*



Ryc. 7. Przedwczesna umieralność, przed 65. rokiem życia, z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów w Polsce i wybranych krajach – współczynniki standaryzowane względem wieku.

Fig. 7. *Premature mortality below 65 years from external causes of deaths in selected countries – age-adjusted death rates.*

zgonów (ryc. 7.). Wyraźne zwiększenie natężenia zgonów z tych przyczyn obserwowano w okresie przed i na początku transformacji ustrojowej. Jednak później zauważa się trend spadkowy, tak jak u naszych sąsiadów południowych i na Węgrzech, którzy również obserwowali zmiany spowodowane transformacją. Poprawa sytuacji w stosunku do średniego poziomu w krajach UE następuje jednak powoli i w 2004 r. zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu wypadków i innych przyczyn zewnętrznych było o 60% wyższe od przeciętnej w UE.

Umieralność niemowląt, tzn. dzieci poniżej roku życia, systematycznie obniża się w Polsce i w okresie 1990–2004 zmniejszyła się o ponad połowę z 15,9 zgonów na 1000 urodzeń żywych do 6,8 (ryc. 8.). Znaczący postęp zawdzięczamy w dużej mierze konsekwentnej realizacji programu opieki perinatalnej. Wciąż jednak poziom umieralności w Polsce jest o 40% wyższy od przeciętnej dla wszystkich krajów UE i aż o 80% wyższy niż w Czechach. Warto zwrócić uwagę, że obserwowana w Polsce poprawa była mniej znacząca niż w przypadku Portugalii.

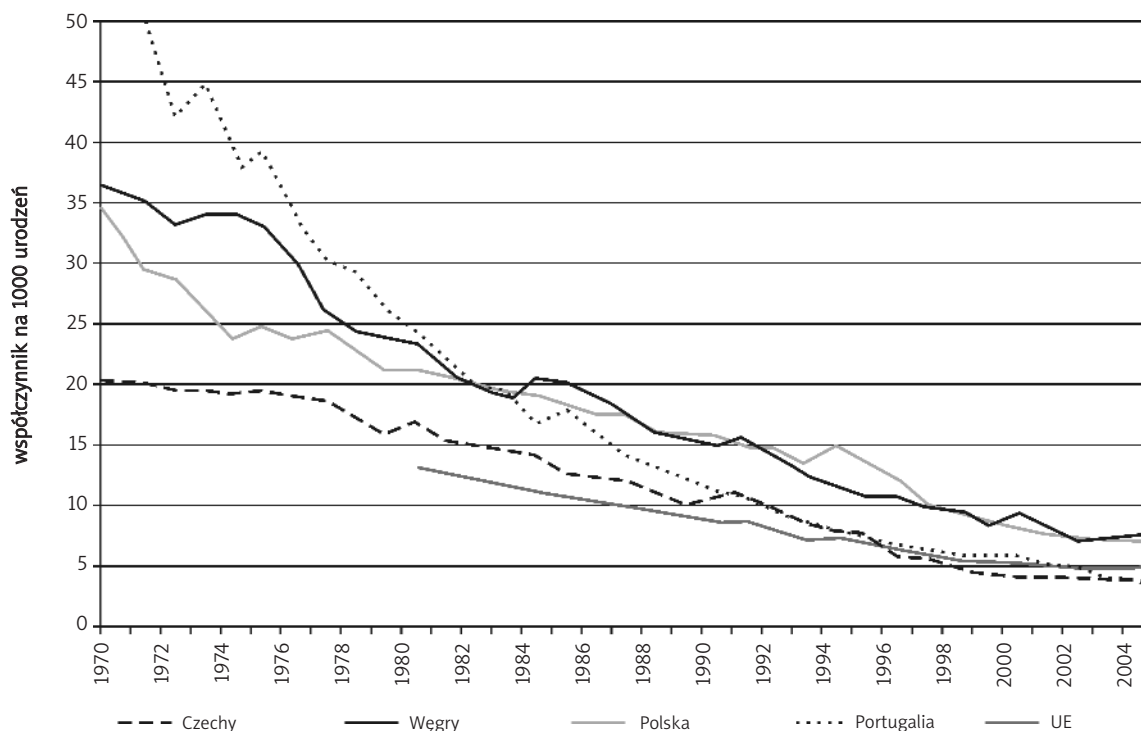
Zachorowania na wybrane choroby zakaźne

Spośród chorób zakaźnych wciąż ważny problem zdrowotny i społeczny stanowi w Polsce gruźlica. Zapadalność na tę chorobę stale maleje, ale cały czas utrzymuje się powyżej średniego poziomu w UE i powyżej poziomu w Czechach (ryc. 9.). W 2004 r. zachorowało w Polsce na gruźlicę prawie 8700 osób tzn. 23 na 100 tys. ludności, co oznacza, że zapadalność w naszym kraju jest blisko 2-krotnie wyższa od przeciętnej dla wszystkich krajów UE (w 2004 r. 12 na 100 tys. ludności).

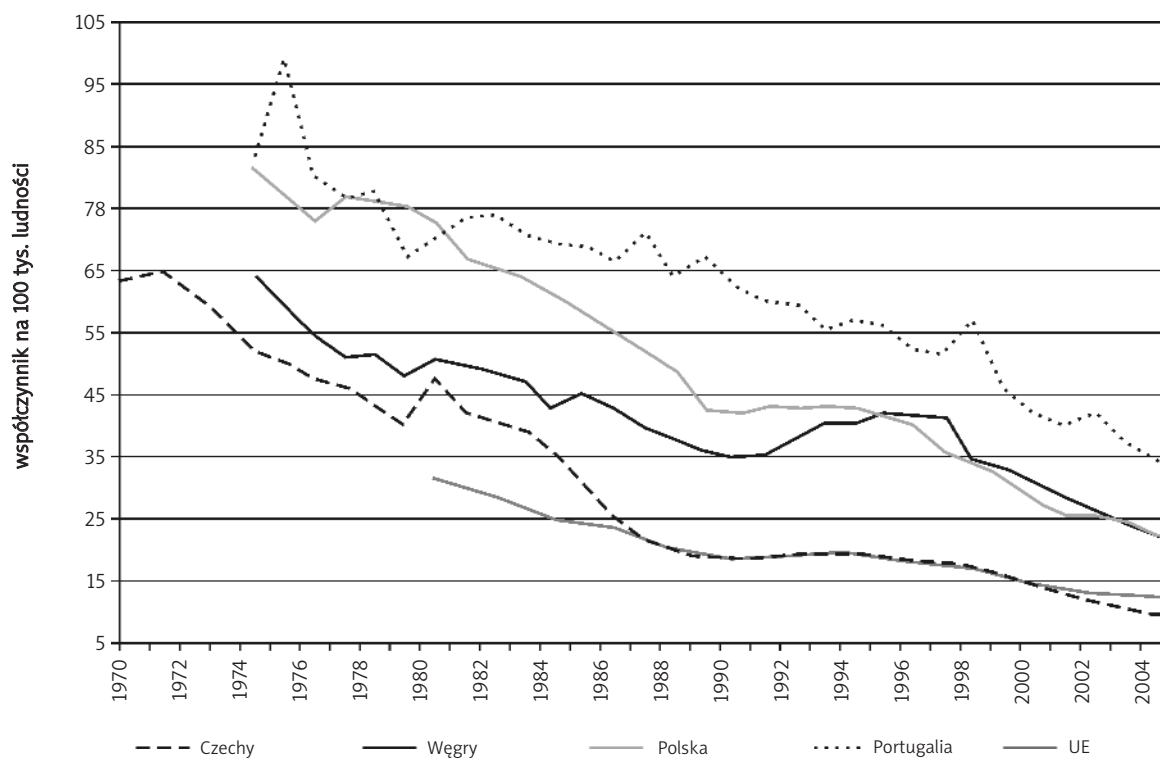
Wirusowe zapalenie wątroby typu B to choroba, w której zwalczaniu osiągnęliśmy bardzo duży postęp, dzięki dobrze realizowanej akcji szczepień ochronnych. Będąc krajem o wysokiej zapadalności na tę chorobę osiągnęliśmy niższy poziom, wciąż jednak jest on wyższy od przeciętnej dla krajów UE o mniej niż 20% (w 2004 r. Polska 4,1 zachorowań na 100 tys. ludności, UE – 3,5 na 100 tys. ludności) (ryc. 10.).

Czynniki warunkujące zdrowie populacji

W latach 70. ubiegłego wieku minister zdrowia Kanady Marc Lalonde, w oparciu o wyniki badań i prakty-

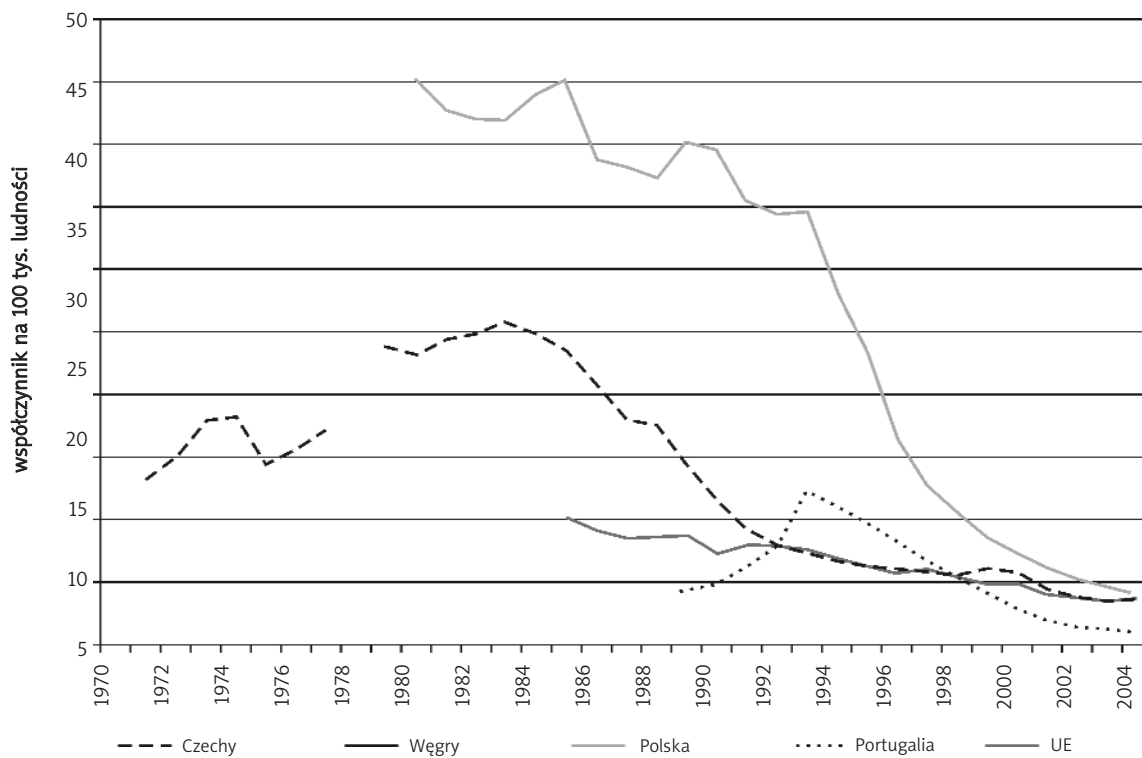


Ryc. 8. Umieralność niemowląt w Polsce i wybranych krajach – współczynniki na 1000 urodzeń żywych.
Fig. 8. Infant mortality in Poland and selected countries – rates per 1000 live births.



Ryc. 9. Zapadalność na gruźlicę w Polsce i wybranych krajach.

Fig. 9. Incidence of tuberculosis in Poland and selected countries.



Ryc. 10. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce i wybranych krajach.

Fig. 10. Incidence of hepatitis B in Poland and selected countries.

kę wprowadził koncepcję *pól zdrowia*, która przyjęta się później powszechnie i stanowiła podstawę dla rozwijających się działań i programów w zakresie promocji zdrowia. Według tej koncepcji wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się 4 grupy:

- styl życia – jego udział jest największy (50–60%) i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka;
- środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%);
- czynniki genetyczne (ok. 20%);
- ochrona zdrowia, która może rozwiązać 10–15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

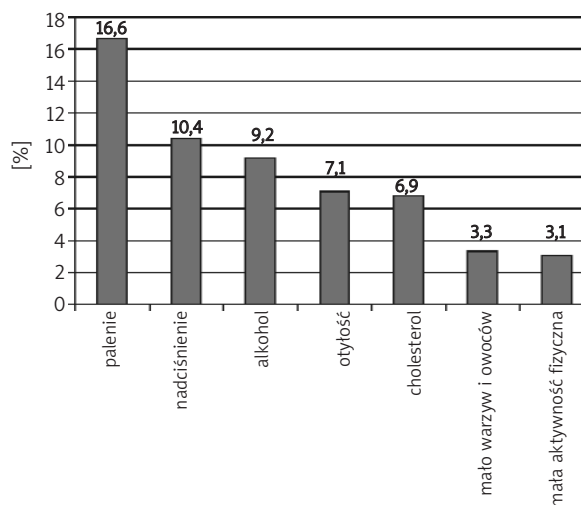
Postępujący rozwój technologii medycznych spowodował, że podawane przez Lalondę odsetki uległy pewnej modyfikacji i rola medycyny naprawczej wzrosła, przy nieznanym zmniejszeniu roli czynników środowiskowych. Jednak przedstawiona przez Lalondę koncepcja sprawdza się w dalszym ciągu i może stanowić drogowskaz do ustalania priorytetów zdrowotnych w działaniach na rzecz zdrowia populacji.

Sytuacja obserwowana w zakresie niedostatków zdrowia społeczeństwa polskiego wynika z różnych uwarunkowań i czynników tkwiących w znacznym stopniu poza bezpośrednim oddziaływaniem medycyny naprawczej, a mających źródło w niekorzystnych zachowaniach zdrowotnych.

Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że w przypadku Polski największy odsetek ubytku zdrowia populacji wynika z palenia tytoniu (16%), nadciśnienia tętniczego (10,4%), nadmiernego spożycia alkoholu (9,2%) i otyłości. Wysoki poziom cholesterolu, zbyt małe spożycie warzyw i owoców oraz mała aktywność fizyczna to inne znaczące przyczyny złego stanu zdrowotnego populacji naszego kraju (ryc. 11.). Walka z tymi zagrożeniami wymaga przede wszystkim realizacji skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia.

Wyniki przeprowadzonego w 2004 r. przez GUS ankietowego badania stanu zdrowia Polaków pokazują, że w Polsce pali codziennie papierosy ok. 34% mężczyzn i 19% kobiet w wieku 15 lat i więcej, co plasuje nasz kraj w przybliżeniu pośrodku krajów członkowskich UE. Szacuje się, że w latach po rozpoczęciu w Polsce intensywnej kampanii antytytoniowej rzuciło palenie ponad 3 mln osób, trudno jednak określić, na ile było to trwałe zerwanie z nałogiem.

Według oficjalnych danych ze sprzedaży napojów alkoholowych nie jesteśmy krajem, w którym spożycie tych napojów jest duże. Jednak szacunki prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wskazują, że prezentowane wyniki są zaniżone, gdyż nie



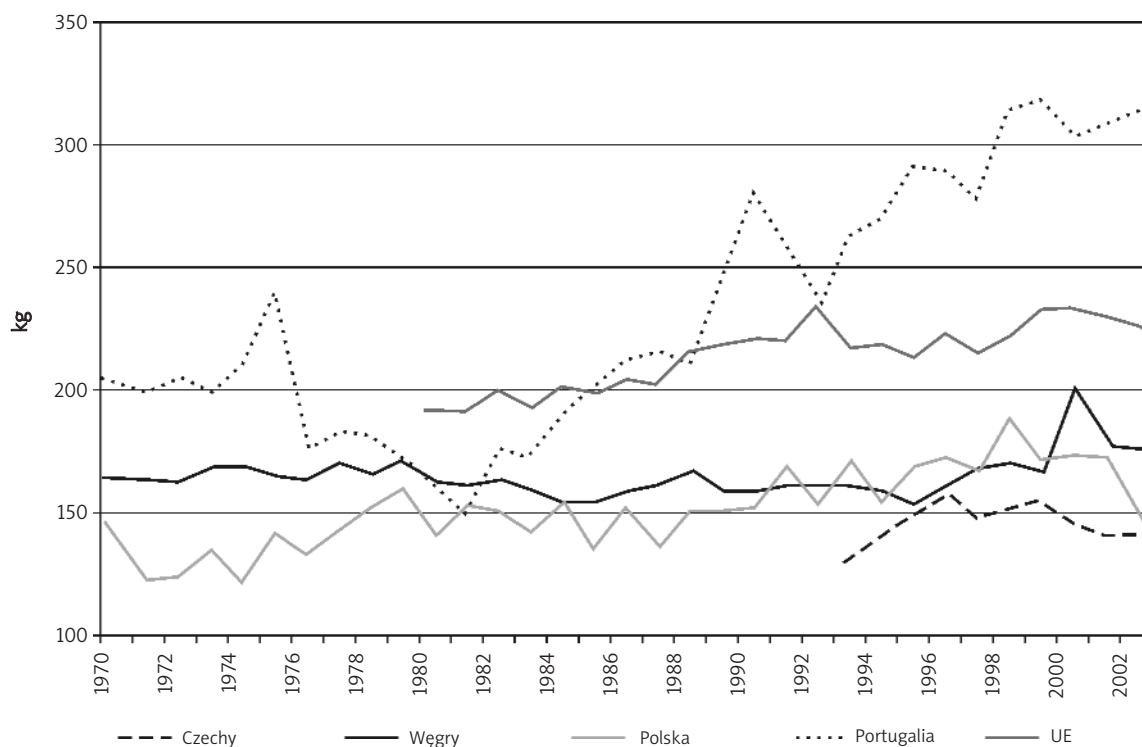
Ryc. 11. Odsetek ubytku zdrowia przypisywany głównym czynnikom ryzyka w Polsce, 2002 r. (szacunki Światowej Organizacji Zdrowia).

Fig. 11. Shares of DALYs attributable to leading risk factors, Poland 2002 (estimates of WHO – The European health report 2005.)

uwzględniają alkoholu sprowadzanego do kraju nielegalnie. Szacunki te określają spożycie na ok. 10 l czystego alkoholu, co jest poniżej poziomu spożycia na Węgrzech i w Czechach. Zasadniczy problem stanowi w przypadku naszego kraju niekorzystny styl picia i struktura spożywanego alkoholu. Właściwa polityka cenowa i promowanie innego niż obecnie stylu picia alkoholu powinno poprawić sytuację, szczególnie jeśli chodzi o skutki spożycia, które dotyczą nie tylko samych pijących.

Istotnym czynnikiem w profilaktyce znacznej części chorób jest właściwe odżywianie. Mimo wielu zmieniających się koncepcji odnośnie zdrowego żywienia, bezdyskusyjnie pozostaje spożywanie odpowiednich ilości warzyw i owoców, co zapewnia dostarczenie organizmowi nie tylko witamin i minerałów, ale też profilaktycznie działających antyutleniających. Niestety, Polska mimo stopniowej poprawy w latach 90. nie osiąga poziomu konsumpcji przeciętnego dla krajów UE, a także Węgier (ryc. 12.).

Wysoki poziom cholesterolu jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i dlatego zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych na korzyść roślinnych obniża ryzyko zachorowania i zgonu z powodu chorób układu krążenia. W Polsce po 1990 r. obserwuje się korzystną tendencję zmiany w strukturze spożywanych tłuszczów, podobnie jak w Czechach czy w mniejszym stopniu na Węgrzech (ryc. 13a–b.). Jak wynika z danych Światowej Organizacji ds. Wyżywienia



Ryc. 12. Spożycie warzyw i owoców na osobę na rok w Polsce i wybranych krajach.

Fig. 12. Consumption of fruits and vegetables per person/year in Poland and selected countries.

i Rolnictwa udział tłuszczów roślinnych w tłuszczach spożywanych ogółem w przeciętnej diecie mieszkańca Polski zwiększył się z 22% w 1990 r. do 36% w 2003 r. Udział ten jest jednak mniejszy niż w Czechach (48%), Holandii (46%) czy w Niemczech (41%).

Wyniki sondaży prowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej wskazują, że aktywność fizyczna Polaków poprawia się jednak w stopniu niedostatecznym, gdyż wciąż prawie 60% ludności jest mało aktywnych fizycznie (ryc. 14.). Pogłębione badania prowadzone od wielu lat przez Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie, wg porównywalnej z innymi krajami metodologii, wskazują na pogorszenie się sprawności fizycznej młodzieży przy równoczesnej poprawie wskaźników antropometrycznych (większa wysokość ciała – obserwowany trend sekularny). Brak, niestety, oficjalnych danych międzynarodowych w tym zakresie.

Nie lepiej niż wśród młodzieży przedstawia się aktywność fizyczna osób dorosłych i zakładany w Narodowym Programie Zdrowia cel, by co najmniej 30% dorosłych uprawiało w czasie wolnym różne formy aktywności ruchowej nie został jeszcze osiągnięty.

Wydatki na zdrowie (ryc. 15.) są jednym z elementów ukazujących potencjalne możliwości systemu

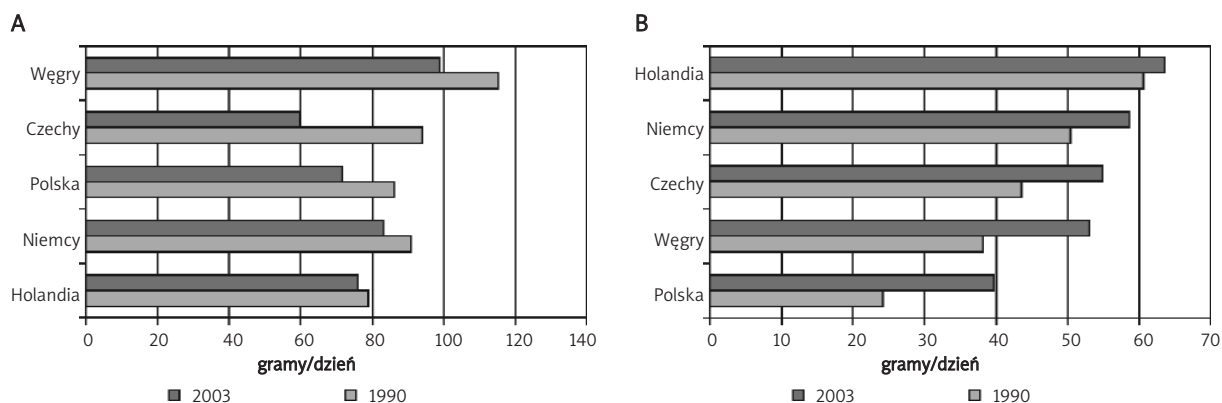
ochrony zdrowia. Jak widać, na tle wszystkich krajów UE, pozycja Polski jest lepsza jedynie w porównaniu z trzema krajami nadbałtyckimi, tzn. Litwą, Łotwą i Estonią.

Podsumowanie informacji dotyczących stanu zdrowia ludności

Stan zdrowia ludności Polski odbiega niekorzystnie od sytuacji zdrowotnej obserwowanej w większości krajów UE, choć po 1991 r. sytuacja ulega systematycznej poprawie. Te pozytywne zmiany mają jednak niedostateczne tempo, aby w krótkim czasie Polska mogła osiągnąć poziom przeciętny dla krajów Unii Europejskiej. Oprócz mądrej i skutecznej polityki zdrowotnej niezbędne jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) w Polsce przygotowany na lata 2006–2015

Polityka zdrowotna musi być budowana na wszystkich szczeblach i przez wszystkie podmioty życia publicznego, gdyż praktycznie każda działalność gospodarcza i społeczna ma związek ze zdrowiem. Z tego też względu już w poprzedniej wersji NPZ przyjęto, że określa on założenia zdrowotnej polityki publicznej, a nie tylko zdrowotnej polityki państwa. Oznaczało to przełożenie akcentów



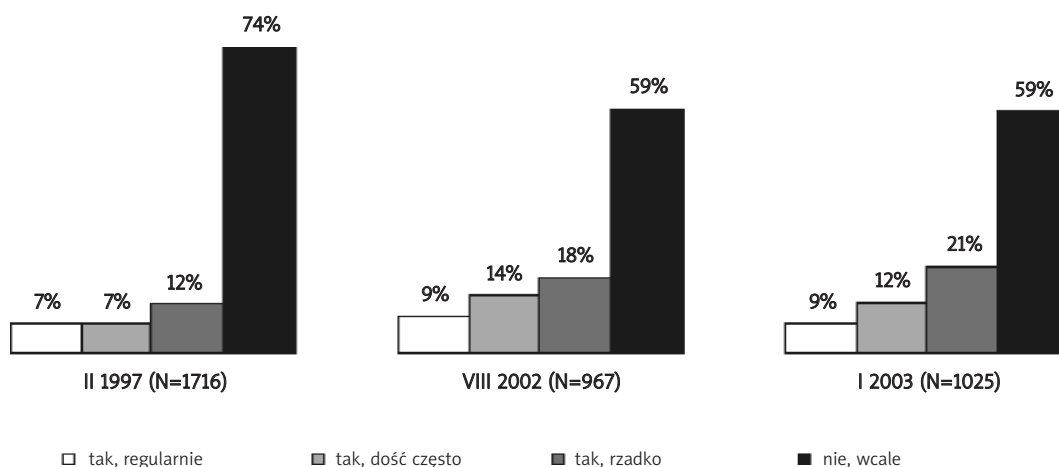
Ryc. 13A. Zawartość tłuszczu zwierzęcego w przeciętnej dziennej diecie na mieszkańca na rok w Polsce i wybranych krajach w 1990 i 2003 r.

Ryc. 13B. Zawartość tłuszczu roślinnego w przeciętnej dziennej diecie na mieszkańca na rok w Polsce i wybranych krajach w 1990 i 2003 r.

Fig. 13A. Average amount of animal fat in daily diet for 1 person per year in Poland and selected countries in 1990 and 2003.

Fig. 13B. Average amount of non animal fat in daily diet for 1 person per year in Poland and selected countries in 1990 and 2003.

Czy uprawia pan(i) jakiś sport bądź inne zajęcia, czynności lub ćwiczenia służące sprawności fizycznej?



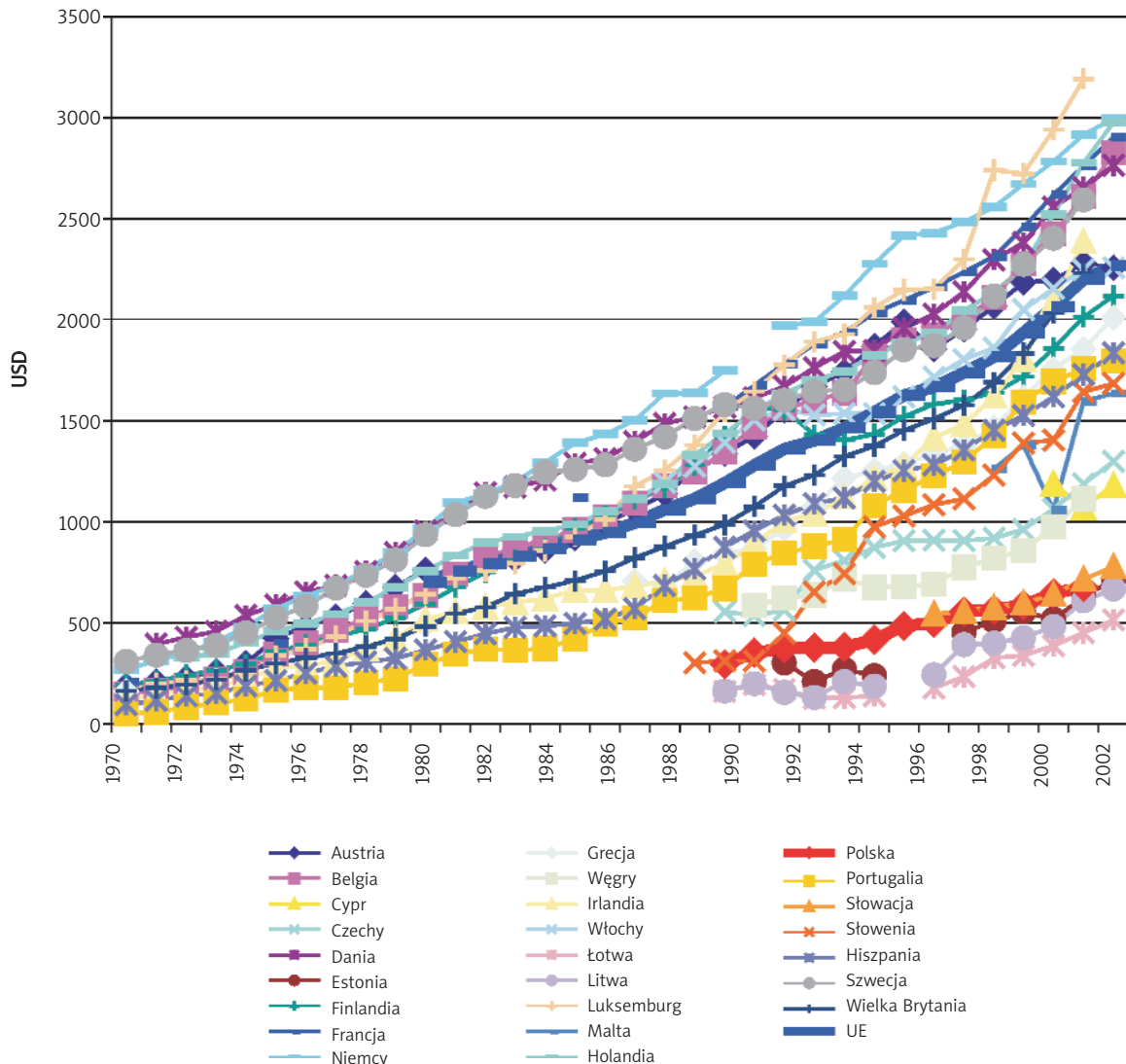
Ryc. 14. Aktywność fizyczna ludności Polski w latach 1999, 2002, 2003 (wg CBOS).

Fig. 14. Physical activity of Polish inhabitants in 1999, 2002, 2003 (after CBOS).

z działań ograniczających się do najwyższych szczebli zarządzania i administracji państwowej na działania powszechne z udziałem wszystkich podmiotów życia publicznego. Priorytety dla tych działań powinny wynikać z rzetelnej oceny sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

W 2005 r., a więc w okresie, gdy obowiązujący uprzednio program dobiegał końca, rozpoczęte zostały prace nad nowym NPZ, przy udziale ekspertów zdrowia

publicznego i z pomocą ekspertów zagranicznych delegowanych do tych działań przez Światową Organizację Zdrowia. Prace nad nową wersją programu przeciągały się, gdyż istniało kilka ścierających się koncepcji. Czy program ten ma być kontynuacją poprzedniego z lat 1996–2005, który nakierowany był głównie na promocję zdrowia w obszarze czynników ryzyka chorób (aktywność fizyczna, żywienie, palenie tytoniu, alkohol



Ryc. 15. Wydatki na ochronę zdrowia na osobę na rok w cenach porównywalnych w USD PPP.

Fig. 15. Health care expenditures per person per year in USD PPP.

itd.)? Czy ma być bardziej zmedycyzowany i ukierunkowany na główne przyczyny zgonów i niepełnosprawności? Ostatecznie zdecydowano się połączyć oba te podejścia, przyjmując *strategiczne cele zdrowotne* w liczbie 8 oraz 15 *celów operacyjnych*, których realizacja powinna przyczynić się do poprawy istniejącej sytuacji w obszarze strategicznych celów zdrowotnych.

Obecna ostateczna wersja NPZ przyjęta zastała przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i po konsultacjach międzyresortowych, które są na ukończeniu, zostanie przedstawiona w marcu 2007 r. Radzie Ministrów. Zgodnie z dotychczasowymi planami, NPZ ma być załącznikiem do przygotowywanej obecnie ustawy o zdrowiu publicznym.

Poniżej przedstawiono cele Narodowego Programu Zdrowia.

Cel główny

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu.

Osiągany przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjające zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe do działań na rzecz zdrowia.

Strategiczne cele zdrowotne

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu (realizacja całego zakresu programu POLKARD w ramach działań na rzecz tego celu strategicznego):

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych (realizacja ustawy o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na rzecz tego celu strategicznego).
2. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.
3. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.
4. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.
5. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.
6. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom (realizacja programu zwalczania HCV na rzecz tego celu strategicznego).
7. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji

1. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.
2. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.
3. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

4. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.
5. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego

1. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa.
2. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
3. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Każdy z celów NPZ ma podobną strukturę, gdzie obok skwantyfikowanych w postaci wartości liczbowych oczekiwanych pod koniec realizacji programu wyników są zadania dla sektorów gospodarki, które zostaną uszczegółowione w harmonogramie. Monitorowanie oczekiwanych efektów zdrowotnych będzie prowadzone przez ekspertów instytutów naukowo-badawczych.

Podsumowując trzeba stwierdzić, że NPZ został stworzony przez wielu współpracujących ekspertów (w tym z WHO), z uwzględnieniem sytuacji zdrowotnej i jej niedostatków oraz zachowań zdrowotnych społeczeństwa, a także opinii członków towarzystw zdrowia publicznego. Wymaga on jak najszybszego zatwierdzenia przez Radę Ministrów i Sejm, celem szybkiego wprowadzenia do realizacji, tak by stał się skutecznym narzędziem polityki zdrowotnej państwa.

Dane na rycinach z Zakładu Statystyki Medycznej PZH, HFA, WHO oraz z Instytutu Żywności i Żywienia (dr W. Sekuła).